

## OS IMPACTOS PSICOLÓGICOS E SOCIAIS CAUSADOS PELO DIAGNÓSTICO E TRATAMENTO DO CÂNCER EM PACIENTES IDOSOS

Yago Porfírio Martinho<sup>1</sup>  
Juliana Fônseca de Almeida Gama<sup>2</sup>

### RESUMO

O envelhecimento é um dos fatores que mais se destacam no processo de aparecimento de câncer, em consequência da exposição aos fatores de risco ao longo da vida. Esta pesquisa buscou investigar os impactos psicológicos e sociais causados pelo diagnóstico e tratamento do câncer em pacientes idosos. Trata-se de um recorte dos resultados obtidos de um Trabalho de Conclusão de Curso de graduação, de natureza qualitativa, com 4 (quatro) pacientes oncológicos idosos residentes da cidade de Taperoá-PB. Utilizou-se como instrumento de coleta de dados a entrevista narrativa, cujo material foi analisado com base no referencial psicanalítico, por meio de análise de conteúdo. Agrupou-se o material obtido em três eixos temáticos: 1. Os impactos psicológicos do diagnóstico e do tratamento do câncer, 2. Os impactos da representação simbólica e o imaginário social do câncer; 3. Estratégias de enfrentamento utilizadas pelos pacientes. Como resultado encontrou-se que o lugar que o câncer ocupa no imaginário social interfere na forma como os pacientes lidam com o seu processo com o câncer. O diagnóstico de câncer representa, por vezes, uma sentença, dificultando a visualização das possibilidades de tratamento e de cura. Verificou-se, também, que os participantes possuem uma representação simbólica do câncer associada a uma condenação ou sentença de morte, o que afeta o olhar que o paciente tem para si mesmo e como percebe os olhares das outras pessoas para ele. Por fim, constatou-se que os participantes desta pesquisa utilizaram de recursos subjetivos para lidar e enfrentar o processo de adoecimento e tratamento de câncer.

**Palavras-chave:** Câncer; Impactos psicológicos e sociais; Pacientes; Idosos.

### INTRODUÇÃO

O envelhecimento, ou senescência, descreve Neri (2013), como um processo universal, determinado a partir da perspectiva biológica para os seres da espécie, por esta razão, chama-se envelhecimento normal. No processo de envelhecimento, devem-

---

<sup>1</sup>Graduado pelo Curso de Psicologia da Universidade Estadual da Paraíba – UEPB, yagopm14@gmail.com

<sup>2</sup> Orientadora. Professora Doutora do Curso de Psicologia da Universidade Estadual da Paraíba – UEPB, julianafgama@gmail.com

se levar em consideração os aspectos biológicos, psicológicos e sociais que influenciam a vida dos seres humanos. No que se refere ao envelhecimento, este é um dos fatores que mais se destacam no processo de aparecimento de câncer, em consequência da exposição aos fatores de risco ao longo da vida (PAZ ET AL, p. 145, 2011).

O adoecimento de câncer refere-se ao eixo central de uma problemática de saúde pública no mundo, na medida em que ocupa uma das causas de mortalidade precoce, antes dos 70 anos de idade, em grande parte dos países. O processo de envelhecimento, em conjunto com o crescimento da população e os fatores de risco de câncer contribuem para o desenvolvimento da incidência e as causas de morte, em decorrência deste processo de adoecimento (INCA p. 25, 2019).

Em conformidade com o estudo de Francisco et. al. (2020), os quais buscaram estimar a prevalência de diagnóstico médico de câncer em idosos, este tipo de adoecimento acomete, sobretudo, a população idosa, uma vez que observaram nos participantes da pesquisa, que mais de 60% dos casos novos surgem em pessoas com mais de 60 anos de idade.

Considerando o câncer como um problema de saúde pública que afeta os idosos, confere-se a urgência de um olhar mais completo e integralizado, capaz de fundamentar um conjunto de intervenções e acompanhamentos psicológicos. Buscou-se, nesta pesquisa, investigar os impactos psicológicos e sociais causados pelo diagnóstico e tratamento do câncer em pacientes idosos.

