

O PROCESSO DE HOSPITALIZAÇÃO REPRESENTADO POR PESSOAS HOSPITALIZADAS PARA TRATAMENTO DE DOENÇAS CRÔNICAS.

Emília Rita de Araújo Neta ¹
Maiara Pessoa Bispo ²
Roseane Christhina da Nova Sá Serafim ³

RESUMO

Este estudo objetivou apreender as representações sociais acerca do processo de hospitalização elaboradas por pacientes sob tratamento de doenças crônicas. Participam deste estudo 30 pacientes, 05 (cinco) crianças, 02 (dois) adolescentes, 10 (dez) adultos e 13 (treze) idosos, de ambos os sexos, com média de idade de 42 anos. Os participantes responderam a um questionário sociodemográfico e em seguida foi utilizada a Técnica de Associação Livre de Palavras. Os dados foram analisados por meio da estatística descritiva e análise fatorial de correspondência. Os resultados apontaram que a hospitalização é uma vivência única para os pacientes, não havendo a possibilidade de retornar ao estado de saúde anterior à doença, enfatizando seu significado multifacetado, ancorando-se nas esferas psicoafetiva, físico/orgânica e psicossocial. De modo que o suporte familiar e espiritual tornam-se âncoras importantes no processo de hospitalização. Conclui-se que a própria multiplicidade de agravos geradores de condições crônicas de saúde demanda uma nova lógica de cuidados no contexto hospitalar, uma vez que as doenças crônicas implicam necessariamente numa total reestruturação existencial do paciente.

Palavras-chave: Representações Sociais, Hospitalização, Pacientes, Doença Crônica.

INTRODUÇÃO

As doenças crônicas que compõem o conjunto de condições crônicas estão listadas como uma das principais causas de mortalidade e incapacidade prematura no mundo. No ano de 2020, serão responsáveis por 80% da carga de doenças dos países em desenvolvimento (BRASIL, 2013). A Organização Mundial de Saúde em periódicos relatórios e alertas sugere a adoção de medidas que possam salvar vidas, prevenir doenças e evitar altos custos financeiros sobre o sistema de saúde. Atualmente, nos países em desenvolvimento a aderência aos tratamentos chega a ser apenas de 20% (OMS, 2003).

¹ Pós Graduanda do Curso de Psicologia Hospitalar da Wyden UniFavip - PE, emiliaritaraujo@gmail.com;

² Graduada pelo Curso de Psicologia da Universidade Federal de Campina Grande - PB, maiarapess@hotmail.com;

³ Professor orientador: Doutora pela Universidade Federal da Paraíba – PB, roseanesaserafim@gmail.com.

Esse artigo é resultado do projeto de pesquisa: *Processo de Hospitalização: Rede de experiências e significações*, realizado na UFCG, tendo apoio do CNPq.

Na literatura observa-se a existência de pesquisas ancoradas na abordagem psicossociológica, no contexto da hospitalização, porém os estudos desenvolvidos nesta temática foram mais frequentes na área da Enfermagem, com poucas publicações na Psicologia.

Diante da possível lacuna de informações sobre este tema, o presente artigo objetiva analisar a(s) representação(ões) social(ais) do processo de hospitalização por meio dos diferentes campos semânticos associados aos estímulos indutores: pessoa hospitalizada, ter que fazer tratamento, acompanhante e eu mesmo (o próprio paciente), elaborados por pacientes com doenças crônicas. Compreender como experimentam e significam o processo de hospitalização, quando esses são diagnosticados com alguma doença crônica que demanda hospitalizações recorrentes; concomitantemente, pretende-se verificar a localização subjetiva do grupo dos sujeitos hospitalizados, a fim de tornar inteligível a experiência (inter)subjetiva vivenciada no contexto da hospitalização.

