

## Novas abordagens da atuação do psicólogo no contexto hospitalar

### *New approaches to the role of psychologists in hospitals*

Ana Paula Silva Cantarelli<sup>1</sup>

Centro de Referência de Assistência Social – CRAS

#### RESUMO

Este trabalho tem como objetivo fundamentar a psicologia hospitalar através de um breve histórico da inserção do psicólogo no hospital, suas principais funções e roteiro de avaliação interventiva, além de contribuir com um relato de experiência de um estágio realizado no Centro de Tratamento Oncológico - CTO da Santa Casa de Misericórdia de Araçatuba - SP. E por meio deste, explorar atendimentos no leito, sala de espera, priorizando a humanização, a fim de possibilitar ao paciente a ressignificação de algo que ele não pode alterar, a facticidade de estar acometido por um câncer, ajudando-o a assumir a sua condição existencial, a perceber suas responsabilidades nas escolhas efetuadas durante o tratamento.

**Palavras-chave:** Psicologia Hospitalar; Paciente oncológicos e grupos psicoterapêuticos.

#### ABSTRACT

This work has how I aim to substantiate of the nosocomial psychology through soon historically of the insertion of the psychologist in the hospital, his principal functions and itinerary of evaluation intervention. Besides contributing with a report of experience through a traineeship carried out in the Centre of Treatment Oncológico – CTO of the Saint Marries of Compassion of Araçatuba - SP. And through this, to explore services in the bed, waiting room, to emphasize the humanization, in order to make possible to a patient the to give another sense of something what he cannot alter, the facticidade of being attacked by a cancer, when his existential condition to assume it, to realizing his responsibilities in the choices effectuated during the treatment.

**keywords:** Nosocomial; Patient psychology oncológicos and groups psicoterapêuticos.

#### *Há doenças piores que as doenças*

*Há doenças piores que as doenças  
Há dores que não doem nem na alma  
Mas que são dolorosas mais que as outras  
Há angústias sonhadas mais reais  
Que as que a vida nos traz,  
Há sensações  
Sentidas só com imaginá-las  
Que são mais nossas do que a própria vida  
Há tantas coisas que, sem existir  
Existi, existi demoradamente  
E demoradamente é nossa e nós...*

---

<sup>1</sup> Graduada em Psicologia pela Faculdade da Fundação Educacional Araçatuba - FEA (2006). Pós- Graduada em Sexualidade: Terapia e Orientação Sexual pela Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto - FAMERP (2008). Psicóloga do Centro de Referência de Assistência Social - CRAS do Município de Boa Esperança-PR. Endereço pra correspondência: Rua: Antônio Gomes do Amaral, 465, Santana, Araçatuba-SP, Brasil. E-Mail: paulasc\_psi@yahoo.com.br

*Por sobre o verde turvo do amplo rio  
Os circunflexos brancos das gaiivotas...  
Por sobre a alma o adejar inútil  
Do que não foi, nem pôde ser e é tudo.  
(Fernando Pessoa)*

## **Introdução**

### **Breve histórico da psicologia hospitalar**

Após a Segunda Guerra Mundial, os contatos do psicólogo com a medicina limitavam-se às funções diagnósticas, sendo que posteriormente iniciaram-se os encaminhamentos feitos por pediatras, obstetras e endocrinologistas. Porém, ainda com o objetivo apenas de psicodiagnosticar a pessoa que estava ali na condição de estar doente, tendo uma visão limitada, enxergando apenas à parte que se encontrava em desequilíbrio.

Em meados do século passado o papel do psicólogo era estritamente clínico e quando se ampliaram a funções não somente diagnóstica, aumentaram os contatos entre médicos e psicólogos. Desta forma o psicólogo passou a fazer parte da equipe hospitalar. (ANASTASI, 1972)

Desde a década de 70, instalaram-se vários cursos de formação, introdução, aperfeiçoamento, especialização mascarando a preocupação com a formação do psicólogo hospitalar, ou seja, ainda havia resistência do psicólogo trabalhar junto à equipe, pois até então o seu trabalho era clínico.

Aos poucos e ultrapassando muitas resistências, o psicólogo com formação hospitalar, impôs seu trabalho dentro dos hospitais somando esforços junto às equipes no sentido da promoção de saúde.

Segue a história da Psicologia Hospitalar, hoje muito mais rica, repleta de frutos valiosos e profissionais extremamente dedicados, profissionais que optaram por uma especialidade apaixonante, dando um colorido muito especial e muito mais abrangente ao cuidado do sofrimento psíquico do ser-doente.

