

O QUE PODE UM CORPO? INVESTIGANDO A ANGÚSTIA EM PACIENTES ONCOLÓGICOS WHAT CAN A BODY DO? INVESTIGATING ANXIETY IN CANCER PATIENTS

Adilson Dias Bastos Centro Universitário Geraldo Di Biase, Volta Redonda, RJ/Brasil
e-mail 4447@academicougbr.com.br

Jônatan Fernandes Centro Universitário Geraldo Di Biase, Volta Redonda, RJ/Brasil
Costa e-mail jonatanfernandes2001@hotmail.com

Resumo Este estudo visou investigar a relação entre angústia e as alterações do corpo na vivência com o câncer através da escuta de pacientes oncológicos, com vistas a compreender o sofrimento destes. Entendemos que uma abertura para a possibilidade de nos encontrar com outro produz um enriquecimento subjetivo; uma vez que o método psicoterapêutico da escuta tem por objetivo devolver à pessoa, na medida do possível, uma possibilidade de enfrentamento às questões existenciais. A pesquisa foi conduzida de maneira quantitativa e qualitativa, envolvendo 15 pacientes de uma instituição de acolhimento para pessoas com câncer na região Sul Fluminense.

Palavras-chave Corpo. Oncologia. Angústia. Psicanálise. psicologia

Abstract This study aims to investigate the relationship between anguish and changes in the body when experiencing cancer by listening to cancer patients, with a view to understanding their suffering. We understand that an openness to the possibility of meeting another produces subjective enrichment; since the psychotherapeutic method of listening aims to give the person, as far as possible, the possibility of facing existential issues. The research was carried out in a quantitative and qualitative manner, involving 15 patients from a shelter institution for people with cancer in the southern region of Rio de Janeiro.

Keywords Body. Oncology. Anguish. Cancer. Cancerology. Psychoanalysis. Psychology.



Licença de Atribuição BY do Creative Commons
<https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>

Aprovado em 27/02/2025
Publicado em 30/04/2025

INTRODUÇÃO

Atualmente, os tratamentos primários para o câncer abrangem a quimioterapia, a radioterapia e as cirurgias, frequentemente combinando essas abordagens terapêuticas (INCA, 2011). A quimioterapia consiste na administração de agentes químicos, que podem ser administrados por diversas vias, com o propósito de destruir, controlar ou paliar células tumorais. A radioterapia utiliza radiações ionizantes com o objetivo de destruir células tumorais ou inibir seu crescimento. A cirurgia, por sua vez, consiste na ressecção parcial ou total do tumor. Essas intervenções podem variar desde procedimentos menos invasivos até aqueles que são extensivos e mutiladores, como desarticulações, amputações e remoção de órgãos, dependendo da localização e da extensão do tumor (INCA, 2011).

Apesar dos avanços significativos na medicina moderna, estes procedimentos acarretam imperativas mudanças no corpo do paciente, que podem variar desde ganho ou perda drástica de peso, cicatrizes cirúrgicas, queda de cabelos e outros pelos corporais, feridas orais, até a perda parcial de órgãos, enfraquecimento das unhas, hiperpigmentação da pele e dor física, a qual pode ou não acompanhar o tratamento (INCA, 2011). Nesse sentido, a partir de Freud em *Mal-estar na Civilização* (1996 [1930]), entendemos que a experiência de um corpo alterado, estranho, degradado e padecido performa como uma das principais fontes de sofrimento na civilização moderna.

No contexto do tratamento oncológico, a medicina frequentemente foca nos aspectos biológicos do corpo, desconsiderando o componente subjetivo e pulsional. Numa compreensão onde o orgânico é tido como absoluto, a experiência perde em densidade e historicidade. Dessa forma, se o corpo biológico está fadado a declinar e desintegrar como propôs Freud (1996 [1930]), o corpo pulsional terá que lidar com todas as representações que envolvem o adoecer (Carneiro, 2021). É nesse sentido que Françoise Dolto (1984) postula que a imagem corporal reúne elementos únicos da subjetividade e da cultura, e por intermédio da imagem corporal sustentada no esquema corporal, entramos em comunicação e relação com os outros.

Diante disso, o objetivo desta pesquisa, patrocinada pelo Programa de Pós-Graduação, Pesquisa e Extensão da Fundação Educacional Rosemar Pimentel (PROPPEX/FERP), repousou na investigação da alteração e do padecimento do corpo na oncologia como fonte de mal-estar e angústia, entrelaçando em sua execução teoria e prática (Freud, 1976 [1912]). A pesquisa foi conduzida com 15 (quinze) pacientes oncológicos assistidos por uma instituição de acolhimento para pessoas com câncer, em Volta Redonda, Rio de Janeiro.

1. Fundamentação Teórica:

A neoplasia maligna, mais comumente conhecida como câncer, se configura como um problema contemporâneo de saúde pública dada sua amplitude epidemiológica. De acordo com dados do

Instituto Nacional de Câncer (2022), a incidência dessa doença tem demonstrado um aumento alarmante, com um crescimento médio de 20% na última década. Projeções da Organização Mundial da Saúde (USP, 2024) indicam que até 2050 haverá um aumento de 77% no quadro geral de casos de câncer. Hoje o termo "câncer" abrange mais de cem patologias crônicas-degenerativas caracterizadas pelo crescimento descontrolado e anômalo de células no organismo. Esse crescimento desordenado resulta na formação de neoplasias malignas, afetando diversos órgãos, com maior incidência observada no trato oral, intestino, esôfago, estômago, mama, pele, próstata, pulmão e colo do útero (INCA, 2011).