Levando em conta que o Brasil enfrenta um rápido envelhecimento da sua população o que exigirá uma resposta efetiva do sistema de saúde compreende-se que tal estudo poderá contribuir com as diretrizes para o cuidado às pessoas com doenças crônicas na Rede de Atenção às Pessoas com Doenças Crônicas, além de auxiliar no aperfeiçoamento das práticas de cuidado desenvolvidas pela Psicologia Hospitalar e da Saúde.

METODOLOGIA

A presente pesquisa trata-se de um estudo misto, qualitativo e quantitativo, de cunho descritivo e exploratório, que fundamenta-se na Teoria das Representações Sociais de Moscovici (2011). Os campos da pesquisa foram as unidades de internação hospitalar de dois Hospitais Universitários públicos, localizados no estado da Paraíba. Ressalta-se que esse estudo atendeu todos os preceitos éticos. Sendo aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (Número do parecer: 1.313.758) e seguiu-se todas as determinações que constam na Resolução nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde.

A amostra foi composta de 30 participantes hospitalizados da rede pública de saúde escolhidos de forma convencional e não probabilística. Participaram da pesquisa 05 (cinco) crianças, 02 (dois) adolescentes, 10 (dez) adultos e 13 (treze) idosos que encontravam-se nas enfermarias pediátricas, cirúrgica, pneumológica, clínica médica (feminina e masculina) e infectologia, nos períodos que confere de janeiro à maio de 2017. A maioria dos participantes

é do sexo feminino (70%). No momento da pesquisa os participantes tinham majoritariamente o ensino fundamental completo (50%). No que se refere a faixa etária, os participantes apresentaram idade mínima de 7 anos e máxima de 77 anos ($M=42,53$; $DP=22,99$).

Foram incluídos na amostra os participantes que atenderam os seguintes critérios de inclusão: apresentar disponibilidade para participar da pesquisa de forma voluntária; estar hospitalizados (as) há cinco dias ou mais; diagnosticados com alguma doença crônica; e conscientes a responder aos comandos emitidos durante aplicação dos instrumentos. Segundo Dias, Baptista e Baptista (2010), cinco dias ou mais é um tempo considerado mínimo para que os pacientes possam tomar conhecimento da rotina hospitalar a quais estão inseridas.

A coleta de dados aconteceu nos momentos em que os participantes não estavam em procedimentos rotineiros junto a equipe de referência, bem como preservou-se também os horários de descanso e visita de todos os pacientes. O contato com os participantes da pesquisa ocorreu em um único momento onde foi aplicado o questionário sociodemográfico (Q) e a Técnica de Associação Livre de Palavras (TALP). O procedimento ocorreu de forma individual, no caso dos (as) participantes menores de 18 anos, estes foram acompanhados de seus respectivos responsáveis.

O questionário sociodemográfico destinou-se a coletar informações sobre idade, sexo, escolaridade, diagnóstico médico, tempo de internação hospitalar, tipo de adoecimento. A fim de identificar as representações sociais da hospitalização para os pacientes, recorreu-se a Técnica de Associação Livre de Palavras que é uma técnica muito utilizada nas pesquisas em Representações Sociais onde visa conhecer o campo semântico no qual insere-se um dado objeto do mundo social. A TALP foi realizada a partir de quatro estímulos indutores, onde a partir desses estímulos solicitava-se que o participante evocasse até cinco palavras que viessem a sua mente sobre cada um dos estímulos indutores pronunciados pelo pesquisador, “pessoa hospitalizada”, “ter que ficar internada no hospital”, “acompanhante” e “eu mesmo”.

A análise de dados obtidos foi realizada conforme os diferentes instrumentos utilizados. Os dados coletados pelo questionário sociodemográfico foram processados no programa Statistical Package for Social Science (SPSS) e analisados por meio de estatística descritiva. Já os dados apreendidos por meio da Técnica de Associação Livre de Palavras foram processados pelo programa Tri-DeuxMots e analisados com base na Técnica de Análise Fatorial de Correspondência.

