

UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ

IRIS MIYAKE OKUMURA

REPRESENTAÇÃO SIMBÓLICA DO PROCESSO DE ADOECIMENTO  
HEMATOLÓGICO COMO RECURSO PARA (RES)SIGNIFICAÇÃO DA  
EXPERIÊNCIA NA PERSPECTIVA DA PSICOLOGIA ANALÍTICA

CURITIBA

2020

IRIS MIYAKE OKUMURA

REPRESENTAÇÃO SIMBÓLICA DO PROCESSO DE ADOECIMENTO  
HEMATOLÓGICO COMO RECURSO PARA (RES)SIGNIFICAÇÃO DA  
EXPERIÊNCIA NA PERSPECTIVA DA PSICOLOGIA ANALÍTICA

Dissertação apresentada ao  
Programa de Pós-Graduação em  
Psicologia, Departamento de  
Psicologia, Setor de Ciências  
Humanas, Letras e Artes, da  
Universidade Federal do Paraná,  
como requisito para obtenção do grau  
de Mestre em Psicologia.

Orientador: Prof. Dr. Carlos Augusto  
Serbena  
Coorientadora: Psic. Dra. Maribel  
Pelaez Dóro

CURITIBA

2020

FICHA CATALOGRÁFICA ELABORADA PELO SISTEMA DE BIBLIOTECAS/UFPR –  
BIBLIOTECA DE CIÊNCIAS HUMANAS COM OS DADOS FORNECIDOS PELO AUTOR

Fernanda Emanoéla Nogueira – CRB 9/1607

Okumura, Iris Miyake

Representação simbólica do processo de adoecimento hematológico como recurso para (res)significação da experiência na perspectiva da psicologia analítica. / Iris Miyake Okumura. – Curitiba, 2019.

Dissertação (Mestrado em Psicologia) – Setor de Ciências Humanas da Universidade Federal do Paraná.

Orientador : Prof. Dr. Carlos Augusto Serbena

Coorientadora : Profª. Drª. Maribel Pelaez Dóro

1. Psicologia junguiana. 2. Medicina psicossomática. 3. Desenhos-Estórias.  
4. Doentes - Psicologia. I. Serbena, Carlos Augusto, 1968- II. Dóro, Maribel Pelaez, 1957-. III. Título.

CDD – 616-08



MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO  
SETOR DE CIÊNCIAS HUMANAS  
UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ  
PRÓ-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO PSICOLOGIA -  
40001016067P0

## TERMO DE APROVAÇÃO

Os membros da Banca Examinadora designada pelo Colegiado do Programa de Pós-Graduação em PSICOLOGIA da Universidade Federal do Paraná foram convocados para realizar a arguição da dissertação de Mestrado de IRIS MIYAKE OKUMURA Intitulada: **REPRESENTAÇÃO SIMBÓLICA DO PROCESSO DE ADOECIMENTO HEMATOLÓGICO COMO RECURSO PARA (RE)SIGNIFICAÇÃO DA EXPERIÊNCIA NA PERSPECTIVA DA PSICOLOGIA ANALÍTICA**, sob orientação do Prof. Dr. CARLOS AUGUSTO SERBENA, que após terem inquirido a aluna e realizada a avaliação do trabalho, são de parecer pela sua **APROVAÇÃO** no rito de defesa.

A outorga do título de mestre está sujeita à homologação pelo colegiado, ao atendimento de todas as indicações e correções solicitadas pela banca e ao pleno atendimento das demandas regimentais do Programa de Pós-Graduação.

CURITIBA, 30 de Novembro de 2020.

Assinatura Eletrônica

30/11/2020 17:18:24.0

CARLOS AUGUSTO SERBENA

Presidente da Banca Examinadora (UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ)

Assinatura Eletrônica

03/12/2020 09:19:07.0

IRENE PEREIRA GAETA

Avaliador Externo (PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE SÃO PAULO)

Assinatura Eletrônica

30/11/2020 18:26:48.0

ANGELA DE LEÃO BLEY

Avaliador Externo (FACULDADES PEQUENO PRÍNCIPE)

Ao meu pai, Jorge Okumura (*in memoriam*), que integrou o sentido da própria existência, proporcionou leveza a um processo que poderia ter sido mais árduo, e que trouxe o propósito para a temática desse estudo.

## **Agradecimentos**

Aos que de alguma forma caminharam comigo nos últimos anos, não somente no período efetivo do mestrado, mas também nas etapas que envolveram a tomada de decisão e preparo para a jornada acadêmica.

Em especial: à minha família, Jorge (*in memoriam*), Lucia e Lucas, que acolhem e impulsionam, cada um na sua medida, pelo amor incondicional; ao meu noivo, Luiz, companheiro que escolhi (e fui escolhida) pra compartilhar a vida, pela reciprocidade; ao Prof. Dr. Carlos A. Serbena pela orientação e paciência; à Psic. Dra. Maribel P. Dóro, referência profissional e pessoal, pela coorientação e por oportunizar novas perspectivas; aos pacientes e participantes do estudo por representarem suas histórias em prol da pesquisa; à Fundação Pró-Renal e Setor de Psicologia pela flexibilização e apoio; à Psic. Lilian Loureiro pela pontualidade de presença e escuta; aos amigos e amigas pelos encontros de qualidade; aos colegas de mestrado pela troca de experiências.

À própria jornada da vida. Chego em um momento em que vislumbro sentido na trajetória que percorri até a construção deste trabalho. Encerro essa atividade com a sensação de dever cumprido e na expectativa pelo devir.

O presente trabalho foi realizado com apoio da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior - Brasil (CAPES) - Código de Financiamento 001.

*“Compreensão é talvez o mais operacional dos conceitos junguianos, implícito em todos os demais, e situa a abordagem de Jung mais na tradição das psicologias da compreensão [...] do que entre as psicologias que são explicatórias, descritivas ou médicas no sentido estrito. Jung estabeleceu como meta, desde o início, não comparar, medir, explicar ou redimir a personalidade, mas compreendê-la e ensiná-la a compreender”.*

*James Hillman (1981)*

## RESUMO

Apesar de haver indicadores de risco para o desenvolvimento de uma doença, muitos diagnósticos onco-hematológicos não apresentam causa definida, intrigando os pacientes que enfrentam dificuldade em compreender como adoeceram e, conseqüentemente, para ressignificar essa experiência. O objetivo da dissertação foi estabelecer relações de percepção e significado pessoal do adoecimento hematológico a partir da representação simbólica gráfica e verbal do paciente. A primeira etapa da pesquisa consistiu em realizar uma revisão integrativa da Psicossomática compreendida no paradigma da Psicologia Analítica. A segunda etapa foi caracterizada pelo estudo piloto, com realização de entrevista semiestruturada e aplicação de técnica projetiva para representação simbólica da doença. Por fim, para a terceira etapa foram reformuladas a entrevista e o método de solicitação de desenho baseado no procedimento de Desenho-Estória com Tema. Trata-se de uma pesquisa transversal, exploratória de natureza qualitativa. Foram recrutados 10 pacientes com diagnóstico hematológico em acompanhamento clínico em um hospital universitário de Curitiba-PR. A análise dos dados teve a Psicologia Analítica como marco referencial. Resultados mostraram dificuldade de integração entre aspectos conscientes e inconscientes, estagnação ou polarização da libido, alta intensidade afetiva em vivências passadas e dificuldade de ressignificação de experiências. Outro dado importante foi a dificuldade dos participantes para se expressarem tanto gráfica como verbalmente, sobretudo diante da solicitação para representação da doença. Conclui-se que o trabalho centrado na análise simbólica por meio da técnica de Desenho-Estória com Tema, somado ao contexto de vida e narrativa do paciente, podem contribuir para a construção de sentido pessoal visando melhor compreensão sobre o adoecimento e enfrentamento do tratamento. Sugere-se ainda a consideração do processamento simbólico como abordagem arquetípica nos estudos sobre Psicossomática e Psicologia Analítica, visto que os artigos científicos contemplam as perspectivas clássica e desenvolvimentista.

Palavras-chave: Psicossomática. Psicologia Analítica. Adoecimento. Símbolo. Desenho.

## ABSTRACT

In spite of having risk indicators for the development of a disease, many onco-hematological diagnoses do not present defined cause, intriguing the patients who face difficulty in comprehending how they got ill and, consequently, to resignify this experience. The objective of the dissertation was to establish relations of perception and personal meaning of the hematological illness from the graphic and verbal symbolic representation of the patient. The first phase of the research consisted in realizing an integrative review of Psychosomatics comprehended in the paradigm of Analytical Psychology. The second phase was characterized by the pilot study, with the realization of semi-structured interview and request of a drawing for the symbolic representation of the disease. At last, for the third phase the interview and the drawing request method based on Story-Drawing with Theme procedure were reformulated. This is a transversal, exploratory research of qualitative nature. 10 patients with hematological diagnostic and under clinical follow-up in a university hospital from Curitiba-PR have been recruited. Data analysis had Analytical Psychology as referential mark. Results showed difficulty of integration between conscious and unconscious aspects, stagnation or polarization of the libido, high affective intensity in past lived situations and difficulty to resignify experiences. Another important data was the difficulty of the participants to express both graphically and verbally, overall, towards the request to represent the disease. It is concluded that the work centered in symbolic analysis through Story-Drawing with Theme technique, added to life context and the patient's narrative may contribute for the construction of personal meaning, aiming for better comprehension of the illness and coping with treatment. It is further suggested the consideration of symbolic processing as arquetypal approach in the studies about Psychosomatics and Analytical Psychology, since scientific journals contemplate the classic and developmental perspectives.

Keywords: Psychosomatic. Analytical Psychology. Illness. Symbol. Drawing.

## **LISTA DE FIGURAS**

FIGURA 1 – “CÉLULA EXPLODINDO”. REPRESENTAÇÃO SIMBÓLICA DA DOENÇA PELO PARTICIPANTE 01.....	<b>56</b>
FIGURA 2 – “MURO”. REPRESENTAÇÃO SIMBÓLICA DA DOENÇA PELA PARTICIPANTE 02.....	<b>57</b>
FIGURA 3 – “VEIA DE SANGUE”. REPRESENTAÇÃO SIMBÓLICA DA DOENÇA PELO PARTICIPANTE 03.....	<b>59</b>

## LISTA DE GRÁFICOS

GRÁFICO 1 – PANORAMA DE PUBLICAÇÕES EM PSICOLOGIA ANALÍTICA E PSICOSSOMÁTICA .....	<b>29</b>
GRÁFICO 2 – ESCOLHA DA COR PARA REPRESENTAÇÃO PESSOAL E SINGULAR.....	<b>75</b>

## LISTA DE TABELAS

TABELA 1 – QUANTIFICAÇÃO DOS ARTIGOS SELECIONADOS PARA A REVISÃO.....	25
TABELA 2 – RESUMO DOS ARTIGOS SELECIONADOS.....	25
TABELA 3 – SÍNTESE DAS ENTREVISTAS-PILOTO. ....	54
TABELA 4 – SÍNTESE DAS RESPOSTAS ÀS ETAPAS 1 E 2 DA ENTREVISTA SEMI-ESTRUTURADA. ....	73
TABELA 5 – SÍNTESE DA ANÁLISE SOBRE O DESENHO DA REPRESENTAÇÃO PESSOAL E SINGULAR. ....	75
TABELA 6 – SÍNTESE DA ANÁLISE SOBRE O DESENHO DA REPRESENTAÇÃO DA DOENÇA. ....	77
TABELA 7 – SÍNTESE DA ANÁLISE SOBRE O DESENHO DA REPRESENTAÇÃO DO RECURSO DE ENFRENTAMENTO. ....	78

## LISTA DE SIGLAS

AAS – Anemia Aplástica Severa

ABHH – Associação Brasileira de Hematologia, Hemoterapia e Terapia Celular

APA – *American Psychiatric Association*

ASBMT – *American Society of Blood and Bone Marrow Transplantation*

ASH – *American Society of Hematology*

BVS – Biblioteca Virtual de Saúde

CHC-UFPR – Complexo Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Paraná

HPN – Hemoglobinúria Paroxística Noturna

INCA – Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva

NCCN – *National Comprehensive Cancer Network*

PTI – Púrpura Trombocitopênica Idiopática

## SUMÁRIO

<b>1 APRESENTAÇÃO</b> .....	<b>16</b>
<b>2 ADOECIMENTO PSICOSSOMÁTICO E PSICOLOGIA ANALÍTICA</b> .....	<b>20</b>
2.1 INTRODUÇÃO.....	20
2.2 MÉTODO.....	24
2.3 RESULTADOS .....	25
2.4 DISCUSSÃO .....	34
2.4.1 Causas do adoecimento.....	34
2.4.2 Propostas de intervenção terapêutica .....	40
2.5 CONCLUSÃO .....	45
2.6 REFERÊNCIAS .....	46
<b>3 REPRESENTAÇÃO SIMBÓLICA DA DOENÇA HEMATOLÓGICA – ESTUDO PILOTO</b> .....	<b>51</b>
3.1 INTRODUÇÃO.....	51
3.2 MÉTODO.....	53
3.3 RESULTADOS .....	54
3.3.1 Participante 01 .....	54
3.3.2 Participante 02 .....	56
3.3.3 Participante 03 .....	58
3.4 DISCUSSÃO .....	59
3.5 CONCLUSÃO .....	64
3.6 REFERÊNCIAS .....	66
<b>4 CONSIDERAÇÕES SOBRE A DINÂMICA PSÍQUICA DE PACIENTES COM DOENÇAS HEMATOLÓGICAS: USO DO RECURSO SIMBÓLICO COMO INTERVENÇÃO PARA A RESSIGNIFICAÇÃO DA EXPERIÊNCIA</b> .....	<b>68</b>
4.1 INTRODUÇÃO.....	68
4.2 MÉTODO.....	70
4.3 RESULTADOS .....	72
4.3.1 Representação pessoal.....	74
4.3.2 Representação da doença .....	76
4.3.3 Recurso de enfrentamento .....	78
4.4 DISCUSSÃO .....	79
4.4.1 Aspectos visuais de análise.....	82

4.4.2 Capacidade expressiva .....	85
4.4.3 Estrutura e dinâmica psíquica .....	87
4.4.4 Coping .....	90
4.5 CONCLUSÃO .....	94
4.6 REFERÊNCIAS .....	96
<b>5 CONSIDERAÇÕES FINAIS .....</b>	<b>101</b>
<b>6 REFERÊNCIAS .....</b>	<b>105</b>
<b>APÊNDICE A – QUESTIONÁRIO DEMOGRÁFICO-CLÍNICO.....</b>	<b>107</b>
<b>ANEXO A – PARECER DE APROVAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA.....</b>	<b>108</b>
<b>ANEXO B – TRANSCRIÇÃO DAS ENTREVISTAS .....</b>	<b>112</b>
<b>ANEXO C – UNIDADES DE DESENHO PRODUZIDAS POR P01 .....</b>	<b>152</b>
<b>ANEXO D – UNIDADES DE DESENHO PRODUZIDAS POR P02 .....</b>	<b>155</b>
<b>ANEXO E – UNIDADES DE DESENHO PRODUZIDAS POR P03 .....</b>	<b>158</b>
<b>ANEXO F – UNIDADES DE DESENHO PRODUZIDAS POR P04.....</b>	<b>161</b>
<b>ANEXO G – UNIDADES DE DESENHO PRODUZIDAS POR P05 .....</b>	<b>164</b>
<b>ANEXO H – UNIDADES DE DESENHO PRODUZIDAS POR P06 .....</b>	<b>167</b>
<b>ANEXO I – UNIDADE DE DESENHO PRODUZIDA POR P07 .....</b>	<b>170</b>
<b>ANEXO J – UNIDADES DE DESENHO PRODUZIDAS POR P08 .....</b>	<b>171</b>
<b>ANEXO K – UNIDADES DE DESENHO PRODUZIDAS POR P09 .....</b>	<b>174</b>
<b>ANEXO L – UNIDADES DE DESENHO PRODUZIDAS POR P10.....</b>	<b>177</b>

## 1 APRESENTAÇÃO

Discussões sobre a relação entre mente e corpo são tão antigas quanto a história da humanidade – uma temática que intriga a filósofos, profissionais da saúde, estudiosos e pesquisadores das áreas de ciências sociais, biológicas e humanas. Não há um marco cronológico sobre o início desse debate, presente desde os rituais dos povos antigos.

De forma geral, diferentes compreensões sobre a doença eram relacionadas a um mal metafísico, seja psíquico, emocional ou transcendental. O paciente somatizava ao experienciar a invasão de um corpo estranho em si, no desprendimento da própria alma, na vivência de eventos traumáticos ou situações moralmente repreensíveis que desencadeavam um conflito interno, ou entre si e o meio social (ELLENBERGER, 1970).

Dentre os principais autores que sucederam da Psiquiatria Dinâmica, destaca-se o trabalho de Carl Gustav Jung [1875-1961], que constatou a relação entre mente e corpo (como caráter psicofísico ou natureza psicossomática) por meio dos experimentos no Teste de Associação de Palavras. Percebeu que determinadas palavras evocavam respostas fisiológicas e neuroanatômicas, possibilitando-o a refletir que corpo e mente se comunicam através de estruturas subcorticais (MATHERS, 2001, p. 73). Os resultados das avaliações possibilitaram o desenvolvimento da teoria dos complexos, inicialmente estudado para a conceituação de afetos. Experiências de vida geram afetos positivos e negativos com variados níveis de carga energética que podem constelar no indivíduo, manifestando-se conforme o fluxo da libido.

Assim, cada região afetada deve ser estudada pela perspectiva simbólica, ou seja, cada componente do corpo é potencial formador de um símbolo que contém uma gama de significados. A compreensão sobre o processo de adoecimento por meio da elaboração de sentido pessoal viabiliza melhor manejo psicológico e emocional, bem como melhor qualidade de vida no contexto do tratamento. Nesse ínterim, ressalta-se a totalidade no cuidado ao paciente, visando à reintegração de alguma cisão entre psique e corpo, pois para

Jung, estão inter-relacionados e o sofrimento de uma afeta o funcionamento do outro (JUNG, 2011; RAMOS, 2006).

O objeto de estudo escolhido para contemplação da relação mente-corpo na perspectiva da Psicologia Analítica foi o adoecimento hematológico. Foram recrutados os pacientes em acompanhamento clínico no Complexo Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Paraná (CHC-UFPR), atendidos nos Ambulatórios de Falência Medular e Hematologia.

Justifica-se a pesquisa na área da onco-hematologia visto o impacto epidemiológico. Segundo o Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva (INCA, 2019), a estimativa é de 625 mil novos casos de câncer no Brasil para cada ano do triênio 2020-2022, e a incidência varia conforme o órgão afetado.

A Medicina dispõe de *guidelines* consolidados constantemente atualizados, isto é, diretrizes voltadas a profissionais<sup>1</sup> sobre critérios diagnósticos, detecção, prevenção e tratamento. Na oncologia, a publicação de renome mundial pertence ao *National Comprehensive Cancer Network* (NCCN).

Na hematologia, esse número é menor e as publicações existentes não contemplam a variedade de diagnósticos descritos pela medicina. Contudo, podem-se encontrar orientações para a prática clínica divulgados pela *American Society of Hematology* (ASH) e *American Society for Blood and Bone Marrow Transplantation* (ASBMT). A referência brasileira é a Associação Brasileira de Hematologia, Hemoterapia e Terapia Celular (ABHH), a qual também investe em pesquisas clínicas e publicações na área em prol do avanço da ciência e assistência ao paciente.

Por um lado, há critérios diagnósticos e possibilidades de tratamento bem delineados, por outro, a etiologia do adoecimento onco-hematológico ainda não possui resposta bem definida. Decorre de uma multiplicidade de fatores tanto externos, como a exposição a substâncias químicas, quanto internos, com anomalias a nível celular no microambiente do organismo. No caso de algumas leucemias, por exemplo, a explicação biomédica entende que pode ser causada pelo contato direto com agentes tóxicos (agrotóxicos, amianto, radiação

---

<sup>1</sup> O NCCN também publica *guidelines* para pacientes a fim de incentivá-los a serem agentes no próprio processo, orientando-os a conversar com seu clínico sobre a doença e opções de tratamento.

ionizante) (INCA, 2010), mas também, pode ser devido à predisposição genética e/ou a mutações espontâneas no ciclo celular.

Além disso, o câncer pode se manifestar de forma diferente em cada pessoa, ou seja, não depende apenas da aplicação de um tratamento mais adequado, pois pode haver resistência à terapia. Estudos clínicos podem evidenciar maior probabilidade de um determinado protocolo ser efetivo no combate à doença, porém não há garantia absoluta de que o paciente obterá a cura.

Uma das questões que afligem os pacientes onco-hematológicos é o motivo do adoecimento. Regis e Simões (2005) realizaram uma revisão sistemática de literatura e encontraram que medo, aceitação da doença, negação, busca pela causa da doença e constrangimento estão entre os principais sentimentos e comportamentos mais frequentes entre mulheres com câncer de mama.

A dúvida quanto à origem da doença pode se intensificar quando o indivíduo possui hábitos saudáveis de vida em termos de alimentação balanceada, realização de atividades físicas regulares, não uso de substâncias químicas, entre outros. Trata-se de um cenário diferente quando comparado com certas patologias no aparelho respiratório, como a associação causa-consequência entre tabagismo e câncer de pulmão, por exemplo, em que campanhas de conscientização em prol da saúde já estão bem difundidas na sociedade.

Levando em conta a multicausalidade e imprevisibilidade do câncer, ampliaram-se os estudos de diversas perspectivas, inclusive sobre a influência de mecanismos psicológicos no adoecimento. Nesse ínterim, a ciência psicossomática (de etimologia grega, *psyqué* e *somatikós*) contribui ao correlacionar a interação mente e corpo, sendo que a formação dos sintomas é pluricausal e a doença irrompe sobre o funcionamento normal do organismo, indicando desequilíbrio e necessidade de mudanças (CAMPOS; RODRIGUES, 2005). Converte-se com a premissa do modelo biopsicossocial, o qual defende a abordagem holística no cuidado ao paciente.

Em experiência clínica, a autora dessa dissertação constatou que, por vezes, os pacientes hematológicos não conseguiam diferir as perguntas “o que

lhe foi explicado sobre a causa da doença” e “qual causa você atribui a sua doença”. Invariavelmente, as respostas obtidas às duas questões eram iguais. O lugar do não saber sobre o que se passa consigo, com o próprio corpo, somado a não aceitação da justificativa externa (médica) pelos pacientes, trouxe a questão da pesquisa: Qual motivo pessoal atribuído ao adoecimento?

O objetivo geral da dissertação foi estabelecer relações de percepção, significado pessoal e representação simbólica do paciente sobre o próprio adoecimento hematológico, articulando os resultados com a Psicologia Analítica.

O trabalho segue o modelo acadêmico escandinavo, estruturado na apresentação de 1) revisão de literatura, 2) estudo piloto e análise dos dados parciais e 3) aplicação do método final e discussão teórica conforme os objetivos da dissertação<sup>2</sup>.

---

<sup>2</sup> As referências utilizadas na apresentação se encontram no tópico 6 ao final do trabalho (p. 105).

## 2 ADOECIMENTO PSICOSSOMÁTICO E PSICOLOGIA ANALÍTICA

### 2.1 INTRODUÇÃO

Atribui-se o primeiro uso do termo psicossomática ao psiquiatra Johan Cristian August Heinroth [1773-1843] no ano de 1818 (MARGETTS, 1950). Heinroth defendia que corpo e alma integram uma unidade e que saúde mental significa o estado harmônico entre pensamento e desejo, sendo que a doença surge com a perda desse equilíbrio (MARGETTS, 1950, p. 403).

Em 1828 estabeleceu o termo somatopsíquico. Ambos designam a relação mente-corpo, mas não são postos como sinônimos para fins de melhor adequação da afecção do caso analisado. Trombini e Baldoni (2004) diferenciam que quando a narrativa do indivíduo parte de um conflito emocional que provoca processos corpóreos, denomina-se psicossomático. E se processos corpóreos influenciam a psique ocasionando distúrbios emocionais e psicológicos, é mais apropriado o uso do termo somatopsíquico (TROMBINI; BALDONI, 2004, pp. 44-45). Cabe alertar que a investigação sobre a causa do sintoma, se psíquico ou físico, não é preponderante na abordagem psicossomática.

Estudos foram ampliados dando origem à Medicina Psicossomática, cujo campo foi inicialmente desenvolvido em três vias principais, confluentes entre si. Os autores contemporâneos eram provenientes da Alemanha, Estados Unidos e França, destacando-se o alemão Georg Walther Groddeck [1866-1934], Helen Flanders Dunbar [1902-1959] (HERRMANN-LINGEN, 2017) e Franz Alexander [1891-1964] nos Estados Unidos, e os franceses Pierre Marty [1918-1993], Michel de M'Uzan [1921-2018], Michel Fain [1917-2007] e Christian David [1929-2013] (CERCHIARI, 2000).

Mello-Filho (2010, p. 29) organiza a evolução da psicossomática em três fases: inicial – com embasamento psicanalítico e foco dos estudos sobre processos inconscientes; intermediária – com a inserção da teoria behaviorista e incentivo a pesquisas empíricas em homens e animais; e atual – inclusão do aspecto social e intervenção multidisciplinar sobre o caso clínico.

Cruz e Pereira (2011, p. 63) publicaram uma revisão das principais abordagens teóricas que compõem a ciência psicossomática e encontraram

quatro possibilidades interpretativas: 1) monismo idealista – processos mentais provocam efeitos somáticos; 2) monismo materialista ou epifenomenalismo – processos somáticos causam efeitos mentais; 3) monismo neutro ou interacionista – tanto a mente como o corpo podem ser causa ou efeito da interação entre si; e 4) monismo de duplo aspecto ou paralelismo psicofísico – mente e corpo partilham o mesmo substrato, processos corporais são mentais e vice-versa. A Psicologia Analítica, marco teórico deste projeto de qualificação, identifica-se mais com a última categoria apresentada.

Conforme previamente citado, há uma forte influência da Psicanálise para a construção da ciência psicossomática e, conseqüentemente, ampla literatura de diálogo entre esses campos (CRUZ; PEREIRA, 2011). Artigos que correlacionam doenças hematológicas e psicossomática são escassas. Foi encontrado um estudo realizado em um hospital oncológico infantil do Maranhão que relacionou aspectos psicoafetivos com o adoecimento por câncer, ressaltando que o linfoma é o segundo diagnóstico onco-hematológico mais incidente entre crianças (LIMA; BOTELHO; SILVESTRE, 2011). As autoras concluíram que pacientes com neoplasia maligna tendem a ter conflitos familiares, visto que a privação de um ambiente suficientemente bom desfavorece o desenvolvimento sadio.

Considerando que o ser humano é um ser social, portanto inserido em determinado contexto histórico-cultural, arraigado por crenças, valores morais e paradigmas, cabe a abordagem biopsicossocial em prol de uma perspectiva holística do indivíduo. Assim, o diagnóstico de uma doença não implica somente na análise física do sintoma, pois os estereótipos, a compreensão subjetiva e médica, as possibilidades de tratamento e o próprio sentido do adoecimento se modificam ao longo dos séculos.

Cabe pontuar que no mundo ocidental, a alma era objeto de estudo da Filosofia, o que inibia a aproximação da Medicina (JUNG, 2013, p. 105). O presente trabalho não tem o objetivo de censurar especificamente a prática médica ao denominar o modelo biomédico como insuficiente para a integralidade do cuidado ao paciente. A crítica recai sobre o pensamento causal adotado na

época e os desdobramentos promissores que têm sido construídos para a compreensão do ser humano.

A análise psicossomática abarca a totalidade do indivíduo, aplicável à condição de estado de saúde e também na vivência de um processo de adoecimento, inclusive nas patologias em que a causa se encontra bem fundamentada pela ciência médica. “Saúde é uma questão de múltiplos domínios, e uma miríade de perspectivas é coerente com sua complexidade” (ÁVILA, 2006, p. 164).

É insensato atrelar todos os quadros diagnósticos e sintomas a termos técnico-clínicos e a explicações médico-científicas. A fixação sobre essa perspectiva proporciona uma compreensão unilateral e incompleta sobre a grandeza da subjetividade. “Em muitos casos a própria ciência reconhece sua inabilidade em lidar com a complexidade da conexão alma-corpo porque a metade alma não pode ser estudada no laboratório” (PARIS, 1990, p. 101 apud COHAN, 2010, p. 112).

Portanto, o acometimento físico com denominação diagnóstico-clínica reflete na condição de bem-estar emocional, psicológica, social e espiritual de um indivíduo; bem como os conflitos subjetivos podem encontrar nas manifestações orgânicas uma forma de expressão.

A partir das Proposições XXVII e XXIX de Spinoza (segunda parte de “Ética”), pondera-se que um afeto provocado ao corpo não será resolvido ou sanado se somente considerar o plano corporal, tão pouco algo que perturbe a mente, não poderá ser compreendido com enquadramento do plano mental. Nas palavras do filósofo, “a ideia de uma afecção qualquer do corpo humano não envolve o conhecimento adequado do próprio corpo humano” [e] ... “A ideia da ideia de uma afecção qualquer do corpo humano não envolve conhecimento adequado da Alma humana”. (SPINOZA, 1965, pp. 104-105).

O distanciamento mente e corpo se reflete na criação excessiva de especialidades na área da saúde ao propor estudo e tratamento focalizados e que, conseqüentemente, levam ao afastamento da perspectiva sobre a totalidade do indivíduo (ÁVILA, 2006). Boechat (2004, p. 64) complementa que o surgimento de especializações e multidisciplinas acaba separando cada vez mais o conhecimento e cerra os diversos campos em polos opostos rígidos. Isso

torna desafiante a implantação das propostas inter e transdisciplinares. Perspectivas unilaterais caracterizam a sociedade moderna que sustenta a dualidade mente-corpo.

Não só o contexto social atual, mas a história da humanidade perpassa por vários momentos semelhantes. Com exceção ao homem primitivo, o qual não reconhecia a diferenciação entre o eu e o mundo, isto é, percebia o objeto como extensão de si; a dualidade é inerente ao processo de conscientização (NEUMANN, 1995).

No panorama brasileiro, as principais contribuições na temática Psicossomática e Psicologia Analítica são dos autores Denise Gimenez Ramos com a obra “A Psique do Corpo: a dimensão simbólica da doença” (2006) e a tese de Walter Boechat intitulada “Corpo Psicóide: a crise de paradigma e a relação corpo-mente” (2004).

Ramos (2006) propõe a conceituação do processo saúde-doença a partir do embasamento analítico. Para tanto, discorre sobre a relação mente-corpo ao longo da história da humanidade e o desenvolvimento dessa temática na Psicologia Analítica, destacando a importância do símbolo enquanto função transcendente que dá significado ao que não pôde ser ou que é penosamente elaborado. A autora apresenta um trabalho detalhado com levantamento de outros estudos, traz reflexões teórico-clínicas e elucida com estudos de caso, fundamentando suas considerações acerca da psicossomática na perspectiva da Psicologia Analítica.

Boechat (2004) também disserta sobre a relação mente-corpo e aprofunda o modelo de arquétipo psicóide para respaldar o conceito de corpo psicóide (no sentido metafísico). Apesar de pontuar semelhanças com as expressões corpo sutil e corpo simbólico, Boechat adota o termo corpo psicóide por considera-lo mais adequado à teoria Junguiana. Resgata ainda a compreensão da psicossomática pelo fenômeno da sincronicidade, uma perspectiva teleológica não causal da manifestação do sintoma. O autor, assim como Ramos (2006), desenvolve o trabalho articulando reflexões teóricas com análise de casos clínicos.

À luz da Psicologia Analítica, a doença é entendida como expressão simbólica no corpo que sinaliza algum conflito que precisa ser regulado e que

direciona a pessoa ao seu processo de individuação (PEIXOTO; CURVÊLO, 2014). “Nas situações de conflitos emocionais pode ocorrer uma quebra que divide o conteúdo emocional na forma de imagem e isso pode ser expresso no corpo” (SILVA, 2013, p. 89).

Referente à dinâmica psicossomática, Jung descreve que:

Um funcionamento inadequado da psique pode causar tremendos prejuízos ao corpo, da mesma forma que, inversamente, um sofrimento corporal consegue afetar a alma, pois alma e corpo não são separados, mas animados por uma mesma vida. Assim sendo, é rara a doença do corpo, ainda que não seja de origem psíquica, que não tenha implicações na alma. (JUNG, 2011b, p. 127).

## 2.2 MÉTODO

Realizou-se uma revisão integrativa de artigos no Portal de Periódicos CAPES por angariar muitas bases de dados e acesso a revistas científicas – com destaque para o *Journal of Analytical Psychology*, específico para publicações em Psicologia Analítica – e na Biblioteca Virtual de Saúde (BVS) por trazer artigos pertinentes à área da Psicologia da saúde. Optou-se por esse método visando um panorama sobre o objeto de estudo em questão: publicações acadêmico-científicas em periódicos sobre psicossomática na perspectiva da Psicologia Analítica.

A revisão pelo Portal de Periódicos CAPES foi feita em duas etapas: a primeiro com os recursos de pesquisa “no assunto” e “é” (termo exato), obtendo-se resultados limitados; e a segunda com os filtros “qualquer” e “é” (termo exato) que ampliou a quantidade de artigos relacionados. Os termos de pesquisa utilizados foram 1) ‘Psicossomática’ e ‘Psicologia Analítica’, 2) ‘Psicossomática’ e ‘Jung’, 3) ‘Psicossomática’ e ‘Representação Simbólica’. Já a busca na base de dados BVS foi filtrada por “títulos, resumo e palavras-chave”, com os mesmos termos supracitados.

Outros periódicos diretamente relacionados à Psicologia Analítica inseridos na Plataforma CAPES também foram consultados (*The International Journal of Jungian Studies*, *Jung Journal*, *Journal of Jungian Scholarly Studies* e

*Quaderni di Cultura Jungiana*), porém não foram encontrados trabalhos associados ao tema Psicossomática.

A partir do subtotal obtido nas bases de dados, realizou-se a leitura dos resumos, sendo excluídos livros, capítulos de livro, monografias, dissertações, teses, artigos incompletos, repetidos e/ou indisponíveis para acesso online e publicações com viés estritamente médico ou com embasamento teórico diferente do objetivo desta revisão. Aqueles que propunham correlações (diferenças ou semelhanças) com a Psicologia Analítica foram considerados. Por fim, todas as publicações selecionadas foram lidas para compor a presente revisão de literatura.

As consultas foram feitas entre junho e agosto de 2018 e novamente em novembro de 2019, após a primeira submissão a uma revista científica, conforme sugestão dos pareceristas. A pesquisa foi feita nos idiomas português, inglês e espanhol, limitadas a publicações até o ano de 2018.

## 2.3 RESULTADOS

TABELA 1 – QUANTIFICAÇÃO DOS ARTIGOS SELECIONADOS PARA A REVISÃO

Base de dados	Subtotal	Exclusões	Total
CAPEs	235	204	31
BVS	447	434	13
Total	682	637	44

Fonte: A autora (2019).

Foram encontrados 682 trabalhos, sendo 44 pertinentes ao objeto de estudo desta pesquisa. A TABELA 1 apresenta a quantidade elencada nas buscas e a TABELA 2 sintetiza os estudos selecionados.

TABELA 2 – RESUMO DOS ARTIGOS SELECIONADOS

Autor (ano)	Tipo de publicação	Resumo das contribuições do estudo
MEIER (1963)	Não pesquisa; estudo teórico	Origem da Medicina Psicossomática.
WHITMONT (1964)	Não pesquisa; estudo teórico	Psicoterapia (insights) como prática complementar ao tratamento médico; promotora de alívio emocional.
HARLING (1966)	Não pesquisa; estudo teórico	Compreensão epistemológica e filosófica da palavra psicossomática.
LEDERMANN (1967)	Não pesquisa; estudo teórico	Compreensão epistemológica e filosófica da psicossomática.
MAHER-LOUGHNAN (1975)	Não pesquisa; estudo teórico	Técnica de auto-hipnose como possibilidade terapêutica em doenças psicossomáticas, porém, não aplicável a muitos casos.

TABELA 2 – RESUMO DOS ARTIGOS SELECIONADOS (continua)

ASTOR (1990)	Não pesquisa; estudo teórico	Contribuições da perspectiva desenvolvimentista à psicologia analítica e conceito de deintegração e reintegração associada à psicossomática.
SIDOLI (1993)	Não pesquisa; estudo teórico	Afetos negativos na infância geram conteúdos inconscientes que posteriormente entram em conflito com o ego, o qual responde com resistência ao sintoma.
WIENER (1994)	Não pesquisa; estudo teórico	Compreensão epistemológica e filosófica da palavra psicossomática.
CLARK (1995)	Não pesquisa; estudo teórico	Compreensão de cura psicossomática pela experiência e interpretação simbólica; atenção ao mecanismo de transferência e contratransferência.
CLARK (1996)	Não pesquisa; estudo teórico	Sintomas psicossomáticos associados às fases iniciais do desenvolvimento infantil.
KRADIN (1997)	Não pesquisa; estudo teórico	Atenção ao mecanismo de transferência e contratransferência na análise de sintomas psicossomáticos, entendidos como símbolos derivativos do self.
SIDOLI (1998)	Não pesquisa; estudo teórico	Análise simbólica de sintomas através de sonhos como forma de lidar com o conflito psíquico.
PLASSMAN (1998)	Não pesquisa; estudo teórico	Análise da interação psicossomática pela psicologia analítica; compreensão da manifestação corporal em contato com o mundo interno (subjetivo).
REDFERN (2000)	Não pesquisa; estudo teórico	Relação terapeuta-paciente diante da manifestação de afetos negativos pelo paciente.
MUELLER et al (2000)	Pesquisa de abordagem quantitativa	Associação de tipos psicológicos e adoecimento; prevalência da tipologia sensação em homens com enxaqueca.
HARTMAN; ZIMBEROFF (2004)	Não pesquisa; estudo teórico	Categorização de experiências corretivas sobre traumas não curados.
MÜELLER; RAMOS (2004)	Pesquisa interventiva, comparativa	Benefícios da abordagem simbólica em trabalho psicoterapêutico associado ao tratamento médico em pacientes com afecções dermatológicas.
PRONER (2005)	Não pesquisa; estudo teórico	Especulações sobre associação de aspectos físicos e mentais no diagnóstico de ansiedade.
GIBEAULT (2005)	Não pesquisa; estudo teórico	Análise de caso de paciente psicótico por meio do viés simbólico.
CLARK (2006)	Não pesquisa; estudo teórico	Contribuições da teoria de spinoza no caso de paciente borderline, condição clínica e compreensão da dinâmica psíquica dessa patologia.
HARTMAN; ZIMBEROFF (2006)	Não pesquisa; estudo teórico	Compreensão sobre o conceito de cisão e significado disso no funcionamento psíquico do indivíduo.
URBAN (2006)	Não pesquisa; estudo teórico	Discussão sobre o conceito de deintegração e defesa da perspectiva desenvolvimentista na compreensão do modelo psicodinâmico na infância.

TABELA 2 – RESUMO DOS ARTIGOS SELECIONADOS (continua)

KOSS-CHIOINO (2006)	Não pesquisa; relato de experiência	1) tornar-se curador; 2) empatia no relacionamento media o processo de cura; 3) experiência espiritual subjetivamente registrada para posterior influência sobre a cura.
MACHADO JÚNIOR (2007)	Não pesquisa; estudo teórico	Análise de caso de rinite alérgica e possibilidade de compreensão abrangente por meio da dimensão simbólica.
URBAN (2008)	Não pesquisa; estudo teórico	Compreensão da unidade psicossomática na infância pela perspectiva desenvolvimentista.
COLMAN (2008)	Não pesquisa; relato de experiência	Conceitos e diferenciações sobre self: 1) totalidade; 2) senso de / entendimento sobre a existência de uma experiência numinosa; 3) identidade pessoal / alma.
WALDRON (2008)	Não pesquisa; estudo teórico	Compreensão sobre as consequências da vivência de um trauma como causador da dissociação da psique.
CASTELLANA (2009)	Não pesquisa; estudo teórico	Psicoterapia como via para reconexão entre mente e corpo e uso de técnica de sandplay no processo terapêutico.
RAFIEIAN; HOSIER (2011)	Não pesquisa; estudo teórico	Compreensão sobre o sintoma de dissociação no desenvolvimento de quadros psicopatológicos.
KRADIN (2011)	Não pesquisa; estudo teórico	Análise da interação mente-corpo por meio de proposta de modelo teórico da relação mãe-bebê; qualidade da interação materno-infantil no desenvolvimento de doenças psicossomáticas.
CARREIRO (2011)	Não pesquisa; estudo teórico	Análise simbólica dos sintomas causados por prurido vulvar e tratamento homeopático próspero.
PRIGATANO (2012)	Não pesquisa; estudo teórico	Recurso simbólico e considerações sobre conceitos da psicologia analítica (como processo de individuação e sincronicidade) na reabilitação neuropsicológica de pacientes.
THIBEAULT; SABO (2012)	Pesquisa de abordagem qualitativa	Expressões artísticas como recurso de enfrentamento ao adoecimento; expressões arquetípicas de deusas para compreensão da jornada feminina.
MARLO (2013)	Não pesquisa; estudo teórico	Entrevista com donald kalsched sobre correlação entre espiritualidade, alma e experiência de um trauma. Contribuições de jung para elaboração da teoria sobre o trauma.
KALSHED (2013)	Não pesquisa; estudo teórico	Exemplos de como trabalhar com forças primitivas (inconscientes) em casos de adoecimento após vivência de trauma. Analogias da experiência traumática com história arquetípica.
AUSTIN (2013)	Não pesquisa; estudo teórico	Esboço de metáforas espaciais para a psique aplicadas a casos em que o paciente se expressa somaticamente. Estimam-se resultados positivos da proposta de intervenção tendo em vista a abrangência de dimensões pessoal, cultural e ancestral com o uso da metáfora.

TABELA 2 – RESUMO DOS ARTIGOS SELECIONADOS (conclusão)

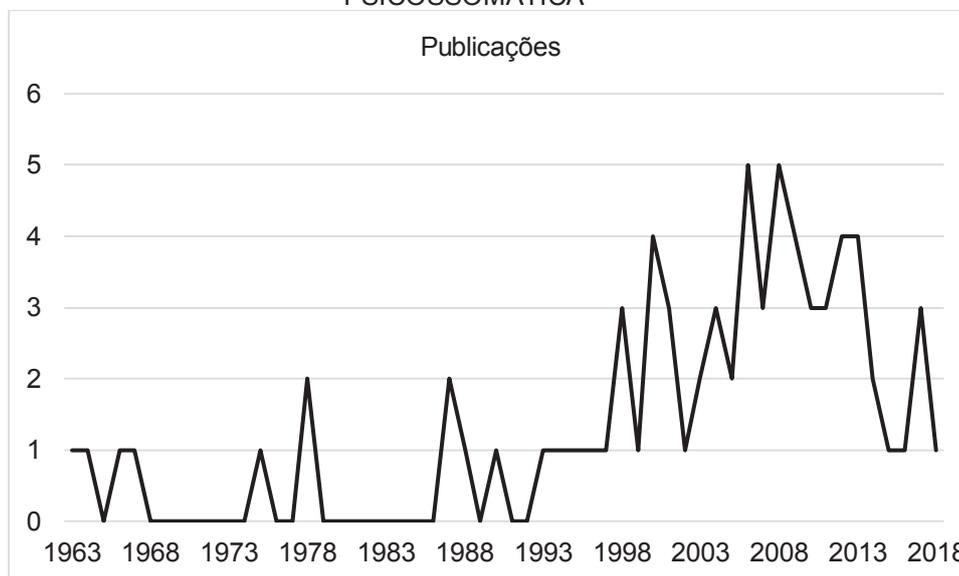
AUSTIN (2013)	Não pesquisa; estudo teórico	Estudo de caso de paciente com transtorno alimentar; correlações entre comportamentos manifestos e funcionamento psíquico sob a perspectiva da psicologia analítica.
CARVALHO (2014)	Não pesquisa; estudo teórico	Conceito de sincronicidade observado na prática clínica e interação entre psique-soma do terapeuta e do paciente.
GUSAROVA (2014)	Não pesquisa; estudo teórico	Uso de técnicas não verbais para reabilitação de paciente com alteração no nível de consciência.
SOUZA; JUCÁ (2015)	Não pesquisa; revisão de literatura	Interlocução entre os pensamentos de steiner e jung; influências da antroposofia à psicologia analítica. Destaque para o recurso simbólico como ferramenta terapêutica na prática clínica.
LEITE JÚNIOR; KATZER; RAMOS (2017)	Não pesquisa; estudo teórico	Prática clínica embasada na psicologia analítica para atendimento de pacientes que sofrem com queda de cabelo pode auxiliar na compreensão do caso para além do sintoma, por agregar suporte psicoemocional e orientação terapêutica.
PASSOS; LIMA (2017)	Não pesquisa; estudo teórico	Benefícios da técnica calatônica em pacientes com fibromialgia, visando à remissão dos sintomas por meio da regulação emocional.
ELIAS et al (2017)	Pesquisa exploratória comparativa, descritiva de abordagem quantitativa e qualitativa	Apresentação de resultados de técnica interventiva (rime) aplicada em ambiente hospitalar. A mobilização de imagens promoveu fortalecimento da libido em mulheres com câncer.
WHITNEY (2018)	Não pesquisa; estudo teórico	Compreensão sobre o sagrado na contemporaneidade através da neurociência afetiva; conexão mente-corpo nos processos psíquicos conscientes e inconscientemente representados.

Fonte: A autora (2019).

Os artigos resultantes se encontram, predominantemente, na língua inglesa (85%) e datam das décadas de 1963 a 2018, constatando-se aumento de publicações a partir da década de 1990. O gráfico a seguir (GRÁFICO 1) retrata o panorama de publicações que relacionam Psicologia Analítica e Psicossomática. Observou-se maior quantidade de estudos teóricos, alguns elucidados com vinhetas clínicas (n=25). Foram encontradas poucas pesquisas (n=5), porém o limitado tamanho amostral permite a análise de um grupo particular que não necessariamente retrata as características gerais de

determinada patologia ou de uma coletividade no contexto geográfico, histórico e sociocultural.

GRÁFICO 1 – PANORAMA DE PUBLICAÇÕES EM PSICOLOGIA ANALÍTICA E PSICOSSOMÁTICA



FONTE: A autora (2019).

Dos artigos selecionados, 50% eram de revistas com marco teórico da Psicologia Analítica, sendo a maioria publicada no *Journal of Analytical Psychology*. Os trabalhos discutiram a abordagem Psicossomática em si – questões filosóficas e epistemológicas – e também a aplicação dessa ciência no estudo de patologias específicas. Os quadros diagnósticos mais publicados compreendem transtornos de humor, de personalidade e alimentares, sintomas neurológicos e respiratórios, afecções dermatológicas e dores crônicas. Os artigos foram categorizados de acordo com o desenvolvimento da discussão central, destacando-se os itens Causas do Adoecimento e Propostas de Intervenção Terapêutica, apresentados adiante.

Mesmo com a exclusão dos artigos não correspondentes com a Psicologia Analítica, os que contemplavam a teoria Junguiana resgataram conceitos e autores da Psicanálise, tendo em vista o correlato fundo teórico da Psiquiatria Dinâmica e a influência direta de Freud na trajetória acadêmica e

pessoal de Jung. Sendo assim, apreciações psicanalíticas também foram pontuadas no tópico referente à discussão dos resultados da presente revisão.

Focado para o panorama das publicações em Psicologia Analítica, os primeiros textos datam da década de 1960. O mais antigo tem autoria de Carl Alfred Meier, analista Junguiano, o qual apresenta um ensaio sobre a Medicina Psicossomática na perspectiva analítica (1963). Seguido deste, o também analista Junguiano Edward Whitmont, exemplifica a ação coadjuvante da terapia medicamentosa com a clínica psicológica em cinco estudos de caso, defendendo que insights provenientes do setting terapêutico trazem alívio emocional de tensões que originariamente impediam a resposta medicamentosa (WHITMONT, 1964).

Esse modelo de discussão teórica com elucidação de casos foi encontrado em trabalhos recentes, tanto com respaldo metodológico de pesquisa em formato acadêmico-científica, como em estudos de caso apresentados em linguagem clínico-ensaística.

Ressalta-se que a Psicologia teve significativo impulso científico por meio da pesquisa empírica amparada por investigação experimental e teórica (RUCKMICK; WARREN, 1926). Influenciados pela ciência positivista (em voga) e visando o reconhecimento da comunidade científica, muitos autores, na tentativa de aprofundar na correlação psique-soma, acabaram recaindo sobre a dicotomia mente-corpo. Sintomas de conversão histérica, quadros de asma e úlcera, por vezes, eram vistos como resultantes de um conflito emocional ou como característica da estrutura de personalidade do paciente (WOLFF, 1971).

Conforme pontuado por Wolff (1971), com a constatação das limitações da pesquisa estritamente observacional surgiu o crescente interesse em quantificar a experiência subjetiva, sendo necessária a obtenção da narrativa do indivíduo. “Somente dessa maneira o observador ou médico pode chegar ao entendimento psicológico do que o paciente está experimentando e o que essa experiência significa para ele” (WOLFF, 1971, p. 526).

