UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
INSTITUTO DE PSICOLOGIA

Igor de Almeida Faria Bueno

Sobreviver ao câncer: o eu após a doença

São Paulo
2018

Bueno, I. A. F.	Sobreviver ao câncer: o eu após a doença.		Mestrado IPUSP 2018
-----------------	--	--	------------------------

IGOR DE ALMEIDA FARIA BUENO

Sobreviver ao câncer: o eu após a doença

Versão corrigida

Dissertação apresentada ao Instituto de
Psicologia da Universidade de São Paulo
para obter o título de Mestre em Ciências

Área de Concentração: Psicologia da
Aprendizagem, da Educação e do
Desenvolvimento Humano

Orientadora: Profa. Dra. Helena Rinaldi Rosa

São Paulo
2018

AUTORIZO A REPRODUÇÃO E DIVULGAÇÃO TOTAL OU PARCIAL DESTE TRABALHO, POR QUALQUER MEIO CONVENCIONAL OU ELETRÔNICO, PARA FINS DE ESTUDO E PESQUISA, DESDE QUE CITADA A FONTE.

Catálogo na publicação
Biblioteca Dante Moreira Leite
Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo
Dados fornecidos pelo(a) autor(a)

Bueno, Igor de Almeida Faria

Sobreviver ao câncer: o eu após a doença / Igor de Almeida Faria Bueno;
orientadora Helena Rinaldi Rosa. -- São Paulo, 2018.
169 f.

Dissertação (Mestrado - Programa de Pós-Graduação em Psicologia Escolar e do
Desenvolvimento Humano) -- Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo,
2018.

1. Ego. 2. Neoplasias. 3. Consciência (personalidade). 4. Complexo. 5.
Psicologia Junguiana. I. Rosa, Helena Rinaldi, orient. II. Título.

Nome: Bueno, Igor de Almeida Faria

Título: Sobreviver ao câncer: o eu após a doença

Dissertação apresentada ao Instituto de
Psicologia da Universidade de São Paulo
para obter o título de Mestre em Ciências

Aprovado em:

Banca Examinadora

Prof. Dr(a). _____

Instituição: _____

Julgamento: _____

Profa. Dr(a). _____

Instituição: _____

Julgamento: _____

Profa. Dr(a). _____

Instituição: _____

Julgamento: _____

Prof. Dr(a). _____

Instituição: _____

Julgamento: _____

Dedico este trabalho a todos aqueles que
me incentivaram e inspiraram a seguir
meu coração,
à minha família pelo amor incondicional
e aos mestres, indispensáveis à conexão
dos tempos, da nossa ancestralidade
humana.

AGRADECIMENTOS

À orientadora e amiga professora dra. *Helena Rinaldi Rosa* pela acolhida, calor humano, incentivo e liberdade.

À *minha família* que possibilitou o que sou, minha educação, a lutar pelo meus sonhos e meu desenvolvimento.

À minha companheira *Jaqueline Basilio Lupi*, pelo amor e parceria.

A *meu pai*, em preservação da sua memória, que me garante luz ética na jornada pela vida.

À *Universidade de São Paulo* e ao *Instituto de Psicologia* no conjunto de seus funcionários e estrutura que devem sempre ser protegidos.

Ao *Hospital Sírio-Libanês*, em especial à psicóloga *Daniela Achette*, pela parceria e acreditar no meu profissionalismo.

Às *pessoas que participaram desta pesquisa* ao abrirem seus corações e gentilmente me concederem um pouco do seu tempo para contarem suas histórias e dores.

Aos *amigos e mestres do Instituto de Psicologia Analítica de Campinas*, sem eles eu não teria condições de levar adiante a empreitada deste trabalho e pela gratidão e influência na minha formação profissional e humana.

Ao *espírito vivo dos ancestrais* que iniciaram nosso caminho arquetípico pela jornada do conhecimento.

*We must actually do the work that
summons us from a place beyond
ourselves, and in the end we must let it go
back to that place as we are called back
into life (Robert D. Romanyshyn)*

RESUMO

Bueno, I. A. F. (2017). *Sobreviver ao câncer: o eu após a doença* (Dissertação de Mestrado). Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo, São Paulo.

O câncer é uma doença de alto impacto na vida de quem o sofre e mesmo entre aqueles que superaram sua ameaça e se encontram estabelecidos e sem risco de morte. Para o melhor entendimento do que esta doença desencadeia na vida humana, são necessários estudos junto às pessoas sobreviventes da doença. Considerando o referencial da Psicologia Analítica sobre os processos psíquicos, este trabalho buscou compreender os processos do complexo do eu dos sobreviventes do câncer; descrever o funcionamento e a natureza do complexo do eu a partir dos relatos destas pessoas foi o objetivo principal deste estudo; secundariamente, buscou-se compreender o impacto que a doença oncológica proporcionou aos seus sobreviventes, ou seja, quais as consequências desta experiência em suas vidas. O método escolhido foi o clínico-qualitativo, com o uso de entrevista semidirigida em que aspectos transferenciais e contratransferenciais também foram considerados como forma de complementar a análise. Foram entrevistadas pessoas do sexo masculino e feminino, que tiveram câncer de mama e de pulmão, com idade variando entre 57 e 66 anos. Todos os participantes realizaram tratamento cirúrgico e outro auxiliar, como quimioterapia ou radioterapia. Os resultados indicam que o complexo do eu é uma instância importante na organização da vida dos sujeitos, que garante coesão da personalidade, integridade, a manutenção da continuidade dos eventos vividos e da identidade. O complexo do eu necessita do contato com o outro e com a possibilidade da experiência da alteridade para que surjam mudanças fortalecedoras para o desenvolvimento total da personalidade. A relação simbólica com imagens que se refiram a uma realidade transcendente é intensificada pela experiência do adoecimento oncológico, em que o eu procura por novos significados e fonte de vitalidade para lidar com suas limitações. Os participantes fizeram uso de mecanismos de enfrentamento como o apoio na medicina, na música, nos profissionais de saúde e psicoterapia, na religiosidade e no suporte social. Verificou-se o potencial de crescimento psicológico análogo à metanoia, com uma crise de significado da vida baseado na adaptação à uma vida mais baseada em valores mais pessoais. Há indicativos de transformações psicológicas importantes após o término do tratamento oncológico. Houve, de modo geral, valorização do aspecto físico, do prazer, de cuidados, das relações afetivas mais importantes, desvalorização do trabalho, desinvestimento das obrigações de papéis, desenvolvimento de uma personalidade diluída na massificação para uma singularidade mais autêntica e, também crises de papéis cujo o complexo do eu estava bastante identificado. Esta pesquisa contribuiu à Psicologia Analítica com mais evidências empíricas sobre a natureza do complexo do eu, assim como lançou mais esclarecimentos sobre a vida psíquica e mudanças globais após o fim do tratamento oncológico.

Palavras-chave: ego; neoplasias; consciência; complexo; psicologia junguiana.

ABSTRACT

Bueno, I. A. F. (2017). *Surviving cancer: the ego after the illness* (Dissertação de Mestrado). Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo, São Paulo.

Cancer is a disease of high impact on the lives of those who suffer and even among those who have overcome the treatment and find themselves established without risk of death. For the full understanding of what the disease triggers in human life, a study next to the disease survivors was needed. Considering the Analytical Psychology referential about psychic processes, the present work aims to understand the processes of the ego-complex of cancer survivors. The main objective of this research was to describe the processes and the nature of the ego-complex from cancer survivors. Secondly, it was proposed to understand the impact that cancer disease provided on survivors, that is to say, the phenomenological consequences of the experience. The chosen method was clinical-qualitative, through the use of semi structured interview as a tool to approach the participants. Transferential and countertransferential aspects were also considered as a way to complement the analysis. It were interviewed men and women, who had breast and lung cancer. They were from 57 to 66 years old. All participants underwent surgical and other auxiliary treatment, such as chemotherapy or radiotherapy. The results indicate that the ego-complex is an important instance that organizes the subjects' lives, ensuring cohesion of personality, integrity, the maintenance of the continuity of lived events and identity. There are indications of important psychological changes after the end of cancer treatment. Nevertheless, the ego-complex requires contact with the other and the possibility of the experience of alterity in order to bring changes to strengthen the total development of the personality. The symbolic relationship with images that refer to a transcendent reality was intensified by the cancer experience, in which the ego seeks new meanings and sources of vitality to deal with its limitations. Participants used coping mechanisms such as support in medicine, music, health professionals, psychotherapy, religiosity and social support. The potential for psychological growth analogous to metanoia was verified, with a crisis of meaning of life based on adaptation to a life based on more personal values. There were strong indications of psychological transformations after the end of cancer treatment. In general, there was more appreciation of the physical, pleasureable and caring aspects of life, more importance to relevant affective relationships, devaluation of work, disinvestment on obligation roles, development of personality from diluted in massification to a more authentic singularity and also crises of roles whose ego-complex was largely identified. This research contributed to Analytical Psychology with more empirical evidences on the nature of the ego-complex, as well as more clarification about the psychic life and global changes after the end of the cancer treatment.

Keywords: ego; neoplasms; conscience; complex; junguian psychology.

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO.....	11
1.1 Pesquisas sobre o câncer: impacto em diversas dimensões da vida.....	12
1.2 O eu segundo a perspectiva da Psicologia Analítica.....	23
2. Problema e pergunta de pesquisa	41
3. MÉTODO.....	42
3.1 Participantes.....	44
3.2 Aspectos Éticos da Pesquisa	44
3.3 Procedimentos	46
3.4 Procedimento de Análise de dados.....	47
4. RESULTADOS	50
4.1 Relação com figura superior: eu, Deus e espiritualidade	51
4.2 O eu em uma narrativa fatalista	58
4.3 Adaptação difícil à realidade: dificuldades do eu.....	61
4.4 Alteridade: o eu reconhece pelo outro as possibilidades que ele rejeita para si.....	69
4.5 Atitude e função tipológica	77
4.6 Narrativa de causalidade e sequencialidade: o eu permite um encadeamento de ideias coesas.....	79
4.7 Inflação e alienação do eu: posições em relação ao self.....	89
4.8 Medidas de enfrentamento protetivas	99
4.8.1 Medicina e o temor pelo fracasso (temor ao deus material)	99
4.8.2 Música	105
4.8.3 Psicoterapia e suporte afetivo de profissionais de saúde	106
4.8.4 Fé e espiritualidade.....	108
4.8.5 Suporte social	109
4.9 Simbologia mítica: o eu e discriminação	112
4.10 Mudanças: o eu após a doença	114
4.11 Papeis e identidade.....	122
4.11.1 Provedor	123
4.11.2 Curador.....	125
4.12 Integridade.....	130

4.12.1 Defesas: operações de preservação para o eu.....	138
5. DISCUSSÃO	143
6. CONSIDERAÇÕES FINAIS	157
REFERÊNCIAS.....	161
ANEXO A	167

1. INTRODUÇÃO

Entre as doenças graves e crônicas, o câncer apresenta-se como uma ameaça de muitas dimensões à pessoa, pois logo se associa a alterações físicas e emocionais, devido ao desconforto, dor, desfiguração, dependência e perda da autoestima. Ela ainda guarda o temor da morte, acena para a finitude da vida, sendo também tratada como um desafio no ato de comunicar sobre o seu diagnóstico e prognóstico (Geovanini & Braz, 2013). Seu tratamento não é simples e pode transcorrer por várias etapas que podem provocar diferentes efeitos colaterais ao indivíduo (Mansano-Schlosser & Ceolim, 2012). A partir deste quadro, a qualidade de vida do indivíduo tende a piorar, assim como surge a necessidade psíquica de mobilizar forças para lidar com estes desafios objetivos e também toda a carga emocional dessa situação.

Segundo o Instituto Nacional de Câncer (INCA), o câncer é o nome dado ao conjunto de mais de 100 doenças que têm em comum o crescimento desordenado (maligno) de células que invadem os tecidos e órgãos, podendo espalhar-se (metástase) para outras regiões do corpo (Instituto Nacional de Câncer, 2017). Muitos fatores estão associados ao aparecimento da doença (80% a 90% relacionados a fatores ambientais) como tabagismo, hábitos alimentares, alcoolismo, hábitos sexuais, uso de medicamentos, fatores ocupacionais e radiação solar. (INCA, 2017). Além disso, o tratamento à doença pode ser por meio de cirurgia, quimioterapia, radioterapia, hormonioterapia ou transplante de medula óssea. Estas modalidades podem ser combinadas. O processo de terapia pode ser penoso e representar grandes desafios à pessoa doente e familiares. Os níveis de qualidade de vida tendem a serem muito impactados pelo tratamento, forçando o sujeito a se adaptar a uma nova condição de vida e de resistir a um tratamento bastante invasivo e potencialmente incapacitante.

Segundo dados do INCA (INCA, 2015), a estimativa para o ano de 2016 de novos casos de câncer no Brasil para ambos os sexos atinge o número de 596.070 pessoas. A incidência entre homens e mulheres é semelhante. Os cinco principais sítios de localização primária da doença em homens são: 1º) próstata (28,6%); 2º) traqueia, brônquio e pulmão (8,1%); 3º) cólon e reto (7,8%); 4º) estômago (6%); e 5º) cavidade oral (5,2%). Para as mulheres são: 1º) mama (28,1%); 2º) cólon e reto (8,6%); 3º) colo de útero (7,9%); 4º) traqueia, brônquio e pulmão (5,3%); e 5º)

estômago (3,7%). O câncer está entre as principais causas de morte entre jovens no Brasil para ambos os sexos. Ele perde apenas para causas externas. Entre as doenças, ele está em destaque e a partir da faixa etária dos 5 anos até os 29 anos é comumente a principal causa de morte (INCA, 2016).

O motivo pelo qual o adoecimento oncológico é tão devastador para o sujeito é descrito no estudo de abordagem qualitativa e de referencial sócio-histórico de Rey (2006), já que a doença “traz uma ruptura com a temporalidade situada no futuro. O sentido subjetivo da morte, que faz essa temporalidade aparecer como ‘morte sentida’ é iminente, é um elemento muito importante da representação social do câncer” (p. 80).

O enfrentamento da doença pode se dar com o surgimento de traumas emocionais como depressão, melancolia, solidão, retraimento, desesperança, revolta, ideias de suicídio, entre outros. Há também a possibilidade do indivíduo tomar atitudes mais fatalistas ou se tornar mais sugestionável em relação à cura, em busca de alívio ou como forma de preservação de suas esperanças. Facilmente, a doença pode levar a uma negatividade de pensamentos que dificulta seu enfrentamento (Lorencetti & Simonetti, 2005). Estas reações indesejadas indicam o quanto a doença pode mobilizar o sujeito em seu esforço de enfrentar sua ameaça.

Dada essa dimensão de uma doença crônica ameaçadora como o câncer, o sujeito se vê obrigado a se mobilizar psiquicamente em uma tentativa de assimilar o impacto de seu diagnóstico, o que ele deverá vivenciar em função de seu tratamento e, não menos importante, o perigo da morte. Nota-se também que o câncer apresenta uma realidade paradoxal, sobretudo para seus sobreviventes. Isto é, provoca um movimento de relacionamento entre posições que parecem ser antagônicas, como vida e morte, saúde e doença, negatividade e positividade. Tem-se uma situação, dada pela doença, em que há complexas interações entre dimensões psicológicas, existenciais, espirituais, físicas, culturais e socioeconômicas (Lopes, Nascimento & Zago, 2016). A doença traz para o sujeito desafios de natureza corporal, mental e espiritual, o que pode ser verificado mesmo após o término do tratamento (Moura, Silva, Oliveira & Moura, 2010).

1.1 Pesquisas sobre o câncer: impacto em diversas dimensões da vida

Peres e Santos (2007) pesquisaram mulheres que tiveram câncer de mama três meses após a realização da terapêutica cirúrgica. Foram analisadas 15 mulheres, sem antecedentes psiquiátricos ou déficit intelectual, que possuíam renda familiar de até dois salários mínimos e que não apresentavam sinais de recidiva ou metástases. Utilizou-se como instrumento uma entrevista com roteiro semiestruturado. Como objetivo, buscou-se categorizar que tipo de reações emocionais cada uma destas mulheres exibia para lidar com o adoecimento. Quatro categorias foram delineadas: negação, estoicismo, aflição e enfrentamento. Verificou-se o predomínio de reações que não contribuíram para o enfrentamento da doença, sobretudo as estoicistas, que aparentemente mostram indiferença e insensibilidade aos problemas e à situação. Elas podem inicialmente reduzir o estresse, mas gradualmente levam a sentimentos de falta de utilidade pessoal, declinando a autoestima. Assim como no uso da negação, a minimização dos efeitos emocionais e psicológicos despertados pela doença pode ser danosa tanto para o ajustamento a uma nova condição de vida, como para evitar recidivas mais graves e outras complicações da doença.

Em outro estudo (Tavares & Trad, 2010), que utilizou abordagem qualitativa, membros da família de cinco pacientes em tratamento de câncer de mama foram entrevistados, com o objetivo de perceber alterações biopsicossociais associadas ao câncer pelas famílias, estratégias e fatores de enfrentamento, que consideram os sentidos compartilhados entre os membros. As pacientes em tratamento também foram entrevistadas pelos pesquisadores. Encontrou-se a relação de que a negação pode influenciar e atrapalhar na tomada de decisões, assim como pode inibir a adoção de condutas preventivas de ocorrência de novos casos de doença na família. Este dado surgiu entre os familiares descendentes da paciente, sua família atual, em contraste com a família de origem que tende a apoiar as decisões das pacientes e buscar soluções para os problemas. As pesquisadoras dão ênfase ao sofrimento como um fator de desestabilidade e de inibição dos familiares que mais se utilizam de estratégias de negação. Eles tendem a minimizar e abafar os sentimentos da paciente e buscam se esquivarem do confronto com a realidade da doença. Estas conclusões sugerem maior atenção a pacientes e familiares mesmo após o término do tratamento, tendo ao menos em vista as possibilidades de negligência de futuros riscos.

O estudo de Botelho e Pereira (2015) abordou homens e mulheres com câncer colorretal. Utilizou-se uma metodologia quantitativa, correlacionando escores de alguns instrumentos que pretendem avaliar certos fatores: estratégias de

enfrentamento pelo uso do Questionário de Enfrentamento – Versão Reduzida (*Brief COPE*), qualidade de vida pelo Questionário da Qualidade de Vida da Organização Europeia para a Pesquisa e Tratamento do Câncer (*EORTC QLQ-30*), estresse familiar pelo Índice de Relacionamento Familiar (*IFR*) e morbidade psicológica pela Escala de Ansiedade e Depressão Hospitalar (*HADS*). O estudo apresentou correlações entre comportamentos de enfrentamento mais ativos quanto a doença oncológica e atitude mais otimista com melhores índices de qualidade de vida, além de correlação negativa entre otimismo e morbidade psicológica. Atitudes menos produtivas, vistas pelo mecanismo de defesa da negação, contribuem para maior risco psíquico e físico ao paciente. Pacientes mais otimistas apresentaram menor sintomatologia psicológica do que os menos otimistas. Destacou-se que a depressão previu a qualidade de vida global dos pacientes, ou seja, pacientes que apresentaram níveis de depressão percebem como pior sua qualidade de vida do que os demais. Este estudo ajuda a corroborar os achados dos estudos citados anteriormente, em que há maiores riscos para pessoas que se utilizam de estratégias que neguem as experiências negativas e passivas associadas ao câncer.

O estudo de Leite, Amorin, Castro e Primo (2012) observa que o recurso da prática religiosa é usado como estratégia em todos os níveis sociodemográficos. No estudo, mulheres em tratamento de câncer de mama que faziam uso de tamoxifeno foram entrevistadas, responderam a Escala de Modo de Enfrentamento de Problemas (EMEP) e também preencheram formulário para obtenção de variáveis sociodemográficas, seguida pela classificação da Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa (ABEP). Foi verificado que em mulheres com câncer de mama as estratégias de enfrentamento religiosas são mais utilizadas por aquelas menos letradas, enquanto que estratégias focadas no problema são mais utilizadas entre mulheres de melhor nível socioeconômico. As autoras destacam que as práticas religiosas podem auxiliar a pessoa na adaptação em conferir um novo conceito à vida, um novo significado a ela e não simplesmente ter a doença como um evento aleatório. Porém, também, alertam para possibilidade da prática religiosa ser uma tentativa de negação do problema e atribuição a um ser divino para sua solução. A utilização do enfrentamento religioso, ou baseado na fé, foi amplamente encontrada em pesquisa com população do sertão nordestino (Veras & Moreira, 2012). Entre estes participantes, a morte é vista com maior naturalidade, o que favorece a vivência do luto.

Diferenças em relação ao gênero também foram observadas em se tratando da percepção da doença. Castro, Kreling, Ponciano, Meneghetti e Chem (2012) estudaram a percepção da doença oncológica de adultos longitudinalmente, em dois períodos, transcorridos em mais de 12 meses. Eles desenvolveram a pesquisa a partir do uso do Questionário de Percepção de Doença (*Illness Perception Questionnaire*), coleta de dados sociodemográficos e dados clínicos. A aplicação foi feita tanto para homens como para mulheres. Como resultado, as mulheres se perceberam tendo menos controle sobre a doença e o tratamento, que a doença será mais longa e que terá mais consequências negativas. As autoras consideram que estas diferenças podem dizer respeito às diferenças de papéis sociais entre homens e mulheres, em que homens supostamente deveriam ser mais racionais, priorizando resolução de problemas e controle da situação, enquanto que mulheres seriam mais sensíveis aos aspectos emocionais da experiência.

Em um estudo que aborda população hospitalizada, sobretudo de baixa-renda, com câncer de próstata a partir de entrevistas (Modena, Martins, Gazzinelli, Almeida & Schall, 2014) pode-se verificar diferenças de raízes culturais em relação ao sentido e consequências do adoecimento. Homens conferem grande sentido à identidade masculina pelo processo de socialização, limitações impostas pela enfermidade e rotina assistencial não-familiar, que provocam sentimentos como medo, tristeza e angústia. Os autores apontam para a necessidade dos serviços de assistência de desenvolverem ações que considerem as dimensões de gênero, o que pode propiciar maior reconhecimento das singularidades da população masculina.

Rey (2010), em pesquisa com estudos de caso, considera que o sujeito e seus posicionamentos ativos frente à vida e aos outros são fatores de evolução subjetiva da doença, além de possibilitar que eles se assumam como sujeitos dela, de um processo de desenvolvimento e de uma nova identidade frente a ela, passando a incorporar novos sentidos. Isto leva à reflexão de como o sujeito consciente e ativamente mobilizado contribui para o seu bem-estar. Diante do desafio da doença, espera-se que lide com os estressores. O sujeito está em movimento e em ação todo o tempo, porém, algumas atitudes tomadas por ele favorecem a saúde psicológica, enquanto que outras são desfavoráveis.

A espiritualidade corresponde a um aspecto que transcende à consciência e que propicia força e estruturação ao sujeito. Ela é um dos recursos utilizados por pessoas com câncer no enfrentamento do tratamento e das ameaças da doença, em

geral, (Miranda, Lanna & Felipe, 2015; Guerrero, Zago, Sawada & Pinto, 2011) e que alimenta uma atitude que mantém a esperança de cura, assim como favorece o enfrentamento do sofrimento e também a ressignificação do sentido da vida e da morte.

Um estudo de metodologia qualitativa (Toriy, Krawulski, Viera, Luz & Sperandio, 2013) aborda mulheres que tiveram câncer de mama e que passaram por cirurgia de mastectomia há 12 meses. Estas relatam mudanças no cotidiano pelas limitações físicas, sensações de impotência, limitação e inferioridade; indicam processo de aceitação das mutilações do corpo decorrentes dos procedimentos cirúrgicos e percepção de sua aparência; descrevem mudanças nas relações conjugais; demonstram expressões emocionais de sentimentos como raiva, culpa e negatividade, além de preocupação com o retorno do câncer e o processo de ressignificação da vida. Isto demonstra a persistência das consequências da doença oncológica ao longo do tempo.

Menezes, Schulz e Peres (2012) verificaram, em pesquisa realizada com mulheres com câncer de mama, tentativas de explicação para a ocorrência da doença, o que sugere impulsos em tentar significar e compreender motivos e causas quanto ao adoecimento. Podemos compreender isso, psicodinamicamente, como um impulso do eu para se manter em uma posição de controle da situação diante da crise. Outro achado foi a expressão de surpresa e tensão, ou seja, algo que previamente não estava integrado aos processos do eu, revelando uma ruptura com alguma noção de continuidade da realidade.

Outro estudo (Sales, Almeida, Wakiuchi, Piolli & Reticena, 2014) obteve resultados sobre o fenômeno do adoecimento oncológico a partir de entrevistas em domicílio a pacientes que foram acometidos pela doença há pelo menos sete anos. Pelo uso de entrevista fenomenológica e questão norteadora “Como está sendo para você ter sobrevivido ao câncer?”, as pesquisadoras puderam verificar a existência de conteúdos relativos a essa experiência por meio do discurso, captação dos sentimentos e expressões corporais. Observaram-se nos participantes maneiras de convívio com a angústia, temor à recidiva da doença e a possibilidade de encontro com um novo sentido à vida. Além disso, as pesquisadoras encontraram eixos temáticos relativos ao vigor de quando não se tinha a doença, o (re)encontro com a espiritualidade, o temor pela recidiva e esquecimento da temporalidade de existir com câncer. Este esquecimento da temporalidade trata-se, pela perspectiva

fenomenológica, de que recordações relativas a qualquer experiência tem função no presente, pois é do sujeito que se manifesta no agora, mesmo que se trate de fatos ocorridos no passado. Isto possibilita o entendimento do fenômeno atualizado, no sujeito e pelo sujeito. Por fim, uma das conclusões deixadas pela pesquisa é de que a condição de sobrevivência do câncer ainda requer atenção assistencial.

A condição de sobrevivência é passível de questionamentos e observações. A realidade biomédica considera que apenas o paciente que passou por um período de cinco anos sem sinais da doença, recidiva ou aparecimento de metástases, encontra-se na categoria de sobrevivente. Em uma perspectiva subjetiva e qualitativa, observando processos pessoais, considera-se “sobrevivente” uma identidade idiossincrática que somente o sujeito pode atribuir a si, ou seja, sua atitude e autoentendimento diante da situação que passou pelo adoecimento (Pinto & Pais-Ribeiro, 2007). Impondo a perspectiva mais humanista, o fenômeno vivenciado pela superação do risco da morte pelo câncer só pode ser considerado pela atitude do sujeito que o enfrentou e superou.

O referencial cognitivo compreende que o conceito de *coping* ou enfrentamento é definido por qualquer tentativa de administrar um estressor, tendo ela sido bem sucedida ou não (Antoniuzzi, Dell’Anglio & Bandeira, 1998). Esta ideia se aproxima da ação do eu – ou ego, conforme a escolha da terminologia dos autores, tratando-se do mesmo conceito – das perspectivas psicodinâmicas, já que uma das funções do eu é de lidar com a realidade externa e interna, de acordo com Laplanche e Pontalis (2001), seguindo via psicanalítica. O psiquismo humano tende a ser colocado em um processo de mudanças, ressignificações e transformações, antes não possíveis ou previstas, diante de um evento devastador como o câncer, doenças de alto impacto na qualidade de vida ou situações da vida de grande mobilização psíquica. O eu possui um caráter adaptativo (Barrato & Aguiar, 2007) e, deste modo, é relevante compreender sua forma de funcionamento a partir de experiências importantes como as do adoecimento.

No referencial psicanalítico, o eu pode ser caracterizado de diferentes maneiras, de modo tópico, econômico e dinâmico (Laplanche & Pontalis, 2001). A maior importância dedicada ao eu surge com a segunda teoria do aparelho psíquico de Freud, situando o mesmo como instância mediadora entre o id e o superego. Do ponto de vista tópico, ele está em posição de dependência entre as reivindicações do id, os imperativos do superego e as exigências da realidade, apresentando autonomia

relativa. Segundo a psicanálise, o eu apresenta natureza tanto de parte consciente como parte inconsciente. Do ponto de vista dinâmico, ele é o que produz os mecanismos de defesa, a partir dos sinais de angústia, ou seja, dos afetos desagradáveis oriundos do conflito neurótico. Cabe destacar que, em uma situação de crise na vida, as capacidades do eu são colocadas em prática de maneira intensa, diante das alterações da realidade em que o sujeito se encontra. Seus mecanismos adaptativos são impulsionados, assim com as defesas do aparelho psíquico. E do ponto de vista econômico, o eu é tido como fator de ligação dos processos psíquicos, podendo ser contaminado por aspectos dos processos primários como os compulsivos, repetitivos e irrealis. Disto, é possível visualizar a ocorrência de comportamentos patológicos que podem ser intensificados por crises de saúde.

O eu, em uma perspectiva psicanalítica, terá que administrar toda a tensão resultante de um processo significativo, como o adoecimento. O que cada sujeito pode fazer dependerá do seu universo simbólico, sua história e relações intersubjetivas; assim a doença, como um agente estressor, será percebida de modo individual, que não pode ser comparado às experiências de outra pessoa (Andolhe, Guido, & Bianchi, 2009). O eu se mobilizará de forma individualizada para cada sujeito, acessando recursos próprios.

Uma das funções do eu é a distinção entre o que é do eu e o que não é, ou seja, a possibilidade de se reconhecer distinto do outro. Sendo assim, o corpo é uma forte referência para o eu se distinguir, já que objetivamente é um contorno muito palpável. Daí, pode-se pensar em inúmeras formas de identificação que se dão a partir da inscrição no corpo. Pacientes que sofreram alterações corporais e mutilações em função do câncer passam por processos de resignificação corporal e, conseqüentemente, do eu. Um estudo (Martins, Almeida & Modena, 2011) com homens e mulheres ostomizados demonstra relação complexa entre as dimensões da vida pré e pós-ostomização. A ostomia consiste em uma intervenção cirúrgica que modifica a rota de algum órgão do corpo. Quando ocorrida no aparelho digestivo ou excretor, ela altera a saída das fezes ou urina por um estoma (cavidade aberta, que é fechada por uma fístula) na parede abdominal. Isto representa uma mudança significativa da imagem corporal. As relações consigo e com o mundo, mediadas pelo corpo, sofrem substancialmente um processo de resignificação.

Alguns artigos e trabalhos fazem interlocução entre a abordagem da Psicologia Analítica e o campo da oncologia ou, ao menos, utilizam-se de experiências analíticas

com pacientes que apresentaram câncer. Em um ensaio, Cahen (1979), antes da psico-oncologia ser um campo específico de estudos, ao lançar mão da perspectiva analítica, buscava encontrar fatores substanciais que estivessem atrelados ao adoecimento oncológico. A doença é tratada como uma “somatização de último grau” e lança algumas hipóteses para características gerais acerca do funcionamento psicodinâmico da personalidade das pessoas acometidas como incapacidade de cooperar, racionalização, falta de fantasia, imaginação limitada e incapacidade de recordar seus sonhos. Todas estas características favoreceriam a emergência do câncer, já que o dinamismo da vida inconsciente não encontraria outras vias de manifestação satisfatórias senão pelo corpo. Apesar de que essas características podem ser questionadas pela generalização e falta de dados empíricos mais evidentes, o trabalho abre margem para o que hoje se entende por psiconeuroimunologia, campo de estudo que relaciona o campo psíquico e suas relações com o campo somático, tendo como foco as alternâncias imunológicas decorrentes de estresse e aspectos psicológicos (Liberato, 2008). Contudo, o modelo de entendimento deve ser integrativo entre corpo e psique e não é redutivo a uma relação de causalidade, como se um provocasse o outro. O que se deve propor é a interação entre os polos físico e psicológico, em que há efeitos em ambos a partir de um potencial estressor para o indivíduo.

A publicação de Schaverien (1999) é um relato de caso clínico atendido pelo autor em que um paciente muito deprimido com ideação suicida procura análise e, ao longo do processo analítico, descobre um câncer de pulmão não curável. O relato do caso foca muito mais a relação transferencial com o analista do que interpretar ou dizer algo sobre a doença oncológica. Contudo, uma importante contribuição foi a própria narrativa deste caso que expressa o quanto a descoberta da doença intensificou e acelerou o processo de análise. Há aqui uma sugestão de que uma doença do porte do câncer, que anuncia algum processo de finitude, mobiliza a psique. As consequências disto podem ser diversas, caóticas ou construtivas. Mas o caso em questão expõe que a doença foi capaz de apresentar ao analisando algum sentido para a vida, algo que ele não encontrava enquanto sujeito sadio.

Outros trabalhos junguianos apresentaram relato e análises extensas de casos clínicos atendidos por seus atores. Sabini e Maffly (1981) analisaram pacientes que vieram a falecer pelo câncer e se encontravam em análise. Neste trabalho, foram descritos, sobretudo, o aspecto arquetípico (ou seja, não pessoal e tendo como origem

as estruturas do inconsciente coletivo) do adoecimento. Encontraram aspectos como ruptura com alguma figura substancial (materna ou outra), identificação com o self ferido, relação de conflito com a figura da mãe arquetípica, atitude de desesperança e de que não poderiam ser ajudados, que proporciona passividade e, ainda, conflito com o outro (identificado com a doença estranha a si) que representa a diminuição dos investimentos do eu sobre o controle da vida e anuncia a possibilidade da morte física e também dela na dimensão psicológica.

