

# URGÊNCIAS SUBJETIVAS EM UMA ENFERMARIA DE ONCOLOGIA: EXPERIÊNCIA DE ESCUTA DO SOFRIMENTO PSÍQUICO

## SUBJECTIVE EMERGENCIES IN AN ONCOLOGY WARD: LISTENING EXPERIENCE OF PSYCHIC SUFFERING

Gustavo César Fernandes Santana<sup>1</sup>  
Márcia de Oliveira Prata<sup>2</sup>

### Resumo

Todo processo de adoecimento produz manifestações psíquicas nos sujeitos, famílias e na equipe de saúde. Na experiência com a oncologia, alguns vivenciam uma espécie de colapso em sua estrutura subjetiva, momento em que se veem sem recursos simbólicos; situações críticas que podem coloca-los em condições de urgência subjetiva. Com isso, objetivo deste artigo é apresentar situações de urgências subjetivas a partir do adoecimento oncológico e discutir os efeitos da prática de intervenção psicológica com esses sujeitos. Refere-se a um estudo descritivo de abordagem qualitativa na modalidade de relato de experiência, fundamentado na vivência do Psicólogo no Programa de Residência Multiprofissional. Diante da urgência subjetiva no hospital, o que se tem é um obstáculo à fala e o sujeito é tomado pela angústia. Com o efeito do trabalho e a intervenção do psicólogo, esses sujeitos podem amenizar os impactos da angústia e através da fala, reconstruir sua própria experiência.

**Palavras-chave:** Urgências Subjetivas; Oncologia; Escuta.

### Abstract

Every illness process produces psychic manifestations in subjects, families and the health team. In the experience with oncology, some experience a kind of collapse in their subjective structure, a moment in which they find themselves without symbolic resources; critical situations that can put them in conditions of subjective urgency. With that, the objective of this article is to present situations of subjective urgency from the oncological illness and to discuss the effects of the practice of psychological intervention with these subjects. It refers to a descriptive study with a qualitative approach in the form of experience reporting, based on the experience of the Psychologist in the Multiprofessional Residency Program. Faced with the subjective urgency in the hospital, what you have is an obstacle to speech and the subject is taken by anguish. With the effect of the work and the intervention of the psychologist, these subjects can alleviate the impacts of anguish and through speech, reconstruct their own experience.

**Keywords:** Subjective Emergencies; Oncology; Listening.

“Nada há de criado que não apareça na urgência, e nada na urgência que não gere sua superação na fala” (LACAN, 1953/1998, p.242).

<sup>1</sup> Universidade Federal de Uberlândia – Uberlândia/MG – [gustavocfs@unipam.edu.br](mailto:gustavocfs@unipam.edu.br).

<sup>2</sup> Universidade Federal de Uberlândia – Uberlândia/MG – [marciaoprata@gmail.com](mailto:marciaoprata@gmail.com).

## **Introdução**

Todo processo de adoecimento, já afirmava Simonetti (2013) produz manifestações psíquicas nos sujeitos, famílias e também na equipe de saúde. O câncer enquanto adoecimento em questão, tem em sua concepção, a característica de ser uma doença de alta complexidade, degenerativa e que ameaça a continuidade da vida. Além do mais, compreende tratamentos prolongados, invasivos, dolorosos e em alguns casos mutilatórios (BERNAT; PEREIRA & SWINERD, 2014). Por consequência, reações de medo, aflição e desespero são usualmente encontradas nos sujeitos envolvidos.

Conforme o Instituto Nacional do Câncer (INCA), o câncer é uma doença caracterizada pelo crescimento desordenados e contínuo das células, que tem o potencial de se disseminar, invadindo tecidos e outros órgãos. Existem mais de 100 tipos de cânceres, variedade esta que serão classificados conforme a localização primária do tumor, por exemplo: câncer de mama, pulmão, útero, dentre outros (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2012). À vista disso, trata-se de uma doença considerada grave e considerada um problema para a saúde pública.

Refere-se a um tipo de enfermidade que desperta uma variedade de reações psíquicas e comportamentais. Em um olhar sócio-histórico, o câncer, em todo o tempo, foi algo a ser escondido por vir cercado de muitos estigmas, como a inevitabilidade da morte e explicações equivocadas acerca de sua causa, sendo muitas vezes associada a ideia de ser uma doença contagiosa, repugnante ou um castigo (VEIT & CARVALHO, 2008, p.16). Tal movimento, fez com que, durante muito tempo houvesse um certo silenciamento e uma evitação do contato direto com essa ideia, restando as pessoas certa incapacidade de lidar com as repercussões psíquicas que advém da enfermidade.