DESENVOLVIMENTO

As doenças crônicas, sejam elas transmissíveis, exemplo AIDS, ou não transmissíveis como é o caso das doenças pulmonares obstrutivas crônicas, neoplasias, diabetes mellitus, câncer, entre outras, apresentam forte carga de morbidades relacionadas. Estas são responsáveis por grande número de internações e afetam de modo significativo o cotidiano do sujeito adoecido, pois envolve perda significativa da qualidade de vida, que se aprofunda à medida que a doença se agrava (BRASIL, 2013). O sujeito é convocado a distanciar-se das suas atividades cotidianas e mudar o curso da sua vida de modo abrupto, necessitando submeter-se a diversas idas ao hospital ao longo do tratamento.

A indicação terapêutica para uma internação hospitalar demarcará para o sujeito adoecido uma mudança no qual ocorre o silenciamento de sua voz, na cena em que seu corpo se torna alvo de intermináveis manipulações, intervenções e interdições num processo de cuidado contínuo que nem sempre leva à cura do paciente (CAMON, 2010). Para explicar o surgimento e funcionamento do hospital terapêutico associado ao poder disciplinar - vale destacar que o hospital antes era tido como hospedaria. Foucault (1981), dirá que o hospital no século XVIII fez parte de um acontecimento médico e transformou-se num espaço terapêutico que tem o objetivo de dar sentido ao mundo confuso do doente e da doença. Portanto, o hospital é o espaço onde o doente possa ser vigiado e onde seja registrado tudo o que acontece naquele ambiente (FOUCAULT, 1981).

Desse modo, o hospital não contempla o ser humano em sua natureza complexa. O sujeito é tratado de forma idêntica, fragmentária e especializada (FORTUNA, 2007). Em meio ao período de internação, operadores da medicina, de forma hegemônica, ocupam-se em extirpar o sintoma, ou seja, o foco da atenção do cuidado está no corpo fisiológico e anatômico que, legítima e autoriza a manipulação desse corpo. Neste contexto, independente de faixa etária, o sujeito sofre os efeitos adversos da hospitalização (BAPTISTA e DIAS, 2010; BRUSCATO, BENEDETTI e LOPES, 2004; BRUSCATO et al., 2012; ANGERAMI-CAMON, 2010; ISMAEL, 2005).

O próprio ambiente hospitalar, a internação, o tratamento e a manipulação do paciente por pessoas desconhecidas vão agredi-lo tanto física quanto emocionalmente. Os pacientes vivenciam sentimentos que variam entre a angústia, medo, insegurança, raiva, negação, revoltas e entre outras respostas psicológicas que estão relacionadas ao processo de hospitalização (BRUSCATO, 2004). O processo de hospitalização implicará em

consequências psicológicas para o sujeito que é afastado de seu cotidiano, perde sua individualidade e fica submerso a horários rígidos de uma rotina hospitalar (ISMAEL, 2005).

Camon (2010) afirma que tudo isso pode levar o sujeito a um processo de despersonalização onde próprio nome é substituído por um número de leito, suas roupas são substituídas por “uniformes” e a alimentação segue a terapêutica designada pela equipe de referência. O sujeito é reduzido a alguém portador de determinada patologia que é convocado a reinventar sua forma de ser dentro do quadro disciplinar que o hospital oferece (CAMON, 2010). O paciente, portanto, evoca experiências subjetivas e conhecimentos já adquiridos, ou mesmo instituídos por normas culturais, na tentativa de transformar o estranho “mundo hospitalar” em familiar (MOSCOVICI, 2011).

As representações sociais podem ser entendidas como um conjunto de cognições do senso comum a respeito de um determinado objeto do mundo social, construídos nas interações interpessoais, sobre fenômenos sociais relevantes. Por serem “socialmente elaboradas e partilhadas, com um objetivo prático contribuem para a construção de uma realidade comum a um conjunto social” (JODELET, 2001, p. 22).