Outro estudo que identificou relações arquetípicas foi o de Thibeault e Sabo (2012), em que duas mulheres que tiveram câncer de mama e realizaram cirurgia no órgão foram entrevistadas. O trabalho possibilitou amplificações com o auxílio da mitologia grega e de recursos artísticos que puderam melhor representar os conteúdos arquetípicos em questão. O estudo pôde concluir que a expressão arquetípica, mais profunda que vai além do nível consciente, contribuiu para uma expansão de si mesmas. Esta dimensão mais profunda foi entendida como produtiva para o reestabelecimento da vida após o câncer. Estas mulheres foram refletidas em padrões das deusas gregas Ártemis (busca de autodeterminação), Héstia (introspecção e reflexão calorosa e intensa) e Afrodite (novas formas criativas de relacionamento com a vida interior e exterior). As mulheres feridas pela doença encontram, em uma fonte coletiva e profunda, substância renovadora e fortalecedora que servem de material para investimentos psíquicos em uma nova configuração para a vida, que se faz necessária após a doença. Rancour (2008) entende em seu trabalho, utilizando a teoria das transições e fazendo uso do conceito de arquétipo, que a transição para uma nova identidade na vida de pessoas que tiveram câncer merece atenção profissional. Considera-se que esta transição deve ir além da percepção de doença, localizando o paciente em uma jornada épica – ou seja, situar que a pessoa se encontra em um desafio de proporções mais profundas e que tem similaridades com histórias míticas –, em que valores serão modificados.

Nota-se uma confluência de estudos que buscam a expressividade dos arquétipos do inconsciente coletivo com a análise dos casos estudados. No caso do câncer de mama, que tipicamente incide em mulheres, a psique é mobilizada e impulsionada a algum padrão de feminino atemporal, das estruturas da psique não pessoal. Bilotta (2012) propôs um trabalho de relacionar o câncer de mama com a emergência dos arquétipos femininos. Novamente, as deusas gregas são evocadas com Afrodite, Atena, Hera e Demeter. Isto indica facilidades e dificuldades específicas

no manejo da doença, como acesso a certos recursos de enfrentamento ou dificuldades específicas com as emoções, com a imagem do feminino, com a relação com o corpo doente e com o relacionamento conjugal ou familiar.

Os sonhos são objeto de análise central da abordagem analítica, pois revelam de forma mais transparente a vida do inconsciente. O estudo de Welman (1992) propôs-se a analisar um conjunto de sonhos de uma pessoa diagnosticada com câncer sem perspectiva curativa. Pode-se ver pela análise que o inconsciente parece não reconhecer a morte como evento físico. Isto é, ele trabalha com a perspectiva de continuidade de sua própria (do psiquismo) existência. O adoecimento se configura como símbolo importante, rico em material aos processos do inconsciente, mas não é reconhecido como um fim. Porém, do ponto de vista do eu e dos processos conscientes, a expressão simbólica do adoecer e da finitude possibilita maior acolhimento e organização à vida psíquica total, facilitando o processo de individuação, o processo autorregulatório da psique de tornar-se a si mesmo.

O processo de comunicação em oncologia pode ser muito problemático, já que é carregado de tabus e conflitos de expectativas, entre outros. O Estudo de Arrais e Jesuino (2015) traz o olhar analítico para o episódio de comunicação diagnóstica e prognóstica. Os autores consideram que os entraves e dificuldades que resultam em distanciamento do paciente para com a informação adequada de seu estado de saúde tendem a dificultar processos de integração, ou seja, de assimilação e simbolização para sua condição. Há também a consideração fenomenológica da existência de poderosos complexos atuantes no processo de comunicação que dificultam o entendimento das informações. Isto exigiria do profissional de saúde o cuidado necessário para facilitar a integração das informações e também a atenção à necessidade de encaminhamentos de acompanhamento psicológico para pacientes com fortes dificuldades em compreender sua situação.

O modelo junguiano serve de suporte ao RIME, técnica de Relaxamento, Imagens Mentais e Espiritualidade. Ela busca, em sua intervenção, facilitar o trânsito e comunicação entre símbolos e imagens do inconsciente com o eu consciente da pessoa submetida. Estudos indicam a eficácia da evocação das imagens mentais como ferramenta útil no que se refere ao bem-estar do paciente oncológico, desde crianças doentes a idosos em terminalidade (Elias et al., 2015; Ribeiro, Elias, Schimidt, Cedotti, & da Silva, 2014; Elias, Giglio & Pimenta, 2008; Elias, 2003). De modo geral, a técnica se mostrou mais efetiva em conjunto com psicoterapia breve

quanto à avaliação de bem-estar, mensurada pela Escala Visual Analógica, do que intervenções de psicoterapia breve apenas (Elias, 2015). As pesquisas envolvendo a RIME também obtiveram boa avaliação qualitativa em decorrência das entrevistas realizadas com os participantes. Eles referem de modo geral algum acesso à via espiritual, conforto, redução da dor e alívio psíquico (Elias et al., 2015; Ribeiro et al., 2014; Elias, Giglio & Pimenta, 2008).

Ramos (2006) tece um trabalho de interligação simbólica entre corpo e psique. A respeito do câncer, a autora identifica, sobretudo, fatores da personalidade associados à emergência da doença. Não se trata, contudo, de um esforço por uma determinação causal entre o evento físico e o estado psicológico. Para tanto, a autora utiliza como referência o conceito junguiano de sincronicidade que é a convergência entre um evento psíquico e físico significativo que não apresenta relação de causalidade. O corpo, como um dos objetos da psique, está entrelaçado aos eventos psíquicos e a psicossomática configura a área de estudos em que se busca entender estas relações mutuamente efetivas. O câncer é analisado conforme este olhar. Tira-se disso a associação entre aspectos psicológicos de não-expressividade de emoções fortes avaliadas como negativas, ruptura de um relacionamento amoroso ou uma situação traumática com alterações do funcionamento do sistema imunológico que deixariam o organismo mais vulnerável à formação de tumores malignos. Ressalta-se a personalidade tipo C, caracterizada por incapacidade de expressar sofrimento, dificuldade de expressar raiva, atitude resignada e características de uma pessoa bondosa que está disposta a se sacrificar pelo outro, como aspectos de predisposição a tumores. A autora desenvolve uma lógica de investigação profunda e analítica, tecendo críticas à superficialidade de questionários e estatísticas apenas. Depara-se com um problema metodológico importante a estes tipos de estudo. Ela entende a necessidade de realizar estudos que considerem a dimensão profunda da psique e da vida inconsciente.

Em sua tese de doutorado, Paiva (2014) realizou um estudo envolvendo mulheres com câncer de mama ou que tiveram infarto (Infarto Agudo do Miocárdio ou Síndrome Takotsubo) a partir de entrevistas semiestruturadas e o procedimento de Desenho-Estória. As entrevistas foram realizadas durante período em que as participantes estavam internadas em hospital. A realização do procedimento de Desenho-Estória ocorreu em consultório particular da pesquisadora após a internação, já quando as participantes se encontravam em condições físicas – mais

de 15 dias – de se submeterem ao procedimento. As entrevistas e procedimentos de Desenho-Estória ocorreram individualmente. Como resultado, pôde-se perceber a emergência dos arquétipos do inconsciente coletivo que representam o feminino com relação ao papel em que se enquadraram em suas vidas e também outra relação da polaridade vida-e-morte, em que o arquétipo do herói se encontrou bastante intensificado para o enfrentamento de suas patologias. A pesquisadora reforça que o sentido de prevenção se estende para além do universo físico, pois intervenções psicológicas contribuem para auxiliar fatores de cura interna das pessoas, o que resultaria tanto na qualidade da vida psíquica, como também favoreceria no engajamento de comportamentos mais adequados ao tratamento clínico.

1.2 O eu segundo a perspectiva da Psicologia Analítica

O eu é considerado como a grande referência para a vida consciente pelos teóricos de linha analítica (Kast, 1997). Na perspectiva de autores da Psicologia Analítica, Jung (1976/2008) reconhece que o eu tem uma base dupla, sendo uma psíquica e outra somática. Whitmont (2004) localiza-o em um sentido de continuidade entre corpo e mente em relação ao espaço, tempo e causalidade, dando origem ao sentido de unidade no indivíduo, o que difere dos múltiplos e muito dinâmicos conteúdos do inconsciente. Kast (1997) trabalha o conceito de complexo do eu (ego), que havia sido postulado por Jung anteriormente, que se distingue dos demais complexos do inconsciente por uma característica de reflexão, possibilitando a consciência de si mesmo. Para estes autores, há a confluência de que o eu tem por natureza o aspecto consciente e de que ele está em um *locus* que sofre grande influência das esferas corporal e psíquica. Ele reúne a noção de conexão de eventos de forma ordenada.

Jung utiliza a expressão complexo de maneira fundamental em sua obra. E o eu também definido conforme um complexo que está em constante associação a outros complexos, estes autônomos e localizados no inconsciente. Por complexo, Jung define como:

(...) imagem de uma determinada situação psíquica de forte carga emocional e, além disso, incompatível com as disposições ou atitude habitual da consciência. Esta imagem é dotada de

poderosa coerência interior e tem sua totalidade própria e goza de um grau relativamente elevado de *autonomia*, vale dizer: está sujeita ao controle das disposições da consciência até certo limite e, por isto, se comporta, na esfera do consciente, como um *corpus alienum* [corpo estranho], animado de vida própria. (Jung, 1971/2000, §201)

A citação de Jung nos remete à ideia de uma coerência entre ideias carregadas de afeto, que configuram uma imagem. O eu não é nada diferente do restante dos complexos dessa maneira, mas apresenta características próprias, como será explorado no decorrer deste trabalho.

O eu apresenta fundamental importância no relacionamento com os conteúdos do inconsciente. Esta observação encontra validação tanto na psicanálise como na linha analítica. Até mesmo por definição na psicanálise, o eu é a instância de mediação entre o *id* e o superego. É ele o responsável pela criação de mecanismos de defesas que protegem a pessoa dos conflitos psíquicos, entre impulsos pessoais e a realidade externa. O eu, portanto, para a psicanálise, não é compreendido essencialmente pela consciência, mas por ser esse mediador psíquico de funcionamento específico.

Para os autores da Psicologia Analítica, como Jung (1976/2008), Whitmont (2004), Kast (1997) e Samuels (1989), o eu – ou ego – é um complexo como qualquer outro, porém com algumas características especiais como: continuidade, identidade e relação dual entre o somático e o psíquico. A indicação quanto à aproximação fenomenológica e também conceitual do eu como um complexo produz um efeito de relacionamento entre a consciência e os complexos mais notoriamente inconscientes. Isto é, há um fluxo de influências e conteúdos entre as instâncias do consciente e do inconsciente ocorrido por ação dos complexos.

Samuels (1989) ainda trata do eu como estrutura de relacionamento com os arquétipos, seguindo um raciocínio de linhagem analítica. Os arquétipos são estruturas de origem coletiva e inconsciente que dão origem aos padrões de percepção psíquica que, por serem coletivos, encontram-se em toda a humanidade (Hopcke, 2011). Essa percepção de Samuels confirma o que Jung entende por esta relação, pois o arquétipo “representa essencialmente um conteúdo inconsciente, o qual se modifica através de sua conscientização e percepção, assumindo matizes que variam de acordo com a consciência individual na qual se manifesta” (Jung, 1976/2011, p. 14, §6). A afirmação de Jung indica a importância da interação que o eu possa ter com o inconsciente. Expressões adaptativas diante do adoecimento devem se relacionar com o inconsciente, a fim de que o sujeito possa desenvolver novas formas de enfrentamento da doença. O benefício é a possibilidade para uma

nova realidade psíquica, tendo como fonte a riqueza do inconsciente, ocasionando mudanças inclusive no aspecto prático, social e emocional da vida de quem está doente.

Definir o eu na psicologia analítica é uma tarefa que exige um esforço em condensar diversos aspectos teóricos. Inicialmente partimos do princípio que o eu apresenta elementos estruturalmente semelhantes entre as pessoas (Samuels, 1989). Isso abre a hipótese de que é possível o estudo sobre o eu de forma objetiva. Porém, há complicadores, pois o eu reflete variação de pessoa para pessoa quanto ao seu sentimento e colorido emocional. Assim, o eu é uma estrutura comum, mas que confere alto grau de subjetividade.

Dessa forma, o eu é a base para a experiência da subjetividade. Isto traz dificuldades históricas para as pesquisas no campo da Psicologia, antes mesmo de formação da Psicologia como ciência e extensões metodológicas. Whitmont (1990) afirma que o observador – o cientista, dotado de sua consciência e subjetividade – almeja olhar para si próprio, ou seja, pretende examinar diretamente a psique humana. Ocorre que o *local* da observação é o mesmo que se pretende olhar, como se o olho quisesse ver a si próprio. O sujeito e o objeto desta investigação são o mesmo. Outra ambiguidade é que, como reforça Whitmont (1990), o eu é o único conteúdo que conhecemos, apesar de que o estudo do eu só se pode dar pelo inconsciente. Este jogo de ideias opostas revela uma complexidade enorme quanto a este campo e indica que a análise do eu só se pode dar com o espelhamento do inconsciente. O eu deslocado de qualquer relação não se mostra – dentro da perspectiva da psicologia analítica – teoricamente sustentável. O inconsciente não pode ser estudado diretamente e para isso faz-se uso de interpretação dos sonhos, técnicas imaginativas, associações livres, entre outros. Para tanto, o campo da psicanálise e práticas/técnicas que dela se desenvolveram, construíram um aparato teórico-metodológico para compreensão dos fenômenos inconscientes. Porém o acesso ao inconsciente só é possível por meio de algum nível de consciência: alguma manifestação empírica via sujeito. Assim, somente o eu pode dar acesso ao inconsciente nesta lógica. Contudo, o eu não pode ser destacado do inconsciente por: a) relacionamento íntimo e dinâmico com o inconsciente e seus impulsos; e b) falta de suporte teórico que o desloque como constructo mais independente.

Segundo Stein (2006), o eu é o sujeito da consciência. Ele é o suporte perceptivo do fenômeno da consciência. É o responsável, como sujeito, de “todos os

atos pessoais de consciência” (p. 23). Isto confere a ele um grau de centralidade, apesar de experiências dissociadas e pouco coerentes a eventos e conteúdos que se manifestam como conscientes. Havendo um sujeito, há alguma unidade nessas experiências, o que é verificado empiricamente por qualquer indivíduo sadio – excluimos pessoas com psicopatologias graves, sobretudo psicoses e situações de alteração da consciência como entorpecimento por uso de psicoativos ou falhas e lapsos do funcionamento do eu, em suas funções.

A principal definição que Jung dá ao eu é de que ele é o centro da consciência e que isso se estende invariavelmente ao longo de sua obra. Ser o centro da consciência não indica que seja o centro da psique, função esta dedicada ao arquétipo do self (ou o si-mesmo), que corresponde à totalidade e centro, ao mesmo tempo, de toda a psique humana. O self abarca todo o “território” psíquico, ou seja, os processos conscientes e inconscientes. O eu, apesar de ser aquilo que temos de mais direto e acessível do ponto de vista empírico e reflexível, é apenas uma parte do que somos. O homem, dessa forma, tem dentro de si uma profundidade exuberante e pouco conhecida, que por vezes é incognoscível, como as porções oceânicas do globo terrestre, enquanto que só podemos habitar as porções terrestres, as partes conscientes.

A definição de que o eu é o centro da consciência nos dá o norte de que a consciência se relaciona com o eu. Há uma linha de energia que liga um traço ou conteúdo consciente àquilo que se denomina complexo do eu. Jung define complexo como um agrupamento de ideias com carga afetiva, apresentando características arquetípicas – com uma base coletiva da psique, um eixo que o sustente estruturalmente com as potencialidades do homem como um todo – e pessoais – agora dotado e condicionado pelas experiências subjetivas e específicas de cada pessoa (Hopcke, 2011). Este aspecto duplo permitiu a Jung considerar que os complexos são a *via regia* para o inconsciente (Jung, 1971/2000). Apesar do complexo do eu ter especialmente a característica da consciência, os outros complexos também podem apresentar parcialmente esta característica, contudo cabe ao complexo do eu o local psíquico de centro da consciência e qualquer aspecto de outro complexo que se apresente à consciência está necessariamente ligado ao complexo do eu. O eu permite a percepção do que é de si, revela o *sujeito*, sendo o último ponto de referência fundamentado e limitado pelo campo somático (Jung, 1976/2008).

A dualidade entre consciência e inconsciência, entre eu e o inconsciente, ocorre como um contraste de luz e sombras. A discriminação é o fenômeno essencial para a produção da consciência, para a consolidação do eu. Samuels (1989) fala de duas facetas da consciência: a primeira consiste na própria discriminação, que seria a “capacidade de distinguir o eu do não-eu, o sujeito do objeto, o positivo do negativo”; e a segunda seria a capacidade de “manter as várias escolhas numa espécie de equilíbrio, uma vez discriminadas, e facilitar a produção de novos conteúdos psíquicos, e, portanto, de novas atitudes conscientes” (p. 81). Estas capacidades traduzem talvez a principal função do eu, sendo o centro da consciência, como sendo o aparato necessário para contrastar, dividir, examinar e, posteriormente, escolher. Seria essa a capacidade do livre-arbítrio, de voluntariamente o indivíduo poder fazer escolhas conforme um ponto de vista ou perspectiva, porém tendo em vista um certo grau de escolha consciente. Isto se relaciona com a posição que retratamos do eu como o sujeito da consciência, seu veículo de ação e centro. Stein (2006) fala de uma “experiência em que a pessoa tem de si mesma como um centro de vontade, de desejo, de reflexão e ação” (p. 23).

Apesar dessa autonomia discriminativa, existe algum consenso em considerar que o eu surge do inconsciente. Ele surge do inconsciente como uma esfera fenomenológica que se desenvolve como todo o complexo (Kast, 1997). No movimento de desenvolvimento, ele adquire autonomia, capacidade destacada de autorrealização, autoexpressão, autoconscientização, capacidade de praticar a autoconservação e na aceitação do desafio de relacionar-se cada vez mais consigo mesmo. Em oposição, o movimento de inibição, é reconhecido na relação com a determinação alheia, feita exteriormente, por estruturas sociais e relações humanas concretas e, interiormente, por complexos dissociados (Kast, 1997). A fortalecimento do eu como um complexo ocorre, portanto, com um enfrentamento de alguma realidade externa ou mesmo interna, em que se faz atuante a capacidade de discriminar entre uma posição e outra.

Porém, como um produto derivado do inconsciente, o eu guarda em sua estrutura sua gênese. Isto é alvo de considerações feitas por Stein (2006) e Samuels (1989). O eu é um espelho para o inconsciente. Aquilo que se descreve como algo que se destaca e ganha autonomia frente ao inconsciente, mostra-se um tanto invertido com essa afirmação. E demonstra a ambiguidade do conceito e de sua fenomenologia. Stein diz que “o ego é uma espécie de espelho no qual a psique pode

ver-se a si mesma e pode tornar-se consciente” (p. 23). Ele continua: “quando um conteúdo psíquico só é vaga ou marginalmente consciente, é porque não foi ainda captado e mantido em seu lugar na superfície refletora do ego” (p. 23). Em *A Natureza da Psique*, Jung (1971/2000) diz que “o inconsciente não se identifica simplesmente com o desconhecido; é antes o *psíquico desconhecido*, ou seja, tudo aquilo que, supostamente, não se distinguiria dos conteúdos psíquicos conhecidos, quando se chegasse à consciência” (§382). A superfície consciente é então o lugar onde esses conteúdos psíquicos podem ser examinados. Isso parece refletir uma *necessidade* do inconsciente impulsionar seus próprios conteúdos para um desenvolvimento. É como se o eu fosse a instância delegada para fazer o papel desenvolvimentista do próprio self. Este, por sinal, é, segundo Jung, o núcleo arquetípico do eu, já que o eu como um complexo está ligado a um núcleo de natureza arquetípica, primitiva. O eu, assim, é uma atualização do próprio arquétipo da totalidade, porém, cujo centro seria apenas o campo da consciência (Samuels, 1989; Kast, 1997). Isto também determina uma relação *complementar* entre o eu e o inconsciente, pois aquilo que é conhecido nos diz algo sobre aquilo que não o é (Samuels, 1989, p. 76).

O complexo do eu é uma compilação que possibilita a consciência de si próprio, que desenvolve sensação de identidade e continuidade pessoal no tempo e espaço e também uma percepção da possibilidade de ação, que em última análise é sentido como livre-arbítrio (Samuels, 1989). Kast (1997) associa ao eu o tema vital da identidade, do desenvolvimento e da autoconsciência ligada a isso. Por identidade, ela entende um “sentimento de vitalidade, de estar vivo, em que se enraíza a possibilidade de introduzir-se ativamente como eu na vida, realizar-se” (p. 65). Portanto, o sentimento de vitalidade está conectado com a atividade do eu e sua autorrealização, que pode se opor a determinações exteriores, à inércia do inconsciente, possibilita a reflexão – como ato de lançar luzes sobre – si próprio e os outros. Ou seja, o eu em suas capacidades é ator essencial para a dinâmica com a alteridade/self/inconsciente/outro; ele se relaciona com aquilo com que não se identifica; pode ultrapassar limites transponíveis e ainda é uma instância protetora contra inundações do próprio inconsciente.

A emergência dos conteúdos do inconsciente, sobretudo, dos que se encontram como imagens de complexos autônomos, é vital no processo de desenvolvimento psíquico, cuja função do eu se destaca por garantir um local dialético e propício para transformação. Jung esclarece da seguinte forma:

Estas peculiaridades do estado inconsciente contrastam fortemente com a maneira pela qual os complexos da consciência se comportam. Aqui eles podem ser corrigidos, perdem seu caráter automático e podem ser transformados substancialmente. Despojam-se de seu invólucro mitológico, personalizam-se e se racionalizam, entrando no processo de adaptação que tem lugar na consciência, e, deste modo, se torna possível uma espécie de discussão dialética. O estado inconsciente é, portanto, manifestamente distinto do estado consciente. Embora, à primeira vista, o processo continue no inconsciente, como se fosse consciente, contudo, com a crescente dissociação, ele parece baixar a um nível mais primitivo [isto é, arcaico e mitológico], e aproximar-se, em seu caráter, da forma instintiva subjacente e assumir as qualidades específicas do instinto: o automatismo, a capacidade de não se deixar influenciar, a *all-or-none-reaction*, etc. (Jung, 1971/2000, §384)

Essa potência instintiva é manifesta na formação dos símbolos. Para a psicologia analítica símbolos são a “melhor representação possível de alguma coisa que jamais poderá ser conhecida plenamente” (Hopcke, 2011, p. 40). Isso significa que o símbolo corresponde a uma categoria de imagem que expressa algo que não pode ser totalmente reduzido por uma convenção ou simplificação, papel destinado aos sinais. Do grego, símbolo significa reconhecimento (Kast, 1997) e induz alguém a tomar ciência de algo que está diante dele, como um objeto que apresenta muitos sentidos possíveis, que vão além do significado concreto. Pelos símbolos e experiências vividas, o inconsciente se manifesta. Pela estrutura arquetípica, as imagens tomam determinadas formas, formas arquetípicas, o que não significa dizer que o arquétipo seja idêntico ao símbolo, mas este uma manifestação daquele. O símbolo traz consigo uma carga emocional que podemos experimentar, não se tratando, portanto, de uma imagem sem profundidade que não “atinge” a pessoa.

O impacto e potencial que o símbolo pode proporcionar ao eu consiste em apresentar uma realidade profunda que expressa aspectos de sua vida psíquica. Sendo assim, os símbolos são pontes entre o inconsciente e a consciência. Sem a polaridade consciente, cujo centro é o eu, os símbolos seriam expressos pelo inconsciente, porém sem sucesso em estabelecer uma conexão com a vida desperta, reduzindo a capacidade de desenvolvimento de um complexo. Kast (1997) afirma que a “psique parece ser um sistema autorregulador se o complexo do eu for suficientemente coerente” (p. 40), isto é, se o eu for forte e hábil o bastante para compreender a emergência simbólica e deles puder tomar uma nova realidade, preservando ainda o caráter da identidade original, algo que não se vê em estados psicóticos ou de intensa dissociação, por exemplo. Deste modo, a tomada de consciência do que estava no inconsciente em conjunto com a atitude do eu são um

passo essencial no desenvolvimento. Logo que um conteúdo passa para a consciência, ele já se encontra relacionado ao complexo do eu, como reforça Jung:

Só existe consciência quando há um conteúdo psíquico associado ao eu. O eu constitui um complexo psíquico solidamente constituído. Como quase nunca há sono sem sonhos, podemos admitir que a atividade do complexo do eu raras vezes cessa por completo . . . parece-me que a diferença existente entre a atividade no estado de vigília e a atividade no estado hípico é muito importante. No estado de vigília, a psique se acha aparentemente sob o controle da vontade consciente, mas no estado hípico produz conteúdos que irrompem, quais seres estranhos e incompreensíveis, na consciência, como se viessem de um outro mundo. (Jung, 1971/2000, §580)

O destaque à associação entre um conteúdo e o complexo do eu é o que permite dizer que este conteúdo encontra-se consciente. Porém, há ambiguidades, conforme Jung aponta. O complexo é uma estrutura e não uma imagem homogênea e nele ocorrem operações como as defesas psíquicas, além do que o próprio fluxo contínuo de imersão no inconsciente e emergência de conteúdos à consciência não pode ser visto de forma voluntária simples pelos indivíduos. Jung esclarece esta ambiguidade:

Entre o “eu faço” e o “eu estou ciente daquilo que faço” há não só uma distância imensa, mas algumas vezes até mesmo uma contradição aberta. Consequentemente existe uma consciência na qual o inconsciente predomina, como há uma consciência em que domina a autoconsciência. Este paradoxo se torna imediatamente compreensível quando nos damos conta de que não há nenhum conteúdo consciente a respeito do qual se possa afirmar com absoluta certeza que é em tudo e por tudo consciente, pois isto necessitaria uma totalidade inimaginável da consciência, e uma totalidade desta natureza pressuporia uma totalidade ou integralidade igualmente inimaginável da mente humana. Assim chegamos à conclusão paradoxal de que *não há um conteúdo consciente que não seja também inconsciente sob outro aspecto*. É possível igualmente que não haja um psiquismo inconsciente que não seja ao mesmo tempo, consciente. Entretanto, esta última assertiva é mais difícil de provar do que a primeira, porque o nosso eu, o único que poderia comprovar tal assertiva, é o ponto de referência da consciência e justamente não possui nenhuma associação com os compostos inconscientes que o capacitasse a dizer alguma coisa sobre a natureza dos mesmos. (Jung, 1971/2000, § 385)

Assim, o que é consciente também apresenta ramificações inconscientes e o que é do inconsciente apresenta formas na consciência. Um sistema não é isolado do outro e vai mais além, a polaridade consciente e inconsciente é uma dualidade inseparável que opera no sistema psíquico autonomamente, tendo o eu algum poder de orientação voluntária apenas. Este fenômeno confunde a nossa percepção sobre o psiquismo e o mundo, na qual tendemos a achar que o nosso ponto de vista, a posição de identificação do aspecto mais disponível à consciência, é coincidente com a realidade objetiva. Porém, trata-se de uma visão “complexada” da realidade, da qual parte um julgamento carregado de certos afetos e princípios que vão além da

subjetividade, cuja origem se localiza no inconsciente profundo e mesmo arquetípica. Então, Jung define o eu como uma rede, um complexo por suas ramificações e expressões difusas e não homogêneas de imagens:

A consciência, portanto, pode ser muito bem entendida como um estado de associação com o eu. Mas o ponto crítico é o eu. Mas o que entendemos por eu? Apesar da aparente unidade do eu, trata-se evidentemente de um fator altamente composto e variado, constituído de imagens providas das funções sensoriais que transmitem os estímulos tanto de dentro como de fora; consiste igualmente em um imenso aglomerado de imagens resultantes de processos anteriores. Todas estas componentes sumamente variadas necessitam de um fator dotado de forte poder de coesão. Qualidade esta que já identificamos na consciência. Por isto, parece-me que a consciência é o requisito essencial para o eu. Mas sem o eu é impossível pensar em consciência. Esta aparente contradição se resolve, se considerarmos o eu como o reflexo, não de um só, mas de muitos e variados processos e suas interações, ou seja, daqueles processos e conteúdos que compõem a consciência do eu. A sua diversidade forma realmente uma unidade porque sua relação com a consciência atua como uma espécie de força gravitacional, atraindo as várias partes na direção daquilo que poderíamos chamar de centro virtual. Por esta razão não falo simplesmente do eu, mas de um *complexo do eu*, na suposição fundamentada de que o eu tem uma composição flutuante e por isto é mutável e consequentemente não pode ser simplesmente o eu. (Jung, 1971/2000, §661)

Eis, na sequência, o que dissemos sobre o ponto de partida da observação, o ponto de vista subjetivo que é determinado pela força dos complexos, o que nos permite encarar qualquer análise narrativa a partir da identificação da posição em que o sujeito, ou seu eu, ocupa. Sua subjetividade encontra-se permeada de aspectos do inconsciente pessoal:

Na verdade, os complexos fazem parte da *constituição psíquica que é o elemento absolutamente predeterminado* de cada indivíduo. Por isso, é a constituição que decide inapelavelmente a questão de saber que concepção psicológica terá um observador. A limitação inevitável que acompanha qualquer observação psicológica é a de que ela, para ser válida, pressupõe a equação pessoal do observador. (Jung, 1971/2000, §213)

Samuels (1989) analisa que as ideias de Jung sobre o eu (ego) apresentam três aspectos:

(a) o ego pode ser visto como um núcleo arquetípico da consciência, e, portanto, trata-se de um complexo do ego com uma série de capacidades inatas. (b) O ego pode ser visto como um elemento na estrutura psíquica em termos de suas relações com o self. (c) Finalmente, Jung às vezes adota uma perspectiva de desenvolvimento a partir da qual se pode visualizar as exigências mutáveis feitas ao ego nos vários estágios da vida. (p. 77)

Estes aspectos expressam temas que abordamos anteriormente. O eu tem uma base arquetípica e por isso pode ser examinado como estrutura. Esta base é identificada no self, arquétipo da totalidade psíquica e com ele o eu é capaz de estabelecer complexas relações e dinâmica. E por fim, Jung nos traz a ideia de um desenvolvimento do eu em estágios, o confronto com as etapas do processo de

individualização, em que o self mobiliza o eu a participar e lidar com suas exigências. Whitmont (1990) apresenta agora uma definição operacional tríplice do eu:

(1) Ele funciona como o centro, o sujeito e o objeto da identidade pessoal e da consciência, isto é, a consciência da identidade pessoal que se prolonga e continua através da sequência tempo, espaço e causa e efeito, o que é capaz de refletir sobre si mesma, como no “*Cogito ergo sum*”, de Descartes. (2) Ele é o centro e o causador, pelo menos aparentemente, de planos de ação, decisões e escolhas pessoais, e o ponto de referência para julgamentos de valor. (3) É causador dos impulsos pessoais, o desejo que traduz decisões em ações dirigidas para fins específicos. (p. 206)

Aqui se reforça o caráter de manutenção de uma identidade e continuidade e da ação e volição dirigida, sendo o eu capaz de discriminar entre elementos do mundo sensível exterior e interior e tomar posição a respeito. Isto permite visualizar quais são, em geral, as qualidades mais evidentes do complexo do eu.

Estas qualidades são mantidas pelas funções do eu, que são diversas e se apoiam em funções cognitivas e psicodinâmicas. Segundo Kast (1997), elas são “a capacidade de percepção, a sensação, a capacidade de memória, o pensamento, a formação de conceitos, a orientação no espaço e no tempo e em si próprio, a atenção, a motricidade, bem como os mecanismos de defesa” (p. 85). Samuels (1989) as expõe da seguinte maneira, baseando-se em Fordham (1969): (a) percepção; (b) memória; (c) organização do funcionamento mental; (d) controle sobre a mobilidade; (e) teste de realidade; (f) fala; (g) defesas; (h) capacidade de renunciar às suas funções de controle e organização. Esta lista enumerada por Samuels retrata funções complexas que mediam nossa relação com nossa realidade externa e interna. Cabe ao eu se posicionar entre estes extremos, o que nos aproxima da noção psicanalítica do eu entre os impulsos do *id* e as exigências do superego, formulado pela ordem da interdição e do mundo exterior. Porém, o foco junguiano está em compreendê-lo como uma estrutura dotada de potencial substancial para revelar uma determinada realidade. Esta realidade se encontra na fronteira entre mundo externo e mundo interno, no destaque aos contrastes e oposições, uma capacidade de percepção e determinação de uma conduta a partir disto, no embate com a própria potência do inconsciente, na manutenção da sensação do que é o si mesmo e entre o psíquico e o somático.