Para (MORRETTO, 2009, p.12) o adoecimento é um acontecimento na vida do sujeito que produz uma marca subjetiva, sendo capaz de instaurar uma ruptura no modo de funcionamento de sua vida, que, por vezes, o deixa sem palavras para se referir ao que acontece com ele. O diagnóstico oncológico os colocam em situações de sofrimento a partir dessa ruptura, tomando a falsa onipotência do sujeito e promovendo um encontro com os limites da própria existência, sobretudo com a ideia da morte e do morrer.

Tornar-se enfermo em decorrência do câncer acarreta uma cadeia de reações psíquicas que acontecem desde o abalo do diagnóstico à incerteza do prognóstico. São aspectos que se fazem presentes nos efeitos colaterais da quimioterapia e da radioterapia, no receio da recidiva

da doença, no temor da dor e do sofrimento de uma morte indigna (LIBERATO & CARVALHO, 2008, p.342/343). Surgem, com isso, as manifestações e/ou conteúdos que se tornam, assim, pontos de urgências para serem manejados com esses sujeitos (VEIT & BARROS, 2008, p.365).

Neste sentido, os hospitais se tornam um lugar favorável para o aparecimento das vivências do desamparo humano, uma vez que o adoecimento e as questões impostas pela própria internação colocam o sujeito frente aos limites da existência. Posto isso, frente a frente com essa experiência no cenário oncológico, percebe-se que alguns sujeitos vivenciam uma espécie de colapso em sua estrutura subjetiva, momento em que ele se vê sem recursos simbólicos para lidar com a concretude da situação (PETRILLI, 2015).

Como consequência disso, este artigo se trata do Trabalho de Conclusão da Residência Multiprofissional em Saúde, decorrente da experiência do trabalho do Psicólogo no Hospital do Câncer, a partir dos atendimentos realizados com sujeitos diante desse contexto de adoecimento oncológico e que vivenciam, de modo singular, essas situações críticas que podem colocá-los em condições denominadas como urgência subjetiva. O tema discutido parte desta vivência, que fizeram emergir inquietações e interrogações que foram objeto de reflexão e considerações.

A Residência Multiprofissional em Saúde (RMS) é uma especialização *lato sensu* na modalidade educação em serviço proposto a formar profissionais capacitados para exercício no âmbito das Redes de Atenção à Saúde do Sistema Único de Saúde (SUS), assim sendo, caracteriza-se como uma formação em trabalho, cujo trabalho se faz no dia-a-dia nas intuições de saúde. Os programas foram instituídos oficialmente no Brasil através da promulgação da Lei nº 11.129, de 30 de junho de 2005.

Para tanto, o objetivo deste artigo é apresentar as situações de urgências subjetivas a partir do adoecimento oncológico e discutir os efeitos da prática de escuta psicológica com esses sujeitos. Para alcançá-lo, realiza-se a discussão acerca da caracterização da urgência subjetiva no cenário oncológico e suas repercussões para os sujeitos imersos nesse fenômeno, ao passo que se apresenta os efeitos do trabalho do psicólogo como proposta que faz frente as urgências do sujeito.

## **Metodologia**

Refere-se a um estudo descritivo de abordagem qualitativa na modalidade de relato de experiência, fundamentado na vivência do Psicólogo no Programa de Residência Multiprofissional em Atenção à Oncologia. Vivência ocorrida durante o período vigente da especialização, num recorte de dois anos de experiência no Hospital das Clínicas de Uberlândia da Universidade Federal de Uberlândia.

A rotina consistia em atendimentos com pacientes diagnosticados com câncer, internados na enfermaria do hospital e também com seus familiares, que os acompanha neste percurso. Com isso, o Psicólogo, enquanto profissional presente na equipe multiprofissional de saúde tem a possibilidade de ofertar o seu serviço realizando atendimento com o paciente beira-leito, com ou sem acompanhante, e/ou com o próprio familiar que o acompanha e que também demanda uma escuta especializada.