Com vistas a cumprir este objetivo, utilizou-se da afinidade com a perspectiva teórica da psicanálise, considerando-se que o sofrimento causado pelo adoecimento nestes sujeitos, e os recursos psíquicos utilizados para enfrentar o processo de adoecimento e tratamento, manifestam-se de formas consciente e inconsciente. Esta pesquisa, metodologicamente, através da psicanálise, esteve atenta tanto ao que é dito pelo paciente, como àquilo que estava nas entrelinhas de seu discurso.

Neste caminho de construção teórica e prática da pesquisa, levantaram-se as seguintes hipóteses: o lugar que o câncer ocupa no imaginário social pode interferir na forma como os pacientes lidam com o processo de adoecimento, tratamento e cura do câncer. Ademais, pensou-se que a vivência não apenas do tratamento, mas do próprio diagnóstico, ainda são pouco amparados pelos serviços de saúde que, por sua vez, são

limitados, considerando-se que o diagnóstico e tratamento do câncer provocam impactos psicológicos nos pacientes.

## **METODOLOGIA**

Trata-se de um recorte dos resultados obtidos de um Trabalho de Conclusão de Curso de graduação em Psicologia, na Universidade Estadual da Paraíba - UEPB. A presente pesquisa é de natureza qualitativa.

Participaram deste estudo 4 (quatro) pacientes oncológicos que estiveram em tratamento entre os anos de 2015 e 2018. Para a pesquisa em questão, levou-se como critério de inclusão os participantes com idade igual ou superior a 60 (sessenta) anos de idade. Todos os participantes desta pesquisa foram localizados e residiam, no momento da coleta de dados, na cidade de Taperoá- PB.

A pesquisa foi submetida à averiguação e análise pelo Comitê de Ética da Universidade Estadual da Paraíba – UEPB, após a aprovação, seguiu-se para a etapa seguinte, a qual se referia ao contato com os participantes da pesquisa.

No que se refere ao contato com os participantes, estes foram localizados, primeiramente, através dos profissionais da saúde da Secretaria Municipal de Saúde da cidade de Taperoá-PB. Em seguida, porém, foi utilizado o método de amostragem Bola de Neve. Este método utiliza da técnica de cadeias de referência, o qual, a princípio, o pesquisador arremessa informantes-chaves com o objetivo de encontrar os primeiros participantes e, posteriormente, após as entrevistas com os primeiros participantes, demanda-se destes a indicação de outros contatos da sua rede pessoal, os quais devem preencher os critérios da pesquisa. (VINUTO, 2014).

As entrevistas foram gravadas e, posteriormente, transcritas literalmente, para serem analisadas.

Recorreu-se à entrevista narrativa para coleta de dados junto aos participantes. Conforme Jovchelovitch e Bauer (2000) através das entrevistas narrativas as pessoas podem lembrar-se do que aconteceu, colocar suas experiências em sequência, encontrar possíveis explicações e jogar com a cadeia de acontecimentos que constituem a vida social e individual.

Fazendo a escolha por essa técnica de coleta de dados, deu-se início aos encontros individuais, nos meses de outubro e novembro 2020. Todo o material coletado, assim como a identidade dos participantes, foi resguardado. Reitera-se,

portanto, que os nomes utilizados são fictícios.

De início, o pesquisador lançou a seguinte pergunta norteadora direcionada ao paciente: *Você poderia falar sobre a sua experiência com o câncer desde o dia do diagnóstico até hoje?* A partir destes questionamentos os participantes puderam discorrer livremente, sobre os tópicos propostos.

Os dados coletados através da gravação de voz foram transcritos e, em seguida, analisados com base no referencial psicanalítico, por meio de uma leitura cuidadosa e próxima, que caminha entre o texto, o sujeito e o contexto, com o método de análise de conteúdo (LAVILLE; DIONNE, 1999). Optou-se pelo modo aberto de categorização, visto que ele permite que as categorias sejam criadas e modificadas ao longo do processo de análise dos dados (Laville & Dionne, 1999).

## RESULTADOS E DISCUSSÃO

### 4.1 Impactos psicológicos do diagnóstico e do tratamento do câncer

O diagnóstico do câncer ocupa um lugar de grande representação na vida do sujeito que o recebe, provocando impactos emocionais em todos os envolvidos. De acordo com Avelar (2011), esses impactos acontecem, sobretudo, porque esse tipo de adoecimento atua como uma ameaça à vida, que provoca no aparelho psíquico uma intromissão de estímulos dos quais não é possível se defender. Penna (2004, p. 379) argumenta que “estas consequências se devem porque a palavra câncer adquiriu uma conotação de doença terrível, sem cura, de uma morte sofrida”.