Essa última dualidade em que se encontra o complexo do eu é importante, pois nela reside a originalidade do complexo pela experiência direta dos sentidos, que logicamente se localizam no corpo, na base somática da vida. Isto não significa uma

equivalência entre o eu e o corpo ou com qualquer ponto de vista fisiológico. Para Jung, o eu:

(...) considerado como conteúdo consciente em si não é um fator simples, elementar, mas complexo; é um fator que, como tal, é impossível descrever com exatidão. Sabemos pela experiência que é constituído por duas bases . . . diversas: uma base *somática* e uma base *psíquica*. . . A base somática do eu é constituída, como aponte, por fatores conscientes e inconscientes. Outro tanto se pode dizer da base psíquica: o eu repousa, de um lado, sobre o campo da consciência global e, do outro, sobre a totalidade dos conteúdos inconsciente. (Jung *apud* Kast, 1997, p. 64)

As considerações de Jung abrangem muito o eu por todo o psiquismo ao utilizar a ideia de “totalidade dos conteúdos inconsciente”, visto pelo prisma do psíquico. O eu pode se associar potencialmente a qualquer conteúdo inconsciente. E, também, ao fazer referência às percepções corporais, como afirma Kast, ao resgatar ideias iniciais de Jung datadas de 1907, já que:

(...) o tom sentimental do complexo do eu, o sentimento de si mesmo, é, por um lado, expressão de todas as percepções corporais, mas, por outro lado, de todos os conteúdos psíquicos da representação, que são percebidos como pertencentes à nossa própria pessoa. (Kast, 1997, p. 64)

E também:

(...) torna-se bastante claro que o corpo e o sentimento corporal são considerados como base do complexo do eu. Se o complexo do eu é o complexo central, é apenas lógico que todas as associações que o constituem e se relacionam diretamente com nossa própria pessoa e nosso sentimento de autoestima sejam as mais essenciais para as pessoas. (Kast, 1997, p. 64)

E:

As percepções corporais – e entre elas se inclui, antes de tudo, a vivência de emoções – formam a base do complexo do eu e produzem a experiência da continuidade na consciência da identidade . . . À experiência da identidade também pertencem as diversas fantasias que temos a respeito de nós mesmos. . . [As] fantasias ideais de uma auto-imagem [sic] fazem-nos reprimir lados que não se harmonizam com ela, deixá-los virar “sombras” e tornar-se inconscientes. (Kast, 1997, pp. 66-7)

Kast (1997) demonstra as ideias originárias da formação do complexo do eu se apoiando na percepção humana e, também nessa última citação, expressa a formação do antagonismo entre o eu e a sombra pessoal, conjunto de ideias afetivas reprimidas e deslocadas para o inconsciente que não se mostram disponíveis ao eu consciente. O que não é aceito por um eu ideal tende a ser encaminhado para a sombra, ficando distante o mais possível das luzes da consciência. Essas ideias anunciam uma relação entre o campo do somático, pelo conjunto de estímulos que, conscientes, compõe conteúdos psíquicos do eu e também outros conteúdos que se

vão para o inconsciente. Whitmont (1990) é preciso ao dizer que para Jung “o complexo do ego [é] como um composto de elementos mentais que se apoiam nos cinco sentidos: uma síntese de várias ‘consciências do sentido’, na qual a independência de cada consciência separada está submersa na unidade do ego dominante” (p. 208). O eu, deste modo, como aponta Stein (2006), “está enraizado profundamente num corpo, até muito mais do que em sua cultura” (p. 30). Este autor prossegue ainda dizendo que “o ego está baseado no corpo somente no sentido de que experimenta a unidade com o corpo, mas o corpo que o ego experimenta é psíquico. É uma imagem do corpo e não o próprio corpo” (pp. 30-1). Portanto, dessa forma, o eu “está baseado no soma *psíquico*, isto é, numa imagem do corpo, e não no corpo *per se*. Portanto, o ego é essencialmente um fator psíquico” (itálico do autor, p. 31). Isto se traduz em *imagens* tanto para experiências matéricas, sensoriais e somáticas quanto para experiências puramente psíquicas provindas da atividade imaginativa e fantasiosa. Além disso, esta dupla base indica presença parcial de conteúdos na consciência e mais profundamente no inconsciente. Ou seja, há um trânsito, um dinamismo, para as identificações do eu e também um movimento de emergência e descendência dos conteúdos indo e voltando do inconsciente. Assim, o eu é profundamente influenciado pelo inconsciente. Os inúmeros complexos autônomos do inconsciente se relacionam em certa medida com o eu. Não por acaso, aspectos estereotipados, atos falhos e afetos estranhos nos atormentam sem que saibamos identificar sua origem e real motivação. Stein (2006) esclarece que:

Dizer que o ego assenta em ambas [bases psíquica e somática] é dizer que as raízes do ego mergulham no inconsciente. Em sua estrutura superior, o ego é racional, cognitivo e orientado para a realidade, mas em suas camadas mais profundas e escondidas está sujeito ao fluxo da emoção, fantasia e conflito, e às intrusões dos níveis físico e psíquico do inconsciente. O ego pode, portanto, ser facilmente perturbado por problemas somáticos e por conflitos psíquicos. Entidade puramente psíquica, centro vital da consciência, sede da identidade e da volição, o ego, em suas camadas mais profundas, é vulnerável a perturbações oriundas de muitas fontes. (p. 33)

O self (ou o si-mesmo, em algumas traduções) é o arquétipo que Jung identifica como correspondente à totalidade e ao mesmo tempo ao centro de todo o psiquismo. Assim, o eu não é na Psicologia Analítica o centro da psique, cabendo ao self esta função. A ele cabe o papel de autorregulação, em uma dinâmica com o eu. Neumann (1991) descreve dois movimentos da psique, coordenados pelo self: a centroversão e o automorfismo. No primeiro o self progressivamente possibilita o surgimento de um centro cada vez mais consciente das demandas da própria totalidade psíquica; no

automorfismo, há a capacidade da psique se modificar e adquirir as formas compensatórias, em que há a possibilidade do diálogo, como o encontro com o outro, o diferente do que o si mesmo se identifica em uma polaridade. O automorfismo serviria à função de autorregulação da psique. O self compreendendo o todo tem – como qualquer arquétipo – profunda ligação com o inconsciente, tudo o que não está na consciência. Esse arquétipo como organizador psíquico tende a reger e se vincular ao eu em movimentos compensatórios e dialéticos. Whitmont (1990) expressa que a relação entre o eu e o self é ainda mais estreita, pois:

(...) o sistema de valores emocional do Self procura manifestar-se no ego como o padrão das escolhas e valores da pessoa. A diretividade do Self para o objeto – aquilo que poderia ser chamado seu padrão de comportamento – procura expressão na busca de satisfação e de realização do ego através do exercício da vontade da pessoa na procura dos objetos que escolheu. (Whitmont, 1990, p. 209)

O self se manifesta no eu provocando-o, mobilizando forças e afetos que indicam rumos e metas a cumprir, trazendo à consciência tonalidades afetivas relevantes, as quais se podem compreender como identificações entre uma pessoa e seus objetos. Whitmont ainda desenvolve mais essas ideias:

O complexo de ego como realização do Self torna-se o portador e o árbitro de escolhas práticas e significativas – mas também morais e éticas; ele se torna o árbitro da ação de acordo com uma consciência que é primeiro condicionada – e que, portanto, aparece como se fosse estruturada – pelas exigências da família e dos grupos culturais. . . Os temas e padrões de escolha não são inventados pelo ego, mas são estruturados pela realização de predisposições arquetípicas através de padrões de valor adquiridos pela pessoa. (Whitmont, 1990, p. 219)

Esta relação íntima entre o eu e o self fez com que Edinger (1989) desenvolvesse a ideia de eixo eu-si-mesmo (ou eixo ego-self), que traduz uma relação que pode ser mais próxima das polaridades ou se tornarem distantes, mas que preserva o caráter de uma conexão contínua. O autor é categórico ao dizer que “a consideração do ego e do si-mesmo [self] como duas entidades distintas constitui um mero recurso racional que a discussão torna necessário” (Edinger, 1989, p. 25). Assim, pensar em eu e self é falar em um fenômeno indissociável. Aos dois movimentos do eixo eu-si-mesmo, Edinger denominou eu inflado e de eu alienado.

Por eu inflado, Edinger entende:

Como o Si-mesmo é o centro e a totalidade do ser, o ego – totalmente identificado ao Si-mesmo – percebe-se como divindade. Podemos descrever a situação nesses termos, retrospectivamente, embora o recém-nascido não pense dessa forma. Na verdade, ele nem pode pensar. Mas seu ser e suas experiências totais estão ordenados em torno de uma suposição *a priori* de que ele é uma divindade. Esse é o estado original de unidade e perfeição

inconscientes, responsável pela nostalgia que todos sentimos com relação às nossas próprias origens, tanto pessoal quanto historicamente. (Edinger, 1989, p. 27)

Assim, a inflação do eu é um aumento da sua carga energética baseada pela identificação com aspectos do self. Dele, o eu se nutre e expande ao ponto de se considerar – por mais que a ideia não seja muito consciente – tão grande e com valência semelhante ao self. O sentimento de inflação não é nítido, já que não é como se houvesse um outro pelo qual o eu pudesse se equiparar, é como se ele fosse o outro, ele seria o todo, ou pelo menos assim o eu se comportaria. Já em contrapartida, a posição oposta a essa é do eu alienado, em que Edinger escreve:

No estado de alienação, o ego não só perde identificação com o Si-mesmo – o que é desejável – como também se desvincula dele – o que é deveras indesejável. A conexão entre ego e Si-mesmo tem importância vital para a saúde psíquica. Proporciona fundamento, estrutura e segurança ao ego, além de fornecer a este último energia, interesse, significado e propósito. Quando a conexão se quebra, o resultado é o vazio, o desespero, a falta de sentido e, em casos extremos, a psicose ou o suicídio. (Edinger, 1989, p. 72)

Embora a experiência seja de uma quebra, o mais preciso seria o distanciamento, como alienação, desconhecimento. O eu se distancia tanto que a vivência do todo se perde, ele se encontra solitário, longe da fonte energética e vital. O eixo no entendimento de Edinger, e também Neumann, é a fonte da vitalidade da existência. O resultado dessa separação é a violência em todas as suas formas: direcionadas ao outro ou a si mesmo. Na opinião de Edinger, todo o conflito do eu com o inconsciente, seja com outro complexo, ou com a sombra, ou outros arquétipos (como anima ou animus), são conflitos que se dão no eixo eu-si-mesmo, ou seja, entre o eu-consciente e a totalidade psíquica que junto traz aquilo que não-é-eu. Resumidamente, o eixo eu-si-mesmo representa que:

Por conseguinte, caminhamos num terreno seguro quando postulamos uma conexão básica entre ego e Si-mesmo que se reveste de importância fundamental do ponto de vista da manutenção do funcionamento e da integridade do ego . . . O eixo ego-Si-mesmo representa a conexão vital entre o ego e o Si-mesmo, a qual deve ficar relativamente intacta se se pretende que o ego suporte as tensões e cresça. Esse eixo é uma passagem ou canal de comunicação entre a personalidade consciente e a psique arquetípica. A danificação do eixo ego-Si-mesmo impede ou destrói a conexão entre consciente e inconsciente e provoca a alienação do ego com relação à sua origem e fundamento. (Edinger, 1989, pp. 66-7)

O indivíduo pode apresentar um padrão mais frequente entre uma posição do eu inflado ou uma posição alienada. Porém elas se alternam e também há a dependência da relação que se estabelece com imagens de determinados complexos – com o inconsciente. O eu ora está inflado por uma parcela do self, ora está alienado

a outras. O fluxo é contínuo, como tudo no processo do eu com o inconsciente. Porém, os mitos religiosos trazem uma ideia central: inicialmente, nos posicionamos em um estado de inflação em que há enorme identificação com o deus, ou a mãe progenitora – o mito e a experiência do desenvolvimento são análogos. Após a queda, separação entre o homem e deus, ocorre o processo de alienação, em que o eu adquire autonomia e pode se espelhar – assim como é possível ao self ter um espelho de si e ir para atividade construtiva, função designada ao eu. Em um último estágio, há a reparação do eixo eu-si-mesmo, em que o eu reconhece sua origem no outro, no inconsciente, e dela lhe é disposto o sentido, significado e pertencimento último. Desta conexão restaurada, é possível verificar a emergência rica de símbolos que operam como pontes entre o inconsciente e a consciência (Edinger, 1989).

No que diz respeito aos mecanismos de defesa, a perspectiva junguiana não lhes dá tanto enfoque como na psicanálise, porém, não os desconsidera e trabalha com as dinâmicas da repressão, supressão, recalque, projeção, entre outras. A crítica tecida por Samuels (1989) é que Jung não desenvolve muito o conceito de defesa, o que representaria, por exemplo, uma ligação do eu com um aspecto inconsciente dele próprio, o que o deslocaria da definição base como o sendo o centro da consciência. Samuels atribui a Jung caráter precursor quando cita mecanismos como: a) divisão: mecanismo de divisão de um objeto entre um caráter bom e mal, algo visto na psicanálise kleiniana; b) identidade primitiva: semelhança *a priori* em uma não-diferenciação original entre objeto e sujeito, o que Jung ainda desenvolve na *participation mystique* que seria o fenômeno de identificação em que o sujeito não pode ser distinguido da coisa; c) projeção; e d) introjeção. Estes dois últimos utilizados amplamente nos escritos de Jung com relativa não-idiosincrasia, adotando caráter coletivo, além do pessoal.

Kast (1997) descreve com riqueza dinâmica a relação dos complexos do inconsciente com o eu, em que se operam mecanismos de defesa que impedem o aparecimento à consciência desses conteúdos não-conscientes:

Como força do eu poderíamos entender a possibilidade de o eu vincular complexos constelados ao complexo do eu. Esse conceito também significa que não é necessário estabelecer muitos mecanismos de defesa, quando, por exemplo, se experienciam emoções desconhecidas ou surgem fantasias amedrontadoras. Esses mecanismos de defesa provocam por um momento o alcance do equilíbrio psíquico. No entanto, uma vez que se reprime e se dissocia o complexo a ser incorporado, deve-se contar com distúrbios novos, mais potentes. Portanto, quem precisa estabelecer mecanismos de defesa menos rigorosos pode atacar mais facilmente o conflito existente em todo complexo. Assim, com exceção dos casos extremos, é

possível definir a força ou a fraqueza do eu – muito difíceis de diagnosticar – com base nos estabelecidos mecanismos de defesa perceptíveis. (Kast, 1997, p 102)

Nota-se o uso das expressões “reprime” e “dissocia”, ambos mecanismos de defesa, além do movimento de interdição dos conteúdos do inconsciente a emergirem à consciência. A autora, por fim, apresenta uma perspectiva clínica-prática em que se utiliza da análise e avaliação dos mecanismos de defesa para diagnosticar a força do eu. Isto significa que as defesas não podem ser descartadas de qualquer análise sobre o eu, o que indicaria sua força, ou seja, o quanto o complexo do eu é capaz de se relacionar com os conteúdos do inconsciente, o quanto ele pode ser flexível em sua posição e aceitar aquilo de estranho que aparece à luz, contanto que se mantenha a capacidade reflexiva, caso contrário, teríamos fenômenos projetivos, de *participation mystique* e identificação com outros complexos do inconsciente. Isso representaria a fragmentação do eu, seu esfacelamento, em que a função de autorregulação não mais ocorreria. O eu deve ser coerente o bastante para que a psique possa se espelhar no complexo da consciência e assim desenvolver uma dialética, processo básico para a autorregulação.

Neumann (2010), importante autor da Psicologia Analítica, compreende que a consciência do eu é proveniente do distanciamento que se faz necessário pelas tendências subjugadoras do inconsciente, ou seja, as defesas são necessárias para que haja alguma autonomia humana diante do inconsciente e, conforme há o desenvolvimento delas, a consciência e capacidade de distinção se ampliam. Os mecanismos de defesa tanto para a Psicanálise quanto para a Psicologia Analítica são importantes e, neste sentido, para as duas escolas concluímos que o eu tende a proteger o sujeito do mundo externo e interno. E, ainda, Whitmont (1990) compreende que o recalque, um mecanismo de defesa, propicia a passagem de conteúdos acessíveis à consciência ao inconsciente e que desse processo resulta a sombra pessoal do indivíduo. A incompatibilidade tanto traumática quanto moral daquilo que foi vivenciado pelo sujeito em contraste com a imagem ideal que o eu tem de si promovem o desenvolvimento da sombra e a acolhida destes conteúdos em complexos autônomos do inconsciente.

Jung propõe um modelo tipológico para o eu que se expressaria a partir de duas atitudes e quatro funções diferentes (Von Franz & Hillman, 1971/1995). Elas seriam formas *a priori* de compreendermos a realidade que nos é apresentada. Seriam modos estruturais de assimilação do mundo externo e interno. Cada atitude ou função

valorizaria a realidade conforme sua natureza. As duas atitudes são a extrovertida e a introvertidas. A primeira trata em valorizar o mundo dos objetos, enquanto que a segunda enfatiza o sujeito, aquele que vê o mundo os objetos. As funções são: pensamento, sentimento, intuição e sensação. A função pensamento organiza o mundo a partir de ideias e abstrações, favorecendo sentenças explicativas sobre os eventos. A função sentimento valoriza o caráter do afeto como algo importante nas relações com o mundo. A intuição é uma função de percepção que facilita a emersão do mundo sincrônico, que vai além da causalidade material. Enquanto que a sensação é uma função de percepção que dá valor ao mundo material e corporal. A divisão dessas atitudes e funções não é excludente, ou seja, todo o indivíduo apresenta todas elas, porém, para cada um deles há uma predominância de uma atitude e de uma função (função primária, secundária, terciária e inferior). Essa ideia de Jung auxilia na análise do caráter perceptual das pessoas, baseada em um ponto de partida para assimilar a experiência do mundo.

Simbolicamente, o eu é identificado classicamente na psicologia junguiana pela figura do herói. Samuels define a semelhança entre o par eu-consciência e o símbolo do herói:

Desde os tempos mais remotos, o símbolo da ego-consciência com o qual o homem foi mais capaz de se identificar é o herói. A natureza maior-que-a-vida que caracteriza o herói representa as aspirações do homem, e suas várias lutas e conflitos expressam adequadamente o curso irregular da existência humana. A jornada do herói, conforme expressa no mito e na lenda, 'significa uma renovação da luz e, portanto, um renascimento da consciência a partir da escuridão' (CW5¹, §558). (Samuels, 1989, p. 88)

Esta é a expressão pessoal e cultural com a qual Jung identifica a eu-consciência. Os mitos estruturalmente, quando apresentam o herói, demonstram características comuns quanto a sua condição e jornada. A função de nos espelharmos nesse personagem nos auxilia a encontrar uma projeção mais bem definida do que é nossa consciência em meio a todos os outros elementos de uma trajetória épica – nossa vida. As aspirações do eu encontram nas aspirações do herói forte identificação, sobretudo, quando o personagem é confrontado com os percalços e desafios do mundo, as intempéries da natureza e do destino, o medo e ansiedade pela separação, os obstáculos culturais, os riscos e o desejo de superá-los e conquistar algo mais para a vida e sobre a vida.

¹ Referência a Jung, C. G. *Símbolos da transformação* (Obras Completas, vol.5), §558

Joseph Campbell é referência quanto ao tema do herói. Cabe a ele uma boa concepção arquetípica dessa figura. Seus estudos o levaram a compreender a estrutura do herói como um personagem que busca, voluntariamente ou não, a renovação. Sua jornada é complexa, como explicado pelo autor:

O herói mitológico, saindo de sua cabana ou castelo cotidianos, é atraído, levado ou se dirige voluntariamente para o limiar da aventura. Ali, encontra uma presença sombria que guarda a passagem. O herói pode derrotar essa força, assim como pode fazer um acordo com ela, e penetrar com vida no reino das trevas (batalha com o irmão, batalha com o dragão; oferta, encantamento); pode, da mesma maneira, ser morto pelo oponente e descer morto (desmembramento, crucificação). Além do limiar, então, o herói inicia uma jornada por um mundo de forças desconhecidas e, não obstante, estranhamente íntimas, algumas das quais o ameaçam fortemente (provas), ao passo que outras lhe oferecem uma ajuda mágica (auxiliares). Quando chega ao nadir da jornada mitológica, o herói passa pela suprema prova e obtém sua recompensa. Seu triunfo pode ser representado pela união sexual com a deusa-mãe (casamento sagrado), pelo reconhecimento por parte do pai-criador (sintonia com o pai), pela sua própria divinização (apoteose) ou, mais uma vez – se as forças se tiverem mantido hostis a ele –, pelo roubo, por parte do herói, da bênção que ele foi buscar (rapto da noiva, roubo do fogo); intrinsecamente, trata-se de uma expansão da consciência e, por conseguinte, do ser (iluminação, transfiguração, libertação). O trabalho final é o do retorno. Se as forças abençoaram o herói, ele agora retorna sob sua proteção (emissário); se não for o caso, ele empreende uma fuga e é perseguido (fuga de transformação, fuga de obstáculos). No limiar de retorno, as forças transcendentais devem ficar para trás; o herói reemerge do reino do terror (retorno, ressurreição). A bênção que ele traz consigo restaura o mundo (elixir). (Campbell, 1949/2007, pp. 241-2)

É possível perceber a proximidade com o símbolo do herói retratado por autores junguianos. Campbell não é psicólogo, é mitólogo, e por isso podemos conferir a ele uma forte contribuição interdisciplinar a respeito dessa figura em seu aspecto psicológico, arquetípico. A jornada do herói é análoga à jornada do eu, que encontra na natureza o desafio de se superar, a fim de superar obstáculos que colocam em risco a vida, de uma comunidade e de si. A trajetória pela escuridão é semelhante ao que se espera de pessoas que passam pelo desafio de sobreviver a doenças tão ameaçadoras como o câncer. No fim, se espera a renovação, com um eu transformado pela jornada e detentor do “elixir”, simbólico, da vida para um novo “mundo”, uma nova realidade.

2. PROBLEMA E PERGUNTA DE PESQUISA

O estudo do eu após a experiência estressora do adoecimento grave possibilita o entendimento mais claro de suas estruturas, sua natureza e funcionamento, já que se espera que o sujeito seja capaz de descrever refletidamente mudanças psíquicas a partir de suas perspectivas comparadas entre antes e depois do adoecimento e, assim, ter-se-ia uma expressão do eu que foi mobilizado e ativado em sua tarefa de se adaptar a uma nova realidade, revelando-se com mais clareza. O levantamento bibliográfico indica que existe pouco material que se utiliza do referencial da Psicologia Analítica que realize diálogo com o campo da psico-oncologia. Os trabalhos privilegiam a condição de estar doente e poucos sobre ser sobrevivente, o após a doença. Além disso, os estudos retratados aqui expõem contribuições que focam os arquétipos do inconsciente coletivo (sobretudo pelo uso de figuras mitológicas gregas), estudos de casos, análise de sonhos, relação com espiritualidade e técnicas imagéticas que atingem conteúdos simbólicos do inconsciente. Nenhum deles propôs a análise do complexo do eu ou de aspectos estruturais da consciência. A importância disto se mostra na própria relação com o inconsciente que, para Jung (1971/2011), é dialética. Ou seja, é essencial o eu para lidar com o Inconsciente, com o self, com a totalidade, sobretudo para o processo de integração de seus conteúdos.

Por tanto, esta pesquisa tem como proposição o estudo do complexo do eu, segundo adoção da perspectiva da Psicologia Analítica, de pessoas que passaram por um processo de adoecimento oncológico, em que suas vidas estiveram sob risco. Ou seja, qual é a sua expressão e manifestação, como se estrutura e se posiciona em relação aos conteúdos do inconsciente, após a experiência do adoecimento. Este entendimento trará maiores conhecimentos sobre a doença após a sua ocorrência propriamente, revelando aspectos tardios, colaterais ou transformadores. Além disso, haverá a contribuição quanto ao entendimento da necessidade de atenção psicossocial a esta população. Este estudo tem como objetivo principal descrever o funcionamento do complexo do eu em sobreviventes da doença oncológica, a partir dos relatos dos sujeitos participantes. Secundariamente como objetivo, buscar-se-á a compreensão do impacto que a doença oncológica proporcionou aos sujeitos participantes, isto é, como ela mobilizou seus conteúdos psíquicos e alterou suas perspectivas sobre si e sobre o mundo.

3. MÉTODO

Far-se-á uso do método clínico-qualitativo, em que serão analisados os sentidos e significações do discurso das pessoas entrevistadas (Turato, 2008), com maior enfoque no que diz respeito às dimensões de saúde e doença. Este modelo possibilita o surgimento de vários conteúdos que a princípio não seriam considerados pelo pesquisador, o que atribui grande importância à liberdade das manifestações discursivas e até mesmo emocionais dos entrevistados. Para tanto, este projeto de pesquisa propõe o uso de instrumento/técnica de entrevista semidirigida (Fontanella, Campos & Turato, 2006) em que, a partir da questão disparadora: *Conte sobre a sua experiência com o câncer. Como foi para você desde a descoberta da doença até o dia de hoje?*, o entrevistado expressará livremente sua narrativa, cabendo ao pesquisador o papel de estabelecer uma relação que desenvolva tais conteúdos e aprofundar a temática exibida pelo participante.

Destaca-se que a escolha metodológica não pretendeu esgotar as possibilidades de análise do complexo do eu diante de outros métodos como os expressivos, uso de testes psicológicos ou análises simbólicas, como de sonhos, imaginação ativa, entre outros. A escolha pelo discurso verbal é uma entre outras possíveis. O uso de outras técnicas complementares poderia expandir ainda mais o trabalho. Contudo, a escolha foi feita por se ter considerado, no mínimo, satisfatórios os resultados por meio da metodologia aplicada.

A utilização do método clínico-qualitativo se justifica, pois apresenta relações estreitas com os fenômenos da saúde e a metodologia qualitativa, que pretende compreender os fenômenos de significado originários do próprio sujeito de interesse, de modo natural, que neste caso possam vir a ocorrer no momento da entrevista, no espaço de relação entre participante e pesquisador. O método clínico-qualitativo repousa em três pilares de atitudes: existencialista, clínica e psicanalítica. Estas propiciam, respectivamente,

(...) uma postura de acolhida das angústias e ansiedades inerentes do ser humano; uma aproximação própria de quem habitualmente já trabalha na ajuda terapêutica; e a escuta e a valorização dos aspectos psicodinâmicos mobilizados sobretudo na relação afetiva e direta com os sujeitos sob estudo. (Turato, 2005, p. 510)

Para Turato (2008), a psicologia da saúde, central para a fundamentação do método clínico-qualitativo, define-se pela

(...) área do conhecimento que se ocupa de estudar, do ponto de vista psicológico e psicossocial, os múltiplos fenômenos humanos ligados aos problemas do adoecimento. . . Os estudos procuram entender/interpretar sentidos e significações que estes problemas têm para as pessoas, associando a sentimentos, pensamentos e comportamentos que se manifestam nas relações estabelecidas na vida afetiva, na sexualidade, no grupo familiar, na profissão/ocupação, nas instituições, na ética e na vida sociocultural. (p. 86)

A proposta desta pesquisa funda-se, assim, no encontro entre dois sujeitos – pesquisador e entrevistado – e na possibilidade de emergência de conteúdos livres que possam demonstrar aspectos das experiências de vida em relação ao adoecimento de sobreviventes do câncer. Cabe salientar que uma das propriedades do método clínico-qualitativo é o ambiente naturalístico, ou seja, o campo onde ocorrerá a observação sem o controle de variáveis. Nesta pesquisa, acreditamos que o campo deverá ser produzido pela relação interpessoal entre o participante e o entrevistador. Não há uma disposição espacial prévia que seja natural ao relato das experiências de vida relacionadas ao adoecimento oncológico, de modo que elas se “situam” no psiquismo do sujeito, que somente poderá ser examinado por uma relação a ser estabelecida com outra psique, a do pesquisador que se desdobra sobre as atitudes citadas por Turato (2005).

A validade dos dados obtidos repousa no caráter empírico do encontro entre os sujeitos, ou seja, pela configuração de interesse do discurso e manifestações naturais do entrevistado, o pesquisador poderá ter acesso aos fenômenos ali presenciados. Por natureza, o pesquisador pode receber, descrever e registrar tais fenômenos, que posteriormente poderão ser tratados à luz da abordagem teórica escolhida. A potencialidade de generalização dos achados não se dá por força quantitativa, estatística ou por relações de causa-efeito. Ela somente é possível a partir dos conceitos construídos ou conhecimentos originais produzidos (Turato, 2005). O tamanho de nossa amostra, portanto, será construído pela experiência em campo e buscaremos atuar em direção a satisfazer a inteligibilidade dos fenômenos do adoecimento oncológico passado por estes sobreviventes e das manifestações do complexo do eu, usando o modo de amostragem por saturação. Por sua vez, caberá ao pesquisador sentir e interpretar os fenômenos ocorridos pelo contato com os entrevistados (Turato, 2005).

Este estudo pretende utilizar o rigor do corpo teórico da Psicologia Analítica para compreensão dos processos do Complexo do eu. Ao longo das entrevistas, o pesquisador não terá controle sobre as manifestações dos entrevistados. Isto aponta

para incalculáveis possibilidades de análise dos conteúdos manifestos das entrevistas. A exploração destes conteúdos em estado “livre” será a primeira etapa do processo de pesquisa. Posteriormente, tais dados serão analisados à luz da abordagem teórica da Psicologia Analítica no que se refere ao complexo do eu, ou seja, tendo como base essa teoria, buscar-se-á compreender o funcionamento do complexo do eu dos participantes sobreviventes à doença oncológica.

3.1 Participantes

Os critérios de inclusão dos participantes foram: maiores de 45 anos até o limite de 70 anos; ausência de doença oncológica por no mínimo 2 anos, após o término do tratamento clínico – delimitamos arbitrariamente esta margem de tempo, pois esperamos que o participante já esteja livre dos estressores do tratamento e melhor adaptado a sua nova fase da vida pós-tratamento; pessoas que realizaram pelo menos uma forma de tratamento adjuvante, o que nessa amostra consistiu em quimioterapia e/ou radioterapia, além do tratamento cirúrgico como modalidade principal; consideramos pessoas que estejam em condições de contactar com facilidade com o entrevistador, sendo, portanto, uma amostra por conveniência. Não foi adotado o critério de 5 anos para facilitar o encontro de tais participantes. Não foi feita distinção por sexo ou localização do câncer. Como critérios de exclusão temos: pessoas sem condições adequadas de saúde física e psicológica, evitando assim participantes que apresentem problemas psiquiátricos graves, problemas neurológicos ou físicos que pudessem impedir ou comprometer a participação. Pessoas que fazem uso de medicação psiquiátrica só fizeram parte do estudo, caso o uso da medicação seja indicado para problemas mais leves, evitando assim casos de esquizofrenia, bipolaridade, depressão grave, entre outros.

3.2 Aspectos Éticos da Pesquisa

A pesquisa conta com aprovação dos Comitês de Ética em Pesquisa com Seres Humanos das instituições envolvidas, atendendo as Resoluções em vigor – Universidade de São Paulo, como proponente e patrocinadora da pesquisa e Hospital Sírio-Libanês, como instituição coparticipante.

Quanto aos riscos da pesquisa, espera-se que os participantes possam discorrer sobre suas experiências de vida sem prejuízos pessoais ou desestabilização emocional significativa ao ponto de desestruturá-los. Tratando-se de um tema que vem associado a angústias e experiências estressoras relevantes, pode ocorrer algum nível de sensibilização e flexão emocional, o que é esperado e até mesmo desejado para o estudo das estruturas psíquicas a serem investigadas, porém sem que isto seja induzido pelo pesquisador, que pretenderá observar a ocorrência natural do discurso e emoções dos participantes. Caso estes demonstrem maior grau de comprometimento e instabilidade emocional, o pesquisador prestará imediatamente acolhimento ao participante, podendo mesmo interromper a entrevista caso ele esteja sem condições de prosseguir e consultando-o sobre seu desejo de continuar a entrevista naquele momento ou mesmo sobre sua participação. Se necessário, o pesquisador poderá encaminhar o participante para atendimento psicológico na rede de saúde.

Os benefícios da pesquisa são individuais e coletivos. Individualmente, o participante, na interação com o pesquisador, poderá discorrer e proporcionar fluxo aos conteúdos psíquicos que, eventualmente, poderiam provocar algum mal-estar, por estarem reprimidos ou mal integrados à consciência. A possibilidade da fala é curativa, restauradora e reintegradora. O convite a falar de suas experiências é também um convite à psique se desdobrar e se desenvolver para uma dimensão mais saudável, assim como a possibilidade de uma ampliação da personalidade. Coletivamente, a pesquisa poderá trazer maior entendimento quanto ao estado de saúde mental das pessoas sobreviventes do câncer. Muito dos esforços de pesquisas e da rede de assistência ocorre aos pacientes que foram diagnosticados pela doença e ainda estão na fase de exames, tratamento e mesmo cuidados paliativos e de finitude. Porém, o paciente sobrevivente da doença passou por muitos destes estressores e talvez tenha se deparado com aspectos da morte e prejuízos e riscos pessoais, sociais, profissionais, ocupacionais e psíquicos. É necessário um exame do estado mental dos “ex-pacientes”, da pessoa sobrevivente, já que este provavelmente não passa impune à doença e sofre alterações significativas na vida, positiva e também negativamente.