As discussões do trabalho têm o referencial de base psicanalítica como aporte teórico. Utilizou-se de preposições dos trabalhos de Freud (1914 & 1926) que forneceram um subsídio para fundar as discussões teóricas, além de destacar os trabalhos de Azevedo (2019); Moura (2013) e Calazans (2008) que abordam com rigor acerca da temática da urgência subjetiva, possibilitando que novos estudos e reflexões possam surgir a partir deles. Morretto (2013) questiona e oferece contribuições para fomentar a discussão acerca das possibilidades de atuação e do lugar do psicólogo do hospital.

Com isso, o trabalho traz alguns fragmentos das experiências vivenciadas na oncologia, construídas pela exposição das situações percebidas e articuladas com pressupostos teóricos importantes para fomentar e sustentar as discussões. Então, o Relato de Experiência no meio acadêmico tem a intenção de descrever a experiência vivida e valorizá-la por meio da utilização de referenciais teórico-metodológico que darão embasamento científico e reflexão crítica (MUSSI; FLORES & ALMEIDA, 2021).

### **A cena hospitalar: as urgências em torno do sujeito oncológico**

No meio hospitalar as urgências se fazem presentes em diversos momentos e com traços diferenciados de manifestações. Não obstante, no cenário da oncologia tais situações ocorrem cotidianamente, devido a magnitude dos impactos que o câncer incita. Por definição, o Conselho Federal de Medicina compreende o conceito de urgência como “a ocorrência imprevista de agravo a saúde com ou sem risco potencial de vida” (RESOLUÇÃO CFM nº 1451/95) no qual o sujeito em questão necessita de assistência instantânea.

Na conjuntura do tratamento oncológico, o tempo de ação se torna um personagem imprescindível, visto que, as linhas de intervenções precisam ser investidas e aplicadas com a rapidez fundamental que assegure a possibilidade de supressão da doença ou sobrevivência do sujeito. Conforme Bernat; Pereira e Swinerd (2014) trata-se de um cenário em que se localizam as urgências médicas, como, o controle dos sintomas, a reversão de casos que progridem para um óbito; a prevenção de sequelas da enfermidade e a oferta de qualidade de vida.

Na enfermagem de oncologia, vivencia-se diversas ocasiões em que essas urgências estão em jogo, por exemplo a realização de uma cirurgia em virtude de tumor invasivo ou uso de quimioterapia de urgência em caso de emergências metabólicas. Em tais ilustrações, o foco nos momentos de urgência médica é tratar o mal-estar no organismo, reestabelecer a saúde e salvar a vida do paciente. Há neste instante, a pressa da equipe para tratar o mal-estar orgânico num curto espaço de tempo e do outro lado um sujeito que interpreta esse mal-estar no campo da subjetividade, introduzindo uma outra urgência, denominada a partir da psicanálise como urgência subjetiva (AZEVEDO, 2019, p.69).

A questão que aponta nesse horizonte: como caracterizar essa urgência subjetiva? Conforme Azevedo (2019, p.14) a urgência subjetiva refere-se a uma forma de mal-estar psíquico que se tornou intolerável para o sujeito e seus familiares; um evento ou algo que ele não conseguiu situar em palavras; algo da ordem do inesperado, que causa uma ruptura no funcionamento do sujeito. Na experiência com a oncologia, houve inúmeras ocasiões de se deparar com sujeitos diante dessas situações, defrontando-se com a realidade do diagnóstico; com o agravamento da doença; com o insucesso do tratamento ou até mesmo com a impossibilidade de cura da doença.

Houve atendimentos, em que o diagnóstico oncológico e a própria trajetória de tratamentos, suscitavam demandas de ideias suicidas ou pensamentos de morte. Sentimentos, que diziam, de alguma forma, de uma perda no desejo de viver e/ou que estar doente representava uma ideia de inutilidade e fracasso. Ocasões que ilustram a carência de aparatos simbólicos que dariam contornos e saídas possíveis ao sujeito que se encontra imerso nesse tormento. De acordo com Petrilli (2015), pode-se definir esse momento de urgência subjetiva como uma impossibilidade que o sujeito vive de articular sua cadeia simbólica aos acontecimentos estressores, como a doença, a dor e a morte.

Azevedo (2019, p.107/108) coloca que, diante da urgência subjetiva no hospital, o que se tem é um obstáculo à fala: o sujeito tomado pela angústia mostra que os recursos simbólicos

estão obstruídos, impossibilitando uma saída para o sujeito. Muitos foram os casos em que, diante de algo insuportável: a realidade do diagnóstico, o caráter invasivo das intervenções médicas, o temor do avanço da neoplasia ou do descobrimento de um foco secundário e o medo da morte, fizeram com que o sujeito se apresentasse inundado pela angústia, mas com escassez de palavras, enquanto um recurso simbólico capaz de apaziguar esse sofrimento psíquico.