O médico alemão Georg Groddeck [1886-1934], encontrou na palavra Es<sup>3</sup> o conceito para expressar mente e corpo, a totalidade do homem. Segundo

---

<sup>3</sup> Gramaticalmente, Es é classificado como pronome neutro, usado para referir a substantivos nem masculinos e nem femininos (não há equivalente na língua portuguesa).

Balenci (2018), o termo compartilha o sentido de Self, empregado por Jung enquanto elemento central da estrutura psíquica do indivíduo sendo, ao mesmo tempo, representante do todo.

Eu me convenci de que a distinção entre corpo e mente é apenas verbal e não essencial, que corpo e mente são uma unidade, que eles contêm um Isso, uma força que nos faz viver enquanto acreditamos que estamos vivendo. ... Em outras palavras, da primeira vez que rejeitei a separação de doenças corporais e mentais, tentei tratar o indivíduo paciente, o Isso nele, e tentei encontrar um caminho dentro de regiões inexploradas e inacessíveis<sup>4</sup>. (Groddeck, 1977 apud Ávila & Winston, 2003).

O conceito de Self é complexo devido à abstração e multiplicidade de sentidos que o compõem. Colman (2008) diferencia o termo em três usos dentro da teoria Analítica, Self como: 1) totalidade; 2) senso de conhecimento; e 3) identidade pessoal que leva ao ponto central da personalidade. O primeiro é comum a todos os seres vivos e os outros dois são características essencialmente humanas frequentemente confundidas entre si. Senso de conhecimento diz respeito a 'saber sobre' a existência de um Self. Já a associação de Self como âmago do indivíduo requer processo de autoconhecimento e cultivo da alma.

Parte dos artigos encontrados na revisão integrativa empregam o termo Psicossomática em seu sentido etimológico, isto é, discussão da raiz das palavras psique e soma (CLARK, 1996; COLMAN, 2008). Compreende-se a unidade Psicossomática como totalidade, tendo em vista a nossa composição enquanto seres emocionais, pensantes e físicos, isto é, manifestações representadas em uma única substância (CLARK, 2006).

A análise do sintoma manifesto por si só pouco explica sobre a etiologia da doença. Esta surge com o desequilíbrio entre sujeito e objeto. Entende-se por objeto tudo o que não pertence ao complexo egóico, que não compõem o senso de identidade. Deve-se levar em conta aspectos como história de vida pessoal,

---

<sup>4</sup> Tradução livre. Versão original em inglês: “[...] I had become convinced that the distinction between body and mind is only verbal and not essential, that body and mind are one unit, that they contain an It, a force which lives us while we believe we are living. [...] In other words, from the first I rejected a separation of bodily and mental illnesses, tried to treat the individual patient, the It in him, and attempted to find a way into the unexplored and inaccessible regions”.

contexto sociocultural, morbidade progressiva e a dinâmica psíquica do indivíduo, o que inclui manifestações inconscientes.

Entre o consciente e o inconsciente há uma espécie de 'relacionamento de incerteza', porque o observador é inseparável do observado e sempre o perturba pelo ato de observação. Em outras palavras, a observação do inconsciente prejudica a observação do consciente e vice-versa (JUNG, 2012).

Dentre os artigos analisados com embasamento analítico, evidencia-se investimento teórico sobre a constelação de outros complexos sobre o egóico. Algo ou um evento que provoca intensa carga afetiva atinge o indivíduo, o qual não consegue ressignificar a vivência, ultrapassando as possibilidades de contenção do ego. Diz-se então, de um complexo autônomo e personificado que cinde a harmonia psíquica (RAMOS, 2006).

O complexo do eu deixa, por assim dizer, de constituir a totalidade da pessoa. Subsiste-lhe uma segunda essência que sobrevive a seu modo, impedindo e perturbando o desenvolvimento e o progresso do complexo do eu ... Deste modo percebemos como a psique é influenciada por um complexo que adquiriu maior intensidade. (JUNG, 2011a, p. 58).

Psicossomática é caracterizada por uma substância psicóide no sentido metafísico, pois estabelece dinamismo nas relações internas e interpessoais, isto é, não somente a nível intrapsíquico, mas em experiência simbólica com o mundo. A unidade indiferenciada mente-corpo é entendida dentro do conceito de *participation mystique*<sup>5</sup>, integrado à abordagem Junguiana, em que sujeito e objeto permanecem juntos por uma poderosa identidade inconsciente (CLARK, 1996).

Segundo Urban (2005), a ideia de unidade psicossomática não é encontrada de forma precisa nos escritos de Jung. Porém, é evidente a compreensão da influência mútua, não sendo possível versar sobre o psíquico sem articulá-lo ao somático, tendo as polaridades (pares opostos e complementares) como um dos conceitos-chave da teoria analítica. Jung coloca que "não se pode tratar da psique, sem mexer no todo, isto é, no último e mais profundo, da mesma forma que não se pode tratar de um corpo enfermo, sem considerar a totalidade de suas funções" (JUNG, 2013, p. 91); e acrescenta ainda

---

<sup>5</sup> Termo cunhado pelo filósofo e antropólogo francês Lévy-Bruhl [1857-1939] para caracterizar o pensamento primitivo.

sobre a importância de se incluir “a pessoa do doente”, isto é, a subjetividade e dinâmica psíquica, além do sintoma manifesto biologicamente.

A cisão em dualidades enfatiza o distanciamento de conceitos que se complementam no sentido de que um só é definível porque o outro coexiste, por exemplo “matéria-espírito, qualidade-quantidade, natureza-homem, objeto-sujeito, corpo-alma, sentidos-razão, organismo-mente, paixões-vontade (LUZ, 1997, p. 30 apud BOECHAT, 2004, p. 02).

Brandão (1987) lembra que desde as histórias mitológicas está presente a ideia de que recobrar o bem-estar somático requeria o cuidado psíquico. Conclui que “certamente em épocas mais recuadas só havia cura total do corpo em Epidauro<sup>6</sup>, quando primeiro se curava a mente. Em outros termos, só existia cura, quando havia metánoia, ou seja, transformação de sentimentos” (BRANDÃO, 1987, p. 91).

A outra perspectiva analítica encontrada com viés desenvolvimentista tem Michael Fordham [1905-1995] como principal representante. O autor compreende que, inicialmente, o processo de deintegração é psicossomático devido à incapacidade da criança em diferenciar representações mentais de experiências corporais (FORDHAM, 1985 apud PRONER, 2005). Essa construção teórica teve influências de Melanie Klein [1882-1960] e é convergente ao pensamento de Wilfred Bion [1897-1979]. Enquanto a primeira versa sobre a transformação dos elementos beta em elementos alfa (matriz inicial em que físico e psíquico são idênticos), Bion afirma que o resultado do trabalho de impressões de sentido é acolhido e mediado pela mãe (função alfa) no desenvolvimento infantil (PRONER, 2005).

Ao longo da vida ocorrem sucessivas deintegrações e reintegrações que promovem o desenvolvimento salutar do indivíduo. Fordham observou que no período da infância a unidade psicossomática deintegra em mente e corpo e

---

<sup>6</sup> Local referenciado como templo, centro médico, cultural e de lazer (BRANDÃO, 1987).

reintegra em mente-corpo, processo que ajuda a compor o senso de Self (URBAN, 2005).

## 2.4 DISCUSSÃO

### 2.4.1 Causas do adoecimento

A leitura dos estudos da presente revisão possibilitou a formulação de duas categorias, as quais são: causas do adoecimento e propostas de intervenção terapêutica. A análise de quadros patológicos pela abordagem Junguiana permite a perspectiva simbólica da doença, isto é, para além de sintomas do domínio físico. “O rótulo aqui significa menos do que os processos que causaram a somatização [do paciente]” (ÁVILA, 2006, p. 165).

Corroborando com a descentralização dos critérios para encerramento diagnóstico e visa à promoção de saúde holística. Campos e Rodrigues (2005) lembram que a psicossomática, enquanto ramo de conhecimento inserido no campo assistencial, “caracteriza-se como uma atitude na promoção de saúde, postulando uma visão integrada, na sua unidade irreduzível corpo-mente, inserido no seu ambiente físico e socioeconômico-cultural” (p. 299).

Dentre os artigos analisados, evidencia-se associação com distúrbios na esfera psicoemocional (LEITE; KATZER; RAMOS, 2017), seja por influência de acontecimentos externos ou por um gatilho interno que desencadeia e/ou mantém o sintoma. Não há resposta única sobre o adoecer, entretanto, há o consenso de que essa adversidade pode estar acompanhada de uma fragmentação no fluxo energético entre consciência e inconsciente ou associada a uma malformação da estrutura egóica.

Referente à tentativa de estabelecimento de uma dinâmica mais equilibrada, Driver (2005) apresenta um caso clínico cuja análise resultou na dificuldade em encontrar a homeostase entre os meios psicológico (interno) e somático (externo). A autora relaciona que essa regulação depende do desenvolvimento da pessoa e sua capacidade egóica de reflexão, entendimento

e nutrição do Self. Uma dinâmica desarmônica pode levar à somatização (DRIVER, 2005).

Kradin (1999) comenta que muitas etiologias da psicopatologia humana são derivadas de uma rigidez do super-ego. O autor faz conexões com a Psicanálise e compreende que à medida que se mobiliza a libido estagnada, o super-ego passa a ser mais tolerante e reflete em uma personalidade mais estável.

Em publicação mais recente, Kradin (2011) levanta a possibilidade de o fenômeno Psicossomático ser ocasionado por uma falta de resposta empática materna no desenvolvimento da autonomia da criança. Consonante à falta de conexão emocional materna, insere-se a etiologia do Transtorno de Personalidade Borderline como exemplo. Clark (2006) acrescenta a importância da interação desde a vida intrauterina, bem como o papel da família (inclusive o pai) na relação com a criança para a ordenação entre psique e soma.

Este quadro é caracterizado por como uma falha ou falta no desenvolvimento do indivíduo para a diferenciação entre fantasia e realidade, sujeito e objeto, imergindo-o em um estado de confusão mente-corpo. Clark (2006) pontua que essa inabilidade de distinção leva à formação de um falso Self ou um Self narcísico, manifesto em comportamentos impulsivos e (auto)destrutivos por não serem capazes de suportar a realidade que ameaça sua fantasia onipotente. O sintoma é percebido como elemento externo e estranho ao indivíduo e, diante do acometimento de uma doença, o primeiro movimento é pela busca por respostas e compreensão racional da etiologia.

Ambos os autores trazem o viés desenvolvimentista da Psicologia Analítica. Inicialmente fusionado, o vínculo mãe-bebê precisa ser deintegrado possibilitando a diferenciação do Self primário para posterior reintegração e desenvolvimento do Self enquanto arquétipo central da dinâmica psíquica do indivíduo. Segundo Fordham:

à medida que a criança é trazida para a relação com sua mãe ambiental ela ganha experiência que leva à formação de imagens inevitáveis, e também parece inevitável que estas deem origem para uma forma de consciência que gradualmente integra para formar um ego cada vez mais coerente. (FORDHAM, 1993, p. 09).

Do contrário, quando este campo é perturbado, a criança é incapaz de se desenvolver psicologicamente e não realiza o movimento de deintegração e reintegração, ou, em outras palavras, permanece apenas nos elementos beta de Bion (PRONER, 2005), um indivíduo incapaz de apreender e ressignificar experiências. A mãe que acolhe e ajuda a dar sentido às manifestações emocionais da criança, contribui a favor de um desenvolvimento bem-sucedido, possibilitando um psiquismo melhor estruturado e características de personalidade mais fluidas.

Ainda no seguimento da linha desenvolvimentista, Colman (2008) retoma a importância sobre o estágio da infância que é quando a noção de indivíduo (eu e não-eu) é formada. Essa fase é demarcada pela organização e diferenciação entre sujeito e objeto (URBAN, 2005 apud COLMAN, 2008), levando à construção da identidade pessoal e, portanto, à afirmação de se ter um Self. Posteriormente, uma falta ou falha na divisão / formação do Self pode acarretar no estranhamento do indivíduo consigo próprio, ou seja, deparar-se com aspectos autodepreciativos, frequentemente, não nomeáveis (COLMAN, 2008), manifestos em sintomas, sejam doenças, comportamentos, símbolos em geral.

Acentua-se a importância do indivíduo ser capaz de deintegrar e reintegrar continuamente, não somente na relação com o materno, mas para serem integradas à consciência e promover o estado salutar da psique a partir da ressignificação simbólica de qualquer adversidade. “O estado pré-egóico é o estado paradisíaco, unitário, não-dividido” (RAMOS, 2006, p. 14), sendo o caos mobilizador da deintegração, uma experiência desconfortável, porém necessária ao desenvolvimento.

Sidoli (1993) observou que muitos pacientes com sintomas somáticos, apresentam forte defesa egóica. Associou à teoria desenvolvimentista em que Fordham postula que o mecanismo de defesa primário advém do Self, ativado quando a mãe falha ao prover cuidados emocionais essenciais ao bebê. A autora atendeu a alguns casos em que a emergência de um conteúdo primitivo

inconsciente é vista como algo a ser combatido pelo ego, resistindo a qualquer tipo de representação simbólica.

Mecanismos de defesa como repressão e negação podem ser ativados na tentativa de proteger o indivíduo a ter que lidar com o mal-estar, traduzido por sentimentos de dor e insatisfação ou sensação de perda, por exemplo. Esses mecanismos acabam bloqueando o fluxo consciente-inconsciente e aprisionam o sentido no corpo, isto é, o adoecimento se manifesta devido à não elaboração de sentido (RAMOS, 2006, p. 193).

A incapacidade de simbolização denota cisão no eixo ego-Self, um desequilíbrio na estrutura psíquica. Mathers (2001), analista Junguiano, enfatiza que corpo, mente e espírito devem ser mapeados em conjunto na pessoa, do contrário, ocorre uma falha semântica entre Self e ego, isto é, não há formação de sentido para sanar o eixo cindido (p. 80). Mathers esclarece a relação entre adoecimento e o eixo ego-Self:

O sofrimento do corpo diz respeito à separação ego-Self, ajudando a formar o eixo ego-Self. Somatização resulta se a separação ego-Self não é suficiente, se sofrermos demais, para além da nossa capacidade de elaborar sentido. Se isso ocorre nós enfrentamos uma crise física e espiritual<sup>7</sup>. (MATHERS, 2001, p. 75).

Pela abordagem analítica clássica, tem-se o conceito de sincronicidade que converge com a concepção psicossomática. Delineia sobre a existência de coincidências significativas entre eventos internos e externos, aparentemente sem conexão ou explicação lógico-causal. Ambos acontecem concomitantemente ou temporalmente muito próximos um do outro, sendo apreendido como fenômeno sincrônico e significativo somente se fizer sentido, se for entendido como importante para a pessoa. Para Jung (2016) a sincronicidade complementa os fatores estabelecidos pela física clássica na tríade espaço, tempo e causalidade, pois inclui o fator psicóide na interação com

---

<sup>7</sup> Tradução livre. Versão original em inglês: *“the suffering of the body brings about ego-self separation, helping form the ego-self axis. Somatisation results if ego-self separation does not happen enough, if we suffer too much, beyond our capacity to make meaning. If this happens we face a physical and spiritual crisis”*.

o mundo— psicóide significa uma característica concomitante quase psíquica e quase material (BOECHAT, 2004, p. 10).

Urban (2006) esclarece que a sincronicidade se dá em uma fração de segundo em que as capacidades de reconhecimento e percepção se conectam; um encontro que resulta no mapeamento do campo subjetivo. Quando o evento externo é percebido em associação à dinâmica interna do indivíduo, ocorre uma sintonização e, portanto, um processo de identificação projetiva.

Jung propõe o fenômeno sincronístico para debruçar sobre a relação alma-corpo. “É sobretudo o fato da ordem sem causa, ou melhor, do ordenamento significativo que poderia lançar alguma luz sobre o paralelismo psicofísico” (JUNG, 2016), isto é, reivindicar a existência de uma harmonia preestabelecida que exerce influência sobre situações, aparentemente, sem conexão causal. Assim, o acometimento de uma doença pode ser ressignificado por meio de eventos sincronísticos, quando o paciente constata uma comunicação entre vivências na sua relação direta ou indireta com o mundo<sup>8</sup>.

Simultaneidade implica em recair sobre ambos, mente-corpo, interno-externo; sem necessariamente haver correlação de causa e efeito. A compreensão sobre a sincronicidade está além da capacidade racional humana, tal como o processo de adoecer pode acontecer sem o controle ou percepção imediata do indivíduo.

Boechat (2004) dedica parte de sua tese para elucidar sobre o fenômeno da sincronicidade e releva que “patologias psicossomáticas não podem ser abordadas pela causalidade e sim pela sincronicidade” (p. 02). O sintoma não deve ser analisado somente em sua manifestação presente, mas também em seu direcionamento, cabendo questionar “para quê” se manifestou.

A visão prospectiva está relacionada ao aspecto teleológico do método analítico. Pensadores antecessores à Jung já defendiam esse conceito, visto em Spinoza que a finalidade do sintoma não se volta à causa da afecção sobre a alma ou ao corpo, mas aos efeitos disso (SPINOZA, 1965; CLARK, 2006); e em Groddeck com a pergunta citada no parágrafo anterior: “A pergunta: para quê? foi por muito tempo excluída do nosso pensamento médico. Apesar da má

---

<sup>8</sup> Jung comenta que um fenômeno sincronístico, mesmo que dotado de significado para uma pessoa, pode acontecer sem a participação direta desta, de sua psique. É psicofísico, mas pode ocorrer em outras relações além de alma e corpo (JUNG, 2016, nota de rodapé 126).

reputação de toda teleologia, é necessário investigar o propósito da doença de um homem... por que o *Es* possui propósitos específicos” (GRODDECK, 1917, p. 27 apud BALENCI, 2018, p. 11).

O paradigma Junguiano compreende que o confronto entre pares opostos gera tensão, portanto energia, cuja resolução / atenuação ocorre pela formação de um terceiro elemento (SIDOLI, 1993). No contexto saúde-doença, o sintoma provoca embate à condição salutar e de bem-estar do indivíduo, cuja cura se dará pela atribuição de significado à experiência. Nem toda elaboração de sentido precisa ser colocada verbalmente, mas requer um símbolo que o identifique.

Wiener (1994) pontua sobre os sintomas não manifestos em doenças, mas aqueles expressados por comunicação não-verbal, diferenciados entre linguagem corporal e fala corporal. A primeira é inerente à comunicação normal, pois está integrada à expressão verbal e possibilita o processo de simbolização do sintoma. A fala corporal é caracterizada por um modo primitivo de comunicação presente na relação mãe-bebê que, no desenvolvimento posterior do indivíduo, acarreta na dificuldade de colocar em palavras pensamentos, sentimentos e reflexões.

A não simbolização remete à alexitimia, sinal frequentemente observado no adoecimento psicossomático. Cunhado pelo médico Peter Sifneos [1920-2008], a palavra possui origem grega que significa a ausência de palavras para as emoções; o indivíduo não consegue reconhecer, exprimir nem representar o que sente ou pensa, tão pouco diferenciar sensações corporais de estados emocionais (CERCHIARI, 2000).

Ao atender uma paciente com quadro psicótico, Jung observou essa incapacidade de nomear ocasionada pela vivência de um luto e sentimento de culpa. Sua intervenção foi por meio do Teste de Associação de Palavras que reestabeleceu conexões cindidas por uma resposta arquetípica (MATHERS, 2001, p. 73).

Uma perspectiva mais específica do adoecimento sobre o sintoma de enxaqueca, proposta por Mueller, Gallagher, Steer e Ciervo (2000), correlacionou a tipologia Junguiana com o diagnóstico. O estudo encontrou que há prevalência de homens do tipo sensação com enxaqueca, possivelmente

devido à alta reatividade ao estresse. Por perceberem o mundo tendo os órgãos do sentido como referencial, pessoas do tipo sensação podem ser mais suscetíveis à intensidade de dores ou reações que acometam o corpo físico.

#### 2.4.2 Propostas de intervenção terapêutica

A segunda categoria comum encontrada nos artigos foi a apresentação de propostas de intervenção terapêutica. Além da discussão teórica, os autores trouxeram contribuições da própria prática clínica ou de pesquisas conduzidas.

Kradin (2011) reforça a importância da teoria dos complexos de Jung enquanto propulsora da mudança de perspectiva de médicos sobre a relação mente e corpo; ainda que a maioria dos profissionais mantenha conduta de priorizar evidências biológico-científicas. O autor reconhece as lacunas da ciência Psicossomática que dão abertura para contestações e, em defesa desta, pontua que é necessário explicar para além da influência emocional sobre o diagnóstico. Somente esse dado não traz benefícios concretos à prática clínica ou ao paciente.

A psicossomática enquanto abordagem na assistência ao paciente, dentro do contexto saúde-doença, significa a aplicação de um método de percepção ampliada sobre a interação entre aspectos biológicos, psicológicos e sociais (WOLFF, 1971, p. 525). Mostra-se coerente com o papel do terapeuta orientado pela Psicologia Analítica, o qual procura integrar os conteúdos conscientes e inconscientes relacionados ao discurso do paciente, ampliando a demanda relatada. Se se encerrasse a ela, pouco benefício traria ao paciente. Jung alerta que “quanto mais o psicoterapeuta se deixar impressionar pela eventualidade de fatores hereditários ou de complicações psicóticas, tanto mais paralisará sua ação terapêutica” (2013, p. 100).

Pode-se fazer uma analogia entre os componentes da estrutura psíquica e a conduta do psicoterapeuta. Conteúdos conscientes são considerações sobre os fatos conhecidos, que podem ser aproximados ao registro da narrativa do paciente e dos sintomas observáveis. Conteúdos do inconsciente pessoal referem à análise do objeto desconhecido que está diretamente ligado à história pessoal do indivíduo, tal como o julgamento clínico pela afluência entre demanda

e o contexto / as situações ocorridas fora do setting terapêutico. Por fim, o inconsciente coletivo (conexão com questões universais arquetípicas) remete à associação de um conhecimento dentro de um espectro maior devido ao pano de fundo comum, por exemplo as características comportamentais gerais de um paciente com compulsão alimentar.

A primeira publicação encontrada que sugere um recurso terapêutico como parte do tratamento clínico psicológico, traz a hipnose e auto-hipnose aplicada aos distúrbios psicossomáticos, visando capacitar o paciente a reconhecer os complexos que desencadeiam os sintomas (MAHER-LOUGHNAN, 1975). Contudo, o autor não concebe a psicossomática como unidade. Maher-Loughnan (1975) reconhece algumas limitações da técnica de sugestibilidade ao condicionar casos resistentes (maior gravidade pela classificação orgânica da doença) e ao contraindicar a pacientes com doenças psicóticas coexistentes e com depressão endógena. Defende-se neste artigo o paradigma da Psicologia Analítica de que mente e corpo são indissociáveis e que todo adoecimento é psicossomático por refletir afecções psíquicas e físicas concomitantemente.

A interpretação simbólica pela perspectiva Junguiana pode ser aplicada tanto sobre os dados coletados pelo discurso como nas imagens (mentais ou gráficas) elaborados pelo indivíduo. A pesquisa de Elias et al. (2017), propõe uma técnica de relaxamento a 28 pacientes diagnosticadas com câncer. Foi encontrado que o exercício de imaginação dirigida voltado para o trabalho da espiritualidade contribui para o aumento da libido na percepção e fortalecimento de recursos pessoais construtivos e, portanto, para o enfrentamento da doença. Apesar dos autores terem elegido "*psychosomatic medicin*" (medicina psicossomática) como uma das palavras-chave do artigo, não há menção exata sobre isso, contudo, a conclusão do estudo contempla que uma atividade no campo psíquico é capaz de promover bem-estar físico, reforçando a ligação entre psique e soma.

O resultado próspero da pesquisa intervencionista de Elias et al. (2017) pode ser teoricamente complementada pelo comentário de Mathers de que

“qualquer técnica projetiva pode levar a uma regressão profunda (como hipnose), desbloqueando o ‘Espírito Mercurial’<sup>9</sup>” (MATHERS, 2001, p. 93).

Ou seja, o trabalho imaginativo estimula o contato / fluxo com o inconsciente, facilitando que temas arquetípicos sejam aflorados. Na Psicologia Analítica, Mercúrio representa a própria dinâmica psíquica<sup>10</sup>. Associado à mitologia (Mercúrio para os romanos e Hermes para os gregos), simboliza o agente da transformação, mediador entre o divino e o humano, fluxo entre inconsciente e consciência. Além dessa origem, remete ao elemento químico, também conhecido como prata-viva, e possui algumas propriedades interessantes – é o único metal a se apresentar na forma líquida em temperatura ambiente, sendo fluido e fugidio.

Gusarova (2014) apresenta a abordagem de processo orientado (*process-oriented approach*) aplicada para a reabilitação de pacientes com acometimento neurológico, baseada no médico e analista junguiano Arnold Mindell. A técnica propõe a saída da descrição da experiência para o lugar de senti-la, abrangendo o conceito teleológico da Psicologia Analítica, a teoria da informação sobre a experiência humana e a física quântica para eliminar contradições entre medida experimental e experiência direta.

Essa técnica inclui a possibilidade de reabilitar pacientes com diferentes níveis de consciência, seja em estado vegetativo ou com dificuldades de comunicação verbal, diferentemente de outros métodos que consideram apenas aqueles com habilidade verbal ou lucidez. Além disso, compreende a observação de sinais mínimos de manifestação física que sirvam de feedback, ressonância psicossomática e empatia entre paciente e terapeuta. Os resultados indicam que a relação psique e corpo não se limitam à consciência, enquanto campo de conhecimento ou estado de vigília. A interação ocorre em fluxo inconsciente e, por isso, o tratamento com pacientes desacordados se torna possível (inconscientes em termos neurológicos). Essa abordagem propõe a obtenção da ressonância caracterizada pela meta-comunicação, para além do

---

<sup>9</sup> Tradução livre. Versão original em inglês: “any projective technique can lead to deep regression (like hypnosis) unlocking the ‘spirit mercurius’”.

<sup>10</sup> Cf. VALENTE, A. G. **O Mercurius Alquímico como Modo de Compreender a Alquimia em Jung** (Dissertação de mestrado). Universidade Federal do Paraná, Curitiba, PR, Brasil. 2017.

contato transferencial e contra-transferencial usualmente estabelecido em setting analítico tradicional (GUSAROVA, 2014).

Relacionado à importância da mobilização do fluxo de energia na dinâmica psíquica, Kradin (1999) retoma o papel atuado pelo terapeuta como psicopompo, aquele que conduz a alma, e considera a generosidade como característica fundamental no processo analítico para propiciar maior adequação à estrutura egóica. O autor ressalta que generosidade deve ser entendida como “uma posição analítica em criar novas experiências psicológicas para que o paciente possa mitigar os efeitos de introjeções rígidas e antigas” (KRADIN, 1999, p. 224).

Ressalta-se que condição psíquica salutar não é sinônimo de homeostase, tão pouco se restringe ao equilíbrio de polos consciente e inconsciente. Tensionamento equivalente de forças tende à estagnação da energia; portanto, inércia do indivíduo e possibilidade de manifestação de outra natureza patológica. O termo empregado e meta do trabalho clínico analítico é a fluidez, isto é, visa-se a hermenêutica. A diminuição da tensão serve para sair do posicionamento unilateral enrijecido, facilitando a transitoriedade das vivências sombrias e elaboração de sentido destas. “Toda cura era um ato divino, um mistério, que só podia acontecer no escuro” (DOWNING, 1998, p. 239), isto é, permitir o contato com aspectos sombrios e a confluência entre as estruturas consciente e inconsciente.

A Psicologia Analítica resgata o entendimento de que adoecimento e cura compõem vias do mesmo processo. Ou seja, o que levou à doença pode ser resposta para o tratamento mais adequado ao indivíduo. Terapeuta e paciente devem ir de encontro ao significado da doença, pois ao passo que ela expressa também se disfarça no próprio sintoma (ÁVILA, 2006).

A integração espiritual também permeia a psicoterapia. Koss-Chioino (2006) afirma a importância da empatia concluindo que a experiência de pensar e sentir como o seu semelhante leva à transformação espiritual e, conseqüentemente, no auxílio para a cura do outro. Investimento no relacionamento interpessoal e desenvolvimento empático suscitam o trabalho de

despertar o curador ferido, seja entre terapeuta-paciente ou ego-Self (do curador que habita no próprio doente).

Mesmo que a concepção holística vá de encontro com os conceitos da Psicologia Analítica, foram encontrados artigos que aplicavam a psicossomática a tipos de adoecimento sem etiologia definida, ou na associação direta (causal) do aparecimento de um sintoma físico com a ocorrência de um evento traumático, acarretando uma disfunção psíquica. Pode haver essa conexão, mas a linearidade desse processo deve ser ponderada, pois o sintoma só apareceria se o evento estressor constelar um complexo; do contrário, provocaria uma emoção cujo manejo estaria ao alcance do indivíduo (RAMOS, 2006, p. 190).

Também foi constatado contradições na descrição do termo psicossomática ora como partes que se integram (“mente e corpo”), ora como unidade indivisível (“mente-corpo”). No entanto, ressalta-se que mais de 70% dos estudos selecionados datam de 1963 a 2012, anteriores à publicação do DSM-5, o que acaba influenciando na análise dos casos clínicos pelos profissionais de saúde, ainda que indiretamente.

“Só pouco a pouco é que [a psicoterapia] se foi libertando do universo ideológico da medicina terapêutica” (JUNG, 2013, p. 90). Ainda que os conhecimentos da área da saúde ocidental tenham sido construídos pelo pilar da Medicina, pouco a pouco intervenções multidisciplinares tem constituído sustentações de uma mesma estrutura. Jung explica que a psicoterapia surge a partir da constatação em se incluir pressupostos psíquicos aos fisiológicos, pois surgiam fatos demasiadamente complexos à ciência, a qual não era capaz de suprir / solucionar todos os problemas do homem (2013, p. 90).

O processo psicoterapêutico de orientação Junguiana propõe o trabalho simbólico com reelaboração de sentido de vivências e marcas afetivas. A continência do setting analítico promove ambiente acolhedor e de confiança ao paciente e a possibilidade de impulsioná-lo à transformação, ou seja, qualifica-lo a perceber a si, suas relações intrapsíquicas e interpessoais promovendo fluidez na metacomunicação entre elementos conscientes e inconscientes.

Portanto, a intervenção pela abordagem simbólica, seja em contexto psicoterápico ou de pesquisa clínica, indica resultados promissores à promoção e/ou resgate do equilíbrio psicossomático do indivíduo. Processo de

(re)elaboração de sentido frente à constatação de um diagnóstico denota possibilidade de fortalecimento pessoal (egóico) para melhor manejo da situação adversa, proporcionando uma vivência mais integrada do paciente com sua nova condição de saúde-doença.

## 2.5 CONCLUSÃO

Transtornos de somatização abrangiam os quadros de hipocondria, dor e outros distúrbios não diferenciados que eram determinados somente se o paciente se queixasse dos sintomas listados persistentemente por, pelo menos, seis meses (*AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION (APA)*, 2013). Tal conduta orientou profissionais da saúde até 2013, propondo uma nova perspectiva de clinicar com a publicação do Manual Estatístico de Transtornos Mentais – DSM-5.

Apesar da importância em registrar existência de dor, persistência e gravidade dos sintomas, a versão vigente defende que não devem ser primazia na tomada de decisão sobre o diagnóstico e tratamento do paciente. O enquadre de que a somatização seria a resposta final para quando o sintoma não pudesse ser respaldado por critérios médicos também foi declinado. A prática clínica passa a focar sobre a intensidade da perturbação que os sintomas exercem na vida diária, acompanhados de pensamentos, sentimentos e comportamentos excessivos, cabendo ao profissional saber identificar quando o paciente estiver enfrentando esse tipo de sofrimento para encaminhá-lo aos cuidados mais adequados para o caso (APA, 2013).

Ainda que a conduta norteadora do DSM-5 convide os profissionais a perceberem a multiplicidade de contextos que influenciam sobre o paciente, a práxis dá ênfase ao sintoma físico. A manutenção de um raciocínio estanque cuja tendência é separar o físico do emocional, ocorre também com o conceito de psicossomática. Apesar de não pertencer às categorias de transtorno mental apresentadas no DSM-5, está associado aos casos em que não se encontram explicações definidas sobre a etiologia de uma doença.

Esta revisão integrativa encontrou poucas publicações científicas sobre a Psicossomática na perspectiva da Psicologia Analítica. As publicações

possibilitaram duas categorias de análise, uma com foco sobre as causas do adoecimento e outra com propostas de intervenção, prezando o trabalho (psico)terapêutico. Os resultados permitiram a compreensão sobre o processo de adoecimento nas abordagens clássica e desenvolvimentista. Na primeira foram evidenciados os conceitos de sincronicidade e teleologia, enquanto na segunda, destacou-se o processo de deintegração e reintegração.

Com esses achados, conclui-se que: 1) a sincronicidade defende a simultaneidade de eventos que culmina na manifestação de um sintoma que precisa ser (res)significado; 2) o conceito de teleologia se aplica à compreensão sobre a finalidade do adoecimento; e 3) sentido e significado são obtidos a partir do movimento de deintegração e reintegração, necessário ao desenvolvimento psíquico salutar do indivíduo.

## 2.6 REFERÊNCIAS

- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION (APA). Somatic symptom disorder. Disponível em: <[https://www.psychiatry.org/File%2520Library/Psychiatrists/Practice/DSM/APA\\_DSM-5-Somatic-Symptom-Disorder.pdf](https://www.psychiatry.org/File%2520Library/Psychiatrists/Practice/DSM/APA_DSM-5-Somatic-Symptom-Disorder.pdf)>. Acesso em: 01 fev. 2019.
- AVILA, L. A. Somatization or Psychosomatic Symptoms? **Psychosomatics**, v. 47, n. 2, p. 163-166, March-April 2006. Disponível em: <[doi.org/10.1176/appi.psy.47.2.163](https://doi.org/10.1176/appi.psy.47.2.163)>. Acesso em: 06 nov. 2018.
- AVILA, L. A.; WINSTON, M. Georg Groddeck: originality and exclusion. **History of Psychiatry**, v. 14, n. 53, p. 83-101, March 2003. Disponível em: <[doi.org/10.1177/0957154X03014001005](https://doi.org/10.1177/0957154X03014001005)>. Acesso em: 09 out. 2018.
- BALENCI, M. Totality in Groddeck's and Jung's conception: Es and Selbst. **International Journal of Jungian Studies**, 2018. Disponível em: <<https://doi.org/10.1080/19409052.2018.1474127>>. Acesso em: 28 ago. 2018.
- BOECHAT, W. F. **Corpo Psicoide: a crise de paradigma e a relação corporemente**. 167 f. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) – Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2004.
- BRANDÃO, J. S. O Mito de Apolo: Epidauro e o Oráculo de Delfos. In: BRANDÃO, J. S. **Mitologia Grega**. v. II. Petrópolis: Editora Vozes, 1987.
- CAMPOS, E. M. P.; RODRIGUES, A. L. Mecanismo de formação dos sintomas em psicossomática. **Mudanças – Psicologia da Saúde**, v. 13., n. 2, p. 290-308, jul.-dez. 2005. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.15603/2176-1019/mud.v13n2p290-308>>. Acesso em: 22 fev. 2019.

CERCHIARI, E. A. N. Psicossomática um estudo histórico e epistemológico. **Psicol. cienc. prof.** v. 20, n. 4, p. 64-79, 2000. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1414-98932000000400008](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-98932000000400008)>. Acesso em: 19 fev. 2019.

CLARK, G. A Spinozan lens onto the confusions of borderline relations. **Journal of Analytical Psychology**, v. 51, n. 1, p. 67-86, February 2006. Disponível em: <[doi.org/10.1111/j.0021-8774.2006.00573.x](https://doi.org/10.1111/j.0021-8774.2006.00573.x)>. Acesso em: 05 jun. 2018.

\_\_\_\_\_. The animating body: psychoid substance as a mutual experience of psychosomatic disorder. **Journal of Analytical Psychology**, v. 41, n. 3, p. 353-368, July 1996. Disponível em: <[doi.org/10.1111/j.1465-5922.1996.00353.x](https://doi.org/10.1111/j.1465-5922.1996.00353.x)>. Acesso em: 05 jun. 2018.

COHAN, J. A. Shamanism: The “Wounded Healer”. In: COHAN, J. A. **The primitive Mind and Modern Man**. EUA: Bentham Science Publishers, 2010.

COLMAN, W. On being, knowing and having a self. **Journal of Analytical Psychology**, v. 53, n. 3, p. 351-366, June 2008. Disponível em: <[doi.org/10.1111/j.1468-5922.2008.00731.x](https://doi.org/10.1111/j.1468-5922.2008.00731.x)>. Acesso em: 05 jun. 2018.

CRUZ, M. Z.; PEREIRA JUNIOR, A. Corpo, Mente e Emoções: Referenciais Teóricos da Psicossomática. **Rev. Simbio-Logias**, v. 4, n. 6, p. 46-66, dez. 2011. Disponível em: <<http://www.ibb.unesp.br/Home/Departamentos/Educacao/Simbio-Logias/CorpoMenteeEmocoes.pdf>>. Acesso em: 08 fev. 2019.

DOWNING, C. O curador. In: DOWNING, C. (Org.). **Espelhos do Self: As imagens arquetípicas que moldam a sua vida**. São Paulo: Editora Cultrix, 1998. p. 213-217.

DRIVER, C. An under-active or over-active internal world? **Journal of Analytical Psychology**, v. 50, n. 2, p. 155-173, April 2005. Disponível em: <[doi.org/10.1111/j.0021-8774.2005.00520.x](https://doi.org/10.1111/j.0021-8774.2005.00520.x)>. Acesso em: 05 mai. 2018.

ELIAS, A. C. A. et al. Development of a brief psychotherapy modality entitled RIME in a hospital setting using alchemical images. **Estudos de Psicologia (Campinas)**, v. 34, n. 4, p. 534-547, Oct.-Dec. 2017. Disponível em: <[dx.doi.org/10.1590/1982-02752017000400009](https://dx.doi.org/10.1590/1982-02752017000400009)>. Acesso em: 18 mai. 2018.

FORDHAM, M. Notes for the formation of a model of infant development. **Journal of Analytical Psychology**, v. 38, n. 1, p. 5-12, January 1993. Disponível em: <[doi.org/10.1111/j.1465-5922.1993.00005.x](https://doi.org/10.1111/j.1465-5922.1993.00005.x)>. Acesso em: 06 nov. 2018.

GUSAROVA, S. B. Recovery of consciousness: process-oriented approach. **Zhurnal voprosy neirokhirurgii imeni N. N. Burdenko**, v. 78, n. 1, p. 69-76, Jan. 2014. Disponível em: <[https://www.mediasphera.ru/msph/en/neiro/artcl/VoprosyNeirokhirurgii\\_2014\\_01\\_063\\_EN.pdf](https://www.mediasphera.ru/msph/en/neiro/artcl/VoprosyNeirokhirurgii_2014_01_063_EN.pdf)>. Acesso em: 05 jun. 2018.

HERRMANN-LINGEN, C. Past, present, and future of Psychosomatic movements in an ever-changing world: presidential address. **Psychosomatic Medicine**, v. 79, n. 9, p. 960-970, Nov. 2017. Disponível em: <doi.org/10.1097/PSY.0000000000000521>. Acesso em: 06 nov. 2018.

JUNG, C. G. **A Prática da Psicoterapia: contribuições ao problema da psicoterapia e à psicologia da transferência**. 16. ed. Petrópolis: Vozes, 2013.

\_\_\_\_\_. Estrutura e dinâmica do si-mesmo. In: JUNG, C. G. **Aion: estudos sobre o simbolismo do si-mesmo**. v. 9/2. Petrópolis: Vozes, 2012.

\_\_\_\_\_. O complexo de tonalidade afetiva e seus efeitos gerais sobre a psique. In: JUNG, C. G. **Psicogênese das Doenças Mentais**. v. 3. 4. ed. Petrópolis: Vozes, 2011a.

\_\_\_\_\_. **Psicologia do inconsciente**. v. 7/1. 19. ed. Petrópolis: Vozes, 2011b.

\_\_\_\_\_. **Sincronicidade**. v. 8/3. 21. ed. Petrópolis: Vozes, 2016.

KOSS-CHIOINO, J. Spiritual transformation, relation and radical empathy: core components of the Ritual Healing Process. **Transcultural Psychiatry**, v. 43, n. 4, p. 652-670, Dec. 2006. Disponível em: <doi.org/10.1177/1363461506070789>. Acesso em: 06 nov. 2018.

KRADIN, R. L. Generosity: a psychological and interpersonal motivational factor of therapeutic relevance. **Journal of Analytical Psychology**, v. 44, n. 2, p. 221-236, 1999. Disponível em: <doi.org/10.1111/1465-5922.00085>. Acesso em: 18 ago. 2018.

\_\_\_\_\_. Psychosomatic disorders: the canalization of mind into matter. **Journal of Analytical Psychology**, v. 56, n. 1, p. 37-55, 2011. Disponível em: <doi.org/10.1111/j.1468-5922.2010.01889.x>. Acesso em: 18 ago. 2018.

LEITE JÚNIOR, A. C.; KATZER, T.; RAMOS, D. G. Three cases of hair loss analyzed by the point of view of the Analytical Psychology. **Int J Trichology**, v. 9, n. 4, p. 177-180, Oct.-Dec. 2017. Disponível em: <10.4103/ijt.ijt\_106\_16>. Acesso em: 05 jun. 2018.

LIMA, S. S. C; BOTELHO, H. R. S; SILVESTRE, M. M. Câncer infantil: aspectos emocionais e o sistema imunológico como possibilidade de um dos fatores da constituição do câncer infantil. **Rev. SBPH** (Rio de Janeiro), v. 14, n. 2, dez. 2011. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\_arttext&pid=S1516-08582011000200010>. Acesso em: 19 set. 2017.

MAHER-LOUGHNAN, G. P. Intensive hypno-autohypnosis in resistant psychosomatic disorders. **Journal of Psychosomatic Research**, v. 19, n. 5-6, p. 361-365, 1975. Disponível em: <doi.org/10.1016/0022-3999(75)90015-X>. Acesso em: 13 nov. 2018.

MARGETTS, E. L. The early history of the word "Psychosomatic". **Can Med Assoc J.**, v. 63, n. 4, p. 402-404, Oct. 1950. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1821745/pdf/canmedaj00649-0079.pdf>>. Acesso em: 13 nov. 2018.

MATHERS, D. The body and meaning disorder. In: MATHERS, D. **An introduction to meaning and purpose in Analytical Psychology**. Brunner-Routledge, 2001. p. 69-93.

MELLO-FILHO, J. de. Conceituação. In: MELLO-FILHO, J. de. **Psicossomática Hoje**. 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 2010.

MUELLER, L. et al. Increased prevalence of sensing types in men with cluster headaches. **Psychological Reports**, v. 87, p. 555-558, 2000. Disponível em: <[doi.org/10.2466/pr0.2000.87.2.555](https://doi.org/10.2466/pr0.2000.87.2.555)>. Acesso em: 05 jun. 2018.

NEUMANN, E. Os estágios mitológicos na evolução da consciência. In: NEUMANN, E. **História da Origem da Consciência**. São Paulo: Editora Cultrix, 1995. p. 25-106.

PEIXOTO, F. P. F; CURVÊLO, E. C. A Simbologia da doença psicofísica como um caminho possível para a individuação. In: CONGRESSO DA ASSOCIAÇÃO JUNGUIANA DO BRASIL, XXII, 2014, Rio de Janeiro. **Anais do XXII Congresso da Associação Junguiana do Brasil**. Rio de Janeiro: 2014. Disponível em: <<http://www.ajb.org.br/congresso/uploads/anais/anais%20-%20posters/SIMBOLOGIA%20DA%20DOEN%C3%87A%20PSICOF%C3%8D SICA%20COMO%20UM%20CAMINHO%20POSS%C3%8DVEL%20PARA%200A%20INDIVIDUA%C3%87%C3%83O%20-Fany%20P.%20F.%20Peixoto%20&%20Eugenia%20C.pdf>>. Acesso em: 18 set. 2017.

PRONER, B. D. Bodily states of anxiety: the movement from somatic states to thought. **Journal of Analytical Psychology**, v. 50, n. 3, p. 311-331, June 2005. Disponível em: <[10.1111/j.0021-8774.2005.00535.x](https://doi.org/10.1111/j.0021-8774.2005.00535.x)>. Acesso em: 22 mai. 2018.

RAMOS, D. G. **A psique do corpo: a dimensão simbólica da doença**. Summus Editorial, 2006.

RUCKMICK, C. A.; WARREN, H. C. A schematic classification of general psychology. **Psychological Review**, v. 33, n. 5, p. 397-406, 1926. Disponível em: <[dx.doi.org/10.1037/h0076068](https://doi.org/10.1037/h0076068)>. Acesso em: 13 nov. 2018.

SIDOLI, M. When the meaning gets lost in the body: psychosomatic disturbances as a failure of the transcendent function. **Journal of Analytical Psychology**, v. 38, n. 2, p. 175-190, April 1993. Disponível em: <[doi.org/10.1111/j.1465-5922.1993.00175.x](https://doi.org/10.1111/j.1465-5922.1993.00175.x)>. Acesso em: 12 jun. 2018.

SILVA, J. M. M. da. O Desenho na expressão de sentimentos em crianças hospitalizadas. **Fractal, Rev. Psicol** (online), v. 22, n. 2, p. 447-456, 2010.

Disponível em: < <https://doi.org/10.1590/S1984-02922010000800016>>. Acesso em: 09 out. 2018.

SILVA, T. M. Psicossomática e Psicologia Analítica. In: LIMA, E. P. (Org.). **Psicologia profunda: textos de conhecimento e vida**. 4. ed. São Paulo: Ed. do Autor, 2013.

TROMBINI, G.; BALDONI, F. A perspectiva psicossomática. In: TROMBINI, G.; BALDONI, F. **Distúrbios psicossomáticos: como restabelecer o equilíbrio entre mente e corpo**. São Paulo: Edições Loyola, 2004. p. 29-48.

URBAN, E. Fordham, Jung and the self: a re-examination of Fordham's contribution to Jung's conceptualization of the self. **Journal of Analytical Psychology**, v. 50, n. 5, p. 571-594, November 2005. Disponível em: <[doi.org/10.1111/j.0021-8774.2005.00559.x](https://doi.org/10.1111/j.0021-8774.2005.00559.x)>. Acesso em: 18 jun. 2018.

URBAN, E. Unintegration, disintegration and deintegration. **Journal of Child Psychotherapy**, v. 32, n. 2, p. 181-192, Aug. 2016. Disponível em: <[doi.org/10.1080/00754170600780356](https://doi.org/10.1080/00754170600780356)>. Acesso em: 18 jun. 2018.

WHITMONT, E. C. Psychosomatics. **British Homoeopathic Journal**, v. 53, n. 4, p. 255-258, Oct. 1964. Disponível em: <[doi.org/10.1016/S0007-0785\(64\)80045-4](https://doi.org/10.1016/S0007-0785(64)80045-4)>. Acesso em: 18 nov. 2018.

WIENER, J. Looking out and looking in: some reflections on 'body talk' in the consulting room. **Journal of Analytical Psychology**, v. 39, n. 3, p. 331-350, July 1994. Disponível em: <[doi.org/10.1111/j.1465-5922.1994.00331.x](https://doi.org/10.1111/j.1465-5922.1994.00331.x)>. Acesso em: 01 fev. 2019.

WOLFF, H. H. Basic psychosomatic concepts. **Postgraduate Medical Journal** v. 47, p. 525-532, August 1971. Disponível em: <[dx.doi.org/10.1136/pgmj.47.550.525](https://dx.doi.org/10.1136/pgmj.47.550.525)>. Acesso em: 03 set. 2018.

### **3 REPRESENTAÇÃO SIMBÓLICA DA DOENÇA HEMATOLÓGICA – ESTUDO PILOTO**

#### **3.1 INTRODUÇÃO**

No contexto do adoecimento podem surgir várias dúvidas relativas ao diagnóstico, prognóstico e tratamento. Dentre elas, a questão sobre a causa, isto é, como e por que aconteceu é a que mais suscita angústia aos pacientes (REGIS; SIMÕES, 2005). Mesmo com estudos e técnicas aprofundadas para análise da disfunção celular, a etiologia de doenças hematológicas muitas vezes permanece desconhecida (RODGERS; YOUNG, 2018).

Estas se referem a anomalias congênitas ou adquiridas que ocorrem no sistema hematopoético. É extensa a lista de categorias que compõem as disfunções no tecido sanguíneo, cujos diagnósticos compreendem todo o ciclo celular, podendo haver anomalias desde a formação das células, formato, funcionamento, maturação até a apoptose (morte natural). As doenças hematológicas possuem índices significativos de morbimortalidade relacionados ao desenvolvimento de comorbidades, evolução para outros diagnósticos onco-hematológicos e submissão a tratamentos invasivos, por exemplo, a realização de um transplante de medula óssea (RODGERS; YOUNG, 2018).

