

O PSICÓLOGO E A ESCUTA EM HOSPITAL ONCOLÓGICO

FLORINDO, Rosana Teixeira Quadros¹
LOPES, Silvana Batista Moreira²

RESUMO

Diante do sofrimento físico e psíquico que acompanham o processo de tratamento em um hospital oncológico, observa-se a necessidade do sujeito acometido pelo câncer de falar. Expressar o que está lhe angustiando, falar de seus medos e esperanças, de seus sonhos e expectativas, de suas reflexões sobre a vida e seu viver. Este trabalho objetiva evidenciar que a escuta qualificada como instrumento de intervenção psicológica tem se mostrado um grande diferencial para esse paciente que preso a seringas e agulhas não tem a companhia daqueles que lá fora exerciam o papel social, como amigos e familiares. Através de uma busca bibliográfica comparativa de trabalhos científicos publicados sobre o tema, consegue-se provar a relevância dessa escuta, e observa-se que independente da abordagem teórica do profissional da psicologia, a fala desse paciente deve ser ponderada como um pedido de ajuda e não como manifestação patológica, e o apoio psicológico precisa ser fundado no entendimento de que a doença marca seu curso de vida e não uma sentença de morte. Para a psicanálise, quem adoece é o sujeito e não o corpo, logo, a escuta analítica pode conduzir o paciente a elaborar e enfrentar melhor as circunstâncias traumáticas experienciadas. É concludente que ouvi-lo, conhecer a sua história, afirmar relevância na sua fala e nessa relação, fazendo uso da empatia e um olhar a esse sujeito que é único em seu contexto e constructo pessoal, acalenta, traz alívio, injeta fôlego e esperança para continuar sua luta pela cura e/ou entendimento para aceitar o que não se pode mudar como a finitude da vida.

PALAVRAS-CHAVE: Câncer, escuta qualificada, psicologia, sofrimento psíquico.

1. INTRODUÇÃO

A maior parte dos pacientes que convivem com câncer apresentam sentimentos de angústia, que variam de tristeza e medo à problemas mais graves, como depressão, ansiedade, pânico, dúvidas quanto às crenças espirituais, além de sentirem-se sozinhos ou separados de amigos e familiares; situações essas, que ocasionam vulnerabilidade. Pacientes que estão em risco durante qualquer fase do câncer precisam de tratamento e apoio psicológico. Supõe-se que esses pacientes sejam verificados e tratados quanto às suas angústias durante os respectivos períodos: logo após o diagnóstico, no início do tratamento, no final do tratamento, durante a remissão, que se caracteriza por uma diminuição ou desaparecimento temporário dos sinais e sintomas do câncer, e se o câncer voltar. Caso o foco do tratamento mude de cura ou controle do câncer para tratamento paliativo, o objetivo psicoterápico também muda no intuito de aliviar os sintomas e melhorar a qualidade de vida (NATIONAL CANCER INSTITUTE, 2019). Partindo do pressuposto da importância da escuta qualificada em hospital oncológico, para a realização desse artigo, observou-se que diferentes estudos têm abordado

¹Acadêmica do 10º Período do Curso de Psicologia da Faculdade Assis Gurgacz. E-mail: rtqflorindo@minha.fag.edu.br

²Orientadora Esp. Professora do Curso de Psicologia da Faculdade Assis Gurgacz. E-mail: profsil07@fag.edu.br

a relevância dessa escuta no sentido de oferecer um contributo na relação profissional e paciente. Sendo assim, aqui buscaremos abordar sobre uma escuta que vise proporcionar um cuidado de qualidade que acolha as reais necessidades do paciente com câncer. Ademais, para se pôr como objeto de estudo a notoriedade do psicólogo em hospital oncológico, refletir a questão sobre a importância da escuta e, conseqüentemente, o acolhimento à fala do paciente com câncer, sobre seus sentimentos e angústias, torna-se imprescindível também se considerar o quadro de profissionais que fazem parte dessa equipe e entender o papel da psico-oncologia.

2. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

A psico-oncologia destaca-se como parte integrante da equipe multidisciplinar de um hospital de câncer e o que configura o exercício do profissional de psicologia nesse ambiente segundo Motta (2015), é a escuta qualificada que é ofertada aos pacientes; que além do sofrimento físico e psíquico, estão atrelados a equipamentos hospitalares, como seringas e agulhas e longe de seus entes queridos e daqueles que constituem seu círculo social.

Ao se pensar na promoção de saúde e qualidade de vida em oncologia, associa-se aos cuidados paliativos, quais são destinados àqueles pacientes em grande debilidade e sofrimento no ambiente hospitalar, cujas vidas ameaçadas pela enfermidade, necessitam de uma atenção mais humanizada no que se refere ao enfrentamento da doença (FREIRE et al, 2018). Entretanto, todos pacientes oncológicos, seja qual for a dimensão da sua doença, têm seu estado mental afetado pelas conseqüências do diagnóstico do câncer. Ofertar uma escuta qualificada a esse sujeito internado em um hospital oncológico, independente da gravidade e do estágio da doença, vai acessar o campo de sua subjetividade, e ele vai se pôr a falar. Ao perceber que a atenção do psicólogo está exclusivamente centrada em sua pessoa, vai sentir-se compreendido, respeitado e ao adquirir confiança nesse profissional, sua fala terá grande potencial terapêutico corroborando à adesão ao processo de tratamento e conseqüentemente à manutenção da sua vida (MAYNART, 2014).

O adoecer é subjetivo e cabe ao psicólogo e à equipe olhar o sujeito além da doença, a fim de auxiliá-lo a elaborar seu sofrimento psíquico, a ressignificar sua existência e entender o câncer em sua vida (ANGERAMI-CAMON, 1994), e é por meio da palavra que o psicólogo vai instrumentalizar o resgate da vida psíquica nesses pacientes (FREUD, 1917/1980).

O fato de a medicina ter avançado a ponto de prolongar a vida, conseqüentemente prolonga o sofrimento daqueles pacientes oncológicos em estados terminais, e esses últimos momentos de vida

necessitam ter suas dores e sofrimentos aliviados através de um cuidado numa visão mais holística que envolva as dimensões psicológica, familiar, social e espiritual do ser humano, e não apenas a biológica como já fora há alguns anos atrás. Ao psicólogo cabe focar na melhoria da qualidade de vida do paciente a fim de influenciar assertivamente na maneira como este enfrenta questões do processo de sua doença e tratamento, pois é esse profissional que percebe que o adoecer concerne ao campo da mente e do viver dessa doença expressos pelo corpo fragilizado (FERREIRA et al, 2011).

Dos fatores que levam ao sofrimento psíquico, à depressão, ao desequilíbrio emocional e à não motivação em lidar com a doença, incluem-se a baixa autoestima, dores, ansiedade, medo de morrer, estresse, descontentamento, ruptura de planos futuros, alterações corporais, na vida social e financeira (LADISLAU, 2014, cap. 16).

O estado emocional do paciente é essencial para a eficiência do tratamento, qualidade de vida e otimização da esperança no decorrer do processo. A esperança focaliza a cura no início da doença e na gratidão pela vida na fase terminal proporcionando uma morte tranquila. Para a psicanálise, quem adoece é o sujeito e não o corpo, logo, a escuta analítica pode conduzir o paciente a elaborar e enfrentar melhor as circunstâncias traumáticas experienciadas (FREUD, 1917/1980).

Percebe-se, devido a ocorrência da dor no processo do tratamento, das mudanças na imagem corporal, das amputações e mutilações, entre outros fatores, que as marcas psíquicas são inevitáveis, e cada sujeito, manifesta uma maneira única de situar-se diante desses eventos, pois além do tratamento orgânico, urge-se tratar a alma, o espírito, os sentimentos e emoções desse paciente que vê sua vida vulnerável em meio a esse cenário de dor, sofrimento e por vezes, de morte eminente. A partir do diagnóstico, já surge a angústia e sintomas de ordem psíquica condizentes ao momento e a esse sujeito é preciso oferecer-lhe um espaço para que ele possa remeter suas inquietações e ansiedades (FERREIRA, 2014, cap. 2).