Freud (1926, p.84) considera o afeto da angústia como um sinal de perigo que o sujeito sente: é angústia diante de algo! Considera-se, deste modo, uma reação a um perigo externo como uma situação produzida pelo contexto de adoecimento. Neste interim, os estados de angústia atuais teriam influências importantes em experiências de vida anteriores do sujeito, sendo, por isso, motivo da singularidade de cada situação de urgência subjetiva percebida no hospital. Pelas vivências na internação oncológica, adoecer em decorrência do câncer oferecia um perigo real e iminente: a colisão com a própria finitude e/ou ameaça da continuidade da vida.

Nesse meio, Simonetti (2013) oferece uma diferença entre o sujeito da urgência e o sujeito na urgência para que se possa situar com mais afinco o posicionamento do profissional diante desses casos. O sujeito da urgência é o paciente que se torna foco das atenções terapêuticas, já o sujeito na urgência é aquele que demanda, que solicita o acolhimento da psicologia naquele momento, como algo que não se pode mais esperar. Ainda complementa que ambos podem não estar na mesma pessoa: quando há uma intercorrência com um paciente oncológico, ele é o sujeito da urgência, e neste caso, o sujeito na urgência será seu familiar ou acompanhante.

Ocorrências como essa convocam o psicólogo ao trabalho. São momentos em que solicitam a presença desse profissional para oferta de escuta e suporte emocional aos familiares (ou acompanhante) que se enquadram como esse sujeito na urgência. Acontecimentos como esses geram recortes e falas, como “não sei o que fazer”; “não vou suportar se por acaso eu perdê-lo”; “não tem o que eu possa fazer?!”. Ao mesmo tempo, havia momentos em que a fala se ocultava pela falta de recursos simbólicos, e a angústia irrompia apenas pela via do choro ou por atos de puro desespero.

No ambiente hospitalar, muitas vezes os eventos de crise passam despercebidos pelos outros profissionais da saúde ou são colocados como urgências generalizadas. Urgência generalizada é um conceito na literatura que parte de um princípio de que as urgências são susceptíveis a todos os humanos e enquanto um diagnóstico que vem dado por um outro

(BATISTA & ROCHA, 2013, p.339). Elas passam de urgências generalizadas para urgências subjetivas a partir do olhar e do acolhimento do psicólogo, por ser aquele que “sabe” o que se passa com o sujeito e oferece espaço para se falar da singularidade do acontecimento para o sujeito (BATISTA & ROCHA, 2013). Isso denota a necessidade da presença do psicólogo para que tais eventos não passem despercebidos e/ou não se tornem traumáticos para o sujeito pela ausência de uma escuta que possa endereçar a urgência daquele sofrimento.

Em seu trabalho, Calazans (2008) aponta que a urgência subjetiva pode ser compreendida como um dispositivo clínico de acolhimento aos sujeitos em situação de crise. São ocasiões em que há uma necessidade e um pedido de acolhimento emergencial do sofrimento psíquico. O dispositivo clínico consiste em acolher, a partir de uma escuta, aquilo que permaneceu em estado de intenso embaraço para o sujeito, ou em alguns casos em que foi transformado em puro ato com a subtração da palavra.

### **A presença do psicólogo e a escuta em situações de sofrimento psíquico**

Diante da experiência como residente no setor de oncologia, vivencia-se, cotidianamente situações de urgências que convocam a presença do psicólogo. São solicitações de atendimentos que chegam através da equipe de saúde, de outros funcionários do setor, pelos familiares ou acompanhantes. São requerimentos, que, de maneira implícita, carregam uma mensagem conforme apontado por Batista & Rocha (2013, p.330), que ao profissional é demandado que extinga com os problemas, resolva os conflitos, recupere a harmonia perdida, teoricamente com poucos artifícios, mas de modo ágil e completamente eficaz.

Neste meio, ao profissional de psicologia é direcionado uma “demanda de acréscimo de poder” (Guérin, 1982, p.5-6), a partir do qual, se faz possível pensar que é esperado que ele seja capaz de garantir que esse momento de urgência do sujeito não interfira em seu tratamento ou nos cuidados da equipe. Além disso, percebe-se que as solicitações de atendimento também continham a expectativa de que a angústia do sujeito fosse exilada para que isso não os afetasse em sua própria subjetividade, visto que os cuidados para com o sujeito em momentos de urgências mobilizavam afetos e demandas internas dos próprios profissionais que solicitam.