## **Peculiaridades da Psicologia Hospitalar**

A Psicologia Hospitalar é o campo de tratamento dos aspectos psicológicos em torno do adoecimento visando à minimização do sofrimento provocado pela hospitalização. (SIMONETTI, 2006).

De acordo com alguns conceitos da psicologia hospitalar, é importante evidenciar que esta especialidade da psicologia visa ter um olhar como um todo para o paciente, ou seja, não faz dicotomia entre causas psicogênicas versus causas orgânicas. O psicólogo neste contexto voltará o seu olhar para os aspectos psicológicos da doença, visto que toda doença encontra-se repleta de subjetividade, e para tanto pode se beneficiar do trabalho da psicologia hospitalar. (MORETO E SIMONETTI, 2006).

*A psicologia hospitalar enfatiza a parte psíquica, mas não diz que a outra parte não é importante, pelo contrário, perguntará sempre qual a reação psíquica diante dessa realidade orgânica, qual a posição do sujeito diante desse “real” da doença, e disso fará seu material de trabalho. (SIMONETTI, 2006, pág.16).*

Ao se deparar com os aspectos psicológicos que se encontra a doença, nos defrontamos com diversas manifestações psíquicas da subjetividade humana, tais como: sentimentos, desejos, pensamentos, comportamentos, fantasias, lembranças, estilos de vida, e o modo de adoecimentos que é intrínseco de cada ser.

Esses aspectos estão sendo permeados por todo o contexto da doença, como um envoltório ao adoecimento, e dependendo do caso podem aparecer como causa da doença, como desencadeador do processo patogênico, como agravante do quadro clínico.

Mesmo verificando que a Psicologia Hospitalar nasceu da Psicossomática e da Psicanálise, atualmente se percebe uma ampliação de seu campo conceitual e sua prática clínica, com isto está se criando uma identidade diferente. Esta citação é corroborada por vários autores. (EKSTERMAN, 1992; MORETO, 1983; ANGERAMI, 2000; SEBASTIANI, 1996; CHIATTONE, 2000 E SIMONETTI, 2006).

No hospital, o psicólogo tem uma função ativa e real, que não puramente interpretativa. Sua atuação se dá ao nível de comunicação, reforçando o trabalho estrutural e de adaptação do paciente e familiar ao enfrentamento da intensa crise. Nesta medida, a atuação deve se direcionar em nível de apoio, atenção, compreensão, suporte ao tratamento, clarificação dos sentimentos, esclarecimentos sobre a doença e fortalecimento dos vínculos familiares. Portanto, a atuação do psicólogo é permeada por uma multiplicidade de

solicitações como: preparação do paciente para procedimentos cirúrgicos (pré e pós-operatório), exames, auxílio ao enfrentamento da doença e seu tratamento, atenção aos transtornos mentais associados à patologia, tornando o paciente ativo no seu processo de adoecimento e hospitalização.

Psicólogo e paciente conversam, e essa tal conversa é a porta de entrada para o mundo de significados e sentidos.

O que interessa a psicologia hospitalar não é a doença em si, mas a relação que o doente tem com seu sintoma ou, em outras palavras, o que nos interessa primordialmente é o destino do sintoma, o que o paciente faz com a sua doença, o significado que lhe confere, e a isso só chegamos pela linguagem, pela palavra.

A conversa que o psicólogo proporciona ao paciente não é uma conversa comum. É sim, assimétrica, ou seja, um dos participantes fala mais do que o outro, e é exatamente o silêncio desse outro que dá peso, conseqüência e significado à palavra do primeiro. É bom que seja assim, pois no hospital há muitas pessoas querendo dizer ao paciente o que ele tem de fazer, querendo dar conselhos, estimulando, mas não há ninguém, além do psicólogo, querendo escutar o que ele tem a dizer. Ocorre que é mesmo muito angustiante ouvir o que uma pessoa doente tem a dizer; são temores, dores, revoltas, fantasias, expectativas que mobilizam muitas emoções no ouvinte. E é aí que entra a especificidade do psicólogo: nenhum outro profissional foi treinado para escutar como ele. (SIMONETTI, 2006, pág. 24)

Ao escutar, o psicólogo ‘sustenta’ a angústia do paciente o tempo suficiente para que ele, o paciente, possa refletir e assim realizar a elaboração simbólica.

