

## “COMO PASSEI POR ISSO?”: A dimensão da angústia frente às alterações corporais na oncologia

Adilson Dias Bastos<sup>1</sup>

Jônatan Fernandes Costa<sup>2</sup>

### Resumo

Este trabalho teve como objetivo destacar os fundamentos teóricos e clínicos da dimensão da angústia em sua relação com as alterações corporais na oncologia. Para tanto, foi realizada uma pesquisa de campo conduzida em uma instituição de acolhimento para pessoas com câncer em Volta Redonda (RJ). Os resultados obtidos foram articulados à noção de angústia na perspectiva da teoria psicanalítica freudiana, buscando evidenciar as implicações subjetivas dessas experiências.

**Palavras-chave:** corpo, oncologia, angústia, câncer, psicanálise, psicologia

**Abstract:** This study aimed to highlight the theoretical and clinical foundations of the dimension of anguish in its relationship with bodily changes in oncology. To this end, a field research was conducted at a cancer support institution in Volta Redonda, Rio de Janeiro. The results obtained were articulated with the concept of anguish from the perspective of Freudian psychoanalytic theory, seeking to highlight the subjective implications of these experiences.

**Keywords:** body, oncology, anguish, cancer, psychoanalysis, psychology

---

<sup>1</sup> Doutor em Psicologia Social (UERJ), Docente do UGB-FERP.

<sup>2</sup> Mestrando em Psicologia (UFRJ).

## 1. Introdução

Atualmente os tratamentos primários para o câncer abrangem a quimioterapia, a radioterapia e as cirurgias; tais abordagens terapêuticas são frequentemente combinadas (INCA, 2011). Apesar dos avanços significativos na medicina moderna, estes procedimentos acarretam imperativas mudanças no corpo, que podem variar desde ganho ou perda drástica de peso, cicatrizes cirúrgicas, feridas orais, até a perda parcial de órgãos, enfraquecimento das unhas e hiperpigmentação da pele (INCA, 2011).

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 sugeriu Freud em *Mal-estar na Civilização* (1930 [1996]), 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 deste trabalho, em articulação com o projeto de pesquisa vinculado ao Programa de Pós-Graduação, Pesquisa e Extensão da Fundação Educacional Rosemar Pimentel (PROPPEX/FERP), repousou na investigação da relação entre as alterações do corpo na oncologia e a produção de angústia, entrelaçando teoria e prática em sua execução (Freud, 1912 [1976]). A pesquisa de iniciação científica foi conduzida com 15 (quinze) pacientes oncológicos, assistidos por uma instituição de acolhimento para pessoas com câncer, em Volta Redonda, Rio de Janeiro, pelos autores deste trabalho.

## 2. Fundamentação Teórica

Freud, em *Inibição, Sintoma e Angústia* (1926 [2014]), 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 marcantes presentes na experiência oncológica: a dor, o luto e a angústia. Nesse sentido, ainda em *Inibição, Sintoma e Angústia* (1926 [2014]), Freud postula que existe um ponto comum entre esses três estados: todos dizem respeito à separação do objeto. Para Freud (1926 [2014]), 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.

No ensaio *Sobre o Narcisismo* (1914/1916 [1996]), Freud postula 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. Entendemos em psicanálise 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, 1929/30 [1996]). 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, 1923 [2014]). Nesse sentido, Castro-Arantes e Ferreira (2014, p.38) apontam que o câncer pode marcar uma cisão nas representações na qual o sujeito se reconhece, provocando reações avassaladoras.

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). Apostar em uma escuta é permitir que o sujeito encontre alguém com quem compartilhar angústias, dores e lutos, e elabore minimamente algo do sofrimento em que se encontra. Ou seja, colocar isso em

palavras, permitir a circulação do phatos (Freud, 1932/33 [1996]), e possibilitar que possa enfrentar a finitude que o constitui como sujeito.

### **3. Caracterização do Campo e Metodologia**

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. O objetivo do Grupo da Vida é oferecer apoio psicossocial e acolher toda e qualquer pessoa com diagnóstico de câncer.

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 pelo 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).

### **4. Resultados e Discussão**

A análise detalhada dos discursos dos entrevistados, obtidos por meio das entrevistas realizadas, bem como os resultados do questionário aplicado, encontra-se disponível no artigo completo intitulado "O que pode um corpo"? Investigando a angústia

em pacientes oncológicos<sup>1</sup>. Neste trabalho será apresentada apenas uma síntese parcial das análises realizadas, estando a versão completa disponível no referido artigo.

