

EXPERIÊNCIA DE PRÁTICA DE ESTÁGIO EM PSICOLOGIA HOSPITALAR

CLINICAL INTERNSHIP EXPERIENCE IN HOSPITAL PSYCHOLOGY

Kamila Morato Contini¹

Recebido: 23 de Fevereiro (2026) / Revisado: 06 de Março (2026) / Aceito: 23 de Março (2026).

RESUMO: Este relato de experiência tem como objetivo refletir sobre a prática clínica desenvolvida durante o Estágio em Psicologia Hospitalar, realizado em um hospital privado de Minas Gerais, no setor de oncologia. A experiência foi conduzida a partir de uma abordagem fenomenológica, tendo como instrumentos de registro o diário de campo e a elaboração de versões de sentidos das vivências clínicas, orientadas pelo exercício da redução fenomenológica (epoché), que consiste na suspensão de julgamentos prévios para favorecer uma escuta aberta às experiências do outro. A atuação concentrou-se no acolhimento de pacientes em tratamento quimioterápico, em cuidados prolongados e em isolamento após transplante de medula óssea, bem como no acompanhamento de seus familiares, oferecendo espaço de escuta diante do sofrimento psíquico, das incertezas do adoecimento e da proximidade da finitude. A experiência também possibilitou refletir sobre desafios presentes na lógica institucional hospitalar, especialmente no que se refere à conciliação entre práticas técnico-assistenciais e a necessidade de cuidado humanizado. Como contribuição, o relato evidencia o papel do psicólogo hospitalar não apenas no acolhimento clínico de pacientes e familiares, mas também na promoção de reflexões institucionais que favoreçam práticas de cuidado mais sensíveis à subjetividade e à dignidade do sujeito em situação de adoecimento.

PALAVRAS-CHAVE: Psicologia Hospitalar; Fenomenologia; Oncologia; Subjetividade; Humanização do Cuidado; Prática Profissional.

ABSTRACT: This experience report aims to reflect on the clinical practice developed during Hospital Psychology Internship, conducted in a private hospital in Minas Gerais, Brazil, within the oncology department. The experience was guided by a phenomenological approach, using field diaries and meaning units as instruments for recording clinical experiences, oriented by the exercise of phenomenological reduction (epoché), understood as the suspension of prior judgments in order to enable an open and attentive listening to the experiences of others. The work focused on providing psychological support to patients undergoing chemotherapy treatment, patients in long-term care, and individuals in isolation after bone marrow transplantation, as well as to their family members. The interventions sought to offer a space for listening in the face of psychological suffering, uncertainties related to illness, and the proximity of finitude. The experience also allowed reflections on challenges present within the institutional logic of hospital settings, particularly regarding the tension between technical healthcare practices and the need for humanized care. As a contribution, the report highlights the role of the hospital psychologist not only in supporting patients and families, but also in fostering institutional reflections that may promote care practices more attentive to subjectivity and to the dignity of individuals experiencing illness.

KEYWORDS: Hospital Psychology; Phenomenology; Oncology; Subjectivity; Humanized Care; Professional Practice.

1 INTRODUÇÃO

A Psicologia Hospitalar, enquanto campo de atuação especializado da Psicologia da Saúde, tem como objetivo integrar os aspectos subjetivos do indivíduo à vivência do adoecimento e da hospitalização. Essa prática parte do reconhecimento de que o adoecer não se resume às manifestações clínicas e biológicas, mas constitui uma experiência complexa e

¹Estudante do Curso de Psicologia da Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais, Campus Lourdes. E-mail: kamilacontini@gmail.com.

multifacetada, que envolve o paciente, sua família, rede de apoio e equipe profissional de saúde (Freitas, 2013; Peixoto *et al.*, 2017). Assim, a atuação do psicólogo hospitalar busca compreender os significados atribuídos a esse processo, valorizando os sentidos subjetivos da experiência de estar doente, hospitalizado ou em situação de luto e finitude.