RESULTADOS E DISCUSSÃO

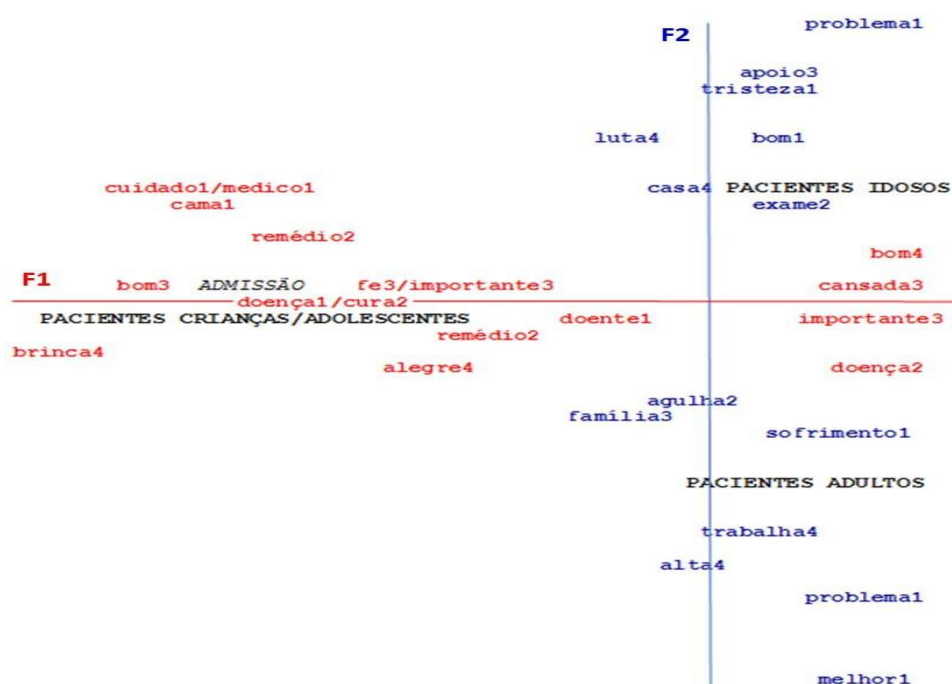
A amostra foi composta de 30 participantes hospitalizados para tratamento de doenças crônicas, o tipo de adoecimento mais significativo na análise descritiva foi o crônico (63,3%), seguido da Re-agudização da cronicidade (30%) e Agudo (6,7%). Dentre os participantes, 16,7%, eram crianças (0-11 anos), 6,7% Adolescentes (12-18 anos), 33,3% Adultos (19-59 anos) e 43,3% Idosos (60 anos ou mais). O critério utilizado para estabelecer a idade dos grupos foi feita com base na definição proposta pelo Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) e pelo Estatuto do Idoso. A maioria dos pacientes foi internado em caráter de urgência (80%), tendo afirmado que não é a primeira vez que necessita ficar internado no hospital (83,3%) para cuidados de saúde relacionados a doença crônica ou comorbidades associadas.

No que se refere a ter alguém acompanhando, a grande maioria (80%) dispunha de acompanhante, sendo esse algum familiar próximo (29,9%) -mãe, pai, tia(o), avó(ô)- outro tipo de grau de parentesco ou nenhum (50%). A maior parte dos participantes (73,3%) estava internado no tempo que corresponde entre 6 (seis) e 20 (vinte) dias, o que confere ao período de Curta Permanência.

As palavras coletadas por meio da Técnica de Associação Livre de Palavras foram processadas através do programa Tri-Deux-Mots, o qual gerou a Análise Fatorial de Correspondência (AFC) sobre o processo de hospitalização representado por pessoas hospitalizadas para tratamento de doenças crônicas. Nesse tipo de análise é possível identificar as aproximações entre os diferentes grupos de pertença, sendo possível também apreender graficamente a atração entre variáveis fixas e as variáveis de opiniões.