Ainda que se lancem hipóteses para o adoecimento, como decorrente do contato com agentes químicos, não suprime a angústia do paciente que continua a questionar e buscar por respostas que lhe sejam plausíveis. A não conformação com o respaldo científico-clínico implica que a explicação para a doença requer também a atribuição pessoal de sentido. Do contrário, a justificativa é válida apenas para a ciência. Para assentar é preciso tocar a subjetividade, portanto, deve possuir significado pessoal. Nas palavras de Jung, “a limitação inevitável que acompanha qualquer observação psicológica é a de que ela, para ser válida, pressupõe a equação pessoal do observador” (2011, p. 50).

A doença manifesta no corpo pode receber um nome (diagnóstico) baseado nos sintomas observáveis e pela semiologia médica, ou seja, pelos sistemas de significação, conhecimento e procedimentos técnicos que auxiliam na avaliação e interpretação clínica de um paciente. Contudo, a doença adquire significado quando a

própria pessoa reorganiza suas vivências do processo saúde-doença com a dinâmica psíquica, revelando a interação psique-soma para a compreensão do adoecimento.

Ao passo que a Psicossomática confere o aspecto dinâmico na relação mente-corpo, há também o senso de unidade, ou seja, indissociabilidade do termo. Psíquico e somático não são dualidades, portanto não é possível dizer que há doenças psíquicas ou orgânicas. A manifestação do sintoma, sim, pode ser fisicamente ou psicologicamente mais evidente, mas a afecção é concomitante.

Sobre a coexistência da relação psique-soma, Jung entende que:

é possível a interação e não encontro nenhum motivo para contrapor a tal possibilidade a hipótese de um paralelismo físico, pois o psicoterapeuta, cujo campo específico de trabalho se situa precisamente na esfera crítica da interação entre corpo e alma, acha que é sumamente provável que o psíquico e o físico não constituam dois processos paralelos entre si, mas dois processos unidos pela interação do corpo e da alma, embora sua natureza específica escape ainda inteiramente, por assim dizer, ao campo de nossa experiência. (JUNG, 2002, p. 14).

Na proposição “a psique depende do corpo, e o corpo depende da psique” (JUNG, 2013, p. 14), Jung afirma uma antinomia, isto é, termos que parecem se contradizer, porém um não anula o outro. A contradição talvez resida somente na compreensão do homem, assim como a separação entre doenças psicológicas e fisiológicas.

O surgimento de uma doença ou outro evento significativo pode afetar o equilíbrio no fluxo energético psíquico do indivíduo. Ramos (2006) debruçou sobre a definição de complexo como tonalidade afetiva utilizando o termo afetar como analogia e forma de explicar a constelação dos complexos, tendo em vista a relação com intensidades afetivas. Conforme Jung, “o núcleo [do complexo] tem força consteladora, em correspondência com seu valor energético. Ele gera uma constelação específica de conteúdos psíquicos” (JUNG, 2002, p. 09).

O sujeito é afetado, ou seja, acometido por afetos. A afecção de uma doença pode ter sua origem nos complexos. O sintoma, expresso no campo somático ou psíquico, é entendido como fruto de um evento sincrônico que leva a mudanças a níveis fisiológico e psicológico, independente da conscientização ou não do indivíduo (RAMOS, 2006, p. 76).

A indissociabilidade do campo psíquico implica na existência de elementos subjetivos no adoecimento orgânico. A abordagem a nível subjetivo significa compreender as imagens que foram produzidas e que pertencem à psique do sujeito

(SHARP, 1991, p. 112). Portanto, permeiam inúmeras variações de significados pessoais, assim como são incontáveis as possibilidades de representação simbólica. Um símbolo possui sentido inesgotável e é descrito como “a melhor expressão possível de algo relativamente desconhecido, pois ele representa por imagens, experiências e vivências que incluem aspectos conscientes e inconscientes” (SERBENA, 2010, p. 77).

Quando o paciente tem dificuldade para encontrar um sentido para o sintoma-símbolo é possível que esteja com a perspectiva polarizada, com quebra no fluxo energético do eixo ego-Self (MATHERS, 2001), ou seja, do que liga a estrutura em contato com a consciência com aspectos inconscientes. O sentido deve perpassar os níveis individual e coletivo, vinculando-os.

Considerando a não especificidade da etiologia das doenças hematológicas e angústia que a falta de respostas pode desencadear ao paciente, a presente pesquisa investigou sobre os aspectos biográficos, subjetivos e simbólicos do paciente e de seu entendimento sobre o processo de adoecimento. O objetivo do estudo foi compreender como a doença hematológica aparece simbolicamente na vida do paciente considerando a singularidade da experiência.

### 3.2 MÉTODO

Trata-se da fase piloto de uma pesquisa de dissertação com projeto aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa sob o registro CAAE 67137617.7.0000.0096, realizada no mês de novembro de 2018. Foi delineado um estudo transversal, descritivo com enfoque de pesquisa clínico-qualitativo (TURATO, 2005). Os desenhos foram analisados levando em conta a narrativa da história de vida dos participantes, tendo a Psicologia Analítica e manuais de interpretação de técnicas projetivas.

Foram recrutados pacientes em acompanhamento clínico na Unidade de Transplante, Hematologia e Oncologia (UTHO) do Complexo Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Paraná, maiores de 18 anos. Os participantes foram abordados enquanto aguardavam a consulta médica na sala de espera. A escolha dos pacientes foi pensada na ordem de atendimento, sendo convidados aqueles que haviam chegado por último, portanto, teriam que esperar por mais tempo para serem

chamados para a consulta. A pesquisadora se identificou como mestranda e explicou o motivo da abordagem e os objetivos do estudo.

Realizou-se anamnese para obtenção do relato da história de vida e uma entrevista semiestruturada em que foram perguntados: 1) Você procurou saber sobre o que pode ter causado a doença?; 2) Qual a explicação médica para ter adoecido?; 3) Qual motivo você atribui para sua doença?; 4) Houve algum evento significativo (de grande importância na sua vida) que antecede ou que se aproxime ao período do diagnóstico da doença?

Além disso, foram fornecidos materiais de papelaria (lápis grafite, caneta esferográfica e folha sulfite) e solicitado que o participante produzisse um desenho ou símbolo representativo de seu diagnóstico.

### 3.3 RESULTADOS

Os resultados apresentados a seguir compõem breve relato sobre a história de vida e história mórbida na perspectiva dos participantes, seguidos da representação gráfica de como imaginavam a própria doença hematológica.

Foram recrutados três participantes em acompanhamento clínico no ambulatório de falência medular. As entrevistas-piloto levaram cerca de 30 minutos e os dados coletados se encontram resumidos na TABELA 3. Quando solicitados a representarem graficamente a doença, todos foram receptivos à ideia. Os participantes utilizaram cerca de cinco minutos para concluir a atividade e explicarem sobre o desenho.

TABELA 3 – SÍNTESE DAS ENTREVISTAS-PILOTO.

	<b>Participante 01</b>	<b>Participante 02</b>	<b>Participante 03</b>
Gênero	Masculino	Feminino	Masculino
Idade	47 anos	27 anos	29 anos
Diagnóstico	Hemoglobinúria Paroxística Noturna (HPN)	Anemia Aplástica Severa (AAS)	Aplasia de Medula
Tempo de tratamento	7 anos	7 anos	4 anos
Explicação médica	Falha na membrana celular	Sem causa	Sem causa
Evento significativo	Promoção no trabalho	Complicado relacionamento com o pai	Princípio de alcoolismo
Motivo pessoal	Excesso de trabalho e estresse	Congênito	Excesso de bebida alcoólica

Fonte: A autora (2019).

### 3.3.1 Participante 01

O participante 01 é casado e tem 47 anos de idade. Relatou que os primeiros sintomas surgiram em 2009 ao perceber alguns hematomas no corpo, sem conseguir associá-los com batidas ou situações em que pudesse ter se machucado. Algum tempo depois, passou a eliminar urina com coloração escura e só então foi procurar por uma opinião médica.

Foi diagnosticado com Hemoglobinúria Paroxística Noturna em 2011, uma doença clonal – multiplicação celular a partir de uma única célula anormal – caracterizada por hemólise intravascular, trombose venosa e disfunção medular (RODGERS; YOUNG, 2018). Segundo os médicos que atenderam o paciente, “a doença foi um infortúnio” (sic). Pode ter surgido devido a uma falha na membrana celular, podendo acometer qualquer pessoa, sendo que a incidência é maior entre 20 e 40 anos de idade. Essas informações, inclusive a incidência da doença foi relatada pelo participante, o que denota conhecimento e apresentação da condição clínica vinculada ao discurso médico.

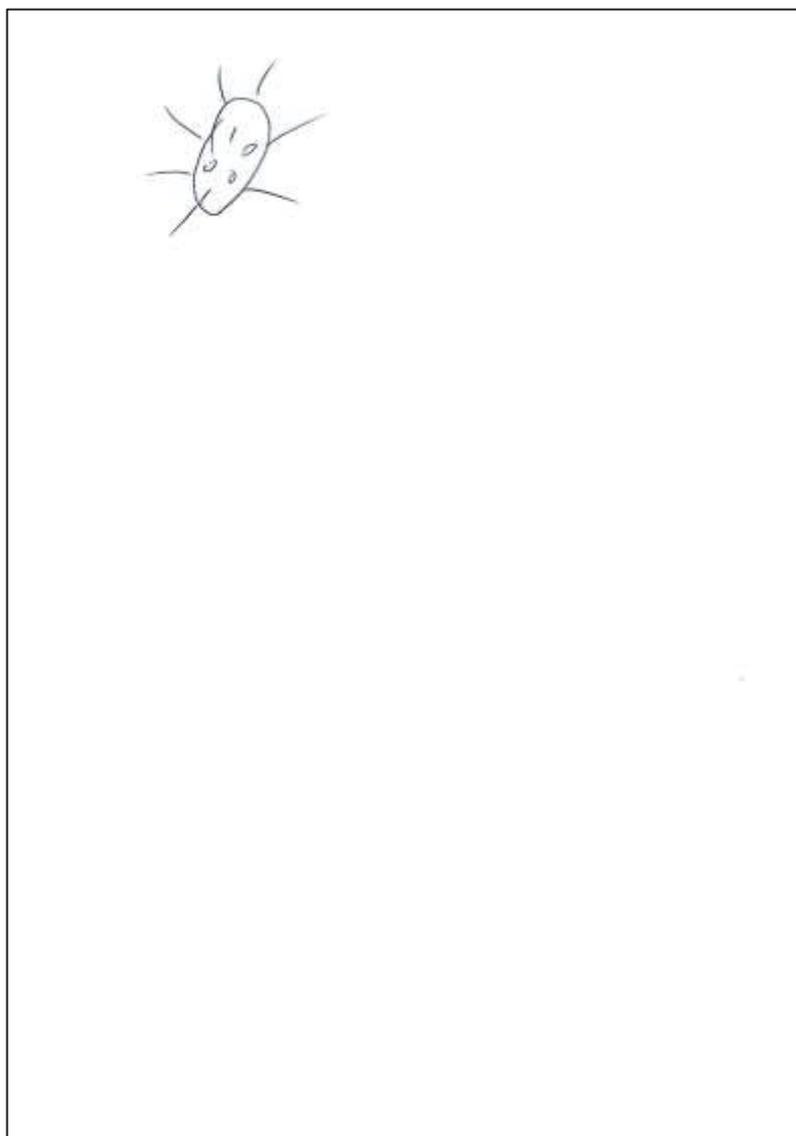
Relatou que sempre trabalhou na área comercial e foi promovido ao cargo de gerente de um mercado. Passou a trabalhar mais do que a jornada usual, chegando a cumprir 14 horas por dia. Sentia-se muito cansado e estressado por causa do ofício. Durante o período de investigação do sintoma de urina escurecida e, ainda em atividade laboral, o paciente passou a apresentar dor abdominal, sangramentos espontâneos e intensa fadiga.

Realiza tratamento suportivo com tomada de medicamento e frequentes transfusões de sangue – chega a necessitar de duas bolsas a cada 30 dias. É inviável a indicação para Transplante de Células-Tronco Hematopoéticas (TCTH) devido à excessiva quantidade de transfusões feitas e, portanto, chance bastante diminuída para o sucesso do procedimento. Até o momento da entrevista, o paciente estava há quatro meses aguardando uma liminar da justiça para conseguir, gratuitamente, um medicamento importado.

O participante traz o excesso de trabalho como evento associado ao seu adoecimento. Em suas palavras, “Trabalhei demais e fiquei muito cansado e estressado porque tinha que bater meta todo mês” (sic). Denota maior investimento libidinal na vida profissional e, conseqüentemente, menor investimento em outros

contextos como a própria saúde, negligenciando horas de sono e descanso, bem como o tempo qualitativo com a família.

FIGURA 1 – “CÉLULA EXPLODINDO”. REPRESENTAÇÃO SIMBÓLICA DA DOENÇA PELO PARTICIPANTE 01.



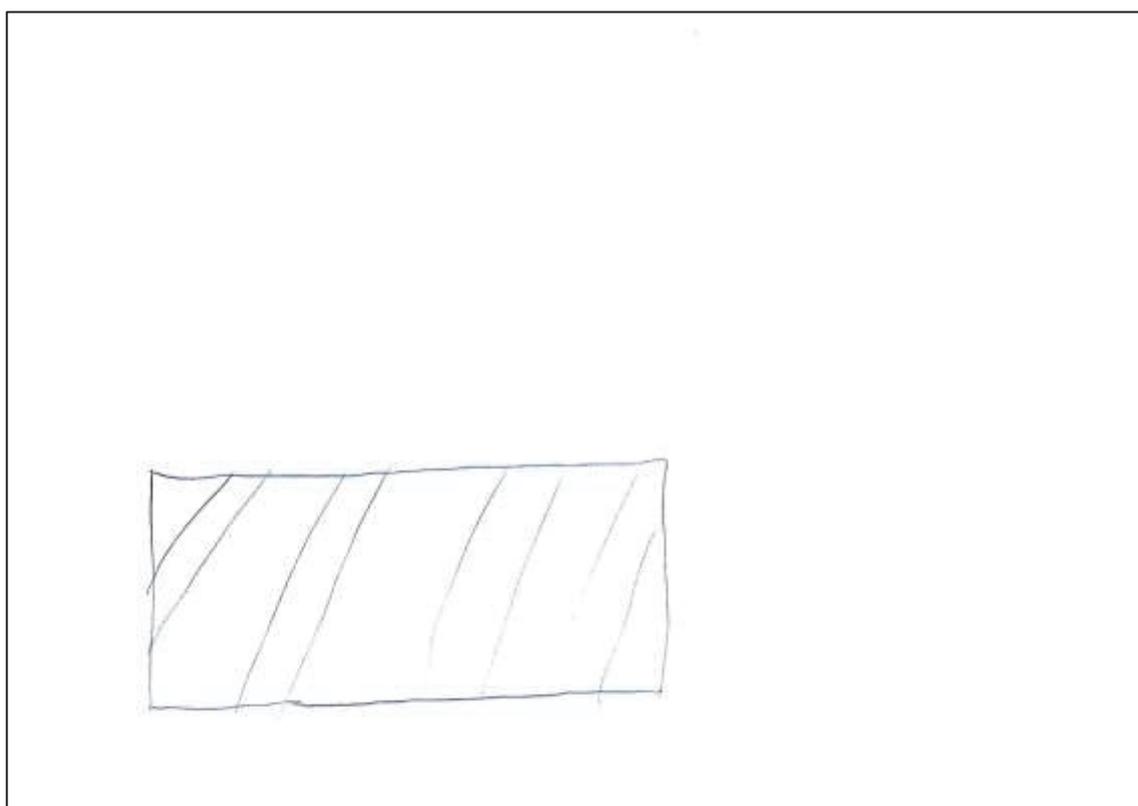
### 3.3.2 Participante 02

A participante 02 é solteira e tem 27 anos. Contou que os primeiros sintomas surgiram em 2007 quando passou a sentir mais fraqueza. Imersa nas atividades de

rotina, acabou não dando atenção a isso, pois precisava trabalhar para arcar com os custos da casa.

Somente em 2011, após ter episódios de tremor e sudorese intensos, foi diagnosticada com Anemia Aplásica Severa. A doença pode ser adquirida com etiologia respaldada no contato com substâncias químicas (ex: benzeno) e drogas médicas (ex: anti-inflamatório), ou idiopática, isto é, sem causa definida, como caracterizada na maioria dos casos (RODGERS; YOUNG, 2018). Alguns aspectos clínicos da doença incluem hemorragia na mucosa, anemia acompanhada de fadiga, cefaleia, dispneia entre outros (RODGERS; YOUNG, 2018). Por apresentar sintomas diversos que poderiam se encaixar a vários outros quadros diagnósticos, Rodgers e Young (2018) alertam sobre a importância do diagnóstico diferencial.

FIGURA 2 – “MURO”. REPRESENTAÇÃO SIMBÓLICA DA DOENÇA PELA PARTICIPANTE 02.



Segundo o relato da paciente, não houve explicação do corpo clínico médico para as possíveis causas da doença. A paciente acredita que já nasceu com a anemia porque quando criança, era magra e tinha baixa estatura. Relatou que chegou a participar do programa da Pastoral da Criança devido ao risco de desnutrição.

Eventualmente necessita de transfusão de plaquetas, mas em geral, tem conseguido manter a doença estável, isto é, com poucas intervenções suportivas.

Frequenta o ambulatório uma vez ao mês para acompanhamento laboratorial e clínico e seu plano de tratamento inclui a possibilidade de ser submetida ao TCTH, mas ainda não encontrou um doador compatível.

Elegeu o alcoolismo do pai e suas conseqüentes alterações de humor e comportamento para responder à questão sobre a existência de um evento significativo. A participante complementa que atualmente o pai tem conseguido controlar o vício na bebida e que isso fez com que o relacionamento familiar melhorasse.

### 3.3.3 Participante 03

O participante 03 é solteiro e tem 29 anos. Relata que tinha o hábito de frequentar a Unidade Básica de Saúde próxima a sua casa para realizar consultas de rotina – acompanhamento de saúde preventivo – e que nunca havia ficado doente. Em 2015 passou a sentir muita fraqueza, cefaleia e alguns episódios de febre noturna. O quadro agravou quando apresentou hemorragia gengival espontânea enquanto dormia, “jorrava sangue” (sic).

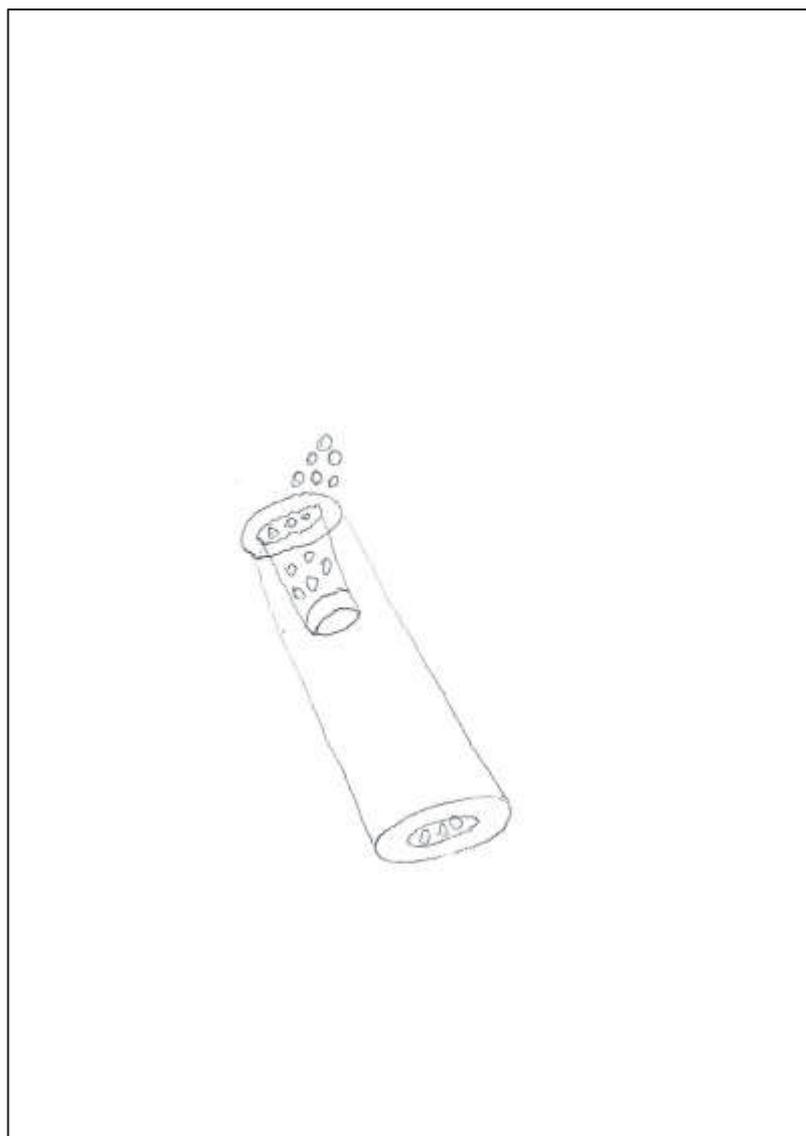
Foi submetido à investigação clínica, porém, o município em que reside não dispõe de recursos adequados para realizar o acompanhamento do paciente, sendo constatado apenas alterações em hemograma. O paciente foi encaminhado para o CHC de Curitiba por ser referência em tratamento hematológico. Passou por biópsia de medula que confirmou o diagnóstico de Aplasia de Medula e não lhe foram fornecidas as possíveis causas para o aparecimento da doença.

O paciente relatou ainda que sua rotina se limitava a trabalhar durante a semana e a ingerir altas doses de bebida alcóolica todos os sábados. Embriagava-se ao ponto de perder qualquer nível de consciência. Teve algumas intercorrências de saúde com o gradual aparecimento dos sintomas previamente citados. Nessas ocasiões em que precisou ser atendido (e algumas vezes internado) em Pronto-Socorro, viu muitas pessoas morrerem. Esse cenário mórbido somando ao mal-estar físico e ao alcoolismo, fez com que o participante percebesse que precisava mudar seus comportamentos e atitude perante à vida.

Iniciou tratamento medicamentoso há 3 anos e não tem indicação para TCTH devido a uma melhora repentina no início de 2018. O hemograma tem mostrado estabilidade na quantidade de plaquetas. Ainda que o valor seja inferior à referência normal, o paciente não necessitou mais de transfusões, considerando-se fora da zona

de risco de progressão da doença. Seu plano terapêutico mantém as medicações e mudou o acompanhamento clínico para cada seis meses. O participante relatou que seu maior sonho é recuperar a saúde e acredita que se seguir corretamente o tratamento obterá a cura.

FIGURA 3 – “VEIA DE SANGUE”. REPRESENTAÇÃO SIMBÓLICA DA DOENÇA PELO PARTICIPANTE 03.



### 3.4 DISCUSSÃO

Sem objetivo de intervenção clínica, as entrevistas se restringiram à obtenção da narrativa e do desenho dos participantes em encontro único. Sendo assim, não há como afirmar se o indivíduo integrou a doença em sua vida. Porém, a análise dos

resultados mostra que existe um processamento simbólico relacionado ao adoecimento atuante nos participantes do estudo piloto, tendo em vista que conseguiram expressar verbalmente sobre a história mórbida e desenhar a doença, isto é, recursos que nomeiam e dão forma à vivência, auxiliando na tomada de consciência e atribuição de sentido.

O significado da doença perpassa uma experiência singular e deve levar em conta a perspectiva do sujeito sobre o próprio processo de adoecer, considerando os elementos mais marcantes em seu discurso e etapas da história de vida que a pessoa elege para contar naquele momento.

A Psicologia Analítica traz quatro conceitos principais para compreensão do adoecimento: energia psíquica, teleologia, sincronicidade e desenvolvimento do ego-Self (OKUMURA; SERBENA; DÓRO, 2020). Estes elementos teóricos foram observados por meio do relato e desenho dos participantes, cuja junção configura na representação simbólica da doença.

As respostas para atribuição de sentido pessoal foram mediadas pela entrevista semiestruturada e vinculadas às perguntas 3 e 4 – “Qual motivo você atribui para sua doença?”; e “Houve algum evento significativo (de grande importância na sua vida) que antecede ou que se aproxime ao período do diagnóstico da doença?”. Em princípio, essas questões visavam diferenciar a perspectiva do paciente do parecer médico sobre a justificativa da doença (questões 1 e 2), bem como investigar a ocorrência do fenômeno da sincronicidade, já constatada em atendimento psicológico clínico em contexto à parte da pesquisa.

A sincronicidade releva a significância do acontecimento para a pessoa, ou seja, a coincidência e sentido entre os eventos são encontrados na perspectiva do sujeito, sem que haja explicação lógico-causal. Para além da tríade tempo, espaço e causalidade, esse fenômeno inclui o fator psicóide que permite a equivalência de sentidos em acontecimentos paralelos, podendo ser agregados novos pontos de vista, novos significados a um episódio (JUNG, 2005).

A sincronicidade se refere a eventos acausais significativos que ocorrem simultaneamente na psiqué e no mundo externo. A questão do sentido é fundamental nos pacientes somáticos, principalmente em pacientes terminais. Nesses a busca de um sentido é básica para um prognóstico mais positivo ... O evento externo não explica o sonho, e vice-versa, a questão não é uma explicação lógica do fenômeno sincronístico, mas o sentido que sua aparição trás para a pessoa em questão. (BOECHAT, 2017, p. 19)

A justificativa médica sobre o adoecimento está delimitada a um fator externo ainda sem conexão com a subjetividade (fator interno). Como observado no relato dos participantes, inicialmente reproduzem o discurso dos profissionais da saúde sobre o que possa ter levado ao surgimento da doença, mas quando instigados a explorarem o motivo pessoal, ocorre a composição causal, temporal, espacial e do processo psíquico.

Para o participante 01, a justificativa pessoal de atribuição de sentido à doença foi o excesso de trabalho, mesmo que incompatível à lógica médico-científica. Associou o adoecimento ao declínio da qualidade de vida devido ao aumento do estresse, sobrecarga de pressão e diminuição do tempo de descanso. O paciente trouxe a tríade somada ao sentido pessoal que promoveu a conexão absoluta.

O 'conhecimento absoluto', que é característico dos fenômenos sincronísticos, conhecimento não transmitido através dos órgãos do sentido, serve de base à hipótese do significado subsistente em si mesmo, ou exprime sua existência. Esta forma de existência só pode ser transcendental porque, como no-lo mostra o conhecimento de acontecimentos futuros ou espacialmente distantes, se situa em um espaço psiquicamente relativo e num tempo correspondente, isto é, em um contínuo espaço-tempo irrepresentável. (JUNG, 2005, p. 71).

Na entrevista com o participante 03, evidenciou-se que o diagnóstico denomina um conjunto de informações que pertence ao campo da justificativa externa, não vinculada ao indivíduo. Nas palavras do participante, "faço tratamento pra Aplasia de Medula, mas Aplasia de Medula não é diagnóstico nenhum" (sic). A falta de descrição leva a uma compreensão generalizada. O paciente não reconhece sua doença. A atribuição de um nome não traz conhecimento suficiente ou significativo para ele, tendo em vista a falta de integração com um sentido pessoal. De acordo com Rasia (2006):

imaginário sobre o câncer atua no doente produzindo comportamentos de negação da doença, de recusa à palavra e à interação e, ao mesmo tempo, de uma certa alienação em relação a sua condição subjetiva. Já quando consegue atravessar as barreiras impostas pelo imaginário o doente simboliza a doença e seus possíveis desdobramentos, o que se vê claramente na necessidade de narrar seu sofrimento atribuindo-lhe um conjunto de significados, que possibilitam a compreensão da doença como experiência subjetiva. (RASIA, 2006, p. 67)

Além da sincronicidade, as questões 3 e 4 contemplaram respostas que também evidenciaram um desequilíbrio de fluxo energético. A doença pode ser decorrente de uma cisão no eixo ego-Self provocada por um desequilíbrio na estrutura psíquica (MATHERS, 2001). A expressão dos sintomas direciona a energia do indivíduo para que busque pela cura, ou seja, realinhamento do fluxo entre o consciente e o inconsciente.

A polarização da libido diz respeito ao desequilíbrio na dinâmica psíquica que pode se manifestar como sintoma. Ramos (2006) afirma que “a doença orgânica é uma reação do organismo, uma compensação, com a finalidade de levar o indivíduo a integrar o reprimido, religar o ego ao seu eixo com o Self” (p. 73).

Quando solicitado a representar graficamente a própria doença, o participante 03 apresentou um desenho ceifado, que não promovia a circulação do sangue no organismo impedindo o fluxo normal das células. O desenho remete à necessidade de integração de um eixo cindido. Ramos (2006, p. 77) destaca que “toda e qualquer doença é um símbolo, o qual revela uma disfunção no eixo ego-Self. A compreensão dos sentidos do símbolo aponta para a correção a ser feita”, o que levaria à cura do paciente. Nos relatos dos participantes 01 e 03 fica mais evidente o encontro de um propósito positivo na vida após a descoberta da doença, como o investimento energético mais equilibrado entre a quantidade de horas trabalhadas e a valorização da vida, respectivamente.

A premissa teleológica da Psicologia Analítica é associada à característica prospectiva do símbolo, isto é, a ênfase recai sobre o propósito do sintoma de forma a impulsionar o processo de individuação e transformação da pessoa. Para o participante 03, por exemplo, compartilhar o mesmo ambiente de tratamento com pacientes que acabaram falecendo, proporcionou o encontro com a sua finitude. Seu discurso denota percepção anterior de onipotência, em que seus comportamentos não trariam prejuízos à saúde. Não pelo efeito fisiológico da bebida alcoólica, mas em analogia ao que ela provoca no organismo, compreende-se que o paciente vivia de

forma inconsciente e a experiência do adoecimento propiciou a tomada de consciência.

No relato dos três participantes a doença foi entendida como fator disruptivo, porém não necessariamente um marco negativo. Em outras palavras, atribui-se importância ao adoecimento hematológico por ter implicado em alterações na rotina, no planejamento de vida pessoal, de papéis ocupacionais, mas a doença em si não é vista como o evento significativo negativo.

Na entrevista o participante 0 referiu que precisou ser afastado do trabalho devido à incapacidade de conciliar a rotina com o estado físico fragilizado e enfatizou que no mês anterior ao seu afastamento atingiu menos de 25% da meta. O não cumprimento do objetivo de trabalho é posto como sinônimo de falha na função profissional, ou seja, da persona de gerente. Esse evento pareceu mais impactante no discurso do participante do que a descoberta da perda da saúde.

Mostrar-se falho naquilo que mais se dedicava, levou à desestruturação parcial do ego. A representação gráfica do paciente mostra o rompimento da membrana celular análoga à ruína egóica. Ressalta-se ainda a localização do desenho no papel indicativa de passividade e inibição (RETONDO, 2000, p. 32) – P01 passou de profissional empenhado para a função “encostado” (linguagem popular frente à impossibilidade de trabalhar no momento).

O sintoma-símbolo revela o potencial de que outros elementos inconscientes sejam carregados de afeto e que se tornam complexos constelados quando excedem a capacidade de contenção do complexo egóico. “Os afetos, portanto, teriam força suficiente para dar direção, interpretação e relevância às ideias, ao julgamento” (CHAGAS; CAMPOS, 2000). Assim, a doença pode auxiliar no desvelamento dos complexos atuantes no sujeito e a resignificação da experiência contribui para o processo de individuação.

A qualidade dos afetos caracteriza o complexo e lhe oferecem magnitude e força; muitas vezes têm um caráter traumático e outras vezes apenas doloroso e altamente acentuado; também podem ser ativados a partir de um conflito moral ou choque emocional. Mas nem sempre são de caráter patológico, na verdade, eles são dinâmicos e detêm grande quantidade de energia e de afeto, e neles está contida a nossa história de vida. (CHAGAS; CAMPOS, 2000).

Para a participante 02 o evento significativo foi o enfrentamento do alcoolismo do pai e a necessidade de sustento da família devido à vulnerabilidade da figura

paterna. O pai pessoal é tido como referência negativa e denota complexo paterno constelado. Quando o complexo paterno está afetivamente carregado na mulher, exerce influência sobre suas atitudes (CHAGAS; CAMPOS, 2000). A paciente assumiu a responsabilidade pelo sustento da casa, o papel de chefe de família de forma a compensar a figura paterna que se apresentava disfuncional. Em suas palavras, “Eu que fui o esteio da casa” (sic).

A participante 02 representou a própria doença com um muro, um obstáculo que ela considera possível de ser superado: “um muro não muito alto, que eu sei que consigo passar” (sic). Traz uma perspectiva positiva em relação ao próprio prognóstico. O vício do pai se encontra sob controle e se infere que a mudança concreta no comportamento dele pode servir de impulso ao processo de (re)integração do vínculo afetivo, bem como do contexto de perda da saúde.

Ressalta-se a leitura não linear entre os fatos, “as relações entre as imagens e a realidade não são de causa e efeito, mas de similaridade e contiguidade, a lógica que prevalece é analógica” (SERBENA, 2010, p. 78). A compreensão sobre o sintoma-símbolo requer uma atitude simbólica, isto é, uma base para que o sentido da experiência seja construído. O sintoma, visto como objeto, é vinculado a um significado pessoal, passando a integrar ao sujeito. Tal integração é possível, pois a subjetividade é objeto de estudo no campo psicológico, assim, as questões analisadas ora são vistas como pertencentes ao sujeito e ora ao objeto.

Nesse ínterim, a representação gráfica da doença contém também elementos que caracterizam o próprio autor do desenho (FURTH, 2004). Está localizado no quadrante indicativo de regressão e conflito (RETONDO, 2000, p. 33), reforçando a inferência sobre o complexo paterno negativo. Além disso, a fraqueza no traçado evoca a fragilidade do muro, compatível com a estrutura subnutrida no relato da paciente.

### 3.5 CONCLUSÃO

Observou-se que parte das respostas à entrevista com questionário semiestruturado perpassaram o discurso lógico, respaldado na explicação provida pela equipe de profissionais da saúde ao paciente. Etiologia e razão pessoal atribuída ao adoecimento podem ser facilmente difundidas como respostas similares. A autoridade do saber médico, supostamente, sanaria as dúvidas relacionadas ao

motivo de ter adoecido. Por outro lado, estagna a percepção do indivíduo para o motivo externo, sem integração com um sentido interno.

A polarização à justificativa externa não promove a recuperação do equilíbrio da dinâmica psíquica e pouco provê ao desenvolvimento psíquico. A conexão com o significado subjetivo deve emergir e o valor dimensionado a ele deve superar a perspectiva causal (JUNG, 2002, p. 18).

Tendo em vista a intensa experiência que um câncer provoca na vida do indivíduo, este é impelido a refletir sobre a própria trajetória que, por sua vez, mobiliza a dinâmica psíquica consciente e inconsciente. Infere-se que o sentido pessoal dado à doença transcende a compreensão racional do funcionamento orgânico normal e patológico.

Estimava-se que a relação dos dados obtidos em anamnese e análise de técnica projetiva permitiriam compreender a representação simbólica subjetiva do paciente frente ao diagnóstico hematológico. Os resultados mostraram que o significado do adoecimento se dá de forma singular e implícita, conforme as vivências e contexto de vida de cada indivíduo. A resposta à constatação de estar doente varia, pois é influenciada por aspectos da personalidade, contexto sociocultural e vivências pessoais.

A atribuição de sentido requer tempo e processamento interno do indivíduo com as circunstâncias externas, que ocorrem igualmente de forma singular em cada sujeito, respeitando o tempo pessoal. Jung afirma que “não pode haver formação do símbolo, sem que a alma se detenha, por um tempo bastante prolongado, nos fatos elementares, isto é: até que a necessidade interior ou exterior do processo vital produza uma transformação na energia” (2002, p. 18).

As entrevistas-piloto serviram também para lembrar a importância de atentar ao discurso e incentivar o participante a detalhar sobre o seu desenho. Ao possibilitar que um objeto do plano simbólico perpassasse pela fala, estabelece-se um fluxo inconsciente-consciente. Quanto mais o paciente conseguir falar sobre seu desenho, mais material para a análise qualitativa da pesquisa e maior a possibilidade de conseguir encontrar um (novo) sentido ao adoecimento.

Considerando o escopo do estudo, não foi possível mensurar o quanto o significado atribuído à doença estava integrado à existência do indivíduo. Contudo, a representação simbólica por meio de recurso gráfico e pela fala possibilitam o

processamento psíquico, “básica a todas as relações interpessoais é a dialética intrapessoal, a relação com a psique inconsciente” (HILLMAN, 1993, p. 166).

### 3.6 REFERÊNCIAS

BOECHAT, W. Novas perspectivas na fronteira Corpo-Mente. **Anais do XXIV Congresso Nacional da AJB – Fronteiras**. 2017. Disponível em: <<http://www.ijpr.org.br/wp-content/uploads/docs/monografias/Anais%20do%20Congresso%20-%20texto%20de%20Walter%20Boechat.pdf>>. Acesso em: 20 jul. 2019.

CHAGAS, M. I. O.; CAMPOS, T. C. P. O complexo paterno na psique feminina e a sua influência nos relacionamentos heterossexuais numa perspectiva da psicologia analítica. 2000. Disponível em: <<https://www.mackenzie.br/fileadmin/OLD/47/Graduacao/CCBS/Cursos/Psicologia/boletins/1/artigo8.pdf>>. Acesso em: 20 jul. 2019.

FURTH, G. M. **O mundo secreto dos desenhos: uma abordagem junguiana da cura pela arte**. São Paulo: Paulus, 2004.

HILLMAN, J. Diagnóstico e Dialética Analítica. In: HILLMAN, J. **Suicídio e Alma**. (p. 161-174). Petrópolis: Vozes, 1993.

JUNG, C. G. **A energia psíquica**. 8. ed. Petrópolis: Vozes, 2002.

\_\_\_\_\_. **A Natureza da Psique**. 10. ed. Petrópolis: Vozes, 2011.

\_\_\_\_\_. Princípios básicos da prática da psicoterapia. In: JUNG, C. G. **A Prática da Psicoterapia**. (p. 13-31) 16. ed. Petrópolis: Vozes, 2013.

\_\_\_\_\_. **Sincronicidade**. 13. ed. Petrópolis: Vozes, 2005.

MATHERS, D. The body and meaning disorder. In D. MATHERS, **An introduction to meaning and purpose in Analytical Psychology**. (p. 69-93). East Sussex: Brunner-Routledge, 2001.

OKUMURA, I. M.; SERBENA, C. A.; DÓRO, M. P. Adoecimento psicossomático na abordagem analítica: uma revisão integrativa da literatura. **Psicologia: teoria e prática**, 22(2), 487-515, 2020. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.5935/1980-6906/psicologia.v22n2p487-515>>. Acesso em: 10 jul. 2020.

RAMOS, D. G. **A psique do corpo: a dimensão simbólica da doença**. 5. ed. São Paulo: Summus Editorial, 2006.

RASIA, J. M. Imaginário e Simbólico em pacientes com câncer: análise de duas narrativas. **Revista Mediações**, 11(2), 65-82, 2006. Disponível em: <http://www.uel.br/revistas/uel/index.php/mediacoes/article/view/8981/7472>. Acesso em: 10 jul. 2020.

REGIS, M. F.; SIMÕES, S. M. F. Diagnóstico de câncer de mama, sentimentos, comportamentos e expectativas de mulheres. **Revista Eletrônica de Enfermagem**. v. 7, n. 1, p. 81-86, 2005. Disponível em: <[www.fen.ufg.br/revista.htm](http://www.fen.ufg.br/revista.htm)>. Acesso em: 18/09/2017.

RETONDO, M. F. N. G. Análise Qualitativa. In M. F. N. G. RETONDO. **Manual prático de avaliação do HTP (casa-árvore-pessoa) e família**. (p. 27-37). São Paulo: Casa do Psicólogo, 2000.

RODGERS, G. P.; YOUNG, N. S. Manual Bethesda de hematologia clínica. Thieme Revinter Publicações LTDA, 2018.

SERBENA, C. A. Considerações sobre o Inconsciente: Mito, Símbolo e Arquétipo na Psicologia Analítica. **Rev. abordagem gestalt** (Goiânia), v. 16, n. 1, p. 76-82, jun. 2010. Disponível em: <[http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1809-68672010000100010&lng=pt&nrm=iso](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1809-68672010000100010&lng=pt&nrm=iso)>. Acesso em: 12/06/2018.

SHARP, D. **Léxico Junguiano: dicionário de termos e conceitos**. 1. ed. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1991.

TURATO, E. R. Métodos qualitativos e quantitativos na área da saúde: definições, diferenças e seus objetos de pesquisa. **Revista de Saúde Pública**, 39(3), 507-514, 2005. Disponível em: <[10.1590/S0034-89102005000300025](https://doi.org/10.1590/S0034-89102005000300025)>. Acesso em: 26 jun. 2020.

## **4 CONSIDERAÇÕES SOBRE A DINÂMICA PSÍQUICA DE PACIENTES COM DOENÇAS HEMATOLÓGICAS: USO DO RECURSO SIMBÓLICO COMO INTERVENÇÃO PARA A RESSIGNIFICAÇÃO DA EXPERIÊNCIA**

### **4.1 INTRODUÇÃO**

A Psicossomática é a ciência multidisciplinar que compreende a interação indissociável entre mente-corpo. Desde a primeira vez que foi empregada por Heinroth em 1918, sua definição tem adquirido atualizações que transformaram a visão sobre o ser humano no processo saúde-doença (MARGETTS, 1950; MELLO-FILHO, 2010).

Os conceitos em Psicossomática se aproximam da Psicologia Analítica por considerarem o dinamismo da unidade mente-corpo, indivisibilidade e totalidade do ser humano, interação mútua dos campos social, psicológico, físico, cultural e individual. Segundo Jung, “a alma humana vive unida ao corpo, numa unidade indissolúvel, por isto só artificialmente é que se pode separar a psicologia dos pressupostos básicos da biologia” (2011a, p. 60).

Anterior à consolidação da abordagem teórica, Jung se dedicou a estudar a esquizofrenia, lançando um olhar sobre os aspectos psicológicos imbuídos nessa patologia. Assim, pôde observar que o sujeito é acometido por intensidades afetivas – complexos, cujo núcleo contém o arquétipo. Este representa o “fator psicossomático que induz tanto os distúrbios psicológicos como a ‘toxina’ somática” (HILLMAN, 1981, p. 198).

O adoecimento retrata uma temática arquetípica que provoca inquietações ao homem na ânsia de saber a etiologia, ter explicações sobre a manifestação dos sintomas e encontrar a cura para o mal que o aflige. Por conseguinte, a doença, enquanto objeto que afeta o sujeito, contém uma representação arquetípica.

Sendo a doença um símbolo, é possível explorar seus múltiplos significados. O sentido é único para cada indivíduo, apesar de contemplar uma coletividade concomitantemente dado o fator arquetípico nuclear. A Psicologia Analítica compreende o trabalho com símbolos a partir de sua amplificação, isto é, pela apreensão do contexto. Assim, o símbolo pode ser abordado por “diferentes aspectos até que seu sentido apareça mais consistente e mais pleno” (HILLMAN, 1981, p. 199).

Enquanto a interpretação de um símbolo oferece uma resposta redutiva e limitante de seu sentido, o método da amplificação visa atingir camadas mais

profundas da psique, possibilitando a conexão de elementos conscientes e inconscientes. No contexto saúde-doença, amplificar o sentido do sintoma pode auxiliar na ressignificação de um desequilíbrio vivenciado. Trata-se do processo de “fazer alma” (*soul-making*) (CLARK, 1995), isto é, o explorar, reconstruir e transformar o sentido interno para cada sujeito.

Jung reforça o valor da compreensão conjunta dos símbolos presentes no campo da consciência e dos que atuam de forma inconsciente. Conforme o autor, “a psique é uma equação que não tem solução se faltar o fator do inconsciente, e que representa também uma totalidade (ou inteireza) que abrange tanto o eu empírico como o seu fundamento que transcende a consciência” (JUNG, 2011b, p. 211).

O fornecimento de respostas técnicas que justifiquem a aparição da doença não abrange a completude da psique, logo, não tem o poder de sanar todas as dúvidas do paciente que emergem diante da ameaça a sua integridade. A demanda de acolhimento das angústias e manejo subjetivo do adoecimento abriram espaço para a contribuição da Psicologia Hospitalar.

Na conceituação de Simonetti (2004, p. 15), “a psicologia hospitalar não trata apenas das doenças com causas psíquicas, classicamente denominadas “psicossomáticas”, mas sim dos aspectos psicológicos de toda e qualquer doença”. Ressalta-se que nesse trecho fica implícita a crítica sobre a associação direta entre desordens psíquicas e o termo psicossomática. O autor corrobora com a noção interacional e de unidade psique-soma, afirmando que “o psíquico também é orgânico e vice-versa” (SIMONETTI, 2004, p. 16), e, portanto, traz carga subjetiva imbuída a ser considerada no tratamento do sujeito.

Dentre as possibilidades de intervenção do psicólogo hospitalar, visa-se à compreensão e fortalecimento de estratégias de enfrentamento em conjunto com o indivíduo para que este possa se adequar ao novo papel social: a persona de paciente. Para além da escuta qualificada, pode-se utilizar instrumentos auxiliares à clínica psicológica. O trabalho com símbolos mediado por representações imagéticas é um recurso possível no contexto hospitalar, considerando o tipo e o baixo custo dos materiais necessários e a dinâmica do ambiente.

Este estudo teve como objetivo compreender o significado pessoal e a representação simbólica do processo de adoecimento de pacientes da clínica da hematologia. Tomou-se como hipótese que as imagens seriam permeadas de

conteúdos e motivos pessoais e coletivos que pudessem auxiliar para a ressignificação da condição da pessoa doente e do contexto saúde-doença.

## 4.2 MÉTODO

O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa, sob o registro CAAE 67137617.7.0000.0096. Realizou-se uma pesquisa transversal, de natureza aplicada com objetivo exploratório e abordagem qualitativa. O recrutamento foi feito no próprio centro de tratamento dos participantes, no setor ambulatorial da Unidade de Transplante, Hematologia e Oncologia (UTHO) do Complexo Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Paraná (CHC-UFPR). Foram considerados como critérios de inclusão pacientes maiores de 18 anos, em acompanhamento médico nos ambulatórios de Falência Medular e Hematologia, que aceitassem participar da pesquisa voluntariamente, com assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Os dados foram coletados entre os meses de julho e outubro de 2019. Foi realizada uma entrevista semiestruturada dividida em três momentos. O primeiro voltado para caracterização da amostra (dados demográficos e clínicos), o segundo sobre o engajamento do participante em relação a sua condição clínica e o terceiro com objetivo exploratório sobre as produções imagéticas propostas.

A segunda etapa abrangeu as seguintes perguntas: 1) Você procurou saber sobre o que pode ter causado a doença?; 2) Qual a explicação médica para ter adoecido?; 3) Qual motivo você atribui para sua doença?; 4) Houve algum evento significativo (de grande importância) na sua vida?

Foram fornecidos os seguintes materiais de papelaria: lápis grafite, lápis de cor de várias tonalidades e folha sulfite. O procedimento de Desenhos-Estórias elaborado por Walter Trinca foi adaptado às condições de coleta e amostra da presente pesquisa – os participantes estariam disponíveis somente no momento do convite à pesquisa, coincidente ao período da consulta médica ambulatorial – sendo assim, as unidades de desenho solicitadas foram reduzidas para três.

Foram dadas as consignas: 1) Faça um desenho que te represente; 2) Faça um desenho que represente a sua doença; e 3) Faça um desenho que represente aquilo que te ajuda a lidar com as dificuldades. As consignas foram associadas à temática de adoecimento, atendendo à denominação de Procedimento de Desenhos-

Estórias com Tema (D-E com Tema) desenvolvido por Aiello-Vaisberg a partir de Trinca (MARTÃO, 2013, p. 303).

Além disso, considerou-se que os indivíduos foram abordados e convidados a participar da pesquisa em um momento em que não esperavam ser consultados por profissional da Psicologia. Portanto, tratava-se de um contexto diferente do *setting* psicológico-clínico hospitalar ou tradicional.

Gaeta (2013) respalda a possibilidade de aplicação dessa técnica na abordagem Junguiana, visto que as imagens emergentes no Desenho-Estória são como uma “fotografia do inconsciente, revelando aspectos pessoais e coletivos. Contextualizado em tempo histórico, fornece uma leitura do movimento da libido e também pode ser prospectivo, indicando o que está por vir” (p. 174).

A terceira parte da entrevista semiestruturada foi realizada após a finalização do desenho pelo participante. Segundo Trinca (2013), o inquérito sobre o desenho visa obter esclarecimentos e novas associações.

A análise das produções foi realizada separadamente pela pesquisadora e por outra psicóloga com experiência em técnicas projetivas (coorientadora da presente dissertação), ambas com referencial teórico pela Psicologia Analítica. Nesta etapa, a coorientadora desconhecia o histórico clínico dos participantes, atendo-se ao modelo de interpretação proposto por Furth (2004). Posteriormente as análises foram comparadas e somadas às narrativas coletadas.

