

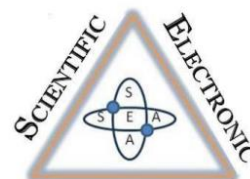
**Scientific Electronic Archives**

Issue ID: Sci. Elec. Arch. Vol. 17 (3)

Mai/Jun 2024

DOI: <http://dx.doi.org/10.36560/17320241906>

Article link: <https://sea.ufr.edu.br/SEA/article/view/1906>



ARCHIVES

ISSN 2316-9281

## Homem e câncer: Estigmas do masculino no adoecimento

### Menandcancer: The stigma of masculinity in illness

**Caroline Nathasha Koch**

Associação Hospitalar Lenoir Vargas Ferreira

*Corresponding author*

**Thamirys Fernanda Santos Candido**

Universidade Federal da Fronteira Sul

[thamiryssantos263@gmail.com](mailto:thamiryssantos263@gmail.com)

**Eleine Maestri**

Universidade Federal da Fronteira Sul

**Bruna Ligoski**

Associação Hospitalar Lenoir Vargas Ferreira

**Resumo.** O câncer é um grupo de várias doenças em que há proliferação celular desordenada, dando origem a células anormais. Além de ser uma patologia que causa ameaça à vida, é uma doença desconhecida, que remete a perigo, sofrimento, culpa e dor. Atualmente, a mortalidade por neoplasias configura-se como a terceira principal causa de morte entre os homens brasileiros. Existe um distanciamento dos indivíduos do sexo masculino dos serviços de saúde, levando então a um diagnóstico tardio e conseqüentemente um nível mais avançado e grave das neoplasias. Outro aspecto importante revelado pela observação dos tipos de câncer mais comuns entre homens é que por vezes essa patologia pode acometer partes anatômicas permeadas de tabus, onde os métodos diagnósticos mais comuns compartilham de uma invasão íntima, situação que pode afrontar as percepções estabelecidas pela masculinidade estrutural, repercutindo então negativamente na relação que esse sujeito vai estabelecer com as limitações impostas pela doença. Compreender a percepção de adoecimento para o paciente masculino e o impacto causado pelo câncer em sua identidade subjetiva. Trata-se de um estudo do tipo relato de experiência, que se caracteriza como uma narração das experiências vividas em um contexto, pelo ponto de vista e entendimento do autor. Um método possível dentro das pesquisas descritivas, transmitindo conhecimento com o aporte científico relacionado. A influência do conceito de masculinidade e patriarcado é profundamente arraigada nos homens, sendo parte de uma cultura transmitida de geração em geração. Essa cultura delinea os papéis de ambos os sexos na sociedade, atribuindo ao homem a responsabilidade de prover a família, realizar trabalhos que demandem força e proteção, e sugerindo que ele não necessita de cuidados por sua suposta força e virilidade. As mudanças que são impostas pelo adoecimento oncológico acabam a exigir mais desses homens, como uma reformulação da sua autoimagem, as atitudes sobre si mesmos, redefinindo seus papéis sociais. É uma convocação para reconstruírem a percepção sobre seus corpos, ressignificando sua própria identidade. Permeando suas compreensões e comportamentos sociais, subjetivos, sexuais e sobre a possibilidade da própria morte. Os tópicos explorados e casos relatados tiram das sombras e trazem a luz a reflexão de como o homem é invadido pelas normas sociais, considerando o modelo de masculinidade hegemônica que influencia de modo total a forma como esses sujeitos enfrentam essa vivência do adoecimento oncológico, sem prazos de validade ou limites de evolução, vendo o amanhã como uma incerteza, imprevisível.

**Palavras-chaves:** Câncer, Masculinidade hegemônica, Psicanálise, Psicologia.

**Abstract.** Cancer is a group of various diseases in which there is disordered cell proliferation, giving rise to abnormal cells. As well as being a life-threatening pathology, it is an unknown disease, which refers to danger, suffering, guilt, and

pain. Currently, mortality from neoplasms is the third leading cause of death among Brazilian men. Males are distanced from health services, leading to late diagnosis and consequently a more advanced and serious level of neoplasms. Another important aspect revealed by observing the most common types of cancer among men is that sometimes this pathology can affect anatomical parts permeated by taboos, where the most common diagnostic methods share an intimate invasion, a situation that can confront the perceptions established by structural masculinity, thus having a negative impact on the relationship that this individual will establish with the limitations imposed by the disease. To understand the perception of illness for male patients and the impact caused by cancer on their subjective identity. This is an experience report study, which is characterized as a narration of experiences lived in a context, from the author's point of view and understanding. It is a possible method within descriptive research, transmitting knowledge with related scientific support. The influence of the concept of masculinity and patriarchy is deeply ingrained in men, being part of a culture passed down from generation to generation. This culture outlines the roles of both sexes in society, assigning men the responsibility of providing for the family, carrying out jobs that require strength and protection, and suggesting that they don't need care because of their supposed strength and virility. The changes imposed by cancer end up demanding more of these men, such as a reformulation of their self-image and attitudes about themselves, redefining their social roles. It's a call for them to reconstruct their perception of their bodies, re-signifying their own identity. It permeates their social, subjective, and sexual understandings and behaviors and the possibility of death itself. The topics explored and the cases reported bring out of the shadows and into the light the reflection on how men are invaded by social norms, considering the model of hegemonic masculinity that totally influences the way these individuals face the experience of cancer, without expiry dates or revolutionary limits, seeing tomorrow as an unpredictable uncertainty. Keywords: Cancer, Hegemonic masculinity, Psychoanalysis, Psychology.

## Introdução

A medicina considera o adoecimento de forma concreta, se baseando em evidências biofísico-químicas. A psicologia, especialmente a hospitalar, acredita que todo adoecimento físico, é permeado por aspectos psicológicos. Enquanto a medicina trata do aspecto bioquímico, a psicologia cuida do âmbito psicológico da patologia, de acordo com a subjetividade do sujeito. Dessa maneira, o psicólogo trabalha através da fala, já que o paciente no âmbito hospitalar é esvaziado da subjetividade, e sofre por fatores inerentes à patologia, morte e ansiedade. A função do psicólogo hospitalar é assegurar a subjetividade desse indivíduo, restituindo-o como sujeito (Silva; Aguiar; Costa, 2022).

O câncer é um grupo de várias doenças em que há proliferação celular desordenada, dando origem a células anormais. Além de ser uma patologia que causa ameaça à vida, é uma doença desconhecida, que remete a perigo, sofrimento, culpa e dor. Com o número de sobreviventes aumentando, é necessário um novo olhar para o cuidado com esses pacientes. A abordagem deve incluir um serviço multiprofissional, desde o diagnóstico até o período pós-tratamento, para que a rede envolvida com essa patologia, tenha melhor qualidade de vida e o mínimo de sequelas emocionais (Mota; Medrado, 2020).

Atualmente, a mortalidade por neoplasias configura-se como a terceira principal causa de morte entre os homens brasileiros, revelando-se como um tema importante, frequentemente inserido nas agendas de discussões sobre a saúde masculina. Contudo, existe um distanciamento dos indivíduos do sexo masculino dos serviços de saúde, levando então a um diagnóstico tardio e conseqüentemente um nível mais avançado e grave das neoplasias (Instituto Nacional de Câncer, 2022).

Outro aspecto importante revelado pela observação dos tipos de câncer mais comuns entre homens é que por vezes essa patologia pode acometer partes anatômicas permeadas de tabus,

onde os métodos diagnósticos mais comuns compartilham de uma invasão íntima, situação que pode afrontar as percepções estabelecidas pela masculinidade estrutural, repercutindo então negativamente na relação que esse sujeito vai estabelecer com as limitações impostas pela doença.

Essas intervenções, por mais técnicas que possam parecer, permeiam o imaginário masculino, desde o toque retal aos cuidados realizados para exames clínicos, invadem a concepção de características identitárias masculinas. É importante salientar as baixas taxas de procura de atendimento médico na fase inicial da doença, sendo que tal comportamento pode estar associado a limitação do conhecimento de alternativas preventivas ou também pré-concepções sobre o ato de cuidar-se e receber cuidado, ou seja, influências da construção cultural do indivíduo masculino que interferem na receptividade ao acesso ao corpo (Oliveira et al., 2021).

Sobre os aspectos emocionais implicados neste processo, o recebimento da notícia de um adoecimento, em principal de uma doença oncológica crônica, traz consigo distintas implicações sociais, psíquicas e emocionais, considerando que ultrapassa o caráter orgânico, por possuir aspectos que envolvem a individualidade e subjetividade, assim, a doença é caracterizada com caráter de natureza pessoal, familiar e social (Pandini, 2021). O diagnóstico faz emergir as mais diversas implicações, acarretando incertezas e medos das quais os envolvidos não se encontram preparados para lidar, causando repercussões significativas nas suas vidas, implicando (Ribeiro et al., 2021) em perdas importantes e exigindo a presença de comportamentos de adaptação e mecanismos de enfrentamento.

Este estudo foi delineado e estruturado, pensando na melhor compreensão da experiência do paciente masculino em tratamento oncológico, a partir da imersão cotidiana no universo do adoecimento oncológico com adultos do sexo

masculino e pela orientação do relato de experiência (RE) de Almeida, Flores e Mussi(2021). Cabe destacar o desempenho do profissional da Psico-Oncologia e seu desbravamento acerca dos pacientes em atendimentos psicológicos, que suscitou o contato com as demandas psicológicas dos pacientes através da possibilidade de realizar atendimentos, estabelecer vínculos e desenvolver uma escuta profunda dos discursos, das repercussões individuais, sociais e biológicas, ocorridas após o recebimento do diagnóstico de câncer e acompanhando os períodos de tratamento e seus impactos em diferentes momentos do seu adoecimento.