A literatura existente sobre o mal-estar em pacientes oncológicos revela uma predominância de abordagens biomédicas em detrimento de uma análise mais aprofundada sob a perspectiva psicossocial (Martins, Gazzinelli, Schall e Modena, 2014). A função da medicina, atualmente, se sustenta através de práticas que visam a remoção da doença, negligenciando a complexa dimensão psicológica desses pacientes. Como consequência do tratamento puramente biomédico, o paciente fica à mercê de condutas objetivas, relegando o componente subjetivo. Na oncologia, o sujeito é atravessado por eventos significativos no seu psiquismo, como por exemplo o surgimento de sintomas de ansiedade e acentuadas angústias (Delalibera, Presa, Barbosa e Leal, 2018; Götze, Brähler, Gansera, Polze e Köhler, 2014).

Freud, em *Inibição, Sintoma e Angústia* (2014 [1926]), propõe que a angústia é um estado afetivo cuja sensação tem “um acentuado caráter desprazeroso” (p.72), caracterizando-se por particularidades que a diferencia de outros estados de desprazer. Para Freud, a angústia está intrinsecamente relacionada com sensações físicas (soma) que escoam por vias específicas, como órgãos respiratórios, coração e manifestações motoras. Em observações suplementares sobre a teoria da angústia, Freud afirma que a angústia tem uma “inconfundível relação com a expectativa” (p.114), pois ambas dizem respeito a um estado afetivo diante de um objeto indeterminado e ausente. Nos alinhando aos estudos de Miceli (2004), Santana (2022) e Netto (2022), podemos destacar três componentes presentes na experiência oncológica: a dor, o luto e a angústia. Nesse sentido, ainda em *Inibição, Sintoma e Angústia*, Freud postula que existe um ponto comum entre esses três estados: todos dizem respeito à separação do objeto (Freud, 2014 [1926]).

Para Freud (2014 [1926]), a dor psíquica é caracterizada pela reação à perda do objeto, enquanto a angústia, como um estado afetivo, é a resposta frente às consequências da perda do objeto. O luto, por sua vez, é a reação frente a perda de um objeto concreto, material, que deixou de existir. Assim, a partir da noção freudiana desses estados, é possível apreender que na vivência oncológica esses três elementos estão presentes de forma que se entrelaçam e dialetizam entre si. No ensaio *Sobre o Narcisismo* (1996 [1914/1916]), Freud assinala que as doenças orgânicas podem provocar o recolhimento do sujeito, uma vez que as pulsões, antes investidas em objetos, se retraem em direção

ao Eu. Dessa forma, o corpo adoecido se torna objeto pulsional e o sujeito passa a viver em função de seu mal-estar orgânico.

No âmbito da psicanálise, entendemos que o corpo não é um elemento dado a priori, cuja existência deve ser pensada a partir de uma constituição fechada em si mesma (Freud, 1996 [1930]). Na esteira freudiana, o corpo é compreendido como uma construção inacabada, atravessada e constante, cujo funcionamento encontra-se em operação direta com o aparelho psíquico (Freud, 2014 [1923]). Nesse sentido, Ferreira e Castro-Arantes (2014, p.38) apontam que o câncer pode marcar uma cisão nas representações na qual o sujeito se reconhece, provocando reações avassaladoras. As autoras evidenciam que a representação corporal se torna incompatível com a construção egóica, anunciando a invasão da angústia como expressão afetiva a essa perturbação e localizando-se no campo do trauma psíquico¹.

Françoise Dolto (1984 [1992]) postula que “a imagem corporal não é um dado anatômico natural”, ou seja, a imagem do corpo é singular a cada sujeito e está interligada a sua história, sendo a síntese viva das experiências afetivas do sujeito. A autora aponta que existem três aspectos dinâmicos de uma mesma imagem do corpo: de base, funcional e erógena. A imagem de base é o primeiro componente da imagem, o que Dolto define como uma “mesmice do ser” (p.40), em uma continuidade narcísica e espaço-temporal que vai se preenchendo desde o nascimento; é deste componente que parte a noção de existência. A imagem funcional, ao contrário da de base, é estênica e visa a realização de um desejo, constituída por intermédio da singularidade e da ordem social (p.42). Enquanto a imagem erógena engloba determinada imagem funcional do corpo, onde se focaliza o prazer e desprazer. Estes três componentes se entrelaçam, metabolizam, transformam e, heterogeneamente, sofrem acentuadas perturbações através das vicissitudes do câncer.

Diante disso, é imprescindível que a psicologia e a psicanálise contemporânea desenvolvam materiais consistentes que amparem uma condução clínica eficaz para esse grupo. É necessário que o olhar destes profissionais aborde as vivências específicas daquele sujeito frente ao adoecer, assim como a elaboração diante da angústia, possibilitando, dessa forma, a compreensão do sentido de vida do sujeito (INCA, 2016). Por fim, se faz necessário evidenciar que a angústia é do sujeito que sofre, portanto, a escuta é endereçada a ele e não se restringe ao ‘paciente com câncer’. Apostar em uma escuta é permitir que o sujeito encontre alguém com quem compartilhar as angústias e elabore minimamente algo do sofrimento em que se encontra. Ou seja, colocar isso em palavras, permitir a circulação do *phatos* (Freud, 1996 (1932/33)), e possibilitar que possa enfrentar a finitude que o constitui como sujeito.

¹Em *Além do princípio do prazer* (1920 [1977]), Freud afirma que no trauma vai haver um afluxo excessivo de acentuadas excitações exógenas e endógenas no aparelho psíquico, que produzem uma ruptura na barreira contra estímulos e o incapacitam em descarregar conforme o princípio da constância. Na obra, ele postula que a angústia automática é reação natural ao trauma psíquico, sendo este um estado afetivo de acentuada angústia e experimentado passivamente pelo Eu.