As variáveis fixas correspondem às fases da vida do ser humano (criança, adolescente, adulto e idoso) e as fases de hospitalização (admissão, curta permanência e longa permanência). No plano fatorial de correspondência estas variáveis podem ser localizadas em colunas, letras maiúsculas na cor preta e as variáveis de opinião que correspondem às palavras evocadas pelos sujeitos encontram-se nas linhas, letras minúsculas de cor azul e vermelha, que revelam de forma semântica a dinâmica de atração e distanciamento entre as modalidades de respostas e características dos grupos. Faz-se necessário comunicar que o material coletado pela TALP fez um somatório igual a 598 (quinhentas e noventa e oito) palavras evocadas pelo conjunto de participantes (n=30). Ao considerar o total de palavras evocadas percebeu-se que 156 palavras são diferentes, o que significa dizer que representam as especificidades dos atores sociais em relação aos estímulos indutores: pessoa hospitalizada (estímulo 1), ter que ficar internada no hospital (estímulo 2), acompanhante (estímulo 3) e eu mesmo (estímulo 4).

Figura 1. Plano Fatorial de Correspondência das Representações Sociais referente ao processo de hospitalização.



A leitura gráfica das representações (palavras evocadas/modalidades) que emergiram no plano fatorial de correspondência possibilitou a compreensão das objetivações dos pacientes distribuídas de maneira oposta sobre dois fatores/eixos (F1 e F2), observadas na Figura 01. Deste modo, no primeiro fator (F1), representado pela cor vermelha, no eixo horizontal à esquerda e à direita, encontram-se as representações de valor estatístico mais significativo, composto por 60,4% da variância total das respostas. Enquanto que o segundo fator (F2), na linha vertical de cor azul, à margem superior e inferior, representa-se 26,5% da variância total das respostas. Pode-se verificar que a soma das variâncias perfaz um total de 86,9%; portanto, considera-se que estatisticamente os dados são satisfatórios para a interpretação dos resultados.

O espaço fatorial que compõem os dois fatores (F1 e F2) ao ser delimitado pelas variáveis de opinião atribuídas aos quatro estímulos indutores (pessoa hospitalizada, ter que ficar internada no hospital, acompanhante e eu mesmo), revela a existência de agrupamentos representacionais ou “nuvens semânticas”, que evidenciam as semelhanças e diferenças nos conteúdos e na estrutura das representações dos atores sociais entrevistados. Cabe registrar que o fator ou eixo 1 é considerado o mais importante, pois detém maior poder explicativo das representações sociais. Neste fator, estão concentradas as informações de maior valor estatístico sobre o objeto pesquisado.

O processamento dos dados permitiu identificar no fator de cor vermelha, em seu lado esquerdo e direito, o campo semântico das representações sociais elaboradas pelas Crianças/Adolescentes Hospitalizadas para tratamento de doenças crônicas que encontram-se na fase de admissão, internadas na Pediatria. Para estas crianças/adolescentes, o enunciado “pessoa internada no hospital” (estímulo 1) foi objetivado como alguém que tem uma doença e depois ficou doente precisando ficar na cama para ter cuidados médicos.

Incluídas nesse mesmo campo semântico, localizam-se as representações relativas ao estímulo 2 (ter que fazer o tratamento); as variáveis de opinião evocadas pelas crianças/adolescentes hospitalizadas em fase de admissão, localizadas no eixo horizontal (F1), à esquerda e direita do plano fatorial, associam o ter que fazer tratamento no hospital pela doença e tem que tomar os remédios para ter cura. O enunciado “acompanhante” (estímulo 3) foi relacionado como algo bom, ter alguém que é importante e tem fé, mas elas acreditam que o acompanhante é alguém cansada. Quando elas falam de si mesmo, ou seja, “eu mesmo” (estímulo 4) as crianças/adolescentes dizem que são bons, alegres e costumam brincar.

No plano fatorial, o grupo de adultos hospitalizados, no eixo vertical (F2), na sua margem inferior, em seu lado direito, objetivam a pessoa internada no hospital (estímulo 1) como algo relacionado a alguém que está em sofrimento por um problema, mas que vai ficar melhor. Com relação ao termo ter que fazer o tratamento (estímulo 2) a palavra agulha foi significativa. Já o estímulo 3 (Acompanhante) foi objetivado como alguém que deve ser da família. Eu mesmo (estímulo 4) trabalho e desejo ter alta.