Comumente, as urgências subjetivas que acolhemos, eram incitadas por situações de: suporte ao familiar do paciente que veio a óbito, aquele que foi informado que a doença progrediu e/ou que não existe terapêutica de cura para ele; ao paciente que recebeu uma notícia difícil, sendo impossibilidade de cura da doença; insucesso do tratamento atual ou risco

iminente de morte. É possível citar também momentos de tomadas de decisão que os afetam, como a decisão de uma nova cirurgia de urgência e/ou intervenção invasiva que se faz necessária, ou mesmo quando a decisão tomada é não intervir, em quadros paliativos, nos quais os riscos da ação seriam maior que os benefícios da mesma.

Como visto, a urgência subjetiva trata-se de um sofrimento que se tornou insuportável para o sujeito e seus familiares, na maioria das vezes, algo impossível de ser posto em palavras, gerando, dessa maneira, uma demanda que o psicanalista pode acolher (AZEVEDO, 2019, p.14). A presença do psicólogo diante dos sujeitos da cena hospitalar do setor oncológica se torna destacável e relevante a medida que ele possa acolher esses sujeitos que podem padecer de uma forma de sofrer que subtrai a palavra, mas que pode ser retornável ou ressignificada com o trabalho desse profissional.

Conforme Simonetti (2013, p.145) “na situação de emergência o sujeito só sente angústia, não faz metáfora”, ele reafirma algo já dado a priori: que os sujeitos diante dessas situações impostas pelo contexto de adoecimento na oncologia, no qual se veem em torno desta vivência, experimentam com vigor a concretude da situação, ao passo que os recursos internos e simbólicos que fazem frente à situação, estão escassos e submersos. O psicólogo aparece enquanto uma figura de destaque, que diante desse sujeito em questão, possa ofertar um suporte que faça com que o simbólico de uma metáfora, dê conta da realidade da angústia.

Na escuta com esses sujeitos vivenciado momentos de urgências subjetiva, a presença e o trabalho de escuta do psicólogo têm como ressonância a oportunidade de o sujeito localizar a angústia e com isso produzir uma redução do sofrimento por ela causada. Para tanto, a figura do profissional representa alguém com que o sujeito possa endereçar sua demanda para que ela seja posta em trabalho, subtraindo seu efeito mortificador e sendo possível novas saídas para a angústia provocada por essas situações-limite. Conforme encontra-se em Freud: “não é possível matar um inimigo que está ausente ou que não está perto o suficiente” (1914, p.158).

Moretto (2019, p.14) assinala que enquanto a medicina lida com o adoecimento em si, isto é, a enfermidade, a partir dos seus aparatos técnicos, o psicólogo lida com a experiência do sujeito a partir do adoecimento. No dia-a-dia no hospital do câncer, o trabalho do psicólogo acontecia numa espécie de segundo momento, com a tarefa de auxiliar o sujeito a lidar com as consequências psicossociais do adoecimento para o seu ser. O olhar do psicólogo apreende que, para além da natureza do fato, se trata de saber como isso repercute no universo psíquico do sujeito.



Para Moura (2013, p.408) há no hospital um imperativo normativo de curar o mais rápido possível enquanto há tempo, e por vezes, desconsidera-se o sujeito em sua singularidade. A ideia é que o trabalho do psicólogo possa reconhecer o sujeito como um todo, visando ofertar um espaço em que ele possa encontrar saídas para o seu sofrimento – a sua urgência. Na enfermaria do hospital oncológico, existem diversos diagnósticos de câncer, com diferentes possibilidades de prognósticos, e para além da apresentação do adoecimento, o que interessa para o trabalho do psicólogo é a maneira que tudo isso representa para o sujeito enfermo.

Para isso, o psicólogo pode funcionar como um facilitador, um destinatário da palavra em que o sujeito possa representar-se, pois “o sujeito não deixa de ser um sujeito mesmo que seu corpo seja deficiente (LAURENT, 2014, p.33). Por isso, em conformidade com Azevedo (2019, p.106) compreende-se que, de maneira oposta ao discurso médico, a psicanálise não tem como proposta libertar o sujeito de sua angústia, mas, produzir um sujeito que possa falar sobre si, visto que as terapêuticas para tratar a doença podem chegar a um limite, diferente da dimensão simbólica da palavra, que continua em produção a partir da presença de uma escuta que a faça valer.