Furth (2004) elenca três princípios básicos: 1) prestar atenção à primeira impressão, sem objetivar uma interpretação imediata, mas permitindo que percepções e sentimentos sobre a imagem sejam afluídas; 2) agir como pesquisador questionando e investigando a escolha dos materiais, dimensionamento dos elementos, cores, formas, entre outros; e 3) sintetizar o que foi descoberto.

Foram recrutados 10 participantes com média de idade de 37,2 anos, 7/10 do gênero masculino. As entrevistas duraram cerca de 50 minutos e se encontram transcritas ao final da dissertação no Anexo B. 9/10 participantes foram receptivos à solicitação dos desenhos, sendo que apenas um recusou dar continuidade à pesquisa por relatar desconforto em relação à atividade proposta.

### 4.3 RESULTADOS

A amostra contemplou pacientes com diagnóstico de doença hematológica de etiologia congênita (20%; N=10) e na grande maioria adquirida (80%; N=10), o que influencia na análise sobre o tempo de tratamento. Obteve-se mediana de 21,5 meses de tratamento ( $\sigma=40,6$ ), considerando o acompanhamento médico-clínico prévio e corrente no CHC-UFPR (visto que todos os participantes são procedentes de fora de Curitiba).

50% (N=10) relataram que não tiveram explicação médica para a causa da doença. Dos que tiveram, 40% (N=5) afirmaram o fator genético e 60% (N=5) expuseram o contato com agentes químicos que podem ter levado a mutações celulares. Faz-se uso do termo “explicação médica” como sinônimo de justificativas com embasamento científico; a pesquisa não abordou à qualidade do atendimento, tão pouco à satisfação do paciente com a informação clínica provida. O processo de maior ou menor aceitação da “explicação médica” se refere às angústias que emergem no indivíduo, reforçando que dados objetivos não suprem a totalidade e complexidade do ser humano.

Quando perguntados sobre a ocorrência de algum evento significativo ao longo da vida, 20% (N=10) não trouxeram associações. Destes, um participante não se expressou permanecendo em silêncio, deixando a dúvida sobre a existência ou não de uma situação marcante. E o outro, respondeu rapidamente de forma negativa, mal permitindo a reflexão sobre a pergunta e continuou a negar mesmo após novas tentativas da pesquisadora.

Em contrapartida, dentre os que relataram um evento significativo, 50% (N=8) trouxeram vivências da infância ou adolescência e os outros 50% (N=8) situações já na vida adulta. Referem-se a experiências de perdas de objetos concretos como bens materiais e entes queridos (P06 e P07) e perdas simbólicas como a autonomia (P01), possibilidade de brincar (P02) e o ninho vazio – crescimento do filho (P09). Não há uma fase exata na vida para demarcar um evento significativo. A pessoa classificará como sendo importante ou não para ela conforme a intensidade afetiva vivenciada. Contudo, infere-se a existência de algum acontecimento na vida do indivíduo que o afetou em maior ou menor intensidade, sendo que a não (res)significação da experiência acaba pode acabar aprisionando um trauma.

TABELA 4 – SÍNTESE DAS RESPOSTAS ÀS ETAPAS 1 E 2 DA ENTREVISTA SEMI-ESTRUTURADA.

	<b>Diagnóstico</b>	<b>* Tempo tto</b>	<b>Expl. médica</b>	<b>Evento significativo</b>	<b>Motivo pessoal</b>
P 01	Leucemia Linfoide Aguda	48 meses	Agrotóxicos	Meningite e queda na infância	Queda e contusão no braço
P 02	Disceratose Congênita	144 meses	Genético	Convivência com amigos na infância	Dificuldades dos ascendentes (pais)
P 03	Leucemia Mieloide Aguda	36 meses	Idiopática	Brigas com o pai	Retenção de afetos negativos
P 04	Anemia de Fanconi	24 meses	Genético	“Coisas pesadas” na infância (sic)	Provação da fé
P 05	Linfoma do Manto	30 meses	Idiopática	Não relatado	Não relatado
P 06	Policetemia Vera	16 meses	Idiopática	Perda de bens materiais e da mãe	Depressão após vivência de perdas
P 07	Mielodisplasia	12 meses	Cigarro	Perda de dois bebês e viuvez	Não relatado
P 08	Aplasia de Medula	19 meses	Agrotóxico	“Malandragem” (sic) para conseguir atestado médico	Alta ingestão de tomate
P 09	Mieloma Múltiplo	15 meses	Idiopática	Formação militar do filho	Não relatado
P 10	Aplasia de Medula	1,5 mês	Idiopática	Não relatado	Não relatado

Fonte: A autora (2020). \* Tempo de tratamento calculado em referência à data da entrevista.

As respostas à última questão mostraram que 60% (N=10) conseguem renomear a explicação médica dada na constatação do diagnóstico. Destes, dois participantes mantiveram o discurso que convergem ao respaldo médico. P08, ainda que hesitante, relacionou ao contato com agentes químicos. A mesma participante também cogitou que sua doença pudesse ter se desenvolvido após uma gripe, contudo, refutou a hipótese em seguida. Já P02, reafirmou a etiologia congênita, mas trouxe o contexto de herança familiar. Dos seis participantes mencionados, outros dois relacionaram com a vivência de afetos negativos (P03 e P06), um participante com a limitação física (P01) e outro associou a doença como oportunidade divina (P04). Os dados coletados se encontram resumidos na TABELA 4.

Debruçar sobre as representações pessoais e singulares retratadas em desenhos requer a circumambulação da imagem que permite esclarecimentos e construções de sentido sucessivos, levando a repetições da vivência da expressão simbólica. Em justificativa ao tamanho amostral, infere-se que se a amostra desta pesquisa fosse composta por mais participantes, a análise de mais desenhos traria redundâncias de representações arquetípicas. Essa observação não refuta a capacidade criativa da psique e significado pessoal de cada participante, pois

característica da repetição é o que possibilita a categorização das representações e delineamento acadêmico dos resultados do estudo.

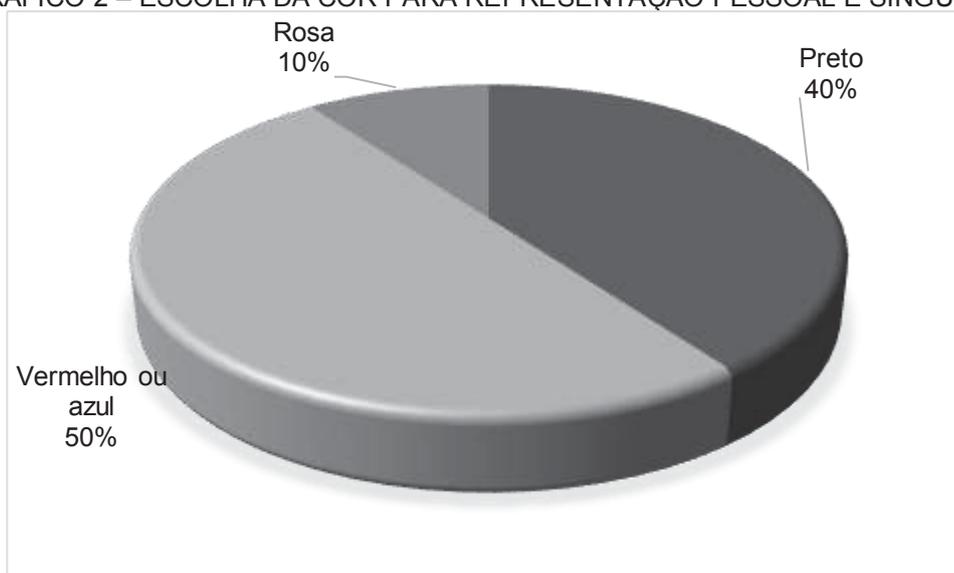
A exploração sobre as produções feita em entrevista com os participantes partiu do procedimento de Desenhos-Estória, solicitando-os a contar uma estória. Boa parte da amostra teve dificuldade em dar continuidade a esse comando, mesmo com incentivo da pesquisadora e introdução a recursos auxiliares conforme sugerido por Trinca (2013, p. 21). A dificuldade foi expressa em falas como “não sei”, “não tem estória”, silêncio, risos ou tentativa de fuga da atividade com menção para poder ir embora.

A contemplação posterior aos desenhos partiu dos pontos focais, isto é, os sinais mais chamativos, pois, segundo Furth (2004) são eles que mediam o processo de cura conduzido pelo inconsciente. Os resultados serão apresentados conforme as consignas dadas para elaboração dos desenhos. As informações e análise foram resumidas devido à extensão dos dados coletados. Assim, as TABELAS 5, 6 e 7 foram organizadas com os pontos focais e síntese da análise de cada desenho e um resumo da estória narrada pelo participante após a finalização de cada desenho. Toda a produção se encontra anexa a essa dissertação (Anexos C a L).

#### 4.3.1 Representação pessoal

Diante da primeira consigna para a produção das unidades de desenho, todos os participantes fizeram figuras humanas. A maioria (90%; N=10) optou pelo desenho monocromático ou acromático (lápiz preto), mesmo com a oferta de várias cores à disposição. O GRÁFICO 2 mostra a distribuição em percentual da escolha de cores pelos participantes.

GRÁFICO 2 – ESCOLHA DA COR PARA REPRESENTAÇÃO PESSOAL E SINGULAR.



FONTE: A autora (2020).

TABELA 5 – SÍNTESE DA ANÁLISE SOBRE O DESENHO DA REPRESENTAÇÃO PESSOAL E SINGULAR.

	<b>Ponto focal</b>	<b>Síntese do desenho</b>	<b>Síntese da estória</b>
P 01	Aspecto inanimado	Falta de autonomia	Apresentação pessoal pelo nome próprio
P 02	Corpo disforme	Imaturidade	Falta de descrição na apresentação de si e tentativa de padronização com o externo
P 03	Óculos escuros	Omissão / esquiva	Apresentação pessoal pela persona e ausência de palavras para se expressar
P 04	Assimetria facial	Falta de integração	Apresentação pessoal pela persona e sombra
P 05	Fraqueza no traçado	Repressão	Apresentação pessoal pelo mecanismo de compensação
P 06	Corpo suspenso	Ausência de posses e pertencimento	Apresentação pessoal pela intensidade afetiva
P 07	Forma híbrida	Contenção	Falta de descrição na apresentação de si e tentativa de fuga
P 08	Expressão de bem-estar	Esquiva do real	Apresentação pessoal pela persona
P 09	Forma híbrida	Prevalência instintiva	Apresentação pessoal pela persona
P 10	Corpo distorcido	Dificuldade na tomada de decisões	Falta de descrição na apresentação de si e tentativa de fuga

Fonte: A autora (2020).

A principal forma de expressão encontrada foi por intermédio da persona, a qual diz respeito à identidade do participante. Sobre a persona, Jung afirma que não é real, mas é o produto de um acordo entre o individual e o coletivo sobre a aparência externa do indivíduo (1966, p. 158). Foram consideradas manifestações da persona o uso de acessórios, vestimenta, expressão facial, forma de se arrumar – por exemplo os óculos escuros em P03 (Anexo E) e desenho e comentários sobre o cabelo durante

o inquirido em P08 (Anexo J). A TABELA 5 resume a análise dos desenhos elaborados a partir da consigna de representação pessoal.

Mesmo sem verbalizar adjetivos relacionados à persona, o desenho é capaz de retratá-la pela proporção e formato do corpo, maior ou menor ênfase dos traçados e proeminência de algum elemento gráfico. Por exemplo, o tamanho do corpo e da boca representados por P05 (Anexo G) – paciente fisicamente vulnerável, emagrecido, costas arqueadas, com dificuldade para caminhar, tom de voz baixo, acompanhado da esposa que o interrompia a todo momento e sua estória se limitava a contar que estava “feliz”.

A persona é “um complexo funcional que surgiu por razões de adaptação ou de necessária comodidade, mas que não é idêntica à individualidade” (Jung, 2011c, p. 426). A individualidade não é composta somente pela persona. Mesmo que essa esteja em evidência, os desenhos sobre a representação pessoal revelam também características implícitas da estrutura psíquica da pessoa. Assim, foram observados os aspectos subjacentes nos desenhos e narrativa do participante, como a existência de uma dualidade não integrada em P04, em que um lado é representativo do “bobo” (sic) e o outro do “sagaz” (sic); e os corpos com membros híbridos homem-animal em P07 (mãos de ave – Anexo I) e P09 (pés de equino – Anexo K).

A análise psicológica dos desenhos de representação pessoal encontrou conteúdos simbólicos que sugerem prognósticos regressivos com má distribuição da energia psíquica e intensidades polarizadas. Observaram-se características desfavoráveis ao desenvolvimento psíquico salutar que denotam falta de integração dos pares de opostos como debilidades, corpo sem traços de conexão, pouco delineado e/ou sem preenchimento (P01, P02, P04, P05 e P09 – Anexos C, D, F, G e K); esquiva através de inserção de objetos de bloqueio, expressão facial limitada à persona e destoante do conjunto da realidade física e narrativa do participante (P03 e P08 – Anexos E e J); contenção e lateralização da energia representada na forma, proporção e distorção da posição corporal (P05, P06, P07 e P10 – Anexos G, H, I e L).

#### 4.3.2 Representação da doença

Por não haver signo único ou forma pré-determinada, a doença foi retratada por diferentes imagens. Uma participante desistiu da atividade por se sentir

desconfortável com a solicitação, totalizando 9 desenhos. 66% (N=9) dos participantes fizeram produções monocromáticas ou acromáticas. 55% (N=9) utilizaram a cor preta e no restante dos desenhos foram escolhidas cores primárias (vermelho, azul e amarelo). A TABELA 6 resume a análise dos desenhos elaborados a partir da consigna de representação da doença.

TABELA 6 – SÍNTESE DA ANÁLISE SOBRE O DESENHO DA REPRESENTAÇÃO DA DOENÇA.

	<b>Ponto focal</b>	<b>Síntese do desenho</b>	<b>Expressão</b>	<b>Síntese da estória</b>
P 01	Círculos	Imaturidade	Subjetiva	Despreparo para a vida
P 02	Vermes	Dualidade passividade x agressividade	Subjetiva	Deterioração externa e interna
P 03	Expressão de bravo	Incompreensão e não sustentação	Subjetiva	Doença amorfa e carregada de afeto negativo
P 04	Corpo disforme	Não funcionalidade	Subjetiva	Aprisionamento
P 05	Distanciamento	Indefinição da duração do tratamento	Subjetiva	Retorno à morada para recuperação
P 06	“Coisa”	Sem definição objetiva, porém provoca o mal	Subjetiva	Ausência de descrição, como se a simbologia estivesse posta; tentativa de fuga
P 07	-	-	-	-
P 08	Representação do tratamento	Nutrição externa	Objetiva	Descrição sobre os combustíveis da vida
P 09	Miolo	Sustentação	Objetiva	Representação da estrutura que é frágil e não a sustenta
P 10	Traçado demarcado	Cristalização do fluxo energético	Objetiva	Característica sistêmica da doença, que dominou todo o corpo

Fonte: A autora (2020).

Uma característica em comum apresentada pelos participantes foi a hesitação inicial de concretização da imagem e, depois que conseguiam, apresentaram dificuldade de falar sobre o que a doença representa, narrar uma estória, recorrendo-se ao recurso simbólico para que pudessem explicar por meio de analogias.

Foram encontrados 33,3% (N=9) dos desenhos com expressão objetiva baseada no que é possível ser visto, como a localização de afecção da doença ou os elementos que compõem o tratamento, isto é, a representação sob a influência direta do meio externo. Observou-se também que 66,7% (N=9) dos desenhos continham impressão subjetiva baseada na percepção intuitiva, em um simbolismo mais pessoal cuja influência do meio interno é prevalente.

De modo geral, as representações gráficas da doença compreendem a dificuldade de integração de aspectos sombrios que impossibilitam o encontro, denunciando um perfil de estagnação, não posicionamento perante à vida. Assim, os participantes se mantêm polarizados, cindidos, com a energia represada no sintoma. O encontro de um / com o símbolo possibilitaria a despotencialização do sintoma e

representaria a amplificação e agregamento de (um novo) sentido à experiência vivida.

#### 4.3.3 Recurso de enfrentamento

Lembrando que uma participante não quis dar continuidade à atividade proposta na pesquisa, considera-se o total de 9 desenhos. 77,7% (N=9) realizaram desenhos monocromáticos com escolha das cores preta, azul, verde, marrom e roxo; 11% (N=9) produziu um desenho inteiro colorido. Observou-se maior variação de cores para essa consigna, diferenciando do uso predominante das cores primárias. A TABELA 7 resume a análise dos desenhos elaborados a partir da consigna de representação do recurso de enfrentamento.

TABELA 7 – SÍNTESE DA ANÁLISE SOBRE O DESENHO DA REPRESENTAÇÃO DO RECURSO DE ENFRENTAMENTO.

	<b>Ponto focal</b>	<b>Síntese do desenho</b>	<b>Síntese da estória</b>
P 01	Proporções da casa	Segurança e acolhimento	Descrição estrutural e funcional do que representa a segurança familiar
P 02	Distanciamento dos personagens	Relação materna	Apresentação materna e estado emocional
P 03	Faixa amarela	Esperança	Presença do caos e da fé
P 04	Escrita	Devoção	Religião como guia
P 05	Pássaro	Liberdade física e de expressão	Desejo de liberdade
P 06	Família	Refúgio	Ausência de descrição como se a simbologia estivesse posta
P 07	-	-	-
P 08	Representação padrão dos familiares	Indiferenciação	Ausência de representação inicial e indistinção entre os membros da família
P 09	Não inclusão de si	Construção de novos vínculos afetivos	Apego à família, sobretudo ao materno
P 10	Nivelamento dos personagens	Inferioridade	Colocação do outro em primeiro plano; descrição vaga

Fonte: A autora (2020).

Foram encontrados dois recursos de enfrentamento predominantes: suporte religioso e familiar. 22% (N=9) trouxeram a temática religiosa, sendo que P03 (Anexo E) mais direcionado ao sentido espiritual e P04 (Anexo F) à crença dogmática. 66,6% (N=9) mencionaram relevância ao grupo familiar (P01, P02, P06, P08, P09 e P10) e 11% (N=9) referiu a um desejo pessoal como fator que ajuda a lidar nos momentos de dificuldade.

#### 4.4 DISCUSSÃO

As perguntas da entrevista que exploraram sobre o evento significativo e o motivo pessoal atribuído ao adoecimento reforçam a existência de algum conflito ou tensão que afetou os participantes da pesquisa. De modo similar, simbolicamente, trouxeram situações em que houve um acúmulo (intensidade) de energia (afeto) de origem interna ou externa. Análogo à condição clínica, as doenças hematológicas representam uma quebra no funcionamento normal das células sanguíneas, podendo haver excesso, falta ou má-formação celular, ou seja, descontinuidade no fluxo.

Essas células se formam a partir da medula óssea e nesse estágio se encontram indiferenciadas, contudo, são pluripotentes, possuindo alto potencial de transformação. Quando maturadas, ou seja, ao passar pelos ciclos de divisão e diferenciação celular, adquirem a característica de sangue material, um fluido composto por vários tipos de células que exercem funções específicas (oxigenação, defesa, coagulação) (RAMOS, DÓRO; OKUMURA, 2018). Os alquimistas entendiam essa substância como *prima materia*, um estado primordial caótico do qual se originam todas as coisas.

Os afetos concentrados se encontram indiferenciados, isto é, não são compreendidos ou são pouco percebidos pelo indivíduo. Sem o processo de tomada de consciência, não há nascimento da identidade, não há estruturação e fortalecimento do complexo egóico.

Deste modo, tal como ocorre a diferenciação das células do sangue e assim como cada uma necessita atingir o seu potencial único de vir a ser, o sangue imaginal como *prima-materia* também necessita se diferenciar dos demais elementos contidos na psique objetiva, parecendo ser também esta a sua direção. Do caos à separação, do macrocosmo ao microcosmo, da *nigredo* à *rubedo* - o rubor, a libido concedida pela vida anímica, - este assemelha-se no sentido psicológico no processo de maturação da consciência. (RAMOS, DÓRO; OKUMURA, 2018, p. 161).

Para Neumann (1995, p. 205) “o estado inconsciente é o estado básico e natural; o estado consciente, o produto de um esforço que consome libido”, isto é, a tomada de consciência requer investimento contínuo. Para isso, é importante que o indivíduo encontre uma fonte simbólica de onde consiga se reabastecer sempre que necessário. Seja de procedência interna ou externa, abstrata ou concreta, a função do símbolo é dar sentido à experiência vivida e ainda que o mesmo signo seja escolhido entre pessoas diferentes, haverá significados distintos. “A personalidade do

ego nunca pode por si só dar o devido valor ao túnel escuro, ou ao leão ou à imagem de um lago que apareçam em um sonho. Essas imagens possuem uma ressonância inesgotável” (HILLMAN, 1981, p. 199).

Os desenhos viabilizam a análise de produtos do inconsciente pela abrangência de múltiplas possibilidades contidas no símbolo. Os símbolos observados neste estudo foram solicitados através de consignas sobre representação pessoal e singular, da doença e de enfrentamento.

Os desenhos que concernem à representação pessoal trouxeram em comum a destituição do sujeito, com características disformes e mal distribuídas. Denotam percepção distorcida de si, maior identificação com a persona do que com o ego, sendo que um dos papéis ocupacionais que prevalecem é o de paciente (doente). A rotina de tratamento de uma doença hematológica impacta de tal maneira a vida da pessoa que falta espaço, tempo e condições para realizar investimento libidinal nas áreas que ainda lhe restam. A energia fica coagulada nas questões saúde-doença, polarizada em uma identidade passiva.

A construção da persona é igualmente importante para o desenvolvimento do indivíduo, porém pela estruturação do ego que a personalidade emerge e impulsiona o processo de individuação. “O desenvolvimento da persona é o resultado de um processo de adaptação que reprime características e tendências individualmente importantes, tornando-as invisíveis ou suprimindo-as no interesse de fatores coletivamente práticos ou desejáveis” (NEUMANN, 1995, p. 286). Assim, a persona paciente pode servir para adaptação do sujeito na inserção à coletividade do contexto hospitalar e de tratamento a saúde. Dado o tempo de assentamento da mudança, deve-se voltar o investimento à formação e fortalecimento do ego, das questões individuais.

A narrativa pessoal e mórbida dos participantes do estudo corrobora que há importante investimento afetivo majoritariamente de cunho conflitante (negativo). A maior conectividade com o coletivo pode indicar a necessidade de serem reconhecidos pelo externo, uma busca por aceitação e pertencimento devido ao não encontro com um aspecto simbólico que possa ser integrado e internalizado.

Em relação à representação da doença, além de compreender a percepção dos participantes sobre o próprio quadro clínico e processo de adoecer, investigou-se

possíveis diferenças entre os discursos médico e pessoal sobre o motivo do adoecimento.

A clínica hematológica caracterizada pela idiopatia dos diagnósticos e o discurso dos participantes quando permanecem aderidos à justificativa externa é consoante à inércia no estado inconsciente. Ressalta-se que informação sobre o diagnóstico não é sinônimo de consciência enquanto apreensão de sentido. O conhecimento por si só não promove a ressignificação da experiência. Novamente, reforça-se a necessidade da tomada de consciência para o indivíduo: “Quanto mais forte é a sua consciência, tanto mais ele pode fazer com ela, e quanto mais fraca ela é, tanto mais coisas ‘apenas acontecem’. O estado urobórico é, sem dúvida, um estado ‘fronteiriço’” (NEUMANN, 1995, p. 201). Em analogia ao contexto de adoecimento, a doença simplesmente acontece, ou seja, há destituição de significado e o sujeito permanece no vazio, sem respostas, sem sentido.

A temática comum observada nas representações sobre a doença foi a existência de um influxo, por cisão, dismorfia e não funcionalidade. Parecem indicar dificuldade de integração e, portanto, não atribuição de sentido por falhas na comunicação entre os meios interno e externo, sujeito e objeto, doente e doença.

Igualmente, nas representações sobre recurso de enfrentamento foi constatada a necessidade de (re)integração entre elementos. Nesta categoria, foram encontrados temas mais específicos divididos em família e religião. Ambos são compreendidos como fatores protetivos, essenciais para a manutenção do bem-estar subjetivo, manejo do humor em situações de vulnerabilidade psicológico-emocional sobretudo frente ao tratamento de uma doença. Porém, a análise dos desenhos dos participantes mostrou a existência da dualidade, haja visto que a Psicologia Analítica trabalha com o princípio de complementaridade.

Em relação à família, foi posta como um sistema que, ao passo que acolhe, protege e cuida, é também fechado, com pouco espaço para o desenvolvimento do indivíduo. As representações demonstraram a dificuldade de saída de um seio materno, estando em estágio regredido. A abordagem desenvolvimentista demarca a necessidade dos movimentos de deintegração e posterior reintegração visando à promoção psíquica salutar, pois “somente através da deintegração e reintegração essas ‘partes’ se aglutinam em um ego mais ou menos consolidado. Somente quando

o ego se forma que experienciamos o self, ou melhor, o inferimos<sup>11</sup>” (URBAN, 2014, p. 03).

As referências à religião trouxeram aspectos duais de Deus e do diabo, luz e sombra (P03), salvação e punição (P04). Tal como a família foi equiparada ao arquétipo da Grande Mãe, a religião pode ser analisada no arquétipo de Grande Pai como fonte da criação e onde se encontram as soluções e respostas para tudo. Conforme o trecho em Apocalipse 1:8: “Eu Sou o Alfa e o Ômega, declara o Senhor Deus, Aquele que é, que era e que há de vir, o Todo-Poderoso” (DEALMEIDA, 2008, Apocalipse 1:8). Havendo a percepção cindida entre os elementos, infere-se a possibilidade de um conflito e não integração do símbolo que dê sentido à vivência do indivíduo.

A divindade urobórica, concebida numa perfeição sem forma como o ‘Deus supremo’, é substituída pelas figuras arquetípicas dos deuses. Também eles são ainda puras projeções do inconsciente coletivo sobre o mais remoto objeto possível – o céu. Como a consciência do ego e o indivíduo não se desenvolveram nem operam, eles também não estão relacionados com o evento cósmico que ocorre ‘no lugar celeste’. É como se, no princípio, as figuras dos deuses ainda fossem autônomas, refletindo-se a si mesmas no céu, sem terem passado pelo meio do homem e da sua personalidade, por isso, não tendo sofrido alteração por essa passagem. (NEUMANN, 1995, p. 220).

A busca pelo sentido do sintoma-símbolo e posterior encontro de um propósito pessoal, contribui para a transformação do sofrimento. Sentido é construído na possibilidade de abrir e/ou inserir novas portas e angariar espaço psicológico (MATHERS, 2001). Cada pessoa possui o próprio mapa semântico, porém, o que torna a análise possível é a junção dos elementos contidos nos mundos simbólico, imaginário e real (MATHERS, 2001).

Algumas características encontradas no conjunto da representação simbólica imagética e verbal são destacadas a seguir. Atenta-se à não linearidade dos dados discutidos. A relação com significados coletivos objetiva o direcionamento da análise, que só adquire sentido, de fato, quando associado ao contexto do indivíduo.

#### 4.4.1 Aspectos visuais de análise

---

<sup>11</sup> Tradução livre. Versão original em inglês: “(...) *only through deintegration and reintegration do these ‘bits’ coalesce into a more-or-less consolidated ego. It is only when the ego forms that we experience the self, or, rather, infer it*”.

Os participantes exploraram pouco a possibilidade de uso de variação de cores tanto em um mesmo desenho como em toda a série produzida pelo mesmo indivíduo. As 28 unidades de desenho apresentam 7 variações de cores, monocromáticas em sua maioria. Denota limitação na exploração dos recursos disponíveis e na percepção pessoal e do mundo, ambos monocromáticos ou acromáticos, desvitalizados.

O predomínio de cores primárias indica regressão no desenvolvimento psíquico, tendo em vista que crianças pequenas no início da vida escolar preferem cores primárias e vibrantes, conforme observado na linha cognitiva (GARDNER, 1980). Já a cor preta, utilizada em 46% das unidades de desenho (N=28) sugere o simbolismo do desconhecido (FURTH, 2004, p. 160). Buck (2003) pontua que o uso dessa cor (do preto) como lápis indica tendência a evitar emoções. O preto foi observado em todas as consignas, sendo que P04 e P08 (Anexos F e J) usaram essa cor em todas as unidades produzidas, exclusiva em todos os desenhos de P04 e alguns detalhes em vermelho e amarelo na segunda unidade de P08. P02, P06 e P09 (Anexos D, H e K) utilizaram o preto somente para representação da doença. Enquanto que P01 e P03 (Anexos C e E) usaram somente para representação pessoal.

Além da observação sobre as cores utilizadas, Furth (2004) salienta também a consideração sobre as cores destoantes, incomuns e que não são encontradas nos objetos do mundo real, contidas apenas no mundo simbólico do indivíduo. Por exemplo, na segunda unidade de desenho de P01, o tronco da árvore foi traçado em vermelho, o que “pode sinalizar uma questão de importância vital, um problema “abrasador”, emoções arrebatadoras ou perigo”. (FURTH, 2004, p. 158). O vermelho também foi escolhido por P02 e P07 para representar a si próprios (Anexos D e I).

Outra cor discrepante foi o roxo na terceira unidade de P02 (Anexo D), em que o participante ilustrou a si e a mãe. “Pode apontar para uma necessidade de posse ou de controle [...]. Pode sugerir uma responsabilidade penosa ou indicar que o indivíduo tem de “carregar uma cruz” (FURTH, 2004, p. 159). A consigna foi para ilustrar o recurso de enfrentamento, o que pode estar associado à necessidade de controle de si, do próprio corpo, bem como o vinculado ao significado de cor régia, remetendo à espiritualidade.

O posicionamento do desenho na folha também é pertinente para a análise. “A folha de papel simboliza o ambiente, e a localização do desenho revela a adaptação

do sujeito ao meio e como ele o manipula” (RETONDO, 2000, p. 31). Para isso, divide-se o papel em quadrantes – canto superior esquerdo e direito, canto inferior esquerdo e direito. A seguir, alguns exemplos observados.

A primeira unidade de desenho de P06 (Anexo F) se encontra em maior parte no canto superior esquerdo, sugestivo de passividade, reserva e inibição (RETONDO, 2000, p. 32). O participante denota postura resignada perante à vida, estagnado em situações do passado que lhe causaram profundo sofrimento (ter seus bens roubados e a perda da mãe). Sem contato visual, cabisbaixo e pouco comunicativo durante a entrevista, atento aos movimentos da esposa, a qual aguardava o término da aplicação da pesquisa. Postura passiva observada também no manejo da doença, com respostas como “a esposa falava que não tava certo” (sic), “a esposa acha que aí que eu comecei a ficar doente” (sic).

Todas as unidades de desenho de P08 (Anexo H) foram feitas no canto inferior esquerdo que representa regressão e conflitos (RETONDO, 2000, p. 33). Apresentou atitude extrovertida, bastante comunicativa com forma de discurso infantilizada, excesso de expressão facial que esboçavam enfado ou nojo, por exemplo, relação de dependência com a mãe. A representação simbólica do recurso de enfrentamento ilustrou a família de origem toda padronizada. Quando perguntada sobre quem eram aquelas pessoas, a participante respondeu “boa pergunta, porque eu fiz todo mundo da mesma altura” (sic). E quando pedido para que se identificasse no desenho respondeu “pode ser essa daqui. Tanto faz” (sic). Expressões gráfica e verbal que sinalizam indiferenciação dos genitores, aquém do processo de individuação.

Nenhum participante executou o desenho no canto inferior direito que sugere a impulsividade e predominância de desejos e Retondo (2000) coloca que é uma área pouco usada.

Igualmente, nenhum participante ocupou o canto superior direito, indicativo de contato ativo com a realidade e projetos para o futuro (RETONDO, 2000, p. 32), o que é compatível com o que os pacientes expressam. A imprevisibilidade da doença onco-hematológica é o principal fator que dificulta a execução de projetos pessoais, porém não impede sua elaboração e adaptações para a concretização. Levantam-se duas hipóteses nessa constatação: a primeira diz respeito à dinâmica psíquica estante dos pacientes, sem fluxo energético, que pouco se projeta, pouco se arriscam; e a segunda leva em conta o estigma de alta morbimortalidade da onco-hematologia que

dificulta as possibilidades de vislumbrar um planejamento a médio e longo prazos, por exemplo.

#### 4.4.2 Capacidade expressiva

Pontua-se a limitação de exploração das entrevistas quando o participante se atém a respostas objetivas e curtas (“não sei”, “sei lá”) ou ausentes (silêncio). Esse dado pode indicar a dificuldade do indivíduo para expressar o que pensa ou sente, ou a incapacidade de encontrar uma resposta (um sentido para a questão levantada).

A primeira hipótese pode implicar em saber o que responder, porém se sentir constrangido para expressar, ou em um conhecimento pouco consciente, insuficientemente formado para ser externalizado. “Ao calar-se, reafirma sua impotência de agir e de narrar o que está se passando” (RASIA, 2006, p. 69).

A segunda hipótese está relacionada à quebra no fluxo energético psíquico, quando experimentar um sofrimento além da capacidade de atribuição de sentido leva ao desequilíbrio no eixo ego-Self, gerando crise físico-espiritual (MATHERS, 2001). A psique, cuja natureza é dinâmica, passa a ter elementos represados.

Se não for possível conceber uma experiência adversa, inesperada à consciência, não será possível resignificá-la. Não será digerida e continuará a angustiar o indivíduo. Enquanto o fato não for integrado à individualidade, não fará sentido. Boechat (2017) utiliza a denominação “pacientes somáticos” para referir àqueles “extremamente presos às literalizações [...] sem maiores significantes simbólicos, e impenetrável a qualquer interpretação do analista” (p. 12).

A alexitimia é um termo recorrente no campo da Psicossomática, sendo inicialmente empregado no contexto de separação mente e corpo, vinculado às afecções físicas sem etiologia médica identificável, restando à justificativa para uma desordem psíquica. Pesquisas posteriores indicam a possibilidade de manifestação da alexitimia independente do quadro clínico (CARNEIRO, 2005). Foi definida como 1) dificuldade em identificar sentimentos e distinguir sentimentos e sensações corporais de excitação emocional; 2) dificuldade em descrever sentimentos para outras pessoas; 3) processos imaginários restritos, evidenciados por escassez de

fantasia; e 4) um estilo cognitivo orientado externamente, ligado a estímulos (GOERLICH, 2018, p. 02).

Defende-se que toda doença é psicossomática (CERCHIARI, 2000), ou seja, psique-somato como unidade dinâmica. Contrário à compreensão que dissocia as doenças orgânicas das psicológicas, a alexitimia foi observada na expressão gráfica e verbal dos participantes dessa pesquisa. Taylor e Bagby (2000 apud GOERLICH, 2018) afirmam que os pacientes com alexitimia sabem pouco de si porque não conseguem vincular os sentimentos às lembranças, fantasias ou outras situações específicas. Contudo, na perspectiva da Psicologia Analítica, entende-se que a capacidade de expressar sentimentos não está necessariamente atrelada à incapacidade de lembrar, mas pode possuir o sentido teleológico e/ou indicar instabilidade na dinâmica psíquica decorrente de outros motivos que não a repressão.

Verifica-se ampla literatura do emprego de técnicas projetivas para a compreensão da dinâmica psíquica e ressignificação simbólica da doença em crianças com câncer. Há estudos que demonstram resultados positivos do uso do desenho como meio para expressar emoções (SILVA, 2010), subjetividade (DEFREITAS; DEVASCONCELLOS; STEFANO, 2014), compreensão sobre o próprio diagnóstico (BIGIO, 2005).

O procedimento de Desenhos-Estórias se mostra eficiente quando aplicado em crianças (TRINCA, 2013), as quais se apresentam mais disponíveis a processos criativos, têm contato mais frequente (intimidade) com o hábito de desenhar, brincar, com a espontaneidade e a invenção de narrativas.

Infere-se que o público adulto tenha “travas” criativas que podem estar relacionadas à dificuldade de expressar graficamente e verbalmente. A decisão por aplicar técnicas projetivas objetivou complementar os dados das entrevistas, pois permitem a manifestação de processos inconscientes.

As perguntas realizadas aos participantes buscaram agregar o que sabiam do diagnóstico, o quanto essa informação era respaldada em conceituação técnico-científica, o quanto se identificavam com a justificativa médica sobre a etiologia e o quanto se engajaram em buscar (internamente e/ou externamente) um sentido que assentasse a angústia da incerteza. Os resultados da pesquisa mostraram que a representação simbólica da doença foi elaborada por vias subjetivas, com a

capacidade de expressão a partir de impressões internas, e objetivas tendo o aspecto biológico e o discurso médico como influenciadores.

O discurso pessoal atrelado ao discurso médico pode ser entendido a partir do estudo de Rasia (2002), em que o paciente necessita de garantia em relação ao tratamento.

Esta garantia se expressa pelo reconhecimento de que alguém (que não precisa ser do corpo médico-hospitalar), mas que está constantemente presente no hospital, oferece-lhe a segurança de que seu tratamento está sendo bem conduzido. Esta função que identificamos como garantia, não é senão a exigência de que alguém assuma a condição de fiador simbólico para o paciente, das práticas a que está sendo submetido. (RASIA, 2002 apud RASIA, 2006, p. 75).

Sendo fiador simbólico, portanto, a função desse papel deve ser temporária. Atenta-se para a noção de medida, pois o indivíduo não deve ficar estagnado em justificativas externas, preso à uma razão que não pertence ao campo da sua individualidade. A resposta a uma inquietação pode advir de fora, porém, deve ser integrada a um motivo pessoal interno. Assim, a compreensão do sintoma-símbolo pode assumir dois movimentos, regressivo e progressivo:

No aspecto regressivo, a percepção do símbolo passaria, então, inicialmente por um determinante pessoal, até significados cada vez mais coletivos e cada vez mais carregados de energia psíquica (motivação), até chegar ao inconsciente coletivo. No aspecto progressivo a energia psíquica se dirige para fora, para o objeto externo. O objetivo é modificar a realidade externa, cultural ou material. A energia não segue um fluxo livre, mas segue uma finalidade de desenvolvimento mais amplo que apenas os objetivos do ego, mas visando integrar o consciente com o inconsciente. (SERBENA, 2010, p. 78).

#### 4.4.3 Estrutura e dinâmica psíquica

A Psicologia Analítica entende que a realidade psíquica é tudo o que afeta a alma humana, valendo tanto o que reside no mundo como no sujeito (HILLMAN, 1981). Visto que o símbolo pode assumir variadas formas e sentidos, a representação pessoal dos participantes refere ao modo como se colocam no mundo, seja mediado pela persona e demais elementos do campo da consciência, seja pela latência de características inconscientes.

Características da persona foram encontradas nas representações gráficas dos participantes. Mesmo exercendo a função de mascarar demais elementos da personalidade do indivíduo e a algum nível, falsear a impressão que o outro tem do

sujeito, a persona é necessária para o equilíbrio entre o consciente e o inconsciente, havendo uma “sequência de compensações” (CONGER, 1991, p. 109).

A questão da normopatía (Joyce McDougall) diz respeito ao arquétipo da persona [...] A persona é um complicado sistema de relação do indivíduo com a sociedade, construída a partir do que ele quer aparecer para ela, e por outro, das demandas da própria sociedade. [...] Jung chama a atenção para o perigo de uma identificação com a persona, com ela o indivíduo chega a perder contato com a alma e seus símbolos. (BOECHAT, 2017, p. 18)

A exemplo da representação da persona, P09 escolheu a cor rosa para a ilustração de si. “Em geral, é usada no corpo ou nas bochechas para dar aquela “aparência saudável” (FURTH, 2004, p. 159). Comentou ainda que adora a cor e que as pessoas frequentemente a criticam amigavelmente por isso.

Constatou-se que a maioria dos participantes (90%; N=10) ilustraram os olhos vazios (ocos) ou encobertos / fechados. “Os olhos são a janela da alma e o espelho do mundo” (Leonardo da Vinci). A omissão desse elemento indica dificuldade de contato, negação ou esquiva da realidade (BUCK, 2003), o que converge com a discussão encontrada na literatura sobre a cisão vivenciada pelo doente entre mundo interno e externo (RAMOS, 2006; MATHERS, 2001)

Representações fora da proporção atentam para o mecanismo de compensação por revelar excessos e faltas. Ocorre o mecanismo de compensação da psique na tentativa de regular sua dinâmica que encontra desequilibrada devido à constelação de um complexo.

A compensação diz respeito ao status atual da psique, a qual portanto, deve ser explorada. Isso reforça a ideia defendida pela Psicologia Analítica em não limitar a compreensão para o passado, para as causas de um problema. A doença se faz presente, logo, cabe replicar os questionamentos auxiliares para a amplificação simbólica levantados por Hillman: 1) O que o problema está interrompendo? 2) O que ele [o problema] (e não você) deseja? 3) A que e de que modo funciona como uma compensação? (1981, p. 202).

O mecanismo de compensação pelo excesso, por exemplo, pôde ser observado na primeira unidade de P02, em que exhibe um corpo de proporções grandes com membros disfuncionais. P02 possui o diagnóstico de Disqueratose Congênita, a qual se manifesta também em fenótipos como distrofia das unhas e manifestações esqueléticas como fragilidade óssea e baixa estatura (DECARVALHO; SILVA; GONTIJO; PEREIRA; DOVALE, 2003). Ainda, segundo Buck (2003),

desenhos grandes indicam hostilidade em relação ao ambiente restrito. O participante enfatizou sobre o receio dos colegas da escola durante as brincadeiras devido a sua condição clínica.

Ressalta-se que a vivência de perdas não é sinônimo de indicativo de trauma. Os eventos relatados pelos pacientes sinalizam uma dificuldade de atribuição de sentido, de ressignificação da situação que lhes trouxe um desequilíbrio. Ainda, considera-se que a temática saúde-doença fica implícita na entrevista aos participantes devido à abordagem em meio ambulatorial enquanto aguardavam a consulta médica. Dessa forma, o contexto ambiental tem influência sobre a expressão das respostas, mesmo que a pergunta lançada não se refira explicitamente ao adoecimento.

Durante a entrevista com os participantes, foi perguntado se atribuíam algum motivo pessoal para a doença e sobre a lembrança de algum evento significativo visando a compreensão sincrônica entre situações. Alguns questionavam se o ocorrido teria que ter relação com a doença e nesses casos a pesquisadora reforçou as palavras da pergunta na tentativa de minimizar o viés de interpretação. Parte dos discursos negou qualquer evento importante e que não tinham motivos pessoais (P05, P10), outros não traziam uma resposta imediata. Conforme o andamento das entrevistas alguns participantes acabavam contando sobre suas experiências (P01, P02, P07). Mathers (2001) discorre sobre a importância de fluxo energético no eixo ego-Self, cuja cisão representa o desequilíbrio e, portanto, o adoecimento.

50% (N=10) relataram seus eventos significativos assim que lançada a pergunta e destes, P03, P04, P06, P08 afirmaram perceber a relação entre a situação selecionada e o adoecimento. P09, que também respondeu de imediato, verbalizou não haver relação entre um evento ou motivo pessoal com a doença. Os conteúdos apresentados pelos cinco participantes foram, respectivamente: brigas com o pai, provação divina e missão de vida, perda de bens materiais após sofrer um roubo e o falecimento da mãe, alta ingestão de tomate, e formatura militar do filho.

O encontro do sentido requer disponibilidade para o contato com os processos psíquicos internos em consonância à realidade vivida. O passo seguinte, de tomada

de consciência sobre o motivo pessoal recruta o direcionamento da libido do indivíduo para integrar os conteúdos perdidos ou que nunca pertenceram à consciência.

A análise do simbólico, por sua vez, exige do doente que ultrapasse os conteúdos imaginários, os juízos do senso comum sobre o câncer e reorganize sua experiência de doente, não só como um fenômeno no corpo, mas que também possa entendê-lo desde as formas através das quais sua subjetividade é afetada. (RASIA, 2006, p. 66).

O processo de ressignificação do sintoma-símbolo pode resultar em pacientes mais integrados com a própria condição de adoecimento. Do contrário, “fica constatado que o paciente somático tem uma vida de relação com grande pobreza afetiva, além de uma vida simbólica pobre. Novamente constatamos a presença do símbolo como fator de saúde psicofísica” (BOECHAT, 2017, p. 14).

#### 4.4.4 Coping

A terceira consigna explorou o que ajudava os participantes em momentos de dificuldade, pois indica uma via de acesso para fortalecimento da estrutura egóica frente à descompensação da dinâmica psíquica. Consideram-se aqui três momentos importantes no contexto saúde-doença: o primeiro na descoberta do diagnóstico e constatação da ferida narcísica sobre a perda do corpo saudável; o segundo abrange a adaptação de cenário com idas frequentes ao hospital (um novo habitat, uma nova morada) e interrupção do convívio com a vida profissional e a sociedade, compreendendo também todo o período de tratamento com sua gama de comorbidades atreladas à convivência intensiva com a doença (sintomas e efeitos no próprio corpo, agora entendidos como unidade), com outros doentes e o ambiente hospitalar; e o terceiro no prognóstico e plano terapêutico que envolve o acompanhamento clínico, medidas de intervenção curativas e/ou paliativas.

Toda a trajetória de adoecimento influencia sobre o mecanismo psíquico, levando à oscilação emocional, emergência de incertezas e angústias, sendo essencial que o indivíduo tenha à disposição recursos de enfrentamento internos ou externos que o amparem. Esses recursos são denominados de *coping*, desenvolvido por Lazarus e Folkman (1984).

Ao lidar com doenças físicas, o paciente deve lidar com muitas fontes de estresse, incluindo dor e incapacidade, ambientes hospitalares e as demandas impostas pela equipe profissional e por procedimentos específicos de tratamento. Ao mesmo tempo, o paciente deve preservar o equilíbrio emocional, uma autoimagem satisfatória e bom relacionamento com a família e amigos. Essas múltiplas tarefas requerem uma série de estratégias de enfrentamento cuja complexidade não pode ser compreendida em uma medida unidimensional<sup>12</sup>. (MOOS; TSU, 1977 apud LAZARUS, 1984, p. 129).

Além dos esforços cognitivos e comportamentais aplicados para melhor manejo da adversidade, a religião foi agregada ao conceito. Esse recurso foi evidenciado na fala e produção gráfica de P03 e P04 (Anexos E e F), porém sob análises diferentes. Enquanto P03 trouxe um sentido transcendente em que recruta a fé em Deus como auxílio e sustentação da motivação em sua jornada de tratamento, P04 denota devoção, usando a religião como missão de vida em que deverá prestar seu testemunho de cura pela fé. “A religião dá nome ao inominável, representação ao irrepresentável, lugar ao não localizável. Ela satisfaz simultaneamente a experiência do Abismo e a recusa a aceita-lo (CASTORIADIS, 1987, p. 387 apud RASIA, 2006, p. 80).

A literatura compreende diferenças entre essas perspectivas e atribui como enfrentamento religioso positivo “uma expressão de um relacionamento seguro com um Deus de apoio / poder superior”, e enfrentamento religioso negativo ou “luta religiosa” que representa uma “expressão de um relacionamento menos seguro com um Deus / poder superior distante e punitivo ou como uma luta religiosa na busca de significado<sup>13</sup>” (NG; MOHAMED; SULAIMAN; ZAINAL, 2017, p. 576).

A menção anterior refere a um dado científico de um coletivo, que ajuda na prática clínica e atenta ao profissional de saúde sobre os indicadores de risco para saúde e recuperação do paciente (VEIT; CASTRO, 2013). Contudo, leva-se em conta também a dinâmica psicológica individual somada ao meio e sentido atribuído pelo indivíduo para caracterizar o recurso como favorável ou não. Ambos P03 e P04 percebem a religião como fator protetivo, isto é, para eles é um recurso positivo que

---

<sup>12</sup> Tradução livre. Versão original em inglês: “[...] *in coping with physical illness a patient must deal with many sources of stress, including pain and incapacitation, hospital environments, and the demands imposed by the professional staff and special treatment procedures. At the same time, the patient must preserve emotional balance, a satisfactory self-image, and good relationships with family and friends. These multiple tasks require an array of coping strategies whose complexity cannot be captured in a unidimensional measure*”.

<sup>13</sup> Tradução livre. Versão original em inglês: “[...] *an expression of a less secure relationship with a God / higher power that is distant and punishing or as a religious struggle in the search for significance*”.

os ajuda. Cabe ao trabalho psicológico clínico o acompanhamento sobre possíveis mudanças na relação e percepção da pessoa e sua religiosidade.

Outro fator encontrado foi o suporte familiar presente na maioria das representações simbólicas dos participantes. A doença é percebida pelo paciente como elemento externo, um corpo estranho que o acomete. É entendida como ameaça a sua existência física e psíquica por perturbar a condição egóica e evidenciar fragilidades e demais aspectos inconscientes. A função inferior e a sombra tendem a emergir entrando em oposição à persona, perdendo-se a ilusão das garantias, inclusive sobre a certeza da própria característica identitária (ego). Sendo assim, a escolha pela representação da família traz à tona o sentimento de proteção e pertencimento, em um momento em que a pessoa não pode se garantir. É na família em que há certeza do amor, como se pudesse salvaguardá-lo. Essa noção é retratada na terceira unidade de desenho de P01, P05, P06, P08, P09 e P10 (Anexos C, G, H, J, K e L).