2. Caracterização do Campo:

A Associação Voluntários Grupo da Vida é uma Organização da Sociedade Civil, de direito privado, sem fins lucrativos e políticos, sem discriminação racial ou religiosa e autônoma em suas decisões. Está sediada no bairro Jardim Amália, na cidade de Volta Redonda, município do estado do Rio de Janeiro. Atualmente, além do suporte psicológico, a associação conta com serviços de aconselhamento jurídico, iniciativas de conscientização, doações e até mesmo disponibilização de lanches para os atendidos.

O objetivo do Grupo da Vida é oferecer apoio psicossocial e acolher toda e qualquer pessoa com diagnóstico de câncer. Conta com a média de oitenta voluntários que se revezam na prestação de serviços oferecidos aos assistidos no decorrer de toda a semana. Oferece cerca de quinhentos a seiscentos lanches por semana, com cerca de cinquenta atendidos que recebem cesta básica mensalmente. Também existe no local uma equipe de profissionais que estão disponíveis para auxiliar os pacientes, dentre eles: uma enfermeira, quatro psicólogos, dois assistentes sociais e um advogado.

A Associação atende a todas as faixas etárias, sendo os seus recursos provenientes da contribuição de associados, doadores eventuais, eventos sociais próprios e com parceiros, venda em bazar permanente nas sedes dos bairros "Água Limpa" e "Jardim Amália", além de contar com doações de algumas empresas da região. Como resultado das doações, são disponibilizados, diariamente, lanches para os atendidos, cestas básicas, fraldas geriátricas, próteses mamárias, entre outros.

3. Materiais e Métodos:

A metodologia consistiu em entrevistas individuais semiestruturadas, de caráter quantitativo e qualitativo. Primeiro, foi realizada uma entrevista aberta para explorar a percepção do paciente quanto ao câncer e seu corpo, seguida pela aplicação de um questionário objetivo composto por 15 questões. O processo de coleta de dados foi conduzido de forma presencial com um total de 15 pacientes em tratamento: 13 mulheres e 2 homens. Todos os participantes da pesquisa aceitaram participar por livre e espontânea vontade e mediante assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. As entrevistas só foram iniciadas após a aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa, sob o parecer número 6.797.470. Os riscos da pesquisa foram considerados mínimos pela coordenadora do Grupo da Vida, e os participantes tinham a liberdade de interromper a entrevista a qualquer momento caso se sentissem desconfortáveis, conforme previsto no Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

Souza e Santos (2020) apontam que a pesquisa qualitativa se centraliza na linguagem e, por assim dizer, tudo que é dito, é dito para alguém em algum lugar, de algum lugar ou para algum lugar. Nesse contexto, Silva, Lopes e Junior (2014) postulam que a pesquisa quantitativa assume uma

significativa importância na obtenção de amostras amplas e, mediante utilização de critérios abrangentes, proporciona a capacidade de compreender as manifestações de uma determinada área, atividade ou segmento. Diante disso, o nosso desafio enquanto pesquisadores repousou-se na obtenção de interpretações plausíveis no universo de narrativas e na articulação destes com os dados fornecidos pelo questionário.

Na abordagem do dinamismo de um determinado problema, há várias técnicas de análise, dentre elas, a técnica de Análise de Conteúdo de Laurence Bardin (2011). Os dados foram analisados a partir desta técnica, que é um conjunto de instrumentos metodológicos que se empregam a discursos diversos. Para esta autora, a Análise de Conteúdo objetiva analisar o que foi dito em meio a uma investigação, construindo e apresentando concepções em torno de um objeto de estudo. A análise do material coletado seguiu um processo rigoroso frente às fases definidas por Bardin (2011), como: pré-análise; exploração do material e tratamento dos resultados.

4. Resultados Obtidos e Análise dos Resultados:

Os resultados da pesquisa foram organizados em duas partes:

1. Entrevista Aberta: esta seção reúne dados qualitativos obtidos por meio de entrevistas abertas, permitindo uma análise detalhada das experiências individuais dos participantes em relação às alterações corporais decorrentes do câncer;
2. Respostas do Questionário: nesta seção serão apresentados os dados quantitativos coletados através de questionários estruturados, fornecendo uma visão sistematizada e comparável das respostas.

4.1. Entrevista Aberta:

A entrevista aberta possibilitou uma exploração aprofundada das experiências subjetivas dos participantes em relação às suas alterações corporais decorrentes do câncer. Para esta análise, selecionamos 10 (dez) entrevistados de nossa amostra, garantindo o sigilo conforme proposto no Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Procederemos com a análise detalhada desses discursos, onde os comentários em colchetes e em itálico representam grifos do autor e pesquisador responsável. Os nomes utilizados são fictícios, e optamos por preservar certos maneirismos dos entrevistados para manter a autenticidade dos relatos. As respostas são introduzidas pela pergunta do pesquisador: *"Como é a sua relação com seu corpo após o diagnóstico de câncer?"*

Quadro 1. Exposição de conteúdo.