Historicamente, a inserção da Psicologia no contexto hospitalar se desenvolveu a partir de movimentos que buscavam responder às demandas emocionais dos pacientes e familiares, especialmente após a Segunda Guerra Mundial, quando se intensificaram os estudos sobre os impactos psíquicos do adoecimento e da hospitalização (Azevêdo; Crepaldi, 2016). No Brasil, a prática psicológica hospitalar consolidou-se a partir da década de 1950, assumindo contornos próprios e estabelecendo uma relação interdisciplinar com a Medicina e outras áreas da saúde (Mosimann; Lustosa, 2011).

A atuação do psicólogo dentro do hospital abrange diversas frentes: o acolhimento e acompanhamento de pacientes internados, a escuta e suporte psicológico aos familiares, a mediação de conflitos e processos decisórios junto à equipe multiprofissional, e o enfrentamento de situações-limite como o luto, o sofrimento psíquico e a proximidade da morte (Mosimann; Lustosa, 2011; Quintas, 2016). Nesse cenário, o psicólogo contribui para a promoção da saúde emocional, ajudando os sujeitos a reorganizarem simbolicamente suas vivências diante da doença, da dor e da perda.

A hospitalização frequentemente acarreta impactos significativos para os familiares, despertando sentimentos como medo, ansiedade, insegurança, luto antecipatório e impotência. Tais reações são intensificadas pela instabilidade do quadro clínico, pelo ambiente hospitalar altamente tecnológico e, muitas vezes, pela iminência da morte (Peixoto *et al.*, 2017). Além disso, como demonstram estudos sobre o cuidador familiar, esses sujeitos também vivenciam um sofrimento psíquico importante, muitas vezes invisibilizado, que exige acolhimento e escuta qualificada por parte da equipe de saúde (Dias; Nuernberg, 2010).

Durante o estágio, a adoção da abordagem fenomenológica possibilitou uma escuta sensível e atenta à singularidade das experiências vividas pelos familiares dos pacientes internados. Conforme Merleau-Ponty, citado por Holanda (1997), compreender o adoecer a partir dessa perspectiva requer atenção ao corpo vivido, ao tempo, ao espaço e à intersubjetividade como dimensões fundamentais da existência. Isso significa acolher narrativas, afetos, sofrimentos e esperanças que emergem nesse contexto, reconhecendo a complexidade do viver em tempos de crise existencial.

Dessa forma, este relato de experiência tem como proposta refletir sobre a atuação do psicólogo hospitalar junto a pacientes e familiares no contexto de um hospital privado de Minas

Gerais, destacando a importância de uma prática sensível, ética e humanizada. Tal atuação considera a subjetividade como eixo central e reafirma o compromisso da Psicologia com o cuidado integral, respeitoso e ético frente às diversas expressões do sofrimento humano em ambientes hospitalares.

A partir dessa contextualização, torna-se possível apresentar as experiências clínicas vivenciadas durante o estágio, bem como as reflexões decorrentes dessa prática no contexto hospitalar. Nos tópicos seguintes, serão descritas as intervenções realizadas junto a pacientes e familiares, seguidas de considerações acerca dos desafios técnicos, emocionais e éticos envolvidos na atuação do psicólogo hospitalar nesse contexto.

2 DESENVOLVIMENTO

2.1 Metodologia

A metodologia adotada no Estágio em Psicologia Hospitalar baseou-se em uma proposta de imersão ética, teórica e prática no cotidiano do hospital, mais especificamente no *Câncer Center*² de um hospital privado de Minas Gerais. A atuação ocorreu junto a pacientes em tratamento quimioterápico intravenoso, pacientes hematológicos em cuidados prolongados e indivíduos internados no período pós-transplante de medula óssea. Os atendimentos psicológicos foram realizados semanalmente, conforme a disponibilidade da estagiária e a dinâmica institucional, envolvendo tanto pacientes quanto seus familiares, acompanhantes ou cuidadores.