A anamnese psicológica sobre o histórico familiar não investiga apenas a identificação dos membros da família ou qual o papel atuado pelo indivíduo em análise, “mas abrange também as ocorrências referentes aos pais dos pais, porque o que se procura não é apenas a história da família mas também a fantasia da família” (HILLMAN, 1981, 200). Atenta-se para a representação arquetípica da família trazida no contexto da consigna da pesquisa – um desenho que ajude a lidar com as dificuldades. Ao retratar a família, o participante remonta as suas raízes biológicas e afetivas, onde se sente acolhido e seguro dos males externos.

Sobre a importância da família, Zanoni (2018) exemplifica:

Chão fornece segurança, estabilidade, um meio confiável pelo qual é possível caminhar. As raízes representam conexões profundas capazes de propiciar nutrientes e garantir que mesmo diante de tempestade a vida será mantida. E o ninho oferece aconchego, o acolhimento, o afeto, o carinho necessário para manter o coração aquecido. (ZANONI, 2018, p. 196).

Ainda, mesmo esse lugar de acalento ocupado pela família, pode assumir o aspecto devorador que encapsula o indivíduo dando-lhe poucos meios para se desenvolver. Ressalta-se que a proteção excessiva pode ser manifesta de modo inconsciente, isto é, os familiares agem assim sem a intenção consciente disso. “Como a relação mantida com a família possui também algo da imaginação, a qual é capaz

de expandir-se sem limites, a tentativa de manter uma homeostase é frustrada muitas vezes” (ZANONI, 2018, p. 201).

A narrativa pode conter qualidade afetiva no vínculo entre os seus componentes, mas a representação simbólica evidencia distanciamento como nos braços que não se abraçam na terceira unidade de desenho de P02 (Anexo E). Resgata-se também nesse exemplo o relato do participante de ser privado de algumas brincadeiras na escola devido ao cuidado dos colegas para que não se machucasse.

Zanoni (2018) lembra que a sombra de membros da família pode exercer influência de forma negativa, bem como os mitos familiares estarem atuantes como crenças inconscientes que regem por gerações sucessivas.

P10 (Anexo L) ilustrou a família de origem em sentido ascendente, da esquerda para a direita, começando pelos irmãos (do mais novo para o mais velho) e depois os pais. Logo que finalizou, fez menção de inserir mais um elemento no desenho. Disse ter esquecido de se colocar. Retratou-se no canto inferior da folha abaixo da linha em que seus familiares se encontravam.

P06 (Anexo H) optou pela representação escrita e também trouxe a família como recurso de enfrentamento. No inquérito da pesquisadora em relação à essa unidade simbólica, o participante disse apenas que a família era “tudo” (sic). Remete à alexitimia abordada no tópico anterior, como se houvesse um sentido implícito que dispensa explicações. Mas o que significa “tudo” para o paciente? Estaria baseado somente ao sentido coletivo de carinho e conforto ou sugere indefinição sobre o que representa?

Outra expressão que remete à família foi a menção do retorno para casa, ao local conhecido e seguro. P01 (Anexo C) ilustrou a casa em que mora com os pais e na estória descreveu toda a estrutura física do local, “[a casa] é forte, é de material” (sic), reforçando o símbolo protetivo. Ademais, a cor escolhida para o desenho da casa foi o marrom claro que “pode denotar luta para superar as forças destrutivas e retornar a um estado saudável” (FURTH, 2004, p. 159)

O retorno à morada representa também o término da jornada do herói, cuja volta só é possível após a derrota do inimigo e posse do elixir da vida. No contexto saúde-doença remeteria ao término do tratamento, o qual foi vencida como em uma batalha. A simbologia da luta no tratamento oncológico e hematológico é difundida no discurso tanto dos pacientes que a enfrentam como no imaginário coletivo de um forte adversário. As imagens “devem ser consideradas como se apresentassem descrições

de nós mesmos, ou de nossas situações inconscientes, na forma de analogias ou parábolas” (WHITMONT, 1991, p. 35 apud SERBENA, 2010, p. 78)

Aquino, Conti e Pedrosa (2014) comentam também sobre o uso da metáfora de luta no contexto pediátrico. No exemplo das autoras, o tratamento para a leucemia atuava como “soldadinhos do mal que invadem o sangue, a medula” e os medicamentos deveriam ser tomados para “combater a doença” (p. 605).

A pesquisa de Lilja et al. (2003) mostrou que o espírito de luta é uma estratégia de enfrentamento entre pacientes com câncer de mama, contribuindo para o manejo de afetos negativos e posterior impacto na diminuição do tamanho e do índice proliferativo do tumor.

O mito do herói é uma metáfora ao processo de individuação, assim como a jornada do paciente no processo de ressignificação da doença. A função do indivíduo é “assimilar os conteúdos inconscientes, em vez de ser por eles sobrepujado. O resultado potencial é a liberação da energia que estava presa aos complexos inconscientes” (SHARP, 1991, p. 76).

#### 4.5 CONCLUSÃO

As atividades de desenho e posterior inquérito ao participante são técnicas do *setting* clínico que, sob o fundamento teórico da Psicologia Analítica, permitem o processo de amplificação simbólica. O desenho, análogo ao trabalho com sonhos, é um recurso auxiliar à fala para entrar em contato com conteúdos manifestos pelo inconsciente.

Para tanto, a lida com processamento simbólico parte de circunambular a imagem, isto é, contemplar, explorar e retornar a ela sempre que necessário, sem apressar categorizações ou interpretações. Esse método possibilita ao indivíduo representar e referenciar um conteúdo que se encontra bloqueado (BOECHAT, 2004, p. 35) ou, em princípio, inacessível à via consciente, manifestando-se também de forma simbólica pela interferência de um complexo.

Dessa forma, visa-se à amplificação do símbolo e não sua interpretação, devido ao risco de limitar o sentido atribuído ao território da consciência. Sobre a análise simbólica na perspectiva da Psicologia Analítica, cabe enfatizar que:

há um constante cuidado em não se transformar o símbolo em sinal, já que o símbolo é sempre polissêmico, portador de sentido e transformador da psiqué, enquanto que o sinal reduz-se a uma explicação redutiva e única, sendo o resultado de uma visão empobrecida do símbolo. (BOECHAT, 2017).

O desenho não necessariamente precisa estar relacionado ao evento significativo, mas tem a relação pessoal com o adoecimento. Pode haver ainda uma terceira coisa, tendo em vista os múltiplos contextos que circundam a vida do indivíduo, as vivências pessoais que suscitam variações no bem-estar subjetivo e o próprio dinamismo da psique. Assim, a análise psicológica deve congrega o recurso imagético à condição clínica da pessoa, tal como a presente pesquisa propôs com exploração concomitante sobre a história de vida e morbidade.

Os materiais analisados possibilitaram a identificação de características psicológicas de pacientes adultos com diagnóstico hematológico, em acompanhamento médico em um hospital universitário. Foram observadas questões como a percepção sobre si e sobre o mundo, a representação simbólica da doença, manejo subjetivo do adoecimento e os recursos de enfrentamento diante de situações adversas. Dentre as formas de representação gráfica (pessoal, da doença e de recurso de enfrentamento) foi encontrado o eixo comum de influxo de energia seja por cisão, concentração, polaridades e conseqüente necessidade de (re)integração de um símbolo.

A primeira consigna revelou identidades egóicas pouco desenvolvidas, mas processos identitários atrelados à persona. A maioria dos participantes se apresentou de forma contida com pouca exploração dos recursos materiais ofertados e dificuldade para expressar. A alexitimia foi mais observada sob a consigna da representação simbólica da doença.

Justamente a alexitima, enquanto falha ou falta na capacidade de comunicação pode ser elementar na compreensão sobre a percepção dos pacientes com doença hematológica. Estariam aderidos à clínica, reproduzindo a idiopatia e indefinição? Graficamente, a representação simbólica da doença assumiu formas variadas, considerando o potencial criativo da psique. Ademais, a execução de algumas imagens denotou influência de fatores externos e outras de fatores internos, por vias mais pessoais. Nessa segunda consigna evidenciou-se a importância da

tomada de consciência em prol do encontro de um motivo pessoal ou símbolo que dê sentido à experiência de adoecer.

A terceira consigna, sobre representação do que os ajudava em momentos de dificuldade, revelou que os participantes recorrem ao suporte familiar e religioso como estratégias de enfrentamento. Mesmo entendidos como fatores protetivos e, portanto, benéficos ao paciente, foram levantadas considerações sobre os aspectos menos favoráveis que a relação familiar e a religião podem assumir.

Ressalta-se o tamanho amostral e condições para a coleta dos dados como limitações do estudo. Esta pesquisa contribui para o campo teórico-prático da Psicologia Hospitalar e da Psicologia Analítica por trazer resultados promissores da aplicação do método de processamento simbólico em contexto de saúde-doença.

Relativo à contribuição acadêmica, a revisão integrativa de Okumura, Serbena e Dóro (2020) encontrou a prevalência das abordagens clássicas e desenvolvimentista sobre as publicações de artigos científicos em Psicologia Analítica e Psicossomática. O enfoque sobre a imagem do processo de adoecimento e dinâmica psique-soma pode configurar na perspectiva arquetípica das produções em Psicologia Analítica e Psicossomática

O símbolo, nas palavras de Ramos (2006), pode ser visto como “terceiro fator no fenômeno psique-corpo” por complementar “a questão da dualidade e da causalidade psicofísica” (p. 77). A abordagem arquetípica prima pelo significado arquetípico, assim, a intervenção psicológica visa à amplificação do símbolo trazido pelo sujeito. Isso possibilita o distanciamento das influências egóicas e já conhecidas e aproximação às temáticas comuns à humanidade, onde permeiam questões primordiais e inconscientes.

Penna (2014) publicou a investigação sobre as diretrizes metodológicas para realização de pesquisa em Psicologia Analítica, cujo delineamento, denominado de “processamento simbólico-arquetípico” destaca o método de amplificação simbólica e assegura o respaldo científico requerido pela academia diante da proposta de um método interventivo.

#### 4.6 REFERÊNCIAS

ALMEIDA, J. F. de. Apocalipse. In: **Bíblia Sagrada**. 2. ed. Barueri, São Paulo: Sociedade Bíblica do Brasil, 2008.

AQUINO, A. M. de; CONTI, L. de; PEDROSA, A. Construções de Significados acerca do Adoecimento e Morte nas Narrativas de Crianças com Câncer.

**Psicologia: Reflexão e Crítica**, v. 27, n. 3, p. 599-606, 2014. Disponível em: <doi:10.1590/1678-7153.201427322>. Acesso em: 20 jun. 2019.

BIGIO, C. B. A compreensão da criança acerca de seu diagnóstico: um estudo sobre a representação do câncer na infância. **Psicologia Revista**, v. 14, n. 1, 2014.

Disponível em: <<https://revistas.pucsp.br/index.php/psicorevista/article/view/18130>>. Acesso em: 09 out. 2018.

BOECHAT, W. F. **Corpo Psicoide: a crise de paradigma e a relação corpo-mente**. 167 f. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) – Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2004.

BOECHAT, W. Novas perspectivas na fronteira Corpo-Mente. **Anais do XXIV Congresso Nacional da AJB – Fronteiras**. 2017. Disponível em <

<http://www.ijpr.org.br/wp-content/uploads/docs/monografias/Anais%20do%20Congresso%20-%20texto%20de%20Walter%20Boechat.pdf>>. Acesso em: 20 jul. 2019.

BUCK, J. N. **Casa-Árvore-Pessoa – HTP – Técnica projetiva de desenho: manual e guia de interpretação**. São Paulo: Vetor, 2003.

CARNEIRO, B. V. Alexitimia: conceito, medida e tratamento. **Argumento**, v. 12, n. 13, p. 47-54, 2005. Disponível em:

<<https://revistas.anchieta.br/index.php/revistaargumento/article/view/616/531>>. Acesso em: 05 jun. 2018.

CARVALHO, S. P. de; SILVA C. M. R.; GONTIJO, B.; PEREIRA, B. L.; DOVALE E. V. Disceratose congênita: relato de caso e revisão da literatura. **An. Bras. Dermatol.**, v. 78, n. 5, p. 579-586, 2003. Disponível em: <doi:10.1590/S0365-

05962003000500007>. Acesso em: 20 jul. 2019.

CERCHIARI, E. A. N. Psicossomática um estudo histórico e epistemológico. **Psicol. cienc. prof.** v. 20, n. 4, p. 64-79, 2000. Disponível em: <

[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1414-98932000000400008](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-98932000000400008)>. Acesso em: 19 fev. 2019.

CLARK, G. How much Jungian theory is there in my practice? **Journal of Analytical Psychology**, v. 40, n. 3, p. 343-352, July 1995. Disponível em:

<[doi.org/10.1111/j.1465-5922.1995.00343.x](https://doi.org/10.1111/j.1465-5922.1995.00343.x)>. Acesso em: 05 jun. 2018.

CONGER, J. P. O corpo como sombra. In: ZWEIG, C.; ABRAMS, J. (Orgs.). **Ao encontro da sombra: o potencial oculto do lado escuro da natureza humana**. 7. ed. São Paulo: Cultrix, 1991. p. 107-109.

FREITAS, H. D. de; VASCONCELLOS, L. G. de; STEFANO, L. **O desenho como expressão da subjetividade em crianças hospitalizadas: uma revisão bibliográfica**. Trabalho Acadêmico (Graduação em Psicologia) – Faculdade

Integrada de Santa Maria, Santa Maria. Disponível em:

<<http://www.psicologia.pt/artigos/textos/TL0368.pdf>>. Acesso em: 09 out. 2018.

FURTH, G. M. **O mundo secreto dos desenhos: uma abordagem junguiana da cura pela arte**. 1. ed. São Paulo: Paulus, 2004.

GAETA, I. O uso do Procedimento de Desenhos-Estória na abordagem junguiana. In: TRINCA, W. (Org.). **Formas compreensivas de investigação psicológica: procedimento de desenhos-estórias e procedimento de desenhos de família com estórias**. 1. ed. São Paulo: Vetor, 2013. p. 169-188.

GARDNER, H. **Artful Scribbles: The Significance of Children's Drawings**. Basic Books, 1980.

GOERLICH, K. S. The Multifaceted Nature of Alexithymia – A Neuroscientific Perspective. **Front Psychol.**, v. 9, p. 1614, 2018. Disponível em: <doi:10.3389/fpsyg.2018.01614>. Acesso em: 26 jul. 2020.

HILLMAN, J. **Estudos em Psicologia Arquetípica**. Rio de Janeiro: Edições Achiamé Ltda, 1981.

JUNG, C. G. **A Natureza da Psique**. 10. ed. Petrópolis: Vozes, 2011a.

\_\_\_\_\_. As personificações dos opostos. In: JUNG, C. G. **Mysterium Coniunctionis: os componentes da coniunctio**. 5. ed. Petrópolis: Vozes, 2011b.

\_\_\_\_\_. Definições. In: JUNG, C. G. **Tipos Psicológicos**. 4. ed. Petrópolis: Vozes, 2011c. p. 420-494.

\_\_\_\_\_. The effects of the unconscious upon consciousness. In: JUNG, C. G. **Two essays on Analytical Psychology**. 2.ed. Londres: Routledge, 1966. p. 127-172.

LAZARUS, R. S. **Stress, appraisal, and coping**. 1st ed. Nova Iorque: Springer, 1984.

LILJA, A. et al. Psychological profile in patients with Stages I and II breast cancer: associations of psychological profile with tumor biological prognosticators. **Psychol Rep**, 92(3), Pt 2, p. 1187-1198, 2003. Disponível em: <doi:10.2466/pr0.2003.92.3c.1187>. Acesso em: 20 jun. 2020.

MARGETTS, E. L. The early history of the word "Psychosomatic". **Can Med Assoc J.**, v. 63, n. 4, p. 402-404, Oct. 1950. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1821745/pdf/canmedaj00649-0079.pdf>>. Acesso em: 13 nov. 2018.

MARTÃO, M. I. S. D-E com tema: pesquisas realizadas. In: TRINCA, W. (Org.). **Procedimentos de desenhos-estórias: formas derivadas, desenvolvimentos e expansões**. 1. ed. São Paulo: Vetor, 2013. p. 303-338.

MATHERS, D. The body and meaning disorder. In: MATHERS, D. **An introduction to meaning and purpose in Analytical Psychology**. Brunner-Routledge, 2001. p. 69-93.

MELLO-FILHO, J. de. Conceituação. In: MELLO-FILHO, J. de. **Psicossomática Hoje**. 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 2010. p.29-48.

NEUMANN, E. Os estágios psicológicos do desenvolvimento da personalidade. In NEUMANN, E. **História da Origem da Consciência**. São Paulo: Cultrix, 1995. p. 189-295.

NG, G. C.; MOHAMED, S.; SULAIMAN, A. H.; ZAINAL, N. Z. Anxiety and Depression in Cancer Patients: The Association with Religiosity and Religious Coping. **J Relig Health**, v. 56, p. 575–590, 2017. Disponível em: <10.1007/s10943-016-0267-y>. Acesso em: 20 jun. 2020.

OKUMURA, I. M.; SERBENA, C. A.; DÓRO, M. P. Adoecimento psicossomático na abordagem analítica: uma revisão integrativa da literatura. **Psicologia: teoria e prática**, v. 22, n. 2, p. 487-515, 2020. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.5935/1980-6906/psicologia.v22n2p487-515>>. Acesso em: 10 jul. 2020.

PENNA, E. M. D. **Processamento simbólico-arquetípico: pesquisa em psicologia analítica**. São Paulo: EDUC: FAPESP, 2014.

RAMOS, D. G. **A psique do corpo: a dimensão simbólica da doença**. 5. ed. São Paulo: Summus Editorial, 2006.

RAMOS, V. C.; DÓRO, M. P.; OKUMURA, I. M. Sangue como uma imagem arquetípica nas Doenças Hematológicas. In: DÓRO, M. P.; PELAEZ, J. M.; WENTH, R. C. (Orgs.). **Onco-Hemato-Transplante: O Caminhar na Práxis da Psicologia**. 1. ed. v. 2. Curitiba: Editora Prismas, 2018. p. 147-173.

RASIA, J. M. Imaginário e Simbólico em pacientes com câncer: análise de duas narrativas. **Revista Mediações**, v. 11, n. 2, p. 65-82, 2006. Disponível em: <http://www.uel.br/revistas/uel/index.php/mediacoes/article/view/8981/7472>. Acesso em: 10 jul. 2020.

RETONDO, M. F. N. G. Análise Qualitativa. In: RETONDO, M. F. N. G. **Manual prático de avaliação do HTP (casa-árvore-pessoa) e família**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2000. p. 27-37.

SILVA, J. M. M. da. O Desenho na expressão de sentimentos em crianças hospitalizadas. **Fractal, Rev. Psicol** (online), v. 22, n. 2, p. 447-456, 2010. Disponível em: <doi:10.1590/S1984-02922010000800016>. Acesso em: 26 jul. 2020.

SIMONETTI, A. **Manual de psicologia hospitalar: o mapa da doença**. 1. ed. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2004.

SERBENA, C. A. Considerações sobre o Inconsciente: Mito, Símbolo e Arquétipo na Psicologia Analítica. **Rev. abordagem gestalt** (Goiânia), v. 16, n. 1, p. 76-82, jun. 2010. Disponível em <[http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1809-68672010000100010&lng=pt&nrm=iso](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1809-68672010000100010&lng=pt&nrm=iso)>. Acesso em: 12 jun. 2018.

SHARP, D. **Léxico Junguiano: dicionário de termos e conceitos**. 1. ed. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1991.

TRINCA, W. (2013). Formas tradicionais de aplicação. In: TRINCA, W. (Org.). **Procedimentos de desenhos-estórias: formas derivadas, desenvolvimentos e expansões**. 1. ed. São Paulo: Vetor, 2013. p. 13-26.

URBAN, E. **Post-Jungian Developmental Theory: Michael Fordham's Model of Development**. 01-04, 2014. The Society of Analytical Psychology. Disponível em: <<https://www.thesap.org.uk/wordpress/wp-content/uploads/2015/08/UrbanEDevTheory.pdf>>. Acesso em: 18 jun. 2018.

VEIT, C. M.; DECASTRO, E. K. Coping religioso/espiritual e câncer de mama: Uma revisão sistemática da literatura. **Psic., Saúde & Doenças**, v. 14, n. 1, p. 1-22, 2013. Disponível em: <[http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S16450086201300010001&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S16450086201300010001&lng=pt&nrm=iso)>. Acesso em: 20 jun. 2020.

ZANONI, A. P. Mitos e sombras familiares no transplante de células-tronco hematopoiéticas sob uma perspectiva arquetípica. In: DÓRO, M. P.; PELAEZ, J. M.; WENTH, R. C. (Orgs.). **Onco-Hemato-Transplante: O Caminhar na Práxis da Psicologia**. 1. ed. v. 2. Curitiba: Editora Prismas., 2018. p. 189-204.

## 5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A conceituação e discussões sobre a relação mente-corpo perpassam a história da humanidade, com exemplos na mitologia grega, registros de povos primitivos e dados da Idade Média à contemporaneidade (ARAÚJO, 2009; ARÉVALO; CIFUENTES, 2008; CASTRO; ANDRADE; MULLER, 2006; BOECHAT, 2004; ROBINSON, 1998). O contexto saúde-doença está fortemente associado a dinâmica mente-corpo, pois o tratamento de uma doença deve considerar o corpo físico e aspectos subjetivos que integram a totalidade da pessoa.

Há vertentes que dicotomizam tal interação, relegando o termo aos quadros de adoecimentos sem etiologia conforme a lógica médico-científica. Mente/alma e corpo não se excluem nem determinam um ao outro (CLARK, 2006); não se opõem entre si, mas são formas diferentes de representarem uma substância. Alma é entendida como a ideia do corpo, uma extensão deste; e o corpo é um modo expressivo da alma. Conforme declarado por Spinoza na Proposição XIV da segunda parte da obra “Ética”, “a Alma humana é apta para perceber grande número de coisas tanto mais que seu Corpo pode ser disposto de um maior número de maneiras” (1965, p. 92).

A abordagem da Psicologia Analítica foi utilizada para debruçar sobre o conceito de psicossomática, por compreender a influência mútua entre aspectos conscientes e inconscientes com análise voltada para a amplificação do objeto. Em outras palavras, as informações e respostas que estão tanto ao alcance do ego como além de suas possibilidades de domínio, são consideradas no processo de (re)elaboração de sentido pelo indivíduo.

Este trabalho objetivou encontrar uma forma de auxiliar o paciente com doença hematológica a ressignificar sua experiência de adoecimento através do conjunto de representações simbólicas gráfica e verbal. Para a Psicologia Analítica, o símbolo tem a função de mediar “as diversas antinomias e oposições do sujeito, materializadas em uma oposição e relação entre o consciente e o

inconsciente [...] Assim, o símbolo tem uma função de equilíbrio da psique como um todo” (SERBENA, 2010, p. 77).

A presente dissertação perpassou por fundamentações teóricas sobre Psicossomática, Onco-Hematologia e Psicologia Analítica. Primeiramente foi realizada uma revisão integrativa da literatura que visou estabelecer relações entre a ciência Psicossomática e o processo de adoecimento na perspectiva da Psicologia Analítica. A busca resultou em 44 artigos que compunham discussão teórico-clínica e/ou pesquisa empírica sobre o objeto de estudo. Foram encontrados trabalhos nas perspectivas clássica e desenvolvimentista, e os principais conceitos encontrados para compreender o processo saúde-doença foram energia psíquica, complexo, teleologia, sincronicidade e desenvolvimento do ego-Self. Não foram encontrados artigos que trouxessem relações entre a Psicossomática e a perspectiva arquetípica.

A segunda etapa da pesquisa compreendeu a fase piloto a fim de adequar o método de trabalho e objetivos do estudo ao público-alvo pretendido. Após banca de qualificação do projeto de dissertação, a solicitação para realização de um desenho foi aprimorada, sendo incorporado o método de Desenho-Estória com Tema. Foi sugerido que se disponibilizasse mais materiais de papelaria aos participantes para possibilitar diversidade no uso de cores e que as produções anexas à dissertação não fossem recortadas, pois o dimensionamento do desenho e quadrantes da folha são primordiais para a análise psicológica.

Além disso, as perguntas exploratórias que visavam obter a percepção dos pacientes sobre o diagnóstico hematológico também foram reelaboradas. Tendo como base a Psicologia Analítica e os conceitos de sincronicidade e atemporalidade do inconsciente, compreendeu-se que o evento significativo não precisa ser próximo ou imediatamente anterior ao adoecimento, desde que possua relação semântica para o indivíduo.

Por fim, a aplicação da pesquisa e análise dos dados resultou na observação dos aspectos da dinâmica psíquica dos participantes que possibilitou a identificação das formas de representação simbólica sobre o sujeito e o objeto (especificamente a doença e o recurso de enfrentamento utilizado). Ressalta-se que o direcionamento das consignas e inquérito realizado sobre determinada

unidade de desenho não contempla somente àquela produção. Sendo assim, o conjunto das informações foi considerado para análise e categorização.

Observou-se a dificuldade dos participantes em encontrar meios de expressarem sobre si, sobre o outro e sobretudo em relação à doença. Hesitação em executar a atividade de desenho, manifestações alusivas à esquivia da situação e palavras não ditas foram predominantes nas entrevistas. Constatou-se a separação psique-soma no não reconhecimento ou falta de sentido integrado à consciência sobre o adoecimento. Cisão e não (re)significação somadas às características da dinâmica psíquica e vivências do indivíduo direcionam para um prognóstico regressivo, desfavorável ao desenvolvimento psicológico salutar. Evidenciou-se, portanto, a necessidade de (re)integrar aspectos sombrios à consciência visando ao melhor manejo da doença e bem-estar subjetivo do paciente.

Reconhecem-se como limitações deste estudo o tamanho amostral, constrangimento dos participantes ao serem solicitados a desenharem e contarem uma estória com receio de possíveis julgamentos, condições para a coleta de dados, com limitação de tempo para a aplicação de todas as etapas pesquisa, espaço físico pouco privativo, disponibilidade de apenas um encontro com cada participante, limitação de tempo para questionar e explorar as informações colhidas pela história de vida, história mórbida, detalhamento dos desenhos e da estória.

Importante mencionar também a limitação humana para a análise das imagens e conteúdos trazidos pelos participantes. Atentou-se para os riscos das interpretações, projeções e inferências suscetíveis no processo de coleta e análise dos dados. Boechat salienta que:

a eficácia do símbolo não é acessível à consciência ou a qualquer interpretação do analista, o qual é frequentemente induzido por mecanismos contra-transferenciais a interpretar o não interpretável, já que o símbolo não atua. A violência da interpretação nesses casos, só leva a uma maior resistência por parte do paciente. (BOECHAT 2017, p. 11).

Não foi encontrada uma resposta à representação simbólica da doença hematológica, mas possibilidades de representação visto que o símbolo possui sentido inesgotável. Isto posto, não é possível e nem se pretende um enquadramento do indivíduo em categorias pré-estabelecidas. O enfoque sobre

a compreensão do sintoma-símbolo se configura em proposta de intervenção psicológica individual na atenção hospitalar que facilite e promova qualidade assistencial à pessoa ao longo de sua jornada de tratamento.

O recurso simbólico pode auxiliar no contexto saúde-doença, principalmente diante de pacientes com dificuldade para expressar como se sentem ou como se percebem em relação à doença. Não há representação consciente para isso. O símbolo contém possibilidades de significado além do campo conhecido pelo indivíduo, assim “a estratégia terapêutica não se faz pela reconstrução [...]. O terapeuta deverá levar o paciente a fazer [...] uma imagem simbólica que possa levá-lo a uma transformação do todo” (BOECHAT, 2017, p. 14).

A construção da dissertação possibilitou contato com várias obras, dentre elas “Estudos em Psicologia Arquetípica” de James Hillman, principal representante da teoria arquetípica. As reflexões trazidas pelo autor (1981, pp. 200-204) no trecho em que exemplifica uma anamnese psicológica, destaca um dos prismas da relação entre Psicossomática e Psicologia Analítica. Sobretudo, põe luz a um modelo interventivo no contexto clínico por meio da compreensão do significado arquetípico.

Produções na perspectiva clássica discutem a Psicossomática pelos conceitos de complexo, sincronicidade e propósito do sintoma (caráter teleológico). Já a abordagem desenvolvimentista traz os processos de deintegração e reintegração como essenciais ao desenvolvimento salutar do indivíduo (para o não-adoecimento ou direcionamento para a cura) (OKUMURA; SERBENA; DÓRO, 2020).

Abordar a realidade pela perspectiva simbólica possibilita o estudo de temas individuais e coletivos, portanto poderia ser empregado na temática do adoecimento e unidade mente-alma-corpo. Incentivam-se pesquisas com embasamento na perspectiva arquetípica e ênfase no processamento simbólico para a compreensão da dinâmica psique-soma.

## 6 REFERÊNCIAS

- ARAÚJO, H. F. de. **A dualidade corpo/alma, no Fédon, de Platão**. 96 f. Dissertação (Mestrado em Filosofia) - Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa, 2009.
- ARÉVALO, J. A. G.; CIFUENTES, S. En torno al concepto de cuerpo desde algunos pensadores occidentales. **Hallazgos**, n. 9, p. 119-131, 2008. Disponível em: <<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=413835170007>>. Acesso em: 25 fev. 2019.
- BOECHAT, W. F. **Corpo Psicoide: a crise de paradigma e a relação corpo-mente**. 167 f. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) – Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2004.
- BOECHAT, W. Novas perspectivas na fronteira Corpo-Mente. **Anais do XXIV Congresso Nacional da AJB – Fronteiras**. 2017. Disponível em <<http://www.ijpr.org.br/wp-content/uploads/docs/monografias/Anais%20do%20Congresso%20-%20texto%20de%20Walter%20Boechat.pdf>>. Acesso em: 20 jul. 2019.
- CAMPOS, E. M. P.; RODRIGUES, A. L. Mecanismo de formação dos sintomas em psicossomática. **Mudanças – Psicologia da Saúde**, v. 13., n. 2, p. 290-308, jul.-dez. 2005. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.15603/2176-1019/mud.v13n2p290-308>>. Acesso em: 22 fev. 2019.
- CASTRO, M. G.; ANDRADE, T. M. R.; MULLER, M. C. Conceito mente e corpo através da história. **Psicologia em estudo**, v. 11, n. 1, p. 39-43, 2006. Disponível em: <[doi:10.1590/S1413-73722006000100005](https://doi.org/10.1590/S1413-73722006000100005)>. Acesso em: 05 jun. 2018.
- CLARK, G. A Spinozan lens onto the confusions of borderline relations. **Journal of Analytical Psychology**, v. 51, n. 1, p. 67-86, February 2006. Disponível em: <[doi.org/10.1111/j.0021-8774.2006.00573.x](https://doi.org/10.1111/j.0021-8774.2006.00573.x)>. Acesso em: 05 jun. 2018.
- ELLENBERGER, H. F. **El Descubrimiento del Inconsciente: historia y evolución de la Psiquiatría Dinámica**. Madri: Editorial Gredos, 1970.
- HILLMAN, J. **Estudos em Psicologia Arquetípica**. Rio de Janeiro: Edições Achiamé Ltda, 1981.
- INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER JOSÉ ALENCAR GOMES DA SILVA (INCA). **Estimativa 2020: incidência de câncer no Brasil**. Rio de Janeiro: 2019. Disponível em: <<https://www.inca.gov.br/sites/ufu.sti.inca.local/files//media/document//estimativa-2020-incidencia-de-cancer-no-brasil.pdf>>. Acesso em: 26 jun. 2020.
- \_\_\_\_\_. **Vigilância do Câncer Ocupacional e Ambiental**. Rio de Janeiro: 2010. Disponível em:

<[http://www1.inca.gov.br/inca/Arquivos/PIV\\_poeira\\_2010.pdf](http://www1.inca.gov.br/inca/Arquivos/PIV_poeira_2010.pdf)>. Acesso em: 26 jun. 2020.

JUNG, C. G. **Psicologia do inconsciente**. Petrópolis: Vozes, 2011.

MATHERS, D. The body and meaning disorder. In: MATHERS, D. **An introduction to meaning and purpose in Analytical Psychology**. Brunner-Routledge, 2001. p. 69-93.

OKUMURA, I. M.; SERBENA, C. A.; DÓRO, M. P. Adoecimento psicossomático na abordagem analítica: uma revisão integrativa da literatura. **Psicologia: teoria e prática**, v. 22, n. 2, p. 487-515, 2020. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.5935/1980-6906/psicologia.v22n2p487-515>>. Acesso em: 10 jul. 2020.

RAMOS, D. G. **A psique do corpo: a dimensão simbólica da doença**. Summus Editorial, 2006.

REGIS, M. F.; SIMÕES, S. M. F. Diagnóstico de câncer de mama, sentimentos, comportamentos e expectativas de mulheres. **Revista Eletrônica de Enfermagem**. v. 7, n. 1, p. 81-86, 2005. Disponível em: <[www.fen.ufg.br/revista.htm](http://www.fen.ufg.br/revista.htm)>. Acesso em: 18 set. 2017.

ROBINSON, T. M. As características definidoras do dualismo alma-corpo nos escritos de Platão. **Letras Clássicas**, n. 2, p. 335-356, 1998. Disponível em: <[doi.org/10.11606/issn.2358-3150.v0i2p335-356](http://doi.org/10.11606/issn.2358-3150.v0i2p335-356)>. Acesso em: 26 fev. 2019.

SERBENA, C. A. Considerações sobre o Inconsciente: Mito, Símbolo e Arquétipo na Psicologia Analítica. **Rev. abordagem gestalt** (Goiânia), v. 16, n. 1, p. 76-82, jun. 2010. Disponível em <[http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1809-68672010000100010&lng=pt&nrm=iso](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1809-68672010000100010&lng=pt&nrm=iso)>. Acesso em: 12 jun. 2018.

SPINOZA, B. Da natureza e da origem da alma. In: SPINOZA, B. **Ética: demonstrada à maneira dos geômetras**. Rio de Janeiro: Edições de Ouro, 1965. p. 69-134.

## APÊNDICE A – QUESTIONÁRIO DEMOGRÁFICO-CLÍNICO

Nº entrevista:..... Data:...../...../..... Duração:.....h..... - .....h.....

Nº prontuário:..... Contato:.....

Nome:.....

D.N.:...../...../..... Idade:..... anos Gênero: 0.Masculino ( ) 1.Feminino ( )

Estado civil: 1.Solteiro ( ) 0.Casado ( ) 1.Viúvo ( ) 1.Divorciado ( )

Filhos? 0.Sim ( ) 1.Não ( ) Quantos?..... Etnia: Branco ( ) Negro ( ) Mulato ( ) Amarelo ( )

Procedência:..... 0.Sul/Sudeste ( ) 1.Outros. ( )

Escolaridade: Analfabeto ( ) E. Fund. ( ) E. M. Comp. ( ) E. Sup. ( ) Pós-grad. ( )

0.Tempo de estudo: mais de oito anos ( ) 1.Tempo de estudo: menos de oito anos ( )

Profissão:..... 0.Empregado ( ) 1.Desempregado/aposentado/licença ( )

Em que área trabalhava e/ou estudava antes da  
doença?.....

Diagnóstico:.....

Tempo de diagnóstico:..... Tempo de tratamento: .....

Outras doenças: onco-hemato ( ) qual?..... Outra ( ) .....

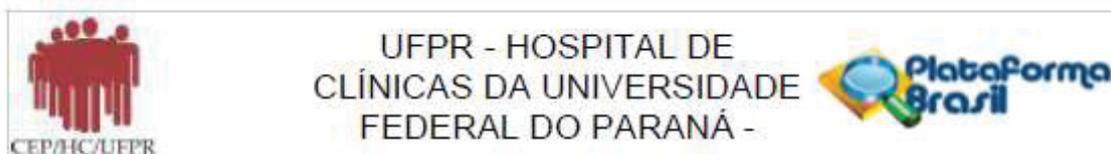
Entrevista gravada:

- 1) você procurou saber sobre o que pode ter causado a doença? De que forma / como buscou?
- 2) qual a explicação médica para ter adoecido?
- 3) houve algum evento significativo (de grande importância) na sua vida?
- 4) qual motivo pessoal você atribui para sua doença?

Solicitar:

- Desenhos: representação pessoal, representação da doença e representação de recurso de enfrentamento (fornecer material de papelaria)
- Explicação pessoal sobre o desenho

## ANEXO A – PARECER DE APROVAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA



### PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

#### DADOS DA EMENDA

**Título da Pesquisa:** Avaliação da Condição Psicológica de Pacientes com Doenças Onco-Hematológicas, seus Familiares e doadores de Células-Tronco Hematopoéticas.

**Pesquisador:** Maribel Pelaez Dóro

**Área Temática:**

**Versão:** 3

**CAAE:** 67137617.7.0000.0096

**Instituição Proponente:** Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Paraná

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

#### DADOS DO PARECER

**Número do Parecer:** 2.779.921

#### Apresentação do Projeto:

As notificações apresentadas justificam a inclusão de uma técnica "imaginação dirigida para amplificação simbólica relacionada ao adoecimento" e apresentam a inclusão de um novo colaborador da pesquisa Prof. Carlos Serbena, professora do DEPSI da UFPR.

#### Objetivo da Pesquisa:

não se aplica

#### Avaliação dos Riscos e Benefícios:

não se aplica

#### Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

##### Justificativa da Emenda:

Inclusão de pesquisador (Prof do Departamento de Psicologia da UFPR) para auxílio na análise de dados e publicação dos resultados; Justificativa de alteração no método, com inclusão de técnica de imaginação dirigida para auxiliar os pacientes que apresentarem dificuldade em responder à pergunta sobre significado da doença no questionário do ANEXO A.

#### Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

não se aplica

Endereço: Rua Gal. Carneiro, 181

Bairro: Alto da Glória

CEP: 80.060-900

UF: PR

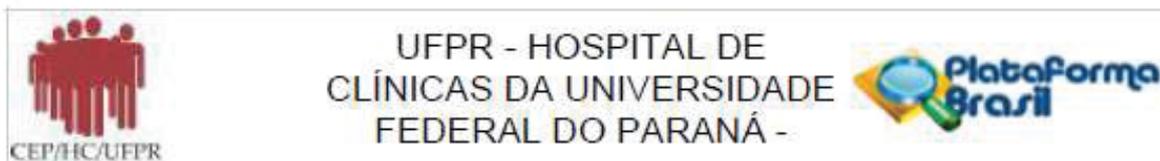
Município: CURITIBA

Telefone: (41)3380-1041

Fax: (41)3380-1041

E-mail: cep@hc.ufpr.br

(Continuação do Anexo A)



Continuação do Parecer: 2.779.921

**Recomendações:**

É obrigatório trazer ao CEP/HC uma via do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido que foi aprovado, para assinatura e rubrica, o mesmo deve estar em formatação adequada e com as caixas de rubricas no rodapé das páginas que não contenham assinatura. Após, fazer cópia fiel do TCLE aprovado e rubricado em duas vias: uma ficará com o pesquisador e outra com o participante da pesquisa.

**Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:**

não se aplica

**Considerações Finais a critério do CEP:**

Diante do exposto, o Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos do HC-UFPR, de acordo com as atribuições definidas na Resolução CNS 466/2012 e na Norma Operacional Nº 001/2013 do CNS, manifesta-se pela aprovação da Emenda.

Solicitamos que sejam apresentados a este CEP, relatórios semestrais sobre o andamento da pesquisa, bem como informações relativas às modificações do protocolo, cancelamento, encerramento e destino dos conhecimentos obtidos. Manter os documentos da pesquisa arquivados.

É dever do CEP acompanhar o desenvolvimento dos projetos, por meio de relatórios semestrais dos pesquisadores e de outras estratégias de monitoramento, de acordo com o risco inerente à pesquisa.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BASICAS_1161367_E1.pdf	18/06/2018 19:05:24		Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto_Onco_para_CEP_inclusaometodo.docx	18/06/2018 19:02:56	Maribel Pelaez Dóro	Aceito
Outros	ANEXO_M_TCLE_doador.doc	18/06/2018 19:00:33	Maribel Pelaez Dóro	Aceito
Outros	ANEXO_L_TCLE_cuidador.doc	18/06/2018 19:00:16	Maribel Pelaez Dóro	Aceito
Outros	ANEXO_K_TCLE_paciente.doc	18/06/2018 19:00:01	Maribel Pelaez Dóro	Aceito
Declaração de	Termo_de_responsabilidade_com_a_	18/06/2018	Maribel Pelaez Dóro	Aceito

Endereço: Rua Gal. Carneiro, 181

Bairro: Alto da Glória

CEP: 80.080-900

UF: PR

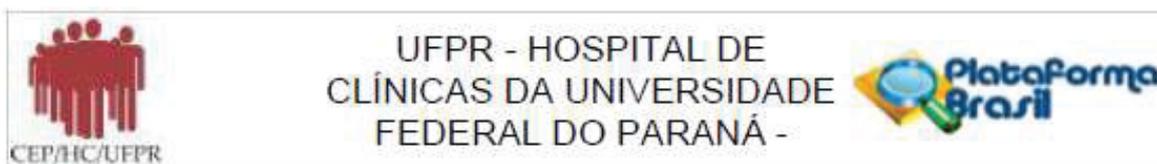
Município: CURITIBA

Telefone: (41)3360-1041

Fax: (41)3360-1041

E-mail: cep@hc.ufpr.br

(Continuação do Anexo A)



Continuação do Parecer: 2.779.921

Pesquisadores	pesquisa_inclusao.docx	18:59:17	Maribel Pelaez Dóro	Aceito
Declaração de Pesquisadores	Termo_de_confidencialidade_inclusao.docx	18/06/2018 18:58:47	Maribel Pelaez Dóro	Aceito
Declaração de Pesquisadores	Termo_de_compromisso_para_utilizacao_de_dados_de_arquivos_inclusao.docx	18/06/2018 18:57:37	Maribel Pelaez Dóro	Aceito
Declaração de Pesquisadores	Qualificacao_de_todos_os_pesquisadores_e_colaboradores_inclusao.docx	18/06/2018 18:56:08	Maribel Pelaez Dóro	Aceito
Declaração de Pesquisadores	Declaracao_de_uso_especifico_do_material_e_ou_dados_coletados_inclusao.docx	18/06/2018 18:55:13	Maribel Pelaez Dóro	Aceito
Declaração de Pesquisadores	Declaracao_de_compromisso_dos_pesquisadores_inclusao.docx	18/06/2018 18:49:18	Maribel Pelaez Dóro	Aceito
Recurso Anexado pelo Pesquisador	Cartaresposta_projetoOnco_assMaribel.docx	18/06/2018 18:47:54	Maribel Pelaez Dóro	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_paciente_inclusao.doc	18/06/2018 18:34:47	Maribel Pelaez Dóro	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_doador_inclusao.doc	18/06/2018 18:34:11	Maribel Pelaez Dóro	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_cuidador_inclusao.doc	18/06/2018 18:33:51	Maribel Pelaez Dóro	Aceito
Folha de Rosto	Folha_de_rosto_Onco.pdf	07/04/2017 12:42:49	Iris Miyake Okumura	Aceito
Outros	ANEXO_L_Autorizacao_da_EUROQOL_para_uso_do_EQ5D.docx	04/04/2017 21:12:08	Maribel Pelaez Dóro	Aceito
Outros	ANEXO_J_Protocolo_de_entrevista_ao_doador_de_celulas_tronco_hematopoeticas.docx	04/04/2017 21:11:34	Maribel Pelaez Dóro	Aceito
Outros	ANEXO_I_Questionario_de_avaliacao_de_sobrecarga_do_cuidador_informal.docx	04/04/2017 21:11:15	Maribel Pelaez Dóro	Aceito
Outros	ANEXO_H_Questionario_de_qualidade_de_vida.docx	04/04/2017 21:10:29	Maribel Pelaez Dóro	Aceito
Outros	ANEXO_G_Protocolo_de_entrevista_ao_familiar_cuidador.docx	04/04/2017 21:10:12	Maribel Pelaez Dóro	Aceito
Outros	ANEXO_F_Instrumento_de_avaliacao_cognitiva.docx	04/04/2017 21:09:52	Maribel Pelaez Dóro	Aceito
Outros	ANEXO_E_Instrumento_de_avaliacao_da_resiliencia.docx	04/04/2017 21:09:29	Maribel Pelaez Dóro	Aceito
Outros	ANEXO_D_Escala_de_avaliacao_da_qualidade_de_vida_e_estado_de_saude.	04/04/2017 21:08:55	Maribel Pelaez Dóro	Aceito

Endereço: Rua Gal. Carneiro, 181

Bairro: Alto da Glória

CEP: 80.060-900

UF: PR

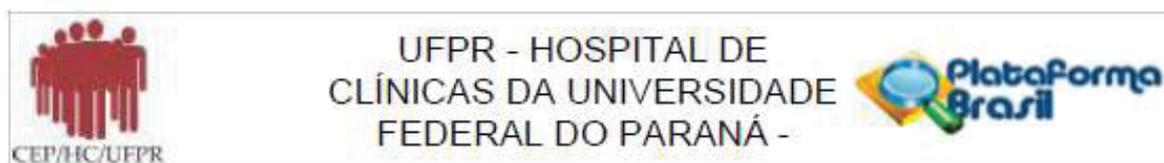
Município: CURITIBA

Telefone: (41)3360-1041

Fax: (41)3360-1041

E-mail: cep@hc.ufpr.br

(Continuação do Anexo A)



Continuação do Parecer: 2.779.921

Outros	docx	04/04/2017 21:08:55	Maribel Pelaez Dóro	Aceito
Outros	ANEXO_C_Instrumento_de_avaliacao_d e_depressao.docx	04/04/2017 21:08:34	Maribel Pelaez Dóro	Aceito
Outros	ANEXO_B_Instrumento_de_avaliacao_d e_ansiedade.docx	04/04/2017 21:08:13	Maribel Pelaez Dóro	Aceito
Declaração de Pesquisadores	Termo_de_compromisso_para_utilizaca o_de_dados_de_arquivos.docx	04/04/2017 20:54:49	Maribel Pelaez Dóro	Aceito
Declaração de Pesquisadores	Carta_de_encaminhamento_do_pesquis ador_ao_CEP.docx	04/04/2017 20:53:55	Maribel Pelaez Dóro	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	Concordancia_das_unidades_e_servico s_envolvidos_STMO.docx	04/04/2017 20:53:43	Maribel Pelaez Dóro	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	Concordancia_das_unidades_e_servico s_envolvidos_QTAR.docx	04/04/2017 20:53:35	Maribel Pelaez Dóro	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	Concordancia_das_unidades_e_servico s_envolvidos_SAM16.docx	04/04/2017 20:53:27	Maribel Pelaez Dóro	Aceito
Declaração do Patrocinador	Declaracao_de_tornar_publicos_os_res ultados.docx	04/04/2017 20:52:47	Maribel Pelaez Dóro	Aceito
Cronograma	Cronograma.doc	04/04/2017 19:53:14	Maribel Pelaez Dóro	Aceito
Orçamento	Orcamento.doc	04/04/2017 19:52:02	Maribel Pelaez Dóro	Aceito

**Situação do Parecer:**

Aprovado

**Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

CURITIBA, 22 de Julho de 2018

Assinado por:  
maria cristina sartor  
(Coordenador)

Endereço: Rua Gal. Carneiro, 181

Bairro: Alto da Glória

CEP: 80.080-900

UF: PR

Município: CURITIBA

Telefone: (41)3360-1041

Fax: (41)3360-1041

E-mail: cep@hc.ufpr.br

**ANEXO B – TRANSCRIÇÃO DAS ENTREVISTAS** (após coleta do nome, idade, data de nascimento, contato e município onde reside)**Entrevista P01**

Pesquisadora: E qual o seu estado civil?

Participante: Solteiro

Pesquisadora: Tem filhos?

Participante: Não

Pesquisadora: Tem irmãos?

Participante: Sim, só um.

Pesquisadora: Mais novo ou mais velho?

Participante: Mais novo. Ele é 13 anos mais novo.

Pesquisadora: Até quando você estudou?

Participante: Não estudei nada.

Pesquisadora: Sabe escrever?

Participante: Meu nome eu sei. Foi até a 1ª série.

Pesquisadora: O que você fazia? Trabalhava com o quê?

Participante: Serviços gerais.

Pesquisadora: E fazia o que especificamente?

Participante: Carpia, limpava a fazenda.

Pesquisadora: Na fazenda de vocês ou na fazenda de outra pessoa?

Participante: Do chefe.

Pesquisadora: E era contrato de trabalho formal?

Participante: Era, era registrado.

Pesquisadora: Chegou a conseguir afastamento do trabalho? Receber o benefício?

Participante: Sim.

Pesquisadora: E hoje você está trabalhando, continua afastado? Como ficou a situação de trabalho?

Participante: Tô encostado.

Pesquisadora: Faz quanto tempo que você tem vindo aqui pro HC?

Participante: Que eu vim aqui pela primeira vez foi 25 de novembro do ano passado.

Pesquisadora: E veio pra tratar o quê?

Participante: Leucemia.