Neste sentido, a doença e seu diagnóstico trazem consigo sentimentos de angústia e sensação de desamparo, reações comumente observadas em situações traumáticas (CUNHA; PARAVIDINI, 2016). A este respeito, Alcantara, Sant’Anna e Souza (2013) apontam que, por um lado o diagnóstico do câncer refere-se a um imaginário de associação à dor, às limitações físicas e ao receio da dependência e da morte, por outro a certeza do diagnóstico possibilita que os envolvidos construam estratégias para lidar com os efeitos causados pelo adoecer e por seu tratamento.

Conforme Castro-Arantes e LoBianco (2013), uma mudança ocorrida no corpo reverbera na ordem do psiquismo, isto é, há uma relação direta entre o físico e o psíquico. Na fração do discurso abaixo verificamos as repercussões do tratamento em sua vida e como as intervenções provocaram alterações emocionais, tais como

mudanças no humor, estresse e ansiedade.

*“Tem hora que a gente fica muito nervoso, fala muito, de primeiro eu quase não falava, era tímido, num era; Agora eu tô é uma “sirigaita”, só vivo falando e fico nervoso, pego “ ar” ligeiro, fico assim, sabe; é ... a gente não fica normal mais como era, não, porque a quimioterapia é muito forte” (Major Antônio Morais, 62 anos, paciente).*

Em contato com o paciente, vê-se que seja qual for o tratamento oncológico, provoca no sujeito marcas traumáticas que alteram sua forma de ser e de estar no mundo. O participante em questão comenta que após o tratamento tornou-se nervoso e estressado, apresentando modificações na sua maneira de ser.

Freud (1920), debruçado sobre o traumático, comenta que ele é oriundo de excitações externas as quais seriam fortes demais, até insuportáveis. Ainda sobre a mesma temática, Freud (1937-1939), discorreu que o trauma pode organizar o funcionamento psíquico, como ter um efeito desorganizador. A partir destas ideias é possível pensarmos que o trauma se configura em diversas situações de encontro e tratamento com o câncer, uma vez que há sempre algo que não é possível, nem passível de nomeação, tampouco de expressão, o que leva ao medo.

O medo é algo que aparece com recorrência nos discursos dos pacientes oncológicos, este sentimento está atrelado ao peso do diagnóstico, aos efeitos físicos, psíquicos, e incertezas advindas do tratamento. No que tange a temática do medo Freud (1920), argumenta que o “medo requer um determinado objeto, ante o qual nos amedrontamos”. Desta maneira, podemos considerar a existência real de um objeto que ameaça e coloca medo nas pessoas, oferecendo perigo à vida dos sujeitos. Podemos observar como o participante carrega consigo os impactos psíquicos do processo de adoecimento de maneira geral, com a presença recorrente do sentimento de medo da reincidência: *“Pode ainda sair, né? Ele é maligno, é que nem capim, capim a gente corta e ele sai de novo, mesmo assim é o câncer, né?(risos) (João, 85 anos, paciente).*

Torna-se perceptível que o câncer demarcou um lugar de ameaça. O fragmento de fala apresentado corrobora com esta discussão em relação ao medo oriundo do adoecer de câncer. O paciente usa de uma metáfora para descrever seus sentimentos de incerteza, insegurança e medo com relação a esta doença e utiliza-se do riso. Esta seria uma forma de fuga, que abrandava o insuportável da incerteza. Apesar disso, certifica-se

que o sujeito, mesmo já tendo passado pelo tratamento físico do câncer, não acredita totalmente na sua cura.

#### 4.1.1 O olhar para si e olhar do outro

O adoecimento de câncer provoca mudanças no olhar do paciente para si mesmo, e de como este é visto pelo outro em seu laço social. Freud (1915) propôs que o corpo é pulsional, isto é, um conceito limite que estaria entre o somático e o psíquico. Antes disso, inclusive, ele comentou sobre o autoerotismo na infância, em que o sujeito se satisfaz no seu próprio corpo. Sendo assim, desde muito cedo, o ser humano mantém uma relação particular de obtenção de prazer com esse corpo que está em constante construção.