Hilda	Ah... É uma coisa bem desagradável, né? Você saber que estar [<i>com câncer</i>]... Tira o pé do chão (...) Tirei a metade da mamária... (...) Eu gostava de [<i>me</i>] assistir, de me ver no espelho, né? Sem sutiã, sem nada. Agora, todo lugar que vou, eu coloco um
--------------	---

(câncer de mama)	sutiã para não me ver e ninguém perceber. Não é fácil não, né? Uma doença que você sabe que... Te balança, né? Que a gente não sabe “Ai, será que eu vou viver? Será que vai acontecer mais? Vai dar mais?”... Mas fora isso, graças a Deus... Mas sei lá, tinha aquela força, né? Aquela vontade, né? Vou lutar pra viver, né? (...) O tratamento é bem rigoroso. Muito rigoroso. Afetou muito o meu corpo...
Bárbara (câncer de mama)	Olha só, eu já era meia cheinha depois que eu engravidei.. Mas depois da cirurgia, depois da quimio, que meu corpo realmente teve uma mudança. Ele inchou, reteve muito líquido. O seu corpo muda de dez para mil, infelizmente (...) A quimio é muito dolorosa. Muito. Nossa senhora! É dolorido desde o início, para poder achar a sua veia... Tem dia que não acha, você fica cheio de hematomas. Os hematomas, são coisas que realmente deixam marcas, você olha pra aquilo e pensa “gente, eu passei por isso”, graças a Deus, tá tudo bem. Mas em questão de corpo, muda tudo. Tudo (...) A minha imagem, eu não me reconheci. Olhava no espelho e falava “meu Deus, que mulher feia”. Vem olheira, você careca, você olha no espelho e vê uma olheira funda e aí vem melasma. Você se espanta. Isso não sou eu que tô falando não, experiência de todo mundo. Sempre tive minha autoestima lá no teto, mas isso começou a cair. Eu me sentia feia, não saia de casa, foi horrível.
Lumena (câncer de mama)	No diagnóstico eu chorei muito, quando meu cabelo começou a cair eu também chorei muito... Eu me abracei com Jesus, e ele está cuidando de mim... Esvaziei a axila, tirei as mamas... Tive um apoio muito bom da minha família, me fez vencer. Quando não tem é difícil (...) Eu fiquei careca, eu não podia me olhar no espelho... Meu marido me levou no salão, pagou 2 mil na época para colocar a peruca fixa, não deixei ninguém me ver careca. O que mexeu comigo foi o cabelo, a gente mulher né... Eu sempre tive coisa com as minhas unhas e com o cabelo, a rádio escureceu elas.
Odette (câncer de mama)	A careca eu chorei muito... Me abalei muito, a mama estava escondida, mas a careca ta na cara, né? Não me adaptei ao lenço, dá um aspecto de doente. Hoje eu uso silicone (...) Eu pensei que ia morrer, passei a senha do cartão para o meu marido, expliquei as coisas para ele, fui me preparando para a morte. Eu passei por seis cirurgias. Eu não deixava a menstruação descer tomando e emendando cartela de anticoncepcional uma na outra e isso ocasionou o câncer, não sabia que não podia.
Vânia (câncer de mama)	Eu tive [câncer] na mama direita. Quando eu descobri foi um choque. No primeiro dia eu achei que fosse morrer. Eu adorava usar decotes, até o último momento achei que faria só quimioterapia e não precisaria de fazer a mastectomia, né? Mas aí, tive que fazer a mastectomia total. Depois da cirurgia eu estava agindo como se tivesse as duas mamas. Quando cheguei em casa minha mãe tapou os espelhos, e eu estava sentindo que eu estava com a mama. Quando eu fui tomar banho eu vi que estava sem uma mama... Nossa, senti vontade de morrer. Chorei, chorei, chorei. No dia seguinte eu já comecei a processar melhor, mas na hora... Mas naquela hora, meu mundo caiu. Tive que raspar meu cabelo... Eu engordei cerca de 20kg.

Fonte: Elaborado pelo autor, 2024.

Segundo o Instituto Nacional do Câncer (2022), o câncer de mama é o segundo tipo de câncer mais incidente entre a população brasileira, representando 10,5% do total de casos. Para o período de 2023 a 2025, projeta-se o surgimento de 73.610 novos casos anuais, correspondendo a uma taxa ajustada de incidência de 41,89 casos por 100.000 mulheres (INCA, 2022). O câncer de mama é raro em mulheres jovens, apresentando uma incidência que aumenta com a idade, com a maioria dos

casos ocorrendo em mulheres a partir dos 50 anos. Embora homens também possam desenvolver câncer de mama, estima-se que esse grupo representa apenas 1% de todos os casos da doença.

A entrevistada Hilda relata ações que desenvolveu em resposta às alterações corporais decorrentes dos procedimentos cirúrgicos, buscando reduzir e limitar a visão do próprio corpo, tanto para si mesma quanto para os outros, utilizando um sutiã com enchimento. Teixeira (2020) argumenta que, no âmbito fisiológico, a mastectomia não impacta diretamente a sexualidade feminina; no entanto, os desdobramentos dessa experiência surgem a partir da interação política, cultural e estrutural de uma determinada sociedade. A reflexão da paciente sobre o futuro e as incertezas que o câncer traz - "*será que eu vou viver? Será que vai acontecer mais?*" - evidencia o componente de desamparo que pode acompanhar uma doença orgânica como o câncer. A perspectiva de uma possível recorrência da doença intensifica esse desamparo, reforçando um estado constante de alerta e preocupação. Para Pimentel (2011), este estado de vigilância perpetua um ciclo de angústia, estresse e ansiedade que pode ser debilitante.

Ao analisar os discursos do *Quadro 1*, observa-se um ponto comum: o câncer provoca uma acentuada perturbação no "eixo do espelho", onde a imagem refletida já não corresponde à aparência que estrutura a identidade desse sujeito. Esse espelho, além de um objeto físico e material, é constituído também pelo olhar e pelos discursos dos outros, que emitem mensagens sobre o Eu do sujeito, entendido, sob a perspectiva freudiana, como corporal (Freud, 2014 [1923]). Assim, a imagem concreta torna-se uma representação incompatível para o Eu, o que pode gerar acentuadas angústias e sofrimento psíquico, confrontando o sujeito com suas impotências, limitações e a própria decadência (Teixeira, 2006).