Pesquisadora: Você se lembra que tipo de leucemia era?

Participante: É a aguda.

Pesquisadora: Aguda. A linfoide ou a mieloide? Lembra-se?

Participante: (Silêncio)

Pesquisadora: Eles falavam LLA ou LMA?

Participante: LLA.

Pesquisadora: E quando você veio pra Curitiba já sabia que era leucemia ou não?

Participante: Já sabia. Já tinha 3 anos que estava tratando... em Y (localização omitida para preservar identidade do participante).

Pesquisadora: Quando você descobriu?

Participante: 2015.

Pesquisadora: O diagnóstico, então, foi em 2015. E foi fácil de descobrir?

Participante: Foi.

Pesquisadora: Que tipo de tratamento você fazia?

Participante: Quimioterapia, radioterapia também. Tomava injeção também. E levava remédio pra casa.

Pesquisadora: Você procurou saber o que pode ter causado a sua doença?

Participante: Não. Eu já sabia que tava doente. Pensei “não tô bem não”. Dava muita canseira.

Pesquisadora: E você procurou saber o que dava tanta canseira?

Participante: Não sei (risos).

Pesquisadora: E quando os médicos falaram que era leucemia, o que te explicaram?

Participante: Olha, nem os médicos soube. O pai fez pergunta. Diz que é porque a gente é da roça, mexia com veneno. Eu tenho um problema no braço que não estica por causa de um animal. O pai perguntou se era esse o problema. O pai desconfiou que era, mas o médico disse “não, não posso falar o que que foi”.

Pesquisadora: E vocês acharam que podia ter sido desse bicho que machucou o braço.

Participante: Então, isso aí foi um tombo. Mexia com criação de gado, aí caiu.

Pesquisadora: Quem caiu?

Participante: Eu. Tava montado e o animal pulou e me derrubou e machuquei o braço.

Pesquisadora: Tava montado onde?

Participante: No cavalo.

Pesquisadora: Gosta de andar de cavalo?

Participante: Gosto.

Pesquisadora: Esse cavalo devia ser bravo.

Participante: Não, era manso. Mas as coisas são assim mesmo que acontecem.

Pesquisadora: O que aconteceu?

Participante: Eu levei o gado pro outro lado, aí um colega meu veio com a mula, assustou o cavalo e derrubou eu.

Pesquisadora: E como machucou o braço?

Participante: Eu caí em cima do braço.

Pesquisadora: Quebrou?

Participante: Não chegou a quebrar.

Pesquisadora: E essa cicatriz no braço?

Participante: Isso aí foi quando deu meningite e não achavam veia, cortaram meu braço pra dar medicamento por ali.

Pesquisadora: Tem bastante ponto.

Participante: Eu tinha oito meses de vida.

Pesquisadora: Bem pequeno. Sabe como foi a sua recuperação?

Participante: O pai diz que foi rápido. Deu 10, 12 dias. Tinha oito meses, pesava 8 kg. Morava em X (localização omitida para preservar identidade do participante) e quando me mandaram pra Y (localização omitida para preservar identidade do participante) era pra dizer que tava praticamente morto. Cheguei em Y com 2,5 kg. Aí foram cuidando e cuidando e uma hora voltou.

Pesquisadora: E perguntou pro médico da leucemia sobre essa queda?

Participante: O pai perguntou se era da queda ou da meningite.

Pesquisadora: De que forma vocês procuraram por informação?

Participante: Com os médicos.

Pesquisadora: Algum outro lugar?

Participante: Não.

Pesquisadora: E agora, já chegou a alguma conclusão do que pode ter causado a leucemia?

Participante: Não.

Pesquisadora: Tem algum motivo pessoal que você dá pra doença ter acontecido?

Participante: Não.

(Silêncio)

Pesquisadora: Sem respostas?

Participante: Sem resposta. Muitos falam que é veneno, mas não sei.

Pesquisadora: Acha que foi veneno?

Participante: (Silêncio)

Pesquisadora: Você lembra se aconteceu algo de muito importante na tua vida? Algo que foi bem importante pra você e que você associa com a doença.

Participante: Não. (Silêncio)

Pesquisadora: O que você costumava fazer?

Participante: Trabalhava, ia passear, ficava com os tios nas férias.

Pesquisadora: E se lembra de alguma coisa importante que aconteceu quando ia trabalhar, passear ou ficar com os tios?

Participante: (Risos e silêncio).

Pesquisadora: Vou te pedir 3 desenhos, tudo bem?

Participante: (Risos)

Pesquisadora: Eu trouxe papel e esses materiais. Pode desenhar com o papel deitado ou de pé, você que escolhe. Nesse primeiro, vou pedir pra você fazer um desenho que te represente.

Participante: Eu mesmo?

Pesquisadora: Um desenho que te representa.

(Espera para finalizar o desenho)

Pesquisadora: Me explica sobre esse desenho. Consegue me contar uma história sobre ele?

Participante: Ah. Tá feliz. (Silêncio)

Pesquisadora: O que são essas bolinhas?

Participante: Aqui é joelho e esse esqueci o nome... é cotovelo.

Pesquisadora: Consegue me contar uma história sobre esse desenho?

Participante: (Risos) Não... É eu. (Silêncio)

Pesquisadora: Quer me contar mais alguma coisa sobre esse desenho?

Participante: (Risos e silêncio).

Pesquisadora: Nesse outro papel, vou te pedir pra desenhar algo que represente a sua doença.

(Espera para finalizar o desenho)

Pesquisadora: Me fala sobre esse desenho.

Participante: É uma árvore. De abacate. Cheia de abacate.

Pesquisadora: Consegue me contar uma história sobre esse desenho?

Participante: (Risos e silêncio)

Pesquisadora: Lembra que eu pedi pra você representar a sua doença? Como você me diria a relação com esse desenho?

Participante: É que tá caindo. O abacate tá caindo.

Pesquisadora: Abacate caindo... maduro ou verde?

Participante: É verde ainda.

Pesquisadora: Gosta de abacate?

Participante: Ah, não sou muito chegado não.  
Pesquisadora: Não?  
Participante: Nem abacate, nem melão, nem mamão, nem nada.  
Pesquisadora: Nenhuma fruta?  
Participante: Banana eu gosto.  
Pesquisadora: E o que te vem na cabeça quando pensa em abacate?  
Participante: Coisa ruim.  
Pesquisadora: E essa parte em vermelho, o que é?  
Participante: É a árvore.  
Pesquisadora: Por que escolheu vermelho?  
Participante: Não sei, eu ia pegar verde. (Silêncio).  
Pesquisadora: Ok. Quer contar mais alguma coisa desse desenho?  
Participante: (Risos)  
Pesquisadora: Vou pedir pra desenhar o que te ajuda quando tem alguma dificuldade.  
Participante: Vou desenhar uma casa.  
(Espera para finalizar o desenho)  
Pesquisadora: Consegue me contar uma história sobre essa casa?  
Participante: (Silêncio)  
Pesquisadora: De quem é essa casa?  
Participante: Nossa.  
Pesquisadora: Nossa quem?  
Participante: Minha e do pai.  
Pesquisadora: E a casa representa o quê?  
Participante: Faltou árvore, né?  
Pesquisadora: Não tem problema. Quer colocar?  
Participante: Não. (Silêncio).  
Pesquisadora: O que a casa representa?  
Participante: É pra morar.  
Pesquisadora: A casa te ajuda quando tem dificuldades. O que tem nela que ajuda?  
Participante: Tem cama, sofá, fogão, banheiro.  
Pesquisadora: Tem tudo isso na sua casa?  
Participante: Tem.  
Pesquisadora: Por que escolheu desenhar a casa?  
Participante: (Risos e silêncio).  
Pesquisadora: Tem algum momento em que a casa ou pensar na casa te ajudou em uma dificuldade?  
Participante: Não.  
Pesquisadora: No que você pensava nas vezes que precisou de ajuda?  
Participante: No internamento eu pensava em mim mesmo.  
Pesquisadora: Em si mesmo? Como assim?  
Participante: Pensava que ia sarar. Em ficar forte e voltar pra casa. (Silêncio).  
Pesquisadora: E como é a sua casa?  
Participante: É forte. É de material. De tijolo. (Silêncio).  
Pesquisadora: Quer me contar mais sobre essa casa?  
Participante: (Risos). Eu gosto dela.  
Pesquisadora: Mudaria alguma coisa nessa casa?  
Participante: Não. Tá perfeita.

**Entrevista P02**

Pesquisadora: Qual seu estado civil?

Participante: Solteiro.

Pesquisadora: Tem filhos?

Participante: Como?

Pesquisadora: Tem filhos?

Participante: Não.

Pesquisadora: Estudou até quando?

Participante: Até o terceiro.

Pesquisadora: Terminou?

Participante: Uhum.

Pesquisadora: Chegou a prestar vestibular?

Participante: Não.

Pesquisadora: Trabalhava antes?

Participante: Não. Ajudava em casa assim, mas trabalhar fora, não.

Pesquisadora: Você faz tratamento pra quê aqui no HC?

Participante: Pra transplante.

Pesquisadora: E sabe qual a doença de base?

Participante: Disceratose congênita.

Pesquisadora: Quando descobriu a disceratose?

Participante: Agora não me lembro. Acho que tinha 7 ou 8 anos, num exame da escola.

Pesquisadora: Exame da escola?

Participante: É, fizeram um exame lá, não sei do que. Não se foi um exame de sangue comum ou o que, daí descobriu.

Pesquisadora: Fazem uns 12 anos então que descobriu a doença.

Participante: É, foi em 2007, 2008.

Pesquisadora: Faz algum outro tratamento além da disceratose?

Participante: Não.

Pesquisadora: Achei diferente a escola pedir exame de sangue.

Participante: Pois é, mas agora eu não me lembro porquê nem o exame que foi lá.

Pesquisadora: Faz quanto tempo que está em tratamento? Desde 2007?

Participante: Não, desde 2017. Foi 25 de agosto de 2017.

Pesquisadora: Antes disso não fez tratamento?

Participante: Tentei uma coisa, mas não deu resultado. Aí tentei outra coisa e também não deu resultado. Aí esse último que tentei é desde 2017 que eu vim pra Curitiba.

Pesquisadora: Quais tratamentos eram esses?

Participante: Era só remédio.

Pesquisadora: E agora você está em Curitiba pra se consultar ou fazer acompanhamento?

Participante: Não, eu tô porque.. falaram que.. não sei dizer agora o nome do problema que deu. Mas deu sangramento no intestino.

Pesquisadora: Faz tempo que está aqui?

Participante: Eu to aqui faz uns 4 meses e pouco.

Pesquisadora: Direto?

Participante: Direto.

Pesquisadora: Antes de saber do diagnóstico, você percebia alguma coisa diferente em você mesmo?

Participante: Não. Uns machucados quando me batia, ficava roxo. Mas não percebia muita coisa.

Pesquisadora: E hoje percebe?

Participante: A comida tem gosto diferente. Com o tempo o paladar fica sensível, parece que muda o paladar da gente com o tratamento e demora pra voltar.

Pesquisadora: Te explicaram o que pode ter causado a disceratose?

Participante: Ah, não me lembro agora. Pra falar a verdade não lembro. Não sei foi alguma coisa genético ou o quê.

Pesquisadora: E você procurou saber o que pode ter acontecido?

Participante: Ah não, não, não.

Pesquisadora: Tem algum motivo pessoal, alguma ideia do que pode ter acontecido?

Participante: Não sei. Antigamente era diferente. 10 anos atrás tava trabalhando com meu pai e minha mãe e tal. Talvez isso né. Não sei. Cuidado. Falta de dinheiro da época, roupa e coisa, e calçado. Tipo, cuidado da higiene. Essas coisas assim.

Pesquisadora: Era mais difícil?

Participante: É. Talvez seja algo nesse sentido.

Pesquisadora: Vocês passaram por dificuldades?

Participante: Não digo passar dificuldade. Sempre teve comida. Às vezes não tinha dinheiro pra comprar uma coisa mais cara. Mas nunca faltou nada.

Pesquisadora: E quando você falou de roupa, calçado...?

Participante: Ah não. Roupa, calçado isso tinha. Eu digo de coisas mais caras, tipo fazer um passeio e ir em outros lugares. Coisa bem mais cara. Tinha roupa, calçado. Mas coisa de 200, 300 reais não tinha.

Pesquisadora: Tinha o suficiente.

Participante: É.

Pesquisadora: E o que quer dizer quando você coloca essa diferença?

Participante: Tinha o suficiente, mas não esbanjava. Não esbanjava e nem podia.

Pesquisadora: E você se lembra de alguma coisa, uma situação bem importante que aconteceu na sua vida que você associa com a doença?

Participante: Não sei agora. O pessoal, tipo meus amigos pareciam ter mais cuidado pra brincar comigo, tipo, pra não tentar uma brincadeira, tipo, pra não me machucar ou alguma coisa assim. Na escola também, e tal. Pra fazer educação física não podia e tal.

Pesquisadora: Não podia por quê?

Participante: Não podia mais por causa de, tipo o médico dava uma coisinha que não podia. Que podia acontecer um risco de me machucar e ficar tipo roxo ou ter um algum sangramento interno. Era mais por isso. E aí ficava tipo, tem medo. Os professores davam um trabalho pra fazer.

Pesquisadora: E você gostava da aula de educação física?

Participante: Não muito. Até tipo, eu sentia que gostava de correr bastante. Corria 1 minuto, 2 até, mas aí já cansava rápido.

Pesquisadora: E que tipo de brincadeira tinha com seus amigos?

Participante: É, mais na infância era assim, né. Jogar bola. Mas não aquele jogo mais brusco, sabe? Jogo do tipo de brincadeira mesmo. Na escola às vezes tinha brincadeira de jogar papel, de jogar um no outro. Mas nada sério, tudo na brincadeira.

Pesquisadora: Entendi. (Silêncio)

Participante: Eu sou mais calmo assim.

Pesquisadora: Geralmente?

Participante: É, falando assim... Na verdade, me irrita com algumas coisas. Na verdade, sempre.

Pesquisadora: Aonde desconta a raiva?

Participante: Ah, acho que é mais na minha mãe.

Pesquisadora: Eu vou pedir pra você fazer 3 desenhos pra mim.

Participante: Tá ok.

Pesquisadora: O primeiro desenho, é pra fazer algo que te represente. A folha pode ser de pé ou deitada, você que sabe.

Participante: Eu não sou nada bom em desenho.

Pesquisadora: Não tem problema, eu não vou julgar se está bonito ou não.

(Espera para finalizar o desenho)

Pesquisadora: Me fala sobre esse desenho. Consegue me contar uma história?

Participante: Ah, tá normal.

Pesquisadora: O que mais?

Participante: Sei lá.

Pesquisadora: Normal é bom ou ruim?

Participante: É bom.

(Silêncio)

Pesquisadora: Quer contar mais alguma coisa desse desenho?

Participante: Não.

(Silêncio)

Pesquisadora: Agora, vou te pedir pra desenhar algo que represente a sua doença.

(Espera para finalizar o desenho)

Participante: Desenhei eu e esse bichinho aí me mordendo. Essa é a disqueratose, como uma coisa que me incomoda e fica me mordendo.

Pesquisadora: O bichinho é a disqueratose então.

Participante: É, fica me incomodando e fica me machucando.

Pesquisadora: Machucam aonde?

Participante: Não sei dizer, é fora e dentro.

Pesquisadora: Os bichinhos ficam fora e dentro.

Participante: É, mas não sei dizer onde fica. Se é dentro do sangue ou não.

Pesquisadora: Tem até na cabeça.

Participante: É.

(Silêncio)

Pesquisadora: O que está vestindo?

Participante: Uma camisa.

Pesquisadora: Quer contar mais alguma coisa desse desenho.

Participante: Não.

Pesquisadora: Nesse último desenho, vou pedir pra desenhar algo que te ajuda em momentos de dificuldade.

(Espera para finalizar o desenho)

Pesquisadora: Quem você desenhou aqui?

Participante: Era pra ser minha mãe.

Pesquisadora: Consegue me contar uma história desse desenho?

Participante: Esses risquinhos é chorando.

Pesquisadora: Choro de alegria ou de tristeza?

Participante: Estamos felizes.

Pesquisadora: O que vocês estão fazendo?

Participante: Ela tá sentada numa cadeira e tá me segurando.

Pesquisadora: Te segurando. Você tá em pé ou no colo dela?

Participante: Tô no colo dela.

Pesquisadora: Quer contar mais alguma coisa desse desenho?

Participante: Não.

Pesquisadora: E essa bolinha que você fez aqui?

Participante: É que eu fiz a cabeça muito pequena, (risos) aí depois eu fiz maior.

Pesquisadora: O choro é de alegria, então.

Participante: É, primeiro começa com tristeza, mas depois vira de alegria. É. Mais ou menos.

Pesquisadora: Mais ou menos como?

Participante: Ah, não sei dizer.

Pesquisadora: E tem algum motivo pra ter escolhido essa cor?

Participante: Não.

### **Entrevista P03**

Pesquisadora: Faz quanto tempo que está em Curitiba?

Participante: Cheguei quarta-feira, deixa eu ver... isso, quarta-feira.

Pesquisadora: E faz tratamento pra quê?

Participante: O tratamento que eu faço aqui?

Pesquisadora: Aham.

Participante: É por causa do transplante.

Pesquisadora: E a sua doença de base qual é?

Participante: É leucemia.

Pesquisadora: Qual?

Participante: Aguda. LMA

Pesquisadora: Quando descobriu que estava com leucemia?

Participante: Em 2017.

Pesquisadora: Como foi o diagnóstico?

Participante: Ahn.. não foi fácil. Demorou pra descobrir.

Pesquisadora: Como foi?

Participante: Na verdade, os sintomas assim, os outros que mais, é... as pessoas de fora é que prestavam mais atenção do que eu.

Pesquisadora: O que elas falavam?

Participante: Ah, elas perguntavam se eu tinha anemia porque meu olho tava amarelo, perguntavam se eu tava tomando pouca água. Ahn... enfim, essas coisas aí. Aí tipo, eu nunca dei muita bola pra isso mesmo.

Pesquisadora: E você não percebia essas coisas?

Participante: Me sentia normal. Por enquanto sim. Aí depois que foi o negócio ficando tenso mesmo.

Pesquisadora: O que quer dizer "ficando tenso"?

Participante: Ah, quer dizer que eu fui no serviço e perdia a concentração e, do nada já tava quase dormindo em frente ao computador. Aí foi, ia fazer as correria lá do dia-a-dia, aí de repente, as coisas já, meio tava andando assim no centro, horário de almoço geralmente, aí do nada assim, tipo, a visão começava a apagar, aí quando abria o olho já tava ali no chão. Do nada mesmo. Vinha aquela ânsia de vômito. Tinha que parar de qualquer jeito se não eu ia tombar, sabe? É, ânsia de vômito repentina. Umas

coisas estranhas, tipo, eu nunca tinha sentido nada assim. Não tava muito legal não.

Pesquisadora: Daí você começou a investigar.

Participante: Sim, daí eu paguei um exame de... fui num laboratório lá na cidade, fiz um exame básico de sangue, um hemograma e daí paguei uma consulta.

Pesquisadora: Foi num hematologista?

Participante: Não, na verdade meu chefe me indicou um doutor que ele passava e tipo, agendou uma consulta lá e tal, e eu fui, tipo, só pra mostrar o exame pra ele e tal, aí foi quando ele falou “Nossa... não sei como você tá em pé aqui”. O negócio já tava um absurdo assim. Ele não tava entendendo muito bem como eu tinha conseguido chegar lá, mas beleza. Aí ele falou, “olha, você tem que ser encaminhado tipo, direto, direto, direto, pra ontem, pra um hematologista pra ele saber o que você tem, porque o negócio tá feio mesmo”. Aí vixi... aí depois de sair ainda demorei um pouco, até eu ficar de cama mesmo e minha mãe precisar vir de X (localização omitida para preservar identidade do participante) pra me arrastar pro médico.

Pesquisadora: Não entendi. Achei que era de X (localização omitida para preservar identidade do participante). E onde você estava essa época?

Participante: Eu moro em Y (localização omitida para preservar identidade do participante), próximo aqui no Paraná.

Pesquisadora: Ah tá.

Participante: Morava com a minha tia porque eu trabalho e fazia faculdade lá.

Pesquisadora: Fazia faculdade de que?

Participante: Arquitetura e urbanismo.

Pesquisadora: Legal!

Participante: É... tava no último ano.

Pesquisadora: Interrompeu?

Participante: É. Fiz minha pré-rematrícula agora, aí vou conversar com os médicos. Se eles liberarem eu começo agora no primeiro semestre. Mas se precisar adiar mais um pouco a gente adia.

Pesquisadora: E já morava em Y (localização omitida para preservar identidade do participante) há quanto tempo?

Participante: Ah, bastante tempo. Na verdade, em vim pro Paraná com 16 anos.

Pesquisadora: Morou esse tempo todo longe da mãe?

Participante: Uhum.

Pesquisadora: Se dá bem com ela?

Participante: Super! Bastante.

Pesquisadora: Qual foi a intenção de vir pro Paraná?

Participante: Na verdade, foi pra trabalhar. Primeiro trabalhar, aí depois que foi estudar e eu não tinha terminado meu ensino médio ainda. Então eu vim pra cá, comecei a trabalhar e tava estudando, aí depois acho que 1 ou 2 anos depois eu comecei a faculdade.

Pesquisadora: Você falou que tava no último ano da faculdade. Já tava fazendo o TCC?

Participante: Já, já tava na metade.

Pesquisadora: Qual era o seu tema?

Participante: Meu tema era um galpão de exposições, um galpão de eventos. Tinha que fazer o projeto de um galpão de eventos.

Pesquisadora: E qual o seu estado civil?

Participante: Solteiro.

Pesquisadora: Tem filhos?

Participante: Não.

Pesquisadora: Deu nota 100 pra saúde.

Participante: É que apesar de não posso fazer tudo o que posso, eu daria 100 porque não tô sentindo nada de ruim hoje. Nenhum tipo de sintomas, tô bem. Só não posso fazer tudo o que eu fazia antes.

Pesquisadora: Qual foi a explicação médica que te deram sobre a leucemia?

Participante: Sobre a leucemia, em específico.... Na verdade, ele não me falou. Acho que ele tava tão assustado assim que ele acabou não me falando e só fez o encaminhamento pro hospital onde eu deveria iniciar o tratamento. Então eu meio que descobri... ahn... assim, olhando os papeis porque tava ali marcado quimioterapia. Aí eu perguntei. Aí ele falou: “é, é leucemia”. Aí tipo, eu nem sabia o que era leucemia direito. Até fiz uma pergunta estúpida lá que ele olhou pra mim... (risos)... e... mas depois ele explicou.

Pesquisadora: Mas o que você perguntou pra ele?

Participante: Eu perguntei, “isso é grave?”. Aí ele tava escrevendo, né, aí parou, olhou pra mim... “sim, isso é muito grave”.

Pesquisadora: E no hospital de referência, do encaminhamento, o que explicaram pra você?

Participante: Uhn... bom, na verdade, foi bem lento assim o processo porque eu precisei fazer mais uma pilha de exame pra ter certeza do que realmente era, porque até então não era leucemia. Tipo, o exame tinha acusado leucemia, mas aí eu tive que fazer vários e vários e vários... por isso que eu digo que demorou bastante até pegar o diagnóstico mesmo. Aí tipo, o primeiro diagnóstico foi de Síndrome Mielodisplásica, que é uma...

Pesquisadora: Uma pré-leucemia

Participante: Uma pré-leucemia. Aí eu fiquei fazendo tratamento durante 6 meses, deu uma segurada lá. Aí depois acabou virando leucemia de qualquer jeito.

Pesquisadora: E te falaram sobre origem ou motivo da doença?

Participante: Não necessariamente. A médica disse que Síndrome Mielodisplásica é uma coisa meio assim, aleatória. Ela mesmo disse assim “meio incomum”. Tipo, ela tem a possibilidade de dar em qualquer pessoa, mas é uma doença meio incomum assim.

Pesquisadora: Mais alguma explicação?

Participante: É, não deu uma explicação clara do tipo, “Ah, foi causada por isso”. Tipo, não foi especificado isso.

Pesquisadora: E você procurou saber por conta?

Participante: Pra falar a verdade, os familiares ficaram mais curiosos do que eu. Os familiares que vieram pesquisar, que ficavam perguntando e tal, e ficavam naquele desespero, naquela coisa, mas eu não... não tava muito afim.

Pesquisadora: E onde sua família buscou?

Participante: Na verdade, só deram o suporte necessário pra mim fazer o tratamento que eu já tinha começado.

Pesquisadora: Pessoalmente, você acha que teve algum motivo essa doença? Pessoalmente mesmo.

Participante: Ah, talvez... talvez. Tipo assim, é que, depois assim... depois, depois de tudo eu fui dar uma pesquisada pra saber do que se tratava, pra saber o que que era porque eu não tava muito por dentro. Como não tinha uma explicação assim, plausível, tipo assim, isso aqui é o que eu vou adotar pra mim, do porque é... eu descobrir o porquê eu tô com isso. Eu não achei nada disso. Mas uma coisa que me chamou a atenção é, tipo assim, é... não sei se isso aí é... pode ser que sim, pode ser que não. Tipo, esses tipos de doença assim é... às vezes é causada por... por uma coisa assim interna, sabe, um sentimento assim, quando a pessoa guarda, vamos supor, rancor ou tem alguma coisa assim que ainda tá em dívida, sabe aí fica aquele negócio ruim. Aí acaba prejudicando a pessoa, sabe.

Pesquisadora: Acontece por causa de um sentimento ruim.

Participante: É, alguma coisa assim. Aí acaba prejudicando tanto o físico como o emocional da pessoa. Aí eu achei que sim, isso poderia ter me afetado.

Pesquisadora: E no que você pensou?

Participante: Sim, eu... Bom, sendo bem assim, rápido e objetivo, bem resumão assim, tipo eu sempre tive... não mais, mas sempre tive, desde pequeno uma treta das grandes assim. Era bem tretado com meu pai. Então, tipo assim, é que era um negócio bem forte assim, sabe?

Pesquisadora: O que quer dizer tretado?

Participante: É porque tinha personalidades diferentes. De um modo geral assim, convivência, enfim, tudo.

Pesquisadora: Desde pequeno era assim.

Participante: É, desde pequeno. Na verdade, assim, por eu ser uma criança, por eu ter crescido com isso, acho que é mais da parte dele. Eu também tomo a minha parte, também não sou assim uma pessoa muito... Mas de qualquer forma, assim, é... tipo assim, ele era uma pessoa extremamente difícil.

Pesquisadora: Tem contato com ele?

Participante: Uhn uhn.

Pesquisadora: Nem sabe onde ele está?

Participante: (Risos) Não, eu sei... ele mora na mesma rua lá, mas... (risos). É... Mas, tipo, águas passadas. Mas se topar, tranquilo... eu falo, mas... (Silêncio)

Pesquisadora: Mas... não iria atrás?

Participante: De jeito nenhum.

Pesquisadora: Você é brigado com seu pai desde quando?

Participante: Vixi... desde sempre. Na verdade, eu voltei a falar com ele depois de muitos anos, da época que eu saí de casa. Foi em 2018, ano passado. Aí nós resolvemos.

Pesquisadora: Ele sabe do seu tratamento?

Participante: Sim, sim.

Pesquisadora: O que sentiu depois de se resolverem?

Participante: Ah, me senti bem assim. É uma pessoa que eu respeito por ser meu pai, sabe? É uma coisa que não tem como mudar. Então, sim, respeito por isso. (Silêncio) Tipo, eu não sou uma pessoa religiosa, mas tenho muita fé e creio muito em Deus, sabe? E assim, acredito que nada acontece por acaso. Tipo, quando eu não tinha nem ideia, quando eu... o médico falou que tava com leucemia, eu não sabia ideia do que tava

acontecendo, sabe? Então só entrei ali no hospital do câncer, não fazia ideia do que que era uma quimioterapia. Aí depois que eu fui parar pra pensar “puxa vida, por que será que isso tá acontecendo comigo”. Aí só depois de um tempo e tal que a gente vai pegando interesse e vai querendo saber um pouco mais e começa a pesquisar. Sei lá, se não tem uma explicação lógica, tipo, e se nada acontece por acaso também, eu vou ver o que que tá acontecendo e aí... que tipo “tum”, a gente pega essas coisas no ar assim e tipo, relaciona assim com o nossa... ahn... como eu posso dizer... com a nossa experiência de vida e tudo mais.

Pesquisadora: E essa foi a melhor explicação que você encontrou.

Participante: É, isso mesmo.

Pesquisadora: Vou te pedir 3 desenhos.

Participante: Deixa eu ver como que tá as minhas técnicas.

Pesquisadora: Mas fique tranquilo. A intenção não é avaliar estética do desenho. É uma coisa mais simbólica. A folha pode ser em pé ou deitada, você que sabe. Nesse primeiro, quero que desenhe algo que te represente.

Participante: Vixi.. esse é o mais difícil, desenhar pessoa (risos).

(Espera para finalizar o desenho)

Pesquisadora: Me explica. Me conta a história do seu desenho.

Participante: Ah, não tem história. É só um desenho de mim mesmo.

Pesquisadora: Não tem?

Participante: (Silêncio)

Pesquisadora: Consegue dizer sobre o humor do seu desenho, por exemplo?

Participante: Tá normal, tudo bem. (Silêncio)

Pesquisadora: Consegue me contar mais alguma coisa sobre esse desenho?

Participante: Não, só isso mesmo.

Pesquisadora: Nesse segundo desenho, você vai fazer algo que represente a sua doença.

(Espera para finalizar o desenho)

Pesquisadora: Me conte, qual a história do seu desenho?

Participante: Ah eu fiz... a cor é o que define tudo. Leucemia está relacionada ao sangue. Então isso aí eu coloquei como se fosse um... um tipo de... como a pessoa queira interpretar, um monstro, algum coisa ruim. Relacionada ao sangue, mas com essa imagem ruim. Isso é uma espécie de monstro.

Pesquisadora: Esse monstro tem rosto?

Participante: Só os dois olhos, é... como se fosse uma espécie de flan.

Pesquisadora: Flan? Comida?

Participante: É, tipo alguma coisa gelatinosa assim.

Pesquisadora: E aqui?

Participante: Seria as rugas na parte da testa.

Pesquisadora: Parece bravo.

Participante: Sim, super, muito. É uma expressão pra amedrontar... intimidar.

Pesquisadora: Gelatinoso... Se move? Rápido.. devagar?

Participante: Ahn.. devagar, mas depende... se isso derreter pode ir um pouco mais rápido, né?

Pesquisadora: É verdade.

Pesquisadora: Nessa última folha, vou te pedir pra desenhar algo que te ajude em dificuldades.

(Espera para finalizar o desenho)

Pesquisadora: Qual direção que é o desenho?

Participante: Assim.

Pesquisadora: Me explica. Qual a história desse desenho?

Participante: Bom, basicamente, essa parte escura que eu não terminei, mas quis dar a impressão de que praticamente preenche todo o ambiente, por completo, exceto por esse feixe. Seria tipo o problema, tipo, todo o entorno cheio de problemas, complicações e tudo o mais, toda a dificuldade, é... medo, ansiedade, tudo de ruim assim... e que torna os dias difíceis, os momentos difíceis e tudo o mais. E essa parte que vem pra diferenciar assim, que seria o que me ajudou, que seria, no caso a minha fé, que conseguiu me manter de pé no meio de tudo isso aqui. Fé em Deus.

Pesquisadora: Sua fé foi fortalecida?

Participante: Sim. Depois de tudo isso, sim.

Pesquisadora: Mais alguma coisa que queira falar do desenho?

Participante: (Risos) Não, acho que não.

#### **Entrevista P04**

Pesquisadora: Você faz tratamento pra quê? Qual a doença de base?

Participante: A minha doença é uma Anemia de Fanconi. Diz que é uma doença genética. Eu descobri há um tempo desse.

Pesquisadora: Quando ficou sabendo?

Participante: Ah, da Anemia de Fanconi eu fiquei sabendo há uns dois anos atrás. Tava fazendo tratamento lá em São Paulo.

Pesquisadora: 2017, então.

Participante: É. Só que eu descobri mesmo que eu tinha essa doença eu tinha uns 13, 4 ou 13 anos porque eles pensaram que era outra coisa, sabe? Que era Aplasia de Medula.

Pesquisadora: Ficou 2 anos fazendo tratamento em São Paulo. E como era o tratamento?

Participante: Ah, o tratamento que nois tava fazendo era tomando remédio ciclosporina e fazendo as baterias de exame e com os exames descobriram que era Anemia de Fanconi, transferiram a gente pra cá porque o povo aqui é especializado nessa área.

Pesquisadora: É verdade. E quando veio pra cá?

Participante: Com 18 anos.

Pesquisadora: Qual seu estado civil?

Participante: Solteiro... solteiro agora.

Pesquisadora: Tem filhos?

Participante: Não. Ainda não.

Pesquisadora: Ainda não. Quer ter?

Participante: É um sonho.

Pesquisadora: Você estudou até quando.

Participante: Estudei até o 1º ano.

Pesquisadora: Do médio?

Participante: Do ensino médio.

Pesquisadora: Por que parou?

Participante: Parei porque tive que fazer esse tratamento, tive que parar.

Pesquisadora: Você chegou a trabalhar?

Participante: Ajudar sim, trabalhar assim, pros outros assim, daí não trabalhei.

Pesquisadora: O que você fazia?

Participante: Ah, eu mexia na horta também essas coisas.

Pesquisadora: Ajudava com a horta.

Participante: É, trabalha na horta, entendeu? Tinha um canteiro. Plantava batata, alface, coentro, cheiro verde... mais hortaliça.

Pesquisadora: De quem era essa horta?

Participante: Da família mesmo.

Pesquisadora: Trata mais alguma outra doença, além da Anemia de Fanconi?

Participante: Tipo o que de doença?

Pesquisadora: Faz algum outro tratamento?

Participante: Não, só tava consultando com um psicólogo por causa de uns problemas emocionais.

Pesquisadora: Psicólogo no HC?

Participante: Aqui não. Lá na minha cidade. Só que eu parei, e tenho que voltar de novo.

Pesquisadora: Aqui ninguém te acompanhou?

Participante: Não, ontem eu falei com um psicólogo também. Que disse que só atende aqui na quinta-feira. Só que é a primeira vez que tô falando contigo e com ele também.

Pesquisadora: Vou fazer mais algumas perguntas, tudo bem?

Participante: Uhum.

Pesquisadora: Você teve curiosidade em saber sobre o que pode ter causado a doença? A Anemia de Fanconi ou a Aplasia?

Participante: Não. (Risos). Não, não tive muita curiosidade assim.

Pesquisadora: Nunca procurou nada.

Participante: Não, procurei na internet uma vez só. Só pra mim saber depois o que era essa Anemia de Fanconi. Só que eu não tinha muita curiosidade em se aprofundar.

Pesquisadora: Como procurou?

Participante: Coisas básicas. Pesquisei na internet.

Pesquisadora: O que os médicos falaram pra você pra ter adoecido?

Participante: Eles dizem que isso é uma doença genética, né? Que pode desenvolver em algumas pessoas, como eu desenvolvi. Coisas simples que eles me falaram pra mim.

Pesquisadora: Uma doença genética que pode acontecer com qualquer pessoa.

Participante: É, mas quem tem tendência, né?

Pesquisadora: Ah, tá, em qualquer pessoa que tenha uma tendência. E você, pessoalmente, sem as explicações médicas, qual o motivo pessoal que você atribui para sua doença?

Participante: Olhe, eu sei lá... acho que não. Só se for mesmo... é a permissão de Deus mesmo.

Pesquisadora: Permissão de Deus.

Participante: É, pra talvez, no futuro eu me curar, né? E dar um testemunho, ou algo assim... acho que pode ser isso, né?

Pesquisadora: Qual a sua religião?

Participante: Evangélico.

Pesquisadora: Me explica, qual a importância de dar um testemunho?

Participante: Dar o testemunho aumenta a fé das pessoas, é mostrar a glória de Deus e que pra ele nada é impossível, entendeu?

Pesquisadora: É ser um exemplo pra outras pessoas?

Participante: Exato. É um exemplo falar que Deus pode tudo, entendeu? Pra ele nada é impossível. Já vi muitas pessoas sendo curadas de câncer, até outras doenças.

Pesquisadora: Ouvia muitos testemunhos?

Participante: Já.

Pesquisadora: Isso ajuda na sua fé.

Participante: Aumenta a minha fé.

Pesquisadora: Parece que acaba sendo uma influência positiva pros outros.

Participante: E também, de ser cantor também, vamos supor assim que eu creio nesse destino também.

Pesquisadora: Cantor?

Participante: Aham.

Pesquisadora: Cantor de quê?

Participante: Ah, cantar música gospel. Já fiz música gospel e rap, entendeu? Só que eu queria fazer rap, só que tem que pensar.

Pesquisadora: E rap sobre o quê? Sobre o que a letra?

Participante: Ah, gospel, rap gospel. Pra falar sobre a glória de Deus também. Eu queria falar umas coisas diferentes tipo assim, alimentação, essas coisas assim diferente que quase ninguém aborda esse tema, entendeu?

Pesquisadora: Dos cuidados?

Participante: Desses cuidados porque tudo isso mexe com o lado espiritual. E as pessoas, a maioria não entende, entendeu?

Pesquisadora: Como assim?

Participante: Quando a pessoa é... ela tá comendo coisas que não é purificada, ela vai... como que eu vou dizer... ela vai se conectar menos com Deus, entendeu?

Pesquisadora: Que tipo de coisas não são purificadas?

Participante: Ah, tipo a carne, leite, essas comidas industrializadas que causam doenças também, entendeu?

Pesquisadora: Interessante. Você come essas coisas hoje?

Participante: Sim, mas eu pretendo parar.

Pesquisadora: Como vai adaptar?

Participante: É se cuidar. Não precisa virar vegetariano, só moderar mais, entendeu? Nosso corpo é o templo do espírito santo, aonde Deus habita. Se a gente não tiver cuidando desse corpo aí como é que o espírito santo vai habitar? Vai trabalhar?

Pesquisadora: Interessante mesmo. E voltando um pouco no assunto, você tem o sonho de cantar?

Participante: Sim, Deus que me chamou pra mim ser cantor. Aí comecei a entrar até pro crime e uma pessoa que eu nunca vi na vida me falou que eu sou um homem de Deus, um cantor de Deus. E naquela hora que eu vi que era Deus que tava me chamando.

Pesquisadora: É mesmo?

Participante: Sim, certeza.

Pesquisadora: É uma história única mesmo.

Participante: É. Era uma pessoa que eu não conhecia. A pessoa me viu assim... foi a primeira pessoa. Eu era adolescente, tava desviado e tudo. E ele me chamou de homem, entendeu? Foi uma das primeiras pessoas que me chamaram de homem e naquele tempo eu era adolescente. E eu vi que Deus que tava falando comigo.

Pesquisadora: Legal a sua história. Já deu o seu testemunho?

Participante: Não, ainda não. Pretendo dar ainda.

Pesquisadora: Acha que aconteceu alguma coisa importante na sua vida e que você associa a estar doente?

Participante: Uhn... eu acho que sim.

Pesquisadora: O que aconteceu?

Participante: Ah, mais ou menos assim... quando eu descobri essa doença?

Pesquisadora: É, se você liga algum evento da sua vida com a doença.

Participante: Ah... não sei, eu acho que não. Acho que essa coisa é mesmo assim, sei lá, naturalmente. Faz 7 anos, eu tava subindo um prédio alto e assim machuquei, fraturei o pé e descobriram que eu tinha essa doença, entendeu?

Pesquisadora: Quebrou o pé?

Participante: Foi, fraturei só. Fraturei o pé e descobriram que eu tinha essa doença, daí começou a tratar. Aí eu tomei muita plaqueta e sangue. Tomei só uma vez também, só no comecinho do tratamento.

Pesquisadora: E teve algum evento de grande importância na tua vida que você acha que é importante falar?

Participante: Em relação a doença? Ah, eu acho que... sei lá. Deve ser o propósito de Deus mesmo, igual eu tô falando, entendeu? Pra mostrar que Ele pode tudo também. Que é desde criança, né? Eu era criança muito arqueira e aconteceu outras coisas comigo que eu não gosto de falar muito, entendeu?

Pesquisadora: Uhum.

Participante: É, tipo uma relação agressiva, essas coisas assim.

Pesquisadora: Você era nervoso?

Participante: Ih, demais. (Risos). Eu era agressivo porque sofri umas coisas, entendeu?

Pesquisadora: Uhum.

Participante: Umas coisas pesadas aí. Comecei ir pra igreja, né? Creio que eu achei um lado de Deus e antes de eu ser batizado, o irmão que me levou pra igreja, que foi responsável por mim quando eu tinha uns 13 anos, falou: "Ó, R. (nome omitido para preservar identidade do participante), através de tu, vai levar a família toda aos pés de Cristo", entendeu?

Pesquisadora: Foi você que foi levando toda a família a crer na igreja.

Participante: Sim.

Pesquisadora: Eu entendi que você não gosta muito de falar sobre essas coisas, mas é por isso que estava se consultando com um psicólogo ali na tua cidade?

Participante: Uhum.

Pesquisadora: Que bom que tinha uma ajuda.

(Silêncio).

Pesquisadora: Vou te pedir pra fazer 3 desenhos.

Participante: (Risos) Sou ruim de desenho.

Pesquisadora: Pode usar a folha de pé ou deitada, você que escolhe. O primeiro é um desenho que te represente.

Participante: Eu? Primeiro eu desenho eu?

Pesquisadora: O que te representa?

Participante: Não tem lápis nenhum, né?

Pesquisadora: Posso arranjar pra você. Tem esses lápis também.

(Espera para finalizar o desenho)

Pesquisadora: Me explica. Me conta uma história desse desenho.

Participante: É uma pessoa de dupla personalidade. Uma pessoa que, vamos supor, se vai julgar, é assim e assado, e quando vai ver é outra pessoa, entendeu?

Pesquisadora: E o primeiro julgamento como é?

Participante: Ah, um pensamento tipo assim... é bobo, tá ligado?

Pesquisadora: Bobo?

Participante: É, bonzinho demais, faz favor demais, essas coisas assim de antes, entendeu?

Pesquisadora: Antes... E depois?

Participante: Aí vem o outro lado. É sagaz, tem malícia, entendeu?

Pesquisadora: Tudo no mesmo corpo.

Participante: É o corpo é o mesmo.

Pesquisadora: O que muda é a personalidade.

Participante: É, o que muda mais é o rosto... um camaleão, algo assim?

Pesquisadora: Camaleão?

Participante: (Silêncio) Meu pai já sabia que era assim.

Pesquisadora: Desculpa, não entendi.

Participante: Meu pai já sabia disso tudo, entendeu? Sabia que eu era irresponsável.

Pesquisadora: Ah é?

Participante: Ele participou do exército. Sabe identificar as coisas.

Pesquisadora: Você é assim desde criança?

Participante: Sim, desde criança. (Silêncio)

Pesquisadora: Agora vou pedir que faça um desenho que represente a sua doença.

Participante: Vixi, essa é difícil, hein? Não penso em nada.

(Espera para finalizar o desenho)

Participante: Isso aqui é tipo meio que uma pessoa presa, entendeu? Limitada em algumas áreas da vida.

Pesquisadora: O que quer dizer com presa?

Participante: Preso assim, essas coisas aqui no braço, não pode trabalhar, não pode pegar peso, essas coisas assim... não pode pegar muito sol, entendeu?

Pesquisadora: Quer contar mais alguma coisa desse desenho?

(Silêncio)

Pesquisadora: E nesse último aqui, vou pedir pra você desenhar aquilo que te ajuda a lidar com dificuldades.

(Espera para finalizar o desenho)

Pesquisadora: Já? Foi rápido nesse desenho.

Participante: É que essa eu já sabia já.

Pesquisadora: Ah, já sabia?

Participante: Certeza. Já tinha na mente.

Pesquisadora: Então me conte a história desse desenho.

Participante: A bíblia me ajuda em momento de tudo, né? A palavra de Deus é lâmpada pros nossos pés.

Pesquisadora: Uhn.

Participante: É, ela me ajuda em tudo, né? Em relação à fé porque a palavra de Deus fala que vem pela fé e a fé é a palavra de Deus. Tem um tempo já,

tava metido em monte de coisa errada e depois de começar a ler a bíblia já tenho outra convicção de mundo, entendeu? Sobre Deus também, sobre esse problema, né? Porque problema pra Deus nada é impossível. Na hora certa Ele vai realizar algo belo na minha vida. Só basta eu crer que Ele mudou também a vida do meu tio, né? Meu tio era alcólatra, bebia e tinha depressão, meio que o povo batia na porta dele, né? E ele nem abria, deixava a panela queimar e hoje em dia é outra pessoa. Se tornou uma pessoa sábia, aprendeu a ler sozinho, leu na bíblia o espírito santo, aprendeu a ler, hoje é uma pessoa sábia e inteligente, entendeu? É por isso que eu creio na bíblia.

Pesquisadora: E basta ter a bíblia pra te ajudar nas dificuldades?

Participante: É.

Pesquisadora: Tem que ler.

Participante: É, com certeza tem que ler. Se deixar só assim... tem que ler e praticar. Porque se a pessoa não praticar não acontece nada, entendeu? Se acreditar em alguma coisa e não fazer, né.... e a oração é também orar e ação. Orar significa falar com Deus e agir. A parte que eu tenho que fazer, Deus não vai fazer por mim, eu tenho que ir atrás. E a parte divina ele vai fazer na hora certa. É isso que eu creio.

Pesquisadora: Seu testemunho parece bem montado já.

Participante: (Risos)

(Silêncio)

Pesquisadora: Quer cantar rap, então. Você é bom de improvisar?

Participante: Sou! Com base, assim, quando eu tô assim bem à vontade faço em um único turno. Quando eu era pequeno mesmo fazia 6 músicas do nada. Na escola quando não tinha nada pra fazer e sozinho assim, às vezes sem base, sem nada. Conseguia. Só que eu faço todo o tipo de música. Já fiz música gospel, sertanejo, essas coisas assim. Eu tenho um dom, só que tenho que trabalhar pra vida.

Pesquisadora: É um dom pra música.

Participante: É um dom, todo mundo tem um. Tem uma coisa específica, entendeu? Todo mundo tem uma missão aqui na terra. Creio que sim, né? É a bíblia que fala.

Pesquisadora: E a tua é...?

Participante: Ah, a minha missão é fazer trabalho cristão no mundo e louvar Ele com as coisas que Ele fez comigo, vai fazer, entendeu?

Pesquisadora: Já te trouxe coisas boas.

Participante: Com certeza, só trouxe coisas boas na minha vida. Estou vivendo na graça de Deus. Já fiquei muito tempo sem usar remédio e graças a Deus não alterou em nada ficou estável, entendeu?

### **Entrevista P05**

Pesquisadora: Qual o estado civil do senhor?

Participante: Casado, com a E. (nome omitido para preservar identidade do participante).

Pesquisadora: Vocês têm filhos?

Participante: Um.

Pesquisadora: Com que o senhor mora?

Participante: Eu e a mulher.

Pesquisadora: Só vocês dois em X (localização omitida para preservar identidade do participante)?

Participante: É, aí tem a mãe que mora perto.

Pesquisadora: Estão há quanto tempo aqui em Curitiba?

Participante: Mais de mês.

Pesquisadora: Estão ficando onde?

Participante: Na casa do sobrinho.

Pesquisadora: Vou fazer algumas perguntas pro senhor, tudo bem? O senhor procurou saber sobre o que pode ter causado a doença?

Participante: (Silêncio).

Pesquisadora: Procurou em algum lugar ou perguntou pra alguém?

Participante: Não.

Pesquisadora: Os médicos deram alguma explicação pro senhor ter adoecido?

Participante: Talvez fosse do veneno.

Pesquisadora: E o senhor concorda?

Participante: Ah... (Silêncio)

Pesquisadora: Tem outro motivo?

Participante: Acho que existe outra coisa. Penso que não pode ser só do veneno.

Pesquisadora: Tipo o que, além do veneno? O senhor acha que tem algum outro motivo?

Participante: Não sei. Mas só o veneno não deve ser.

Pesquisadora: Alguma ideia?

Participante: (Silêncio).

Pesquisadora: E o senhor se lembra de alguma coisa importante que aconteceu na sua vida e que pode ter a ver com a doença?

Participante: Olha, assim... Assim de cabeça, não lembro.

Pesquisadora: Tudo bem. Vou pedir pro senhor fazer uns desenhos. Nesse primeiro, o senhor vai fazer um desenho que te represente. A folha pode ser deitada ou em pé.

(Espera para finalizar o desenho)

Pesquisadora: Terminou?

Participante: É, deixa eu só terminar de fazer a boquinha. (Risos)

Pesquisadora: O que o senhor achou?

Participante: (Risos) É, eu achei que ficou bom

Pesquisadora: Me conta uma história sobre esse desenho, Sr. E. (nome omitido para preservar identidade do participante)

Participante: (Risos e silêncio).

Pesquisadora: O que o senhor acha desse desenho?

Participante: Feliz. É feliz. Tá de braços abertos assim. É. (Silêncio).

Pesquisadora: Quer contar mais coisas desse desenho?