Os pacientes diferem-se uns dos outros pois, o comportamento humano não é determinado apenas por leis biológicas, mas por leis complexas relativas às ciências humanas, em que o singular e o único raramente são perceptíveis. Logo, é pertinente fazer um diagnóstico do todo, envolvendo os aspectos psicológicos, culturais e sociais do doente. É necessário descobrir junto ao paciente, um caminho para sair das situações conflituais em que ele se encontra (CAMPOS, 1995).

A fala deve ser ponderada como um pedido de ajuda e não como manifestação patológica e o apoio psicológico precisa ser fundado no entendimento de que a doença marca seu curso de vida e não uma sentença de morte (FIGUEIREDO, 2002).

Em sua fala, o paciente transmite mensagens que transcendem as informações referentes ao mau funcionamento de seu corpo. Essas mensagens ecoam um pedido de ajuda e informam sobre os efeitos sociais do adoecimento e podem ser consideravelmente relevantes para saber-se como desencadeou-se a doença (CAMPOS, 1995).

É preciso que o psicólogo, enquanto profissional apto a observar e perceber sinais de ansiedade, de medo, de luta e de revoltas no paciente em relação ao câncer, durante escuta qualificada, faça surgir as possibilidades e meios de cada indivíduo para a cura de sua enfermidade, procurando compreender o significado de suas atitudes e de seu adoecer. Sendo assim, que o psicólogo, como um profissional da promoção da saúde, esteja ciente de sua responsabilidade de amparar e acolher, fazendo uso adequado das técnicas e tecnologias que possui, juntamente à sua atuação pessoal tanto na prevenção quanto ao longo do processo de tratamento, sinalizando a equipe quanto ao quadro emocional do paciente (PINTO, 2006).

Além da escuta qualificada, o National Cancer Institute (2019) afirma que estudos mostram que os pacientes que apresentam dificuldades para se adaptarem ao câncer podem ser auxiliados por diferentes tratamentos de suporte emocional e social conduzidos pelo psicólogo como: treinamento em técnicas de relaxamento, aconselhamento, terapia existencial (focando na condição humana, incluindo as capacidades e as limitações dos seres humanos) e apoio social em ambiente de grupo. Os benefícios dessas terapias envolvem níveis mais baixos de depressão, ansiedade e sintomas relacionados ao câncer e ao tratamento. Além de sentirem-se mais esperançosos, os pacientes demonstram obter o maior alívio de suas angústias com essas terapias.

Há de se observar, que a prática psico-oncológica não se funda em apenas um viés teórico; pode-se praticar tanto os modelos psico-educativos (com ênfase nas psicopatologias e psicoterapias individuais ou grupais que focam na aprendizagem sócio comportamental e cognitiva do paciente), quanto a prática psicanalítica. As primeiras promovem mudanças comportamentais relativas à saúde do paciente, ao passo que a psicanálise oferece uma escuta mais direcionada ao sujeito que à doença, auxiliando-o na elaboração dos seus danos subjetivos, concedendo-lhe maior consideração e valor ao significado de sua fala, pois é por meio da linguagem que o sujeito se expressa regido pela pulsão (que é uma força que age constantemente no corpo), fazendo-se representar no seu psiquismo (OLIVEIRA & FONTENELE, 2009).