A maioria dos outros profissionais, bem como a família e os amigos, por não suportarem ver o paciente angustiado, não conseguem lhe prestar esse serviço e querem logo apagar, negar, destruir, ou mesmo encobrir a angústia. Mas a angústia não se resolve, se dissolve gradativamente em palavras. “O psicólogo mantém a angústia do paciente na sua frente para que ele possa falar dela, simbolizá-la, dissolvê-la”.(SIMONETTI, 2006, pág. 24-25)

O processo de adoecimento implica ainda, numa aceitação onde o primeiro aspecto tangível é a ausência da saúde, ou ainda na falta de condições orgânicas para o enfrentamento de manifestações contrárias ao organismo. (CAMON, 2003).

Quando uma vivência psicológica, consciente ou não, reconhecida ou não pelo sujeito como ligada ao adoecimento, vem precipitar o início do processo patogênico, diz-se então que

essa vivência foi um fator psicológico desencadeante que agiu sobre uma vulnerabilidade física preexistente. Muitas vezes a vivência psicológica nada tem a ver com o início da doença, mas ajuda a piorar o quadro clínico já instalado, ou influi negativamente no tratamento, dificultando-o e nesses casos pode-se dizer que tal vivência teria sido um fator psicológico agravante. (SIMONETTI, 2006, pág.17).

Ao adoecer, a pessoa com toda a sua subjetividade se depara com uma realidade patológica denominada doença, que se encontra instalada em seu próprio corpo, e assim produz inúmeros aspectos psicológicos que podem se revelar no paciente, na família e até mesmo na equipe profissional.

Pela doença ser este real do corpo, pelo qual o homem se esbarra, percebemos que quando isso acontece, toda a sua subjetividade é sacudida.

Há conceituações, mostrando que de outra parte, que o mundo é o que eu percebo, mas a sua proximidade é considerada absoluta, desde que examinada e expressa, transforma-se também inexplicavelmente em distância irremediável. Essa distância é, na realidade, o confronto entre a concepção dos fatos no imaginário e o seu desvelamento com a realidade, onde a proximidade conceitual será mera tangência circunstancial entre os pontos de proximidade.

E ainda, coloca que, o meu corpo, como encenador de minha percepção, já destruiu a ilusão de uma coincidência de minha percepção das próprias coisas. (MERLEAU-PONTY citado por CAMON, 2003, pág. 183).

Dessa maneira, os fatos revelam que a minha realidade perceptiva esbarra na própria vivência.

É aí então que entra em cena o psicólogo hospitalar, que se oferece para escutar este sujeito adoentado falar de si, da doença, da vida ou da morte, do que pensa, do que sente, do que teme, do que deseja, do que quiser falar. É na vivência entre as coisas, que cabe perguntar se verdadeiramente a coisa está ampliada, a título originário, no nosso contato com o que quer se seja, se é verdadeiramente através dela que se pode compreender o resto, se nossa experiência é desde o princípio, experiência da coisa. (CAMON, 2003).

A psicologia está interessada mesmo em dar voz à subjetividade do paciente, restituindo-lhe o lugar de sujeito que a medicina lhe afasta. (MORETTO citado por SIMONETTI, 2006, pág. 19).

O psicólogo hospitalar participa desta travessia como ouvinte privilegiado, não como guia.

“O psicólogo hospitalar é aquele membro da equipe de saúde que possui um ‘estetoscópio’ para auscultar o silêncio do sofrer” (SELMA citado por CAMON E VALLE, 2004, pág. 31).

“Não existe um sujeito e uma doença separados, mas um ser que adoece, que se revela na sua vivência particular” (CAMON E VALLE, 2004, pág. 93).

A psicologia hospitalar considera o ser humano em sua globalidade e integridade, única em suas condições pessoais, com seus direitos humanamente definidos e respeitados. (CAMON, 2003, pág. 172).

Enfim, o foco da psicologia hospitalar é o aspecto psicológico em torno do adoecimento.

Além de considerar essas pessoas individualmente, a psicologia hospitalar também se ocupa das relações entre elas, constituindo-se assim numa verdadeira psicologia de ligação, com a função de facilitar os relacionamentos entre pacientes, familiares e médicos. (SIMONETTI, 2006).

### **Roteiro de Avaliação Psicológica**

O roteiro de avaliação psicológica é um instrumento sistematizado para avaliação do paciente em nível de diagnósticos e armazenamento de dados e foi desenvolvido com o objetivo de facilitar o dia-a-dia corrido das enfermarias dos hospitais e assim proporcionar ao paciente internado uma adequação à realidade da Psicologia Hospitalar.