### **Considerações finais**

O propósito do trabalho consistiu em demonstrar, a partir da experiência do residente no hospital do câncer, situações de urgência subjetiva em sujeitos oncológicos a partir da experiência do adoecimento. Em contrapartida, abordar os efeitos da presença e intervenção do psicólogo com esses sujeitos. Como percebido, a magnitude dos impactos impostos pelo câncer são significativos e em diversas ocasiões as situações de urgências estão em jogo, desde as urgências médicas em que a demanda é tratar o corpo e reestabelecer a saúde até a urgência do sujeito em que a demanda é escutar aquilo que ficou intensamente em desembaraço para ele.

Verificou-se no contato com os pacientes e familiares, que haviam situações no contexto da oncologia, que poder-se-ia chamar de momentos críticos, que podem ser compreendidos como sendo situações em que a fragilidade humana encontra-se em um expressivo estado de vulnerabilidade e risco iminente, que por sua vez, tem potencial de elevar os sujeitos a situações de urgências subjetivas, como: o momento do diagnóstico; o início e retomadas do tratamento; da piora do quadro clínico; da evolução de uma doença incurável e irreversível e o momento iminente da morte.

Portanto, o fazer do profissional de psicologia que atua em um hospital oncológico,

inserido em uma equipe multiprofissional de saúde, passa, fundamentalmente pela escuta aos sujeitos inseridos neste cotidiano, que geram demandas que se pode e deve lançar-se em sua presença para operar com suas técnicas específicas. Com o trabalho e a intervenção, esses sujeitos em situação de urgências, munem-se de um direito de serem ouvidas em sua singularidade e em abertura para reinventar-se enquanto sujeito.

O olhar do psicólogo resgata a singularidade dos sujeitos, visto que cada um deles manifesta em si, sua própria representação do adoecimento, e, portanto, as demandas de urgências que convocam o psicólogo ao trabalho, se tornam subjetivas a partir da presença e da inclinação deste profissional, que com sua escuta, ameniza os impactos da angústia e permite com que o sujeito transforme e reconstrua sua própria experiência.

### Referências Bibliográficas

Azevedo, E. (2019). *Da pressa à urgência do sujeito: Psicanálise e urgência subjetiva no hospital geral*. 1º.ed. – Curitiba: Appris.

Batista, G., & Rocha, G. M. (2013). A presença do analista em situação de urgência subjetiva no hospital geral. In Moura, M. D (Org.). *Oncologia: Clínica do limite terapêutico?* Psicanálise & Medicina. (PP.330-343) 1º. ed. Belo Horizonte: Artesã.

Batista, G., & Rocha, G. M. (2013). A presença do analista no Hospital Geral e o manejo da transferência em situação de urgência subjetiva. *Revista da SBPH*, 16(2), 25-41. Recuperado em 08 de dezembro de 2021, de [http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1516-08582013000200003&lng=pt&tlng=pt](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-08582013000200003&lng=pt&tlng=pt).

Bernat, A. B. R.; Pereira, D. R., & Swinerd, M. M (Org.). (2014). Sofrimento psíquico do paciente oncológico: o que há de específico? Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva, Cadernos de Psicologia 2, Rio de Janeiro: INCA.

BRASIL. Lei n. 11.129, de 30 de junho de 2005. Institui o Programa Nacional de Inclusão de Jovens – ProJovem; cria o Conselho Nacional da Juventude – CNJ e a Secretaria Nacional de Juventude; altera as Leis no s 10.683, de 28 de maio de 2003, e 10.429, de 24 de abril de 2002; e dá outras providências. Diário Oficial da União, Poder Executivo, Brasília, DF, 01 jul. 2005. [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_ato2004-2006/2005/lei/111129.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2005/lei/111129.htm).

BRASIL. Ministério da Saúde. Instituto Nacional do Câncer. ABC do câncer: abordagens básicas para o controle do câncer. 2. ed. Rio de Janeiro: INCA, 2012b.

Calazans, R; Bastos, A. (2008, dez). Urgência subjetiva e clínica psicanalítica. *Rev. Latinoam. Psicopat.* Fund., São Paulo, 11(4), 640-652. Recuperado em 08 de dezembro de 2021, de <https://doi.org/10.1590/S1415-47142008000400010>.