Desse modo, compartilhar e discutir envolvimento na experiência, mostra-se uma oportunidade na expansão das contribuições e conhecimentos acerca das formas em como o adoecimento oncológico permeia a concepção e vivência da masculinidade dos pacientes acometidos.

Considerando que esses fatores citados estiveram muito presentes nos relatos do processo diagnóstico da maioria dos pacientes, é relevante o mapeamento dessas formas de entendimento e reatividade às políticas públicas de saúde masculina, possibilitando o desenvolvimento e modificação das estratégias mais efetivas e as intervenções multidisciplinares em todas as instâncias de saúde, desde a atenção primária até o tratamento intra-hospitalar após diagnóstico neoplásico.

Neste sentido, delineou-se o interesse em aprofundar o conhecimento sobre a temática por meio de um relato de experiência sobre como o adoecimento oncológico permeia a existência e a masculinidade dos sujeitos acometidos, e como lidam subjetivamente com essa vivência relacionada a sua masculinidade instituída.

## **Método**

### *Tipo de estudo*

Trata-se de um estudo do tipo relato de experiência, que se caracteriza como uma narração das experiências vividas em um contexto, pelo ponto de vista e entendimento do autor. Um método possível dentro das pesquisas descritivas, transmitindo conhecimento com o aporte científico relacionado. As experiências que podem basear um relato de experiência podem variar de diversas fontes, tais como, pesquisas, ensino, projetos de extensão universitária, dentre outras (Almeida, Flores, Mussi, 2021).

Nesse estudo, busca-se fazer uma exposição crítica-reflexiva sobre as experiências práticas de atendimentos psicológicos em contexto hospitalar, relacionando com referências teóricas. Além da qualidade da escrita, tem-se a necessidade de percepção sobre o conteúdo abordado, não sendo de forma superficial, subentendido ou com uma presença excessiva de discussões somente bibliográficas, constando como ponto importante, também os pontos positivos e negativos da

experiência vivenciada. Trata-se de uma construção linear dos fatos e percepções relatadas, que proporciona a exposição e reflexão das demandas e intervenções(Almeida, Flores, Mussi, 2021) realizadas pela psicóloga residente em Atenção ao Câncer, durante o período prático no setor de internação oncológica adulta.

Utilizou-se então o modelo de estruturação de Relato de Experiência de acordo com Almeida, Flores e Mussi(2021) para o planejamento até o desenvolvimento do estudo, sendo elas: Período temporal (data e duração), Descrição do local, Eixo da experiência, Caracterização da atividade relatada, Tipo da vivência, Público da ação interventiva, Recursos, Ação, Instrumentos, Critérios de análise e Eticidade.

### *Período temporal*

A vivência que baseou o presente trabalho, ocorreu no segundo ano da residência em Atenção ao Câncer, após a inserção nos setores específicos de tratamento oncológico da instituição, sendo utilizado então, alguns atendimentos do período de fevereiro a outubro de 2023.

Os atendimentos realizados em quesito ambulatorial, tem seu tempo especificado em meia hora devido funcionamento pré-estabelecido do serviço de psicologia, devido inserção em agenda com horários e dias específicos para sua realização, mas não sendo engessado em dias e horários específicos e fixos para paciente, variando de acordo com os dias que frequentava a instituição e agendamento com demais especialidades, dependente também, da adesão ou não do paciente ao processo psicoterapêutico.

Os atendimentos psicológicos realizados em quesito de internação variaram os dias de acordo com o tempo de internação de cada paciente e o intervalo entre uma internação agendada e outra de acordo com o protocolo quimioterápico definido para cada um. Também foi influenciada pelo desejo ou não do paciente em realizar o atendimento nesses momentos. Os atendimentos oscilaram entre 20 minutos até duas horas cada, justificando-se de acordo com as demandas apresentadas pelo paciente atendido nesse dia.

### *Descrição do local*

A instituição hospitalar em que o estudo ocorreu, ampara o programa de residência multiprofissional em Atenção ao Câncer, em parceria com instituições de ensino do município. Localizado em uma cidade na região Oeste do estado de Santa Catarina, atende em diversas especialidades, inclusive para a Unidades de Alta Complexidade em Oncologia (UNACON), sendo referência para cerca de 1,3 milhão de pessoas de municípios da região.

As vivências ocorreram no ambulatório e nas unidades de internação oncológica.

### *Eixo de experiência*

A experiência durante os atendimentos psicológicos a homens acometidos por patologias neoplásicas, trata das fragilidades frente às ações preventivas na saúde do homem, questões permeadas pela masculinidade hegemônica do modelo patriarcal que influenciam a postura desses sujeitos e como isso se mostra durante a vivência do seu adoecimento, relacionado com os papéis que desempenha e as transformações que ocorrem após o diagnóstico. Emergiu, portanto, o questionamento do que é possível intervir e a reflexão dessas demandas.

#### *Caracterização da atividade relatada*

A atividade relatada foi realizada por uma profissional psicóloga, no processo de especialização em uma residência multiprofissional em Atenção ao Câncer, com a presença da profissional in lócus, com aprendizagem prática e complementação com aulas teóricas. Os atendimentos ocorreram através de busca ativa ou solicitação de outros profissionais da equipe multidisciplinar e a continuidade definida através da avaliação de necessidade durante os atendimentos.

#### *Tipo da vivência*

As vivências ocorreram durante o segundo ano da Residência Multiprofissional em Oncologia por meio de atendimentos psicológicos.

#### *Recursos*

Como recursos foram utilizados papel, caneta e sistema de registro informatizado do serviço.

#### *Ação*

O psicólogo que utiliza da psicanálise parte de um saber constituído de forma subjetiva, Freud era inflexível quanto à certeza de que a verdadeira transmissão da psicanálise se dá na experiência singular do sujeito e não a partir de um ensino formal. Pontuando-se como ouvinte, estabelecendo o setting terapêutico, que no ambiente hospitalar se constitui pelo vínculo instalado e criado entre psicólogo e paciente e a privacidade possível na realidade.

Buscando se colocar como ouvinte, como fala Chuster (2011) apud Bastos e Bastos (2021) “a escuta analítica vai estabelecendo um portal para ser continente da fala do analisando (conteúdo)” (p.5), com uma escuta livremente flutuante para ser receptor da mensagem inconsciente vinda do mensageiro transmissor, sem prender somente à fatos isolados, sem utilizar de ferramentas de anotação durante o atendimento, pois no momento em que é realizada, é possível que algo chave para a análise passe despercebido pelo desvio da escuta e atenção.

Cada atendimento diferencia-se em si devido ao vínculo que cada paciente estabelece com o psicólogo, transferindo de forma inconsciente para o terapeuta sentimentos anteriormente vivenciados com figuras de referência parental.

Busca-se um padrão que se repete no desenrolar da história da relação, não se faz possível um atendimento sem um nível de envolvimento do paciente, pois esse deve se apresentar no atendimento e expressar-se conforme suas possibilidades.

#### *Instrumento*

A proposta da prática psicanalítica é auxiliar o paciente para que ele possa falar a respeito de si mesmo, e então, com isso, conseguir entrar em contato direto com tudo aquilo que foge da sua compreensão e expor também suas experiências já vivenciadas, relacionando-as ao seu momento atual e as manifestações psíquicas emergentes (Zimmerman, 2008). As formas de coleta foram através da escuta qualificada, estruturada através de atendimentos psicológicos com base psicanalítica prestados em instituição hospitalar.

Isso significa que a fala do paciente ajuda ele a entrar em contato com os conteúdos inconscientes, que apesar de não serem compreendidos em sua totalidade, influenciam de forma direta como aquela pessoa pensa, sente e age (Simonetti, 2018).

Unindo o embasamento teórico com o funcionamento da psicologia hospitalar, que, segundo o Conselho Federal de Psicologia, caracteriza-se com o principal objetivo de “acolher e trabalhar com pacientes de todas as faixas etárias, bem como suas famílias, em sofrimento psíquico decorrente de suas patologias, internações e tratamentos” (Lazzareti, 2007, p. 21). Mantendo um funcionamento diferenciado do consultório, que possuem horários previamente agendados, com ambiente geralmente regular e constante, a psicologia hospitalar, por ser permeada por diversos fatores, desde as regras institucionais até a incerteza da permanência do paciente no local e variação dos ambientes de atendimento, conforme as possibilidades avaliadas no momento. Adentrando também os atendimentos com a característica da psicologia breve, onde todos os atendimentos devem ter início, meio e fim, sem pendências para o próximo, como ocorre em atendimentos de consultório.

Utiliza-se então, como recurso de anamnese, a avaliação inicial, buscando compreender o contexto geral de onde advém esse paciente. Com questionamentos como, se possui histórico anterior de acompanhamento psicológico e psiquiátrico, se faz ou já fez uso de medicação psicotrópica e para que fim, se possui histórico de adoecimento neoplásico próprio ou familiar, município onde reside e com quem, estruturação do núcleo familiar e também sobre tabagismo e etilismo ou uso de outras substâncias. Também, o nível de compreensão sobre seu diagnóstico, expectativas relacionadas e a existência ou não de fantasias acerca.

A anamnese inicial é realizada no primeiro atendimento quando cabível, seguindo com as intervenções, demandas percebidas pelo



profissional no relato desse sujeito, dando continuidade quando necessário, direcionando para a alta por não haver demandas relevantes ou encaminhando para serviços externos caso as demandas forem de foco mais existenciais sem relação direta ao seu adoecimento atual.