Aureliano (2009), em sua pesquisa sobre a representação da feminilidade, da constituição da anatomia feminina e seus papéis sociais, afirma que "a unidade do corpo feminino é quebrada com a mastectomia" (p. 66), ou seja, a cirurgia leva o sujeito a perpassar um estilhaçamento subjetivo do corpo que o impele a reestruturar o modo de se ver. Nesse sentido, as falas das pacientes do quadro traduzem essa perspectiva a partir da desestabilização da identidade e a percepção de si, exigindo uma reconfiguração da identidade que, ao mesmo tempo, ainda se faz presente na subjetividade.

Quadro 2. Exposição de conteúdo.

<p>Kátia (câncer de mama)</p>	<p>Bom, na hora que a gente desce a sepultura, tudo isso desmancha [<i>corpo</i>], então... Eu fiquei um pouco receosa, né? (...) A gente fica meio assim "poxa, será que não tinha outro recurso, menos agressivo?" (...). A quimio, para alguns, ela tem um efeito, para outros, outro efeito, cada organismo é diferente. Eu, por exemplo, passei muito mal. As unhas, né, foram ficando roxas e caía, simplesmente caía. E a questão da dor, né? Parece que fica inflamado. (...) Eu tive problemas nos pés, que eu não conseguia colocar os pés no chão, porque parecia que estava tudo inflamado por baixo. Apesar de todo o cuidado com o creme, receitado pelo médico, aquela coisa toda. Mas, quando eu terminei, na região da cirurgia ficou em carne viva porque</p>
--	---

	queimou mesmo. A impressão que dava é quando espirra óleo quente, sabe? Ficou em carne viva. Hoje eu olho e fico: “gente... Como passei por isso?”.
Pedro (câncer de cólon)	Eu fiquei muito preocupado quando descobri [o câncer]... Às vezes, eu ainda não acredito. Eu amputei o Reto (...) Eu uso a bolsinha [colostomia]. Assim... Graças a Deus, a minha vida é essa bolsinha. Mas é difícil. Tem dia que eu fico triste, tem dia que eu fico tranquilo, mas a minha o médico falou que é minha definitiva, né? Mas eu agradeço a Deus todo dia por estar aqui vivo e seguir em frente (...) Quando eu faço a quimio, geralmente eu chego de tardezinha e sinto muita dor nas pernas, nas costas. É um incômodo mesmo.. A rádio eu achei que foi bem mais pesada. Porque a rádio são todos os dias. A gente fica escuro, né? A pele fica escura. Muita dor na barriga, diarreia. Me deu, por mais que eu passei pomada, me deu umas feridas, mas graças a Deus, tudo tranquilo.
Anna (câncer de mama)	Foi traumática. A gente tenta pensar que perder uma parte do corpo não é nada, mas é bastante difícil. Eu não tenho atributos [corporais] nenhum, ainda perder... Nunca tive nada, e o pouco que eu tinha, eu perdi. Mexe muito comigo, até hoje. Perder um pedaço... Misericórdia. Tá sendo muito difícil. A quimio mexe muito com a gente, eu fiquei totalmente sem fome. A quimio é dolorosa fisicamente e psicologicamente também. Meu cabelo caiu tudo... Mas perder a mama mexeu muito mais comigo, afetou muito (...) Eu nem tenho coragem de ter relação sexual, sinto vergonha. Não que eu não queira, que meu corpo não peça, mas a cabeça não consegue. É difícil... Mas, eu ainda me acho feliz, consigo achar felicidade em outras coisas, sabe?
Zilda (desconhecido)	Um mosquito me picou no pescoço e passei álcool em gel e continuei a vida, pela noite eu vi o sinalzinho e em 1 semana começou a dar bolhas (...) Passei uma pomada, melhorou um pouco e de repente apareceu um caroço enorme no meu pescoço. Igual caixa de marimbondo. Fui no médico e fiz tomografia, mamografia e ultrassom, nada... E o caroço só foi crescendo (...) Fui em outro médico e descobri a doença, não sei qual. Fiz a quimio, operei, coloquei um cateter. O caroço ficou do tamanho de uma laranja... O câncer me visitou, mas eu não aceitei ele. Tento continuar a me maquiar, me vestir, sair, conversar. Tô levando a vida, mas é difícil.
Hermes (Câncer do Sistema Linfático)	Essa doença... Eu fiquei maluco. Fizeram um corte da minha axila até a parte de baixo do abdômen. (...) Já pensei em abandonar tudo... Sou muito sozinho, já até pensei em... sabe? Acabar com tudo, mais de quatro vezes (...) Muita angústia, muita. Eu nem gosto muito de falar sobre isso [choro]. Essa doença acabou com minha vida. Minha família me abandonou, sou sozinho. Mas Deus sabe de todas as coisas... A gente vai vivendo como pode.

Fonte: Elaborado pelo autor, 2024.

Segundo o Instituto Nacional de Câncer (2011), a quimioterapia vermelha envolve uma classe específica de medicamentos denominada “antraciclinas”, que são administradas exclusivamente por via endovenosa e, devido ao seu tom avermelhado, recebem esse nome. Por outro lado, a quimioterapia branca abrange uma variedade de medicamentos que não possuem cor, como “ciclofosfamida” e “taxanos”, e pode ser administrada por via endovenosa, intramuscular, subcutânea e intratecal. A diferença entre as duas está nas vias de administração; a potência de cada uma é determinada pela dosagem, e o tratamento pode combinar classes com doses distintas (INCA, 2011).