Freud, S. (2017b). Lembrar, repetir e perlaborar. In Iannini, G., & Tavares, P. H. (Orgs.). *Obras incompletas de Sigmund Freud: Fundamentos da clínica psicanalítica* (1. ed., pp. 151–164). Belo Horizonte, MG: Autêntica. (Trabalho original publicado em 1914).

Freud, S. Inibição, sintoma e angústia (1926). In. *Obras Completas* [tradução Paulo César de

Souza]. São Paulo: Companhia das Letras, 2014, vol. 17, p. 13- 123.

Guérin, G. Prefácio. In: RAIMBAULT, Ginette. *Clinique du réel*. Paris: Éditions du Seuil, 1982. p. 5-17.

Lacan, J. (1998). Função e campo da fala e da linguagem em psicanálise. In: J. Lacan, *Escritos*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed. (Trabalho original publicado em 1953).

Laurent, E. (2014). *A batalha do autista: da clínica à política*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar.

Liberato, R. R., & Carvalho, V. A. (2008). Psicoterapia. In CARVALHO, V.A. et al. (Org.). *Temas em psico-oncologia*. (PP. 341-357). São Paulo: Summus.

Moretto, M.L.T. (2019b). Adoecimento e fracasso: ser feliz é preciso, viver não é preciso? In Quayle, J (Org.). *Adoecer* (PP.29-38). São Paulo: Editora dos Editores.

Moura, M. D (2013). Psicanálise e Medicina: uma clínica do sempre no limite terapêutico. In Moura, M. D (Org.). *Oncologia: Clínica do limite terapêutico?* Psicanálise & Medicina. (PP.400-4009) 1º. ed. Belo Horizonte: Artesã.

Mussi, R. F. F., Flores, F.F., & Almeida, C. B. (2021, out/dez). Pressupostos para a elaboração de relato de experiência como conhecimento científico. *Revista práxis educacional*, 17(48), 60-77. Recuperado em 08 de dezembro de 2021, de <https://periodicos2.uesb.br/index.php/praxis/article/view/9010>.

Petrilli, R. T. (2015). Intervenções psicológicas em pacientes submetidos à procedimentos invasivos em um serviço de oncologia pediátrica. *Revista da SBPH*, 18(2), 74-88. Recuperado em 08 de dezembro de 2021, de [http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1516-08582015000200006&lng=pt&tlng=pt](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-08582015000200006&lng=pt&tlng=pt).

RESOLUÇÃO CFM nº 1451/95 do Conselho Federal de Medicina de 10 de março de 1995. [publicada no Diário Oficial da União em 17.03.95 - Seção I - Página 3666]. <https://sistemas.cfm.org.br/normas/visualizar/resolucoes/BR/1995/1451>

Seldes, R. (2004). La urgencia subjetiva: un nuevo tiempo. In: BELAGA, G. (Org.). *La urgencia generalizada*. (PP. 31-42). Buenos Aires: Grama, 2004. p.31-42.

Simonetti, A. (2013). *Manual de Psicologia Hospitalar: o mapa da doença*. São Paulo: Casa do Psicólogo.

Veit, M. T. V., & Barros, L. H. C. (2008). Intervenções em psico-oncologia em instituições. In CARVALHO, V.A. et al. (Org.). *Temas em psico-oncologia*. (PP. 362-372). São Paulo: Summus.

Veit, M. T. V., & Carvalho, V.A. (2008). Psico-oncologia: definições e áreas de atuação. In CARVALHO, V.A. et al. (Org.). *Temas em psico-oncologia*. (PP. 15-20). São Paulo: Summus.

1. Gustavo César Fernandes Santana – Psicólogo, graduado pelo Centro Universitário de Patos de Minas (UNIPAM). Psicólogo residente no Programa de Residência Multiprofissional em Atenção em Oncologia da Universidade Federal de Uberlândia (UFU).

2. Márcia de Oliveira Prata – Psicóloga, graduada pela Universidade Federal de Uberlândia (UFU). Doutorando em Psicologia Social pela Universidade Salgado de Oliveira-UNIVERSO. Mestre em Psicologia pela Pontifícia Universidade Católica de Goiás. Especialista em Saúde

Coletiva pela Universidade Federal de Uberlândia (UFU). Preceptora e Tutora na Residência Multiprofissional em Saúde – UFU.