Combinando essa estruturação das bases dos atendimentos, sendo a caracterização da psicologia hospitalar nesse contexto institucional, utilizando-se da teoria psicanalítica como referencial teórico e o objetivo em não resumir o paciente a somente sua patologia, com a pontuação da psicologia breve para não abrir demandas que podem ficar pendentes, agindo de forma prejudicial na vida desse sujeito após alta.

#### *Crítérios de análise*

A análise das informações obtidas se baseou na teoria e técnica psicanalítica, levando em conta as possibilidades de um atendimento em contexto hospitalar. Considerando o argumento de que o consciente é verbalizado facilmente pelo sujeito que o relata, mas o inconsciente é quem o determina, e é através da fala e do ouvir-se que o processo ocorre, também pelas pontuações do psicanalista que está ali como figura auxiliar interpretando e identificando as resistências e favorecendo que se tornem conscientes para o paciente, facilitando o processo de evocação de contextos não elaborados. Para alcançar todo processo é necessária a repetição quantas vezes fornecessárias para esse sujeito sobre o mesmo assunto, como o Freud descreve em “Lembrar, repetir e perlaborar” (Freud, 2021). É algo elaborado e dependente do quanto o paciente se sujeita ao processo e permite-se fazer parte. Como suporte teórico foram utilizadas literaturas de Freud, Antonio Quinet, J. D. Nasio, Maud Mannoni, Alfredo Simonetti, entre outros que compõem o vasto potencial bibliográfico psicanalítico.

#### *Ética*

O trabalho prático do psicólogo e a construção desse trabalho, tomam como base principal o Código de Ética do Psicólogo (2014, p.7), seguindo o princípio fundamental “I. O psicólogo baseará o seu trabalho no respeito e na promoção da liberdade, da dignidade, da igualdade e da integridade do ser humano, apoiado nos valores que embasam a Declaração Universal dos Direitos Humanos”. Visando promover a saúde e qualidade de vida dos sujeitos, evitando negligências, discriminação, exploração, violência, crueldade e expressão, com responsabilidade social. Necessário manter sempre o aprimoramento profissional, atuando com dignidade e padrões éticos.

Assumem-se responsabilidades que são coerentes com o conhecimento técnico do profissional, respeitando o sigilo frente às possibilidades. No ambiente hospitalar, o sigilo não consegue ser o mesmo de um ambiente de consultório, devido ao contexto geral, mas cabe ao psicólogo estabelecer um setting terapêutico que

seja acolhedor e perpassa confiança para o paciente poder relatar suas demandas (Código de Ética do Psicólogo, 2014).

Enquanto às questões éticas na construção deste relato de experiência, mantém-se o sigilo, limitando informações que possam gerar a identificação dos indivíduos atendidos e experiências relatadas, como especifica o Art. 6º “b) Compartilhará somente informações relevantes para qualificar o serviço prestado, resguardando o caráter confidencial das comunicações, assinalando a responsabilidade, de quem as receber, de preservar o sigilo” (Código de Ética do Psicólogo, 2014, p.12).

#### **Resultados e discussão**

A experiência vivenciada sobre os estigmas do corpo masculino no adoecimento por câncer é relatada em três áreas temáticas que foram frequentes durante os atendimentos psicológicos: “Corpo masculino e seu vigor histórico”, “A constituição de um ser psicossocial e laboral” e “Viver, Sobreviver ou morrer”.

As discussões são embasadas por atendimentos psicológicos vivenciados durante experiência multidisciplinar de cuidado ao homem com câncer ocorridas dentro de um programa de residência em atenção oncológica, com sujeitos que possuem um embasamento subjetivo e social construído dentro de uma sociedade em que a masculinidade hegemônica e o sistema patriarcal estão presentes como regras no seu modo de ver e viver.

#### *Corpo masculino e seu vigor histórico*

O masculino é cercado por tabus e estigmas sociais, visto em sua maioria em estudos como um ser que apresenta risco, que pode ser ameaçador, sem considerar as ideias de como deve se constituir desde o início da sua existência.

*O homem foi analisado como supostamente pertencente a um grupo de risco. Alguns títulos de pesquisas: homens e acidentes de trabalho; homens e violência doméstica; homens e drogadicção. E segue esse caminho o campo jurídico com artigos e discussões sobre o afeto paternal: paternidade biológica e paternidade afetiva. (Dacorso, 2014, p. 129)*

A influência do conceito de masculinidade e patriarcado é profundamente arraigada nos homens, sendo parte de uma cultura transmitida de geração em geração. Essa cultura delinea os papéis de ambos os sexos na sociedade, atribuindo ao homem a responsabilidade de prover a família, realizar trabalhos que demandem força e proteção, e sugerindo que ele não necessita de cuidados por sua suposta força e virilidade. Nesse contexto, a imagem de fragilidade é associada à mulher, constituindo um elemento prejudicial que impede os

homens de reconhecerem a necessidade de cuidar de sua saúde física e emocional, prevenindo assim possíveis enfermidades (Silva, 2021).

O masculino pode ser visto como pronto, inquestionável, previsível, enquanto o feminino é visto como algo sempre em construção. Interpretados então como um valor absoluto, exatamente opostos. Esse pensamento se perpetua, também como uma dualidade de dois extremos que se limitam e sinalizam possibilidades de complementarem-se entre si. Anteriormente o feminino cumpria as remanescentes do papel masculino, com definições de cada função bem estabelecidas com base no modelo de sociedade patriarcal (Silva, Macedo, 2022).

Atualmente, o sujeito do masculino, que era considerado como imutável, enfrenta uma crise em seus papéis pré-estabelecidos pelo conceito patriarcal, conforme o sexo feminino foi conquistando novas áreas. O homem foi obrigado a se reencontrar e rever suas posições, tais como, de único provedor, figura de autoridade e de participação pequena ou quase nula nos cuidados com os filhos e com a casa (Ferreira et al., 2019).

Com a presença de um processo de adoecimento oncológico essas modificações no papel masculino patriarcal tradicional se fazem presentes de forma ainda mais intensa pela necessidade imposta aos que optam por realizar tratamentos de quimioterapia e radioterapia ou intervenções cirúrgicas que trazem maior fragilidade ao corpo, refletindo no seu psiquismo. Se esse corpo masculino é visto como indestrutível, sucessível a atravessar os maiores riscos sem sofrer grandes danos, como atravessar um adoecimento desse próprio corpo, as limitações e permitir-se sentir a fragilidade e possível sensação de vulnerabilidade que essa vivência pode despertar?

Pacientes adultos e idosos atendidos nesta instituição hospitalar, que cumprem ou cumpriram o papel de provedores financeiros e demais necessidades como figura de referência, se percebem acometidos pelo câncer e todas as fragilidades que o diagnóstico carrega. Encontram-se em um local como sujeito infantilizado pela família, onde as informações reais são escondidas ou ditas pela metade, dificultando o entendimento do que está ocorrendo com seu corpo previamente hígido, em que está percebendo as modificações e limitações, permanecendo com inúmeras dúvidas que os médicos responsáveis se limitam a repassar de forma mais completa para os familiares cuidadores, geralmente esposa ou filhos, invalidando ainda mais esse sujeito que está ocupando o espaço como paciente.

Estes sujeitos, que anteriormente ao seu adoecimento possuíam total autonomia e independência, sujeitam-se a tratamentos agressivos no seu corpo, ocupam um lugar de fragilidade física e emocional, com dificuldades em receber cuidados de terceiros, sentindo manifestações como culpa, vergonha, indignação e

frustração. Indicam grande dificuldade em perceber-se nessa inversão de papéis de como estruturaram durante a maior parte de suas vidas, manifestando-se questões clássicas características de neuroses obsessivas, com ideias obsessivas que aparecem como pensamentos angustiantes para o sujeito dos quais ele não consegue se livrar (Silva, 2021).

Durante o tratamento do câncer surge a construção de um perfil que retrata um homem inseguro, impotente, vulnerável, que deixa de ser o provedor, tem suas atividades sociais interrompidas e se vê em uma posição de não reconhecimento de si mesmo como homem. Os efeitos colaterais do tratamento do câncer podem impactar diretamente em tabus que envolvem a masculinidade, assim, cabe à equipe de assistência multidisciplinar compreender como o homem se percebe nesse contexto de enfermidade. Com o apoio da rede de convívio social, devem ser tomadas medidas que favoreçam uma melhor adaptação ao tratamento e enfrentamento das situações (Santos, 2013).

Então cabe ao profissional psicólogo propor reflexões através destas demandas trazidas para incentivar a recuperação da autonomia e independência, identificar possibilidades de manter-se ativo, mas principalmente em como reconhecer-se nesse corpo atual e possibilitar-se também receber cuidados e não ser somente quem cuida. O que também pode ser um desafio e um longo caminho a ser traçado lado a lado com o paciente, contudo, fazendo-se importante também atendimento com familiares para auxiliar nessa evolução e adaptação.

Como psicóloga inserida em um ambiente hospitalar, onde situações de escancaramento da vulnerabilidade masculina é constante, a demanda em comum entre pacientes adultos e idosos é a demora na procura por auxílio, sendo em sua maioria realizada após limitações mais intensificadas que repercutem na capacidade em executar suas funções laborais ou por insistência de familiares, geralmente mulheres que na maioria dos casos são quem prestam os cuidados após o diagnóstico, independente da ligação parental. Homens cuidando de homens hospitalizados, principalmente em situações de adoecimento mais avançado são situações raras.