A inserção no campo teve como objetivo compreender a dinâmica de atuação do psicólogo hospitalar em um contexto de alta complexidade, marcado por experiências de dor, sofrimento, incerteza e finitude. Nesse sentido, buscou-se acompanhar a rotina institucional, identificar demandas emocionais predominantes e realizar intervenções psicológicas pontuais sempre que possível, respeitando os limites e complexidades do contexto hospitalar.

A prática foi orientada pela abordagem fenomenológica, que se mostrou especialmente adequada para a compreensão da dimensão subjetiva das experiências vividas no ambiente hospitalar. Inspirada na fenomenologia existencial, essa perspectiva privilegia a descrição das

² *Cancer Center* é um modelo institucional de cuidado oncológico que integra assistência clínica especializada, pesquisa científica e formação profissional em uma mesma estrutura organizacional. Esse modelo foi amplamente desenvolvido nos Estados Unidos, especialmente nos centros designados pelo *National Cancer Institute* (NCI), caracterizando-se pela atuação multidisciplinar e pela articulação entre diagnóstico, tratamento e produção de conhecimento na área oncológica (ACCamargo Cancer Center, s.d.; National Cancer Institute, s.d.).

vivências tal qual como se apresentam ao sujeito, valorizando os significados atribuídos à experiência. Para isso, adotou-se a postura da redução fenomenológica ou *epoché*, compreendida como a suspensão de pressupostos e julgamentos prévios, possibilitando uma escuta aberta às experiências relatadas (Merleau-Ponty *apud* Holanda, 1997; Freitas, 2013).

Essa perspectiva dialoga com a compreensão fenomenológica de que o conhecimento humano se constrói a partir da atenção ao vivido e aos significados que emergem da experiência concreta. Autores da pesquisa fenomenológica em psicologia, como AmatuZZi (2008), destacam que o método privilegia a descrição compreensiva da experiência vivida, buscando apreender os sentidos que se manifestam no encontro entre pesquisador e participante. Nessa direção, Merleau-Ponty (*apud* Holanda, 1997; Freitas, 2013) destaca a importância de descrever a experiência tal como ela se manifesta no encontro sujeito e mundo, sem reduzi-la a categoria previamente estabelecida. A proposta metodológica da Versão de Sentido, desenvolvida por AmatuZZi (2008), aproxima-se dessa perspectiva ao buscar registrar e compreender o significado imediato da experiência vivida no encontro clínico, favorecendo uma aproximação compreensiva do fenômeno tal como ele se apresenta na relação entre pesquisador e participante.

Como instrumento de registro da experiência, foram utilizados diários de campo e Versões de Sentido (VS). As versões de sentido consistem em registros reflexivos elaborados logo após os encontros clínicos, nos quais o pesquisador descreve, de forma sintética e expressiva, os sentidos que emergiram da experiência vivida naquele momento. Diferentemente de um relato meramente factual ou cronológico, a VS procura captar a compreensão imediata do encontro e os significados percebidos, constituindo um modo de registro que busca expressar o vivido e favorecer sua posterior elaboração compreensiva (AmatuZZi, 2008).

Esses instrumentos possibilitaram a construção de um material reflexivo sobre as situações clínicas vivenciadas no cotidiano hospitalar, permitindo revisitar as experiências, identificar sentidos emergentes e aprofundar a compreensão das vivências relatadas pelos pacientes e familiares. Dessa forma, os diários de campo e as Versões de Sentido contribuíram para a elaboração das análises apresentadas nesse relato, favorecendo uma aproximação compreensiva da experiência clínica.

Os atendimentos, em geral pontuais, tiveram como foco o acolhimento da angústia, o manejo de emoções intensas, o suporte diante de internações prolongadas e da espera por exames ou resultados de tratamento. Em muitos casos, o espaço de escuta oferecido era o único momento em que o paciente ou familiar se sentia autorizado a expressar livremente suas dores, medos e dúvidas, sem a necessidade de ser forte ou funcional. Essa escuta, mesmo breve,

frequentemente se mostrou terapêutica, conforme destaca a literatura sobre Psicologia Hospitalar (Quintas, 2016; Azevêdo; Crepaldi, 2016).