Isto contribuiria tanto para o entendimento dos aspectos da saúde e doença das pessoas vitimadas pelo câncer, assim como para estratégias de cuidados de saúde pelos serviços de atenção especializados. Outro benefício é teórico-conceitual. A proposta do estudo do complexo do eu contribuiria para o entendimento e verificação empírica do conceito, assim como para o desenvolvimento da ciência psicológica, sobretudo para as psicodinâmicas e Psicologia Analítica.

3.3 Procedimentos

Após contato com os participantes por meio de indicações do Ambulatório de Filantropia da Sociedade Beneficente de Senhoras Hospital Sírio-Libanês (SBSHSL) ou com participantes voluntários foi agendado o encontro para a realização da entrevista. O local e horário foram decididos de acordo com a escolha e conveniência do participante, porém apresentaram condições adequadas para a realização da entrevista, em conformidade com o silêncio e também privacidade. As entrevistas foram conduzidas apenas na presença do participante e do entrevistador. Após a concordância e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Anexo A), a entrevista foi iniciada. Para dados introdutórios, foram coletadas informações como nome, idade, estado civil, profissão, estrutura da família e escolaridade. Todos os dados que possibilitam identificação dos participantes serão mantidos em sigilo e os nomes são fictícios para preservar a identidade dos participantes.

As entrevistas realizadas foram semidirigidas (Fontanella, Campos & Turato, 2006), o que possibilita tratar do tema proposto, experiências com o adoecimento oncológico, a partir da questão disparadora e ainda preservar a liberdade e riqueza do discurso do entrevistado, além do aspecto dinâmico da interação entre entrevistador e participante. Neste modelo de entrevista semidirigida, a palavra pode intercambiar entre entrevistador e entrevistado, em uma construção do diálogo, revelando o discurso e expressão do participante, o que contribui para a construção e melhor exposição das ideias (Turato, 2008). A partir da questão disparadora, os participantes discursarão livremente sobre vários aspectos do adoecimento.

As entrevistas foram gravadas e também coube ao pesquisador desenvolver um caderno de campo, em que foram feitas anotações sobre respostas, reações do entrevistado, reações do próprio entrevistador, comportamentos e sentimentos

observados e analogias que ele possa encontrar na ajuda em entender o que ali foi vivenciado. O número de entrevistas poderia ser maior que apenas um, contudo, não foram necessários novos agendamentos. A duração máxima delas foi de uma hora e trinta minutos. O pedido por uma nova entrevista poderia ser motivado em razão de melhor descrição ou entendimento insuficiente por parte do pesquisador de alguns dos aspectos e assuntos expostos pelo participante ou, então, interrupção abrupta da entrevista antes de um fechamento lógico. O número total de entrevistados obedeceu a critérios avaliativos do processo de obtenção de dados da nossa temática, respeitando o modelo de saturação.

3.4 Procedimento de Análise de dados

A partir do discurso e manifestações emocionais dos participantes, pôde-se analisar o modo de estruturação e funcionamento do complexo do eu, segundo modelos psicológicos de referência da Psicologia Analítica. Recorreremos a esta literatura para o desenvolvimento de uma compreensão teórica do complexo do eu e para o entendimento dos fenômenos descritos e trazidos pelos participantes sobreviventes à doença oncológica. Em síntese, significa compreender por meio desta teoria o que ocorre com o complexo do eu das pessoas sobreviventes ao câncer. Será realizada uma busca pelo funcionamento do eu humano, considerando com isso fatores como mecanismos de defesa, identidade, percepção do corpo, mente e espiritualidade e também sua relação com conteúdos inconscientes. Cabe aqui a referência ao trabalho de Penna (2014) que compreende como fundamento para os trabalhos de pesquisa em Psicologia Analítica o método do processamento simbólico-arquetípico. Este método permite a identificação do símbolo como o alvo das investigações analíticas:

O símbolo como manifestação do arquétipo situa-se no limiar da possibilidade de conhecimento, pois o arquétipo em si está fora dos limites do conhecimento, ou seja, o símbolo constitui a possibilidade e o limite do conhecimento. Por meio da função transcendente são forjados os símbolos, estes apontam para conteúdos inconscientes que “precisam” e “podem” se tornar conscientes. A transformação de conteúdos inconscientes em material consciente produz conhecimento, essa transformação entretanto apenas é efetivada por meio do processamento simbólico-arquetípico, ou seja, elementos inconsciente contidos no símbolo

passam a fazer parte da consciência pelo processamento destes pelo ego. (Penna, 2014, p. 82).

A origem do conhecimento, para Penna, provém do símbolo, do material que apresenta alguma sensibilidade à consciência e que ainda revela algo ainda desconhecido. No presente trabalho, nosso alvo é o complexo do eu, que é o centro da consciência. A referência simbólica de Penna pode se estender em nosso trabalho para a compreensão da natureza do “símbolo complexo do eu”. Isto é, podemos selecioná-lo como alvo de investigação simbólica, pois a natureza do trabalho consiste em apreender sobre o eu, sobre aspectos que somente podemos entender por um exame que vai além de elementos imediatos, como por exemplo, as opiniões conscientes dos participantes, crenças e autoanálises. O complexo do eu é como os olhos que permitem ver, mas que é muito carente em poder se ver, de apresentar consciência de aspectos próprios. Somente com um espelho ele poderia se enxergar. No nosso caso, o espelho, é o olhar do pesquisador que procura observar aspectos que vão além do que é declarado na superfície. Por tanto, o aspecto simbólico retirado da perspectiva de Penna é transportado para a atitude do pesquisador em relação ao seu objetivo de estudo, o complexo do eu, e não somente ao repertório simbólico do inconsciente dos participantes. Em certa medida, há até uma contraposição entre o símbolo e o conteúdo consciente, normalmente processo pelo complexo do eu. Por tanto, nosso trabalho vai um pouco além do que prevê Penna como ferramenta metodológica.

As entrevistas foram registradas em áudio, o que garante um material objetivo para análise. Posteriormente, os excertos mais significativos foram extraídos e transcritos, que se encontram em nossos resultados. Turato (2008) considera que a utilização de gravações em entrevistas pouco interfere nos estudos qualitativos. Tendo em posse o material registrado em áudio e com a complementação do caderno de campo, poderemos ter um panorama exploratório bastante amplo dos fenômenos do psiquismo que pretendemos abordar. Isto possibilita a (re)verificação de hipóteses e outros pontos de vista e ambiguidades do discurso e concepções dos participantes. Nosso objetivo principal consiste na descrição do funcionamento do complexo do eu dos sobreviventes da doença oncológica e secundariamente a compreensão do impacto da doença em suas vidas. Para abranger estes dois objetivos, o material registrado em áudio será analisado também com o apoio da técnica de análise de temática de conteúdo (Cavalcante, Calixto & Pinheiro, 2014), o que não significa

seguir exatamente todas as operações preconizadas por ela, mas sua utilização como suporte para melhor responder aos nossos objetivos de pesquisa. O material produzido pelas impressões do pesquisador/entrevistador foi uma fonte importante para compor os dados e compreender os fenômenos de interesse.

4. RESULTADOS

Foram realizadas cinco entrevistas com cinco participantes, sendo uma entrevista por participante. Foram entrevistadas quatro mulheres e um homem. As entrevistas foram registradas por meio de gravação e, posteriormente, tiveram trechos transcritos a fim de transmitir mais objetividade ao material relatado. A análise do conteúdo foi voltada a identificar os elementos característicos do funcionamento – “operatividade” – do complexo do eu e para a compreensão do impacto que a doença provocou nos sujeitos. A seguir, encontram-se as categorias temáticas que foram depuradas dos relatos. Elas foram organizadas a partir de aspectos relativos à compreensão do complexo do eu, conforme a abordagem da Psicologia Analítica. Os trechos em *itálico* nas falas são destaques do pesquisador. Os nomes escolhidos para caracterizar os participantes são fictícios, assim como nome de instituições, entre outros, preservando maior sigilo.

Participantes

Hércules: sexo masculino, brasileiro, de formação religiosa católica, tem 63 anos de idade, é casado, tem uma filha, reside na cidade de São Paulo, onde realizou todo seu tratamento, tem ensino superior completo em economia, atualmente é aposentado e teve câncer de pulmão há 7 anos, que foi localmente recidivado em questão de meses após o primeiro procedimento cirúrgico. Realizou mais tratamentos adicionais e hoje se encontra sem sinal de doença há aproximadamente 6 anos.

Atena: sexo feminino, brasileira, identifica-se como espírita há 18 anos, teve formação católica, tem 57 anos de idade, é solteira, sem filhos, reside na cidade de São Paulo, onde realizou todo seu tratamento, tem ensino superior completo em administração, atualmente trabalha como consultora de recursos humanos (RH). Teve câncer de mama há 7 anos. Realizou cirurgia, radioterapia e tratamentos hormonais. Concluiu último tratamento há 6 anos. Hoje, encontra-se sem sinal de doença.

Pandora: sexo feminino, brasileira, de formação religiosa católica, mas não-praticante, tem 59 anos de idade, é solteira, sem filhos, reside na cidade de São Paulo, onde

realizou todo seu tratamento, tem ensino superior incompleto em letras. Trabalhou com serviços administrativos, atualmente é aposentada. Teve câncer de mama há 8 anos. Realizou cirurgia, quimioterapia e radioterapia. O último tratamento foi feito há 7 anos. Encontra-se sem sinal da doença.

Reia: sexo feminino, brasileira, católica, tem 59 anos de idade, é separada, tem dois filhos, reside na cidade de São Paulo, onde realizou todo seu tratamento, natural da Bahia, tem ensino fundamental completo, trabalha como cozinheira há 30 anos. Teve câncer de mama há 7 anos, com metástase pulmonar e no fígado. Realizou cirurgia, quimioterapia e radioterapia. Realizou último tratamento há 2 anos. Hoje se encontra sem sinal de doença.

Core: sexo feminino, brasileira, de formação religiosa católica, mas não-praticante, tem 66 anos de idade, é solteira, sem filhos, reside na cidade de Ferraz de Vasconcelos - SP, realizou todo seu tratamento em São Paulo. Natural de Aracaju – SE. Tem ensino superior incompleto em administração. Trabalhou com serviços administrativos, atualmente é aposentada. Teve câncer de mama há 5 anos. Realizou tratamento cirúrgico, quimioterapia e radioterapia. Último tratamento realizado foi há 4 anos. Hoje, encontra-se sem sinal de doença.

Categorias temáticas

4.1 Relação com figura superior: eu, Deus e espiritualidade

Pode-se perceber a tendência de relacionamento entre o eu, individual e centro na identidade daquele que fala – dotado de consciência – com a figura de Deus, que representa um outro dotado de poderes superiores e capacidades extraordinárias. Destaca-se que o recurso a essas imagens divinas ou transcendentais não são externas ao sistema psíquico. Trata-se da relação do eu com o self, do arquétipo da totalidade, que comumente é representado por Deus, de modo psicológico. Portanto, a relação que os participantes desenvolveram, nesta análise, refere-se a potências internas deles mesmos em um sentido de função de religiosidade, ou acesso à dimensão da espiritualidade, àquilo que confere sentido ao existir.

Pelo participante Hércules estar em um contexto social e pessoal cristão, a figura de Deus aparece em conformidade com poder de compreensão, compaixão e fonte de força vital, transmissível ao eu – pessoal humana, mortal e frágil.

O seguinte relato sugere, pela descrição de um evento que provocou surpresa, a percepção de que o eu não apresentava forças ou estava preparado para lidar com um grande desafio, no caso, suportar o sofrimento. Deus é invocado como proteção. Este outro dotado de compaixão e solidariedade pode acalantar o eu frágil e em posição desamparada.

Quando eu comecei a fazer a primeira cirurgia, eu lembro que... eu sou um cara religioso, acho que isso ajuda a gente um pouco, uns 90 por cento... quando eu saí da cirurgia, no dia seguinte e fui tomar meu primeiro banho, eu olhei e tinha aquele aparelho para aplicar morfina e é tudo eletrônico, ele que aplicava as doses para não sentir dor. Quando eu olhei para aquilo [aparelho], na hora do banho... eu tinha muito medo de sentir dor, eu falei *'e agora, como eu vou tomar banho assim? Só com a sua ajuda [Deus] que eu entendo que eu tô passando'*. Se não é a minha fé em algo superior, eu não achei que isso está acontecendo aqui.

A religião, como um sistema de crenças organizado, que ainda no caso cristão tem Deus como centro da fé, possibilita uma orientação que ajuda o eu a se predispor a uma tomada de atitude ou ação – que não necessariamente se confirmam na prática –, que servem de suporte aos eventos e situações difíceis e penosas. O paciente trouxe o seguinte relato:

Aí, eu saí de casa e meu diagnóstico era câncer, não-sei-o-quê, e ele [médico que fez o diagnóstico] iria me mandar para o oncologista. Eu lembro que falei para minha esposa *'hoje vamos sair de casa, eu e você, e nada do que a gente ouvir vai mudar a minha fé. O que a gente ouvir a minha fé continua a mesma'*.

Nota-se um fator de identificação aqui. A fé é parte do sujeito, é um elemento que diz respeito a quem ele é e que foi evocada como medida de proteção e também para se predispor a organizar a pessoa. O eu toma como base a *sua* fé, amparada na figura divina de Deus para aguentar o diagnóstico, momento difícil, que anuncia mudanças na vida e um futuro incerto, típicos da percepção sobre doença oncológica.

O participante Hércules fala também de experiências que teve observando outras pessoas em situação semelhante, pessoas com câncer em tratamento. Ele traz o seguinte relato:

Uma vez um cara chegou na clínica, estava esperando para fazer quimioterapia, fazendo a ficha dele e falou [funcionário do hospital] *'Qual é a sua religião?'* [Ele disse] *'Não preciso disso!'*. Eu falei *'meu Deus do céu, que ignorância. Como assim não precisa? Você não crê em algo superior em alguma coisa [que] conspira para dar certo ou dar errado?'*

Sua fala sobre “conspirar” para dar certo ou errado indica o posicionamento do eu que busca uma pré-condição espiritual e transcendente que influencia a realidade material e física. O suporte deste algo superior é resgatado com função amparadora. O sofrimento psíquico e espiritual do participante é acolhido pelas ideias de Deus e de fé. Sozinho, o eu sem uma fonte “externa”, projetivamente identificada por Deus e pela fé, seria menos eficiente em proteger o sujeito dos riscos e sofrimento que ele encontrou em sua jornada pela sobrevivência.

Ainda sobre o papel da espiritualidade, ela funciona além do trazer o conforto e da manutenção de um estado aceitável de equilíbrio diante das tensões de estar com câncer. A espiritualidade, pelo encontro de sentido e significado para a vida, é retratada amplamente por Hércules em contextos que demonstram aprendizado e importância do que lhe ocorreu. Nota-se a tentativa de conformar as impressões e ideias sobre algo que vai além do campo material, isto para um sujeito que é bastante religioso. Esta tentativa de conformação parece ser uma forma de afirmar expectativas sobre uma dimensão da realidade que já se tinha ou que foi intensificada ou criada junto à crise da doença. O trabalho de racionalização do eu, sua capacidade de realizar narrativas explicativas sobre a realidade é vista abaixo:

Mas acho que foi um aprendizado para você aprender e a gente não é corpo, *a gente é espírito. Acho que o espírito vaga e uma hora você deixa esse corpo*, assim como eu não sou espírito, mas eu acho que, por exemplo, pessoas que eu conheci, às vezes o pessoal explica que isso é psicologia, psiquiatria... você dormiu, você acordou e você já conhecia aquela pessoa, mas acho que não. Acho que os espíritos tiveram uma ligação de algum lugar.

A tensão e conflito entre as polaridades corpo e espírito se apresentam. A condição de ser corpo e ainda de se ter um espírito, que não parece ser expresso no campo perceptivo exterior, gera complicações. O participante traz um relato de um padre que expressa isto, de forma significativa para ele próprio:

Tinha um padre aqui da igreja que falava, ele também teve câncer. Ele falava assim '*milagre, nunca espere um milagre como uma luz do céu para te salvar. Milagre é um médico abrir teu estômago e cortar 3 ou 4 metros de intestino, cortar onde precisa, juntar de novo, devolver, fechar e no dia seguinte, você levanta e vem rezar a missa. É isso é milagre, não existe luzinha que vai curar doença. Se você está doente, você precisa ir ao médico, que não adianta ficar na igreja ajoelhado e que vocês vão morrer, vão morrer da sua doença*'.

A questão evidenciada, do ponto de vista de uma pessoa que esteve doente e comprometida pelo câncer, é de que ele busca sua cura, o que se dá pela dimensão corporal: é o corpo que está doente e deve ser tratado. A medicina entra com seu arsenal de intervenções e medicamentos para se livrar da doença e com ela o corpo

deve ser curado. Entretanto, a crença e a fé podem operar de modo a se orientar pela cura dentro do próprio campo do pensamento e pela imaginação. Os ritos, as rezas e procura por milagres são expressões da busca pela cura. O participante, particularmente, rejeita esta ideia e traz as palavras do padre como um ponto de autoridade para reforçar que se deve procurar a cura dentro do campo físico. A expressão espiritual teria outra função, sendo ela a de suportar o sofrimento e no máximo conspirar pelo sucesso de algo que ocorre na realidade material. O relato a seguir demonstra parte da compreensão do sofrimento originário de seu adoecimento físico. Mais uma vez, o participante fez uso do relato de um membro da hierarquia eclesiástica. Nele, a penitência dos homens ocorre aqui, no presente, no corpo. E por fim no relato, há uma consideração de uma atitude mais adaptativa expressa pela metáfora do bambu, em que a reflexão seria a melhor forma de sobreviver às dificuldades da vida.

Uma vez perguntaram para o Dom E. se ele dava muita penitência, ele [disse] 'Eu não dou penitência para ninguém, porque a vida normalmente já coloca umas coisas no seu dia-a-dia que já vale por qualquer penitência. *Isso já é normal e eu vou colocando mais coisas, vai ser só pior*'. É aquela história do chinês e do bambu. O bambu, quando o vento vem, ele se abaixa e quando a tempestade acaba ele volta no lugar, enquanto que as outras árvores quebram.

A participante Atena apresenta uma relação com a figura superior muito menos aparente do que Hércules. Neste, nota-se uma forma de interação com a instância divina que não foi verificada em nenhuma outra entrevista. Atena é uma mulher racional que não expressou, ao longo de sua entrevista, relação íntima, subjetiva, com o outro superior, ao menos em uma figura centralizadora, como o Deus cristão. Porém, ela relata uma passagem que explicita um pedido de ajuda por meio da espiritualidade:

Eu fiz também, paralela à radioterapia, um tratamento espiritual. Claro que nesse momento pós-tratamento, você fica mais sensível. No momento do tratamento, eu acho que fiquei mais voltada para aquilo [algo de dimensão espiritual], mas depois você volta.

Nota-se certo uso do que ela se referiu à espiritualidade para vias materiais, uma espécie de muleta de amparo para lidar com os pesares da doença, na busca de forças pela restauração que ela não reconhece que tem por si só. O eu, assim, percebe seu limite e faz um apelo ao mundo espiritual. Em outra passagem, Atena demonstra já um relacionamento espiritual mais íntimo e direto. Nela, ela “manda mensagem” para seus órgãos, enquanto está sendo submetida à radioterapia:

Mas quando eu fazia radioterapia, você fica bem pouquinho, você fica quietinha lá e ficava pensando, ficava mandando mensagem... fiquei com muito medo da radioterapia porque fui ler

algumas coisas, pessoas que tiveram problemas cardíacos, no pulmão, até na costela (...) fiquei muito assustada ... para meus órgãos para meu coração, para o pulmão: vocês não se deixem abalar com isso porque é só um negocinho, foi só um tumor e passava muito rápido e eu ia embora e voltava no dia seguinte.

O gesto é uma oração, ritualizada e dirigida ao corpo, não a um espírito transcendente. Nela, ela pede, fazendo uso de recursos que estão além da matéria física, pela preservação de si. A fala é o meio ritualístico que torna os órgãos internos animados, ou seja, dotados de vida própria e alguma consciência, inteligência e mesmo emoções.

Já a participante Reia, admitidamente católica, expressa sua fé em torno da religião. Ela revela o seu modo “devoto” pelas imagens de Deus e de Nossa Senhora Aparecida, além da igreja como reduto de oração. Isto se apresenta como prova de sua servidão a Deus. O eu reconhece, como se em uma relação disciplinar, sua posição inferior ao divino. Mas isso garante proteção e impermeabilidade diante do mundo mortal.

Eu tenho muita fé no Todo Poderoso e sou devota de Nossa Senhora Aparecida. Devota que eu vou lá [para a Basílica] quatro vezes ao ano. Sigo direitinho, vou à missa aos domingos. (...) E tenho fé, e muita fé.

Reia foi uma participante que demonstrou ao longo da entrevista muita convicção em sua força de resistência e certeza de que não iria se abalar pela doença. Esta passagem revela forte estrutura religiosa. A crença nos rituais da igreja e a servidão dos fieis diante Deus. Ela, assim, se assemelha mais a Hércules do que qualquer outra participante entrevistada, o que indica a forma como uma religião pode induzir a uma atitude específica não só diante do transcendente, mas também como uma forma consciente de ser. Ou seja, como o eu se organiza, aceita, rejeita e se flexiona diante daquilo que se encontra além do seu limite de compreensão, o mundo espiritual.

A participante Pandora fez uso de Deus com função semelhante a Atena. Ela utilizou a invocação divina, fez um apelo, pela cura e preservação de algo. No seu caso, o apelo foi pelo controle emocional:

Eu pedia para Deus, eu falava 'não posso ficar nessa ansiedade, porque assim eu estou demonstrando para minha família que estou apavorada, que estou com medo, quero que me tire essa angústia, esse pânico, tenho que viver, tenho que viver. E realmente, eu rezei, eu pedi e foi... sabe, no meu caminhar, nas minhas idas.

Ela invoca Deus pensando em si e na família. O pedido é dirigido para organizar sua vida emocional íntima e o que está no seu entorno. Por essa passagem, pode-se

perceber o quanto o eu é tensionado diante da situação de se estar com câncer. O eu reconhece sua incapacidade de lidar com todos os elementos da vida e pede à instância superior que interceda e o ajude na sua caminhada. Deus se torna também um sujeito que colaboraria com as defesas psíquicas, pela preservação das relações familiares. É usado, portanto, para objetivos planejados e orientados pelo desejo do eu. É, assim, um recurso para o eu e não visa uma significação maior sobre as experiências da vida.

A participante Core é outro exemplo desse tipo de uso da figura transcendente, conforme os desejos do eu. Ela relata ter ficado muito abalada com a descoberta da doença e pôs em dúvida sua relação com Deus.

Quando eu descobri a doença, *minha fé ficou um pouco abalada*. Eu fiquei um tempão sem rezar, eu assistia toda quarta-feira o programa da direção espiritual com o padre. F., que eu gosto muito. Fiquei um tempão sem ver o programa dele, que *eu fiquei bem mais fria*. Eu falei '*por que eu tenho que passar por isso?*', sabe. (...) '*O que eu fiz para merecer isso, meu Deus*', eu fiquei bem triste mesmo.

Core é católica não-praticante. O que é interessante para se refletir o caráter deste posicionamento. Ela parece reservar para si força de contato com a dimensão espiritual, mas não se considera praticante, como Reia e Hércules que apresentam uma inclinação religiosa muito forte. Nota-se a fala de Core em que ela questiona o motivo de merecer isso. O câncer aparece como um castigo, uma praga divina. Sua conscientização de um lado não-praticante do catolicismo pode favorecer por jogá-la no desamparo como sujeito que não cumpriu as exigências da vida dos mortais. Core é católica em muitos hábitos, ela busca referências da igreja católica, como o programa televisivo religioso citado. O distanciamento que ela apresentou é semelhante à dinâmica de algo que a abandonou, o que se confirma pela próxima fala. Core se refere à assistência médica que a ajudou e demonstra desejo de retribuição:

Eu ainda gosto de fazer alguma coisa em troca do que fizeram aqui por mim. No que eles me chamarem para participar, eu estarei. Só tenho que falar bem. Não foi fácil, de início, quando eu '*por que comigo?*', mas só o fato de ter vindo para cá, *amenizou bastante*. Até de pensar 'se tiver que acontecer alguma coisa é porque tem que acontecer mesmo, que a gente está superbém amparada, aqui o atendimento é muito bom com os médicos, os exames, o atendimento, é de ponta mesmo. Coisa que se eu tivesse que pagar, eu não teria condições. *Deus me amparou!*

Pode-se perceber o questionamento inicial do “por que comigo?” e a conclusão final do “Deus me amparou”. Neste processo, ela pode vivenciar uma forte tensão de uma relação de abandono, até que o fim do tratamento e a vitória diante da doença

puderam provar a ela que não ficou desamparada. A palavra de escolha chama a atenção. Estamos diante do desamparo que o eu pode sentir diante da ausência sensível de algo maior que ele próprio. Trata-se, aqui, de um processo cujo eixo eu-self encontrou-se fortemente em posição de alienação, em que o eu não consegue receber significação ou o vigor dos fluxos do inconsciente. O que a Core pôde identificar como maior foi a possibilidade de ter sido tratada de graça por mecanismos objetivos e materiais, a medicina. O Deus que a amparou ainda operou em favor dos desejos direcionados do eu. A seguir, tem-se uma fala curiosa de Core a respeito de sua relação com o sacrifício:

Eu acho que *não fui desamparada por Deus*, apesar de ter sido presenteada [com a doença]. Acontecia qualquer coisa com a minha mãe e eu pensava 'eu queria estar no lugar dela', porque eu achava que eu tinha mais preparo e cabeça para passar por certas coisas do que ela. Se eu pudesse estar no lugar dela, passar por ela, eu passaria.

Core era muito ligada à sua, hoje, falecida mãe. Era a responsável e cuidadora por ela, que já se apresentava bastante debilitada. Core teve câncer e isso despertou muitas dúvidas em como ela iria cuidar de sua mãe. Na fala acima, ela demonstra sua percepção inflacionada de como seria mais capaz de lidar com uma doença do que a mãe, desejando estar no lugar dela. As circunstâncias promoveram a Core um câncer de mama, enquanto a mãe estava viva e ela teve muita dificuldade em lidar com a doença, visualizando frequentemente a mãe como finalidade de seus atos. Isto sugere uma forma defensiva de lidar com a polaridade cuidador-ferido. Ela tende a enxergar o outro como ferido, mas não a si própria. Em decorrência disso, ela questiona Deus, como sujeito transcendente que a desampararia. O eu, ao rejeitar possibilidades de alguma polaridade arquetípica, pode escolher o outro, dotado de decisivas capacidades, por suas mazelas e, paradoxalmente, tentar convocá-lo a atuar em benefício próprio, do próprio eu. A conclusão do processo foi a cura da doença. O eu não tem mais do que se queixar e reconhece no transcendente o poder e benção. Daí, temos uma certa racionalização em torno da instância superior, Deus, o divino, o destino ou o que for. Depois de concluída a jornada, o eu trata com alguma positividade o que lhe ocorreu.

A religião ajuda, a fé ajuda muito mais do que quem não tem fé nenhuma. De quem não acredita em nada, de quem é descrente. Aí, fica uma pessoa mais vulnerável do que um que acredita. Eu pelo menos sinto que não fui desamparada

4.2 O eu em uma narrativa fatalista

Outro aspecto temático desta relação com a figura divina, interpretando-a como o outro que lhe provêm algo superior, é a possibilidade de uma atitude fatalista, ou seja, a aceitação com passividade de um acontecimento. Disso, o sujeito pode produzir narrativas, tentativas explicativas desses acasos impossíveis de serem evitados. Hércules explicava que tinha sido diagnosticado sem ter percebido sintomas sensivelmente. Em exames de rotina, foi feito um exame nos pulmões, em que foi diagnosticado o câncer. A explicação para seu diagnóstico é descrita a seguir:

Na minha clínica, que eu fazia *químio*, eles tinham 10 sessões [itens] para avaliar se tinha câncer de pulmão ou não e eu dava não em 7, porque eu não tinha rouquidão, eu não tinha tosse, eu não tinha falta de ar. Dos sintomas que eles tinham elencado, eu não tinha nenhum. Então foi pego assim, *foi pego porque tinha que pegar*. Todo mundo fala, se tivesse mais tempo, se eu não tratasse a tempo, se ele aumentasse, poderia ser violento.

A expressão “foi pego porque tinha que pegar” demonstra uma compreensão de que o diagnóstico do câncer era inevitável. A fala não representa especialmente o adoecer, mas seu diagnóstico. Há um posicionamento do eu em admitir uma proteção do destino ou divina. Há evidências de uma inflação do eu, conforme será analisada posteriormente. O fatalismo pode operar tanto negativamente, em uma situação desfavorável ao eu, como positivamente, em situação favorável e que traz benefícios pessoais. Exemplo semelhante é encontrado a seguir:

E outra coisa, eu não gosto é que me diga que a '*pessoa está lutando contra o câncer*'. Isso me incomoda, porque você não luta contra, sabe? É uma coisa que aparece e ou você aceita, ou não aceita. Não tem como lutar. Eu acho a única... a não ser que o pessoal ache que a luta seja aceitar o tratamento, aí eu aceito o tratamento.

As expressões “aceitar” parecem ser essenciais nesta fala, ainda que revelem ambiguidade. Aceitar o tratamento foi a condição que o participante encontrou para se compreender sua nova realidade de vida, de estar doente, de ter que fazer um tratamento, de que sua vida dependia disso. Ele não considera, pela fala, a negação dessa realidade: “não tem como lutar”. O eu já se vê derrotado quanto a esta situação, de que o indivíduo já tem a doença e que deve aceitar este fato.

A seguir, encontra-se mais uma passagem em que Hércules recorre ao outro como uma autoridade para revelar sua própria perspectiva. Nela, a ideia do fatalismo diante de Deus está presente:

Tem um desses gurus, tipo Osho, que ele falou que todo mundo querendo ou não, *um dia vai viver uma situação em que ou se entrega a vontade de Deus ou ele fica louco.*

Contudo, há uma passagem peculiar de quando Hércules estava em sessão com seu médico. O participante o questionou:

Eu falei '*alguém sai desse tipo de tratamento? Por que do jeito que o senhor está falando...*'.
'.

Baseada, de modo geral, na percepção transferencial de boa parte da entrevista, o entrevistador sugere a ideia de que a doença poderia tê-lo matado, porém isso não aconteceu. Neste aspecto, quase nada dito diretamente pelo participante, mas parece ser um foco de conflito ou de inquietação diante do assunto câncer. O destino, do qual o participante foi favorecido – não morreu –, parece não ser explicado senão por circunstâncias superiores. O eu se vê sem referências para explicar como sobreviveu à ameaça de aniquilamento e, assim, a realidade transcendente é resgatada para explicar, de modo fatalista, o presente: ele hoje está vivo.

Com a participante Atena, o fatalismo ganha forte intensidade associada à ideia de câncer. A doença está ligada à mortalidade e apresenta ao eu esta possibilidade real. Ela descreve assim:

Mas às vezes, a gente pode topar a unha em algum lugar ou um cara atropela a gente, a gente morre então, a gente vai morrer mesmo. *De algum jeito, a gente via morrer mesmo.* Só que *quando você se depara com essa palavra câncer, ainda tem alguma coisa muito forte*, que você vai perder a vida por causa do câncer, que é uma doença grave.

Há uma banalização da resistência da vida quando ela expressa a possibilidade de morrer de forma súbita. Porém, ao trazer o diagnóstico oncológico, a possibilidade ganha contornos muito próximos e concretos. Há um enfrentamento de pensamento fatalista, racionalizado, ao comparar as duas situações. Ela parece equalizar, em um primeiro momento, a vida como algo pueril e facilmente perecível. Porém, logo após, ela dá maior peso à condição da doença oncológica. O diagnóstico é uma sentença perigosa, o risco é concreto, não mais probabilístico, o sujeito está diante de um desafio a sua inteireza e integridade e, assim, o eu começa a se mobilizar para dar continência ao vazio.

Core teve uma postura fatalista conclusiva sobre o motivo de ter adoecido. Ela segue o que foi analisado na seção anterior sobre a relação do eu com a figura divina. É possível desenvolver, como racionalização, uma lógica sobre o motivo de ter passado pela doença depois que a sobrevivência lhe foi assegurada. A relação de gratidão com Deus se evidencia. O fatalismo, então, passa a integrar a narrativa, já

que Deus não lhe colocou sobre os ombros algo que ela não possa aguentar. Deste modo, ela teria que adoecer, seja qual for o motivo. Seria como parte de seu destino, já estaria previsto e foi planejado. O eu se acomoda com esta ideia que lhe transmite um conforto teleológico, ou seja, uma racionalidade pela finalidade do processo. Nota-se, contudo, a reserva que sustenta ao falar sobre o assunto. Seria como um castigo secreto e silencioso. A capacidade de integrar mais amplamente sua experiência encontra grandes limites. A narrativa fatalista teleológica reservada que ela desenvolve guarda a doença em uma dimensão sombria e pouco ligada ao complexo do eu. A situação é estranha e punitiva, um castigo, que somente é aceito a partir de uma narrativa posterior, após atestada sua sobrevivência.