Participante: Acho que tá bom.

Pesquisadora: Vou pedir pro senhor fazer um desenho que represente a sua doença.

Participante: O linfoma?

Pesquisadora: É.

Participante: Que tipo de desenho...?

Pesquisadora: Quando pensa no linfoma, o que vem na cabeça?

Participante: Tem que ser uma pessoa ou tem que ser qualquer desenho?

Pesquisadora: Qualquer desenho que o senhor quiser. O que o senhor acha que representa o linfoma?

Participante: Uma casa. A minha casa.  
(Espera para finalizar o desenho)  
Pesquisadora: Por que o senhor pensa em casa quando pensa no linfoma?  
Participante: Eu penso na casa daí... (Silêncio).  
Pesquisadora: Qual casa é essa?  
Participante: Na minha casa, né?  
Pesquisadora: O que o senhor quis dizer com isso?  
Participante: É porque ele é... como se fosse tipo uma casa né?  
Pesquisadora: Um lugar pra morar?  
Participante: É um lugar pra morar, pra melhorar. Vou pra casa pra ficar melhor ainda.  
Pesquisadora: Ah, sim.  
Participante: Na casa é onde eu me sinto bem. Só vou me sentir melhor quando voltar pra casa.  
Pesquisadora: Quer me contar mais coisas desse desenho?  
Participante: (Silêncio).  
Pesquisadora: Nesse último aqui, o senhor vai desenhar algo que te ajuda a lidar com as dificuldades.  
Participante: Como assim?  
Pesquisadora: Um desenho que te ajuda a enfrentar as dificuldades.  
Participante: Eu posso fazer o quê?  
Pesquisadora: O que o senhor quiser.  
(Espera para finalizar o desenho)  
Pesquisadora: Me conte uma história desse desenho, Sr. E. (nome omitido para preservar identidade do participante).  
Participante: Pensei no passarinho. Dá uma liberdade na gente.  
Pesquisadora: O passarinho, ele representa a liberdade.  
Participante: É, exato. Uma vontade de ser livre, né? (Silêncio) Bicudão, né? Tipo de um marreco. (Risos).  
Pesquisadora: Marreco é livre. Voa?  
Participante: Voa, marreco voa! Aham.  
Pesquisadora: Consegue me contar mais coisas desse desenho?  
Participante: Espero que eu tenha desenhado bem.

### **Entrevista P06**

Pesquisadora: Qual seu estado civil?  
Participante: Casado  
Pesquisadora: Tem quantos filhos?  
Participante: 3 filhos. E 6 netos.  
Pesquisadora: Os filhos moram junto?  
Participante: Não. Um filho chegou a morar 2 anos e meio. Mas ele é da polícia militar, aí vai onde tem mais chance pra carreira. Mas como é cidade pequena, não tem nível maior. Já é capitão. Queria subir, aí foi pra Guarapuava que a cidade é maior. E tem até o final da carreira. Mas é perto, ele sempre tá me acompanhando. Outra mora em Ponta Grossa e a outra mora em Belo Horizonte. Ela é assistente social e faz de tudo.  
Pesquisadora: Moram longe, mas parecem próximos.  
Participante: São tudo preocupado com nós. O filho manda mensagem da bíblia.  
Pesquisadora: Da bíblia?  
Participante: É, ele é evangélico. E manda foto dos netinhos.

(Mostra fotos da família e mensagens dos filhos)

Pesquisadora: São mensagens de força, né?

Participante: De força. Todo dia a gente recebe. Sempre tá animando.

Pesquisadora: Estudou até quando?

Participante: Até a oitava série. Era ginásio, né?

Pesquisadora: E parou por...?

Participante: Pra trabalhar.

Pesquisadora: E hoje qual a situação de trabalho.

Participante: Tô encostado, esperando a perícia pra pedir auxílio doença.

Pesquisadora: O que o senhor fazia antes?

Participante: Era motorista de caminhão.

Pesquisadora: Caminhoneiro a vida toda?

Participante: É, a vida toda. Até uns 21 anos trabalhei na lavoura.

Pesquisadora: Qual a sua doença?

Participante: Policetemia vera.

Pesquisadora: Há quanto tempo.

Participante: Foi há 11 anos atrás. Exatamente em maio de 2008.

Pesquisadora: Quando começou a tratar?

Participante: 2 anos antes já tinha sintomas. Mas os médicos nunca pediram um hemograma. A pressão não baixava. A minha cor era arroxeadada, sabe? Aí fiquei amarelo. A esposa falava que não tava certo. Uma colega médica, um dia tava muito mal. A esposa falou pra ela o que tinha e ela pediu uma ecografia. Ela viu tudo aumentado, baço, fígado.

Pesquisadora: Precisou ver por dentro. Os médicos que examinavam por fora não conseguiram descobrir.

Participante: É. Aí ela pediu hemograma. Na hora do resultado já descobriram e falaram que ia morrer.

Pesquisadora: Desse jeito?

Participante: Desse jeito! A médica me internou na hora. Aí encaminhou pra um hematologista.

Pesquisadora: E quando começou o tratamento?

Participante: Em seguida já, tudo junto. Fiquei 5 dias internado e fazia sangria todo dia, 500ml. Diz que eu tava com 72 e o normal é 40.

Pesquisadora: O que são esses números, 72, 40..?

Participante: Do sangue.

(Silêncio)

Pesquisadora: Trata mais alguma outra doença?

Participante: De sangue não.

Pesquisadora: Outra então?

Participante: Parkinson, hipertensão, problema na tireoide. Tive depressão também.

Pesquisadora: Teve, não tem mais?

Participante: Tenho. Faz 2 anos. Mas não vou mais na terapia.

Pesquisadora: Vai ao psiquiatra?

Participante: Vou. Vou na terça-feira pra consulta.

Pesquisadora: Toma o que?

Participante: "Córtico" e Velija. Pra dormir bastante.

Pesquisadora: E topa continuar a ir pro psiquiatra?

Participante: É.. também não tava querendo ir.

Pesquisadora: É importante a gente se dar bem, se identificar com o profissional. Quem sabe se o senhor tentou de novo, com outro profissional.

Participante: É que eu não sou de contar as coisas.

(Silêncio)

Pesquisadora: Vou fazer algumas perguntas da minha pesquisa, tudo bem? O senhor procurou saber sobre o que pode ter causado a policetemia?

Participante: Não.

Pesquisadora: Nada?

Participante: A mulher que pesquisou.

Pesquisadora: E a esposa pesquisou onde?

Participante: Pesquisou bastante. Em tudo. Todas as formas.

Pesquisadora: E o senhor?

Participante: Eu nada. Não quero saber de nada.

Pesquisadora: E o que os médicos falaram pro senhor do que aconteceu para ter adoecido?

Participante: Olha, não tem muito... não tem o porquê que apareceu. Acho que não explicaram.

Pesquisadora: Nenhuma explicação.

Participante: Não teve explicação nenhuma da onde apareceu. Não é genético, não é...

Pesquisadora: Atribui algum motivo pessoal pra sua doença? Pro senhor, o que acha?

Participante: Sei lá, né. Doença rara que tem de passar, acho que tem que passar.

Pesquisadora: Uma doença rara que tem que passar. O senhor foi escolhido pra passar.

Participante: Escolheu eu, fui premiado (risos).

Pesquisadora: O senhor lembra de ter acontecido alguma coisa importante, um evento significativo na sua vida?

Participante: É, teve 2. Um, roubaram um caminhão meu e a gente perdeu o areal pra uma pessoa.

Pesquisadora: Areal? O que é?

Participante: Eu tinha caminhão que transportava areia.

Pesquisadora: Ah, entendi.

Participante: Tirava areia por quilo e comercializava essa areia. Pra construção. Um ganancioso, um invejoso lá, foi e roubou essa areia.

Pesquisadora: Não sabe quem roubou?

Participante: Sei. Sei. Fiquei com raiva da pessoa, queria matar a pessoa. Eu sei. A esposa acha que aí que eu comecei a ficar doente.

Pesquisadora: E isso foi quando?

Participante: Foi em 2000.

Pesquisadora: E o caminhão?

Participante: Foi em 2001.

Pesquisadora: Bem perto um evento do outro.

Participante: Tudo próximo. Perdi a mãe em 2000 também.

(Silêncio)

Pesquisadora: Bastante coisa, né?

Participante: É... dessa época pra cá, bastante coisa.

(Silêncio)

Pesquisadora: Mesmo sem o caminhão o senhor conseguiu trabalhar?

Participante: Ah sim, tinha um carro... o filho tinha outro. Aí vendemos os carros pra comprar outro caminhão. Financiei uma parte e voltei a trabalhar.

Pesquisadora: Viajava pra longe?

Participante: Não, era pertinho.

Pesquisadora: Quer falar mais sobre essas coisas que te aconteceram?

Participante: Eu fiquei triste com essas coisas. Fiquei desanimado.

Pesquisadora: E a pessoa que te roubou?

Participante: Nunca me ajudou. Mas logo em seguida ele morreu num acidente. (Silêncio). Eu queria matar ele, mas a mulher tirou a ideia da minha cabeça.

Pesquisadora: Mudou de ideia.

Participante: Graças a Deus.

Pesquisadora: Eu entendi que o senhor tem Parkinson, mas vou te pedir pra fazer alguns desenhos, tudo bem? Não tem problema se sair tremidinho. Pode ser o papel em pé ou deitado. O primeiro é um desenho que te represente.

(Espera para finalizar o desenho)

Participante: Acho que é isso aí.

Pesquisadora: Consegue me falar uma história sobre o seu desenho?

Participante: (Silêncio).

Pesquisadora: Qual o humor dessa pessoa aí?

Participante: Não é muito bom.

Pesquisadora: Não?

Participante: É uma pessoa deprimida. Sou eu.

Pesquisadora: O senhor de quando? Hoje, outra época...?

Participante: De hoje. (Silêncio).

Pesquisadora: Consegue me contar mais alguma coisa desse desenho?

Participante: Acho que é isso aí.

Pesquisadora: Agora vou pedir pro senhor fazer um desenho que represente a policetemia.

Participante: É difícil.

Pesquisadora: Como o senhor acha que dá pra desenhar a policetemia?

Participante: Desenhar a pessoa?

Pesquisadora: É como que o senhor acha que dá pra representar a policetemia. Uma pessoa, uma coisa, um desenho abstrato. Qualquer coisa que o senhor acha que é.

Participante: Posso escrever?

Pesquisadora: Pode.

(Espera para finalizar)

Participante: Então é isto.

Pesquisadora: Quer me contar sobre o que o senhor escreveu?

(Silêncio)

Participante: Minha esposa daqui a pouco chega pra me buscar.

Pesquisadora: Entendi. Posso pedir só mais uma coisa pro senhor? Por último, queria que o senhor desenhasse, ou conforme achar melhor, algo que te ajuda nas dificuldades.

(Espera para finalizar)

Pesquisadora: Quer contar uma história ou falar sobre o que o senhor escreveu?

Participante: É isso aí.

**Entrevista P07**

Pesquisadora: E a senhora trabalhou?

Participante: Trabalhei, menina. Plantando batata, plantando repolho, colhia batata, colhia feijão, plantando milho... tudo.

Pesquisadora: Na lavoura, então.

Participante: É, na lavoura. Daí me casei, meu marido deu derrame e morreu. Daí fiquei viúva faz 50 anos que eu sou, faz 50 anos que eu sou viúva. Me casei, aturei meu marido só 10 anos. Só 10 anos. Coitado, morreu no hospital.

Pesquisadora: Pouco tempo de casada.

Participante: É, pouco tempo. Pouco tempo. Engraçado que nós era um casal, sabe, que nunca se interrompeu. Quando eu tava no hospital disse pra ele brincando que se eu morrer ele se casava com outra. “Então essa é a preocupação que você tem?”; eu disse, “eu não”. Então fizemos aquele juramento um pro outro, sabe?

Pesquisadora: Aí a senhora não casou mais.

Participante: Não. Apareceu pretendente lá. Só me casei com meu marido. Cuidei da minha filha e trabalhando de um lado pro outro. Nunca passei necessidade. Cuidava da minha filha, saia passear com a minha filha, ia na missa junto com a minha filha. Não abandonei ela, e nem ela eu.

Pesquisadora: É as duas, uma cuida da outra.

Participante: É isso.

Pesquisadora: O que a senhora trata aqui?

Participante: Não sei. (Informação coletada com familiar, posteriormente).

Pesquisadora: Quanto tempo está em tratamento?

Participante: Desde dezembro do ano passado.

Pesquisadora: E começou quando?

Participante: Acredito que por volta de janeiro, filha. Dezembro fiquei em X (localização omitida para preservar identidade do participante) e janeiro vim pra cá pra fazer os acompanhamentos.

Pesquisadora: Qual o estado civil da senhora?

Participante: Viúva, minha filha. Fui casar no padre e no civil e sou viúva. No padre e no civil, nos dois.

Pesquisadora: E a senhora teve quantos filhos?

Participante: Que eu tive? Aquela moça lá é minha filha primeira e daí foram dois. Mas uma, uma, uma nasceu morta. Foi no hospital de X (localização omitida para preservar identidade do participante)... que eu fui cortada. Feito... feito não, tiraram.

Pesquisadora: Tiraram?

Participante: É, com 6 meses morreu. Deu hemorragia. Essa última vez eu fiquei 12 dias de hospital, só com algodãozinho na boca.

Pesquisadora: A senhora não conseguia comer?

Participante: Nada, nada, nada.

Pesquisadora: Vou fazer algumas perguntas sobre o tratamento atual da senhora aqui no hospital, tudo bem? Quando contaram pra senhora que tinha que fazer um tratamento, procurou saber o que tinha acontecido?

Participante: Perguntei.

Pesquisadora: E o que falaram pra senhora?

Participante: Que eu tava doente. Que eu tinha que tratar, se não ia morrer em casa. E eu tava trabalhando, trabalhando, assim, normal, quando de repente me deu isso.

Pesquisadora: E a senhora tava trabalhando em que?

Participante: Tava em casa, minha filha, carpindo terreno, eu gosto muito de flor. Minha casa é cheia de flor e verdinha.

Pesquisadora: A senhora cuidava do quintal.

Participante: Aham. Plantava couve, cebolinha. Tudo horta bem harmonizada, né?

Pesquisadora: Falaram pra senhora o que aconteceu pra vir a doença?

Participante: Não. O médico lá disse que eu tinha que parar de fumar. Porque eu fumava tanto cigarro.

Pesquisadora: Disse que talvez fosse do cigarro?

Participante: É. Mas eu vi que não tava me fazendo bem. Eu ia limpar o jardim, pegava a enxada e virava de ponta cabeça. Aí eu disse: “Ah, então é o cigarro que me fazia mal”. Fui diminuindo o cigarro. Pitava um, dois. E quando eu ia no hospital o médico dizia pra mim: “De hoje em diante, pronto”.

Pesquisadora: Daí a senhora parou de fumar.

Participante: É. Larguei, larguei mão. Né? Porque se tava fazendo mal pra gente, o que que é isso? Né? É só isso, minha filha?

Pesquisadora: Ainda não, tenho mais algumas perguntas. E pra senhora, aconteceu algo de muito importante na vida que pode associar com a doença?

Participante: É, o que tem é... Posso contar pra você? Eu tinha uma casinha tão velhinha. Um milagre de Deus veio na minha pensão. Conte pra minha filha, pra minha neta não. “Você quer um carro zero ou você quer uma casa?” Eu disse: “Eu quero uma casa”. Então mandou fazer a casa tudo de material. E daí o terreno meu, da minha casa, passei pra minha neta. Passei tudo. Porque depois que morrer tem que fazer inventário. Eu só tenho a neta e a filha, só né.

Pesquisadora: Quem ofereceu o carro ou a casa pra senhora?

Participante: É. (Silêncio)

Pesquisadora: Bom, e a senhora acha que tem algum motivo pessoal para ficar doente?

Participante: Pois é, pois de repente fiquei doente. Mas agora tô bem boa. Que hospital bom aqui, hein, meu Deus! Agora aquele hospital de X (localização omitida para preservar identidade do participante), Deus o livre!

Pesquisadora: Mas a senhora acha que tem algum motivo pessoal pra ter tido a doença?

Participante: Pois é. Fiquei doente... louca. Tem que vir fazer exame e tudo, né? Tem que pagar o carro pra mim porque nós temos carro, minha filha, mas o movimento é assim, ó (faz gesto com as mãos). Na estrada e na rua é perigoso. Minha neta tem carro, faz compra, mercado e tudo. Mas de carro eu tenho medo. A gente paga o carro.

Pesquisadora: E pra senhora, tem algum evento na sua vida que foi muito importante e que a senhora acha que tem relação com a doença?

Participante: Tá bom.

Pesquisadora: Alguma situação importante... algum motivo pessoal?

Participante: Não. Não tem porquê, né? Tava trabalhando...eu fui fazer exame de sangue no postinho daí não dá pra... na UPA... fui lá daí a enfermeira colheu lá em casa. Ela falou assim pra mim: “A senhora tem que ir já... já! A senhora tá bem mal”. Pensei “ué?”, mas ela disse: “Não, a senhora tá bem mal”.

Pesquisadora: Mas a senhora não se sentia mal?

Participante: Nada, nada, nada. Só tontura.

Pesquisadora: E a tontura veio de onde?

Participante: Não sei. Foi de repente. Tava boa. Tudo bom.

(Silêncio)

Pesquisadora: Vou pedir pra senhora fazer alguns desenhos pra mim.

Participante: Mas desenhar, minha filha? Ah, eu não sei desenhar.

Pesquisadora: Mas não tem problema. Não precisa ficar bonito. É só um jeito de representar algumas coisas. Ao invés de falar, desenha.

Participante: É, sei.

Pesquisadora: A senhora topa? Posso perguntar?

Participante: Pode. Se eu souber eu respondo.

Pesquisadora: Nesse desenho aqui, pode escolher a cor que quiser e fazer do jeito que quiser, pode ser em pé ou deitado.

Participante: O que você quer que eu faça?

Pesquisadora: A senhora vai fazer um desenho que te represente.

Participante: Eu não sei desenhar, meu anjo.

Pesquisadora: Não tem problema. É como a senhora acha que é.

Participante: Ai, eu não sei, filha. Isso é uma coisa que eu não sei mesmo.

Pesquisadora: Não tem certo nem errado. Não se preocupe. Como a senhora acha que é... como dá pra se representar?

(Espera para finalizar o desenho)

Participante: Assim?

Pesquisadora: Uhum. Quer colocar mais coisas?

(Espera para finalizar o desenho)

Pesquisadora: Quer me contar uma história desse desenho?

Participante: Não sei não. Ficou feio.

Pesquisadora: Não ficou, não.

(Silêncio)

Pesquisadora: Como é o humor dessa pessoa?

Participante: (Risos) O que eu vou te responder?

Pesquisadora: Feliz, triste...?

Participante: Feliz.

Pesquisadora: Quer contar mais coisas desse desenho?

Participante: (Silêncio).

Pesquisadora: A senhora tem uma doença, né? Vou pedir pra senhora desenhar a sua doença

Participante: Não sei minha filha, não sei, não adianta. Tó, tó esse material aqui.

Pesquisadora: Não tem certo nem errado. Como a senhora acha que dá pra desenhar a doença.

Participante: Não sei. Tó.

Pesquisadora: Será que tem um jeito de representar essa doença?

Participante: Não sei.

Pesquisadora: Consegue imaginar como será que ela se parece?

Participante: Me desculpe, meu anjo.

Pesquisadora: Não consegue pensar em nada?

Participante: Não.

Pesquisadora: Será que tem alguma coisa que dá pra colocar nesse papel?

Participante: Não sei. Faz você um desenho pra mim.

Pesquisadora: Mas eu queria um desenho da senhora.

Participante: Não. Não sei.

Pesquisadora: Tudo bem. E quando a senhora tem alguma dificuldade, o que te ajuda nesses momentos?

Participante: Penso que Deus me ajuda em tudo na minha vida. Peço força pra Deus, meu pai eterno. Eu sou católica mesmo. Vou todo domingo na missa.

Pesquisadora: Acha que dá pra desenhar isso que a senhora me falou agora?

Participante: Não, não dá. Eu não sei fazer isso não, filha.

### **Entrevista P08**

Pesquisadora: Qual o seu estado civil?

Participante: Solteira.

Pesquisadora: Tem filhos?

Participante: Não.

Pesquisadora: Estudou até quando?

Participante: Até o ensino médio.

Pesquisadora: Terminou?

Participante: Eu completei o ensino médico... (risos) ensino médio e tava fazendo técnico administrativo.

Pesquisadora: Trabalha? Trabalhou?

Participante: Tô afastada por causa da doença, mas eu trabalhava.

Pesquisadora: Trabalhava com o quê?

Participante: No administrativo. Assistente administrativo.

Pesquisadora: Gostava?

Participante: Eu não vou falar que eu gostava ou não gostava, porque eu fiquei 2 meses. Daí eu fiquei doente.

Pesquisadora: Foi pouco tempo.

Participante: Na verdade foi 3 meses, mas como eu entrei no final do ano aí eu peguei férias, férias coletivas.

Pesquisadora: Ainda assim conseguiu esse auxílio doença.

Participante: É que eu já tinha trabalhado antes. Eu trabalhei na Caixa. Eu já tinha contribuído.

Pesquisadora: Justo.

Participante: É a obrigação de me pagar.

Pesquisadora: E você trata o quê?

Participante: Aplasia de medula.

Pesquisadora: Há quanto tempo?

Participante: Eu comecei em maio do ano passado, tem um ano e pouco. Maio de 2018.

Pesquisadora: Teu diagnóstico foi quando?

Participante: Ah... não demorou não. Foi... na verdade, o diagnóstico foi em maio. Comecei a procurar a... né... investigar em fevereiro.

Pesquisadora: Começou a diagnosticar em fevereiro e diagnosticou em maio.

Participante: Comecei em maio. Não, o diagnóstico foi em fevereiro e nós viemos em maio, a primeira vez pra cá. É, o diagnóstico foi em fevereiro.

Pesquisadora: Começou o tratamento em maio.

Participante: É.

Pesquisadora: Veio direto pro HC? Não fez nada em X? (localização omitida para preservar identidade do participante).

Participante: Não, fui pro Hemocentro. Do Hemocentro fez um encaminhamento... a médica de lá. Aí maio eu vim pra cá. Tem que ter uma autorização. Burocracia, né? Lá só tem acompanhamento e exame de sangue.

Pesquisadora: Aqui consegue tratamento, medicações...

Participante: É.

Pesquisadora: Trata mais alguma outra doença?

Participante: Não.

Pesquisadora: Na época que te falaram do diagnóstico, falaram que você tinha adoecido porquê?

Participante: Meu diagnóstico foi lá em X (localização omitida para preservar identidade do participante). O médico diagnosticou lá. Ele tava suspeitando de leucemia. Aí mandou fazer a biópsia e ele viu lá que não era leucemia. Era aplasia, que é menos grave... É grave! Mas é menos que a leucemia. Aí ele falou que em X (localização omitida para preservar identidade do participante) não tinha tratamento, pediu pra vim pra cá. Chegando aqui, eles concluiu que era aplasia mesmo e mandaram eu tomar medicamento e esperar um ano. Só que nesse um ano aconteceu tanta coisa. (Risos). Fui parar na UTI, passei duas vezes... as duas primeiras vezes que eu vim pra cá passei mal. Daí eu tive uma convulsão em maio. Tratei de um cisto, um cisto na cabeça porque os medicamentos que eu comecei a tomar mexeu com esse cisto. Provavelmente eu nasci com ele, mas ele nunca tinha acontecido nada, mas os medicamentos muito forte mexeu com ele. Aí na segunda vez eu vim, passei mal... fui parar na UTI. Fiquei intubada. Aí falaram que eu tinha menos de um ano de tratamento. Aí eu melhorei! Aí no começo desse ano voltaram a falar em transplante.

Pesquisadora: Como você se sente?

Participante: Eu tô bem agora. Só a minha perna... eu tô mancando, mas é por causa do corticoide.

Pesquisadora: Sente dor?

Participante: Dor. Na cabeça do fêmur.

Pesquisadora: Explicaram pra você do por que tinha acontecido a aplasia?

Participante: Eles falô que não... a aplasia em si não tem uma causa específica. Pode ser de uma gripe, pode ser de um... agrotóxico. Pode ser de várias coisas. Tem até um exame que parece que faz, mas é um exame muito caro. Tem que pagar pra ver o que que é. Parece que só em São Paulo que faz.

Pesquisadora: Aparentemente tem um jeito, então, de descobrir o porquê.

Participante: Sim, mas só tem um lugar... parece que só tem um lugar aqui no Brasil que faz. É uma região lá em São Paulo. Aí eles também nem procuram saber.

Pesquisadora: Por que você também não procurou?

Participante: Ah, os médicos não... os médicos que deviam correr atrás, mas daí eles não se importaram. Porque já estavam com o diagnóstico, né... fechado.

Pesquisadora: E pra você importava? Importa?

Participante: Eu desconfio que foi de uma gripe.

Pesquisadora: Uma gripe.

Participante: Uma gripe que eu peguei uma semana que fiquei ruim. Aí que eu fui consultar e deu a plaqueta baixa. Se não foi de gripe, foi de agrotóxico, porque eu comia muito tomate. (Risos). E é um dos principais....

Pesquisadora: Tem bastante veneno no tomate.

Participante: E é uma coisa que comia....

Pesquisadora: E hoje não come mais?

Participante: Como. Eu fui proibida. Eu fiquei sem o tomate uma época. Aí eu voltei a comer ontem.

Pesquisadora: Ah é?

Participante: (Risos). É que a médica liberou. Aí eu voltei a comer. Dá vontade.

Pesquisadora: Você ficou curiosa em saber sobre o que pode ter causado a doença?

Participante: É... pela internet e pelos médicos. Quanto mais fuçava mais fedia.

Pesquisadora: Teve curiosidade por conta?

Participante: Mais ou menos. Eu tava com medo de fuçar e achar o que não devia.

Pesquisadora: Você falou do tomate, da gripe...Qual o motivo que você atribui pra doença?

Participante: É, foi meio que malandragem da minha parte... (risos)... porque, igual eu falei, eu trabalhava e estudava, aí eu fiquei com essa gripe muito forte, aí eu fiz um atestado. "Não vou poder trabalhar hoje". Aí eu fui no médico, ele pediu um hemograma, aí pediu um hemograma e nesse hemograma deu baixo. Foi aí que começo tudo. (Silêncio) Por causa da malandragem de querer um atestado. (Risos).

Pesquisadora: Acabou dando certo pra saber da sua doença, né?

Participante: E isso foi em fevereiro, comezinho de fevereiro. Em novembro eu doei sangue e não tinha dado nada.

Pesquisadora: Já tinha feito uns exames e não tinha dado nada.

Participante: Foi bem de repente.

Pesquisadora: O que acha que pesa mais. A gripe ou o tomate?

Participante: O tomate. (Risos) Eu comia demais, eu sou conhecida na família como tomateira.

Pesquisadora: Qual motivo você atribui para sua doença?

Pesquisadora: Houve algum evento significativo (de grande importância na sua vida) que você associa à condição de adoecimento?

Pesquisadora: Agora eu vou te pedir uns desenhos, tudo bem?

Participante: Ah... não gosto de desenhar. (Risos).

Pesquisadora: Não se preocupe, eu não vou julgar.

Participante: Esses desenhos são analíticos.

Pesquisadora: Como é? Desculpe?

Participante: Esses desenhos tem uma análise.

Pesquisadora: Ah, tem uma análise. É, todo o material vai passar por uma análise. Mas sem julgar se bonito ou feio, ou certo ou errado. Tá?

Participante: E é palitinho mesmo, viu? Por que eu sou péssima em desenho?

Pesquisadora: É péssima? Não tem problema, de verdade. Bom, eu vou te pedir...

Participante: Lá vem ela com os desenhos.

Pesquisadora: É, a gente gosta de palitinho também. Você pode escolher o desenho deitado ou em pé. Nesse desenho, você vai fazer algo que te represente.

Participante: Faço de cabelo curto ou com cabelo comprido?

Pesquisadora: Você que sabe.

Participante: Nossa, eu tô com tremedeira.

(Espera para finalizar o desenho)

Participante: Já saí há muito tempo da escola.

Pesquisadora: Oi?

Participante: Eu já saí há muito tempo da escola, não sei mais desenhar.

Pesquisadora: Ah, mas todo mundo tem uma criança interior.

Participante: (Risos).

Pesquisadora: Não gostava de desenhar?

Participante: Não. (Silêncio). Eu não tenho paciência, na verdade. De pegar um lápis, não tenho paciência...

(Espera para terminar o desenho)

Participante: Foi!

Pesquisadora: Me conta uma história sobre esse desenho.

Participante: Ah, não sei não. (Silêncio).

Pesquisadora: Tem humor? Tá feliz, triste...?

Participante: Tá feliz. Mas o cabelo saiu errado, né? (Risos).

Pesquisadora: Todo enroladinho.

Participante: Agora tá lisinho. Que continue assim.

Pesquisadora: Alisava teu cabelo?

Participante: Não, meu cabelo eu nunca alisei.

Pesquisadora: Quer contar mais coisas do teu desenho?

Participante: Não (risos).

Pesquisadora: Pode ser a folha em pé, deitada... Agora vou te pedir um desenho...

Participante: Você não vai expor esses desenhos não, né? (Risos)

Pesquisadora: Não, numa exposição artística não. (Risos) Mas fazem parte de uma pesquisa.

Participante: (Risos) Esses desenhos maravilhosos aí.

Pesquisadora: Vou te pedir um desenho que represente a aplasia.

Participante: Ai... criatividade zero.

Pesquisadora: Com o que a aplasia se parece?

Participante: A aplasia tem cara de bolsa de sangue

Pesquisadora: Pode fazer.

Participante: (Risos)

(Espera para finalizar o desenho)

Pesquisadora: Então você fez uma bolsa de sangue. Consegue me contar uma história desse desenho?

Participante: É que quem tem, toma muito. (Risos).

Pesquisadora: Quem tem aplasia toma muito sangue?

Participante: Sangue e plaqueta é o nosso combustível.

Pesquisadora: É mais sangue ou plaqueta?

Participante: Não necessariamente. No meu caso eu acho que era igual. Tem gente que fica mais, tem gente que fica menos. Numa semana eu tomo um, e na outra semana tomo outro.

Pesquisadora: Tomava muito sangue?

Participante: Eu tomava, geralmente, tomava 1 bolsa por... por transfusão geralmente era uma bolsa, né?! Tem gente que toma duas, né? Eu fiquei sabendo esses tempos que sangue você toma pelo peso. Descobri isso agora. 200 e pouquinho a 300. Mas tem gente que toda vez que vai tomar, toma 2 bolsas. Mas eu, geralmente... acho que foi duas vezes só que eu tomei 2 bolsas. Depende do nível lá. Lembro que tinha um menino reclamando que a bolsa dele tava muito gorda. Acho que tudo depende do peso... depende como que tá o resultado do exame se tiver muito baixo, ela falou que cada bolsa sobe dois pontinhos. Tanto é que pro transplante eles tão falando que tem que ser meu pai e não meu irmão porque meu irmão tem 10 anos. E aí meu pai que tem a idade... que tem 47, tem 47... o quilo dele equivalia com o meu. Dá mais perto do meu.

Pesquisadora: E você fez aí uma bolsa de sangue...

Participante: E uma bolsa de plaqueta. Como diziam, suco de maracujá?

Pesquisadora: Suco de maracujá?

Participante: É o que o povo falava que parecia. "Meu suco de maracujá chegou". A vez que eu fui parar na UTI eles até hoje não sabem se foi reação alérgica do sangue.

Pesquisadora: Nesse último, vou pedir pra você desenhar algo que te ajuda a lidar com as dificuldades.

Participante: Uhn... um desenho pra representar isso? Me dá um desenho aí! (Risos)

Pesquisadora: (Risos) Eu não posso. O que você pensa que te ajuda nas dificuldades?

Participante: (Silêncio). Ah, vou desenhar a minha família.

(Espera para finalizar o desenho)

Pesquisadora: Me conta uma história desse desenho.

Participante: Mora eu, minha mãe, o pai e meu irmão. Nós 4. Meu irmão achava que eu vinha pra cá pra passear. Nunca senti tanto frio assim desse jeito. Um vento na nossa cabeça assim... "shhhh".

Pesquisadora: Lá na sua cidade venta menos?

Participante: Venta, venta sim. Venta fogo! (Risos)

Pesquisadora: E me fala desse desenho.

Participante: (Risos e silêncio)

Pesquisadora: Quem são essas pessoas aqui?

Participante: Boa pergunta, porque eu fiz todo mundo da mesma altura. Mas minha mãe não é alta. Eu sou mais alta que ela.

Pesquisadora: Qual é você?

Participante: Pode ser essa daqui. Tanto faz, ó, minha mãe de cabelo cacheado, meu irmão também.

Pesquisadora: Como estão as mãozinhas?

Participante: Assim (faz gesto). É que eu não gosto de desenhar dedo.

Pesquisadora: Dedo é difícil de desenhar?

Participante: Eu não gosto de desenhar dedo.

Pesquisadora: E como é o humor das pessoas aqui?

Participante: Todo mundo feliz... Dedo e pé. (Risos).

Pesquisadora: Quer contar mais alguma coisa?

Participante: Não.

## Entrevista P09

Pesquisadora: Qual seu estado civil?

Participante: Tô solteira por enquanto.

Pesquisadora: Tem filhos?

Participante: Sim, 4.

Pesquisadora: Qual a idade deles?

Participante: Um de 19, um de 16, uma de 11 e uma de 4.

Pesquisadora: Estudou até quando?

Participante: Superior incompleto.

Pesquisadora: O que você estudava?

Participante: Fisioterapia.

Pesquisadora: Legal! Parou em que ano?

Participante: Quarto semestre.

Pesquisadora: Pretende continuar?

Participante: Eu quero voltar, mas agora quero fazer outro curso porque eu tenho fraturas na coluna e não vou poder fazer mais exercício assim.

Pesquisadora: Acaba tendo que fazer força pra lidar com o paciente.

Participante: É, eu queria fazer especialização, né?

Pesquisadora: Em fisioterapia?

Participante: É.

Pesquisadora: Qual a outra área que te chama a atenção.

Participante: Agora eu tô pensando, ou pedagogia, ou serviço social. Um desses dois.

Pesquisadora: E qual a tua situação de trabalho?

Participante: Quando eu descobri a doença, eu já tava desempregada.

Pesquisadora: Trabalhava com o quê antes?

Participante: Eu trabalhava com... eu era auxiliar de laboratório, trabalhava de... medicamentos em farmácia de manipulação.

Pesquisadora: Fazia o que lá?

Participante: Fazia o medicamento, os produtos, cremes, ácidos, tudo. Trabalhei nas duas áreas, de cápsula e depois mudei pro creme que eu me apaixonei mais. Aí fiquei mais no creme.

Pesquisadora: Tá fazendo tratamento pra quê aqui?

Participante: É mieloma múltiplo.

Pesquisadora: O que os médicos falaram pra você?

Participante: É raro na minha idade, né? Os médicos sempre assustam.

Pesquisadora: É, geralmente acomete pessoas mais velhas. Faz quanto tempo que você descobriu o mieloma?

Participante: Em agosto... fez um ano.

Pesquisadora: E quando começou a tratar?

Participante: Em agosto mesmo, já descobri e já comecei a tratar.

Pesquisadora: Em X (localização omitida para preservar identidade do participante) ou aqui?

Participante: Não, lá em X (localização omitida para preservar identidade do participante).

Pesquisadora: Que tipo de tratamento você fazia?

Participante: Eu fazia é... eu faço tratamento no hospital do câncer lá. Só que era tudo via oral, não era venosa. Tomava comprimido.

Pesquisadora: Faz algum outro tratamento de saúde?

Participante: Não.

Pesquisadora: Quando te falaram que era mieloma, você ficou curiosa, procurou saber sobre o que pode ter causado a doença?

Participante: Quando ele falou pra mim, que ele veio com a ressonância que eu tinha feito, já tinha fraturas, bastante fraturas... na coluna. Aí na hora ele viu e falou “é mieloma múltiplo”. E eu falei “que que é isso”, né? Só com a ressonância. Aí ele falou “mieloma múltiplo”. Simples... “mieloma múltiplo”. Aí eu “que que é isso?”, “É um câncer”. Falou assim. Aí eu: “tem cura?”, “Tem tratamento”. Falei, “então vambora, vamo tratar”. Essa foi a minha reação.

Pesquisadora: Pesquisou fora?

Participante: Não, nada.

Pesquisadora: Só conversou com o médico.

Participante: Só. E ele me explicou tudo, tudo, tudo. Porque assim, eu já tinha mania de tá pesquisando medicamento. Aí depois... uma vez... na primeira quimioterapia que eu fiz, eu não tomei o medicamento porque eu fiquei com medo, por causa que tava falando das reações. Aí a médica chamou a minha atenção, “nunca mais faça isso”. Aí eu parei mesmo, eu não pesquiso mais nada. Toda a informação eu pergunto pro médico só.

Pesquisadora: Por que não pesquisa mais?

Participante: Porque não é todo corpo que reage, né? Cada organismo reage de uma forma.

Pesquisadora: E o que o médico te explicou da causa do diagnóstico?

Participante: Não falou... assim a causa.

Pesquisadora: Você perguntou?

Participante: Uhn... nem... não perguntei porquê mesmo. Porque desse mieloma.

Pesquisadora: Já associou com algum significado pessoal?

Participante: Não. Nunca pensei nisso. Acho que vou ter que perguntar pro médico agora. Por que que acontece. (Risos). Às vezes eu fico pensando, quando é pra acontecer, acontece... Câncer pode, né... acontecer com qualquer um. Acho que eu fiquei pensando mais nisso.

Pesquisadora: E pra você, teve algum motivo pessoal?

Participante: Não... nunca parei pra pensar assim. Aconteceu porque tinha que acontecer mesmo.

Pesquisadora: Teve algum evento muito importante, impactante na tua vida que você acha que foi significativo?

Participante: Depois da doença?

Pesquisadora: Antes... depois...

Participante: Não sei, pra mim, meus filhos é tudo, né? É assim, eu... eu tive uma emoção muito grande quando meu filho entrou pro exército. Eu tinha acabado de sair do hospital que eu fiquei... depois que eu descobri o câncer... primeira quimioterapia a minha imunidade baixou muito, eu tive uma infecção pulmonar e fui parar pra UTI. Eu fiquei 38 dias em coma na UTI e mais... um mês hospitalizada. Então foi quase três meses que eu fiquei no hospital e os médicos não... tipo já tinham perdido a esperança de eu voltar a viver. E eu venci, né? Eu voltei e... um mês depois meu filho entrou pro quartel e eu pude ver... ele. Aquilo ali foi pra mim um... ai... foi uma emoção tão grande! Ele de farda e eu ali assistindo de pé! Porque eu fiquei... depois que eu saí do hospital eu fiquei na cadeira de rodas, não conseguia andar... e pra mim aquilo foi... muito orgulho!

Pesquisadora: Que bonito!

Participante: Eu fiquei muito, muito... ai.... foi lindo! (Risos)  
Pesquisadora: (Risos) E agora ele ainda serve o exército?  
Participante: Sim! Ele entrou, engajou.  
Pesquisadora: Então assim, vou te pedir 3 desenhos.  
Participante: Tá.  
Pesquisadora: Nesse primeiro desenho, pode ser em pé ou deitado, você que escolhe, você vai fazer um desenho que te represente. Pode escolher o material que quiser, colorido, uma cor só?  
Participante: Desenhar eu? Ai meu Deus.  
Pesquisadora: Do jeito que acha que é.  
Participante: Tá bom. Não sou muito boa de desenho, não.  
Pesquisadora: Não tem problema.  
(Espera para finalizar o desenho)  
Participante: Ficou meio torto.  
Pesquisadora: Não tem problema.  
Participante: Eu amo rosa! É minha cor preferida. As pessoas falam “Ai, R. (nome omitido para preservar identidade da participante) você é velha”. Isso daqui é pra dizer que é uma touca, tá?  
Pesquisadora: O que quer dizer com “você é velha”?  
Participante: Cor de gente nova. As pessoas falam, “R. (nome omitido para preservar identidade da participante) gosta mais de rosa do que as próprias filhas”. (Risos).  
Pesquisadora: É uma cor bonita.  
Participante: É, eu amo rosa.  
Pesquisadora: Me conta uma história do seu desenho.  
Participante: Ai... (silêncio)  
Pesquisadora: Você se desenhou?  
Participante: Sim.  
Pesquisadora: De qual momento da vida é esse desenho?  
Participante: De hoje.  
Pesquisadora: Tô vendo que os olhinhos estão fechados.  
Participante: Sim.  
Pesquisadora: E essa parte... o que é?  
Participante: É a roupa. (Silêncio).  
Pesquisadora: Que tipo de roupa?  
Participante: Um macacãozinho que eu gosto. É um macaquinho rosa que eu tenho. Ah! O sapato! Pode?  
Pesquisadora: Pode, fica à vontade.  
Participante: Só que eu não sei desenhar ele. É um crocs rosa também. (Risos).  
Pesquisadora: Você escolhe roupas confortáveis.  
Participante: Ah é. Meu pé ficou torto.  
Pesquisadora: Não tem problema.  
Participante: Ai, eu nunca fiz um desenho tão bonito na minha vida.  
Pesquisadora: Gostou?  
Participante: Gostei! (Risos)  
Pesquisadora: Quer contar mais coisas desse desenho.  
Participante: Acho que não.  
Pesquisadora: Nesse desenho aqui, a mesma coisa, pode ser em pé, ou deitado, como achar melhor. Vou te pedir um desenho que represente a sua doença.

Participante: Meu Deus. (Silêncio)

(Espera para finalizar o desenho)

Pesquisadora: Me conta a história do seu desenho.

Participante: Eu acho que tem a ver com sangue... e... quando ele falou mieloma múltiplo, eu pensei primeiro nos ossos. Muita fratura, muita fratura. Tenho 12 fraturas no corpo. Eu pensei assim, primeiramente, nos ossos, mas depois... aí já pensei mais é no... com sangue. Porque alguma coisa que... é o... ai... eu esqueci o nome certo.

Pesquisadora: Faz o quê?

Participante: Que não deixa ele... Cálcio! O cálcio não vai pro lugar que tem que ir. Por isso que...

Pesquisadora: Que...?

Participante: O melhor era desenhar os ossos. Assim que tá meus ossos. Bem poroso. Tipo quem tem osteoporose, ele fica bem... danificado.

Pesquisadora: Esse é o osso, como estava no exame?

Participante: Sim.

Pesquisadora: O que são essas bolinhas?

Participante: Essas bolinhas são aqueles ossinhos que ficam... aqueles ossos que tem assim, dentro. E dentro desses ossos tá bem desgastado, bem mesmo!

Pesquisadora: Dá pra ver?

Participante: Dá.

Pesquisadora: Como é esse desgaste?

Participante: Trincado. É... eles falavam fraturas não quebradas, né? Mas tá trincada, bem trincada, tipo... teve um médico que falou pra mim que tava... tipo um... uma esponja.

Pesquisadora: Esponja.

Participante: É, esse osso.

Pesquisadora: Nesse último, vou pedir pra você desenhar algo que te ajuda nas dificuldades.

Participante: O que me ajuda...

Pesquisadora: É... que símbolo é esse? Como daria pra representar?

Participante: É a minha família... minha família mesmo. Minha mãe, minha mãe querida. A minha mãe raspou a cabeça por causa de mim.

Pesquisadora: Quantos anos tem sua mãe?

Participante: Minha mãe? Tem 57.

(Espera para finalizar o desenho)

Participante: Ela tá de vestido. (Silêncio).

Pesquisadora: Ela também gosta de rosa.

Participante: Não igual eu. (Risos).

Pesquisadora: Me conta a história desse desenho.

Participante: Pus minha mãe careca também. E todo mundo de vestido. Essa aqui é minha caçulinha. Meus filhos ficaram mais... uma vai me matar. (Risos). Essa de 11 tá com o pai dela. E a pequenininha tá com a minha mãe, porque... é muito pequenininha e ela não é filha do mesmo pai, aí a gente deixou aqui com a minha mãe que mora no interior, em Y (localização omitida para preservar identidade da participante).

Pesquisadora: Os pais dos seus filhos sabem que você está em tratamento?

Participante: Sabe. Mas é irresponsável. Mas a gente se dá bem. É mais que um amigo, considero ele, acho que um irmão. Tem 8 anos que a gente

divorciou, tá separado. Mas amizade, respeito... só o casamento que não deu certo mesmo. Passamos quase 15 anos juntos.

Pesquisadora: E os seus filhos?

Participante: O K. tá no quartel, e o K. tá lá com o pai dele também. (Silêncio)  
Essa aqui é a G., minha irmã que me acompanha desde o começo. Aqui são os amores da minha vida. Minha irmã morava em A. também. Ela abandonou tudo pra ficar comigo... trabalho, casa, tudo. O K. não é tão gordo assim não, viu? (Risos). A pequenininha mesmo fala “a mamãe tá fazendo tratamento e, logo, logo ela vai ficar boa e vai vim pra casa”. E depois que eu descobri ela nunca... eu nunca mais peguei ela no colo, né? Porque eu não posso carregar peso. E ela sente falta disso. Aí ela fala “depois que a mamãe ficar boa, ela vai me carregar no colo”. Ai... Mas eu falo “vou carregar você no colo nem que for sentada”. Tá todo mundo aí.

Pesquisadora: E tem pai, R.?

Participante: Tenho. Mas seu eu colocar vai ser tanta gente! Se eu for colocar todo mundo, você vai ficar aqui a tarde toda. (Risos).

Pesquisadora: A família é unida?

Participante: Muito, muito, muito! Eu tenho de irmão o A., o E. que moram no interior... minha mãe, meu pai... tem meu sobrinho também eu esqueci de pôr ele aqui que ele é minha vida, é filho da G., tem 16 anos, tem 17. São... ave! São meu apoio. Mas quem mora com a gente é só eu, a G., o P. e as meninas. Minha mãe mora no interior e a G. veio pra cuidar de mim porque morava só eu e as meninas, né? Os meninos moravam com o pai. A G. tá solteira... por enquanto! (Risos). Até que ficou legal, né? Ah, ficou lindo! Todo mundo feliz, todo mundo! Não vejo a hora de encontrar essa galera logo. É neles que eu penso. A gente tem medo, sei lá... de... ah. Igual eu falei pro C., eu digo “Ai, C. eu tinha medo de conversar com psicólogo”, e ele “ah, por que?”, sei lá, parece que... e não é nada disso que a gente pensa. Só sei que foi ótimo. (nomes omitidos para preservar identidade da participante)

Pesquisadora: Quer contar mais alguma coisa?

Participante: Não, não.

### **Entrevista P10**

Pesquisadora: Trabalha em que?

Participante: De diarista.

Pesquisadora: Como assim diarista?

Participante: Por dia. Descascando palanque.

Pesquisadora: Gostava?

Participante: Fazer o que, não tinha outro serviço. (Risos)

Pesquisadora: Como que se consegue esse tipo de serviço?

Participante: A cidade é pequena e não tem mão de obra fácil, não tem empresa.

Pesquisadora: Qual o seu estado civil?

Participante: Solteiro.

Pesquisadora: Tem filhos?

Participante: Não.

Pesquisadora: Estudou até quando?

Participante: Até 6ª série.

Pesquisadora: Parou porquê?

Participante: Preguiça.

Pesquisadora: Preguiça?

Participante: É pai e mãe até queria que fosse, né? Fui atrás de serviço, trabalhar como diarista.

Pesquisadora: Fazia outra coisa além de mexer com madeira?

Participante: Trabalhava na A. também (empresa omitida para preservar identidade do participante).

Pesquisadora: Com carne?

Participante: É.

Pesquisadora: Tipo um contrato temporário?

Participante: Não eu tava trabalhando na A. mesmo, mas aí eu pedi pra sair. Saí e dei baixa na carteira, aí tava trabalhando por dia.

Pesquisadora: Entendi. E você fez tratamento pra quê?

Participante: Transplante.

Pesquisadora: Mas pra qual doença?

Participante: Aplasia de medula.

Pesquisadora: E desde quando sabe da aplasia?

Participante: 45 dias. Foi descoberto rápido.

Pesquisadora: Como foi?

Participante: Saiu umas manchas no corpo, dor de cabeça, febre...

Pesquisadora: Mais algum sintoma? Fraqueza?

Participante: Não, isso não. Febre, dor de cabeça e essas manchinhas no corpo.

Pesquisadora: E onde você foi?

Participante: Fui no posto, tirei sangue lá e já fui internado. Já acharam.

Pesquisadora: Como chegou no HC?

Participante: Por lá, por X. Lá em Y vai tudo pra X, Y, Z. Tem convênio com o hospital. Mandaram pra X. De X viram que não tinha recurso, aí mandaram pra cá (localizações omitidas para preservar identidade do participante).

Pesquisadora: O diagnóstico foi feito aqui?

Participante: É.

Pesquisadora: E te explicaram?

Participante: Não. Me explicaram pra mim meio por cima. Eles disseram que era tipo... tipo de uma leucemia, só que a fábrica do sangue parou de funcionar. É tipo uma bomba, aí parou de fabricar o sangue.