Seguindo por esta linha de pensamento, constata-se que as alterações corporais provocadas pelas intervenções em função do tratamento de câncer reverberam em questões profundas da subjetividade dos sujeitos, provocando alterações na forma como estes sujeitos se veem:

*“O que me constrangia não era nem ter câncer assim, era o uso da...da bolsa, né, da...da colostomia, né, porque aí eu ia depender, num sei o que” (Marieta, 70 anos, paciente).*

Nota-se que o corpo desta participante sofre cortes anatômicos e psicológicos. Percebe-se, portanto, que o paciente oncológico ao estar sob a mira do olhar dos profissionais de saúde, familiares, acompanhantes e pessoas em geral, seja pela enunciação do adoecimento através do diagnóstico, da própria fala do sujeito ou das modificações corporais oriundas do adoecimento e do tratamento, é inserido em lugar de visibilidade e de fragilidade.

Podemos observar através do discurso da participante, resquícios e emblemáticas do processo de tratamento. A participante teve que carregar junto ao seu corpo um objeto estranho. Vê-se, então, que o adoecimento de câncer traz para a vida dela uma situação nova que é descrita como constrangedora. Este fato a fez se sentir imersa na fragilidade, nas próprias limitações, dependente do outro e as vistas dele, com sentimentos de vergonha, insuficiência e constrangimento.

Observa-se que os efeitos colaterais do tratamento de câncer provocam alterações na forma como estas pessoas se vêem, resultando, para alguns, em desmotivação para sair de casa e isolamento social. Em conformidade com Almeida et.

al. (2012), o adoecimento de câncer é, de fato, um dos motivos que podem alterar a forma como o sujeito se vê, o que resvala em sua autoestima e em suas interações sociais.

*“Agora eu duvidava eu chegar, podia ser a hora que for, eu num ligar o som e num ir dançar, eu gosto muito dessas coisas, de forró, de farra, aí as meninas diziam: pai, vovô, vovô num tá doente? Eu digo: tô, minha filha, mas num é das pernas, não, eu tô doente da garganta, mas tô me curando, e vou me curar, e me curei, tô curado... (Chicó, 70 anos, paciente).*

Há a prevalência de um olhar que não encontra o sujeito, que não o vê, sem antes ver a doença. O sujeito e doença se confundem aos olhos alheios. São olhos que excluem, que esquecem, que impedem e que deixam o sujeito a margem do seu laço social. Não raro, portanto, os pacientes que vivenciam o câncer são vistos pelas pessoas ao seu redor como sujeitos vulneráveis diante do processo de tratamento que enfrentam e da nova rotina de vida que a doença exige. De fato são, mas não no todo.

#### **4.2 Os impactos da representação simbólica e o imaginário social do câncer**

Apesar de todo desenvolvimento científico e tecnológico na área da saúde acerca do diagnóstico e o tratamento do câncer, esta palavra ainda carrega uma representação simbólica negativa em função do que pode causar. Isso corrobora para a construção de um imaginário social específico em torno desta doença.

De acordo com Aguiar (2019), no imaginário coletivo, o fato de adoecer de câncer associa-se ao que há de pior no quesito doença. Neste sentido, é sabido também, que este imaginário coletivo influencia o imaginário individual e reverbera sobre a forma como se vivencia o diagnóstico e o tratamento do câncer (DÓRO et al., 2004).

Barbosa, Francisco e Efken (2007), verificaram que pacientes oncológicos que se submetem a intervenções consideradas invasivas apresentaram a recorrência da associação desta doença com a “sentença de morte”, além de a considerarem como causa de sentimentos profundos de angústia e desalojamento. De forma semelhante, o estudo de Dóro et al (2004) averiguou que os profissionais da saúde, os pacientes e a população em geral, têm representações do câncer como sentença e impotência em relação à morte, com luto antecipatório, amputação dos membros. Desta forma, o estigma do câncer insere sua marca na cultura e, ainda hoje, a estratificação deste estigma, repleto de representações negativas, parece não se dissipar (Barbosa; Francisco

Essa conjuntura que envolve os aspectos negativos e engessados sobre o câncer, revelando as representações simbólicas e coletivas da doença estiveram presentes nas narrativas.