#### 4.1. Entrevista Aberta

A entrevista aberta possibilitou uma exploração aprofundada das experiências subjetivas dos participantes em relação às alterações corporais decorrentes do câncer. Para esta análise, selecionamos 4 (quatro) entrevistados de nossa amostra, garantindo o sigilo conforme proposto no Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). 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 Parcial de Conteúdo**

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

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).

<sup>1</sup> No prelo.

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 quebrado 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 Parcial de Conteúdo**

<p><b>Kátia</b>  <b>(câncer de mama)</b></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 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?”.</p>
<p><b>Pedro</b>  <b>(câncer de cólon)</b></p>	<p>Eu fiquei muito preocupado quando descobri [<i>o câncer</i>]... Às vezes, eu ainda não acredito. Eu amputei o Reto (...) Eu uso a bolsinha [<i>colostomia</i>]. 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.</p>

Segundo o Instituto Nacional de Câncer (2011), a estomia, um procedimento cirúrgico que cria um novo trajeto no abdômen para eliminar urina e fezes, afeta aproximadamente 120 mil brasileiros (INCA, 2018). 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 (2006) 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 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.

#### 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. Resultados 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 alterou seu corpo (noção de identidade)?	0%	20%	6,7%	33,3%	40%	0%

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.

**Tabela B. Resultados 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)	Procuo 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%

Na “tabela B” do questionário, os dados indicam que a maioria dos pacientes se dedica a encontrar estratégias para enfrentar o câncer. A busca 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.

**Tabela C. Resultados 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 que perdi minha autonomia.	53,3%	0%	20%	6,7%	20%	0%
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%

Por fim, a “tabela C” do questionário apresenta 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. No entanto, sentimentos como raiva, indignação e revolta não se destacam entre a maioria. A ideia de abandonar o tratamento 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.

Nos alinhando ao pensamento da pesquisa anterior (Bastos, Costa e Silveira, 2024), 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.

## 6. Referências

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

BASTOS, Adilson Dias, COSTA, Jônatan Fernandes. SILVEIRA, Ester Aparecida Luiz. **Escutando a dor, o cansaço e a solidão**: um estudo com atendidos no Grupo da Vida. Simpósio. No. 12. 2024.

CARNEIRO, Cristiana. **Entre o remédio e o corpo inquieto**: de qual infantil falamos?. Política & Sociedade, v. 20, n. 47, p. 313-355, 2021.

DOLTO, Françoise. **A imagem inconsciente do corpo**. São Paulo: Perspectiva, 1992. (Publicado originalmente em 1984).

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 o narcisismo: uma introdução** (1914). In: FREUD, S. Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud. v. 14. Rio de Janeiro: Imago, 1990. p. 83-119.

FREUD, Sigmund. **O ego e o id** (1923). In: \_\_\_\_\_. O ego e o id. Rio de Janeiro: Imago, 1996. p. 13-72. (Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud, v. 19).

FREUD, Sigmund. **Inibição, sintoma e angústia** (1926). In: \_\_\_\_\_. Obras completas. Tradução: Paulo César de Souza. São Paulo: Companhia das Letras, 2014. v. 17, p. 13-123.

FREUD, Sigmund. **O mal-estar na civilização** (1930 [1929]). In: \_\_\_\_\_. O futuro de uma ilusão. Rio de Janeiro: Imago, 1996. p. 65-147. (Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud, v. 21).

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER JOSÉ ALENCAR GOMES DA SILVA. Cadernos de Psicologia: **Sofrimento psíquico do paciente oncológico: o que há de específico?**. In: BRASIL. Ministério da Saúde, Rio de Janeiro: INCA, 2016.

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

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER JOSÉ ALENCAR GOMES DA SILVA. **Cuidados com estomias intestinais e urinárias**. In: \_\_\_\_\_. Orientações ao usuário. 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. Acesso em: 09 ago. 2024.

NETTO, Fagundes. **Psicanálise e cuidados paliativos na oncologia: efeitos da construção do caso clínico para uma equipe de saúde**. 2022. Tese (Doutorado em Psicologia Clínica). USP. São Paulo, 2022.

MICELI, A. V. P. **Dor crônica e subjetividade em oncologia**. *Revista Brasileira de Cancerologia*, v. 48, n. 3, p. 363-367, 2002.

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. 2022. Trabalho de Conclusão de Residência. UFB. Uberlândia, 2022.

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](https://www.rbsh.org.br/revista_sbrash/article/view/409)>. Acesso em: 22 set. 2024.