E após a notícia desse diagnóstico, principalmente em casos mais agravados, os pacientes expressam sentimentos de arrependimento, frustração, medo e desencontro do seu próprio corpo. Pacientes mais jovens relatam de forma mais presente a dificuldade em entender-se nesse novo funcionamento de corpo e de vida. Em um corpo de um sujeito abrangido pelo estigma de impenetrável, resistente, como entender que esse corpo foi penetrado por uma doença oncológica, que um tumor sólido se desenvolveu dentro de si.

Pacientes adultos jovens relatam sobre as mudanças decorrentes de seu diagnóstico, entre elas alguns apresentam a necessidade em retornar para a casa dos pais devido a impossibilidade em continuar trabalhando e a necessidade muitas vezes

em receber auxílio no seu dia a dia. Esses pacientes expressam angústias pela percepção que estão retrocedendo devido a patologia e ao voltar a receber cuidados dos pais após ter feito a caminhada em busca de sua independência e autonomia. Também com a percepção do corpo fragilizado, que não sustenta a mesma força, que não responde às vontades desse sujeito, em que alguns relatos demonstram discursos de estarem lutando contra si mesmos, em um corpo que não pertence mais somente a ele.

Para Freud, o corpo é o lugar de inscrição das marcas presentes nas reminiscências das experiências precoces do infante, por onde o Eu poderá se constituir, sendo, assim, o lugar por onde emerge o pulsional, mas também o meio de chegar à sua satisfação, quer ela se dê no prazer ou no desprazer. Em alguns casos ocorre um processo de despersonalização frente a esse corpo, onde “a pessoa sente que uma parte da realidade ou uma parte do seu próprio eu lhe é estranha”, é uma angústia neurótica, como uma experiência de fragmentação dessa imagem de si mesmo, e a desintegração do próprio corpo, em uma dimensão de aniquilamento (Freud, 1936-1990, p.247).

*Considerando-se os padrões hegemônicos de corpos masculinos difundidos em nossa sociedade, as mudanças corporais produzidas pelo adoecimento e tratamento oncológico parecem contribuir para o sentimento de que seus corpos falharam na sustentação dos ideais e padrões estabelecidos pelo modelo de masculinidade, provocando-os a ressignificar seus modos de pensar, sentir e agir em relação aos seus corpos e à sua própria masculinidade (Martins, Nascimento, 2020, p.15).*

As mudanças corporais que são impostas pelo adoecimento oncológico acabam exigindo mais desses homens, como uma reformulação da sua autoimagem, as atitudes sobre si mesmos, redefinindo seus papéis sociais. É uma convocação para reconstruírem a percepção sobre seus corpos, ressignificando sua própria identidade (Martins, Nascimento, 2020).

O relato e a dificuldade em perceber-se como sujeito nesse novo papel é frequente, segundo Dockhorn e Macedo (2008, p.223), pode-se perceber a necessidade em não reduzir a importância da escuta diferenciada ao sofrimento psíquico “uma vez que o ser humano, atualmente, parece não ter tempo para si e passa, por isso, a maior parte da sua vida tentando distanciar-se, primeiro de si mesmo, para depois evitar, a qualquer custo, uma experiência de alteridade”. Então o sujeito, segundo os autores, “precisa correr tanto que já não sabe se a pressa tem a ver com o que busca ou se está aprisionado na impossibilidade de parar por não saber o que encontrará ao olhar-se” (Dockhorn, Macedo (2008, p.233). Sendo assim, o

adoecimento oncológico faz essa parada obrigatória e brusca, imposta ao homem que foge de si e se define pelas funções que exerce.

Então nessa parada obrigatória, os pacientes trazem a conflitiva desse novo corpo, é importante como psicóloga propor a reflexão para esse sujeito de como era sua relação com seu próprio corpo e a visão que mantinha, quais pontos mudaram, mas que não deixou inteiramente de ser quem era antes da neoplasia. Em poder ver-se com seus próprios olhos, não através dos filtros dos papéis que desempenhou e que desempenha atualmente, em como, além de sobreviver, também poder viver com a doença que está em seu corpo, mas não é seu todo.

E para cada paciente isso é um processo, principalmente de ressignificação e redescoberta ou até descoberta de si, cada um evoluindo em seu próprio tempo, pois o tempo psicanalítico não é o tempo cronológico. Tais reflexões virão conforme comprometimento do paciente com seu processo e capacidades psíquicas. Não podendo existir cobranças quanto a prazos ou metas, mas quando necessário, realizar pontuações mais objetivas de acordo também com a percepção do profissional.

#### *A constituição de um ser psicossocial e laboral*

A forma de como o sujeito se coloca no mundo, papéis que desempenha e laços relacionais, devem-se a caracterização da sua personalidade, e para essa caracterização é preciso a compreensão da forma em que se constitui a personalidade. Ao olhar da psicanálise, o desenvolvimento do sujeito se remete aos estágios iniciais graduais, ou seja, a infância e as tendências fundamentais para a criança pequena (Klein, 1946-1991).

Anteriormente às descobertas de Freud, existia uma tendência generalizada em considerar a infância como um período de desenvolvimento somente com vivências de felicidade sem defeitos e desconsiderando diversas questões que podem ser perturbadoras apresentadas pelas crianças. Então, os estudos produzidos por Freud auxiliam a entender as complexidades presentes nas emoções da criança e revelado os diversos conflitos, os estados de raiva, falta de interesse em seu ambiente, incapacidade de suportar frustrações e expressões de tristeza, além das expressões somente físicas e de necessidades básicas para sobrevivência. Considerando tais fatores, pode-se obter uma maior compreensão da constituição infantil, desde o complexo de Édipo, e suas conexões com os processos mentais e comportamentais no adulto (Klein, 1946-1991).

No processo psicoterapêutico, em uma situação transferencial, o paciente revive situações e emoções arcaicas, e se faz como processo essencial do analista, evocar algumas questões. Como fala Calligaris (2004, p.60) “para que a cura aconteça, é preciso tocar na raiz das dores de seus pacientes e que essa raiz, de uma maneira ou de outra, está na infância”, podemos relacionar com o discurso de pacientes durante o atendimento

psicológico, os quais apresentam conflitivas internas acerca de receber cuidados de terceiros, abdicar do seu posto de trabalho e do papel de provedor principal do seu núcleo familiar, comumente apresentam histórias de vida em que são responsabilizados pelo trabalho e auxílio no sustento familiar desde os primeiros anos da segunda infância, perpetuando-se a partir daí durante toda sua vida, até a ruptura pelo diagnóstico oncológico.

E como se identificar como sujeito individual sem caracterizar-se pela sua função laboral e seu papel de provedor e protetor em seu núcleo familiar? Durante muitos atendimentos se fizeram necessários os questionamentos “E quem é você além do seu trabalho?”. Eventos que ocorrem na infância, que nos marcam, podem não serem evocados de forma contínua relacionado diretamente ao acontecimento principal, por estarem reprimidos no inconsciente. O ego, de acordo com Freud, é a parte organizada do self, constantemente influenciada por impulsos instintivos, porém mantendo-os sob controle pela repressão. O que podemos relacionar com a dificuldade de alguns pacientes em relacionar as manifestações psíquicas frente ao seu adoecimento com questões subjetivas, mas profundas. O ego também dirige todas as atividades e estabelece e mantém a relação com o mundo externo. O termo self é utilizado para abranger toda a personalidade, o que inclui não apenas o ego, mas também a vida pulsional, que Freud nomeou id (Freud, 1923-1996).

Para explicitar de forma mais clara essas repercussões, pode ser citado o caso de um paciente idoso, recentemente aposentado, realizando sonhos após aposentadoria, mas foi acometido pelo câncer e pela necessidade do uso de colostomia. Isolou-se do mundo em seu sítio recém conquistado, construindo uma vida retraída, mas suficiente para si, após retorno da patologia neoplásica, foi influenciado pelos filhos a mudar-se do local para o centro urbano novamente para facilitar o acesso aos recursos de tratamento, culminando na ruptura das idealizações de vida que se constituíram por longo prazo. Atualmente, residindo na zona urbana com sua esposa, limitou-se a sua doença e a comportamentos introspectivos, delimitando prazo de validade para a própria existência, emergindo novamente pensamentos suicidas relacionados também a tentativas suicidas prévias, entregando-se passivamente a doença, resumindo-se a isso, sobrevivendo a própria existência.

Nos relatos apresentados por esse paciente durante os atendimentos, percebe-se uma manifestação melancólica, onde ocorreu a perda do objeto amado, com semelhanças a um processo de luto, mas na melancolia a autoestima é afetada, expressando-se recriminações, ofensas e pode chegar a uma delirante expectativa de punição. Com o paciente privando-se das possibilidades que lhe trazem prazer, ao seu não merecimento em viver. Trazendo para si o queixar-se que na verdade

é relacionado a outro, mas que agora pertence ao Eu, com a libido recuada para o Eu, estabelecendo uma ligação com o objeto abandonado, ocorrendo o Eu modificado pela identificação e caracterizado por essa perda, ficando impossibilitado em retirar a libido e o investimento nesse objeto para seguir para outro. Sendo um processo quase cíclico, preso à perda (Freud, 1914-2010). O melancólico designa o outro como causa da sua passividade, agente do seu desamparo.