*“Tem, tem gente que discrimina muito assim, a pessoa que tem câncer, sabia? Tem uns que diz, xingando o outro e diz aquilo, aquilo não presta, não, aquilo é um canceroso, “pia”! Assim, né, aqui no nordeste num tem isso? Já vi amigo meu dizer: Aquilo é um canderoso! Porque a pessoa é ruim, erra, faz qualquer coisa. Como quem canceroso fosse uma praga, muito ruim. Eu fico puto, é porque...entendesse? Mas...o resto é só ir levando mesmo...” (Major Antônio Moraes, 62 anos, paciente).*

*“Mas não cura, não, eu...eu não sei, não, eu acho que não cura, que o câncer não tem cura, não, o câncer estando de terceira parte ele não cura, não...bota uma escória” (João, 85 anos, paciente);*

*“(...) é indo no dia a dia, num pode esquentar a cabeça, porque todo mundo vai morrer mesmo um dia, pra que esquentar a cabeça” (Major Antônio Moraes, 62 anos, paciente).*

Com estas narrativas, notam-se as representações negativas e primitivas sobre o câncer, associadas, na maioria das vezes, à morte. Especificamente sobre esse temática, Kovács (1992) aponta que remete o ser humano à ausência, perda, separação, e a vivência de aniquilação e desamparo. Isso tudo nos leva a refletir a colocação freudiana de que nosso inconsciente não acredita na própria morte, sendo incapaz de conhecê-la. Para ele, não há prevalência, em nós, de energia pulsional que contribua com a crença na morte. Logo, a tentativa de falar sobre a morte só seria possível do ponto de vista da consciência, o que gera, por vezes, uma experiência insuportável.

Nos trechos, averígua-se descrença no tratamento e nas possibilidades de cura, além disso, apresenta-se uma justificava que não é refutada, porém que é utilizada como forma de enfrentar aquilo que é desconhecido para o sujeito, de que a morte chega para todos. Uma das narrativas utiliza a expressão “escória” para referir-se a descrença na possibilidade de cura através do tratamento, ou seja, o sujeito submete-se as intervenções para adiar o processo da morte, uma vez que o mesmo não acredita na cura da sua doença. Percebe-se, assim, que estes sujeitos vivenciam uma espécie de luto



### 4.3 Estratégias de enfrentamento utilizadas pelos pacientes

Dentre os recursos observados entre participantes para o enfrentamento do diagnóstico e do tratamento do câncer, além do enfrentamento a esse lugar imaginário ocupado pela doença no espaço social, estiveram a religiosidade e a família, instrumentos de resiliência.

Conforme Dietterle (2016), independente do contexto, os impactos do trauma originam-se da relação entre o que o sujeito possui de recursos subjetivos e de que forma este reagirá com a experiência. Neste sentido, a posição assumida pelo sujeito no processo de adoecimento é reflexo dos recursos subjetivos da pessoa (MORI; REY, 2012).

De forma semelhante a presente pesquisa, no que diz respeito às diversas formas de lidar com a experiência de câncer, Matias et al (2014) observaram que pacientes enfrentaram a situação pela qual estavam passando utilizando-se de crenças religiosas, fé, esperança e confiança na ciência, além da companhia da família.

Lacan (1964), comenta que a religião é uma das formas que o homem possui para colocar a questão de sua existência no mundo. No recorte da fala do participante seguinte percebe-se a força dos aspectos religiosos:

*“Eu enfrento assim normal...né? Tá bom, nós temos que morrer mesmo um dia, tanto faz ser hoje como amanhã, Deus é que sabe, pronto, que se o cara não tiver câncer morre, se tiver câncer morre, pronto, eu tive e tô passando o dia-a-dia, deixa ir até...né, não?” (Major Antônio Moraes, 62 anos, paciente).*

*“(...) porque a gente arruma doença, têm os médicos, mas quem cura nós é Deus, não é a gente, não é médico que cura, quem cura é Jesus, num é assim?” (Chicó, 70 anos, paciente).*

A força da sabedoria Divina, de um ser superior que sabe mais, é reconfortante. Ele não representa somente Aquele que designa o dia da morte dos sujeitos; Ele representa também, a figura a quem os sujeitos atribuem a responsabilidade por sua cura.