Segundo Castro-Arantes e Lo Bianco (2013), a dor é e existe para aquele que a experiencia, e por meio da palavra a expressa, pois pela palavra proferida estão o corpo e o psíquico articulados, e a pulsão exige do psiquismo uma resposta pelo que ocorre ao corpo. Então, qual é o sofrimento

daquele que tem seu corpo modificado pelo câncer e como está esse corpo sujeito às intervenções do tratamento oncológico? O que tudo isso vai implicar à sua subjetividade? Quais significantes estão vinculados a cada órgão do corpo biológico que é tomado pela doença? A dor faz ativar no corpo a percepção de suas extensões e limitações, e o sujeito investirá o corpo com palavras, constituindo-o um corpo pulsional, repleto de simbolizações e representações. O profissional da psicanálise ofertará a esse paciente através da escuta, condições para que a palavra seja dita, e dar-lhe-á lugar para posicionar seus desejos frente a todas essas questões que implicam no seu padecer e na angústia que o acompanha, para em algum momento possibilitá-lo elaborar seu sofrimento e significantes, facilitando assim, a adesão ao tratamento oncológico e melhor entendimento sobre a transitoriedade da vida e sua finitude.

Às vezes, nos primeiros acolhimentos, o paciente não entende o papel do psicólogo no ambiente hospitalar, por esse não lhe questionar sobre os desdobramentos de sua doença e o processo do seu tratamento, então, enquanto alguns pacientes auto relatam seu prontuário médico da semana, outros contam suas histórias, seu passado, seu presente, como anda o país, manifestando assim, um mecanismo de defesa a fim de mostrar que são seres que vão além daquele corpo doente, são homens e mulheres plenos, evitando falar de suas questões emocionais (SETTE e GRADVOHL, 2014).

Esses primeiros acolhimentos através da escuta e esse espaço ofertado pelo psicólogo vão contribuir para o estabelecimento do vínculo terapêutico que segundo Pichon-Rivière (1988), é particular de cada um, tal qual sua história de vida e sua subjetividade e se estrutura no relacionamento com o outro consoante a cada caso e a cada momento e é o psicólogo que vai propiciar essa interação.

Dos tratamentos oncológicos, a quimioterapia é um dos mais usados e caracteriza-se pela administração de substâncias químicas que destroem as células cancerígenas durante sua divisão impedindo-as de se espalharem pelo corpo. Ao misturarem-se ao sangue, esses medicamentos agem por todo o organismo, exceto no Sistema Nervoso Central. Os efeitos colaterais são radicais ao corpo, como a diminuição da produção de células do sangue, causando mal-estar físico, vulnerabilidade a infecções, hemorragias, inflamação no aparelho digestivo, náuseas, vômitos e queda de cabelo (FERRARI e HERZBERG, 1997).

A infusão quimioterápica que é lenta, gota a gota, pode caracterizar-se um momento de angústia e até mesmo entediante por não se ter o que fazer, entretanto, segundo David et al. (2013), essa experiência pode ser vivenciada com serenidade, como um tempo de recolhimento e repouso. Paralisa-se o curso natural da vida e o silêncio parece mais uma longa espera. Para Sette e Gradvohl (2014), esse é um momento para o psicólogo entrar em cena, amparar, acolher, oferecer escuta a esse

paciente, objetivando sua adequação à intervenção medicamentosa, minimizando seus sintomas, sejam físicos ou psíquicos, promovendo qualidade de vida nesse contexto de incertezas, de sentimentos paradoxais, ora auspiciosos, ora funestos.

Intervenções drásticas e invasivas no corpo e na sua anatomia atingem o movimento pulsional, causando efeito no eu corporal, na subjetividade, no psíquico do ser que fala presente num corpo afetado pela doença e é em suas palavras que se constituirá o lugar de um novo sujeito, o que agora possui um corpo enfermo (CASTRO-ARANTES e LO BIANCO, 2013).