Este paciente mantinha frequentemente a fala de que deveria esquecer tudo aquilo que possuía que lhe provocava prazer, como diz Penha (2011, p.16) “nenhum luto poderia atingir, devido à ausência radical do ideal, com isto, o que ele pode fazer é se acusar do pior e mais terrível crime a se cometer: ele mata o ausente, o que seria o suicídio do objeto; justo aquele que causa seu desejo”.

O adoecer desse corpo masculino traz uma gama de transformações, pois se torna vulnerável biologicamente, levando os homens à adoção de atos que limitam suas funções sociais e suas potencialidades, como a dependência de cuidados e a corporificação de identidades não hegemônicas que os tornam incapazes de defender tipos de virilidade culturalmente valorizados entre grupos masculinos, como o controle do corpo, suas funções, sua imagem e suas ações (Martins, Nascimento, 2020).

#### *Sexualidade e o atravessamento pelo câncer*

A sexualidade pode ser interpretada de diversas formas, desde algo indecente, perpassando o desejo e possibilidade de conectividade entre os indivíduos até o foco na reprodução do ser humano (Freud, 1916-2021). Na psicanálise, a sexualidade faz parte da constituição subjetiva do sujeito, permeado pelos entendimentos e estigmas sociais pré-estabelecidos. Pensar as sexualidades é questionar os centros organizadores dos gêneros: família nuclear, filiação, provedor, direitos, violência (Dacorso, 2014).

Considerando a figura masculina que é permeada pelo modelo patriarcal de funcionamento, principalmente em pacientes que são conviventes na zona rural de cidades pequenas do interior do estado, apresentam a demanda em comum na resistência em buscar auxílio médico após o início da sintomatologia mesmo quando já intensificada, tal questão já surge desde os movimentos pela busca de métodos preventivos relacionados as mais diversas patologias que afetam o sexo masculino (Dacorso, 2014).

A procura por atendimentos e exames muitas vezes ocorre pelo canal inadequado, visto que buscam assistência quando já estão enfrentando uma comorbidade, exibindo sintomas e prejuízos funcionais. Esses problemas poderiam ter sido evitados se ações preventivas, como consultas de rotina e exames de rastreio, tivessem sido realizadas. O atraso nesse tipo de atendimento resulta em consequências desastrosas, desencadeando questões mais complexas de tratar



e gerando custos adicionais para o sistema público de saúde. Além disso, esse atraso impacta significativamente na vida do indivíduo e de sua família, tanto em termos socioeconômicos quanto emocionais (Disney et al., 2022).

A busca pelos exames preventivos e diagnósticos é permeada de tabus, de modo principal, os exames físicos de colonoscopia e toque retal, os quais invadem a intimidade mais secreta desses sujeitos. O homem, principalmente nessa sociedade patriarcal enraizada, que influencia diretamente também a vida sexual e consequentemente os órgãos que são sexualizados, o masculino é quem penetra, quem adentra outros corpos, exteriorizando-se, proporcionando o prazer e satisfazendo o próprio desejo sexual (Martins, Nascimento, 2020). Então como sujeitar-se a tais intervenções? A recusa e não procura não necessariamente somente pela falta de conhecimento das necessidades. São procedimentos que mexem com o imaginário masculino, invadindo características identitárias, o órgão frontal do sujeito é o que lhe diferencia do feminino, enquanto na parte traseira, o iguala e o fragiliza (Martins, Nascimento, 2020).

*Desse modo, ainda hoje, é recorrente que homens pertencentes a diferentes grupos sociais e com diferentes níveis de escolaridade resistam à realização do exame de toque retal, frequentemente percebido como uma violação sexual e um comportamento que minimiza sua virilidade e indicaria uma suposta homossexualidade (Martins, Nascimento, 2023, p.2).*

Durante o exame de toque retal pode ocorrer a ereção, aumentando os medos e fantasias de como isso pode ser interpretado e como é percebido pelo paciente, podendo relacioná-lo ao prazer e não a uma simples reação fisiológica pelo estímulo da glândula (Alves et al., 2023). E quando finalmente ocorre a procura dos serviços de saúde e recebe-se o diagnóstico neoplásico, ocorre a abrupta, intensa e devastadora ruptura da realidade como antes conhecida. Então como lidar com a sua sexualidade em meio a esse turbilhão de novos acontecimentos impostos?

No decorrer dos atendimentos psicológicos que baseiam esse estudo, nota-se questões sexuais que invadem essa intimidade solitária do homem. Em um caso de um paciente idoso, o qual mantinha vida sexual ativa com a esposa sem o uso de medicamentos auxiliares na ereção, recebeu o diagnóstico de neoplasia de próstata, sendo submetido a um procedimento cirúrgico para remoção da próstata e testículos, consequentemente desenvolvendo um caso de disfunção erétil, impossibilitando de manter relações sexuais por meio da penetração com sua esposa, mas expressando também o desconhecimento de outras formas de manter a intimidade sexual. Existiu

de forma muito presente a queixa por essa inadequação, o desejo sexual ainda existia, mas seu corpo não poderia corresponder para trazer esse desejo ao físico como era presente anteriormente.

Nesse caso, foi exposto a filha do paciente o processo de remoção cirúrgica dos testículos desse paciente, não havendo o questionamento a ele se era da sua vontade que alguém além de si mesmo e sua esposa soubessem dessa remoção em específico, demonstrou como algo que somou a toda a angústia geral já presente em todos os aspectos que permeiam seu adoecimento oncológico. Também houve a busca do paciente por recursos auxiliares para possibilitar uma ereção peniana, mas sendo barrado pelo médico, de que não seriam compatíveis com sua idade e os riscos relacionados. Para a segunda teoria freudiana, a angústia vem como um sinal de alarme, motivado pela necessidade do Eu proteger-se de um perigo iminente, de uma ameaça, relacionada à primeira teoria, que traz a angústia como um intenso afeto de desprazer vinculado à sexualidade (Caropreso, Aguiar, 2015) e isso pela “castração” que esse sujeito relata ter sofrido, como a ameaça ao seu papel como homem, em proporcionar prazer a sua esposa e ao terem expostas sua intimidade de forma não solicitada.

A neoplasia em si e suas intervenções combativas invasivas são principalmente os fatores que influenciam a vivência da sexualidade desse homem acometido. Os procedimentos invasivos e suas repercussões, como a necessidade do uso de ostomias, principalmente colostomias, que envolvem todo o tabu envolto no processo nas eliminações fisiológicas, principalmente fezes. Em outro caso específico de um paciente adulto, esse adentrando a terceira idade, separado, com vida social ativa, sexual também, recebeu o diagnóstico de neoplasia intestinal e a necessidade do uso de colostomia anteriormente ao início do processo quimioterápico. Após a inserção do dispositivo, adaptação e assimilação, manteve-se um sujeito presente em seu meio social, mas distanciando-se de relacionamentos e experiências sexuais.

O uso da colostomia, sendo seus materiais muitas vezes transparentes, deixando exposto o que esse sujeito considerava como sujo, por ser resultado dos restos descartáveis de produtos do organismo. Individualmente conseguia manter bons recursos de convivência com a ostomia, adaptando-se bem às necessidades de cuidado e higienização, contudo, quando se trazia a questão de exposição, como no momento de uma relação sexual, considera abominável e não viável, pela exposição visível e pela perda do controle na eliminação de gases e fezes.

*Um estoma acarreta alteração física visível e significativa do corpo, podendo transformá-lo num corpo privado de sua integridade, dinamismo e autonomia, causando conflitos e desequilíbrios*

*interiores, por vezes alterando relações com o mundo exterior, inclusive no que se refere à vivência de sua sexualidade, uma vez que o mesmo modifica a imagem corporal (Paula, Takahashi, Paula, 2009, p.2).*

Perante as intervenções psicológicas dessas demandas, manteve postura mais resistente ao verbalizar sobre, excluindo-se como sujeito com desejos, resumindo-se ao seu adoecimento e convivência familiar. Mantinha-se com comportamentos de autoexclusão e diminuição da autoestima que mantinha anteriormente ao procedimento. Contudo, as demandas emergentes durante o momento dos atendimentos seguiram para uma direção diferente, não sendo um tópico principal, mas ainda sim uma angústia ali presente em escanteio.

É compreensível o desvio de foco desse sujeito nesse momento, mas pode-se perceber também essa resistência ao escancarar algo que não poderá ser modificado que conflita com seus hábitos sexuais anteriores. Não se inibe ao falar mantendo postura de másculo, mas limita-se em não chegar a ação. A resistência pode assumir diversas formas, como diz Pierro (2019, p.2) “há quem fique confinado no silêncio, outros que falam desgovernadamente, como fosse um robô – uma artimanha para recusar aos pensamentos mais difíceis e “vergonhosos” o tempo necessário para se formarem”, causando um rompimento no fluxo do relato, indicando uma incapacidade em continuar associando e que isso ocorre quando há uma revivescência de alguma situação anterior, na qual o sujeito viveu algum tipo de afeto, impulso ou emoção similar, mas com outra pessoa e em uma situação especialmente intensa e geralmente relacionada à sexualidade.

#### *Viver, Sobreviver ou morrer*

Ao analisar a receptividade diante do diagnóstico de câncer, constata-se que a enfermidade acarreta significativas repercussões, sobretudo de natureza psicológica, impactando diretamente no dia a dia do paciente. Durante o processo de tratamento, é comum surgirem conflitos emocionais, como tristeza, ansiedade e, principalmente, o temor em relação à morte (Resende, Filho, 2020).