Na perspectiva de Freud (1927), seria na relação do desamparo infantil com o desamparo do adulto que estariam às razões para a construção da religião. Desta forma, as crenças religiosas atuam como forças acolhedoras diante do desamparo, angústia e

sofrimento dos sujeitos que as possuem. Em conformidade com Fernandes e Oliveira (2016), a idealização de um Deus refere-se a um Outro que exerce proteção e representa a sensação do preenchimento do vazio e indica um percurso para uma possível salvação.

## **CONSIDERAÇÕES FINAIS**

O processo de envelhecimento aponta para a urgência e a importância do desenvolvimento de práticas de saúde humanizadas, que vislumbrem o bem-estar e a qualidade de vida dos idosos que atravessam o processo de adoecimento, diagnóstico e tratamento de câncer. Diante do exposto foi possível averiguar e confirmar as hipóteses propostas para esta investigação. O lugar que o câncer ocupa no imaginário social interfere sim na forma como os pacientes oncológicos lidam com o processo de adoecimento, tratamento e cura do câncer. Percebeu-se que os pacientes sofrem impactos psicológicos oriundos do diagnóstico, adoecimento e tratamento.

Inferiu-se que existem conteúdos conscientes e inconscientes que envolvem a vida dos sujeitos e que o diagnóstico de câncer representa, por vezes, uma sentença, dificultando a visualização das possibilidades de tratamento e de cura. Verificou-se que os participantes possuem uma representação simbólica do câncer associada à morte, e que alguns relacionam o fato de adoecer de câncer como uma condenação, julgamento e sentença de morte. Além dessa representação, verificou-se que o olhar que o paciente tem para si mesmo e sobre os olhares das outras pessoas para ele, interfere e evoca sentimentos de fragilidade, vulnerabilidade e vergonha.

Em contrapartida, certificou-se que os participantes desta pesquisa utilizaram de recursos subjetivos para lidar e enfrentar o processo de adoecimento e tratamento de câncer, destacam-se suas crenças religiosas para o desenvolvimento da resiliência como mecanismos de enfrentamento físico e psíquico.

Em suma, espera-se que esta pesquisa possa servir como arcabouço para o desenvolvimento de práticas de tratamento psicológico, intervenções terapêuticas e protocolos de assistência em saúde, que considerem as questões conscientes e inconscientes da população idosa, que auxiliem junto do tratamento físico de câncer e promovam intervenções que trabalhem a resiliência.

## **REFERÊNCIAS**

AGUIAR, M. A. F. et al. **Psico-oncologia: caminhos e cuidado.** In: AGUIAR, M. A. F. **Psico-oncologia: assistência humanizada e qualidade de vida.** Summus. São Paulo, 2019.

ALCANTARA, L. S., SANT'ANNA, J. L., SOUZA, M. G. N. **Adoecimento e finitude: considerações sobre a abordagem interdisciplinar no Centro de Tratamento Intensivo oncológico.** Ciência & Saúde Coletiva. v. 18. n.9. p. 2507-2514, 2013.

ALMEIDA, T. R., GUERRA, M. R., FILGUEIRAS, M. S. T. **Repercussões do câncer de mama na imagem corporal da mulher: Uma revisão sistemática.** Physis. v.22, n.3, p.1003- 1029, 2012.

AVELAR, A. **O traumático e o trabalho psicanalítico: uma reflexão sobre o lugar do analista.** Estudos de Psicanálise. n. 36. p. 29-42, Belo Horizonte, 2011.

BARBOSA, L.N.F., FRANCISCO, A.L., EFKEN. K.H. **Adoecimento: O Ser para a Morte e o Sentido da Vida.** Pesquisas e Práticas Psicossociais. v.2.n.1. p. 54-60, 2007.

BARBOSA, L.N.F., FRANCISCO, A.L. **A Subjetividade do câncer na cultura: implicações na clínica contemporânea.** Câncer: Implicações para a clínica. Revista SBPH. v.10n. 1. Rio de Janeiro, 2007.

CASTRO-ARANTES, J.M.; LOBIANCO, A.C. **Corpo e finitude—a escuta do sofrimento como instrumento de trabalho em instituição oncológica.** Ciência & Saúde Coletiva. v.18. n.9. p.2515-2522, 2013.

CUNHA, G.M.B., PARAVIDINI, J.L.L. **A relação transferencial na prática psicanalítica junto ao paciente com câncer.** Cadernos de Psicanálise – SPCRJ, v. 32. n. 1. p.43-51, 2016.