Contudo, percebe-se que o sujeito consegue manifestar seu corpo e mente mais expressamente no fluir de suas palavras quando em atendimento individual, por sentir-se mais à vontade diante do profissional que lhe disponibiliza exclusiva atenção. Entretanto, muitas vezes o *setting* terapêutico em um hospital oncológico será a própria sala de quimioterapia, por consequência, deve-se considerar que as práticas desse ambiente diferem muito de um consultório clínico, logo, o paciente poderá estar cercado de profissionais de saúde e de outros pacientes na mesma condição, e é provável que esteja atrelado a algum equipamento para uso de medicamento. O fato de estar entre outras pessoas delimita a fala do sujeito assim como influencia na experiência e no estado psíquico do paciente de maneira positiva ou negativa. Tudo vai depender das condições de saúde em que se encontram seus colegas de tratamento, se favorável ou desfavorável, e é durante o processo da quimioterapia que a doença se apresenta ao sujeito de forma real (SETTE e GRADVOHL, 2014).

Quando se fala em cuidados paliativos em hospital oncológico, remete-se aos pacientes terminais, e há de se pôr em pauta a “Psicologia da Religião” respeitando sempre os princípios espirituais do paciente. Muitos vão falar em Deus, buscando alívio ao sofrimento da alma pois a fé em Deus é suporte para o enfrentamento da doença, como um mecanismo de defesa, por ser uma fonte de conforto. A empatia do psicólogo nessa escuta acolhedora que poderá ser verbal ou não-verbal, dependendo do discurso do sujeito, permitirá esse profissional identificar as verdadeiras demandas do paciente, entretanto, para se trabalhar assuntos delicados como a questão da morte, requer-se um bom estabelecimento de vínculo e confiança entre o paciente e o psicólogo. Ao tomar conhecimento dos temores e anseios do paciente, munido de conhecimento e técnica, o psicólogo pode dispor de práticas de apoio embasadas nos valores culturais e espirituais do enfermo, também pode ser um mediador oportunizando o paciente tratar suas pendências com seus familiares, como reconciliações, agradecimentos e também as despedidas (FERREIRA et al, 2011).

O profissional que oferta escuta a um paciente em cuidados paliativos, jamais pode expressar-lhe pena, pois esta emudece o sujeito, impossibilitando-o de construir sua fala a partir do que ele sente

no corpo, do que está experimentando, e ao privar o paciente desse espaço de expressar-se pode antecipar-lhe a morte, subjetivamente, a morte real. Por outro lado, durante a escuta, ao ofertar-lhe compaixão e empatia, o psicólogo sofre junto ao paciente, participa de um sofrimento comum estabelecendo um lugar para o sujeito endereçar sua palavra, produzir sua fala, e com os meios simbólicos da linguagem, do significante, do constructo da sua história, o sujeito será capaz de elaborar o real da dor e do sofrer que o angustiam: o câncer, o corpo, e a morte (CASTRO-ARANTES e LO BIANCO, 2013).

À parte do tratamento humanizado oferecido por toda equipe, o suporte psicológico prestado ao paciente também deve ser prestado à família e cuidadores para que o sofrimento psíquico compartilhado possa ser minimizado. Além do mais, tanto o paciente quanto a família devem ser informados de tudo que se passa ao longo do seu tratamento; suas limitações e anseios precisam ser considerados garantindo sua dignidade, respeitando suas fragilidades, medos e emoções (LADISLAU, 2014, cap. 16).

3. METODOLOGIA

Foi realizada uma busca bibliográfica por meio de periódicos indexados nas bases de dados SciELO, PePSIC e publicações científicas disponibilizadas online transpondo os termos câncer, sofrimento psíquico, psicologia e escuta qualificada. Além disso, foram utilizados livros-texto de referência sobre o tema, leituras de artigos semanais e elaboração de resenhas a fim de dar respaldo à obra.

4. ANÁLISES E DISCUSSÕES

Com base nos estudos publicados e autores pesquisados consoante os termos que norteiam este trabalho, observa-se quão importante é a psico-oncologia em sua teoria e prática, atuando na promoção da saúde coadjuvante à equipe multidisciplinar de um hospital oncológico. O desempenho do psicólogo prova imensurável relevância ao ofertar uma escuta qualificada àquele ser acometido pela dor e sofrimento, sejam físicos ou psíquicos, derivados de uma doença estigmatizada pelas suas manifestações no corpo e na mente do sujeito que agora essa doença transporta.