Quanto ao eixo vertical (F2), à margem superior, em seu lado direito, os idosos hospitalizados associam a pessoa internada no hospital (estímulo 1) como alguém que deseja ficar bom, mas o problema lhe causa tristeza. O termo ter que fazer o tratamento no hospital (estímulo 2) foi objetivado a partir da realização de exames. No que concerne ao estímulo 3 (Acompanhante), é um apoio. Quando falam de eu mesmo (estímulo 4) os idosos objetivam como sendo alguém que luta e sente saudades de casa.

Investigar como as pessoas hospitalizadas para tratamento de doenças crônicas constroem suas representações sociais possibilitou acessar uma rede complexa de significações atribuídas ao processo de hospitalização para os diferentes grupos estudados.

Estar hospitalizado ancora-se na dimensão psicoafetiva, objetivada como ter uma “doença” que causa limitações, sofrimento, separação e sentimento de tristeza. Para essas pessoas, conviver com uma doença incurável e ter a necessidade de “cuidados médicos” durante o tratamento, se configuram como questões emocionais que trazem transtornos e exigem grandes esforços do paciente, já que ao final do processo de hospitalização não é obtido o êxito geral da resolutividade do “problema”. A “cura” total não é alcançada, o que o paciente sente é uma percepção de alívio. Tais explicações corroboram com a manutenção da idéia de cura a qualquer custo e de doença como um desvio que deve ser corrigido, em última instância, colabora também com as idéias higienistas e aumentam a culpabilização, sentimentos de humilhação, medo e isolamento daqueles que adoecem (CANGUILHEM, 1990; SAWAIA, 2003).

As crianças e adolescentes, em alguns casos, aceitam o hospital pela necessidade de tratamento, mas reconhecem que a vida fica diferente, devido aos limites resultantes do hospital e da própria doença. No hospital elas ficam limitadas em suas atividades recreativas, ausência de familiares e amigos (CHIATTONE, 2009).

Moura, Carvalho e Silva (2007) apontam que a grande dificuldade de aceitação dos adultos relaciona-se ao fato de que as doenças crônicas destacam-se, na sua maioria, como incapacitantes para o trabalho, devido às limitações físicas e consequentes hospitalizações,

sendo comum, inicialmente, o afastamento temporário das atividades laborais, podendo ser seguido por situações de invalidez, que determinam a aposentadoria precoce dos adultos que estariam no auge da produtividade em suas vidas.

O idoso hospitalizado por sua vez apresenta dificuldade em submeter-se ao tratamento, devido à perda da capacidade de adaptação e à vulnerabilidade das funções individuais. Uma vez hospitalizados, os idosos se deparam com a finitude da vida e conseqüente proximidade da morte, deixando-os frágeis diante de todas as emoções vivenciadas. O idoso não tem defesas emocionais diante da doença e internação (SOARES; CUSTÓDIO, 2011). Além disso, segundo Carvalho e Garcia (2003) em seus estudos observaram os diferentes modos de aceitação das perdas e ganhos do envelhecimento e algumas dificuldades dos sujeitos em lidar com o adoecer, pois este representaria a necessidade de cuidados.

Para crianças e adolescentes ter que ficar na cama; para adultos ausentar-se do trabalho; e para os idosos separar-se da sua casa; para ter que fazer o tratamento no hospital elucidam-se como categorias ancoradas na dimensão físico/orgânica e psicossocial uma vez que, para fazer o tratamento no hospital exige-se que os pacientes ausentem-se das atividades cotidianas, sigam uma rotina hospitalar e disponham do seu corpo. Seu espaço vital não é mais algo que dependa de seu processo de escolha. Seus hábitos anteriores terão de se transformar diante da realidade da hospitalização e da doença.