A supervisão clínica foi parte fundamental do processo formativo. A partir dela, foi possível refinar o raciocínio técnico, refletir sobre os limites e possibilidades das intervenções realizadas, e sustentar o enfrentamento das próprias angústias diante das incertezas inerentes à prática hospitalar. Questões éticas, como o sigilo, o manejo da autonomia e o tempo de intervenção, foram constantemente discutidas, contribuindo para a construção de um posicionamento profissional mais sensível e responsável.

A construção de um olhar intersubjetivo, atento à singularidade de cada encontro e à complexidade do contexto hospitalar, norteou toda a prática. Mesmo sem participação direta em reuniões multiprofissionais formais, a observação do trabalho integrado da equipe de saúde permitiu perceber a importância da comunicação e da articulação entre os diferentes saberes. Tal compreensão reforça a relevância da presença do psicólogo hospitalar como parte de um cuidado integral, voltado não apenas ao corpo adoecido, mas ao sujeito em sua totalidade (Mosimann; Lustosa, 2011; Dias; Nuernberg, 2010).

2.2 Experiência clínica e reflexões sobre a prática profissional

A prática de estágio em Psicologia Hospitalar proporcionou uma vivência intensa, rica e profundamente tocante no contexto do cuidado a pacientes oncológicos.

Durante o acompanhamento de pacientes em quimioterapia, pude entrar em contato com o sofrimento físico e psíquico, intensificado não apenas pelos efeitos adversos do tratamento, mas também pelas angústias existenciais despertadas pela experiência do adoecimento. Percebi que a escuta qualificada e o acolhimento empático se mostraram ferramentas essenciais para oferecer suporte diante de sentimentos como medo, incerteza, solidão, ansiedade e perda da autoestima, experiências amplamente descritas na literatura sobre Psicologia Hospitalar (Peixoto *et al.*, 2017; Azevêdo & Crepaldi, 2016).

Esses atendimentos, ainda que pontuais, me permitiram construir momentos terapêuticos significativos, nos quais os pacientes podiam expressar livremente suas dores, inquietações e esperanças. Percebi que o ambiente dos boxes de quimioterapia se revelava não apenas como um espaço de intervenção clínica, mas também como um local de partilha de histórias e vivências. Essas interações reforçaram, para mim, o papel do psicólogo hospitalar como facilitador da reconstrução de sentidos em meio ao processo de adoecimento, conforme apontam Freitas (2013) e Mosimann e Lustosa (2011).

Outro eixo fundamental da minha prática foi o acompanhamento de pacientes internados em isolamento após o transplante de medula óssea, processo que impõe limitações severas à convivência social, causa intenso desgaste emocional e confronta o paciente com a própria finitude. Nesses contextos, minha escuta psicológica se voltava à validação dos sentimentos, à contenção da ansiedade, à ressignificação da experiência e ao suporte diante das incertezas sobre o futuro. Percebi também que a internação prolongada afeta não apenas o paciente, mas também seus familiares, que muitas vezes compartilham o sofrimento de forma silenciosa e sem apoio institucional estruturado, como destacam Dias e Nuernberg (2010).

Toda a minha prática foi norteadada pela abordagem fenomenológica, o que me possibilitou exercer uma escuta desprovida de julgamentos, pautada na valorização da experiência vivida em sua totalidade, incluindo as dimensões do corpo, do tempo, do espaço e da intersubjetividade (Merleau-Ponty *apud* Holanda, 1997). Essa postura me permitiu acolher o sofrimento sem reduzi-lo a categorias ou diagnósticos prévios, reconhecendo no outro um sujeito em sua singularidade e complexidade existencial.