É o profissional da psicologia que vai conduzir o paciente a ressignificar sua existência e entender o câncer em sua vida. Muitas são as técnicas que dispõe um psicólogo para instrumentalizar

uma intervenção, seja por meio da psico-educação, focando na aprendizagem sócio comportamental e cognitiva do paciente, seja ao centrar-se na pessoa focando na condição humana, ou então a teoria e prática psicanalítica. A psicanálise vê o sujeito que possui um corpo adoecido e não foca na doença, ela foca no seu eu, na história de vida e na representação da doença para o sujeito naquele momento do seu existir. Independente da abordagem que o psicólogo atua, a escuta vai proporcionar ao paciente oncológico alívio, vai fazê-lo perceber-se como alguém merecedor daquele apoio, de ser ouvido, compreendido e de ter sua dignidade preservada.

A religiosidade, manifesta em sentimentos como fé e esperança que acompanham o doente ao longo de sua jornada em busca pela cura, é suporte e mecanismo de defesa para o enfrentamento da doença, e o psicólogo pode dispor de práticas de apoio embasadas nos valores culturais e espirituais do enfermo, respeitando suas escolhas e crenças ao amparar e acolher esse ser que sofre, fragilizado por todas alterações provindas do adoecer e do processo de tratamento.

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Diante das discussões pautadas nos estudos desenvolvidos sobre a escuta qualificada em hospital oncológico e o papel do psicólogo nesse ambiente de sofrimento e dor, considera-se a pertinência da prática da psico-oncologia junto a equipe multidisciplinar no que tange o paciente em sua singularidade e subjetividade no enfrentamento de sua doença e no processo de tratamento. Ocorre sempre a necessidade de ofertar-lhe espaço para ouvir-lhe, acolher, amparar, centrar-se no eu que porta um corpo adoecido que antes não lhe pertencia e que agora precisa conviver com ele e simbolizar seus desejos, expressar suas angústias, manifestar suas crenças e esperança ao projetar suas defesas.

Adequar-se a esse corpo alterado pelas vicissitudes derivadas do câncer e elaborar os desdobramentos de sua nova condição de existir de maneira mais saudável física e psiquicamente sobleva a importância do psicólogo no delinear desse caminho. Que o psicólogo cumpra seu papel com humanidade e ética na promoção da saúde e qualidade de vida desse paciente, e quando a esperança não for mais um mecanismo de defesa, que a ressignificação de seu viver seja o alento para uma morte tranquila.

REFERÊNCIAS

ANGERAMI-CAMON, V. A. (Org.). **Psicologia Hospitalar: teoria e prática**. São Paulo: Pioneira, 1994.

CAMPOS, T. C. P. **Psicologia Hospitalar: A atuação do psicólogo em hospitais**. São Paulo: EPU, 1995.

CASTRO-ARANTES, J. M.; LO BIANCO, A. C. Corpo e finitude: a escuta do sofrimento como instrumento de trabalho em instituição oncológica. **Ciência e Saúde Coletiva** [online]. Rio de Janeiro, RJ. 2013. Acesso em 15/05/2020. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/csc/v18n9/v18n9a05.pdf>

DAVID, A., WINDLIN, I. & GASPAR, K. C. **O paciente oncológico e a terapêutica quimioterápica: uma construção da psicologia**. In: ANGERAMI-CAMON, V. A. & GASPAR, K. C. **Psicologia e Câncer**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2013.

FERRARI, C.; HERZBERG, V. **Tenho câncer, e agora? Enfrentando o câncer sem medos ou fantasias**. Sociedade Brasileira de Oncologia Clínica. São Paulo, 1998.