A estomia (ou ostomia), um procedimento cirúrgico que cria um trajeto no abdômen para eliminar urina e fezes, afeta aproximadamente 120 mil brasileiros (INCA, 2018). Essas soluções de eliminação, que podem ser intestinais ou urinárias, são necessárias quando a conexão entre o cólon e o reto é comprometida, seja pelo tumor ou pela cirurgia de remoção. De acordo com o Instituto Nacional de Câncer (2018), quando a cirurgia é realizada no intestino grosso, é denominada “colostomia”; no intestino delgado, “ileostomia”; e quando um estoma é criado para a saída de urina, “urostomia”. As estomias podem impactar significativamente a vida cotidiana e laboral do sujeito, exigindo ajustes no estilo de vida, cuidados adicionais com higiene, adaptações na alimentação, além de afetar a própria posição do sujeito no laço social.

Nesse sentido, Teixeira (2004) aponta que é comum, na clínica oncológica, que o corpo adoecido se manifeste por meio de queixas e narrativas intrínsecas às terapêuticas, como dietas, procedimentos clínicos e cirúrgicos, e prescrições médicas. As falas de Anna, Kátia e Pedro dialogam com essa proposição de Teixeira ao refletirem que as terapêuticas primárias se entrelaçam com o processo de dor, mal-estar orgânico e psíquico. Nessa linha, a noção freudiana em *Sobre o narcisismo: uma introdução* (1914) - de que as doenças orgânicas levam o sujeito a retirar investimentos objetivos para investir no próprio “Eu” adoecido - relaciona-se com a incorporação e centralização do corpo doente no discurso, além das mudanças nos investimentos libidinais e na economia psíquica.

Freud, em *Além do Princípio do Prazer* (1977 [1920]), relaciona o sofrimento físico ao sofrimento e trauma psíquico, destacando a dinâmica comum entre ambos: a cisão de uma extremidade periférica em direção a um ponto interior e a catexização² desse rompimento como tentativa de cicatrização. O relato de Hermes revela não apenas a dor física resultante dos tratamentos biomédicos e intervenções cirúrgicas, mas também o intenso sofrimento psíquico que a doença causa ao desestruturar sua integridade corporal. Sua fala – “*Já até pensei, sabe... em acabar com tudo isso. Mais de quatro vezes.*” – expõe a urgência de pensar sobre a imperatividade do trauma psíquico, a própria pulsão de morte, o amparo social, a fragilização dos vínculos, o papel da rede de apoio e os impactos psicossociais do câncer.

Para Le Breton (2018), o contexto social é fundamental na intensificação do desaparecimento do Eu, seja pela fragilidade que se aprofunda à medida que os vínculos se rompem, seja pela responsabilização e cobrança que o sujeito enfrenta em questões sociopolíticas, conjugais, familiares e culturais. Freud (1996 [1901], p. 117) observa que “nunca se pode excluir o suicídio como um possível desfecho do conflito psíquico”. No entanto, ele também argumenta (1996 [1901], p. 209) que “a renúncia do Eu à vida poderia ser provocada por uma decepção da libido devido a causas externas ou por causas internas, provenientes de motivos próprios ao Eu”.

² A catexia refere-se à canalização da nossa energia psíquica para um objeto ou atividade específicos.

Nesse sentido, Vidal (2020) interpreta o suicídio como uma saída em direção à morte, concebendo-o como um ato de fuga. Em contraste, a autolesão é vista como uma tentativa de lidar e suportar o sofrimento atual pelo corpo. No entanto, esses atos podem estar ligados à ideação suicida, uma vez que a autolesão pode ser um indicador significativo para a concretização do suicídio, dado que o sofrimento é o ponto central. O relato de Hermes exemplifica essa conexão ao descrever o impacto devastador da doença e seus desdobramentos psicossociais em sua vida: *"Essa doença acabou com minha vida. Minha família me abandonou, sou sozinho"*. Assim, o sujeito que não consegue mais resistir ao sofrimento pode se aproximar da tentativa real de infligir o ato, buscando terminar com o sofrimento através da morte. Segundo Alberti (2009) "Como disse Emília: a morte é quando a gente não fala mais".

4.2. Questionário:

O questionário foi dividido em três seções distintas: Tabela A, que inclui cinco questões relacionadas à percepção do paciente sobre seu estado de saúde; Tabela B, contendo cinco questões que abordam a frequência do suporte recebido pelo paciente de amigos e familiares; e Tabela C, com cinco questões direcionadas ao problema de saúde atual do paciente.

Tabela A. Resultado do questionário.

Tabela A)		Nada	Um pouco	Moderadamente	Muito	Intensamente	Prefiro Não Responder
1	Quanto o câncer o(a) afeta emocionalmente?	6,7%	20%	40%	13,3%	20%	0%
2	Quanto você sente que o tratamento o(a) afeta?	6,7%	13,3%	33,3%	20%	26,7%	0%
3	Quanto você sente sintomas (manifestações, sinais etc.) de sua doença?	20%	5,7%	46,7%	26,7%	0%	0%
4	Quanto o câncer e o tratamento afetam seu corpo (dor, incômodos etc.)?	26,7%	13,3%	33,3%	13,3%	13,3%	0%
5	Quanto o câncer e o tratamento alteraram seu corpo (noção de identidade)?	0%	20%	6,7%	33,3%	40%	0%

Fonte: Elaborado pelo autor, 2024.

Os dados extraídos da "tabela A" indicam que uma parcela significativa dos pacientes experimenta um impacto emocional substancial em decorrência do câncer, com o tratamento sendo

a fonte principal desse impacto. Os sintomas associados à doença são predominantemente percebidos de forma moderada a intensa. Observa-se que 73,3% dos pacientes relatam uma alteração na percepção de identidade em graus variando de muito a intenso, enquanto 20% experienciam uma mudança em menor proporção.

Tabela B. Resultado do questionário.