No entanto, a prática também revelou desafios importantes, não apenas técnicos, mas, sobretudo, emocionais. O sofrimento que presenciei, muitas vezes latente em cada gesto ou olhar, me tocava profundamente. Sentimentos como impotência, tristeza e angústia emergiam com frequência, exigindo de mim uma constante reflexão ética e a busca por supervisão para sustentar meu lugar de cuidado sem me perder na dor do outro. A convivência repetida com situações de incerteza, luto antecipatório e isolamento impactou de forma significativa minha experiência formativa, exigindo o desenvolvimento de recursos internos para manter uma escuta acolhedora sem me anestesiar.

Esses atravessamentos emocionais, inevitáveis e intensos, revelaram também o quanto o processo de formação é impactado pelas vivências institucionais. Estar inserida em contextos marcados por perdas e sofrimento despertou afetos que me exigiram não apenas preparo teórico, mas, sobretudo, sensibilidade para reconhecer meus próprios limites. Lidar com o sofrimento do outro não se mostrou como algo neutro ou distante, mas como uma experiência que atravessa, desconcerta e, por vezes, desestabiliza. Reconhecer que nem sempre é possível sustentar a escuta ou oferecer uma resposta adequada foi um aprendizado fundamental — não como sinal de fraqueza, como se apresentou a princípio, mas como parte de uma formação ética que ensina, com honestidade, que o cuidado também se constrói a partir da dúvida, da presença silenciosa e do acolhimento dos próprios limites. Esse reconhecimento não apenas humaniza o papel do futuro psicólogo, mas também amplia sua capacidade de empatia e presença,

justamente por compreender, a partir de si, o quanto a dor pode ser avassaladora e merecedora de cuidado, inclusive o próprio.

Além das vivências subjetivas, enfrentei outro desafio importante durante o estágio: abordar temas extremamente sensíveis com os pacientes — como diagnóstico, prognóstico ou espiritualidade — sem que, muitas vezes, houvesse um vínculo minimamente estabelecido. Viver a prática de iniciar conversas profundas com sujeitos fragilizados, apenas por uma demanda institucional ou rotina protocolar, me pareceu frequentemente invasivo e, em alguns casos, inapropriado. Percebi que esse tipo de intervenção, quando descolado de uma relação de confiança e respeito, compromete o valor do cuidado e pode, em vez de aliviar, intensificar o sofrimento.

Essa reflexão se ampliou à medida que fui observando o funcionamento institucional do cuidado hospitalar. Ao longo da experiência, tornaram-se perceptíveis tensões próprias de um ambiente marcado por alta complexidade assistencial, rotinas intensas e forte centralidade técnico-biomédica. Em alguns momentos tais dinâmicas pareciam reduzir o espaço destinado à escuta, ao diálogo e à consideração da subjetividade dos pacientes. Situações em que procedimentos e comunicações ocorriam de forma pouco dialogada evidenciaram desafios importantes na articulação entre eficiência assistencial e cuidado humanizado (Quintas, 2016; Freitas, 2013). Essas observações não devem ser compreendidas como críticas direcionadas a profissionais ou instituições específicas, mas como reflexão sobre modelos de assistência em saúde que, muitas vezes, privilegiam a dimensão técnica em detrimento dos aspectos relacionais e subjetivos do cuidado.

Diante desse cenário, acredito ser pertinente refletir se a atuação do psicólogo, para além da prática clínica tradicional, não poderia ganhar ainda mais efetividade ao incorporar também um trabalho voltado à educação da equipe hospitalar, promovendo espaços de sensibilização, práticas de cuidado humanizado e o desenvolvimento da escuta qualificada. Tais iniciativas impactariam não apenas a qualidade do atendimento oferecido, mas também a própria experiência de recuperação e acolhimento do paciente. Quando a pessoa em tratamento se sente respeitada, ouvida e reconhecida em sua totalidade, constrói-se um ambiente terapêutico que favorece a adesão ao tratamento, o enfrentamento da doença e a elaboração de sentidos frente à vivência hospitalar.