Espera-se que o sujeito seja um instrumento passível a modificação a partir da função terapêutica: são intermináveis manipulações, intervenções e interdições. Remédios, agulhas, seringas e baterias de exames realizados periodicamente durante o processo de hospitalização. O foco do cuidado e das intervenções terapêuticas é unicamente na doença ou nos sintomas que definem a natureza crônica do adoecimento, os profissionais da saúde tendem a medicalizar quem demanda o cuidado (GALLASSI et al, 2014).

Na literatura, em geral, a espiritualidade está fortemente correlacionada com qualidade de vida e facilidade de ajustamento emocional (VILHENA et. al. 2014). Sendo portanto, o suporte familiar e espiritual como âncoras importantes no processo de hospitalização. O ajustamento emocional das crianças, adolescentes, adultos e idosos é propiciado pela própria “família” que o acompanha durante todo o tratamento. Para o idoso, em especial, o acompanhante é o “apoio” para que o mesmo não sinta-se desvalorizado e abandonado no hospital (SOARES; CUSTÓDIO, 2011).

A doença crônica muda a rotina na família, pois o paciente em alguns casos perde significativamente sua capacidade do autocuidado. De um modo próximo e mais frequente é o

cuidador que vai compartilhar a dor e o sofrimento da pessoa com doença crônica, e torna-se acompanhante quando o mesmo necessita estar hospitalizado (PINTO; NATIONS, 2012). Os pacientes crônicos relatam que além da resistência e do medo usual em ficar internados existe um sentimento de não querer com isso incomodar e exigir maior esforço de seus cuidadores já “cansados”, em tornarem-se acompanhantes no hospital.

No tocante às representações sociais, os pacientes demonstram ter entendimento acerca da hospitalização, embora a presentificação de cada episódio de hospitalização na história de vida da criança, adolescente, adulto ou idoso, independente da natureza da internação hospitalar, cede lugar a um marco existencial que pode influenciar de forma significativa o curso da trajetória histórica, social, econômica e política, desse ser humano enquanto sujeito e ator social (CAMON, 2010). A hospitalização será algo único como vivência, não havendo a possibilidade de previsão anterior à sua própria ocorrência, enfatizando seu significado multifacetado, ancorando-as nas esferas psicoafetiva, físico/orgânica e psicossocial. As doenças crônicas implicam necessariamente numa total reestruturação vital.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Espera-se que os resultados da presente pesquisa possam contribuir para uma melhor compreensão da hospitalização para pacientes crônicos. A multiplicidade de agravos geradores de condições crônicas de saúde e o envelhecimento progressivo da população brasileira demanda uma nova lógica de cuidados, tanto em direção a uma nova projeção de práticas em saúde, como para uma reorientação de serviços de saúde, assim como formação e capacitação de profissionais.

Fornecer subsídios para a prevenção e o acompanhamento terapêutico de pacientes e familiares, a partir do diagnóstico da doença crônica e de suas consequências contribui com a proposta de diretrizes para o cuidado às pessoas com doenças crônicas na Rede de Atenção às Pessoas com Doenças Crônicas. O acompanhamento terapêutico deve ser o de tornar esse momento menos impactante na vida das referidas pessoas. A utilização de uma amostra não probabilística revela-se como uma importante limitação no que diz respeito à possibilidade de generalização dos resultados. Sendo assim, sugere-se cautela ao comparar estes resultados aos de outros autores. Como esta pesquisa foi realizada somente em instituições públicas, ela não possibilitou observar se existiam diferenças entre o contexto público e o privado.

REFERÊNCIAS

BAPTISTA, M. N. DIAS, R. R.. **Psicologia hospitalar: teoria, aplicações e casos clínicos - 2ª edição.** Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2010.

BRASIL. **Diretrizes para o cuidado das pessoas com doenças crônicas nas redes de atenção à saúde e nas linhas de cuidado prioritárias.** Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2013.