DIETTERLE, P.D. **ASPECTOS SUBJETIVOS DO CÂNCER DE MAMA FEMININO: UMA LEITURA PSICANALÍTICA.** 52f. Trabalho de Conclusão de Curso – Universidade Regional do Noroeste do Estado do Rio Grande do SUL – UNIJUÍ, Ijuí, 2016.

DÓRO, M.P.; PASQUIN, R.; MEDEIROS, C.R.; BITENCOUR, M.A.; MOURA, G.L. **O Câncer e sua Representação Simbólica.** Psicologia, Ciência e Profissão. Curitiba v. 24 n.2. p.120-134. 2004.

FERNANDES, H.A.; OLIVEIRA, M.X. **ESPIRITUALIDADE E PSIQUISMO: IMPLICAÇÕES CLÍNICAS NO BINÔMIO SAÚDE-DOENÇA.** Revista Científica da FMC. v.11, n.1, p. 34-41, 2016.

FRANCISCO P. M. S. B.; FRIESTINO, J. K. O.; FERRAZ, R. O.; BACURAU, A. G. M.; STOPA, S. R.; FILHO, D. C. M. **Prevalência de diagnóstico e tipos de câncer em idosos: dados da Pesquisa Nacional de Saúde 2013.** Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia. Câncer em idosos brasileiros. p. 1-12, 2020.

FREUD, S. **História de uma neurose infantil. (“O Homem dos Lobos”), Além do Princípio do prazer e outros textos.** (1917-1920). Obras Completas. São Paulo: Companhia das Letras, 2010.

FREUD, S. **Inibição, sintoma e angústia, O futuro de uma ilusão e outros textos.** (1926-1929). Obras Completas. São Paulo: Companhia das Letras, 2014.

FREUD, S. **Introdução ao Narcisismo, Ensaio de Metapsicologia e outros textos.** (1914-1916). Obras Completas. São Paulo: Companhia das Letras, 2010.

FREUD, S. **Moisés e o Monoteísmo, Compêndio de psicanálise e outros textos.** (1937-1939). Obras Completas. São Paulo: Companhia das Letras, 2018.

JOVCHELOVITCH, S., BAUER, M.W. **Entrevista Narrativa.** In: BAUER, M.W., GASKELL, G. Pesquisa Qualitativa com Texto Imagem e Som: um manual prático. Petrópolis: Vozes, 2002.

KOVÁCS, M. J. **Morte e desenvolvimento humano.** In: KOVÁCS, M. J. Representações da Morte. São Paulo: Casado Psicólogo, 1992.

LACAN, J. **O Seminário: Livro 11: Os quatro conceitos fundamentais da psicanálise.** (1964). Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed., 1988.

LAVILLE, C., DIONE, J. **A construção do saber: manual de pesquisa em ciências humanas.** Artmed. Editora UFMQ. Belo Horizonte, 1999.

MATIAS, I.N.; CERQUEIRA, T.B.; CARVALHO, C.M.S. **Vivenciando o câncer: sentimentos e emoções do homem a partir do diagnóstico.** Revista Interdisciplinar. v.7. n.3.p. 112-120, jul-set, 2014.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva (INCA). **Estimativa 2020: incidência de câncer no Brasil.** Rio de Janeiro, 2019.

MORI, V.D.; REY, F.G. **A saúde como processo subjetivo: uma reflexão necessária. Psicologia: teoria e prática.** v. 14. n. 3. p.140-152, 2012.

NERI, A. L. **Conceitos e teorias sobre o envelhecimento.** 2013. In L. MALLOY-DINIZ et al. Neuropsicologia do envelhecimento: uma abordagem multidimensional. Porto Alegre: Artmed. p. 17-42.

PAZ, R. C.; FORTES, R. C.; TOSCANO, B. A. F. **Processo de envelhecimento e câncer: métodos subjetivos de avaliação do estado nutricional em idosos oncológicos.** Ciências Saúde. v. 2, n. 22, p143-156, 2011.

PENNA, T. L. M. **Dinâmica psicossocial da família de pacientes com câncer.** In J. Mello Filho; M. Burd. (Orgs.) Doença e família. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2004.

VINUTO, J. A. **Amostragem em bola de neve na pesquisa qualitativa: um debate em aberto.** Temáticas. v. 22, n. 44, p. 203-220. Campinas, 2014.