Nesse tempo que eu não falei para ninguém, que guardei para mim, *eu achava que não merecia passar por isso. Mas, eu acho que se eu passei era porque tinha que passar*, acho que não acontece nada na vida da gente se não é pela vontade de Deus. E se eu passei *eu acredito que Deus coloca nos nossos ombros algo mais pesado do que as nossas forças*. E Ele colocou a doença e eu aguentei. Eu acho que eu aguentei a minha doença com dignidade. Não que eu sofri valente, mas eu nunca me queixei. Eu comento com quem sabe.

Pandora é outra participante que descreve tal forma de fatalismo. Cabe ao destino, eventos e circunstâncias que transcendem ao eu, a vida ou a morte. Pandora se apresentou ao longo da entrevista como uma pessoa mais otimista que Core. Sua sentença ainda é sustentada pelo *status* de sobrevivente, já que não foi sua hora de ir. O que a diferencia de Core é que esta apresenta forte conexão com a polaridade arquetípica do curador-ferido. Ou seja, o sofrimento do processo de adoecimento para Core é pouco compreendido e mesmo rejeitado como parte de algo que vai além da dor. Enquanto que Pandora trouxe um aspecto muito mais integrativo e investigativo sobre o que a doença lhe trouxe como algo novo – mais será discutido na seção do *eu após a doença*. É interessante notar algo semelhante como as falas das duas participantes podem trazer significados bem diferentes tendo em visto o contexto geral que elas apresentaram durante a entrevista e isto só pode ser mais bem compreendido pela verificação da transferência e da contratransferência. Pandora disse:

Você só vai quando tem que ir. Você não vai antes, nem depois.

Enquanto que Reia apresenta um fatalismo sob uma forma de negação. Ela diz:

Eu não olho para trás! O que passou, passou. O que passou ontem, amanhã é outro dia!

A vida de pobre é assim mesmo. Sofri, mas dei estudo... agora eles [seus filhos] têm que me criar [risos].

Assim, ela parece ignorar a dor ou os desafios do passado – o que esteve presente como sensação contratransferencial durante a entrevista. A tentativa de explicação de suas mazelas está na segunda fala, em que ela justifica sua experiência como algo da “vida de pobre”. Há forte aceitação dessa identidade, uma resignação absoluta que explica o sofrimento da vida melhor do que qualquer outra forma. O segredo dela é a aceitação pela sobrevivência. Porém, reprime-se todo o sentimento negativo e conflitivo da consciência, construindo-se uma narrativa que pretende mantê-la otimista e potente, ao custo de partes importantes da experiência completa.

4.3 Adaptação difícil à realidade: dificuldades do eu

Uma das atribuições do eu foi a adaptação à vida. Mudanças provocadas por alterações da própria condição física, como no processo de adoecimento, exigiram do eu esforços para se preservar. A doença foi um sinal que revelou mudanças potencialmente importantes e drásticas para uma determinada organização da vida.

Hércules descreve uma passagem importante, que sugere a divisão entre dois momentos de seu tratamento: o antes e depois da quimioterapia. Nota-se uma descrição sintética e branda da primeira fase do tratamento – pré-quimioterapia. Até então, o discurso do participante repousava em torno de sua fé. Com a introdução da fase de quimioterapia, o processo mudou. Antes, seu enfrentamento baseado na religiosidade foi capaz de sustentá-lo, pelo menos do ponto de vista do eu – pela sua narrativa consciente –, sua fé organizou satisfatoriamente seus conflitos. Na passagem abaixo, o participante discorre sobre o momento da notícia de que precisaria fazer sessões de quimioterapia, com a recidiva da doença:

O mais difícil foi depois, a químio, né. Aí todo mundo falou que eu não iria fazer mais nada, que a cirurgia havia resolvido. O médico, o chefe do médico lá, falou para minha esposa 'não, câncer é câncer, vamos colocar'. E foi 'mas você está bem', e tudo. Eu saí de lá numa boa também e nunca tive grandes preocupações. Primeiro que na minha fé nunca perguntei 'nossa, por que eu tô com câncer?' Eu encarei como se diz 'de boa', não fiquei muito preocupado, eu não me preocupava. Quando eu fui fazer os controles, em agosto, outubro, quando eu fui fazer o controle de dezembro, falaram 'nossa, o câncer tá aí ainda'. Eles tiraram um pedaço do pulmão, aí o médico disse 'agora vamos fazer quimioterapia e rádio'.

A adaptação do eu a essa nova realidade e demanda de tratamento não foi fácil. Quando maior o desafio adaptativo, maior o sofrimento relatado. A quimioterapia é um processo mais longo de tratamento, que envolve muita disciplina e enfraquecimento corporal potencial. Junto com o corpo, o psiquismo do eu também sofreu com as mudanças e submissão à nova realidade. Pode-se dizer que o eu prova, aqui, seu papel de articular e organizar as atitudes e ações adaptativas com os efeitos psíquicos, sobretudo o sofrimento.

A identidade assumida como uma pessoa com câncer ou, como anteriormente vista, de que deverá passar por determinado procedimento aversivo não é facilmente adquirida. O ato falho destacado abaixo demonstra tal dificuldade de assumir a doença como sendo sua, como pertencendo a ele:

Ele [médico] pediu o PET/CT. Eu fiz o PET/CT no dia 30 de dezembro de 2009. Um dia ótimo para se fazer PET/CT. Sorte que eu não fui de metrô, senão o metrô tem aquelas músicas de Natal, é bonito, música de Natal, você no metrô, para fazer exame de câncer, né. *Ter eu já tinha* [câncer]. Fui fazer o PET/CT, disse que estava nesse local mesmo.

O sujeito já tinha a doença e estava efetuando o tratamento, porém a conscientização de que ele está com a doença não parece ser uma tarefa muito amistosa para o eu-consciente que narra seu ponto de vista dos fatos.

De modo semelhante, deixar de ter a doença também exige certo esforço psíquico. O câncer é uma patologia que, por vezes, é assintomática, principalmente em pessoas que já estão finalizando o tratamento. Somente exames médicos podem constatar se ainda existem tumores no corpo do indivíduo. Para isto, a palavra médica funciona como uma autoridade importante:

Meu oncologista falou '*you received high, you no longer has anything, it's normal life*'

Porém, do ponto de vista psíquico, deixar de ter a doença é assumir uma nova identidade, que exige um novo processo adaptativo. Isso parece se complicar quando não há estímulos sensíveis para se confirmar o veredito. Para este participante, a autoridade médica é muito forte e deve ter desempenhado papel decisivo para a validação da nova identidade de pessoa que “não tem mais nada”.

Atena descreve da seguinte forma a descoberta da doença:

Estava lá fazendo meus exames periódicos e meu ginecologista, que é mastologista também, falou que *eu tinha uma alteraçãozinha* e que tinha que fazer um exame complementar. Eu achei que não era nada, que era benigno porque na minha história, da minha mãe, ela já tinha tido um nódulo benigno há 20 anos, então eu fiquei bem tranquila, porque vai ser benigno, o da minha mãe também foi. Mas, quando fui lá, fiz um exame complementar, fiz uma

mamotomia, e apareceu que eu tinha um câncer. *O médico me falou que, claro que, quando me deu a notícia eu... você perde meio que o chão, você já pensa 'câncer, eu vou morrer', você já pensa o que todo mundo pensa.* Mas ele me disse que o tumor tinha sido identificado em uma fase inicial, que o tumor não era tão maligno, que eu precise fazer uma cirurgia, mas que não iria tirar a mama, que iria tirar só um quadrante, ou seja, só um pedacinho onde estava localizado o tumor e que talvez eu nem precisasse fazer a quimioterapia, só precisaria fazer, talvez, a radioterapia, mas teria que avaliar depois, porque não dava pra falar naquele momento.

Eu fiquei, claro, superpreocupada, na hora fiquei com medo. Me mantive meio forte na hora, mas eu estava supermal, claro, ninguém quer ou espera por uma notícia de que tem um câncer.

O que foi dito sobre Hércules, no sentido de haver a necessidade de uma adaptação à nova realidade, apresenta corroboração entre as demais participantes. Atena descobriu uma doença, assim como Hércules, assintomática, como um mal silencioso. O diagnóstico é só o começo de um processo adaptativo penoso, que mais tarde se decompõe em muitas etapas a serem enfrentadas. Atena relata de forma bastante clara que o diagnóstico a fez “perder o chão” e que logo lhe passou a ideia de que ela iria morrer. Os afetos aqui transbordam a capacidade de amparo do complexo do eu, quando ela diz “fiquei com medo”. Há algo que escapa por mais que ela se “manteve meio forte na hora”, ela, contudo, “estava supermal”. Mais uma demonstração afetiva desse tipo de dificuldade é a descrição do contato telefônico que ela teve com uma colega de trabalho. Nota-se que a dimensão emocional se torna mais vívida quando ela se ouve, como em um espelho que somente a escuta pode proporcionar, assim, o eu tem mais condições de perceber a profundidade da situação:

Quando eu saí do consultório, ela me ligou [pessoa com quem trabalhava]. Quando ela me ligou, *eu comecei a chorar.* Porque eu estava falando e contando para alguém e imediatamente, foi ela que me ligou, e eu falei e chorei e falei 'nossa, não sei o que vou fazer, estou bem preocupada'. Comecei a falar, falei chorando'.

O entendimento de sua reação após o diagnóstico somente pôde ser compreendido posteriormente. Atena procurou outros médicos para ter outras opiniões sobre a indicação cirúrgica e do restante do tratamento. Ela havia sido diagnosticada por um médico que já tinha uma boa relação anterior. Porém, ela refere que se desestruturou:

Os três haviam falado a mesma coisa, mas de formas diferentes. O meu médico que me deu o diagnóstico, eu gostava dele, *mas eu acho que me desestruturei,* quando ele me deu a notícia. Sei lá, eu fiquei meio aborrecida, não sei te falar o que foi exatamente. E esse terceiro, quando terminou a consulta, eu falei 'eu quero operar com o senhor!'.

Sua avaliação já conta com bastante discernimento do ocorrido, embora ainda não haja mais consciência de outros fatores motivadores, já que ela “não sabe falar o

que foi exatamente”. Foi somente com o terceiro médico, que teve uma abordagem humanizada, que ela se sentiu segura para seguir com a cirurgia e o restante do tratamento. Nota-se este o tempo necessário para se estruturar, ou seja, da organização do complexo do eu se tornar forte o bastante para resistir às ameaças, invasões e afetos vindos de fora ou do inconsciente.

Outro processo de difícil adaptação para Atena é viver após a doença. O que potencialmente seria um alívio, para ela há constante tensão. Depois de passar por todo o processo de tratamento e tendo recebido alta, ela ainda se vê indo e voltando por hospitais e exames de controle. Isto parece representar a ameaça constante do retorno da doença:

Quando eu terminei de fazer [radioterapia], *começa a maratona, os acompanhamentos, aquele monte de exames, a cada três meses fazendo aquele monte de exames. E comecei a me sentir um ratinho de laboratório.* A cada três meses tinha que fazer aquele monte de exames. E *ficava mal*, daí, logo, depois de seis meses que tinha terminado, eu fui procurar a terapia [psicoterapia]. *Eu não ia dar conta de lidar com isso sozinha.*

O sentimento descrito é de invasão, como um “ratinho de laboratório” que é submetido e examinado por um outro, enquanto ela se encontra impotente. A tensão foi tão forte que ela se viu precisando de ajuda profissional e buscou um serviço de psicoterapia. A seguir, Atena explica melhor essa fase:

No meu caso, eu acho que eu estou bem, eu faço terapia, eu fiz terapia, depois eu parei e agora no começo do ano eu voltei de novo, porque a gente precisa um pouco de ajuda, se você pode e tem consciência de que tem condições de buscar ajuda, eu acho que é legal e dá uma aliviada nesse, talvez, peso que é *conviver com isso de você ter que continuar a fazer os acompanhamentos, exames... e eu optei por não falar para as pessoas, as pessoas da minha família souberam e pessoas muito próximas de mim, fora isso eu não fiquei falando, porque você tem que lidar com essa informação e quando você fala a pessoa fica 'ahmmm, você teve um câncer!'*. Parece que a pessoa fica com pena, dó de você ou aquilo 'nossa, você teve um câncer' e dá aquela afastadinha. Mas eu estou bem, olha eu aqui, então eu prefiro não comentar muito. (...) Eu não fico pulverizando a informação, até porque *tem esse estigma*, até eu mesma tenho comigo mesma essa preocupação de que qualquer alteração que tenha pode ser a doença voltando.

Atena consegue atribuir o estigma da doença a si, além de reconhecer a possibilidade do outro vê-la como uma pessoa doente, como uma pessoa contaminada pelo resto da vida por ter tido câncer. Isto explica sua atitude reservada quanto a sua experiência com a doença. A chave de seu sofrimento psíquico está no que ela entende por “conviver”. A doença ocorreu, foi tratada e jamais será apagada do passado. Há ainda um estado de inquietação quanto ao seu retorno. Apesar de 6 anos após o fim do tratamento, ela fantasia sobre seu retorno ao fazer exames e

consultas médicas. O câncer permanece registrado no presente de Atena. É uma experiência não superada.

A participante Reia relata a fase em que percebeu a doença. Nota-se uma narrativa mais espetacular, descrevendo grandes ameaças como “virou uma laranja, eu pegava na mão e enchia” e “tudo quanto é canto, sangrar”. Estas expressões foram seguidas de uma narrativa corajosa e desafiante às ameaças que se impunham naqueles momentos:

Não me assustou quando eu vi o caroço. *Não tive susto nenhum*. Quando eu vi o caroço, eu falei para o meu menino [filho]. Eu estou com câncer e tenho certeza que é maligno. Ele falou 'por que a certeza', eu falei 'porque minha família tem'. Aí, quando eu fui ao hospital para fazer o tratamento do pulmão, encontrei o médico e ele me encaminhou para o hospital S. Fui fazer, mamografia, ultrassom, e descobriu. Passou para fazer a biópsia e era maligno. Mas o caroço cresceu muito rápido. Em 15 dias, ele virou uma laranja, eu pegava na minha mão e enchia. Eles fizeram os exames e disseram que estava com um pouco no pulmão e no fígado, *mas eu também não me assustei*. Na hora eu fiquei assim e falei 'para Deus tudo é possível, né?'. Eles me mandaram para o Hospital C. para fazer o tratamento até a data final. Fizeram outros exames lá e começou a quimioterapia. Fiz quimioterapia direto, sem parar. (...). Eles disseram que eu tinha risco de sangrar pelo nariz, ouvido, pelos olhos, de tudo quanto é canto sangrar. *Eu falei 'imagina, não vou sangrar é nada'*. Meu filho falou 'não assina', eu falei 'assino' [termo de consentimento]. Assinei e comecei o processo da quimioterapia direto.

É notória a forma como Reia menospreza a ameaça e se coloca acima da situação. Isso ocorreu de modo geral ao longo da entrevista. Pode-se sentir forte inflação do eu no eixo eu-self, ao constantemente se apresentar como uma pessoa potente, resistente e acima das dificuldades da vida. Essa maneira narrativa nos permite pensar a necessidade de Reia pontuar a tragédia da situação em que se encontra para logo dar uma resposta de superioridade. A narrativa esconde uma posição de constante desvantagem do eu, em que ele está, assim como esteve ao longo da doença, sob ataque, sem a possibilidade de evitá-lo, mas apenas pode se defender dele. Foi necessário fortalecer barreiras de defesa para o eu se manter organizado, quase que da mesma maneira como o modo de organização anterior. Neste processo, muito pode ter sido negado. Uma leitura psicodinâmica dessa fala de Reia só é possível se feita pelo negativo, ou seja, se invertermos a força heroica declarada na heroína que constantemente tem que reagir às invasões do mundo, do corpo, dos afetos e do inconsciente – o tumor do tamanho de uma laranja ou sangrar por todos os cantos. A heroína impotente responde assim:

[a parte mais difícil da cirurgia foi] *De ficar na cama*. Eles mandaram um exercício e para não levantar o braço.

A orientação médica sobre não levantar o braço não foi obedecida plenamente pela paciente, assim como ficar em uma cama, quase imóvel foi a pior parte da fase da cirurgia. A heroína em questão não quer reconhecer seus limites, quer movimento em ação. Isto demonstra sua impotência e imobilidade temporária, algo sentido dolorosamente pela participante.

O momento do diagnóstico pode ser bastante marcante como a participante Pandora descreve, cercado de emoções fortes e fantasias destrutivas:

Na biópsia deu que era um carcinoma. *Carcinoma ductal invasivo da mama direita grau, acho que, II. Aí, eu fiquei em pânico, falei 'é o fim, vou morrer'.* Entrei em pânico em parafuso, porque eu estava desempregada, tinha sido mandado embora em 2009, e eu falei 'o que eu vou fazer, como fazer, como vai ser?'. Aquela preocupação.

Há a exatidão do diagnóstico, lembrado por cada palavra, seguido do reconhecimento da sensação de pânico e da ideia da morte. Há uma descontinuidade flagrante com a ideia de vida, pois há o anúncio do mal que logo perturba o psiquismo do sujeito, o que produz a sensação, descrita por Pandora como pânico, e o fim que se anuncia. O eu se vê impossibilitado de lidar com a profundidade deste anúncio e assim os afetos e fantasias inconscientes eclodem à consciência. A participante Pandora parece ter, no momento do diagnóstico, formada uma imagem psíquica muito poderosa, atrelada à morte e ao sofrimento. Ela discorre sobre suas impressões do que imaginava sobre o tratamento quimioterápico. Porém, ao realizar tal tratamento, ela descobre uma nova realidade:

Então, *aquele bicho que se coloca, que químio, aquela coisa horrível, eu não posso dizer, eu não posso dizer porque foi absolutamente tranquila.*

O câncer é carregado de muitas fantasias, sobretudo destrutivas, associado ao tratamento e à finitude da vida. Pandora nos revela essa impressão. Porém, ela não foi preservada conforme houve a passagem pela experiência. Aqui, o eu está sensível ao novo e não mais preso às impressões fantasiosas iniciais. A fantasia nova é a de que ela poderia suportar tudo aquilo.

A transformação pela vivência foi tão importante que depois de o tratamento ter sido realizado com sucesso, Pandora tem uma nova atitude diante do adoecimento. A revelação dessa nova atitude também indica uma ferida emocional profunda. Ela carecia de maior suporte social, sobretudo, por que lhe prestariam maior informação. O eu estava alienado da realidade total, encontrava-se isolado. Ao estar minimamente sensível a isto, Pandora toma para si uma atitude expansiva diante das ameaças da

doença, que o outro poderia estar passando. Aqui, Pandora está falando para si, uma projeção, um espelho é oferecido pela possibilidade da fala, há um campo de fortalecimento do eu:

Então, *eu gosto de falar com as pessoas*, eu não tenho vergonha, *eu não tenho medo de falar*, eu acho que essa experiência que eu tive, *eu tenho que ajudar as pessoas* e dizer para elas que às vezes tem tanto medo e precisa de uma palavra. Precisa de uma conversa, o que acontece? *Eu não tive, eu perguntava para um e para outro* e ... e às vezes a pessoa agradece 'foi exatamente isso que você falou que aconteceu, foi exatamente isso. Realmente, eu tive isso ou olha, eu não tive (...).

Na medida do possível, *se você puder ajudar alguém que estiver passando por uma situação dessas, explicar e falar e dizer para a pessoa que mantenha a calma, que se mantenha calma, serena, que procure fazer o tratamento*, procure ajuda o mais rápido possível, faça seu tratamento até o fim. E falar e conversar que você consegue, sim! Você consegue, você fica ruim hoje, amanhã você melhora, você consegue, é só querer. *Ter pensamento positivo e não ficar para baixo*. Não entrar 'ah, não vou sair dessa'. Não! Ser positiva e é isso.

A ferida é ainda melhor sintetizada a seguir. Pandora reconhece suas dificuldades passadas e consegue sintetizar o que foi dela. Há, aqui, uma elaboração que liga o eu ao que ela própria experienciou:

Foi muito bom. Foi uma experiência, a gente abordou tudo, que eu posso te dizer o que aconteceu comigo, eu posso dizer que foi uma experiência. 'Nossa, foi dolorosa?'. Não tive dor. Tive momentos difíceis, aquelas crises de ansiedade, de medo, com o tempo foram superadas, com conversas, por situações que a gente via, com contatos com amigas, conversavam, que falavam. Então, foi uma experiência incrível essa que aconteceu comigo. É que você não imagina 'você não sente nada de estar com uma doença assim?'. Mas, é isso. E agora é viver, é viver!

Se Pandora temia pela vida, o que é manifestado diretamente em sua fala, Core temia perder o motivo pelo qual vivia. A participante cuidava intensivamente de sua mãe muito debilitada e quando soube de sua doença reagiu da seguinte maneira:

Quando eu soube da doença, *eu fiquei chocada e passar pelo tratamento e não ter condições de cuidar dela, porque ela dependia de mim para tudo*. Eu tenho mais irmãs, nós somos em quarto, mas eu... eu casei me separei, logo que me separei, eu levei minha mãe para morar comigo no meu apartamento, e eu não tenho filhos e minhas irmãs são casadas, têm filhos, algumas são viúvas, moram separadas, tem a vida a parte... e eu não conseguia cortar o cordão umbilical. Mesmo quando eu me casei e meu casamento não deu certo. Eu vivia em função dela. Quando eu soube da doença, eu fiquei chocada comigo. Eu tinha até uma saúde razoável, não vivia em médico. Eu vivia em médico cuidando da minha mãe. Quando eu ia em médico, era para fazer regime para emagrecer.

O objeto de investimento libidinal de Core era a mãe e adoecer representava a interrupção da tentativa de realização desse impulso. Ela ainda é bastante consciente ao dizer que “não conseguia cortar o cordão umbilical”, porém pouco apresenta de consciência ao entender que era ela quem mais precisava da mãe. O final de sua fala é sugestivo do descaso consigo, do próprio eu. Ela não frequentava médicos para se

cuidar, somente pela mãe. Esta relação revela com muita clareza o potencial que a desconexão com o que sustenta a vida, em um sentido psicodinâmico, pode ser muito mais desastrosa do que a morte em si. A perda do que se ama, ou daquilo que eu dependo para me sentir útil, inunda as capacidades de sustentação e organização do eu. Isto pode levar o sujeito à autodestruição:

Eu pensei, quando eu recebi a notícia, a confirmação, *de não me tratar* [início de choro], porque eu achava que não tinha condição de passar pelo tratamento e cuidar da minha mãe junto. Eu falei para ele [médico] ' *para mim, tanto faz*'.

Este tipo de investimento é tão profundo que se encontra muito bem deslocado do alcance da consciência. De imediato, a reação de Core foi se aniquilar, já que não estaria disponível para a mãe. Não pensou que isto poderia incentivá-la a logo se recuperar. Para tanto, o eu teve que se reorganizar e processar um novo caminho para a vida. Hoje, Core está curada, porém sem a mãe viva. Ela se emociona profundamente ao rememorar suas fantasias ligadas ao seu adoecimento:

[Choro profundo]. Eu pensei que estivesse bem, sabe. Eu estou bem, graças a Deus. [Pausa, pede um copo de água]. *Essa doença está ligada à morte. Já começava a pensar no meu funeral, nas minhas coisas, é bom deixar tudo encaminhado para não dar trabalho para ninguém.*

Isto ainda sugere o caráter presente dessa vivência. O choro ocorre agora, é uma atualização dolorosa na realidade. Mas o que mais a surpreende é chorar acreditando que já havia superado. A expressão tão intensa da dor é surpreendente.

Outro aspecto dramático da vivência de Core é contado quando ela começou a perder os cabelos por efeito da quimioterapia:

Eu olhava, penteava e estava normal. Mas um dia, fui lavar o cabelo, e quando lavei (...) quando eu coloquei o condicionador, fechou e formou tanto nó, tanto nó e encolheu e não soltava e *quando soltava já saía até raiz. Quando eu fiz a segunda sessão, eu já estava sem um fio de cabelo.*

Ela relata ter sido muito reservada com sua doença, evitando comentários. O choque de perder os cabelos representa a falta de disfarce diante de sua situação para o mundo. Não há mais como esconder perfeitamente sua condição de saúde. Aqui, o eu se encontra com menos instrumentos para conservar suas intenções iniciais, que previam a maior preservação possível da participante. A realidade corporal denuncia o que ela tentava se livrar ou esconder.

4.4 Alteridade: o eu reconhece pelo outro as possibilidades que ele rejeita para si.

Pelo fato de ser centro da consciência, o eu tenha dificuldades em considerar o que escapa à sua perspectiva de julgamento adotada. Para tanto, ele necessita de um diálogo não somente com as potências psíquicas do inconsciente, mas também com o outro real que se apresenta, comunicando algo que não aprendeu ou que foi considerado anteriormente. A fala do participante Hércules é bastante rica em exemplos disso. Já foram exibidas partes de discursos de outras pessoas, que referendam um ponto de vista do participante. Aqui, trazem-se exemplos que escapam de perspectivas que ele considerava.

E correu tudo bem, eles falaram 'nós vamos te curar, nós vamos te curar'. E nesse tempo, tinha um colega da minha ex-empresa do mesmo nome que eu que também começou a sentir uma dor nas costas, foi no hospital, abriram no domingo, internaram ele, abriram no domingo, fecharam e na terça ele morreu: *câncer de pulmão fulminante*. Assim, diz os médicos que o meu foi muito no início, foi pego muito no início.

Esta passagem foi a primeira fala que retratou a grande força destrutiva do câncer, a possibilidade da morte. Notou-se que o participante, ao longo da entrevista, rejeitava para si a morte, contudo, ela aparece encarnada no colega de sua ex-empresa, que, não obstante, também tinha um câncer de pulmão. Pode-se indicar, aqui, a presença de uma identificação mais inconsciente que não é admitida como sua pelo eu. O eu opera com suas defesas, a fim de manter sob controle afetos que poderiam impactar demais o indivíduo. O câncer fulminante de pulmão poderia ser o dele. O modo fatalista de lidar com aspectos da realidade dificulta a tomada da consciência de que o câncer de pulmão fulminante talvez tivesse sido uma possibilidade pessoal. A percepção sensível, a consciência dos fatos, contribui para o acúmulo de informações que podem ser úteis para a recolocação organizada do eu diante da realidade. Vivenciar atentamente algo revela mais profundidade sobre o sujeito. A passagem abaixo corrobora essa perspectiva, contudo, sem a admissão de que aquilo faz parte dele mesmo, sendo a sensação de choque originária da sua identificação:

Eu vi um homem com câncer [em outro hospital em que ele não fazia tratamento], que o pescoço dele ... porra! Uma enfermeira viu. Eu não devia ter passado naquela hora lá. Ela veio conversar para *espairecer a cabeça, sabe? É chocante, o negócio*.

De forma semelhante, o trecho abaixo reforça uma identificação que não é claramente assumida:

Quando eu fazia a *rádio*, tinha uma menininha, da idade da minha filha, mas era um barato, ela ficava de peruca, quando ela fazia assim [inclinava] a peruca [recaía]. Ela falava 'tem que ajeitar isso aqui'. Mas ela falava numa boa. Tinha uns 15 [pessoas] que a gente se encontrava toda a tarde, mas a gente não batia muito papo, as neuroses lá, *mas é duro. É difícil*.

A ação da enfermeira citada que ajudou o participante a “espairecer a cabeça” é análoga ao médico do relato abaixo. Elas esclarecem que o outro, representando o contato com a alteridade, abre possibilidades inéditas ao sujeito e funcionam como fator de cura para o sofrimento, mesmo que não permanente. Há uma ampliação da consciência, o que já deve representar um alívio para a pressão psíquica, e o reconhecimento de que o eu não está sozinho, de que existem forças suportivas para o sujeito. O eu, assim, sai de um ponto de vista fixado, complexado, e pode repousar em outra perspectiva mais saudável.

Ele [seu médico] falou, 'eu sou oncologista e você é meu paciente, se os caras verem lá que o câncer voltou, eles vão logo querer se ver livre de você e vão mandar o pepino para mim, se o exame ia sair quinta, você acha que ia esperar sexta para o outro cara analisar? *Não! Como está tudo bom, então solta... Então pensa o seguinte, se demorou é porque está tudo bom e quando está ruim logo largam a bomba para cima de mim, não para você*'. *Aí eu comecei a relaxar mais nos exames*.

O aprendizado em situação de alteridade e cuidado possibilita acesso a formas diferentes de ser no mundo. Quando questionado sobre mudanças provocadas pelo contexto da doença, o participante traz um relato singelo, mas que carrega forte mudança de perspectiva pessoal:

Acho que abriu mais a cabeça, *porque tive que confiar nos outros*, que não gostava, isso eu aprendi. Então, é uma coisa boa.

O aspecto de tendência paranoide do eu foi reduzido pela experiência com o outro. A confiança é o resultado desse processo positivo de interação. Agora, o sujeito pode se relacionar com o outro de modo diferente do anterior. O aprendizado se deu de forma consciente em uma atitude de reflexão. A influência positiva e curadora do outro pode ser vista também na fala abaixo. Nela, o médico mais bem humorado é exaltado. A ação deste outro reforça uma visão confiante de que o não-eu pode oferecer algo positivo, o que enfraquece aspectos paranoides, assim como outros complexos com afetos derrotistas e depressivos.

E ele é um cara que me animava, porque o A. [médico] é muito bom, um médico competente, mas ele é mais moço e ele gosta das tabelas estatísticas, o A., socorro! Mas o S. era um cara

mais doido. Eu fui falar para o A. que queria fazer exercício, ele disse 'então você vai procurar um cardiologista'. E eu falei isso para o S. e ele falou 'mas que coração! Não precisa! Morre mesmo antes de você fazer [exercícios], do que esperar o outro falar que você pode. Pode fazer exercícios!'.

De modo reflexivo, o participante pôde perceber por intermédio do outro, o que lhe foi poupado. Se, anteriormente, o choque e certas dificuldades foram identificados, mas distanciados de si em seu discurso, houve em determinado ponto maior identidade com o aspecto da dor. Ele fez referência em sua fala, abaixo, da possibilidade de sentir dor. Em uma de suas primeiras falas, ele também aborda a dor, dirigindo-se a Deus para que tivesse forças para enfrentar seu sofrimento. Aqui, o outro, “uns caras na Alemanha”, apresentam o tema da dor, que logo se conecta reflexivamente com o participante. O eu realiza a conexão, desenvolvendo de fato uma relação a partir do outro. O outro apresenta, assim, aspectos da realidade. Coube ao eu estabelecer uma relação organizada e reflexiva.

Têm uns caras na Alemanha, esses eu perdi o site, trabalhavam em clínicas de oncologia, eles punham certas composições para tirar a dor, para tirar não! Para diminuir a dor dos pacientes. *Deve ser horrível, você sentir dor.* É aquele negócio, você agradece à medicina, você agradece Deus também, né, que eu passei por isso, mas não tive essa experiência.

Referências do que foi vivenciado com proximidade são facilmente despertadas diante do diagnóstico oncológico. Por mais que o sujeito não tenha vivido pessoalmente o tratamento, as consequências dele e da própria doença, casos de amigos e familiares dão um paralelo que pode demonstrar otimismo ou mergulhar a pessoa em um denso sofrimento. A participante Atena exemplifica isto:

Meus irmãos são da área de educação e trabalham com muita mulher. 'Eu já conheci Fulano e Ciclano' e começou a me falar dessas pessoas, que isso você cuida e depois você fica bem, que tem tratamentos, que era para eu ficar otimista e eu *comecei a pensar nos casos das pessoas que eu já tive contato*. Tive algumas pessoas da minha família que morreram com câncer. *Comecei a pensar nessas pessoas e eu fiquei bem mal.*

Como que a gente continua vivendo depois de um diagnóstico, de uma cirurgia, de um tratamento e de um acompanhamento e sempre, além, aquela dúvida: será que vai voltar? Pode voltar? Pode voltar no mesmo órgão? Pode ter na mama esquerda, na mama direita, posso ter em outro órgão? Sempre fica essa... Eu tive um primo [que estava fazendo tratamento para o câncer, após recidivada a doença] (...) *e quando eu tive o diagnóstico, acho que eu fiquei mais desesperada porque o dele já era um retorno.*

Atena revela na primeira fala a percepção direta da sua experiência, o que está mais intimamente conectado à consciência, por ação do complexo do eu. Isto nos dá a perspectiva da força que as experiências pessoais podem trazer no que diz respeito à maneira como uma pessoa lida com a notícia da doença nas fases iniciais. Já a segunda fala indica uma elaboração de como ela está vivendo o pós-tratamento, já

sem a doença, mas atenta ao seu retorno. Seu primo apresentou recidiva, o que é um risco para quem teve câncer. As fantasias de Atena agora foram intensificadas pela sua experiência com o primo, o que não significa que esta experiência tenha *causado* sua atitude, mas que ao menos foram importantes para que elas se destacassem e que ainda estão sendo sustentadas.