O cuidado não se restringe à dimensão técnica: ele se revela no modo como se entra no quarto, na entonação da voz, no simples ato de pedir licença antes de tocar um corpo fragilizado, na forma carinhosa, respeitosa e apropriada de se dizer a uma criança que ela não pode tomar suco de uva porque isso lhe fará mal. Pequenas atitudes, quando fundamentadas na empatia,

são capazes de transformar profundamente a experiência hospitalar, minimizando o sofrimento e promovendo a dignidade de quem atravessa um momento de extrema vulnerabilidade. Nessa perspectiva, ao fomentar uma cultura institucional mais sensível e respeitosa, o psicólogo hospitalar amplia, de maneira significativa, os efeitos de sua atuação em saúde.

Nesse mesmo sentido, percebi que sua presença se mostrou indispensável não só para acolher pacientes e familiares, mas também como um agente crítico diante das formas, sutis ou evidentes, de desumanização ainda presentes na lógica hospitalar. A experiência de estágio evidenciou que cuidar vai além de intervir: é também respeitar o tempo e o corpo do outro; é legitimar sua dor e suas pequenas perdas; é minimizar a alteração na rotina, na aparência, no paladar; é acolher suas feridas físicas e psíquicas e construir, junto a ele, um espaço de presença sensível e respeitosa.

Essa vivência despertou, ainda, um questionamento essencial: será que a prática do psicólogo no ambiente hospitalar não seria mais potente se, além do atendimento individual, ele também atuasse na educação e sensibilização dos profissionais de saúde? Não seria parte de sua função contribuir para a consolidação de uma cultura institucional mais empática e sensível às singularidades e vulnerabilidades dos pacientes?

Ao longo do estágio, foi possível perceber que parte do sofrimento vivenciado pelos pacientes poderia ser atenuada por práticas assistenciais ainda mais sensíveis à comunicação, ao consentimento, ao respeito ao tempo do outro e ao reconhecimento de sua condição subjetiva. Em contextos hospitalares de alta complexidade, determinadas condutas podem acabar se tornando excessivamente protocolares, o que evidencia a importância de fortalecer processos voltados à humanização, à escuta qualificada e ao cuidado centrado na pessoa.

Nesse contexto, atitudes como a escuta qualificada, o acolhimento do sofrimento e o respeito ao tempo e ao corpo do outro devem ser compreendidas como responsabilidades compartilhadas por toda a equipe de saúde, e não apenas como competências da Psicologia. O psicólogo pode assumir um papel importante na promoção de espaços de reflexão e sensibilização entre os profissionais, favorecendo práticas assistenciais mais éticas, empáticas e humanizadas.

Como afirmam Azevêdo e Crepaldi (2016), a atuação psicológica em hospitais vai além do atendimento direto ao paciente: ela se integra às relações institucionais, ao trabalho interdisciplinar e aos modos de funcionamento do sistema de saúde. Por isso, investir em espaços de escuta, capacitação e diálogo entre profissionais de diferentes áreas amplia o alcance das práticas psicológicas, promovendo uma cultura de cuidado coerente com os princípios da

escuta empática, do respeito à subjetividade e da integralidade do cuidado (Freitas, 2013; Quintas, 2016).

Essa reflexão, despertada no cotidiano da prática, reafirma a complexidade e a potência da atuação do psicólogo hospitalar: alguém que se insere em um espaço de sofrimento e, ali, escuta, sustenta, cuida e, também, educa — na esperança de que o cuidado não seja apenas técnico, mas, sobretudo, vínculo, respeito e presença.

3 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A experiência relatada revelou, de forma sensível e comprometida, a profundidade e a complexidade envolvidas na atuação psicológica hospitalar com pacientes oncológicos. Ao longo do estágio, ficou evidente que o sofrimento vivenciado por pacientes e familiares não pode ser reduzido a aspectos clínicos ou funcionais, exigindo do psicólogo uma escuta atenta, uma presença ética e um olhar genuinamente humano.

Mais do que oferecer intervenções técnicas, o psicólogo hospitalar se coloca como presença cuidadora, capaz de sustentar espaços de expressão e reconstrução de sentido frente à dor, ao medo e à finitude. Reconhecer os próprios limites, os desafios institucionais e os atravessamentos emocionais foram parte fundamental deste percurso formativo.