Este roteiro não deve ser seguido rigidamente visto que a psicologia hospitalar ainda está em fase de estruturação, para tanto utiliza alguns recursos técnicos e metodológicos de outras áreas da psicologia. No entanto, cada hospital utiliza um roteiro, de acordo com a especialidade na qual atua, fazendo adaptações quando assim houver necessidade.

Contudo este instrumento deve ser inovado, aprimorado para que a cada dia os profissionais psicólogos possam desenvolver e criar técnicas que sejam adequadas ao trabalho dinâmico que é proposto na Instituição Hospitalar, facilitando o registro de dados do paciente de forma objetiva tanto para o próprio psicólogo quanto para a equipe de saúde.

## **Relato de Experiência**

### *Iniciando o Estágio no Centro de Tratamento Oncológico – C.T.O - Araçatuba - SP*

Antes do início do estágio a ansiedade imperava, pois eu não sabia o que iria encontrar, como seria recebida, pois lia nos livros sobre a resistência da equipe com a entrada do psicólogo no hospital.

Aumentando a minha ansiedade, ocorreu a demora para o início do estágio, provocada pela excessiva cautela da coordenação do setor, motivada por experiências anteriores. Finalmente em junho, entrei no CTO também com muita cautela. Fui bem recebida pela equipe e pelos pacientes, no entanto, a primeira recomendação dada pela enfermagem foi que não falasse a palavra “câncer”, demonstrando uma cultura local arraigada na equipe, evidenciando a resistência e o despreparo em lidar com a dor física e psíquica, a ansiedade, o medo e a angústia dos pacientes, uma vez que esse papel cabe ao psicólogo, preparado para uma escuta diferenciada.

Os meus primeiros passos consistiram no reconhecimento físico do local, olhando os espaços, conhecendo a rotina do setor, conversando com a equipe e já com alguns pacientes percebendo suas demandas. Fiquei surpresa ao entrar no CTO por ser um local muito agradável, acolhedor, com um ambiente físico espaçoso, decorado, diferente de um hospital público. Foi notória a diferença também no atendimento dispensado pela equipe, confirmada na fala dos próprios pacientes: “Nossa fia, aqui nem parece hospital do SUS, tudo de graça e eu fui tão bem atendida desde as meninas lá da recepção, recebi até remédio de graça”.

Sabíamos que o objetivo da psicologia hospitalar é resgatar a subjetividade em locais onde há apenas o olhar para a doença do corpo, pois a equipe tem como foco a possibilidade de eliminação da doença física, enquanto o psicólogo busca abarcar a pessoa que está doente na sua totalidade. Dessa forma, iniciei a minha caminhada a fim de possibilitar o emergir dessa subjetividade. Meu primeiro contato com os pacientes foi através do atendimento individual nos leitos, na sala de quimioterapia e na sala de espera. Após algumas visitas, a sala de espera começou a me causar certo desconforto, em razão da disposição das cadeiras em fila, da quantidade de pessoas que ficavam durante muitas horas ali esperando o atendimento, com a televisão ligada todo o tempo impossibilitando o contato entre as pessoas, tornando-as isoladas dentro de um espaço onde existia a possibilidade do surgimento de um grupo psicoterapêutico.

Por esses motivos, passei a utilizar técnicas de procedimentos grupais que possibilitaram a busca de recursos de enfrentamento e troca de experiências tirando dúvidas, discutindo as particularidades da doença, implicações do tratamento e efeitos.

Dentre as várias dinâmicas vivenciadas na sala de espera e na sala de quimioterapia, selecionei algumas pelos conteúdos que nos emocionaram:

- Dinâmica do tesouro: foi criado um suspense em torno de uma caixinha com um espelho dentro. Mostrei a caixinha dizendo que dentro dela havia um grande tesouro e que cada um teria a oportunidade de encontrá-lo. Após todos terem olhado o conteúdo da caixinha cada teve um espaço para contar sobre o que viu. Os conteúdos emocionantes que surgiram nos emocionaram também. Muitos relataram que não estão cuidando bem do seu tesouro, que às vezes, na correria no dia-a-dia, se esquecem dele. Em especial, o relato de um senhor portador de um tumor facial aparente, que havia adotado uma postura de isolamento social, e recusa em olhar-se no espelho, ao se deparar com a caixinha, emocionado, verbalizou: “Fiquei surpreso ao olhar na caixinha e ver que o tesouro era eu mesmo”.