Já um segundo nível de experiência ocorre pelo contato, como espectadora do outro que está adoecido. O mesmo ocorreu com Hércules quando ele descreveu momentos de sofrimento no hospital ao ver pessoas mutiladas pela doença ou muito mais debilitadas que ele. O outro invade o íntimo do sujeito, já que os sentidos não podem ser ignorados. Atena comenta sobre suas idas ao hospital onde realizou radioterapia:

Lá no hospital A., tem muita gente, muita gente numa situação mais grave. *O meu era uma fichinha perto do que eu vi por lá.* A minha homeopata falou 'não vai sozinha', porque eu estava bem, mas ela falou 'não vai sozinha, procura ir com alguém'. Mas 'eu estou bem, eu posso dirigir...'. [A homeopata] 'minha recomendação: leva alguém com você! Vê se alguém pode te acompanhar, pelo menos em alguns dias'. Então, todo dia tinha alguém diferente que me acompanhava, uma vez era meu irmão, outra meu amigo, outra vez até minha mãe foi comigo. E todo dia da semana tinha alguém que fosse comigo para lá. Mas mesmo assim, você se sente lá, você sente lá no mesmo horário, há um monte de senhas que você tem que ficar olhando, atordoado nos primeiros dias. Mas depois se encaixa. Mas, aí, *as pessoas começam a contar das suas situações. Daí, você fala 'ai, Meu Deus!'*.

Se eu puder evitar entrar no hospital A. ... a sogra de um amigo meu, fui visitá-la e ela estava muito mal e um tio meu que morreu, teve câncer e ficou lá. Então, o hospital A. também tem uma *conotação negativa*, por mais que seja referência, tem um lado bom. Mas é pesado, sabe!

A primeira fala reproduz, em primeiro lugar, uma orientação de um outro para que ela não se isole, que não esteja totalmente vulnerável socialmente para encarar a situação, com o que posteriormente ela concordou. A concentração de pessoas com câncer provocou em Atena uma sensação de invasão extrema. O outro não poderia ser ignorado e, ainda, anunciava possibilidades que ela evitava considerar para si. A expressão “meu Deus” é o reflexo afetivo dessa experiência invasiva e destrutiva para o eu. A segunda fala já traz uma reflexão do que ela diz por “conotação negativa”. Ela reflete com maior distanciamento sobre os efeitos que a convivência naquele local lhe despertou. Hoje, ela ainda evita tal hospital por ter sido condicionada por todas as imagens e fantasias vivas que ainda estão presentes. Além disso, não somente foi o que ela viu enquanto estava doente, mas as mortes de pessoas próximas que ali ocorreram. O anúncio de destruição está registrado neste espaço psíquico. O complexo do eu pôde organizar essa relação nociva para si. Não houve ainda uma

boa elaboração da sua experiência, pois o eu está muito vulnerável a esse outro – hospital, doença, mortes associadas – que invade e aterroriza a participante.

No mesmo hospital A. foi possível desenvolver algo de compaixão. Não se blindando totalmente ao contato com as outras pessoas doentes, Atena desempenha um papel que é autocurativo, pois pela identificação, ela estende sua atenção ao cuidado daquilo que está doente. O seja, o idoso também é ela, é o ser doente que precisa de ajuda. Tendo forças para ajudar, Atena dedica-se:

E lá no hospital A., tem muita gente, e muita idosa, às vezes pensavam que eu era até funcionária do hospital. Eu já via aqueles idosos chegando, e é muito difícil para idoso se localizar com aquele monte de senha, então *eu vi que a pessoa estava toda atrapalhada e eu ia lá ajudar e falava 'é assim que funciona' (...)* Eu peguei um período em que não tinha estagiário para ajudar (...). Eu estava me considerando bem em comparação com as pessoas que estavam lá.

A mortalidade ainda está presente. Atena apresenta o aspecto de que a doença sempre pode voltar, o que sustenta em muito seu sofrimento ainda hoje. A morte que foi evitada é vista pelo mundo, pelas notícias que circulam, assim como a morte a circula ativamente, esperando apenas uma ocasião para atingi-la. Ela está travestida no outro, no artista famoso. O eu, aqui, está fragilizado e não aprendeu ainda a se erguer da queda:

Eu não fico parando para pensar nisso [nas consequências da doença], eu procuro não ficar muito focada nisso, *porque se eu ficar eu fico mal. E quando morre alguém, algum artista famoso eu fico pensando. Aí, eu começo a pensar, eu trago para mim, quando morre alguém.*

Mas há espaço para diferenciações. Atena sintetiza sua experiência pessoal, individual e única. Apesar disso, destaca que o fim da vida poderia ser o da vida dela:

Quando você tem o diagnóstico, a coisa boa foi que, no meu caso, não foi tão grave, não precisei fazer quimioterapia, que é uma coisa que assusta muita gente, tem enjoo, cai cabelo, eu não passei por isso. *O bom, no meu caso, foi isso, eu tive sorte.* Eu considero que tive sorte. Eu descobri em um exame preventivo e eu não tive que passar pela quimioterapia, não caiu meu cabelo. Eu não falei para todo mundo. Se eu não tivesse feito radioterapia [ela quis dizer se tivesse feito quimioterapia ao invés da radioterapia?], todo mundo iria saber, todos que me conhecem viriam que caiu o cabelo e 'que está acontecendo?'. Então, isso foi muito bom e também, sei lá, você desperta para outras coisas *eu tive um diagnóstico e minha vida poderia ter acabado ali*, eu poderia... ou ali ou depois de alguns meses... eu estou viva e estou bem, então, sei lá, vou fazer outras coisas, tenho outros projetos na minha vida.

O outro, porém, como possibilidade negada anteriormente ao eu, pode estender ajuda e anunciar um caminho de reparação e salvação. Foi a partir de uma orientação médica, que Atena procurou a psicoterapia que ainda realiza. A mão salvadora não foi sua própria. Fora das possibilidades, da sua própria tomada de consciência, o outro evidencia o diferente, o que pode ser de grande valia para quem

está perdido e sem recursos próprios, assim como Ariadne concede a espada e o novelo de lã ao herói Teseu para enfrentar o Minotauro como na lenda mitológica grega.

Eu esperava de todas as pessoas, oncologista, mastologista, todo mundo, eu sempre espero! E quando, o médico disse que não tinha certeza se iria precisar da *rádio*. O médico disse que estava em dúvida e eu fui a um radioterapeuta. Ele falou que ele precisava. Aí, eu fui a outro radioterapeuta e ele disse que não, que tinha dúvidas. *Ele disse assim 'eu acho que você está precisando de uma psicoterapia, não de uma radioterapia, porque no caso, tumor pequeno, não agressivo... o que você vai fazer? Você está muito confusa, assustada'*. Eu iria começar a radioterapia, e ele falou isso para mim. Eu fiquei dividida. Mas esse cara, falou isso para mim.

A participante Reia relata a pior experiência que teve de seu adoecimento. Nota-se que a experiência está deslocada para fora, projetada no outro. Ela não reconhece para si, além do peso de ver o que presenciou, as possibilidades que os outros, sua família, estavam sinalizando. A morte, a finitude e o fracasso eram flagrantes e ela ainda a rejeita como uma “decepção”. A vida foi agarrada como a única possibilidade para ela, negando assim qualquer outro desfecho. O eu focalizou apenas este lado das potencialidades e ataca agressivamente a oposição:

Ver a sua família sofrendo por você, foi a pior parte da minha vida foi essa aí. De olhar um filho que está estudando chorando, de olhar para o outro sentado com o braço na cara. Isso aí para mim é o fim. Vir gente da Bahia pensando que eu ia morrer. Isso aí foi a pior coisa que eu vi na minha vida. E eu falei para eles 'vocês me decepcionaram'. (...) Eu estava mais viva do que eles.

Pandora traz uma reflexão positiva ao ser confrontada com o que testemunhou nas sessões de quimioterapia. Ela não tem filhos e contava com bom suporte familiar. Descreve que via outras mulheres em pior situação que a dela e, assim, fantasiava sobre as dificuldades delas e as comparava com a sua situação. Do exame desse contraste, surgiu um sentimento de tranquilidade, ao reconhecer que nada lhe faltava, que a realidade do outro era pior do que a dela e que estaria bem assistida. O enfoque do eu repousou naquilo que poderia fortificá-lo, reconhecendo para si as positivities fornecidas pelas circunstâncias:

Eu estava tranquila, porque, apesar de estar desempregada, a minha cabeça estava serena, porque não tinha preocupação de ter um filho, ter que sustentar, de ter que trabalhar, de ter que ficar tempo fora, que a gente presencia muito essas coisas por aqui, mães que são sozinhas e ficam com a cabeça a mil, porque não tem onde deixar, como cuidar, como é que vai sustentar os filhos. Então eu não tive essa preocupação.

Eu tive apoio da minha irmã e da minha irmã. Muito, a minha irmã me acompanhava, porque na quimioterapia – você não pode tomar sozinha e muitas vezes – [havia pessoas que] não tinham acompanhante lá. Elas iam e pagavam para pessoas irem com elas, porque elas não podiam ficar sozinhas. Muitas mulheres eram sozinhas e tinham que sustentar, faziam bolo,

faziam coisas para fora. (...) *Eu não tinha essa preocupação 'como vai ser meu aluguel, como vai ser do meu filho, como vou pagar meu condomínio, minhas despesas, como eu vou comer?'*. Nesse período de tratamento, você não pode comer qualquer coisa. Você tem que comer coisa boa, coisas saudáveis, coisas que não te façam mal. Ter uma boa higiene. (...) Então eu via isso, e eu não tive essa preocupação de sustentar filho, de ter filho na escola. Então, isso me deixava absolutamente tranquila, porque eu podia pensar mesmo em mim. *Então, isso foi uma coisa boa para mim.*

Nota-se que nas falas, ao considerar o que o outro poderia estar vivendo, Pandora imagina o grau de impacto da doença na rotina da pessoa, do outro. Ela reconhece que não foi atingida por isso, ao contrário de outros. Há, aqui, um trabalho de contato com a alteridade, mesmo que fantasiosa, em muitos níveis. Ela refere que pessoas eram pagas para acompanhar pacientes, isto é um dado concreto, mas o restante ela desconhece na dimensão do sujeito: quais são as reais dificuldades em ser mãe, enquanto se está doente, de ter que trabalhar ou sustentar um lar e assim por diante. A reflexão de Pandora coloca diante de si muito mais um outro virtual, hipotético e mesmo projetado. Mas, ainda, representa uma forma de alteridade, pois são maneiras de percepção que antes não tinham contrastes com a perspectiva do eu e que foram apresentadas a partir da presença do outro real, daquelas pessoas que ali estavam na quimioterapia. A maneira como ela percebeu, como algo mais positivo para ela, revela um trabalho de discriminação produtivo.

Entretanto, antes do contato direto que Pandora teve com pessoas enfermas na quimioterapia, ela revela a imagem que a marcou profundamente. A referência é direta da sua experiência pessoal diante de uma colega de trabalho que faleceu em um processo, visto por ela, como muito doloroso. Em uma segunda fala, Pandora relata suas impressões iniciais antes de fazer efetivamente a quimioterapia, demonstrando o que pensava sobre este tratamento:

Eu acho que também, o meu medo era sentir dor, sofrimento. Há 16 anos, eu trabalhava em uma empresa em que uma biomédica da mesma área que eu, uma pessoa superesclarecida, formada, ela teve um câncer de mama e nós convivíamos. (...) Quando ela percebeu já estava muito adiantado, porque ela não ia, não fazia exame, ficou 2-3 anos sem fazer. Quando ele foi detectado, ele estava enorme e ela tinha que tirar a mama e muito mais. Era uma coisa bem radical mesmo. Na primeira *químio*, ela viu que não iria aguentar que não queria perder cabelo. Então, eu presenciei todo esse processo doloroso, de sofrimento, de não querer fazer. E eu trabalhava em um departamento médico, e todos os médicos falavam que ela tinha que fazer, que pelo menos ela teria uma chance, de sobrevida. Mas ela não quis. Ela foi para tratamentos alternativos, sabe? Heiki, Heiki até que é legal, mas coisas... foi para outro rumo terrível e foi muito doloroso de vê-la sofrendo, porque dali deve ter ido, ela teve uma metástase, foi para todos os órgãos e no final foi um sofrimento horrível. Que a gente presenciou até pouco tempo [antes] de ela falecer. *Então, eu tinha isso na minha mente, quando aconteceu comigo e imaginava exatamente que iria acontecer isso, porque, até então, não tinha noção do tamanho, como era.* Eu ia ao médico regularmente, mas, de qualquer maneira, há alguns tumores que fogem ao controle, dependendo da coisa. (...) *Eu chorava, eu tinha medo, porque essa coisa me marcou muito, dessa minha colega, que ela era um pouco mais velha que eu, era uma*

peessoa tão bonita, tão para cima, alegre e, de repente, ela perdeu toda aquela vontade que ela tinha. *Devia ter dores terríveis. Eu fiquei com isso por muitos anos, depois passou. (...)*

Tudo mundo falava que a quimioterapia era o fim, que quase morria, que passava mal e eu comecei a ficar em pânico. Eu contava para as pessoas, e não tinha uma pessoa que dizia 'olha, eu passei, foi possível, eu consegui, passar'. [Ao contrário] 'Não, eu passei muito mal, eu fui internada'. Aí, eu tive que falar com ele 'doutor, eu estou ficando apavorada, eu estou com medo de tomar a quimioterapia'.

A imagem inicial, comparativa, de um outro que apresenta uma terrível realidade, que prediz um destino, assombrou a participante “por muitos anos” e durante o seu processo de tratamento. Outra imagem, *a priori*, foi o da quimioterapia, processo muito temido por Pandora. As fantasias estão ligadas a afetos destrutivos como o medo, que provoca a reação de rejeição diante daquilo a que ela teria que se submeter. A experiência com o outro, a colega de trabalho vitimada pela doença, anuncia um destino para a doença, carregada de muito sofrimento. Enquanto que o outro na segunda fala opera como um outro indiscriminado, uma coletividade massificada, que anuncia a destrutibilidade da quimioterapia. Custou ao eu ter a experiência direta com a quimioterapia para desvendar essas fantasias e assombrações vindas do coletivo disforme. Nota-se também, a presença do médico, como local em que se busca amparo para suas angústias. Esta presença foi relatada em outra passagem por Pandora, em que ela pôde se deparar com alguém que a auxiliou a refletir sobre si, uma alteridade terapêutica, que vai além da prática de um tratamento químico:

Ele [médico] não tirava o teu problema, mas demonstrava que poderia estar melhor e que... pelo que você via, você está bem, porque você iria ficar naquela angústia desnecessária?

No caso de Core, é-nos apresentado o outro que invade o eu de modo a proporcionar transformações decisivas. Anteriormente, Atena relatou uma forma de invasão desprazerosa quando ela estava no ambiente hospitalar que a fazia associar com os piores males da doença. Já Core, resistente a princípio a fazer o tratamento, viu por uma invasão de informações como poderia lidar com o câncer de modo diferente. Antes pouco atenta às informações que circulavam pelo mundo sobre o câncer, ela se viu encontrando novos sinais sobre a doença, o que a encorajou:

Eu sei que eu não via tanto, mas eu passei a ouvir [informações sobre a doença] coisas. Eu fui a um supermercado um dia e eles davam aqueles jornaizinhos com aqueles artigos de saúde. Em um deles, era sobre câncer de mama, com pessoas que haviam passado, era até Outubro Rosa, com aquelas mulheres de cor-de-rosa na capa. E era uma reportagem muito bonita. E contavam como tinha passado. E eu comecei a ler. Até que um belo dia, eu falei 'acho melhor eu procurar um tratamento'.

De forma semelhante, outra transformação ocorreu na vida de Core já após o fim do tratamento oncológico e a partir da morte da mãe:

Depois que ela faleceu, chegando em dezembro, eu não tinha nem vontade de sair da cama mais. Em janeiro, eu vi uma propaganda na TV, lá, onde eu moro, uma propaganda desse curso que eu faço [universitário para terceira idade] e falei *'preciso fazer alguma coisa, senão não vou ter ânimo para a vida'.* E lá, eu me reergui.

O outro novamente apresentou o novo que restaurou a vida. Como Core apresenta tendências depressivas, relacionadas a um enorme investimento na figura da mãe, associada a uma organização do eu que focalizava excessivamente a mãe como razão de se viver, ela se vê diante de um vazio existencial muito profundo e extenso. Alguma força renovadora surge deste vazio e sugere a Core um novo caminho para recomeçar a viver. Novamente uma propaganda, uma nova invasão, demonstra um caminho, em que o eu pôde refletir sobre novas possibilidades.

A sensibilidade de um profissional de saúde também auxiliou Core a lidar melhor com sua perda materna. No caso, uma nutricionista questiona se Core já havia feito análise psicológica. Core conta como o convite, que posteriormente foi aceito, ocorreu:

Passei por uma *nutricionista e ela me perguntou 'você já fez análise?'*. Eu falei 'não'. Ela falou *'você não gostaria de ser encaminhada aqui para um setor de psicologia?'*. Eu passei e fiz um acompanhamento com uma psicóloga (...) muito boa. Fiz por um ano.

E por fim, Core é novamente invadida por uma forma coletiva de outro. Ela apresenta um olhar paranoide que revela o outro julgador que assinala para algo que ela estava negligenciando para si, a cirurgia de reconstrução da mama. Após insistência médica e, ao que ela fala de “alguém observando”, além do próprio desconforto com a mama, ela resolve fazer a cirurgia:

Eu estava vestindo roupas apertadas [pela ginástica e pilates] e comecei a sentir desconforto no meu peito. (...) Quando eu sentava e havia alguém observando... e mulher olha mais para mulher do que homem, observa mais do que homem. *E eu comecei a me sentir incomodada.* Eu passo lá [na consulta], eles falam 'dá para melhorar, dá para melhorar!'. (...) O médico disse *'vamos pedir os exames de laboratório para ver se dá para melhorar isso?'*. *Aí, eu fiz. Aí, estava tudo bom e eu falei 'sabe de uma coisa? Eu vou fazer!'*

4.5 Atitude e função tipológica

Duas passagens da fala de Hércules sugerem pontos de apoio para a tipologia do eu, conforme a perspectiva junguiana. A primeira traz a função da intuição como uma sensação que normalmente vem via inconsciente sobre uma realidade. Não raramente, a intuição tem um caráter preditivo, de eventos que ainda não ocorreram ou se confirmaram na realidade externa. O participante traz o seguinte relato ao falar sobre o diagnóstico do câncer:

Eu fui nesse cardiologista para pedir outro remédio. Ele pediu pra fazer teste ergométrico e falou 'faz o teste ergométrico e volta aqui com o resultado'. Quando eu estava saindo, ele falou 'ah, espera um pouquinho, faz também uma chapa do pulmão'. Fiz o teste ergométrico, passei tudo bem, tudo tranquilo, legal né, aí veio uma vozinha na cabeça '*não fica se achando que não acabaram os exames ainda*'. Eu estranhei...

Observa-se que essa “vozinha” na cabeça veio a alertá-lo de que algo poderia estar errado. Logo mais, o diagnóstico do câncer de pulmão se confirmou. É interessante observar como uma sugestão como essa pode se manifestar na vida dos sujeitos, sem que haja evidências que sustentem uma perspectiva. É claro que não existe como provar se isso foi apenas um acaso ou suspeita que autorrecriminaria bons sentimentos de euforia do participante diante da primeira negativa de diagnóstico. Porém, postulada a existência da função tipológica da intuição, ela poderia ser apontada em um contexto como esse. Sobretudo, pela convicção descrita pelo paciente.

Ainda sobre a tipologia junguiana, existem duas atitudes básicas do eu ao lidar com os objetivos no mundo: a extroversão e a introversão. A fala a seguir traz uma evidência interessante:

E não me esquivo de falar sobre câncer também. Gosto de falar, não é para chamar atenção para mim. *Gosto das pessoas verem, se elas quiserem para elas não terem medo. Gosto de dar um exemplo de como você pode viver bem depois. Sem neura, sem neura. E eu comecei a aceitar mais amizade com os outros.*

A questão levantada diz respeito a uma inversão de atitude, que é descrita na literatura junguiana típica da metanoia, quando se atinge aproximadamente a metade da vida, os esforços do eu em se adaptar ao mundo atingem seu êxito satisfatoriamente e a força do inconsciente traz como compensação a necessidade do indivíduo se realizar. Como forma dessa realização completa, a atitude inversa típica do indivíduo surge com força. A narrativa do participante sugere que ele seja uma pessoa introvertida, sobretudo quando fala de sua dificuldade em se mostrar às pessoas. Contudo, após a doença, ele se revela mais expansivo e em busca dessas

peessoas. Pode-se conjecturar uma inversão tipológica da atitude, como se dá na metanoia. Sua introversão perde parte da força e a extroversão surge como forma de mostrar parte de sua personalidade que se mantinha demasiadamente inconsciente. O objeto exterior foi tratado com menos ansiedade e dúvida, o participante pôde “aceitar mais amizade com os outros”. Disto, também, podemos apontar para uma atitude mais erótica, em um sentido de Eros, simbolizando uma qualidade de relacionamento, de mais amor com os outros. A possibilidade de maior ligação afetiva com o outro, assim, torna-se mais acessível e mesmo desejada. A crise de vida, provocada pela doença, pode ter sido o estímulo necessário para desequilibrar a organização do eu em algo diferente e o reorganizou trazendo características que estavam contidas no inconsciente, sua extroversão menos acessada.

A mesma evidência não foi possível de ser vista com as outras participantes, o que pode sugerir uma hipótese para Hércules. A sensação contratransferencial foi de um homem profundamente mobilizado pela doença que conseguiu extrair dela elementos *novos*. Nos casos de Atena, Reia, Pandora e Core não houve uma sensação de profunda transformação como no caso de Hércules. Talvez ele tenha trazido com maior integridade, junto ao eu em movimento de integração, aspectos do seu inconsciente que pelas participantes só foram escorados, tratados como estranhos a serem *vencidos*, como sintomas psicoafetivos e choques de atitude e comportamento. Em Reia, por exemplo, parece que a doença não a atingiu e, por isso, hipotetiza-se a existência de densas defesas. Atena parece passar por uma transformação, porém não está solidificada a ponto de expressá-la. Enquanto Pandora parece ter descoberto algo a mais sobre o mundo e suas capacidades, contudo não ao ponto de verificarmos uma inversão de atitude tipológica do eu. E finalmente, Core ainda enfrenta o luto da mãe, o que indica a necessidade de se ajustar à vida adulta e reconhecer em si seus próprios potenciais. Sua energia psíquica está à disposição para este desafio adaptativo em que opera fortemente o autorreconhecimento e o reconhecimento do que é o mundo, além das prisões do complexo materno. Há, ainda, a necessidade de um nascimento psíquico, de uma consciência genuína.

4.6 Narrativa de causalidade e sequencialidade: o eu permite um encadeamento de ideias coesas

Uma das funções do eu é a capacidade de construir relações de continuidade entre eventos do mundo, assim como racionalizar, ou seja, levar estes eventos a uma ordem lógica e de correspondência. Os discursos dos participantes apresentam vários elementos que nos indicam o que está mais organizado no complexo do eu e, também, elementos que aparecem conscientemente, por meio da fala, mas que não estão organizados, ao apresentar contradições e evidências de conflito.

A análise das falas de Hércules possibilitou um rico panorama dessas formas de continuidades/descontinuidades. Vale ressaltar que as descontinuidades se mostraram excelentes exemplos de falta de adesão de um conteúdo ao complexo do eu e também apresentam com certa radicalidade algo da realidade que é negado pelo eu, a princípio.

Inicialmente, Hércules tenta explicar a origem da doença. Nestes casos, a emergência da doença é para o psiquismo algo misterioso, sobretudo, pois a doença cresce dentro do organismo, sem que ele tenha tido contato com algum agente externo causador. O tumor é parte do organismo que cresce desordenadamente. Explicar tal emergência de algo que é pouco sensível parece ser um desafio para o complexo do eu. Para tanto, elaborar uma explicação tende a ser um modo de localizar algo que pouco é compreendido, principalmente pelo caráter destrutivo que a doença tem em potencial, de grande ameaça à vida. O participante, como um sobrevivente, explica o diagnóstico na passagem a seguir:

Agora, eu lembro, acho que em 1996, 97, uma vez eu fiz um raio-X, mas eu joguei fora, e o cara viu alguma coisa na chapa. Aí fez algumas perguntas, e ele disse '*isso aqui é máquina*' e me mandou embora. Eu também nunca senti falta de ar, tosse, pigarro, nada! Então, é aquele negócio: *tinha que ser dessa maneira*.

A doença, de evolução misteriosa, tenta ser compreendida. A fala "tinha que ser dessa maneira", refere-se ao diagnóstico recente, por volta de 2010. Porém, ela aparece associada ao evento descrito acima entre 1996 e 1997. O complexo da consciência tenta organizar evidências de continuidade para o adoecimento, mesmo que isso, objetivamente, talvez não indique absolutamente nada sobre o adoecimento recente. A elaboração de teorias e racionalização de eventos e fatos em continuidade representa uma função do eu. O trecho abaixo, também, indica outra tentativa de explicação de fatos:

Então, eu não tive *grandes problemas*. Às vezes eu ficava... uma vez à noite eu dei risada até, que entre meia-noite e três da manhã eu comi duas fatias de mamão, duas fatias de abacaxi, três de laranja que era [por causa do] gosto ruim na boca e aquela vontade de comer.

E a fruta fazia bem. Eu me alimentei muito bem, couve, e *acho que era por isso que não pegou tanto.*

A passagem fala sobre a sintomatologia relacionada ao tratamento quimioterápico. O participante atribui à sua boa alimentação os poucos sintomas que sentiu ao longo do processo de tratamento. Há uma elaboração desses fatos que são concluídos pelo entendimento de que essa alimentação foi responsável por não ter “grandes problemas” ao longo do tratamento. Aqui, tem-se outra evidência de racionalização dos fatos, que estão relacionados a uma parte misteriosa da vida, pois não há garantia objetiva de que os efeitos do tratamento foram atenuados pela alimentação.

O que não se manifesta à consciência de forma ordenada, dificilmente é assimilado pelo eu. Exemplo disso se encontra abaixo pela fala de Hércules. O eu não consegue estabelecer uma continuidade com eventos e, disso, resulta uma narrativa de descontinuidade:

Eu fiz o último protocolo que acabou em junho, aí em deram alta. Mas aí assim, *o segundo protocolo de quimioterapia me pegou.*

O que “pegou” foi a surpresa, algo que escapava da perspectiva do controle consciente e que trazia más notícias. Ocorre aí uma descontinuidade de eventos. Os eventos externos, aleatórios ou não previstos – por falta de crença ou impossibilidade de se conjecturar objetivamente a respeito – apresentam realidades maiores e distintas do que o eu está pré-disposto dentro de sua perspectiva limitada. Isto traz a possibilidade de amplificação da consciência, desde que o eu possa organizar as informações. A reação afetiva diante do segundo protocolo de quimioterapia demonstra um lapso do eu naquele momento, quanto à possibilidade de uma segunda aplicação de ciclos de quimioterapia.

Apareceram, também, outras evidências de descontinuidade ou de certa desorganização do discurso consciente, o que nos leva a concluir pela falta de adesão satisfatória ao complexo do eu. Estes elementos sugerem falta de integração e conexões frágeis com o complexo. Abaixo, algumas falas retratam descontinuidades e partes pouco integradas à organização do complexo:

... foi convencendo, 'ah você fez 1, faz mais 1, fez mais 1'. Aí fez metade. Fiz 2, 'faz mais 1'. Fiz 3. Aí no fim fiz 4. Acho que quando eu fiz a segunda, ele falou assim para mim 'você está com depressão, né, medicamentosa'. Ele me mandou para o psiquiatra. Eu não queria tomar os remédios dela. Ela me deu antidepressivo, eu tomava dois tipos de remédios. Ele me disse 'quando você esteve aqui na primeira vez, eu disse pra você tomar para que você não tivesse isso agora. Você não quis tomar..., problema teu, vai ter que tomar de todo o jeito'.

Na rua próxima já me dava aquela... eu falava 'filha', ela falava 'é assim, fica aí'. *Falavam que era ansia antecipatória*. Eu não podia passar naqueles trechos, eu via a clínica e me sentia mal. E isso foi até acabar o tratamento.

Então foi meio assim, eu nunca esquentei muito a cabeça. Uma vez peguei a folha, falei 'cara, vocês falaram que vão me curar, vão me curar... vão nada!'. Aí, a folha da radioterapia estava lá, numa época em que estava 10mil, 11.900 [reais], algo assim.

Eu vivia um dia só, um dia por vez. Vamos ver hoje, vamos ver hoje. Agora, é claro, esperar resultado é horrível. Quando vêm aqueles exames, você fazia exame e 'ah, daqui três dias, daqui três dias, aí é três dias demorados'. Aí um médico lá, um dia eu fui pra ele e falei 'Cara, me estressei com esse exame, porque o cara falou que ficaria pronto na quinta e só ficou pronto no sábado à tarde', que saía publicado no site do hospital. E eu estava lá estressado.

As duas primeiras passagens tratam de algo que está escapando ao controle e capacidade de elaboração do eu. O participante apresenta sintomas de afetos pouco compreendidos, ocorre o que ele chamou de “ansia antecipatória” e da “depressão medicamentosa”. Há o relato de um sofrimento psíquico que não foi bem explicado pelo participante. Até esses momentos, não houve menção a esse tipo de reação de sentimento conscientemente. O que escapa, como em um ato falho, representa parte da vida psíquica que o participante viveu, mas pouco compreendeu. Desse modo, esses elementos são estranhos e pouco pertencem ao campo organizado do eu. É como um elemento alienígena, de nenhuma familiaridade, com o que ele identifica como sendo seu. Uma parte do seu ser se encontra nas trevas do inconsciente, e somente pela via sintomática é representada, projetada, no mundo.

Na terceira e quarta passagem, o participante demonstra contradições entre uma tentativa de se convencer de que não há expectativas e de que vivia uma vida tranquila, enquanto passava pelo processo do tratamento. Na mesma fala, há pontos de contrassenso. Há expressões de desacordo e que demonstram sofrimento psíquico, pela maneira como o participante tentou se apresentar como alguém bem-resolvido com relação à doença e certo de que estava tranquilo. Os momentos de estresse, insegurança e sofrimento são fortemente minimizados, apesar de serem relatados. Embora tenham surgido no discurso, há o indicativo de que isso não está organizado e integrado ao complexo do eu. O participante tenta se projetar no mundo como uma pessoa que deve reagir de determinada maneira. Há “autorrecomendações” de como se comportar: “não esquentar a cabeça”, “viver um dia de cada vez”. Porém sua reação afetiva: “estava estressado”, e expressão de descrença: “vão me curar nada”, são exemplos de parte da vida anímica que não é

bem integrada e compreendida pelo eu que se apoia no bom comportamento, em recomendações – morais – de como reagir a esse contexto doloroso.

Sobre recomendações, entendem-se expressões que dirigiriam o eu, que preveriam uma maneira de se comportar e ser. No diálogo abaixo, há um exemplo disso:

Hércules: É, se você não esperar muito, tudo o que você ganha é bem-vindo, porque você não esperava. É duro mexer com a frustração.

Entrevistador: Mas fica o fantasma da frustração.

Hércules: *Ah, sempre fica! Ah, sim, fica.* Hoje em dia, eu não gosto de fazer metas a cumprir. Hoje em dia eu acho que sou mais oriental, espero acontecer. Eu não gosto de... porque aí não acontece e você fica 'comigo não acontece e com os outros acontece'.

O participante deseja não ter as expectativas que, por certo, ainda sustenta. Ele as recrimina. Portanto, as motivações e afetos que estão ligados a essas ideias não se encontram à disposição do complexo do eu de modo inteiro. Formam elementos conflitivos que atuam na vida do sujeito pela via do inconsciente. Quando o pesquisador utiliza o termo “fantasma da frustração” é pensando em algo que assombra, que não está inteiramente visível ao sujeito, que não está totalmente claro à perspectiva do eu, que tenta sustentar uma atitude do “não esperar”, mas que não tem total sucesso. A vida anímica transmite ao sujeito afetos e medos que não são bem aceitos por esse complexo do eu.

Do ponto de vista coletivo, o eu pode negar, negligenciar e suprimir fatos da sua sensibilidade, que aparecem parcialmente pela consciência, mas que não é posta em um *locus* psíquico organizado e que esteja em acordo com o eu. Esse eu se recusa a aceitar esses afetos que seriam dolorosos e angustiantes. Na história de vida do participante Hércules, encontra-se um elemento aprendido que oferece uma compreensão de motivos pelos quais a expectativa é tão negativa. Isto sugere que o complexo do eu é, de fato, uma instância de atualização de identidade e de experiência pessoal. Algo como *isto aconteceu comigo*, ou seja, algo é identificado e correspondido com a própria existência, em um estabelecimento de que *isto* pertence a mim. Ele fala sobre a sua péssima experiência com a empresa que trabalhava, aqui denominada com o nome fictício de Júpiter, e da frustração por não ter recebido o que lhe era de direito.

Às vezes, eu brinco lá com os padres, eu nunca cheguei na igreja e olhei lá na hora do santíssimo, Deus está presente lá, nunca perguntei por que eu tive câncer. Eu nunca tive essa indagação. Agora, por que que a Júpiter não me pagou, pensei várias vezes. *Eu esperava muito.*

O eu agrega e condiciona o fato ocorrido a si. Faz parte da experiência sensível e discriminativa, uma espécie de escolha, por não alimentar expectativas – em sua força e influência consciente –, pois elas produziram – na identidade do eu, no complexo – reações negativas e frustrantes. As defesas psíquicas podem operar nessa lacuna entre eventos e os julgamentos do complexo do eu. Seria um crivo para se validar ou não uma experiência. O participante traz um exemplo disto na seguinte fala:

Como eu estava dizendo para você, dia 30 de dezembro fazer PET/CT... Nossa Senhora, mas não me causava e eu não sei o que é isso, se isso é frieza, se é... não sei o que é, não me causava muito... me causava... não me machucava, mas não era alguma coisa que me traumatizava. Então, se ficou alguma coisa, ficou *naquela hora e depois sumiu e a cabeça cortou e depois isso não me preocupa*.