O adoecimento por patologias neoplásicas é acompanhado desde seu início por um entendimento por senso comum como algo igualitário a morte e sofrimento intolerável, bem como, anulação do sujeito muitas vezes feita por si mesmo resumindo-se somente a sua doença ou também dos familiares, onde é deixado de lado, muitas vezes, a autonomia, independência e vasta história e experiências de vida desse sujeito acometido, o resumindo somente ao adoecimento oncológico, visto como algo frágil e facilmente quebradiço. E quanto aos desejos desse sujeito que está ocupando esse papel de corpo adoecimento,

mas não se resume somente a isso? E quanto a vida que ainda existe em meio a esse caos?

Considerando que a grande maioria dos pacientes atendidos relatam a comoção inicial após diagnóstico e o pensamento iminente da morte ao ouvir que seu corpo está acometido pelo câncer, se faz essencial e irrefutável adentrar a esse assunto. Contudo, quanto às percepções de como deseja passar essa vivência, desejos de vida e morte se mostram muito individuais, partindo desde as particularidades de pacientes que ainda possuem chances de cura e outros que não possuem mais essa possibilidade e permanecem em tratamento para manejo dos sintomas ou tentativas de estabilizar a progressão mais agressiva da doença e processo metastático.

A religiosidade cristã se faz presente como uma constante nos relatos dos pacientes atendidos, quando se fala de adoecimento e morte, atuando como importante suporte emocional e de recursos para a significação subjetiva do processo, vindo como resposta da tão questionada “por que comigo?”. Porém, as respostas para esse questionamento podem ser auxiliares positivos no processo ou atuante como forma prejudicial, dependendo da interpretação do câncer como punição ou como experiência de aprendizagem e reflexão. Para Freud (1930-2010), constrói-se a necessidade da religiosidade nos sujeitos pela busca desse sentimento oceânico, retornando para uma fase primitiva do sentimento do Eu. Segundo o autor, volta-se para uma fase infantil, nostálgica da figura paterna, onde o adoecimento e a crença remetem ao desamparo infantil.

O sentimento oceânico que origina de um caminho pela busca de uma consolação e amparo, para negar o perigo que sente de ameaças do mundo exterior, uma proteção paterna, tendo então essa imagem do pai grandiosamente elevado. A crença relacionada com o adoecer também age como uma proteção a percepção do acaso, do descontrole de coisas que lhe acontecem, da busca pela significação da experiência (Freud, 1930/1936-2010).

A percepção e a significação de vida e morte é muito subjetiva e desencadeia diversos sintomas e manifestações. Citando um caso de um paciente jovem, na casa dos 30 anos, diagnóstico neoplásico e metastático avançado, encarando todas as imposições desse adoecimento agravado de forma solitária, por resistências próprias, então quando se tratava em falar sobre seu adoecimento, afastava-se da sua rede de apoio psicossocial, limitando-se a repassar notícias de atualizações médicas de forma escrita, tendo dificuldades em falar em voz alta sobre, sendo que isso escancararia ainda mais sua finitude. Levando, o que podemos visualizar, como uma quase duplicidade existencial, onde durante suas internações era o paciente, existindo em sua neoplasia pois era o que o ambiente, o processo quimioterápico e intervenções invasivas em seu corpo evocavam. No mundo externo buscava

permanecer o mesmo de antes do diagnóstico, tendo dificuldades em estabelecer e respeitar seus limites, não conseguindo reconhecer na possibilidade de ser o homem portador de uma doença, ambos coexistindo, sendo somente o homem ou a doença.

Os atendimentos psicológicos com esse paciente ocorriam somente em uma sala reservada no setor de internação, não sendo aceitas variações de ambiente pela necessidade de adentrar ao seu tempo suas questões e em assumir-se como o homem portador da doença, existindo no mesmo corpo. Evidenciou-se que aquele ambiente reservado favorece ao paciente expressar-se de forma mais sensível, o permitindo falar em voz alta sobre sua dor, ouvir o seu dizer e permitindo sentir as repercussões da própria palavra dita, externalizada.

Este paciente encontrava-se sem possibilidades de cura, realizando quimioterapias para manejo de progresso e de sintomas. Mostrava-se um sujeito religioso, adentrando ao questionamento do seu diagnóstico como punição divina, como não encontrou motivações biológicas, já que os fatores de risco comumente conhecidos não se encaixavam na sua forma de vida, e, segundo relato do paciente, o médico responsável também não soube esclarecer essa dúvida. Terceirizar a justificativa do adoecer a uma entidade divina, sendo o indivíduo movido pela impotência frente ao sofrimento e os questionamentos do porquê (Soares, 2023), mas nem para toda pergunta existe resposta. Mantinha a busca constante por razões e justificativas do porquê algo tão grave estava ocorrendo no seu próprio corpo, sem encontrar respostas na crença como conhecia, reconhecendo somente o acaso, mas como lidar com o que foge do controle quando se trata da própria existência?

O sofrimento e a dor emocional emergentes de uma vivência intensa, a falta de respostas para as inúmeras perguntas, o grande ponto de interrogação e o “e se” ao repensar questões do seu passado, a quebra do ciclo vital que considerava o correto, sendo o filho adoecendo antes dos pais, a possibilidade de óbito, o desejo e a dúvida sobre ter feito outras escolhas no passado, arrependimentos o medo de morrer com dor influenciam de forma muito presente o seu existir em meio a neoplasia.

Propõe-se então, reflexões sobre o que é esse existir ao meio de um adoecimento grave, viver frente a frente com a sua finitude escancarada e lembrada para si todos os dias pelo seu corpo acometido por uma doença letal. Compreender racionalmente seu quadro e possibilidades relacionadas, bem como a possibilidade de óbito, é diferente em assimilar psiquicamente seu processo de morte, surge o desespero e a ânsia em correr para algum lado onde a realidade possa ser outra, no uso dos mecanismos de defesa para sustentar-se em meio a esse caos, mas também, existe a presença da esperança.

*A teoria psicanalítica descreve os mecanismos de defesa como processos psíquicos utilizados pelo ego de forma inconsciente contra as demandas instintivas do id. Também foram caracterizados como mecanismos psicológicos que buscam equilibrar os desejos e os impulsos individuais com as censuras e as demandas da realidade externa (Waikamp, 2020, p.5)*

Este paciente estava ciente da limitação terapêutica e possibilidade de óbito, mas mantinha-se esperançoso, essa esperança servia como importante recurso de sustentação psíquica, considerando o que tolera contatar até o momento. A esperança é um desejo, bancado por quem a tem, e pode coexistir com um adoecimento grave, já que “o prognóstico pertence aos médicos e a esperança pertence a ele” (Simonetti, 2018, p.131).

Também expressou raiva, frustração e indignação em momentos em que as atualizações clínicas não correspondiam a suas expectativas, ficando ainda mais escancarado seu tempo limitado de vida, vendo sua existência como a areia correndo em uma ampulheta, sentindo seu tempo escorrendo pelos seus dedos sem poder agarrá-lo e impedi-lo de esvair-se. Nesses momentos, em atendimento, ocorreram episódios de deslocamento para com a psicóloga, explicitado quando, como cita Maia(2009) “às representações recebem todo o investimento devido a uma outra, de modo que a segunda acaba por substituir completamente a primeira”, ou seja, vem como um recurso de defesa primário onde a reação direcionada para um objeto acaba sendo direcionada para outro, ocorrendo por parte desse sujeito um processo de evitação em contatar a origem, típicos de sujeitos neuróticos obsessivos. Servindo como forma de possível elaboração da contradição dos seus desejos e novamente o escancarar da sua finitude.

Durante os atendimentos com esse paciente, o tópico da morte era uma constante. Questionava, por que falávamos somente da sua morte, sem perceber que era o tópico que ele trazia como uma urgência própria, com a necessidade de exaurir (se é que é possível exaurir um tópico assim), então uma necessidade em repetir e retornar quantas vezes lhe fossem necessárias, pois nesse caso, tudo que o paciente diz em voz alta, é ouvido por ele mesmo com a mesma intensidade.

As horas se passavam em atendimento, servindo como local onde podia-se tocar nessas fragilidades e desencontros, pelo atendimento psicológico ser um espaço onde era possível adentrar nesse universo subjetivo desse sujeito. Possibilitando reflexões sobre seus desejos, significados, medos e dores físicas e psíquicas. Onde esse adoecimento que trouxe cara a cara a finitude, a morte se faz como um conceito abstrato de conteúdo extremamente negativo para o qual nenhum correlativo inconsciente pode ser



encontrado, é um representante que não pode ser acessado pelo inconsciente (Montagna, 2016).

Então como entender a própria possibilidade de morte? A própria finitude? A morte não é somente a parada dos sinais vitais do corpo, a morte também pode ocorrer em vida. E adentrar frente a esse assunto e falar sobre a possibilidade de morte é um processo, necessário o respeito pelo tempo do paciente para falar sobre, existe uma supressão desse luto, a impossibilidade de se vivenciar a dor, a exigência de controle (Kovács, 1992), pois a expressão de sentimentos referentes à perda expõe a proximidade da morte.

A morte pode ser abstrata, mas o estar morrendo não, muito menos a vida, cheia de significantes (Kovács, 1992). A morte é o desfecho para tudo que é vivo, a limitação terapêutica é do medicamento (Simonetti, 2018), não da existência desse sujeito em si mesmo e na vida de quem amou e foi amado nesse entremeio.

Para Freud, a própria morte é imaginável, mesmo quando ocorre a tentativa de contato, seremos apenas observadores. O sofrimento não é pela morte e sim por tudo que ela obrigará a abandonar. Então, segundo Da Silva e Cardoso (2020) apud Laplanche (1985) “ao referir-se a dificuldade de falar-se sobre o morrer, considera que no inconsciente, a morte seria sempre a morte do outro, destruição ou perda provocada”. O significante morte é a questão comum, mas o significado é subjetivo de cada um, constituído individualmente.