- Dinâmica da flor: viagem fantasia que consiste na identificação com uma flor e como ela se encontra nas mudanças das estações. Uma senhora relatou que se identificou com uma flor despetalando, seca, porém havia brotos. Pensei que ela se referia à sua própria morte, mas assim que explicou disse que a flor despetalando significava seus cabelos caindo por conta da quimioterapia, e o broto representava os fios que ainda nasceriam.

- Viagem Fantasia e experimento de identificação Roseira: Inicialmente foi feito um relaxamento de presentificação e posteriormente foram dadas algumas instruções aos participantes pedindo a eles que se tornassem roseiras em fantasia e assim explorar a sua existência como tal. Através desta viagem, pudemos (eu e equipe), observar diversas maneiras de vivenciar o momento de sofrimentos em que estas pessoas acometidas de um câncer estavam se deparando. O objetivo maior desta viagem foi proporcionar este espaço, para que cada qual pudesse projetar na roseira o seu modo de ser e estar no mundo e obtivemos várias experiências tais como: pessoas que não conseguiam prevalecer nenhum lado bom, ou seja, a doença estava tomando conta de tudo que a mesma considerava bom. Como no caso de uma paciente mulher dizia que as suas rosas estavam todas murchas e que ela sendo roseira estava cheia de espinhos. Então com esta paciente foi trabalhado o como ela estava se sentindo, e a mesma relata que estava muito mal. Entretanto, procurou-se resgatar o como ela gostaria estar diferente desta roseira cheia de espinhos e então a paciente começou a pensar em experiências



positivas. Uma outra paciente teve uma experiência positiva em que se lembrou de uma roseira que se encontrava perto do túmulo de sua mãe e disse que quando ela se transformou em roseira, pôde perceber muitas coisas boas, tal qual a

- roseira cheirosa, bonita e com novos botões a florescendo e ela sendo roseira percebeu quantas coisas boas estava perdendo por estar sofrendo. E através deste experimento foi valorizado a motivação de querer continuar lutando no sentido de se apreciar, mesmo depois de ter vivenciado o câncer. Com estas experiências ficou evidente que o trabalho grupal estimula a solidariedade mútua, em que o grupo torna-se suporte para aquele momento de crise e, sobretudo emergem fenômenos de agrupamentos humanos, de comunicação, interação, identificação e uma gama de sentimentos instaurando um espaço de troca, de novas vivências e suporte para organização de novas experiências.

O grupo serve como suporte por meio de esclarecimentos, do apoio intergrupal, do relato das experiências e dificuldade de cada um incentivar este tratamento sabidamente desprazeroso, de forma que ele possa efetuar-se da maneira mais adequada possível sem interrupções ou abandono. Também cria um ambiente facilitador para elaboração de perdas, para resolução ou amenização de conflitos, que, possam estar relacionados ao estado depressivo anterior ou posterior ao câncer para que haja a diminuição da ansiedade relacionada ao medo de metástases e mortes. Uma vez que a morte é apenas uma sucessão da vida, ou seja, faz parte da vida, morrer é apenas uma consequência de estarmos vivos. Percebi que, quando se falava da morte, as pessoas queriam aproveitar o máximo estarem vivas e realizarem algo que tinham vontade, mas que as agruras da vida as impediam. E agora, acometidas pela doença sabiam e tinham claro que a probabilidade de seu ser para a morte estava grande, queriam aproveitar o máximo cada instante da vida.

A vida e a morte são inseparavelmente unidas e pertence uma à outra (...)

Só quando continuamos conscientes de nossa mortalidade é que continuamos percebendo cada momento de nossa vida é irrecuperável e, por isso, tem que ser aproveitado. Somente porque o homem é finito, cada momento conta. Conta como realização e libertação ao nos envolvermos adequadamente com as reivindicações daquilo que nos solicita. (BOSS, 1981)

Além dos grupos formados pela realização das dinâmicas, presenciei a formação de grupos acidentais. Espontaneamente, os pacientes mais próximos daquele que está sendo atendido começam a participar da conversa, em especial quando os assuntos abordados eram a doença e seu tratamento. Trocas de informações e relato sobre a maneira de lidar com

problemas nesses âmbitos tornaram-se uma constante, proporcionando uma troca de experiências que não se limitavam a informações objetivas, mas que traduzem trocas emocionais e possibilitam a chamada experiência emocional corretiva. Em diversos momentos estes grupos acidentais constituem-se em verdadeiros grupos mútuos e de auto-ajuda, nos quais essas trocas se efetivavam sem a intervenção do psicólogo como elemento facilitador para sua ocorrência, gerando praticamente um movimento autônomo.