Pesquisadora: E você veio fazer transplante?

Participante: É.

Pesquisadora: Tem data marcada já?

Participante: Acho que semana que vem.

Pesquisadora: Tá fazendo outro tratamento pra saúde?

Participante: Só remédio.

Pesquisadora: Que tipo de remédio.

Participante: Esses remédio controlado.

Pesquisadora: Já fez outro tratamento pra saúde?

Participante: Não.

Pesquisadora: Esse é o primeiro.

Participante: É.

Pesquisadora: Quem vai ser doador?

Participante: Meu irmão.

Pesquisadora: Procurou saber sobre o que pode ter causado a doença?

Participante: Não.  
Pesquisadora: Nenhum lugar?  
Participante: Não procurei nada.  
Pesquisadora: Qual a explicação médica para ter acontecido a doença?  
Participante: Nem sei de nada. Meu pai disse que isso pode vir por causa de um susto.  
Pesquisadora: Um susto. E por parte do médico nada?  
Participante: Não, foi o pai mesmo que falou. Nem fui atrás de pedir também. Queria só decidir, resolver o problema, né?  
Pesquisadora: Aconteceu algo na sua vida que foi um evento muito importante, muito significativo?  
Participante: Acho que não.  
Pesquisadora: Nada de importante?  
Participante: Sei de nada. Se aconteceu, eu não me lembro (risos).  
Pesquisadora: Qual motivo pessoal você atribui para sua doença?  
Participante: Só quero resolver logo isso aí.  
Pesquisadora: Resolver a doença.  
Participante: É, fazer o transplante.  
Pesquisadora: Já te explicaram do processo?  
Participante: Já, já explicaram. Pode dar, o que eu vou fazer, né? Falaram que a medula podia brigar, que não ia aceitar.  
Pesquisadora: E o que você acha do susto que o pai comentou?  
Participante: Sei lá. Tava bem ontem, e no outro dia acordei com umas manchas na boca e nas pernas. Foi de vereda.  
Pesquisadora: De vereda? De repente?  
Participante: É.  
Pesquisadora: Não se lembra de um susto que levou?  
Participante: Não... que eu me lembre, não. (Silêncio) Capaz que um susto... Um primo nosso morreu de câncer. O câncer tá em tudo.  
Pesquisadora: Ele tinha câncer aonde?  
Participante: Não, não tinha câncer.  
Pesquisadora: Ah não?  
Participante: Ele foi jogar bola e levou uma cotovelada na nuca assim... com 16 anos. (Silêncio).  
Pesquisadora: Você levou algum susto?  
Participante: Não...  
Pesquisadora: Consegue dar um palpite sobre o que pode ter acontecido?  
Participante: Não sei.  
Pesquisadora: Eu vou pedir uns desenhos.  
Participante: Desenhar?  
Pesquisadora: É. Tenho uma prancheta pra ajudar a apoiar o papel, pode ser a folha em pé ou deitada e pode usar qualquer material que quiser pra fazer o desenho. O primeiro, quero que faça um desenho que te represente.  
Participante: E se errar?  
Pesquisadora: Não tem certo nem errado. É do jeito que você achar melhor.  
Participante: O corpo inteiro?  
Pesquisadora: Você que sabe.  
Participante: Vou fazer de qualquer jeito mesmo. (Risos).  
(Espera para finalizar o desenho)  
Pesquisadora: Me conta uma história sobre o seu desenho.

Participante: (Risos e silêncio).

Pesquisadora: Consegue me contar algo sobre o que você fez?

Participante: Sei lá.

Pesquisadora: Qual o humor desse desenho?

Participante: Tô de boa.

Pesquisadora: De boa?

Participante: É feliz.

Pesquisadora: Tá pensando em alguma coisa?

Participante: Ah, não sei... É só esse desenho?

Pesquisadora: Tem mais dois. Consegue me contar mais coisas desse desenho?

Participante: Ah, sei não. (Risos). E por que tem que fazer isso aqui?

Pesquisadora: Porque eu tô fazendo uma pesquisa e te convidei pra participar. E você concordou.

Participante: Mas com desenho?

Pesquisadora: É, é o método, a forma que eu escolhi pra ver como representar esse processo de adoecimento que você tem passado.

Participante: Tá bom.

Pesquisadora: Quer perguntar alguma coisa dessa pesquisa?

Participante: Não, tá bom.

Pesquisadora: Tá, agora vou pedir um desenho que represente a sua doença.

Participante: Mas não tem como desenhar.

Pesquisadora: É do jeito que você acha que é. Aplasia de medula... o que te vem em mente?

Participante: Uma doença. Aplasia de medula, é uma doença. Eu não sei desenhar.

Pesquisadora: E se desse pra representar essa doença, de que jeito você acha que daria pra fazer?

Participante: Ah, daí eu perdia. (Risos)

Pesquisadora: Perdia? Mas não é competição. (Risos).

(Espera para finalizar o desenho)

Pesquisadora: Consegue me contar uma história desse desenho?

Participante: Ah, eu não sei.

Pesquisadora: O que você fez?

Participante: Um coração.

Pesquisadora: O que te faz pensar em coração?

Participante: Sei lá...

Pesquisadora: Sei lá...?

Participante: Na aplasia de medula.

Pesquisadora: É uma doença que tá no coração?

Participante: Não, a doença tá no sangue... Mas tá no coração também porque o coração tem o sangue.

Pesquisadora: Pelo corpo todo.

Participante: É, não é?

Pesquisadora: O que mais acha que dá pra me falar sobre esse desenho?

Participante: Ah... não sei. Vai saber. (Silêncio).

Pesquisadora: E por último, um desenho que represente algo te ajuda a lidar com as dificuldades.

(Espera para finalizar o desenho)

Pesquisadora: Consegue me falar sobre o seu desenho? Uma história?

Participante: Ah, é a família, né? Família em primeiro lugar.

Pesquisadora: O que a família representa?

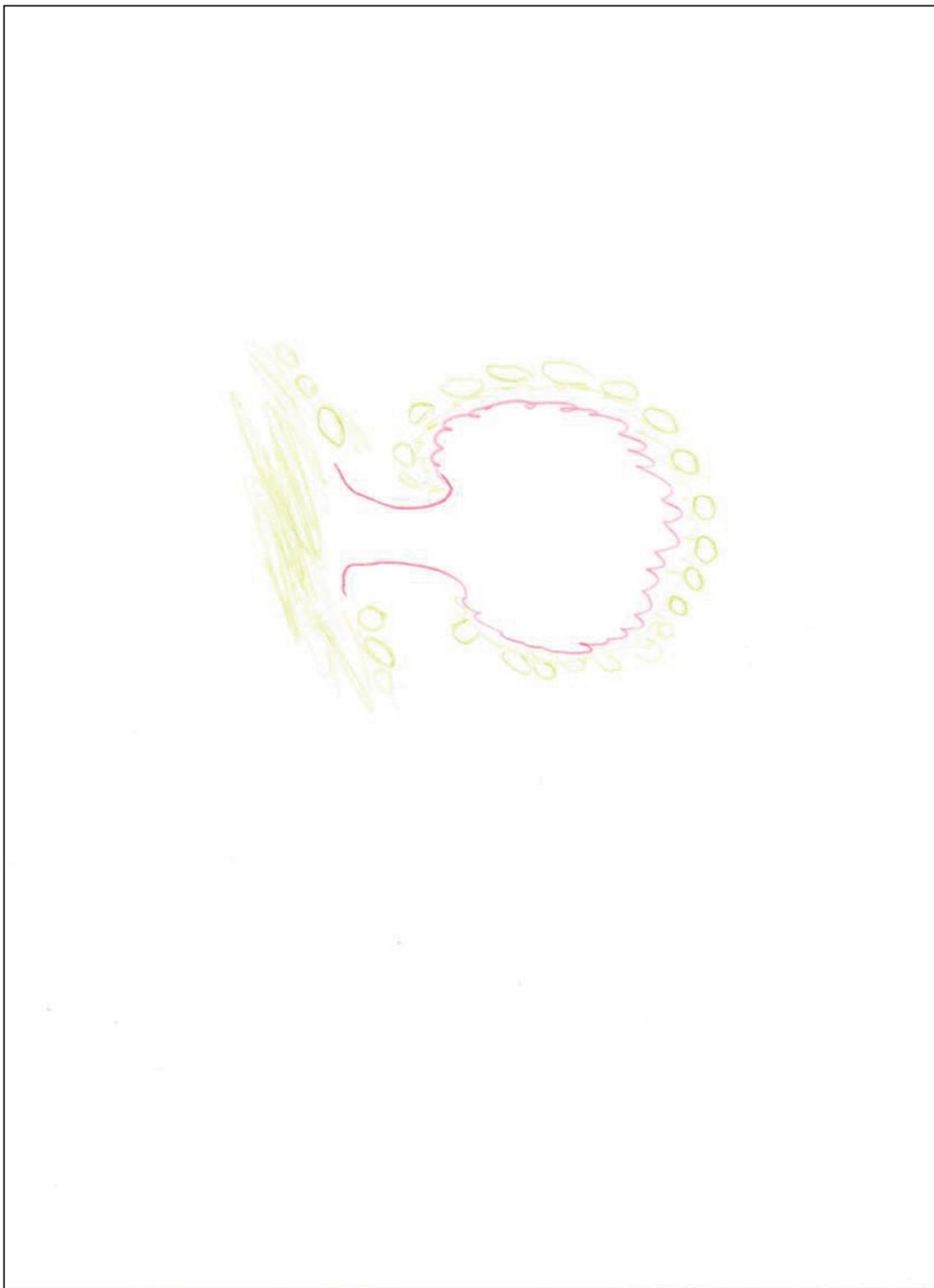
Participante: É tudo. (Silêncio)

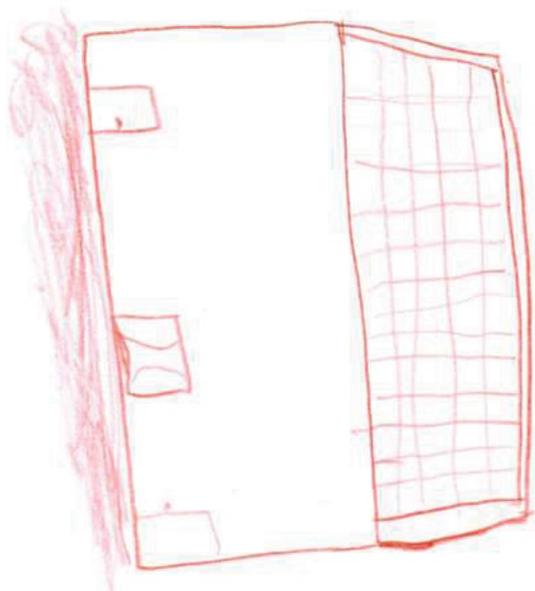
Pesquisadora: Consegue me dar mais detalhes, falar mais sobre o desenho?

Participante: É isso aí, eu fiz a família. Eu, meus irmãos, pai e mãe.

**ANEXO C – UNIDADES DE DESENHO PRODUZIDAS POR P01** (na respectiva ordem de solicitação)

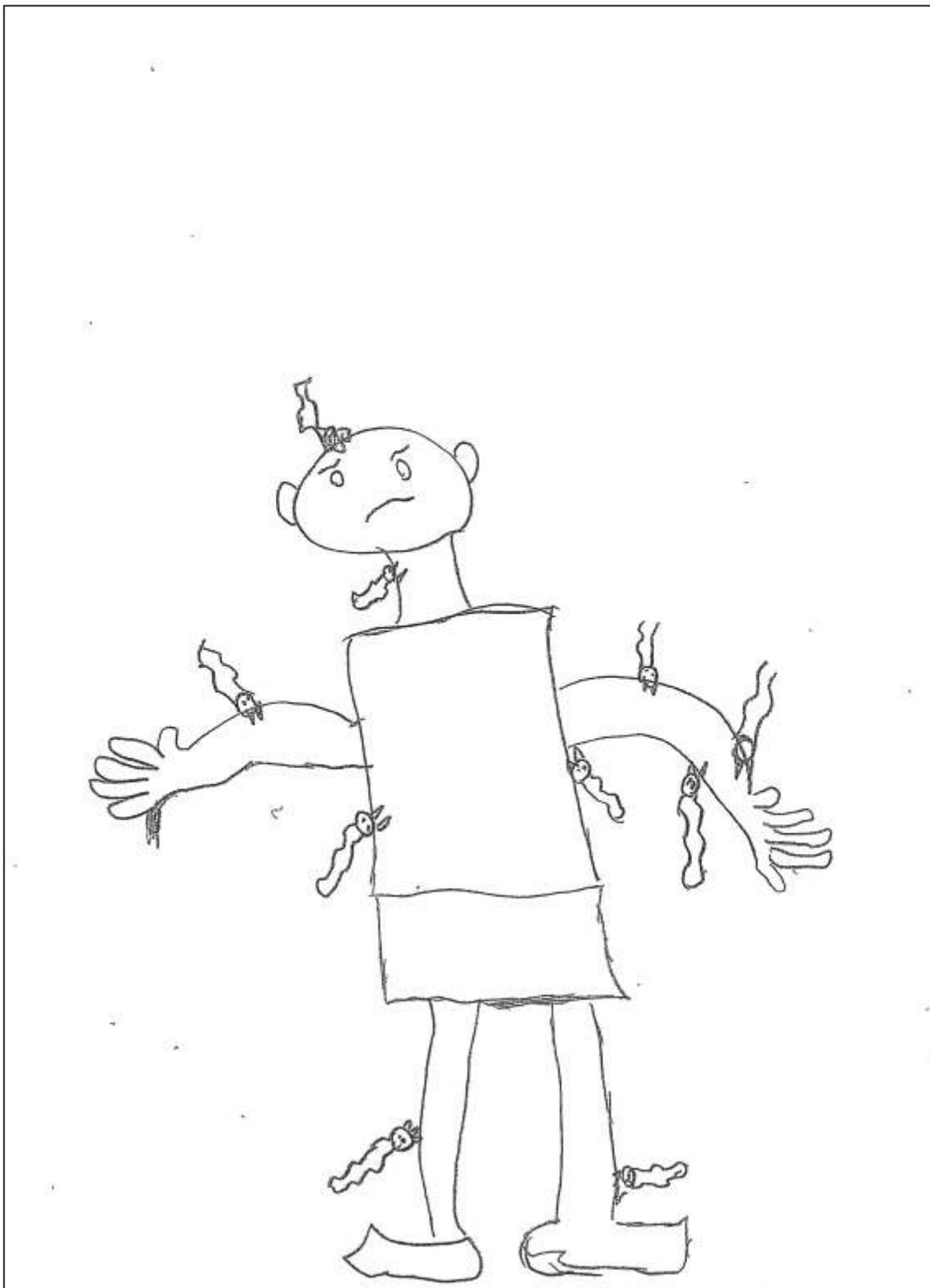






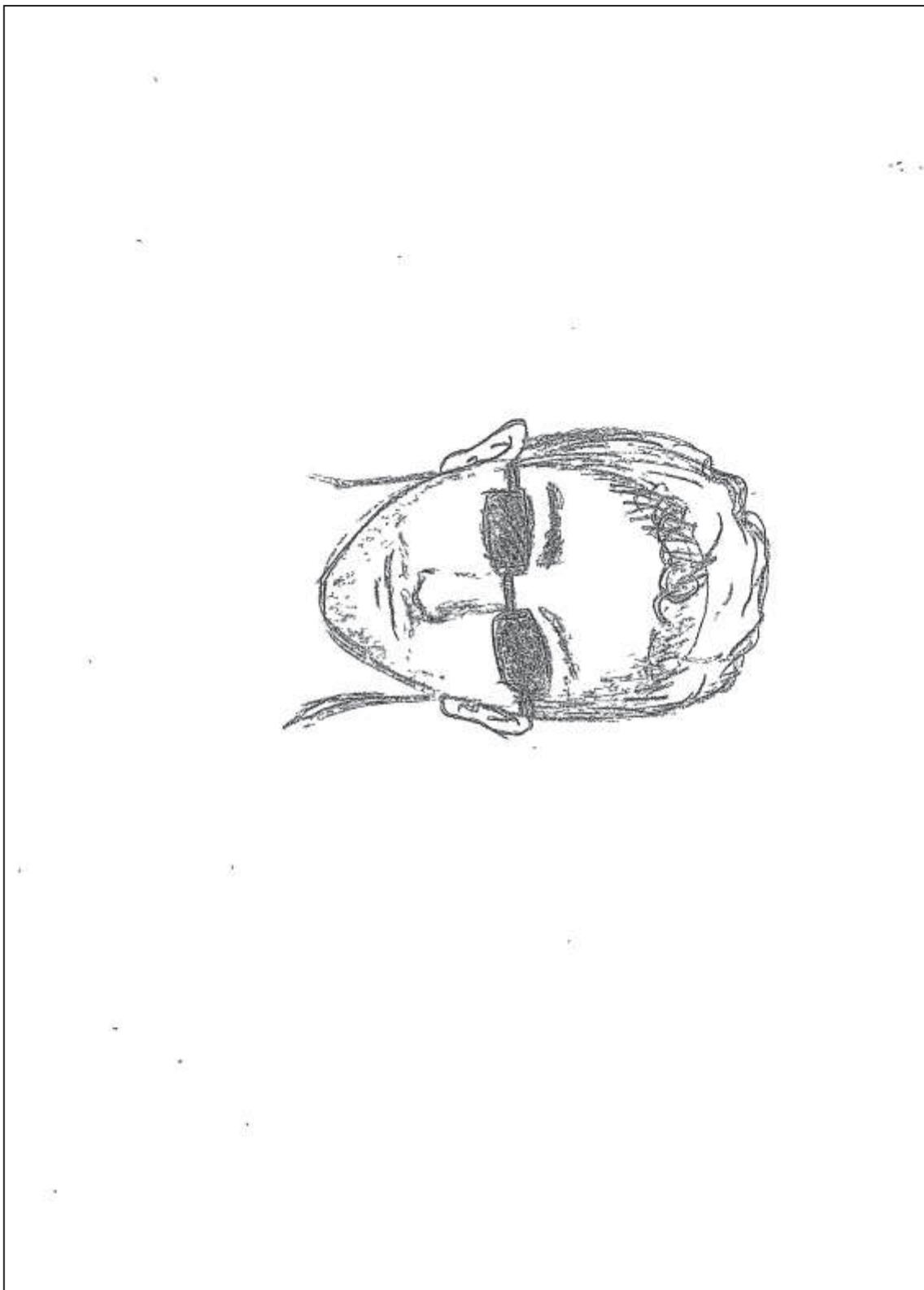
**ANEXO D – UNIDADES DE DESENHO PRODUZIDAS POR P02 (na respectiva ordem de solicitação)**

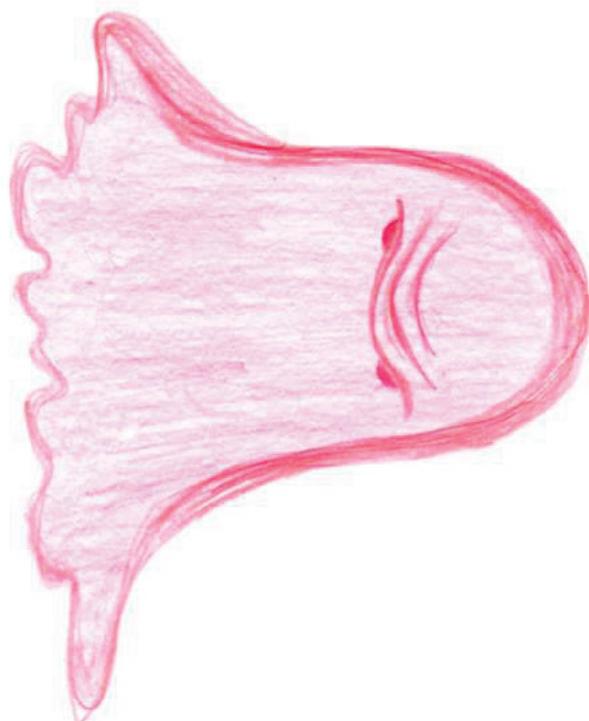






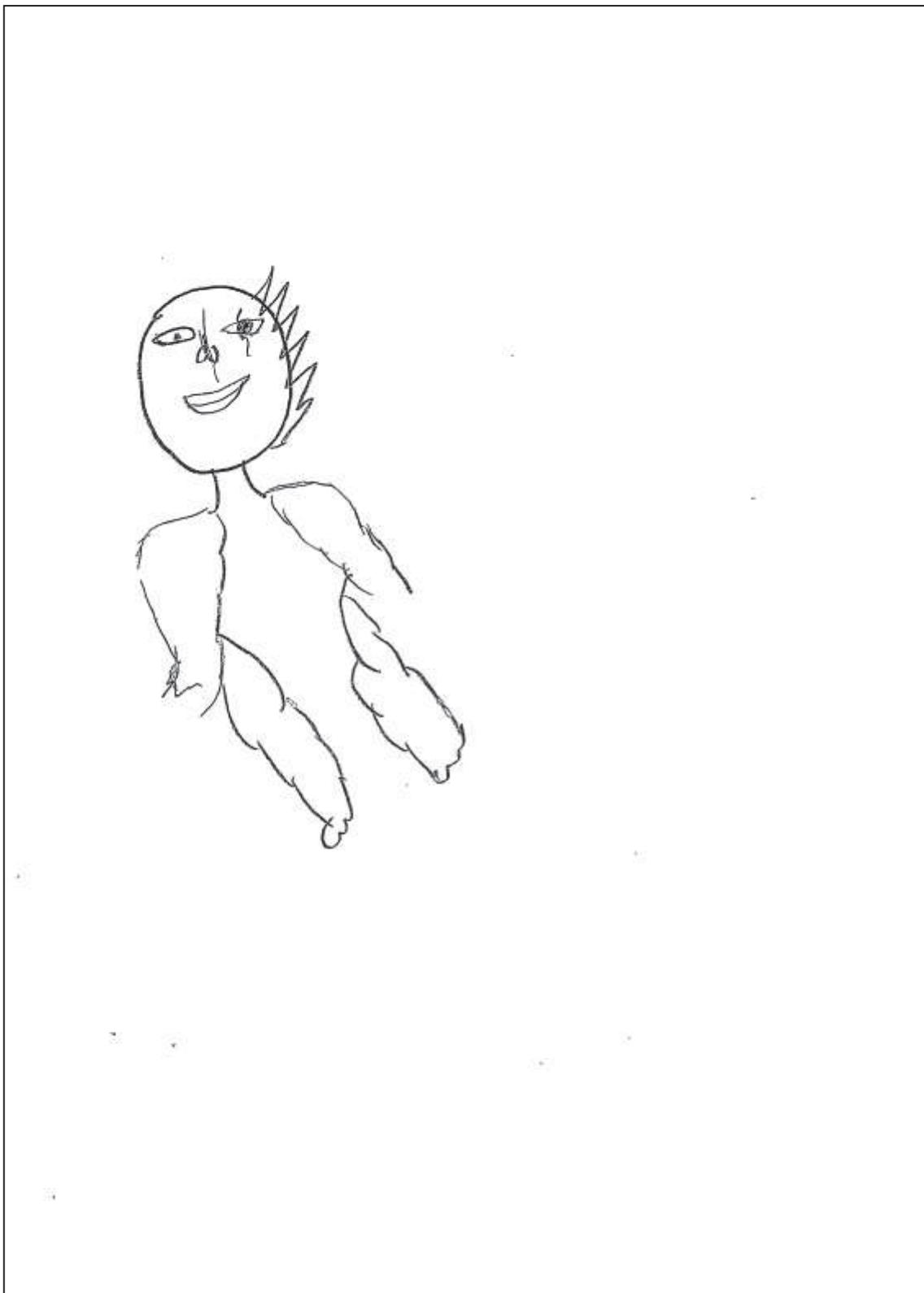
**ANEXO E – UNIDADES DE DESENHO PRODUZIDAS POR P03** (na respectiva ordem de solicitação)

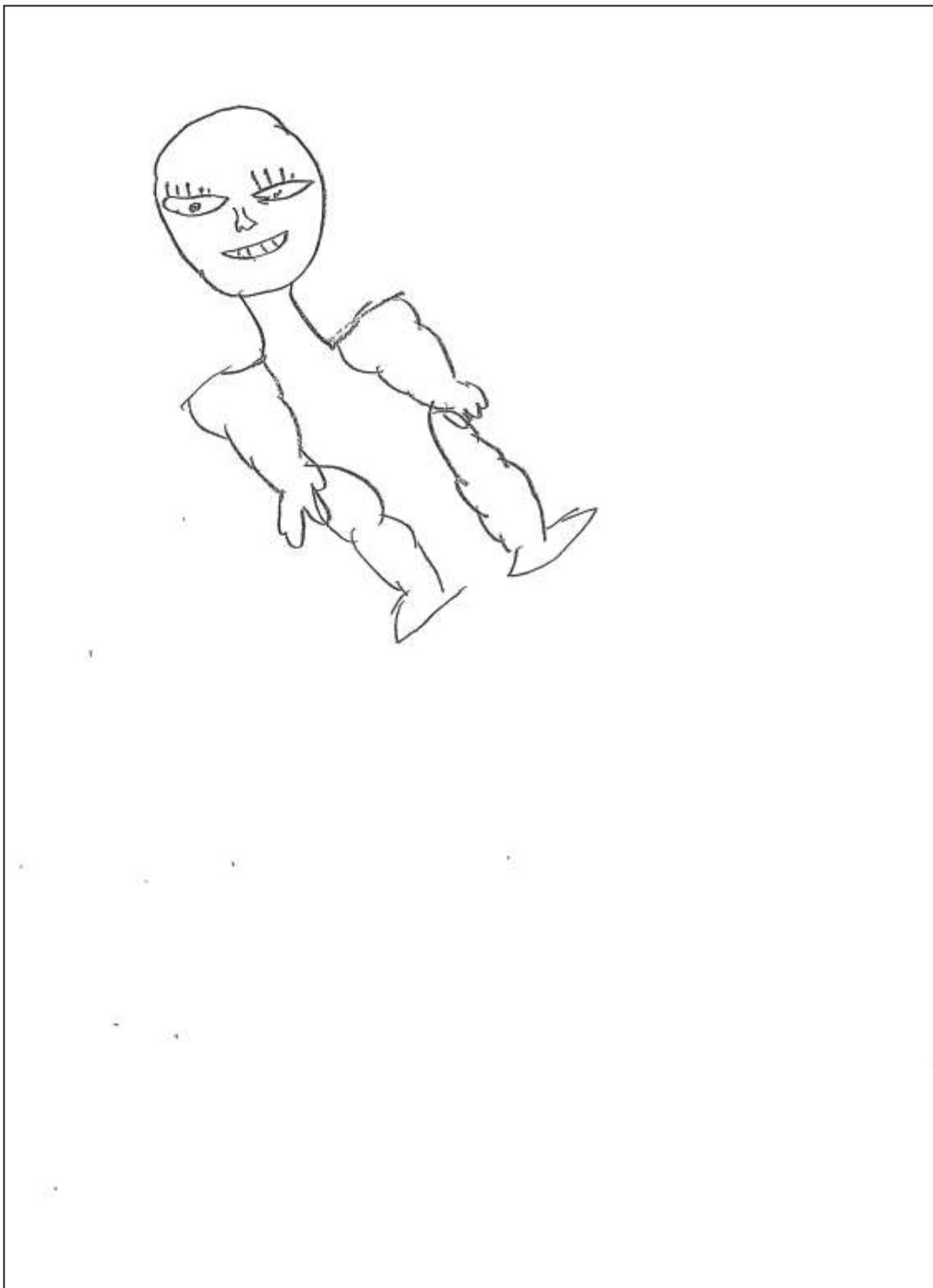






**ANEXO F – UNIDADES DE DESENHO PRODUZIDAS POR P04** (na respectiva ordem de solicitação)

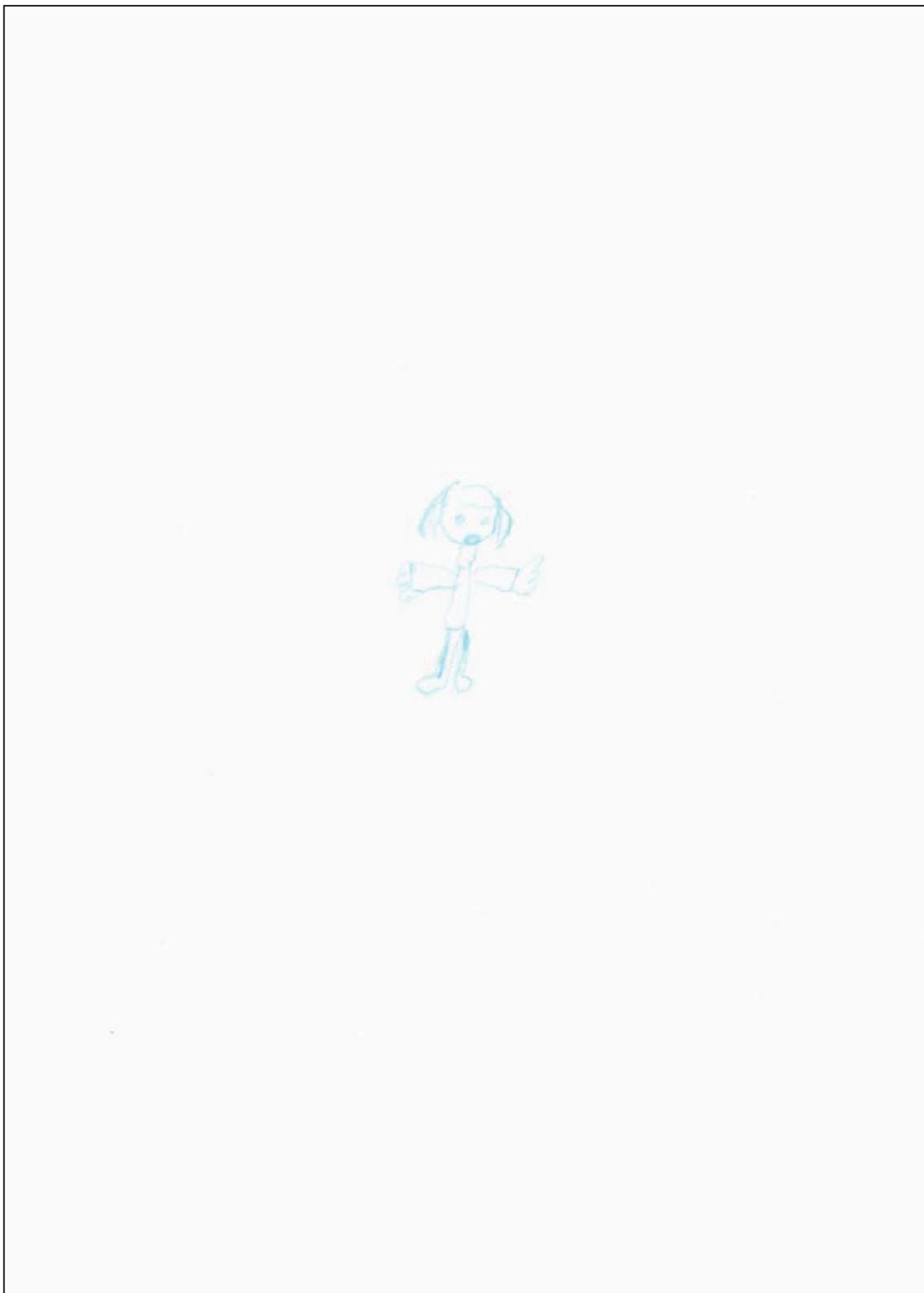


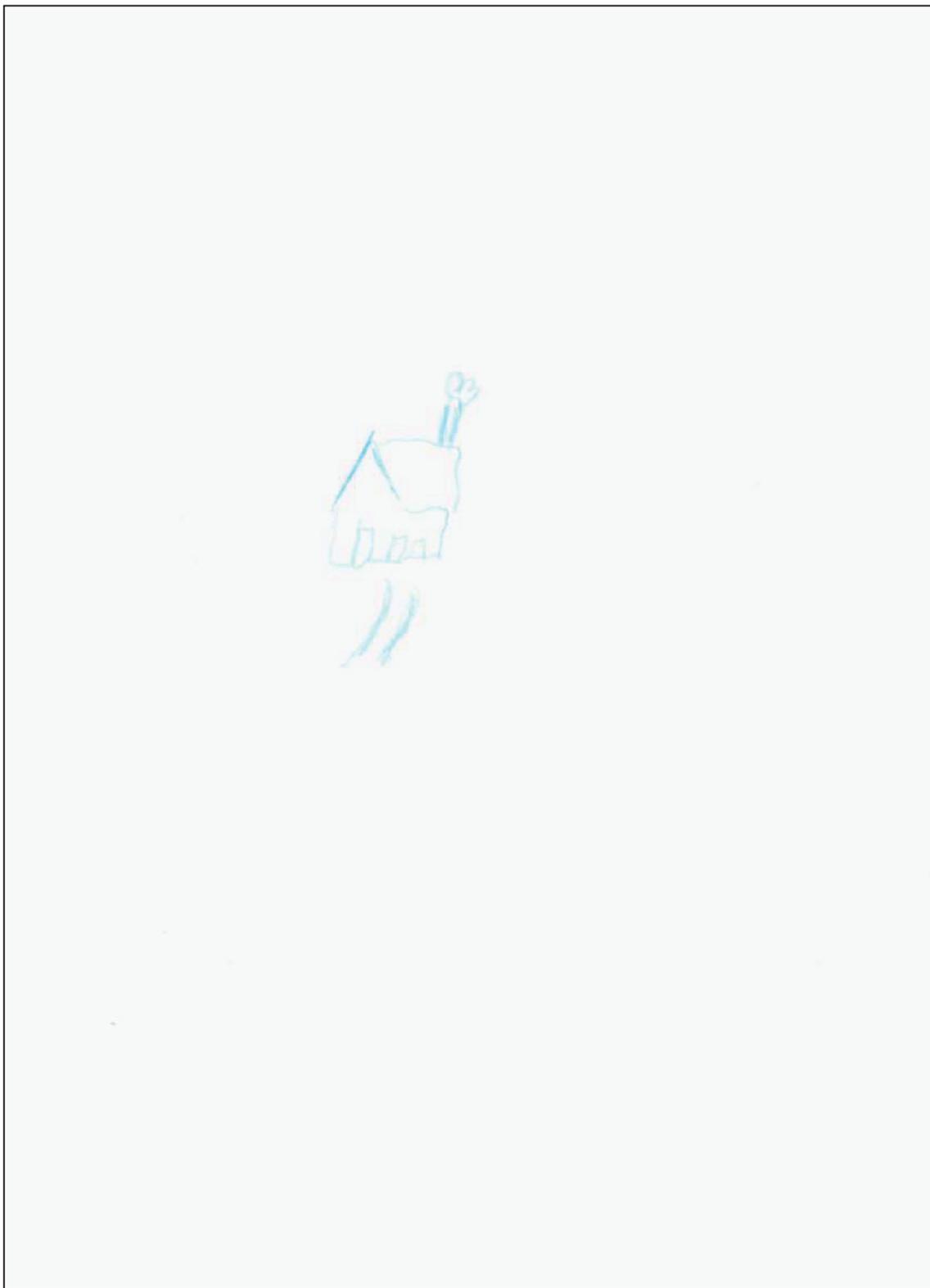


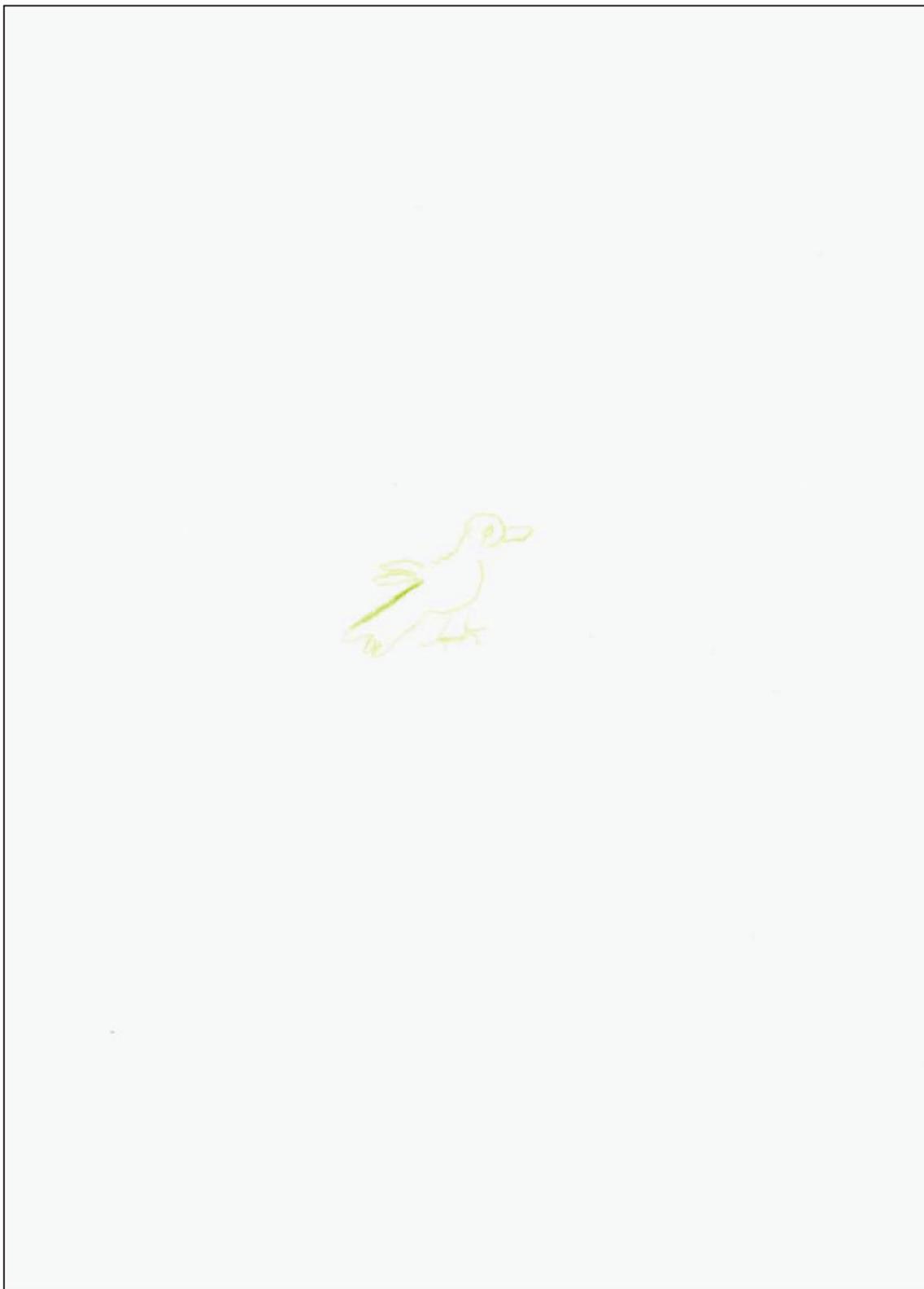


BIBLIA  
SAGRADA

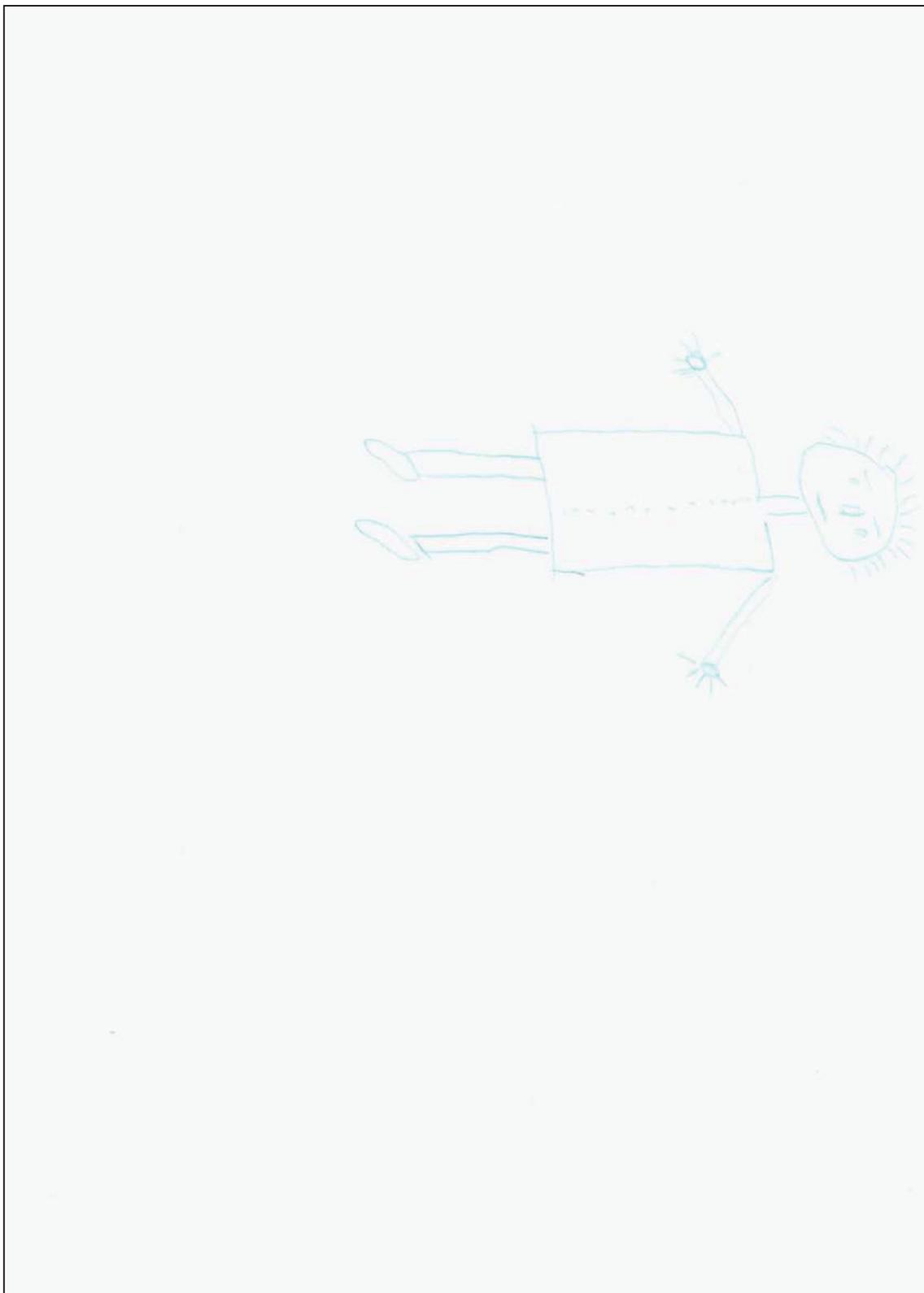
**ANEXO G – UNIDADES DE DESENHO PRODUZIDAS POR P05** (na respectiva ordem de solicitação)





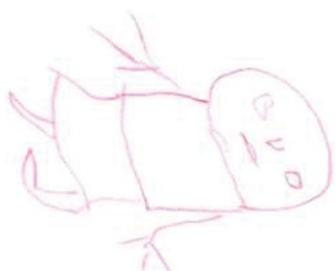


**ANEXO H – UNIDADES DE DESENHO PRODUZIDAS POR P06** (na respectiva ordem de solicitação)



Uma coisa q' ele viu de novo  
a vida de novo muita coisa  
de novo com muita coisa  
com uma coisa de novo  
de novo, não

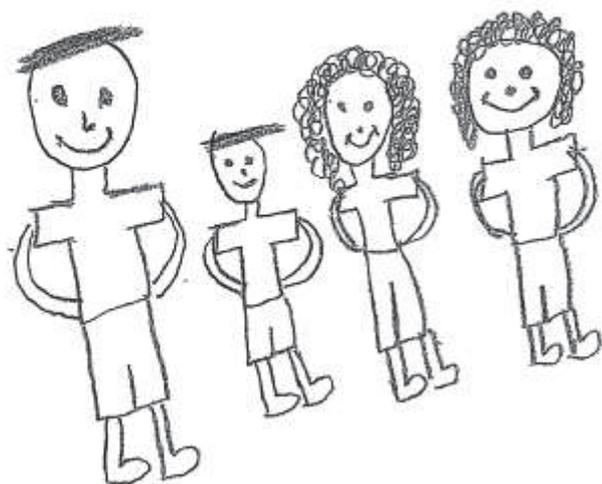
obras difíceis a família e os filhos  
os amigos melhores ficam bon-  
patra. brincar com os netos  
a esperança de muito prazer sempre  
para fazer os cuia e ovos

**ANEXO I – UNIDADE DE DESENHO PRODUZIDA POR P07**

**ANEXO J – UNIDADES DE DESENHO PRODUZIDAS POR P08** (na respectiva ordem de solicitação)

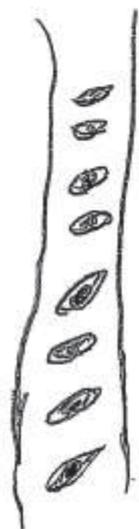


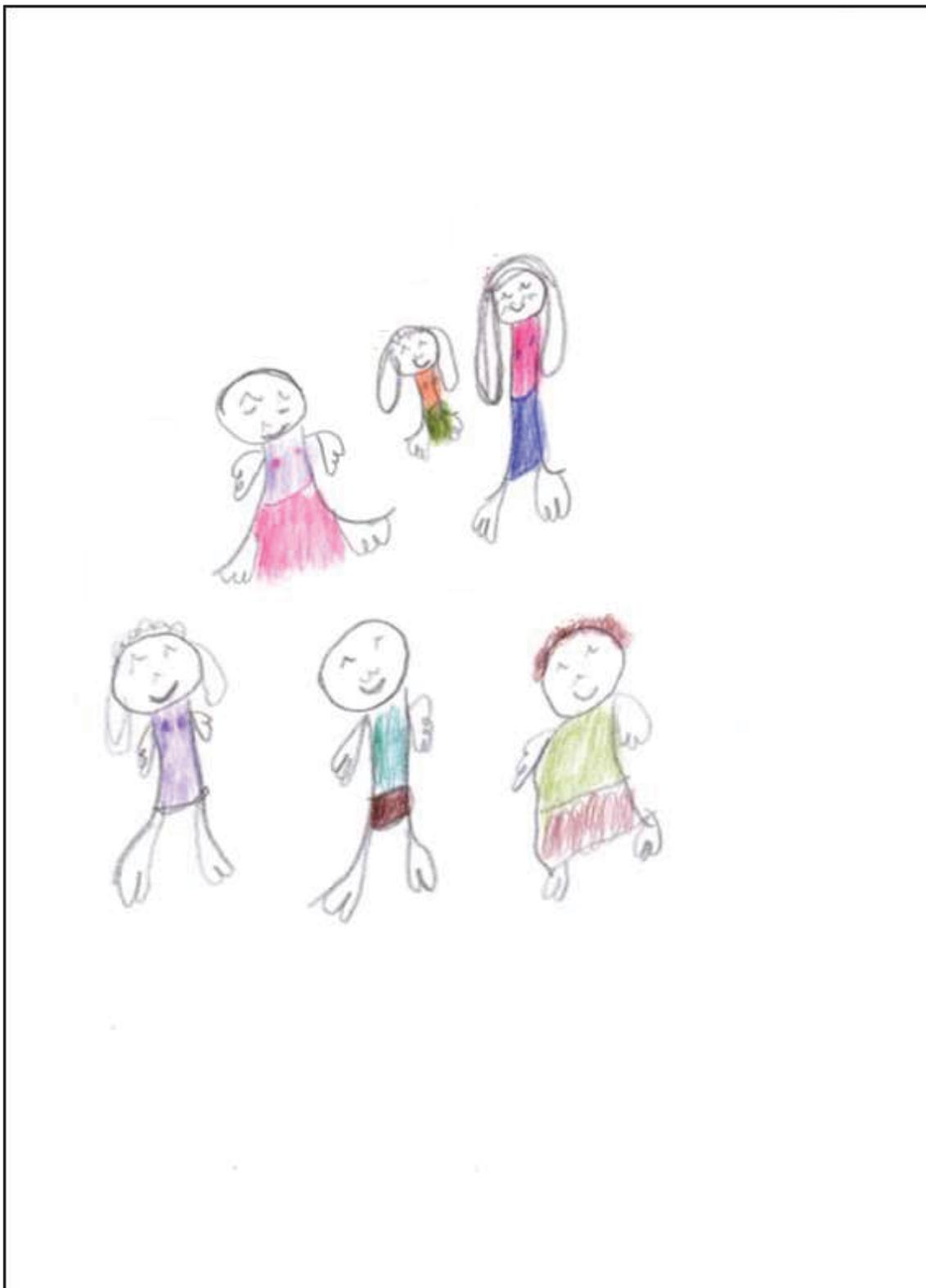




**ANEXO K – UNIDADES DE DESENHO PRODUZIDAS POR P09** (na respectiva ordem de solicitação)







**ANEXO L – UNIDADES DE DESENHO PRODUZIDAS POR P10** (na respectiva ordem de solicitação)