*Em tempos de vinho e rosas não é tão difícil conciliar a “autoconservação da vida” e a “autopreservação da identidade”, mas em tempos de ódio e susto, esse equilíbrio se perde e deixa lugar a uma fratura: o desmoronamento do psiquismo* (Volnovich (2010, p. 8) apud França (2020, p. 76).

As reflexões dos pacientes em relação à sua vivência com a doença proporcionam diálogos de extrema importância para o campo da psico-oncologia. Essas reflexões impactam as abordagens dos profissionais diante de uma demanda repleta de detalhes e subjetividades. É importante abordar de maneira acolhedora, as emoções dos pacientes que enfrentam diariamente as complexidades oncológicas, destacando os impactos emocionais em diferentes fases da enfermidade.

E em uma instituição hospitalar em que a possibilidade de cuidados paliativos efetivos e reais é mera fantasia, a escuta atenta dos relatos e reflexões dos pacientes desempenha um papel crucial no desenvolvimento de práticas psicológicas adaptadas a essas demandas e contribui para a criação de práticas mais assertivas destinadas a esses pacientes, proporcionando uma visão abrangente do sujeito e de suas necessidades (Silva, Rolim, 2021).

O manejo adequado da dor oncológica também pode auxiliar de maneira gigantesca na qualidade de vida desses pacientes acometidos, para que possam viver nessa tentativa de sobrevivência ao adoecer oncológico, o manejo qualificado para um conforto dentro do possível e do desejado por esse sujeito. No Brasil, os índices de uso de medicações opioides são consideravelmente menores do que em países que são reconhecidos por um manejo adequado de dor (Soares, 2023). Existe também a resistência desses sujeitos para o uso de medicação opioide, sendo a influência da masculinidade hegemônica presente neste quesito também, para aceitar a utilização de medicações mais fortes é preciso aceitar a fragilidade e vulnerabilidade do corpo, o não dar conta da dor, o reconhecimento de um sofrimento real. É possível intervenções psicológicas também, como auxiliar nesse processo em reconhecer-se, em aceitar ajuda não o invalida como sujeito, que contatar suas limitações possa ser benéfico para o manejo da doença e da dor consequente. Para que possa existir, ser o protagonista da própria história até o último dia de sua vida.

## Conclusão

Os tópicos explorados e casos relatados tiram das sombras e trazem a luz a reflexão de como o homem é invadido pelas normas sociais, considerando o modelo de masculinidade hegemônica que influencia de modo total a forma como esses sujeitos enfrentam essa vivência do adoecimento oncológico, sem prazos de validade ou limites de evolução, vindo o amanhã como uma incerteza, imprevisível. Cabe então a necessidade em repensar a forma em que são desenvolvidas e expostas as políticas públicas de saúde masculina e os papéis sociais que influenciam nessa negação da busca pelo cuidado.

O homem acometido pelo adoecimento neoplásico sente e muito as repercussões dessa patologia tanto fisicamente como emocionalmente, intensificado ainda pela necessidade imposta em manter-se dentro dos padrões masculinos em que se desenvolveu em meio ao seu contexto de toda a vida, sendo custosa a manutenção desses padrões estabelecidos, mas a ruptura dessas questões também exige o direcionamento de recursos pulsionais intensificados, ambos podendo influenciar positivamente ou negativamente nesse sujeito.

Repensar e reviver os casos utilizados neste relato faz lembrar o processo dos atendimentos desses pacientes, desde a organização para as intervenções, como a necessidade de perceber momentos em que o paciente precisa de um local confortável para tratar de suas demandas mais sensíveis, na medida do possível, até a confiança que esses sujeitos depositaram na profissional durante os atendimentos para acessar seus pensamentos e sentimentos mais íntimos e contatá-los em voz alta. Questões que por muitas vezes, podem ser a primeira vez que compartilham com alguém além de



si mesmos. O psicólogo adentra muitos universos, a busca do paciente por identificação e validação do seu relato e sobre o que aquilo o faz sentir, encontrando-se em um local de vulnerabilidade e fragilidade, por muitas vezes, a figura do psicólogo serve como um suporte essencial.

A empatia, cuidado e sensibilidade são recursos essenciais ao convidar-se para adentrar o mundo do outro e suas subjetividades mais valiosas. É realmente uma troca enriquecedora como profissional e ser humano, num processo transferencial favoravelmente estabelecido como um bom vínculo terapêutico, respeitando e trazendo maior dignidade, autonomia e respeito ao processo doloroso fisicamente e psiquicamente que esses sujeitos atravessam.

Assim, evidencia-se a importância da atuação do psicólogo na equipe multidisciplinar em oncologia, para poder oferecer ao paciente, família e cuidadores inseridos no contexto hospitalar, suporte emocional que lhes permita enfrentar a doença, melhorando a relação consigo e a qualidade de vida em todos os estágios desse processo, desde a prevenção, diagnóstico, tratamento até a cura ou os cuidados paliativos. Também pela validação e compreensão das demandas que o paciente relata, em um ambiente seguro e acolhedor.

Contudo, existem limitações a esse relato e a esta experiência, pela adesão dos pacientes ao acompanhamento psicológico, restrições e agravos clínicos que influenciam na continuidade dos atendimentos também, quanto ao contexto como profissional inserido em um programa de residência, existem os itinerários e mudanças de setores, impedindo também a possibilidade de um acompanhamento mais contínuo. A presença de profissionais com atuações danosas as intervenções multiprofissionais, com postura resistente e em alguns momentos também desrespeitosas para com o profissional psicólogo.

É necessário a continuação dos estudos na área da masculinidade hegemônica e sua influência na percepção dos homens que se desenvolveram em meio a esta sobre si, a relação com seus cuidados e em ocorrências de adoecimentos mais simplificados até adoecimento oncológicos que invadem intensamente esse sujeito, em todos os seus contextos. A elaboração de mais pesquisas na área e intervenções quanto a constituição dessa reprodução nociva de masculinidade na vida dos sujeitos, não focando somente em campanhas da área de saúde, mas também intervindo desde a infância, onde inicia-se a influência desse fator e a constituição do sujeito para sua vida adulta, onde serão perpetuadas.

## Referências

AGUIAR, T. O. de; COSTA, R. de A.; SILVA, L. M. A Especificidade da Atuação do Psicólogo no Hospital: Uma leitura psicanalítica. **Revista Científica Multidisciplinar**, v. 3 n. 5, 2022.

Disponível em:  
<https://recima21.com.br/index.php/recima21/article/view/1440>.

ALMEIDA, C. B. de; FLORES, F. F.; MUSSI, R. F. de F. Pressupostos para a elaboração de relato de experiência como conhecimento científico. **Revista Práxis Educacional**, v.17, n.48, p. 60-77, out/dez, 2021. Disponível em:  
<https://periodicos2.uesb.br/index.php/praxis/article/view/9010>.

ALVES, J. P.; et al. Câncer de próstata acima dos sessenta anos. **Revista Eletrônica Interdisciplinar Barra do Garças**, Mato Grosso, v.1 n.2, 2023. Disponível em:  
<http://revista.univar.edu.br/rei/article/view/391>.

CALLIGARIS, C. Cartas a um Jovem Terapeuta: Reflexões para psicoterapeutas, aspirantes e curiosos. Editora Paidós, 2021.

CAROPRESO, F.; AGUIAR, M. B. de. O conceito de angústia na teoria freudiana inicial. **Revista Natureza Humana**, São Paulo, v. 17, n. 1, p. 1-14, 2015. Disponível em:  
[http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1517-24302015000100001&lng=pt&nrm=iso](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1517-24302015000100001&lng=pt&nrm=iso).

BASTOS, G. M. J.; BASTOS, D. P. Breve revisão das “Recomendações aos médicos que exercem a psicanálise” (Freud, 1912) em tempos pandêmicos. **Estudos de Psicanálise**, Rio de Janeiro, n. 56, p. 77–84. 2021. Disponível em:  
<http://pepsic.bvsalud.org/pdf/ep/n56/n56a07.pdf>.

Código de Ética Profissional do Psicólogo. Conselho Federal de Psicologia, Brasília, 2014.

DACORSO, S. T. de M. Sexualidade Masculina. **Revista Estudos de Psicanálise**, Belo Horizonte, n. 42, p. 127–134, dez. 2014. Disponível em:  
[http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?pid=S0100-34372014000200014&script=sci\\_abstract](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?pid=S0100-34372014000200014&script=sci_abstract).

DISNEY, C. S. J.; Saúde do homem na atenção básica: fatores que influenciam a busca pelo atendimento. **Revista Ciência Plural**, v. 8, n. 2, p. 1–18, 2022. Disponível em:  
<https://periodicos.ufrn.br/rcp/article/view/26410>.

DOCKHORN, C. N. B. F.; MACEDO, M. A complexidade dos tempos atuais: reflexões psicanalíticas. **Revista Argumento Psicologia**, v. 54, n. 26, p. 217-224, 2008. Disponível em:  
<https://periodicos.pucpr.br/psicologiaargumento/article/view/19815/19117>.