Além dos grupos e atendimentos individuais, acompanhamos alguns procedimentos de aplicação, retirada de liquor, dreno, pontos, na sala de procedimentos, por solicitação dos pacientes, proporcionando apoio, acolhimento, segurança naquele difícil momento.

### **Considerações Finais**

Após a finalização do estágio minha atuação mostrou-se reconhecida na fala da equipe e dos pacientes: “Você vai continuar né? Esse trabalho não pode parar!” (médico oncologista), “Os pacientes entram na consulta mais calmos, tranqüilos.” (médico oncologista), “Esse tipo de trabalho tem que ter todo dia.” (paciente), “É tão bom quando você vêm aqui...” (paciente). Este estágio de Psicologia Hospitalar com ênfase em Oncologia nos fez perceber as mais diferentes formas de sofrimento, quando o paciente se depara com o câncer, ele começa a dar um valor maior para vida, estas pessoas pôde me ensinar o quanto à vida é importante e que diante dessa enfermidade os demais problemas tendem a ficar amenos.

Foram muitos momentos de tristezas, incertezas, dores, angústias e medos da morte que compartilhei juntamente com muitos pacientes e familiares que se encontravam numa sala de espera, ou em um leito, aguardando um diagnóstico do médico, ou tendo esperanças de uma possível melhora de seu quadro, pessoas que estavam lutando, querendo melhorar e viver, e outras já não tinham mais esperanças, estavam cansadas de lutar, a vida já não estava tendo sentido.

Percebendo estas vicissitudes trazidas pelos pacientes ancorei-me nas mais variadas maneiras sublimes de estar fazendo parte desta equipe de cuidadores, transformando-me e sendo transformados, me envolvendo e sendo envolvida para que o trabalho de psicologia hospitalar tome a dimensão de abarcar a subjetividade daqueles que tanto necessitam de falar de si mesmos.

Espero que esta modalidade de estágio dentro do Centro de Tratamento Oncológico – CTO, se expanda e que sejam abertos novos campos de atuação da psicologia em diversas especialidades, visto que a cada dia o trabalho do psicólogo seja reconhecido e valorizado, para que este faça parte de uma equipe integrativa, contribuindo para que os atendimentos tenham maior qualidade.

Vivendo estes momentos, pensando e refletindo sobre a riqueza dessa aprendizagem e vivência privilegiada junto a essas pessoas tão sofridas não consegui deixar de rememorar uma fala sensível de Mezomo: “Toda pessoa carente de saúde é, antes de tudo, uma pessoa, mesmo quando suas condições físicas e psíquicas o pareçam negar!” (MEZOMO citado por CAMPOS 1995, pág. 60).

Que riqueza! E pudemos viver este momento...

## Referências

- Anastasi, A. (1972). *Campos da Psicologia Aplicada*. São Paulo: Herder, Edusp.
- Boss, M. (1981). *Angústia, culpa e libertação: Ensaio de Psicanálise existencial*. 3ª ed. São Paulo: Livraria duas cidades.
- Camon (Org.), V. A. A.; et al. (2003). *Psicologia hospitalar: teoria e prática*. 1ª ed. São Paulo: Pioneira Thomson Learning.
- Campos, T. C. P. (1995). *Psicologia hospitalar: a atuação do psicólogo em hospitais*. São Paulo: EPU.
- Chiattonne, H. B. C. A criança e a morte. In: Camon (org), V. A. A; Chiattonne, H. B. C. (1996). *E a psicologia entrou no hospital...* São Paulo: Pioneira. Capítulo 2, 69-146.
- Chiattonne, H. B. C.; Sebastiani, R. N. 1998. *Introdução em Psicologia Hospitalar I*. Série Cadernos Nêmeton de Psicologia Hospitalar, nº 01, Nêmeton, Centro de Estudos e Pesquisas em Psicologia e Saúde. São Paulo.
- Romano, B. W. (Org.). (2002). *A prática da psicologia hospitalar*. 1ª ed. São Paulo: Pioneira Thomson Learnig.
- Simonetti, A. (2006). *Manual de psicologia hospitalar: o mapa da doença*. 2ª ed. São Paulo: Casa do psicólogo.
- Valle, E. R. M ; Camon, V. A. A. (Org.). (2004). *O Atendimento Infantil na ótica fenomenológico-Existencial*. São Paulo: Pioneira Thomson Learning.