Tabela B)		Nunca	Quase Nunca	Às Vezes	Quase Sempre	Sempre	Prefiro Não Responder
6	Tento encontrar estratégias para enfrentar o câncer.	6,7%	0%	13,3%	20%	60%	0%
7	Peço ajuda a outras pessoas para lidar melhor com o câncer.	40%	6,7%	6,7%	6,7%	40%	0%
8	Tento encontrar conforto na minha religião ou crença espiritual.	0%	0%	0%	0%	100%	0%
9	Procuro fazer coisas para esquecer a doença.	26,7%	0%	20%	20%	33,3 %	0%
10	Me recuso a acreditar que isso esteja acontecendo comigo.	66,7%	0%	20%	0%	13,3 %	0%

Fonte: Elaborado pelo autor, 2024.

Na “*tabela B*” do questionário, os dados indicam que a maioria dos pacientes se dedica a encontrar estratégias para enfrentar o câncer, com uma predominância de respostas nas categorias “quase sempre” e “sempre”. A solicitação de apoio de outras pessoas revela uma divisão clara entre os pacientes: enquanto alguns buscam suporte, outros preferem enfrentar a situação de forma mais independente. Todos os pacientes relatam encontrar conforto na religião ou em crenças espirituais, evidenciando a importância da espiritualidade como um mecanismo de enfrentamento. A negação do câncer como realidade é uma resposta relativamente rara, sugerindo que a maioria dos pacientes é capaz de aceitar a condição, com apenas uma minoria recorrendo à negação.

Tabela C. Resultado do questionário.

Tabela C)		Nunca	Quase Nunca	Às Vezes	Quase Sempre	Sempre	Prefiro Não Responder
11	Durante o tratamento senti angústia (...)	0%	13,3%	26,7%	13,3%	46,7%	0%
12	Durante o tratamento senti	53,3%	0%	20%	6,7%	20%	0%

ARTIGO	O QUE PODE UM CORPO? INVESTIGANDO A ANGÚSTIA EM PACIENTES ONCOLÓGICOS						
	que perdi minha autonomia.						
13	Durante o tratamento senti raiva, indignação e/ou revolta.	66,7%	6,7%	13,3%	6,7%	6,7	0%
14	Durante o tratamento perdi o interesse por coisas com as quais usualmente me importava.	40%	0%	40%	20%	0%	0%
15	Já pensei em abandonar o tratamento.	86,7%	0%	0%	0%	13,3%	0%

Fonte: Elaborado pelo autor, 2024.

Por fim, a “*tabela C*” do questionário revela que a angústia é uma experiência prevalente entre os pacientes durante o tratamento. A ausência de respostas indicando que os pacientes nunca sentiram angústia sugere que essa é uma vivência comum e significativa para a maioria deles. Além disso, a perda de autonomia durante o tratamento é uma experiência relatada por uma parte considerável dos pacientes. No entanto, sentimentos como raiva, indignação e revolta não se destacam entre a maioria. A perda de interesse por atividades e hobbies habituais é significativa para alguns pacientes. A ideia de abandonar o tratamento é rara, o que sugere que, para a grande maioria, o tratamento é considerado essencial e a ideia de abandoná-lo é rara.

5. Considerações Finais:

Os resultados desta pesquisa revelam que a construção do discurso sobre as alterações corporais se dá sobre o reconhecimento de que há algo que fala pelo corpo e que se relaciona a um saber próprio do sujeito. A partir das possibilidades de subjetivação no contemporâneo, vemos que o corpo ocupa lugares teóricos e clínicos plurais, e que as políticas do corpo, embora apontem prioritariamente para a equivalência entre o estado de saúde e a vida, também apontam para saberes que não se enquadram nos rigores das racionalidades médicas presentes no modelo biomédico.

Reforçando as conclusões da pesquisa anterior, nossa pretensão não foi esgotar as possibilidades de compreensão da experiência oncológica, considerando que este é um campo em constante revelação. É pertinente salientar que, ao longo das entrevistas, emergiram questões que transcendem nossas funções como pesquisadores. No entanto, conseguimos gerenciar essas situações adequadamente, conscientizando os entrevistados sobre os serviços disponíveis, tanto na própria instituição quanto na rede pública.

Acredita-se que este estudo oferece contribuições relevantes para ampliar o campo teórico da psicologia e da psicanálise no campo oncológico. Aponta-se a necessidade de estudos futuros que

investiguem dois itens importantes que se repetiram na pesquisa: o papel da religiosidade na oncologia e os itinerários terapêuticos na produção de sofrimento.

6. Referências Bibliográficas:

ALBERTI, Sonia. **Esse sujeito adolescente**. 3. ed. Rio de Janeiro: Contracapa, 2009.

AURELIANO, Waleska. **"... e Deus criou a mulher"**: reconstruindo o corpo feminino na experiência do câncer de mama. *Revista Estudos Feministas*, v. 17, p. 49-70, 2009.

BARDIN, Laurence. **Análise de conteúdo**. Ed. rev. e ampl. São Paulo: 70/Almedina, 2011.

CARNEIRO, Raoni. **Mal-estar e velhices**: considerações sobre a clínica psicanalítica com idosos. Dissertação (Mestrado em Psicanálise) – Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro, 2021.

DELALIBERA, Mayra; BARBOSA, António; LEA, Isabel. **Circunstâncias e consequências do cuidar**: caracterização do cuidador familiar em cuidados paliativos. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 23, n. 4, p. 1105-1117, 2018.

DOLTO, Françoise. **A imagem inconsciente do corpo**. São Paulo: Perspectiva, 1992.

FERREIRA, Deborah Melo; CASTRO-ARANTES, Juliana Miranda. **Câncer e corpo**: uma leitura a partir da psicanálise. *Analytica: Revista de Psicanálise*, v. 3, n. 5, p. 37-71, 2014.

FREUD, Sigmund. **Sobre a psicopatologia da vida cotidiana**. In: _____. Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud, v. 6. Rio de Janeiro: Imago, 1901/1996.