Ele reconhece que algo dele pode ter operado de modo a “sumir” com algo que o incomodava. A defesa opera de forma inconsciente, apesar de proteger justamente o eu, impossibilitando que se tenha consciência sobre algo. O sofrimento e a angústia estão postos ali, mas algo impede que isso seja visto frontalmente. Assim, os sintomas e outras expressões desorganizadas do que aparece à consciência são um modo de mensurar e apreender além do que se sabe, do ponto de vista do próprio sujeito e do que ele diz. Sua experiência foi incômoda, como relatado, mas não houve maior conscientização do que se passou com ele, conforme o participante indica pelo relato.

Atena descreve rapidamente sua experiência da internação para a cirurgia de retirada do quadrante da mama:

Aí, fiz a cirurgia. *Foi bem rápida. Internei e no dia seguinte já tive alta e fui para casa*. Marcou o dia para ir ao consultório dele e eu fui. Ele falou, tenho dúvidas se você vai precisar fazer a radioterapia, a quimioterapia está descartada. Ele analisou os dados, foi superatencioso.

O relato é breve: “foi bem rápida. Internei e no dia seguinte já tive alta e fui para casa”. Somando-se a isto, Atena considera que a pior parte do tratamento foi a radioterapia, em que sofreu mais:

Até que a minha pele teve uma queimadura muito, muito grave, que ficou. Nem sei como aconteceu aquilo. No final, tive que voltar lá, quarto ou cinco vezes. Eu estava muito queimada e doía muito e estava bem desconfortável, foi bem *punk*. A minha radioterapia no final foi bem ruim. Mas eu fiquei ruim quando estava terminando.

Nota-se, assim, que a densidade da narrativa e os detalhes de sua continuidade se desenvolvem conforme o impacto afetivo é reconhecido pelo eu. Caso contrário, atuar-se-iam defesas que impediriam o sujeito de ter acesso aos registros da experiência. Atena reconstrói a cirurgia de modo breve, pois ela pouco representou

como desafio, ao contrário da radioterapia que castigou e deixou marcas. Atena descarta a busca de causalidade para o surgimento do câncer. Ela considera “muito pesado”, como responsabilidade moral:

Há muita gente que fala, até quando o meu médico me deu o diagnóstico, ele disse '*you* teve algum aborrecimento, alguma coisa recente, assim?'. Eu acho que *isso só faz a gente se sentir culpado!* Eu tive o câncer, então eu sou culpada. Eu tive esse ritmo, eu fiz desse jeito, então... eu não casei, eu não tive filho, eu não amamenteei. Eu procurei essa doença, é muito ruim pensar isso. É muito pesado, eu acho.

Esta crença na causalidade da doença não é incomum. Pandora exibiu essa ideia de que algo lhe provocou a doença e que, portanto, seu comportamento pregresso foi responsável pelo adoecimento. Nota-se que estamos diante de uma postura do eu em relação ao câncer. O eu consciente está em uma disposição de enfoque, como em uma escolha por um ponto de vista. Em Atena, ele nega a possibilidade de responsabilidade pela doença, com Pandora, o eu traça uma relação de correspondência entre hábitos da vida com a manifestação do câncer:

Mas eu não sentia nada, eu tinha o câncer e eu não sentia dor, não sentia nada, eu não entendia como uma pessoa podia estar com uma doença, com um câncer e não sentia nada, não sentia absolutamente nada e não sentia nada, eu não sentia... *a única coisa era que meu trabalho era muito estressante.* O trabalho anterior, nessa parte de vendas, a chefia, muita exigência, eu era muito cobrada, estresse, muito estresse. *Eu acho que isso, talvez, tenha me levado ao câncer.*

Reia e Core expressam crença estruturalmente semelhante em relação aos motivos da sobrevivência. Reia entende que sua fé foi a responsável por sobreviver e ainda complementa o julgamento, em outra fala, ao tratar da origem de sua força desafiadora, que impediu que ela se abalasse com o câncer:

Tenho tanta fé, e eu acredito tanto que deve ser isso, muita coisa dá certo.

Eu sempre fui assim [de ter muita força], eu acho que é porque eu criei dois filhos sozinha, muito sacrifício. Eu não paguei ninguém para olhar. Dois rapazes e você criando ali, todo o dia. Trabalhava em dois horários. Eu levava para a escola de manhã e pagava uma perua para trazer. O pequenininho, eu criei em uma caixa de fruta, caixa de plástico. Meu patrão permitia que eu deixasse deitado.

Já Core acredita que sobreviveu ao câncer em função do que fazia pela mãe, por ter cuidado dela com tamanha devoção:

As pessoas sempre falavam assim para mim '*mas você cuida tanto da sua mãe que Deus vai te recompensar, vai te recompensar*'. *E acho que foi por isso que aconteceu comigo [sobreviveu à doença].*

Eu pelo menos sinto que não fui desamparada. Eu não sei... *falam 'você foi uma boa filha', eu não sei se Deus já recompensou dessa forma de ter sido encaminhada para cá, de ter tido cuidado que eu tive.*

No caso de Core, há uma relação de recompensa pelo sacrifício. Com Reia, há a consideração de que ela adquiriu forças por ter uma vida difícil e sua sobrevivência veio pela fé. Em comum, as duas apresentam valorização daquilo que demonstram mais se importar: Core, sua mãe; e Reia, sua fé e a força obtida pela vida difícil. O complexo do eu operou no sentido de fortalecer vínculos significativos para ambas, com impulsos profundos da psique. O complexo materno bastante denso em Core encontra uma forma de ser racionalizada pelo eu. A força do complexo materno, nesse caso, é tão dominante que o eu não consegue se distinguir dele plenamente. A consciência sofre por efeitos do inconsciente (complexo materno). Reia apresenta uma relação com a fé pelo catolicismo e suas práticas. Por ser devota e ter sido bem-sucedida em sobreviver à doença, ela considera como efeito natural sua sobrevivência, devido a sua devoção. É importante ressaltar a tendência da existência de uma moralidade cristã que será mais bem discutida na seção 4.9 – Simbologia mítica: o eu e discriminação. Ela pode explicar a estrutura das defesas de Reia ao negar o tamanho do desafio que ela foi submetida pelo câncer. Houve uma tomada de atitude consciente baseada naquilo que é do “bem” – a vida – em detrimento daquilo que é do “mal” – a morte. Sua escolha parece ter sido mobilizada por uma dicotomia básica de moralidade cristã e como boa devota, deve seguir os preceitos de sua religião.

Há outros exemplos de descontinuidades e rupturas ocasionadas pela doença. Atena comenta sobre a maneira como levar a vida pessoal e profissional até se deparar com a doença. Sua atitude diante da vida sofre reflexivamente uma mudança brusca, o que ela refere como “repensada”. O eu que antes tinha como alvo alguns objetos de valor, como o trabalho, a exatidão, a excelência, agora se vê mais flexível, após o impacto de quase perder o privilégio de se viver:

Então com relação ao trabalho, eu dei uma repensada. *Eu sempre fui uma pessoa muito dedicada, sempre de cumprir minhas metas.* (...) Não preciso trabalhar mais tanto tempo, tantas horas. (...) Só que na consultoria eu não precisava imprimir o mesmo ritmo [da indústria], mas eu continuava imprimindo o mesmo ritmo! *Aí, isso daí [a doença], a vida dá um jeito de dar uma rasteira de você dar uma repensada.* Então, nisso, eu dei uma mudada, eu diminui. E depois, na coisa do trabalho, eu dei uma baixada de bola. Acho que não estou tão pilhada como era antes.

Em um segundo momento, Atena atesta para a sua forma de pensar e atitude sobre o trabalho. Inicialmente, ela se perde na fala, demonstrando algo não encadeado ao que falava.

Depois, ela traz à tona seu lado exigente que cobra do outro o mesmo que ela cobra de si e que, talvez, foi-lhe cobrado ao longo da vida. A descontinuidade ocorre em dois sentidos: o primeiro é a própria perda da referência da fala que se estende até a metade do trecho; a segunda, a retomada egocêntrica do que é válido para ela também é válido para o outro. A descontinuidade quanto a este segundo ponto ocorre em relação à fala anterior, em que se estaca a “dar uma repensada” sobre sua atitude. Há uma contradição nesse aspecto, o que sugere fraca consistência das ideias e afetos no eu acerca de sua autoanálise:

Precisa, mas eu... me perdi um pouco [raciocínio interrompido]. Ele falou isso, mas ele [médico] falou isso, mas nessa questão médica, quando eu vou, eu fico esperando (...) e falo, meu deus do céu, as pessoas... e no meu trabalho, sou dos recursos humanos, eu faço muita entrevista com candidato, mas eu sou muito observadora. (...) Eu fico pensando, se eu me esforço para fazer, *por que o outro independente do que ele faz não pode fazer também?* Eu sei que não é o melhor dos mundos em pensar assim, mas eu ainda penso assim (...). Se você quer fazer, faça bem feito. Eu já fiz muitas coisas que não gostava de fazer, mas fiz e fiz bem feito.

A participante Pandora demonstra formas de descontinuidade que aparecem pela eclosão de afetos repentinos. Após o diagnóstico, Pandora começa a ter sintomas de ansiedade. É a demonstração de algo que escapa ao controle do eu e que se manifestou destrutivamente. Pandora não retrata o “pânico”, a “insônia”, e a “ansiedade”. No máximo, faz uma relação contingencial entre a descoberta da doença e referir ser “uma pessoa ansiosa”. Estes sintomas afetivos indicam uma descontinuidade do eu. Eles sinalizam uma realidade oculta que se sobrepõe ao poder do complexo do eu, provocando fragilização do autocontrole e descendência para movimentos que vêm do inconsciente, ou seja, ideias e afetos não integrados à consciência, por ação do eu, inclusive. A irrupção aparentemente inexplicável destes sintomas é uma fratura no complexo do eu, que não dá conta dessas demandas misteriosas. A seguir, os relatos que dão embasamento à análise:

Eu estava preparada, não foi fácil. Eu estava desesperada no começo, era um desespero. *O começo é pânico total. Sem dormir à noite, aquela coisa desesperadora, que me dava à noite, aquele pânico...* Eu queria tanto fazer algumas coisas ainda, eu me acho relativamente jovem e achava que iria morrer.

[Teve] alguns momentos de insônia logo no começo, sim. *Ansiedade e medo tão grande que me bateu, vinha, e eu não conseguia dormir. Eu já tenho um pouco de ansiedade, sou uma pessoa muito ansiosa, não sei por que eu sou assim*, mas nessa fase eu fiquei muito pior. Eu não conseguia dormir, eu ficava bem ligada, a noite inteira e quando dava aquele sono eu dormia, mas era uma coisa tão rápida que *eu acordava e sobressalto*. Aquele medo. Então dava muito insegurança e medo. *Mas desapareceu completamente, você não tem noção!*

O caso de Core também apresenta semelhanças quanto a irrupção de afetos desconsiderados pelo eu. É possível verificar a emergência de afetos súbitos. Particularmente, Core pôde vivenciá-los ao chorar durante a entrevista, sendo visto com surpresa por ela:

Na escola, eu não falei para ninguém. Eu não gosto de falar. *Eu não gosto de me passar por coitadinha*, eu não gosto que ninguém tenha pena de mim, não gosto. *Estou até chorando bastante*. Mas eu nunca falei, lá na faculdade, lá com as pessoas mais próximas, como eu trato. Quando eu preciso vir aqui, eu procuro sempre marcar as consultas que eu tenho - o curso é de terça, quarta e quinta - segunda ou sexta. Quando eu tenho que marcar na quarta, eu falto lá.

Eu não consigo ficar na dependência dos outros, foi horrível, foi horrível, horrível, horrível!

Depois que eu me separei, a minha tia 'eu te espero na rodoviária, te espero no aeroporto'. Eu falei 'não, eu não vou'. Eu comecei a cuidar da minha mãe, e minha preocupação era só ela, *eu vivia em função dela e para mim estava bom. Para mim, não faltava nada não*.

A relação é de rejeição a qualquer postura frágil diante da vida, dito pelo “não gosto de me passar por coitadinha”. Ela indica que deve ser forte e essa deve ser a maior operação do seu eu-ideal. Contudo, ela é traída por algo silencioso e que foi mantido reprimido com força. A surpresa, e até demérito, em tê-lo apresentado reforça a ideia de que algo ocorre autonomamente no psiquismo de Core, mas que o eu se nega a admitir. Tal manifestação é uma descontinuidade do eu que revela facetas da realidade que são negligenciadas à consciência. A segunda fala em que ela diz repetidamente a palavra horrível tem como contradição o seu alto grau de dependência com a mãe. Enquanto ela esteve doente, em tratamento, ela passou por momento em que precisou receber cuidado de outras pessoas. Porém, ela não reconhece satisfatoriamente a dependência materna, da qual ela não expressa queixa, como visto na terceira fala em “para mim, não faltava nada”. O sentimento, aqui, mais uma vez, denuncia uma descontinuidade do eu.

Atos falhos podem ser um sinal de descontinuidade. Core se nega a reconhecer a doença como positiva em qualquer aspecto. Porém, ela diz:

Eu fui muito bem tratada desde que descobriu. Eu só tenho o que falar, *eu tenho que agradecer até nas minhas orações a doença... não agradeço a doença, mas agradeço de ter sido encaminhada, de ter tido a sorte de ter tido o cuidado que tive*. Eu acho que Deus não me desamparou.

Aqui, restam muitas dúvidas sobre este “erro”. O que Core adquiriu com a doença que ela logo rejeita como possibilidade? Suas defesas e inflexão do eu em admitir possibilidades positivas são muito fortes. É possível que por essa expressão,

ela tenha deixado de lado alguma reflexão mais profunda e destoante do tom majoritário de sua fala.

4.7 Inflação e alienação do eu: posições em relação ao self

Os estados de inflação e de alienação do eu diante do self foram observados em momentos da narrativa dos participantes. É importante destacar que as posições de inflação ou alienação não são *a priori* patológicas. Somente os são se estiveram fixadas. Isto porque o eixo eu-si-mesmo é dinâmico. Nele o eu se desloca constantemente entre as duas posições. Isto, inclusive, garante o desenvolvimento do eu diante do que é vivido. Ou seja, o eu pode estar inflado diante do self e sofrer uma “queda”, ficando alienado ao self. O inverso seria a fase de retomada do fluxo energético com o self, tendo uma reaproximação entre o eu e o arquétipo da totalidade psíquica. A dinâmica permite ao eu experimentar forças vitais e também o contraste da experiência que proporciona amplificação de consciência e fortalecimento dele.

Os estados de inflação constituíram tentativas do eu em se apropriar de forças que não se encontravam no próprio complexo do eu, inicialmente. Há o englobamento do eu pelo self, por forças do inconsciente. Os trechos a seguir sugerem estados de inflação do eu para o caso de Hércules:

No meu, o médico falou assim 'como o senhor é forte, eu gastei uma gaze', porque não teve sangramento. Ele perguntava 'como o senhor é tão forte?', eu disse '*porque eu comia rapadura*'.

Tudo isso ajuda, você encarar. Mas, assim, nunca tive medo... eu falo isso para minha filha às vezes: *eu não tenho medo de morrer*, eu tenho medo de como vai ser, por exemplo, um sequestro, se vai ser torturado, um acidente em que você continua vivo. Disso, eu tenho medo de olhar para a morte. Mas, medo de doença, é aquele negócio, você está vivo, você vai morrer querendo ou não, ou hoje ou amanhã, *quando chegar a sua hora, você vai*.

A Júpiter ficou na garganta. *Muita gente falou que aquilo que eu senti e o que aconteceu depois: tudo porque você guardou. Você guardou, você ganhou um câncer. Não que... é aquele negócio, eu fragilizei meu organismo, o DNA, já estava para acontecer, e eu fragilizado, ele suplantou. E eu tive o câncer*.

E não me esquivo de falar sobre câncer também. Gosto de falar, não é para chamar atenção para mim. *Gosto das pessoas verem, se elas quiserem para elas não terem medo*. Gosto de dar um exemplo de como você pode viver bem depois. Sem neura, sem neura. *E eu comecei a aceitar mais amizade com os outros*.

Então, acho que foi por essa visão que eu conseguia encarar. E na época eu lia aquele texto daquele argentino que falava, que se você tem câncer, você tem duas chances, que é ser

curado e continuar com a sua vida boa ou morrer e ir pra Deus. *Peraí, não tem outra coisa, né.* Então, acho que por isso que eu levei numa boa.

No primeiro trecho, o participante relatou uma passagem em que se encontra com seu médico, que o elogia perguntando a origem de sua força física, resistência, pois não houve grandes complicações diante de um procedimento cirúrgico. A resposta do paciente, embora bem-humorada, resgata uma condição de seu passado, a qual lhe dá força sobre-humana. O eu naquele momento toma uma posição de superioridade por ter sido a ele concedida a graça de se alimentar com algo divinamente curativo. A “rapadura” é o alimento abençoado, do qual o eu se apropriou e no discurso não faz questão de contradizer o médico e aceita esta condição de ser superpoderoso. Sua condição de saúde superior já se deu, em um passado, por intuição. Tomou para si algo de superior que agora lhe pertence.

O segundo exemplo traz uma questão que se pode admitir como coletiva, pois o câncer é compreendido como uma doença que ameaça a continuidade da vida. A questão da morte, claramente, visita a consciência do participante. Ele a trata, na fala, como algo menor, como uma preocupação de menor valor. Medo nenhum é admitido, como se ele fosse imune a qualquer tentativa que surja ocasionalmente de se pôr a pensar na hipótese de ser o seu fim. Ora, o eu é uma instância psíquica designada para se adaptar no mundo e seu fim é temido por si só. A morte representaria potencialmente o maior e definitivo fim, não só da vida, mas do eu, de um complexo construído para se adaptar na missão de sustentar a vida. A morte, assim, apontaria para o fracasso das maiores funções do eu como garantir continuidade no tempo e espaço, garantir uma identidade e subjetividade. O desconhecido é o anúncio da interrupção de qualquer continuidade ou reflexão da identidade, algo como “não se sabe o que será de mim após isso”! A negação do medo da morte é um exemplo de inflação, pois o eu se compara a uma divindade imortal, que não reconhece desafio ou temor diante de si, diante da ameaça de seu fim. Além disso, em alguns momentos da entrevista, o participante parece ter projetado em outros indivíduos com câncer, medos e afetos que ele negava para si, reprimidamente.

Na terceira fala, o participante traz uma perspectiva de que ele já tinha o protótipo do câncer, além de ele ter realizado algo que “fragilizou” seu organismo, originando a doença. A inflação ocorre pela postura de carregar para si tamanho poder, ou pela sua genética ou pela sua ação fragilizante de anos. Está nele a origem da doença. O resultado do adoecimento é o efeito de uma causalidade, em que ele

participa, com algo que lhe é próprio. A doença não admitida como qualquer resultado aleatório. Por mais que a medicina moderna aponte para fatores hereditários ou fatores favorecedores do surgimento de tumores, o que se discute aqui é a maneira como o indivíduo atribuiu para si alguma causalidade para sua enfermidade. O eu está inflado, pois é como se o sujeito fosse responsável por adoecer. Seus demônios e próprio corpo, assim, teriam provocado a doença. Aqui, revela-se certa crença de que a doença vem como castigo. Sua origem e natureza podem variar, sejam por causas físicas, corporais, comportamentais ou por motivos divinos, superiores, em que se julgam os atos por um viés moral.

Na quarta fala, o participante claramente se projeta como alguém que detém capacidade de transmitir conforto àqueles que passam por situação semelhante à que ele próprio passou. Diante da jornada de sobrevivência bem-sucedida, ele apresenta prazer em falar em sua vitória heroica. Esta impressão acompanhou a percepção transferencial do entrevistador. Parecia que o participante estava ali contado uma “boa-nova”, ensinando e transmitindo uma verdade. Seu discurso, por mais que inconscientemente apresente contradições e questões ambíguas, não indicam elementos que questionam a si próprio ou suas impressões pessoais. Quase que totalmente, o discurso é certo, cuja intencionalidade parece ser fixar, suportar e afirmar algo da sua experiência para uma verdade maior. Esse eu inflado está nessa posição de saber sobre os fatos e ser detentor de um segredo, algo pelo que poucos passaram, e que deve ser disseminado pelo mundo. O eu é o predestinado pelos deuses a espalhar a “boa-nova”, um caminho de verdade e de força para aqueles mais frágeis ou que desconhecem aquele tipo de experiência. O entrevistador sentiu esta tentativa de ensino pela fala fácil e prolixa, que parecia não ter um momento de pausa para se olhar.

A quinta fala representa uma identificação do indivíduo com a divindade. O eu pertence a Deus e por isso não haveria nada a se temer. A inflação está nesta relação tão próxima com algo superior e protetivo. As forças divinas e forças do inconsciente que projetam tal ser acolhedor dão equilíbrio ao sujeito em sofrimento e temeroso por seu futuro.

A participante Reia expõe uma coletânea de falas que indicam inflação do eu. Sua entrevista é carregada por sua postura de força e enfrentamento às adversidades da vida. Ela tende a minimizá-las e se colocar como superior a praticamente qualquer tipo de sofrimento:

Eu acho uma frescura das pessoas, ai, ai... Eu tomava a [quimioterapia] vermelha [tida como muito forte]. Meu cabelo, meu menino fez moicano, zoou comigo.

Eu não encabulo com nada, eu enfrento. O defeito que ficou foi meu braço que incha de vez em quando, mas eu já tenho a luva. [Meu filho] tira o líquido para mim. E eu me aceito como eu sou, e adoro a minha vida. E agradeço todo mundo do [Hospital] por ter feito tudo isso por mim.

Quando eu apertei [o nódulo], eu vi lá no fundo, eu fiz de novo. Eu falei 'eu estou com caroço e não é legal!'. Aí, eu já fiquei armando na minha cabeça, é um carocinho pequenininho, vou fazer os exames e seja o que Deus quiser, *mas não há de ser nada*. E que tium, *rapidinho...*

Quem disse para você que eu choro? Eu não fico sozinha, eu tenho um aparelho de som que meu filho fez para mim. (...) Eu ligava, eu dançava. Os vizinhos falavam que 'no dia que você sair daí, nós morremos, porque você é a alegria do bairro'. Todo mundo me conhece ali.

Essa foi a última vez que vocês vieram comigo no hospital, mas eu não preciso mais. *Não preciso de vocês doentes na minha frente, não! Vocês são mais doentes do que eu*. Deixa que eu vou sozinha.

Não tive [mudanças negativas]. Nem para fazer a quimioterapia. Eu não fui negativa em nada. *Tudo meu é positivo.* (...) Eu acredito que eu estou com ela [doença], mas vai sair!

[Diálogo iniciado pelo médico com Reia] 'Dona Reia, mas tem que tomar esse leite aqui'. 'Quanto dura esse leite?'. 'Uma semana'. Falei 'doutor, é muito caro. A coisa vai ficar feia lá em casa, mas vou tentar'. Meu menino falou 'mãe, você entendeu tudo o que ele falou?'. Eu falei 'entendi, mas chegando em casa a coisa vai ser outra! Porque ela não está aceitando'. Peguei o leite, integral, de caixinha, fervei, peguei o filtro, limpei. Botei o leite de vaca, na mamadeira, botei um pouco de água e botei ela para tomar. Falei 'vamos contar os minutos. (...) Ela ficou duas horas sem gorfar. (...) Você acredita que sumiu, ela não tem isso mais [problema em aceitar alimentação que era seguido de vômitos]. Levamos semana passada no mesmo médico. (...) Eu contei, ele falou 'quem quiser procurar Deus vai na sua casa, que está lá de plantão para criar seus filhos'.

Os eventos associados ao câncer são tão reduzidos de agressividade que ela parece tratá-los como uma doença que pouco representa em risco. Sua avaliação sobre os efeitos e dificuldades de enfrentar o processo de quimioterapia é de que as outras pessoas são “frescas”. Ela se coloca em uma posição de tamanho poder que nada pode “encabulá-la”. Seu decreto de que a doença “há de não ser” foi realizado pelo destino e de forma rápida. É inabalável, pois não chora. Encara a reação dos outros, da família, como inferior e escolhe se afastar deles, pois eles representam fraqueza e doença, algo desprezado por ela. Reconhece-se como uma pessoa que somente é positiva, revelando uma fixação do eu em reprimir a negatividade e somente se reconhecer naquilo que é fortalecedor para seu eu-ideal. E por fim, desafia o saber do outro, demonstrado em uma narrativa em que é vitoriosa pelo reconhecimento do adversário, o médico. A escolha desta fala não é aleatória, pois serve para demonstrar ao entrevistador que ela é detentora de um saber superior. A somatória dessas falas em conjunto com a sensação da transferência e

contratransferência do entrevistador nos faz apontar para um estado de inflação do eu que serve de base para defesas psicológicas. Este estado de inflação repousa sobre um heroísmo arquetípico que desrespeita os deuses, ou seja, as outras potencialidades psíquicas. O complexo do eu está investido em onipotência e onisciência. É rígido e pouco aberto ao novo. Destaca-se que sua entrevista foi a que mais gerou sensação de cansaço e impotência no entrevistador, mesmo tendo sido a mais curta em relação aos outros entrevistados.

A participante Pandora traz um relato que fala sobre sua maneira de ver a experiência oncológica depois do término do seu tratamento. Nele, ela expressa projetivamente, em um gesto imaginativo, como trataria uma pessoa que se descobre com câncer. Essa maneira de fantasiar o contato com o outro demonstra um estado inflado do eu, já que ela depois de passado todo o tratamento saberia sobre o destino desse outro, como serão as etapas do tratamento e como ele deve se comportar. Tal postura é semelhante ao que Hércules demonstrou na sua inflação do eu:

Eu gosto de comentar com as pessoas, tive várias amigas que tiveram câncer e que ficaram apavoradas. *Eu falava 'você não quer conversar comigo? Vem conversar, porque eu já tive, eu tenho uma experiência. Olha, acontece isso, sim, em algumas pessoas, em outras não. Mas cada pessoa tem uma forma de reagir. Se você ficar para baixo, sabe, você tem que encarar. Ir por etapas'. Pensar 'nossa, eu vou ter que operar'. Não! 'Vai com calma (...) por etapas. Primeiro você faz a cirurgia, depois você faz a quimio, depois você faz a rádio e aí acabou'.*

Eu quero sempre saber tudo, eu queria saber 'mas pode ser? Por que que não?' Então, eu soube de tudo, eu fiquei tranquila. No hospital tem assistente social, e falam sobre os direitos que você tem. Financeiramente eu não gastei nada.

Outros trechos trazem uma perspectiva de estado de alienação do eu. Esta posição é compreendida como um distanciamento entre a instância do eu em relação às potências do inconsciente, ou do self. O eu se vê sozinho e desamparado, longe da influência criativa e produtiva das potências do inconsciente. Ao contrário da posição inflada, como vimos acima, em que o eu se vê dotado de uma força que não é sua própria, mas se identificando com ela, o estado de alienação representa o esvaziamento, ausência ou insensibilidade em relação aos conteúdos do inconsciente. O completo desconhecimento e a ignorância são exemplos deste estado. A seguir, têm-se algumas falas expressadas por Hércules do estado do eu alienado:

Eu só tinha problema assim, a noite eu não tinha sono. Aí estava em pé 4 horas da manhã, acordado. Mas não tive medo, ansiedade, não!

E outra coisa, eu também não tenho *medo de morrer*. *Pela minha fé*, eu nem tenho medo de morrer e apesar de ser católico, praticante, não tenho esse medo de 'você vai para o inferno ou não vai', porque eu não acredito nisso. Acho que o inferno é aqui mesmo, o inferno é você que faz aqui. Acho que a minha fé e a minha religião também ajuda nisso.

A primeira fala sobre um estado de eu alienado se caracteriza pela oposição, ou falta de associação entre a insônia e ausência de ansiedade. É como se o eu não tivesse condição de perceber que não está em um bom estado emocional. A insônia é posta como algo completamente aleatório e sem nenhuma relação com um estado ansioso. A alienação corresponde a esta ausência de relação entre o sintoma insônia e a negação da ansiedade. O participante descreveu passagens em que relatava estados de tensão e exaltação, que sugerem ansiedade antecipatória. Esta falta de consciência da própria condição emocional indica distanciamento da situação mais abrangente da vida psíquica:

Fui lá fiz a radioterapia, peguei meu carro e voltei para casa. Mas eu já não aguentava o ambiente, o cheiro aquele ambiente. Aquela Galeria que eles ofereciam o sanduiche para a clínica em que eu fazia aplicação, eu não aguentava mais. Na rua próxima já me dava aquela... eu falava 'filha', ela falava 'é assim, fica aí'. *Falavam que era ânsia antecipatória*. Eu não podia passar naqueles trechos, eu via a clínica e me sentia mal. E isso foi até acabar o tratamento.

Na segunda fala apresentada, apesar de ser semelhante à fala com inflação sobre não ter medo de morrer, há um estado alienado do eu. A posição de alienação se encontra na falta de identificação do medo, reforçado pela sua fé. Anteriormente, a ausência do medo de morrer correspondia a uma supervalorização de um eu destemido e poderoso, semelhante a um deus imortal. Porém, nesse caso, alienação é a falta de assimilação de qualquer sensação de medo, que é negado e refletido para longe da consciência do eu. A ambiguidade quanto a este elemento da experiência do participante, o medo de morrer, sugere que se pode encontrar uma alternância dos estados de inflação e alienação do eu para um mesmo tema, assunto ou imagem simbólica. Eventualmente, isto pode surgir de modo alienado e, em outro momento, de modo inflado.

Pandora apresentou relatos de sintomas psicológicos que demonstram a queda do eu, que é sentido como perda da potência vital e sentimento de fragilidade, o que abre espaço para reações vindas do inconsciente que dominam o sujeito:

A pior parte é você saber. A pior parte é descobrir que você está com câncer. Quando eu abri o exame, porque eu não esperei o médico, eu abro o exame. E o resultado eu vi 'carcinoma', falei 'carcinoma é câncer'. [Suspiro profundo] *Aquela angústia, medo, medo, medo, medo, medo, medo mesmo, medo de morrer e de sentir dor era meu medo*.

[Teve] alguns momentos de insônia logo no começo, sim. Ansiedade e medo tão grande que me bateu, vinha, e eu não conseguia dormir. Eu já tenho um pouco de ansiedade, sou uma pessoa muito ansiosa, não sei por que eu sou assim, mas nessa fase eu fiquei muito pior. Eu não conseguia dormir, eu ficava bem ligada, a noite inteira e quando dava aquele sono eu dormia, mas era uma coisa tão rápida que eu acordava e sobressalto. Aquele medo. Então dava muito insegurança e medo. Mas desapareceu completamente, você não tem noção!

A primeira fala descreve o processo de queda do eu. A participante recebe a notícia que a faz cair em desgraça, condenada a encarar um grande mal, que é seguida pela intensa sensação de medo. A segunda fala retrata sintomas de insônia e a incapacidade do eu em administrar as tensões psíquicas. Ela ainda reconhece que é uma pessoa ansiosa, porém não sabe explicar o motivo. Há aqui uma área de desconhecimento acerca de si. O eu está deslocado de imagens psíquicas que poderiam indicar as motivações estruturais de sua tendência ansiosa. Por fim, o eu não consegue estabelecer uma relação de causalidade ou analogia com o desaparecimento dos sentimentos de medo, demonstrando mais uma vez o estado de alienação do eu em relação ao self.

O caso de Core possibilita uma análise mais complexa a respeito dos estados de inflação e alienação do eu, no eixo eu-self. Isto porque a participante demonstra um intenso trânsito de estado do eu que aparecem muito próximos, às vezes, em uma mesma fala. Ora, o eu se encontra em uma posição inflada, sendo sustentado por uma parte arquetípica do inconsciente que tem como tema central o cuidador capaz de sustentar o outro, como eles fossem dependentes das capacidades e desempenho do eu. Por outro lado, na polaridade oposta do arquétipo do curador há a figura ferida, daquele que está ferido. A imagem arquetípica é formada pelas duas polaridades e parece que Core transita bastante nesse eixo. A energia psíquica passa de um lado para o outro e revela facetas que são ambíguas em vários momentos. Seleccionamos falas que dão propriedade a essa análise. As falas foram enumeradas para facilitar o entendimento das questões:

1) Eu fiz a primeira com muito medo, mas eu consegui voltar para minha casa. Eu vim de metrô, são duas horas para chegar aqui e duas para voltar. Eu voltei de metrô. Eu até pensava que tinha que vir de carro. Vir de taxi. Pior que a sessão era que eu tinha que vir acompanhada, não podia vir sozinha. Depois, até na terceira ou na quarta, eu pedi autorização para a médica para que, *se ela autorizasse que a pessoa podia vir sozinha, que eu não queria dar trabalho para minha sobrinha ou para o meu pessoal, que tinham que vir comigo.*

2) Quando eu fui para casa, eu fiquei mais abatida que na quimioterapia, *porque eu não consegui andar, não consegui cuidar da minha mãe.* Foi um tormento aquela minha cirurgia. Parecia que um caminhão tinha passado por cima de mim. Eu não conseguia lavar roupa, fazer minhas coisas. *Eu senti bastante, foi a fase pior,* até me recuperar. Eu não obedecia em fazer o repouso, eu fazia alguma coisa, eu cuidava da minha mãe. Uma parte aqui na frente demorou para fechar.