FERREIRA, V. M.; PAIVA, S. O. C.; COSTA, N, M. Rebatimentos do adoecimento por câncer no homem principal provedor familiar em tratamento em hospital universitário. Congresso Brasileiro de

- Assistentes Sociais, v. 16 n. 1. 2019. Disponível em: <https://broseguini.bonino.com.br/ojs/index.php/CBAS/article/view/1327>.
- FRANÇA, C. P. À flor da pele: buscando representações para o que não tem sentido nem nunca terá. *Revista Brasileira de Psicanálise*, São Paulo, v. 54, n. 1, p. 69-81, mar.2020. Disponível em: [http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0486-641X2020000100005&lng=pt&nrm=iso](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0486-641X2020000100005&lng=pt&nrm=iso). Acesso em: 5 dez. 2023.
- FREUD, S. Amor, sexualidade, feminilidade. Editora Autêntica, v.4, 1916-2021. FREUD, S. Fundamentos da Clínica Psicanalítica. Editora Autêntica, v.2, Belo Horizonte, 2021.
- FREUD, S. Luto e melancolia. *In: Obras completas: Freud, S. Introdução ao narcisismo, ensaios de metapsicologia e outros textos (1914-1916)*. São Paulo: Cia das Letras, v. 12, 2010.
- FREUD, S (1936). Um distúrbio de memória na Acrópole. *Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud*. Rio de Janeiro: v. 22, 1990.
- FREUD, S. Mal-estar na civilização. Editora Companhia das Letras. 1ª edição. (1930-2010).
- FREUD, S. O ego e o id e Outros Trabalhos (1923-1925). Imago Editora, Rio de Janeiro, v.19, 1996.
- INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER. Estatísticas de Câncer. Rio de Janeiro: INCA, 2021. Disponível em: <https://www.gov.br/inca/pt-br/assuntos/cancer/numeros>.
- KLEIN, M. Inveja E Gratidão E Outros Trabalhos. Editora Imago, v.4, Rio de Janeiro, 1946-1991.
- KOVÁCS, M. J. Morte e desenvolvimento humano. Casa do Psicólogo Livraria e Editora Ltda, São Paulo, 1992. Disponível em: [https://edisciplinas.usp.br/pluginfile.php/5746705/mod\\_resource/content/3/KOV%C3%81CS%2C%20M.%20J.%20-%20Morte%20e%20Desenvolvimento%20Humano.pdf](https://edisciplinas.usp.br/pluginfile.php/5746705/mod_resource/content/3/KOV%C3%81CS%2C%20M.%20J.%20-%20Morte%20e%20Desenvolvimento%20Humano.pdf).
- LAZZARETTI, C. T.; et al. Manual de Psicologia Hospitalar. Direitos reservados ao Conselho Regional de Psicologia 8ª Região. Curitiba, PR: Unificado. 2007. Disponível em: <https://crppr.org.br/wp-content/uploads/2019/05/164.pdf>
- MAIA, L. Mecanismos oníricos e figuras de linguagem. **Estudos psicanalíticos**. Belo Horizonte, n. 32, p. 91-94, nov.2009. Disponível em: [http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0100-34372009000100010&lng=pt&nrm=iso](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-34372009000100010&lng=pt&nrm=iso).
- MARTINS, A. M.; NASCIMENTO, A. R. A. do. "Eu não Sou Homem Mais!": Masculinidades e Experiências de Adoecimento por Câncer da Próstata. **Revista Interinstitucional de Psicologia**, Belo Horizonte, v. 13, n. 2, p. 1-19, ago.2020. Disponível em: [http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1983-82202020000200002](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-82202020000200002).
- MONTAGNA, P. Corpo vivo: finitude e transitoriedade. **Revista Ide**, São Paulo, v. 38, n. 61, p. 27-40, ago.2016. Disponível em: [http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0101-31062016000100003&lng=pt&nrm=iso](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0101-31062016000100003&lng=pt&nrm=iso).
- MOTA, I. B. B.; MEDRADO, A. P. Percepção de pacientes oncológicos infanto-juvenis, profissionais de saúde e familiares sobre o adoecimento - revisão sistemática. *Journal of Dentistry & Public Health*, v. 11, n. 1, p. 33-43, 2020. Disponível em: [https://www.researchgate.net/publication/342454012\\_Percepcao\\_de\\_pacientes\\_oncologicos\\_infanto-juvenis\\_profissionais\\_de\\_saude\\_e\\_familiares\\_sobre\\_o\\_adoecimento\\_-\\_revisao\\_sistemica](https://www.researchgate.net/publication/342454012_Percepcao_de_pacientes_oncologicos_infanto-juvenis_profissionais_de_saude_e_familiares_sobre_o_adoecimento_-_revisao_sistemica).
- OLIVEIRA, A. M. D.; CARVALHO, E. G. S.; SILVA, J. G. L. da; MENEZES, M. R. da S. de. O Estigma Masculino Relacionado ao Exame Preventivo do Câncer de Próstata. *Epitaya E-books*, v. 1, n. 13, p. 43-55, 2021. Disponível em: <https://portal.epitaya.com.br/index.php/ebooks/article/view/281>. Acesso em: 7 dez. 2023.
- PANDINI, C. R. Uma observação das interfaces entre masculinidade e saúde a partir da psicanálise. Pontifícia Universidade Católica de São Paulo. 2021. Disponível em: <https://ariel.pucsp.br/bitstream/handle/26254/1/Caio%20RossatoPandini.pdf>.
- PAULA, M. A. B. de. Os significados da sexualidade para a pessoa com estoma intestinal definitivo. **Revista Brasileira de Coloproctologia**, v. 29, n. 1, p. 77-82, jan. 2009. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbc/a/4K5ZgHMTQBcpGktQRSNYGNj/?format=pdf&lang=pt>.
- PENHA, B. Q. R. O sentimento de culpa na melancolia em Freud. Repositório UFMG. Universidade Federal de Minas Gerais. Belo Horizonte, 2011. Disponível em: <https://repositorio.ufmg.br/bitstream/1843/54467/1/MONOGRRAFIA%20BRUNA%20QUEIROZ%20R%20PENHA.pdf>.
- PIERRO, B. D. A resistência à Luz da Psicanálise. Instituto Sedes Sapientiae. 2018. Disponível em: [https://www.academia.edu/41098618/A\\_resist%C3](https://www.academia.edu/41098618/A_resist%C3)

%AAnia\_%C3%A0\_luz\_da\_psican%C3%A1lise\_de\_Freud.

RESENDE, L. B.; MORAES FILHO, I. M. de. Câncer em Idosos: Revisão Narrativa das Dificuldades na Aceitação da Doença e no Tratamento. **Revista JRG de Estudos Acadêmicos**, São Paulo, v. 3, n. 6, p. 159–169, 2020. Disponível em: <https://revistajrg.com/index.php/jrg/article/view/114>.

RIBEIRO, C. C.; SCHNEIDER, V. S.; CORRÊA, A. C. Impasses da Subjetividade nos Cuidados Paliativos: um Estudo Psicanalítico. **Revista da Sociedade Brasileira de Psicologia Hospitalar**, Belo Horizonte, v. 24, n. 2, p. 119–131, 2021. DOI: 10.57167/Rev-SBPH.24.87. Disponível em: <https://revistasbph.emnuvens.com.br/revista/article/view/87>.

SANTOS, J. L. G.; COSTA-MOURA, F. Angústia de castração e objeto: limites do processo analítico. **Estudos e Pesquisas em Psicologia**, v. 13, n. 3, p. 922–938, 2013. DOI: 10.12957/epp.2013.8599. Disponível em: <https://www.e-publicacoes.uerj.br/revispsi/article/view/8599>. Acesso em: 4 dez. 2023.

SILVA, M. C. d.; CARDOSO, P. d. S. P.A importância da fala sobre a morte para pacientes oncológicos em fase terminal à luz da psicanálise. **Revista Arquivos Científicos (IMMES)**. Macapá, v. 3, n. 1, p. 24-34, 2020. Disponível em: <https://arquivoscientificosimmes.emnuvens.com.br/abi/article/view/251/98>.

SILVA, F. C. F. d.; MACEDO, M. M. K. A escuta do Masculino na Clínica Psicanalítica Contemporânea: Singularidades de um padecer. **Revista Psicologia: Teoria e Pesquisa**, v. 28, n.2, p. 205-217, abr/jun. 2022. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ptp/a/MmzDdLvKdW3fSYYN6QRmj9h/?format=pdf&lang=pt>.

SILVA, M.F.; ROLIM, J.M.P. 2021. O paciente com câncer, cognições e emoções oriundas da dor: uma revisão literária a partir de uma perspectiva psicológica. **Pubsaúde**, 6, a173. DOI: <https://dx.doi.org/10.31533/pubsaude6.a173>.

SILVA, M.F.; ROLIM, J.M.P. O paciente com câncer, cognições e emoções oriundas da dor: uma revisão literária a partir de uma perspectiva psicológica. **Pubsaúde**, 6, a173, 2021. DOI: <https://dx.doi.org/10.31533/pubsaude6.a173>.

SIMONETTI, A. Manual de Psicologia hospitalar: o mapa da doença. Editora Artesã, v.8, 2018.

SOARES, A. M. Entre a Lucidez e a Esperança. Editora Sextante, Rio de Janeiro, v.1, 2023.

WAIKAMP, V. Relação entre traumas na infância, vínculos parentais e estilos defensivos com

sintomas psiquiátricos na vida adulta de pacientes em psicoterapia de orientação analítica. Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Porto Alegre, 2020. Disponível em: <https://lume.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/212602/001116273.pdf?sequence=1&isAllowed=y>.

ZIMERMAN, D. E. Manual de técnica psicanalítica: uma re-visão. Editora Artmed, Porto Alegre, 2008.