FREUD, Sigmund. **Sobre o narcisismo**: uma introdução. In: _____. Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud, v. 14. Rio de Janeiro: Imago, 1990. p. 83-119.

FREUD, Sigmund. **Além do princípio do prazer**. In: _____. Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud, v. 18. Rio de Janeiro: Imago, 1977.

FREUD, Sigmund. **O ego e o id**. In: _____. Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud, v. 19. Rio de Janeiro: Imago, 1996.

FREUD, Sigmund. **Inibição, sintoma e angústia**. In: _____. Obras completas. Tradução de Paulo César de Souza. São Paulo: Companhia das Letras, 2014. v. 17, p. 13-123.

FREUD, Sigmund. **O mal-estar na civilização**. In: _____. O futuro de uma ilusão. Rio de Janeiro: Imago, 1996. p. 65-147. (Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud, 21).

FREUD, Sigmund. **Novas conferências introdutórias sobre psicanálise**. In: _____. Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud, 1996.

GÖTZE, H.; BRÄHLER, E.; GANSERA, L.; POLZE, N.; KÖHLER, N. **Psychological distress and quality of life of palliative cancer patients and their caring relatives during home care**. *Support Care Cancer*, v. 22, p. 2775-2782, 2014.

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER JOSÉ ALENCAR GOMES DA SILVA. **Cadernos de Psicologia**: Sofrimento psíquico do paciente oncológico: o que há de específico? Rio de Janeiro:

INCA, 2016.

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER JOSÉ ALENCAR GOMES DA SILVA. **ABC do câncer: abordagens básicas para o controle do câncer.** 2. ed. Rio de Janeiro: INCA, 2011.

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER JOSÉ ALENCAR GOMES DA SILVA. **Cuidados com estomias intestinais e urinárias.** 2. ed. Rio de Janeiro: INCA, 2018.

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER JOSÉ ALENCAR GOMES DA SILVA. **Estimativa de 2023: Incidência de câncer no Brasil.** Rio de Janeiro: INCA, 2022. Disponível em: <https://www.inca.gov.br/sites/ufu.sti.inca.local/files//media/document/estimativa-2023.pdf>. Acesso em: 9 ago. 2024.

LE BRETON, David. **Desaparecer em si: uma tentação contemporânea.** Petrópolis: Vozes, 2018. Tradução de Francisco Morás.

MARTINS, Alberto; GAZZINELLI, Andrea; SCHALL, Virgínia; MODENA, Celina. **Relações de Gênero e a Atuação de Psicólogos na Oncologia: Subsídios para a Saúde Masculina.** *Psico*, v. 45, n. 1, p. 7-14, 2014. DOI: 10.15448/1980-8623.2014.1.11998. Disponível em: <https://revistaseletronicas.pucrs.br/revistapsico/article/view/11998>. Acesso em: 2 dez. 2024.

MICELI, Ana Valéria P. **Dor crônica e subjetividade em oncologia.** *Revista Brasileira de Cancerologia*, v. 48, n. 3, p. 363-367, 2002. Disponível em: <https://rbc.inca.gov.br/index.php/revista/article/view/2211>. Acesso em: 14 out. 2024.

NETTO, Fagundes; REZENDE, Marcus Vinicius. **Psicanálise e cuidados paliativos na oncologia: efeitos da construção do caso clínico para uma equipe de saúde.** Tese (Doutorado em Ciências da Saúde) – Universidade de São Paulo, São Paulo, 2022.

PIMENTEL, Angela Vieira et al. **Percepção da vulnerabilidade entre mulheres com diagnóstico avançado do câncer do colo do útero.** *Texto & Contexto-Enfermagem*, v. 20, p. 255-262, 2011.

SANTANA, Gustavo César Fernandes. **Urgências subjetivas em uma enfermaria de oncologia: experiência de escuta do sofrimento psíquico.** Trabalho de Conclusão de Residência (Residência em Ciências da Saúde) – Universidade Federal de Uberlândia. Uberlândia, Minas Gerais, 2022.

SILVA, Dirceu; LOPES, Evandro Luiz; JUNIOR, Sérgio Silva Braga. **Pesquisa quantitativa: elementos, paradigmas e definições.** *Revista de Gestão e Secretariado*, v. 5, n. 1, p. 1-18, 2014.

SOUSA, J.; SANTOS, S. **Análise de conteúdo em pesquisa qualitativa: modo de pensar e de fazer.** *Pesquisa e Debate em Educação*, Juiz de Fora: UFJF, v. 10, n. 2, p. 1396-1416, jul./dez. 2020.

TEIXEIRA, Leônia Cavalcante. **Um corpo que dói: considerações sobre a clínica psicanalítica dos fenômenos psicossomáticos.** *Latin-American Journal of Fundamental Psychopathology on Line*, v. 6, n. 1, 2006.

TEIXEIRA, I. **O resgate da autoestima: o desafio de superar as repercussões do tratamento cirúrgico do câncer de mama.** *Revista Brasileira de Sexualidade Humana*, v. 18, n. 1, 2020. Disponível em: https://www.rbsh.org.br/revista_sbrash/article/view/409. Acesso em: 22 set. 2024.

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO. **Casos de câncer podem aumentar em 77% até 2050, segundo a OMS.** *Jornal da USP*, São Paulo, 22 nov. 2023. Disponível em: <https://jornal.usp.br/radio-usp/casos-de-cancer-podem-aumentar-em-77-ate-2050-segundo-a-oms/>. Acesso em: 2 dez. 2024.

VIDAL, Raphael Santos de França. **O passo ao suicídio:** considerações sobre a passagem ao ato em psicanálise. Fortaleza: Centro Universitário Dr. Leão Sampaio, 2020.