BRUSCATO, W.L.; BENEDETTI, C.; LOPES, S.R.A. (org). **A prática da psicologia hospitalar na Santa Casa de Misericórdia de São Paulo: novas páginas em uma antiga história.** São Paulo: Casa do Psicólogo, 2004.

BRUSCATO, W. L. et al. A psicologia e a humanização na esfera da saúde: interfaces e distinções das duas esferas de atuação. In: BRUSCATO, W. L. (org.). **A psicologia na saúde: da atenção primária à alta complexidade.** São Paulo: Casa do Psicólogo, 2012.

CARVALHO, J. A. M.; GARCIA, R. A. **O envelhecimento da população brasileira um enfoque demográfico.** Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 3, n.19, 2003.

CANGUILHEM, G. **O normal e o patológico – 3ª edição.** Rio de Janeiro: Forense Universitária, 1990.

CHIATTONE, H. B. C. A Criança e a Hospitalização. In: ANGERAMI-CAMON, V. A.. (org.). **A Psicologia no Hospital. Brasil:** Cengage Learning. Vol. 02, 22-100, 2009.

DIAS, R. R.; BAPTISTA, M. N.; BAPTISTA, A. S. D. Enfermaria de pediatria: avaliação e intervenção psicológica. In. BAPTISTA M. N; DIAS R. R. (Orgs.), **Psicologia hospitalar: teoria, aplicações e casos clínicos. 2ª edição.** Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 53-73, 2010.

FOUCAULT, M. **Microfísica do poder.** Rio de Janeiro: Edições Graal Ltda, 1995.

FORTUNA, T. R. Brincar, viver e aprender: Educação e Ludicidade no hospital. In: In: VIEGAS, D. (org.). **Brinquedoteca hospitalar: Isto é humanização.** Rio de Janeiro: WAK, 37. 2007,

GALLASSI, C. V. et al. **Atenção domiciliar na atenção primária à saúde: uma síntese operacional.** ABCS Helths Science – Arquivos Brasileiros de Ciências da Saúde.; 39 (3), 2014.

ISMAEL, S. C. A inserção do psicólogo hospitalar. In: ISMAEL, S. C. (org.) **A prática psicológica e sua interface com a doença.** Casa do Psicólogo: São Paulo, 17- 35, 2005.

JODELET, D. Representação Social um domínio em expansão. In: ULUP L. **As representações sociais.** Rio de Janeiro: EdUERJ, 17-44, 2001.

JODELET, D. **O movimento de retorno ao sujeito e a abordagem das representações sociais.** Sociedade e Estado. Brasília, 24, (3), 679-712, 2009.

MOSCOVICI, S. **Representações Sociais: Investigações em psicologia social - 8ª edição.** Petrópolis. Vozes, 2011.

MOURA, A.A.G.; CARVALHO, E. F.; SILVA, N. J. C. **Repercussão das doenças crônicas não transmissíveis na concessão de benefícios pela previdência social.** Ciência e saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v.12, supl. 6, 1661-72, 2007.

PINTO, J. M. S.; NATIONS, M. K. **Cuidado e doença crônica: visão do cuidador familiar no Nordeste brasileiro.** Ciência & Saúde Coletiva, 17(2), 521-530, 2012.

SAWAIA, B. B. O sentido ético-político da saúde na era do triunfo da tecnobiologia e do relativismo. In GOLDENBERG, P.; MARSIGLIA R. M. G.; GOMES M. H. A. (Orgs.), **O clássico e o novo: tendências, objetos e abordagens em ciências sociais e saúde** (pp. 83-94). Rio de Janeiro: Fiocruz, 2003.

SOARES, N. N.; CUSTODIO, M. R. M. **Encontro.** Revista de Psicologia. v.14, nº21, 2011.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Cuidados inovadores para condições crônicas: componentes estruturais de ação.** Brasília, 2003.

VILHENA, E. et al.. **Factores psicossociais preditivos de ajustamento à vida de pessoas com doenças crônicas.** Psicologia, Saúde & Doenças, v. 15(1), 219-232, 2014.