FERREIRA, A. P. Q.; LOPES, L. Q. F.; MELO, M. C. B. **O papel do psicólogo na equipe de cuidados paliativos junto ao paciente com câncer**. Núcleo de Saúde, Curso de Psicologia, Faculdade Maurício de Nassau. Rev. SBPH vol.14 nº 2, Rio de Janeiro - Jul/Dez. 2011.

FERREIRA, D. M. Algumas considerações sobre a urgência subjetiva em uma instituição de tratamento oncológico. Cap. 2, In: **CADERNOS DE PSICOLOGIA** – Número 2. Sofrimento psíquico do paciente oncológico: o que há de específico? Ministério da Saúde – Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva (INCA). Rio de Janeiro, RJ. INCA, 2014.

FIGUEIREDO, A. C. **Vastas confusões e atendimentos imperfeitos**. 3. ed. Rio de Janeiro: Relume Dumará, 2002.

FREIRE, M. E. M.; COSTA, S. F. G.; LIMA, R. A. G.; SAWADA, N. O. **Qualidade de Vida Relacionada à Saúde de Pacientes com Câncer em Cuidados Paliativos**. Florianópolis, SC, 2018. Acesso em 13/04/2020. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072018000200318&lng=pt&tlng=pt

FREUD, S. (1917) O Sentido dos Sintomas. In: _____. **Conferências introdutórias sobre psicanálise I e II**. Rio de Janeiro: Imago, 1980. (Edição standard brasileira das obras psicanalíticas completas de Sigmund Freud, v. XV).

LADISLAU, A. Um olhar sobre os aspectos relevantes que envolvem o sofrimento psíquico do paciente oncológico. Cap. 16, In: **CADERNOS DE PSICOLOGIA** – Número 2. Sofrimento psíquico do paciente oncológico: o que há de específico? Ministério da Saúde – Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva (INCA). Rio de Janeiro, RJ. INCA, 2014.

MAYNART, W. H. C.; ALBUQUERQUE, M. C. S.; BRÊDA, M. Z.; JORGE, J. S. **A escuta qualificada e o acolhimento na atenção psicossocial**. Escola de Enfermagem e Farmácia, Universidade Federal de Alagoas, Maceió, 2014. Acesso em: 31/05/2020. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/ape/v27n4/1982-0194-ape-027-004-0300.pdf>

MOTTA, M. E. G. Psico-oncologia: A escuta além do câncer. **OncoNews – Informação e Evidência**. Porto Alegre, RS, 2015. Acesso em 13/04/2020. Disponível em: https://www.onconews.com.br/site/noticias/noticias/opini%C3%A3o-an%C3%A1lise/1350_-psico-oncologia-a-escuta-al%C3%A9m-do-c%C3%A2ncer.html

NIH – NATIONAL CANCER INSTITUTE. **Adjustment to Cancer: Anxiety and Distress (PDQ®) – Patient Version**. 2019. Acesso em 08/05/2020. Disponível em: https://www.cancer.gov/about-cancer/coping/feelings/anxiety-distress-pdq#_237

OLIVEIRA, L. L.; FONTENELE, L. **Psicanálise e Psico-Oncologia**: Considerações a partir da escuta de homens penectomizados por câncer. Belo Horizonte, MG.: Reverso, ano 31, n. 57, p. 63 – 70, Jun. 2009.

PICHON-RIVIÈRE, E. **Teoria do vínculo**. São Paulo: Martins Fontes, 1988.

PINTO, F. E. M. **Psicologia Hospitalar**: breves incursões temáticas para uma (melhor) prática profissional... Unicamp, Campinas, Sp. 2006. Acesso em 13/05/2020. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/rsbph/v7n2/v7n2a02.pdf>

SETTE, C. P.; GRADVOHL, S. M. O. Vivências emocionais de pacientes oncológicos submetidos à quimioterapia. Universidade São Francisco. **Revista de Psicologia da UNESP** 13(2), 2014. Acesso em 17/05/2020. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/revpsico/v13n2/a03.pdf>