Ao final, permanece a certeza de que a prática em Psicologia Hospitalar não se restringe a um fazer clínico individual, mas se expande como convite à sensibilização coletiva e à construção de um cuidado mais respeitoso, sensível e humano. Um cuidado que escuta, acolhe e resgata a dignidade de quem sofre, inclusive de quem cuida.

Além disso, o relato contribui para o campo da Psicologia Hospitalar ao evidenciar a importância da formação sensível do psicólogo diante de contextos institucionais complexos, reforçando a necessidade de práticas assistenciais que integrem cuidado técnico, escuta qualificada e respeito à subjetividade do paciente.

REFERÊNCIAS

- ACCAMARGO CANCER CENTER. **O modelo Cancer Center**. Disponível em: <https://accamargo.org.br/cancer-center/o-modelo-cancer-center>. Acesso em: 16 mar. 2026.
- AMATUZZI, Mauro Martins. **Por uma psicologia humana**. 2. ed. Campinas: Editora Alínea, 2008.
- AZEVÊDO, A. V. S.; CREPALDI, M. A. A psicologia no hospital geral: aspectos históricos, conceituais e práticos. **Estudos de Psicologia** (Campinas), v. 33, n. 4, p. 573–585, 2016.
- DIAS, C. A.; NUERNBERG, D. Doença na família: uma discussão sobre o cuidado psicológico do familiar cuidador. **Revista de Ciências Humanas**, Florianópolis, v. 44, n. 2, p. 465–483, 2010.
- FREITAS, Joanneliese de Lucas. Luto e fenomenologia: uma proposta compreensiva. **Rev. abordagem gestalt.**, Goiânia, v. 19, n. 1, p. 97-105, jul. 2013. Disponível em <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1809-68672013000100013&lng=pt&nrm=iso>. Acessos em 19 jun. 2025.
- HOLANDA, Adriano. Fenomenologia, psicoterapia e psicologia humanista. **Estudos de Psicologia** (Campinas), v. 14, n. 2, p. 33-46, 1997. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/estpsi/a/gBqGJPm3TPshYVnNQm43jsK/abstract/?lang=pt#top>. Acesso em: 19 jun. 2025.
- MOSIMANN, L. T. N. Q.; LUSTOSA, M. A. A psicologia hospitalar e o hospital. **Revista da SBPH**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 1, p. 200–210, 2011.
- NATIONAL CANCER INSTITUTE. **NCI-designated cancer centers**. Disponível em: <https://www.cancer.gov/research/infrastructure/cancer-centers>. Acesso em: 16 mar. 2026.
- KOVÁCS, Maria Júlia. Educação para a morte. **Psicologia: Ciência e Profissão**, v. 25, n. 3, p. 484-497, 2005. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/pcp/a/SkwBgq7Xm8GLKJpQxmMMpDh/>. Acessos em 01, 19 jun. 2025.
- PEIXOTO, Tereza Cristina; PASSOS, Izabel Christina Frich; BRITO, Maria José Menezes; Ó, Jorge Manuel N. Ramos. Produção de subjetividade no trabalho em uma unidade de terapia intensiva pediátrica. **Psicologia & Sociedade**, v.29, n.2, p. e161193. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/psoc/a/QqfM4X5qFMK6tR4gHcPXWJv/abstract/?lang=pt>. Acesso em 19 jun. 2025.
- QUINTAS, J. Morte e luto: um estudo sobre a existência em sofrimento e as possibilidades de atuação clínica. **Revista FAFIRE**, Recife, v. 9, n. 1, p. 101–111, jan./jun. 2016.
- PILGER, M. C. H. *et al.* **Educação para a morte no contexto de UTIN [recurso eletrônico]: orientações sobre luto e acolhimento em situações de perda neonatal**. Dissertação de Mestrado, 2023. Disponível em: <https://repositorio.ufsm.br/handle/1/29174>. Acesso em 19 jun. 2025.