3) Minha mãe faleceu. Aí, eu caí. O que eu não tive com a doença, eu... [choro]. Foi um baque muito grande. [Pausa e choro]. *Não esperava ter chorado. Ai, credo!*

4) E a minha mãe me dava forças para viver. Falavam 'nossa, mas você nem sai'. Eu não saía, não viajava, não passeava. Para não deixar ela, de jeito nenhum. *Mas eu não sentia que tinha trabalho.* A minha força de viver e de enfrentar a vida era saber que ela precisava de mim. *A minha vida ficou muito vazia, muito triste. Aí, eu entrei em depressão.* Depois que ela faleceu, chegando em dezembro, eu não tinha nem vontade de sair da cama mais.

5) Ela [psicóloga] até me encaminhou para um monte de lugar, caso eu precisasse, que tem vários serviços aqui em São Paulo. Mas eu falei 'não, eu vou precisar andar com minhas próprias pernas. *Eu gosto de ser independente. Não gosto de ser dependente de ninguém, não. Preciso aprender a andar sozinha*'.

6) [Fala das opções de atividades onde ela realiza seu curso: ocupações, socialização e passeios] Há vários passeios (...) aqui no Brasil, no Brasil todo, e fora também, no exterior. Ano passado foram para o Chile, para o leste-europeu, viagens longas e bonitas. Eu não fui ainda, que aí, agora, *eu tenho a casa para cuidar, eu tenho cachorro, tenho gato, tenho bastante planta.* Assim, toma meu tempo, mas de uma forma que eu gosto.

7) Na escola, eu não falei para ninguém. Eu não gosto de falar. *Eu não gosto de me passar por coitadinha,* eu não gosto que ninguém tenha pena de mim, não gosto. Estou até chorando bastante.

8) Eu era chefe de departamento pessoal e eu tinha muita responsabilidade. Levava o serviço para casa, ligava para a firma. *A empresa parecia ser minha,* eu era dona aquilo. Depois, tudo passava por mim, todos os empregados, eu tinha muita responsabilidade, então *eu não me preocupava, assim. Eu não tinha problema de saúde.*

9) Depois que eu me separei, a minha tia 'eu te espero na rodoviária, te espero no aeroporto'. Eu falei 'não, eu não vou'. Eu comecei a cuidar da minha mãe, e minha preocupação era só ela, *eu vivia em função dela e para mim estava bom. Para mim, não faltava nada, não.*

10) *A minha mãe era uma válvula de escape para eu não pensar em mim.* Minha preocupação era não ficar doente, não podia ter nada que todo mundo tem, *porque eu tinha que ficar em pé para cuidar dela.* E eu só tive um baque na cirurgia. Nos primeiros dias, depois eu levantei e falei vou continuar. (...) Na quimioterapia, eu ia andando, voltava andando e cuidava da minha mãe, da casa e de tudo. Na cirurgia, eu fiquei 10 dias no hospital, era para ficar 2-3 dias e fiquei 10. Eu voltei para casa bem fraca, bem enfraquecida. Eu não conseguia... aí, *eu dependia da minha irmã.* Tinha que ter acompanhante no quarto, na internação.

11) Da doença, positivo? Positivo eu não vejo nenhum [lado], não... positivo eu acho que foi o fato de ter sido encaminhada para cá. Eu fui bem cuidada. O ambulatório, a internação então... dessa última vez eu *achei luxo em demasia, em demasia.*

12) [Recebeu incentivo a trabalhar como voluntária no acolhimento de pessoas que passam por câncer, ela reflete] Eu não gosto de fazer tudo e de fazer mais-ou-menos, *eu gosto de fazer as coisas certas!* Eu já pensei, sim, eu gostaria. (...) Eu pensei 'se eu pegar um trabalho como voluntária agora, as duas coisas eu não vou fazer bem (...) eu quero terminar esse meu curso (...) e depois eu quero fazer algumas coisa, quem sabe'. (...) *Eu gostaria de trabalhar com pessoas de idade, ou com crianças, um desses dois.* Orfanato, mas mais asilo, pessoas mais ligadas à idade.

13) Com a morte da minha mãe, elas [irmãs] não vão mais [na casa dela em confraternizações de fim de ano]. Ninguém liga para saber, quando minha mãe estava viva, fora dia das mães ou de Natal, se está tudo bem, se precisava de alguma coisa. Nunca ninguém fez isso. E para mim, também, *não sei se elas acham que eu não preciso de nada, sabe.* Se a gente liga, conversa, senão eu não ligo, ninguém liga para saber de mim. *Eu passei por isso praticamente sozinha.* Eu passei por tudo, eu faço os exames, em algumas sessões de

quimioterapia eu fui sozinha, porque a minha mãe, eu preferia que ela ficasse cuidando da minha mãe. (...) *Difícilmente a gente vê alguém sozinha*, passando por isso. Nessa cirurgia, agora que eu fiz em dezembro, essa minha irmã veio e ficou internada comigo. Depois disso, todas as vezes que eu venho ela fala 'quer que eu vá com você?'. Eu falo 'então, vamos'. E temos ido juntas. (...) Eu sou sozinha, minha mãe não podia fazer nada por mim. Acho que a única pessoa que eu poderia contar, acho que teria um colo, um ombro amigo, seria da minha mãe. Mas, ela não podia fazer muito por mim. Mas, ela me ouvia. Não sei se ela entendia, mas eu até contava minhas coisas para ela, as minhas mazelas. *Agora eu não tenho com quem contar, mas eu não me queixo, não. Eu não gosto de ser vítima mesmo. Eu não gosto de me vitimizar, então está bom.*

A fala enumerada como 1, demonstra a posição de (auto)desamparo em que Core tende a se colocar quando é ela o alvo de cuidados. A cuidadora, polaridade arquetípica, com a qual ela apresenta grande identificação com o complexo do eu não se autoriza a ser a pessoa que recebe cuidados, aquela que está ferida. Ela se comporta assim ao não aceitar ajuda de outro. O eu está em um estado inflado, pois tende a se comportar como onipotente diante do outro.

A fala 2 retrata a alienação do eu por um movimento de queda, já que Core não reconhece mais em si as forças capazes de movê-la a realizar as tarefas de cuidado da mãe. Aqui, ela está inundada pela polaridade ferida do arquétipo.

A fala 3 demonstra o repúdio da participante pela fraqueza, o choro. Há um estado de soberba, de inflação, porém é também alienado, pois se encontra muito mais suscetível do que gostaria de ser. A invasão do choro é uma forma para a queda do eu.

A fala 4 é intensa e complexa, pois Core está plenamente identificada com a polaridade cuidadora, dizendo até que “não sentia trabalho” em cuidar dela, porém mais adiante ela revela um estado depressivo intenso pela perda da mãe. Há aqui outro estado variável e misto entre inflação e alienação.

A fala 5 é inflada e apresenta certos pontos vazios sobre a sua trajetória. A dependência que é rechaçada tem a mesma natureza da qual ela se via entrelaçada com a vida da mãe e que “não sentia que tinha trabalho”. Aqui o mecanismo defensivo é a projeção que possibilita negar a natureza dependente.

A fala 6 corresponde a uma possibilidade do novo, que logo é descartado por outras escolhas de investimento libidinais que se relacionam com cuidar do outro. Há novamente inflação da polaridade cuidadora e alienação de suas necessidades e potenciais ascendentes, em que poderia ter uma vida mais voltada a outros prazeres.

A fala 7 é semelhante à fala 5, a expressão “coitadinha” tem a mesma função de “dependente”. Há negação desse aspecto da polaridade, do lado ferido, e inflação onipotente do eu, pela polaridade cuidadora forte e imbatível.

A fala 8 é determinante para entendermos o movimento energético de Core. Nela podemos verificar que o que é do outro também é dela. Ou seja, a empresa ou a mãe são posses dela e são alvos de investimentos libidinais. A relação é simbiótica. A perda de tais objetos resulta em um processo de esvaziamento do sentido de viver, ocasionando estados depressivos. O eu se encontra tão inflado nesta relação que ela não reconhece esforço em se manter nela, é onipotente novamente em lidar com tais demandas.

A fala 9 novamente reforça a ideia consciente que Core tanta sustentar de que viver em função dos cuidados da mãe não representa nenhum esforço, já que ‘vivia em função dela e para mim estava bom. Para mim, não faltava nada’. O eu está bastante inflado na polaridade cuidadora.

A fala 10 é uma reflexão sobre o estado de dependência da mãe, é um momento importante que lança luzes à sua condição. Há aqui um estado de alienação do eu que perdeu a identificação com o polo onipotente cuidador e se reconhece mais frágil.

A fala 11 representa a negação ao luxo e ao direito de receber cuidados confortáveis. O sacrifício aparece como um tema motivador do eu. Core se sente confortável quando está realizando um sacrifício. Abordamos na seção 4.6, que Core considera que Deus a ajudou no processo de cura, pois ela cuidava da mãe. O sacrifício é um motivador importante em sua vida, aparece como imagem carregada energeticamente que domina as capacidade de autonomia do eu.

A análise da fala 12 possibilita desenvolver uma relação de poder que Core tende a reproduzir. A escolha que ela cita em cuidar de crianças e idosos reflete a opção por um público mais vulnerável. Ela deve estar em posição de maior poderio em relação ao outro. Quando esteve doente e debilitada, ela não aceitou sua condição e rejeitava o cuidado do outro. A polaridade ferida de Core é tratada violentamente, na base do poder, da tentativa de aniquilação de sua fragilidade e inflação de suas capacidades autônomas. Há novamente um estado de inflação do eu identificado com a cuidadora.

E por fim, a fala 13 traz a possibilidade mais clara da ambiguidade, pois Core tende ali, em um raro momento, a se queixar da falta de atenção que recebeu e cuidados. Porém, o movimento de restabelecimento da sua autoridade ocorre. O fluxo dinâmico do eu entre estado alienado e inflado acontece nessa fala, com a prevalência

final do estado inflado, em que assume para si, conscientemente, que não precisa se queixar ou ser vítima.

4.8 Medidas de enfrentamento protetivas

Nesta categoria, encontram-se algumas subcategorias que têm, como temáticas, mecanismos de enfrentamento que se apoiam em determinado objeto ou relação significativa. Estes apresentam ligação simbólica que propiciam algo protetivo que fortalece o eu a partir de uma relação com símbolos mais profundos, por mais que eles estejam disponíveis no mundo material. Seus sentidos transcendem a pura estimulação sensorial e alcançam resultados importantes e reguladores para o psiquismo do sujeito.

4.8.1 Medicina e o temor pelo fracasso (temor ao deus material)

O primeiro deles é a própria medicina, ou seja, estar sendo cuidado por um instrumento técnico, cujo poder endereçaria o sujeito à cura. A relação com a sugestão médica é poderosa. Ao longo de sua entrevista, o participante Hércules demonstra forte obediência e temor quanto ao poder que o tratamento médico lhe proporciona. Esta relação remete a uma relação de um mortal com um deus onipotente e também punitivo – em caso de descumprimento das normas que lhe são exigidas, ou seja, em não seguir as recomendações e orientações do tratamento. Os quatro próximos excertos extraídos de sua entrevista revelam seu posicionamento diante do tratamento médico e sua crença neste poder:

Não sei por quê. Então, meu tratamento, comecei a tratar em casa e segui *à risca tudo que precisava*. Segui o tratamento direitinho, me alimentei bem, bastante couve. Quando comecei a sentir um gosto ruim na boca, mandaram comer broa de milho, bolo de milho.

Nunca foi paliativo, nada. Então continuei fazendo. *Eu obedeci tudo o que eles falavam. Nunca falei 'não, vai ser do meu jeito', não! O médico é quem sabe. E acho que se você se entregar com confiança para o profissional que vai cuidar de você, também ajuda no tratamento.*

Minha filha falava isso para mim 'você não tem controle da sua vida, você pode controlar o teu condomínio, o seu filho, mas tem certas coisas acontecem e a doença é uma delas, você não tem controle sobre isso'. *Eu não controlaria nem pelo poder da mente minha resistência, ela enfraqueceu, só a medicina que vai cuidar. Então você não tem controle.*

Com o que eu tinha, eu tentei ser o melhor paciente que eu podia ser.

Nota-se, também, que já certa ambiguidade quanto ao caráter protetivo das assistências médica e da medicina como prática a ser submetida. Hércules indica uma tentativa de entrega aos cuidados médicos, na segunda fala. Porém, a terceira fala revela uma compreensão da falta de controle sobre a situação como um todo. Ou seja, nem a medicina é uma forma totalmente garantida de sucesso. A partir disso, fica mais clara a possibilidade de rebeldia contra certas orientações e tratamento. O câncer, como doença com enorme potencial letal, enfraquece a posição potencialmente infalível da medicina como prática restauradora que cuidaria absolutamente da preservação da vida. Por conter tal caráter mortal, o câncer abre para possibilidades que vão além da vida concreta, para uma crise que mobiliza partes mais profundas que estão no inconsciente do sujeito. A possibilidade da morte acena para mudanças que talvez antes não pudessem ser encaradas, assim como uma entrega somente parcial, mas em diferentes graus dependendo do sujeito, aos cuidados materiais encabeçados pelas ciências médicas.

A seguir, apresentam-se algumas colocações que sugerem uma articulação entre a medicina como expressão de poder no campo material e a sustentação psíquica que ela produz no participante. A articulação se dá pela possibilidade material de realização do tratamento. O participante sugere que, por estar coberto por um plano de saúde ou pelo médico lhe encaminhar estratégias viáveis de seguimento médico, foi-lhe reduzido o estresse emocional e assim ele teria condições de superar o adoecimento. O acolhimento profissional, vinculado a reais possibilidades de tratar a doença, reduziu a carga de angústia do participante. Médico e medicina operam como símbolos e referências potentes que possibilitam que a energia psíquica represada no conflito com a possibilidade da derrota e da morte possa fluir pelo psiquismo do participante, proporcionando-lhe disposição e força para enfrentar o tratamento.

Eu lembro uma vez, foi ainda quando eu fiz os exames e o que me operou me indicou o oncologista, e achei legal que o oncologista bem tranquilo falou 'olha pessoal, Seu Hércules, não precisa vender casa nem nada, porque para tudo a gente tem um jeito. Qual é o convênio que o senhor tem?' Qualquer coisa a gente pode fazer lá no hospital público, tudo tem um jeito. Não vai querer vender casa, que a pessoa que está com câncer já quer vender casa, já... primeiro que não vai dar certo. Não vai pagar mais caro'. Então, *essas coisas ajudam a diminuir a tensão e aí o tratamento é para curar, então você confia.*

Quer dizer, pegar, pegou, mas não foi uma coisa que foi difícil de levar, acho que uma porque foi pego no começo, e outra, acho que sobre aquela dúvida 'vou fazer tratamento ou não vou?', tive *condições de fazer*, de ter convênio, isso também abaixa um pouco a sua ansiedade.

Entretanto, para o eu, como complexo central da consciência, que pode se destacar de outros complexos do inconsciente, não é simples de se submeter às imagens do médico curador e da medicina salvadora, que estão em áreas inconscientes. O tratamento é árduo e pode levar a organização psíquica do indivíduo ao limite, inclusive a desafiar a potência divina dessas figuras protetivas. No trecho abaixo, há o relato de uma tentativa de desafio ao tratamento, que revela certo limite do paciente, em que o eu já não conta com tanta energia investida na resiliência:

Então, aí, eu terminei a primeira fase numa boa. O oncologista falou 'conversei com a equipe, a gente troca ideias, se reúne toda a semana, e todo mundo acha que pela estatística, o senhor deveria fazer esse "segundo coisa". Porque depois de 5 anos, quem faz o seu tratamento tem uma recidiva de não-sei-quantos por cento. E está todo mundo achando que o senhor está tão bem que é pra fugir disso, que para os próximos cinco anos você foge disso. Eu falei 'está bom, então vou fazer'. Eram 4. Quando eu acabei a primeira e voltei depois, eu falei '*não faço mais*'.

Porém, a resposta punitiva não demora e o sujeito se vê diante da sugestão e da imagem negativa do médico que lhe cobra obediência. Suas transgressões têm um preço. No trecho abaixo, Hércules fala sobre não ter tomado medicação antidepressiva, quando o médico lhe receitou e que foi tomada posteriormente quando ele já não se encontrava bem emocionalmente:

Ele me disse '*quando você esteve aqui na primeira vez, eu disse pra você tomar para que você não tivesse isso agora. Você não quis tomar..., problema teu, vai ter que tomar de todo o jeito*'. Aí eu tomava dois remédios, eu não me lembro dos nomes.

A mesma submissão se dá pela ideia de que o sujeito não luta contra o câncer, o que sugere certa incapacidade em conduzir a si pela superação da doença. Para tanto, o que o sujeito pode fazer é se dedicar ao tratamento: formulação poderosa que seria capaz de curá-lo. Por mais que haja uma lógica racional na seguinte afirmação, os afetos apresentam tom fatalista. Não é o indivíduo o responsável pela cura, mas o tratamento material proporcionado pela medicina, o agente curativo:

Me afastei, não faço mais as vontades dos outros. Cansei, sabe? Então, isso que pegou. E outra coisa, eu não gosto é que me diga que a '*pessoa está lutando contra o câncer*'. Isso me incomoda, porque você não luta contra, sabe? É uma coisa que aparece e ou você aceita, ou não aceita. Não tem como lutar. Eu acho a única... a não ser que o pessoal ache que a luta seja aceitar o tratamento, aí eu aceito o tratamento.

Por fim, o mesmo agente curador é aquele que legitima a condição de curado. É ele o enunciador do desfecho do desafio. O mal causado pelo tumor somente seria subjugado pelos poderes químicos/mágicos da medicina e da sapiência do médico. Portanto, é o médico o orador projetado que anuncia a nova condição de sobrevivente para Hércules:

Meu oncologista falou '*you received high, you don't have anything more, it's normal life*'.

Destaca-se que o médico como um orador da cura e o fim do processo de tratamento foi bastante adequado e sensível ao referendar um novo horizonte de vida para Hércules. O contato e comunicação mais humanizados ajudaram o participante a encarar a vida de uma forma menos pesada, sobretudo após o tratamento. Hércules relatou em alguns momentos preferências por determinado profissional que lhe estimulasse a viver e não que olhasse para as possibilidades da vida com excesso de cautela. Atena revela percepção semelhante. Ela demonstra como foi determinante a participação médica inicial para organizá-la e ajustá-la ao tratamento após o diagnóstico. Inicialmente, ela descreve uma abordagem que a deixou insatisfeita, indicada pela falta de contato visual, o que deixou a participante se sentindo como um objeto:

Na consulta ele [médico] fez uma projeção em um telão e começou a fazer projeção de pesquisa, de pessoas que tiveram o mesmo tumor que eu. 'Então, tem uma chance de cura grande' e ele *nem olhava para mim*, praticamente. Fizemos uma consulta como se estivéssemos em uma reunião, como se fosse uma consulta. Ele ficou projetando os dados e eu falei 'não gostei, não gostei desse cara, se for para operar...'. E ele falou basicamente a mesma coisa que meu médico tinha falado, só que eu não gostei da abordagem dele.

Após a experiência negativa que teve com o médico que não manteve contato visual, Atena foi procurar outro profissional que realizou um atendimento que lhe transmitiu segurança. Nota-se o ato do médico em *organizar* os exames, um gesto simbólico repetido pela fala consciente que teve possivelmente força organizadora para o eu fragilizado da paciente. Não por acaso, ela refere ao final da fala que se sentiu tranquila. Ao final da sessão, a paciente declara sua decisão em operar com o médico que melhor a acolheu:

Ele pegou meus exames, organizou por data, pegou meus exames anteriores, as mamografias, organizou tudo. E como ele só estava começando a atender em São Paulo, só tinha uma mesa, duas cadeiras para a paciente e o acompanhante, a cadeira dele, tinha uma folha de sulfite, uma canetinha, pegou uma folha assim e começou a desenhar. Tudo o que o cara projetou, ele fez também, só que ele foi falando, calmamente, né, professor. Eu fui me sentindo tão tranquila, tão tranquila.

Quando terminou a consulta, eu falei '*eu quero operar com o senhor!*'.

Contudo, o lugar simbólico do médico nem sempre é acolhedor. Ele pode ser representado como punitivo e autoritário. A participante não se encontrava em uma relação simétrica e acata as ordens médicas:

[A paciente não gostaria de tomar mais tamoxifeno, após já 5 anos de uso e surgimento de efeitos colaterais, o médico diz a ela] 'a senhora quer morrer? Tem que tomar! A não ser que você queira morrer'. Eu falei 'claro que eu não quero morrer agora, eu sei que todo mundo vai morrer, mas eu não quero morrer agora, eu queria viver mais, eu quero viver mais'. Ele falou '*então tem que tomar e acabou, toma e pronto!*'. Daí, eu saí de lá e continuei tomando.

Essa assimetria da relação também acrescida da baixa compreensão ou empatia por parte do médico pelo que a paciente havia trazido como demanda pessoal, seu sofrimento pelos efeitos colaterais do tratamento, provocou sinal de revolta de Atena contra a posição médica nesse contexto. Nota-se, porém, que Atena só deixou de tomar a medicação após autorização do médico, mas as falas que revelam seus pensamentos e fantasias demonstram o quanto ela se rebelou contra o poder médico:

[Foi ao médico queixando-se de sintomas colaterais] 'Eu vim aqui pedir um *help*, porque eu não estou aguentando de dor. Cada dia que eu acordo é uma dor aqui, outra ali, outra lá. Eu estou me sentindo uma velhinha de 80 anos, sei lá, 90, e não dá para eu ficar desse jeito. Também estou com sangramento da gengiva, falei tudo para ele'. Aí, ele falou 'tá, vamos suspender, porque seu organismo está realmente intolerante a essa medicação. Você já tomou tamoxifeno, já tomou hormônio'. *Eu quase falei para ele 'você está louco!* Eu vim aqui e você insistiu e agora você está falando, você está curada. Tira essa medicação e pronto, toca sua vida e volta daqui 6 meses para gente indo acompanhando os exames. Vai ao ginecologista e...'. E pronto! E saí de lá *e não sabia se ficava feliz por não precisar mais tomar o remédio ou ficava bem puta com o médico que ficou insistindo.*

Outra fala similar ocorre no contexto de se sentir tratada como apenas uma mama e não uma pessoa. Ela se queixa do tratamento frio e pouco empático de certo mastologista. Isto demonstra seu lado ferido, que estava à espera do outro que acolhe, de um médico potente que transmitisse compreensão e que pudesse acalenta-la. Destaca-se também uma espécie de submissão voluntária aos poderes do curador, desde que ele a trate como uma pessoa, com amor.

Eu entendo que um mastologista vai ver a mama, *mas não é possível que na formação dele ou ele como pessoa não pode ter um pouco mais de sensibilidade de olhar para a pessoa*, o paciente, que está na frente dele, no caso eu. E, se preocupar com outras coisas, além da mama que está doente. Então, eu sou muito exigente - todo mundo fala '*você é muito crítica*'.

Atena demonstrou grande dificuldade em se adaptar à vida pós-tratamento. Ela sente que poderá ter uma recidiva da doença. Há uma fala em que dá suporte a essa perspectiva que parte da sua percepção sobre o oncologista:

O oncologista é sempre pessimista, porque ele vai trabalhar sempre cuidando de você para não ter a doença novamente. Então, *ele sempre trabalha na perspectiva de que pode voltar a doença.*

Isto é algo semelhante ao que se pôde perceber com Hércules, o médico tem um poder de sugestão muito forte para o paciente. Atena parece ter sido reforçada pelo pessimismo médico. Em fala anterior, ela diz “eu vim aqui e você insistiu [em continuar tomando a medicação] e agora você está falando, você está curada”, que ajuda a demonstrar que a palavra médica sobre a alta do tratamento é importante. Para Atena, ela ainda estava em tratamento permanente enquanto tomava as medicações, como se a doença estivesse instaurada. A obediência de Atena à medicina também pode ser vista na fala abaixo, semelhante ao que se pôde ver com Hércules:

Ela [médica homeopata] sempre diz que *eu sou uma paciente obediente, que sigo todas as recomendações*, sabe, eu sou uma pessoa... - ela estava comparando - ela falou 'olha, realmente foi uma surpresa que aconteceu isso com você, mas pode acontecer mesmo'. É nesses momentos que você fica mais estressada, depois relaxa e toca a sua vida normal.

Pandora também demonstra uma relação de obediência e do suporte médico como um organizador do eu, sobretudo, no momento inicial após o diagnóstico:

Aí, eu tive que falar com ele 'doutor, eu estou ficando apavorada, eu estou com medo de tomar a quimioterapia'. *E foi ele que me acalmou, ele falou 'não, você tem que ir com calma.* Cada um tem a sua *químio*. Tem a sua dosagem e cada um tem seu organismo. Tem pessoas que passam mal, tem outras que não passam'. E aí, comecei com a quimioterapia.

Quando eles [médicos] falam, *você tem que acreditar, você tem que fazer.*

Seu caso apresenta uma particularidade que é mais aparente que dos outros participantes, Pandora é muito grata ao suporte médico que recebeu. Sem ter plano de saúde, ela encontrou nos hospitais em que realizou os tratamentos uma boa rede de amparo, físico, social e emocional. Ela revela:

O meu medo hoje é de você precisar de assistência médica hoje, de um SUS, de um hospital público e não conseguir.

O tratamento que a gente tem aqui e no hospital I. foi fundamental. Os médicos explicam, falam, falam a verdade, não escondem nada. Mas, é muito importante, que você saiba que você se conheça, que você tenha esse tipo de tratamento que é importante. Nossa, *eu me sinto uma pessoa com uma sorte incrível por ter conseguido, vir para cá. É um tratamento caro, é um tratamento longo.*

O temor atual é a falta da assistência médica, o desamparo material provido pela medicina. A relação é semelhante ao que analisamos com Hércules. A medicina, o conjunto técnico e tecnológico, opera como símbolo protetivo que apresenta

correspondência exterior. De fato, há um aparato de assistência material, mas que se encontra introjetado simbolicamente em Pandora, assim como em Hércules.

Coloca-se em questão, além do curador projetado nas figuras do médico e tratamento objetivo à doença, o acesso às condições materiais do tratamento. Pandora e Hércules puderam contar com apoios institucionais, provenientes de convênio ou encaminhamento da rede pública. Houve um grande temor se não conseguissem garantir este acesso. Destaca-se, portanto, o enorme sofrimento que esses participantes demonstraram até que lhes fosse garantido o acesso ao tratamento oncológico.

Pandora se mostrou bastante grata com o suporte e isso só pode ser analisado tendo em vista que ela é uma sobrevivente, que ela foi bem-sucedida. As bênçãos do tratamento foram eficazes, caso contrário, talvez, ela não exibisse tamanha gratidão. Esta relação de gratidão com algo superior, seja pelo materialismo da medicina, seja pela espiritualidade de Deus, está presente na fala de Core:

Eu ainda gosto de fazer alguma coisa em troca do que fizeram aqui por mim. No que eles me chamarem para participar, eu estarei. Só tenho que falar bem. Não foi fácil, de início, quando eu *"por que comigo?"*, mas só o fato de ter vindo para cá, amenizou bastante. Até de pensar 'se tiver que acontecer alguma coisa é porque tem que acontecer mesmo, que a gente está superbem amparada, aqui o atendimento é muito bom com os médicos, os exames, o atendimento, é de ponta mesmo. Coisa que se eu tivesse que pagar, eu não teria condições. *Deus me amparou!*

Core também foi bem-sucedida como Pandora. Ela é capaz de destinar sua gratidão até o nome de Deus. A função psicologia é a mesma para a medicina como instrumento material da cura. Tanto a assistência quanto Deus não a desampararam.

4.8.2 Música

Outro recurso utilizado que colaborou para a sustentabilidade psíquica do participante Hércules foi a música. Parece haver uma conexão muito profunda e significativa entre ele e a apreciação musical. Há a sugestão de que ela foi instrumento importante para acessar suas emoções mais oblíquas, pouco acessíveis à consciência do eu. Assim como operou como agente regulador favorecedor da homeostase psíquica. A sonoridade musical traz ao sujeito estímulos pré-verbais que

resultam em emoções e *animam* a vida humana. Há um caráter arquetípico na música que resgata forças e conteúdos profundos do inconsciente coletivo:

E muita música, eu ouço muita música. Isso pra mim foi bom. Isso ajudava a baixar a ansiedade.

Eu ouço e quando acaba, eu vejo que eu estava sem respirar. Eu ouço música assim, eu sinto, acordo, eu choro, eu fico arrepiado. Não é ouvir música normal.

4.8.3 Psicoterapia e suporte afetivo de profissionais de saúde

A psicoterapia e suporte afetivo profissional também foram citados como mecanismos de auxílio no tratamento. A relação afetiva oferecida pelas terapeutas pode ter operado como uma ponte para reformulação do sujeito em sofrimento. O primeiro excerto retrata os papéis da psicóloga e psiquiatra de Hércules. O participante destaca mudança de comportamento social, passando a ser mais extrovertido após as intervenções psicoterapêuticas. Tendo em vista que Hércules era um sujeito mais introvertido, a psicoterapia o ajudou a estimular seu lado mais extrovertido a emergir, trazendo elementos que se encontravam mais no inconsciente e que seriam úteis para sua saúde emocional.

Eu converso mais com as pessoas, deixo os outros se abrirem, porque, antigamente, eu gostava deles lá e eu aqui, não fazia muito assim. Conversava muito com a minha psiquiatra, psicóloga. Então, depois do câncer, eu converso muito mais com pessoas que eu não conheço, falo sobre o câncer e fiquei pensando mais em mim.

No próximo excerto, Hércules revela também o papel afetivo que os profissionais de saúde de modo geral desempenham que colabora para o paciente se sentir mais seguro e considerado, não discriminado. Um mundo biomédico e hospitalar, desconhecido e potencialmente temido, adicionado aos temores da doença, sobretudo pelas representações implícitas em “câncer”, são desmitificados e se tornam mais íntimos dele. Apresenta-se um ambiente muito mais apoiador e afetivo, que acolhe os temores do sujeito que se encontra em um estado de fragilidade e desproteção, sob o risco da morte:

Sobre vocês profissionais, que têm muito carinho, como vocês têm. Acho muito bonito o carinho que vocês têm com as pessoas. O que é muito bom você receber um abraço e um aperto de mão, porque você está lá 'nossa, eu estou fazendo tratamento de câncer', e todos os

enfermeiros me abraçam, me beijam no rosto e dão a mãos para mim, *você não se sente excluído, isso é importante, isso é muito bom.*

O sentimento de exclusão pode ser entendido como a exclusão da vida saudável. O câncer seria um mal contagioso que impediria a pessoa vitimada pela doença de interagir normalmente com as outras pessoas. Os próprios cuidados especiais, sobretudo pela quimioterapia e radioterapia, parecem fortalecer tal percepção. Além disso, o enfraquecimento e mudanças corporais deixam a pessoa mais suscetível ao isolamento, por si ou pela distância que os outros podem manter. A integração à vida social passa a ser um desafio.

A participante Pandora reconhece o papel fundamental no amparo que recebeu no hospital onde realizou boa parte do tratamento. Ela relata como se emocionou com as profissionais de saúde com quem se relacionou naquele período:

Você sabe que eu chorei quando eles me deram alta no hospital I., que as meninas eram tão maravilhosas, as mocinhas que me atendiam, coisa assim, incrível.

Core foi outra que se beneficiou de suporte psicoterapêutico, embora motivada mais pela morte da mãe, do que propriamente pela doença. Porém, não se pode descartar a influência de seu adoecimento diante de sua vida como um todo. O encaminhamento partiu de uma nutricionista, que trabalhava no hospital onde ela fazia o seguimento oncológico:

Passei por uma nutricionista e ela me perguntou 'você já fez análise?'. Eu falei 'não'. Ela falou 'você não gostaria de ser encaminhada aqui para um setor de psicologia?'. Eu passei e fiz um acompanhamento com uma psicóloga (...) muito boa. Fiz por um ano. Eu tive alta, mas foi porque só tratam de doença de câncer. Fora que a minha doença não estava relacionada, à minha depressão... ela não achou depressão, não achou que fosse depressão, mas a minha tristeza que eu estava sentindo, ela falou 'que foi pela perda da minha mãe, pela forma de vida que eu tinha, que estava desconectada, sem muito sentido na vida'.

Atena procurou suporte psicoterápico após o fim de todo o tratamento para lidar com suas preocupações constantes sobre o retorno da doença e grande estresse em fazer os acompanhamentos clínicos e exames rotineiros, mais constantes após o fim do tratamento. Ela demonstra sensação de invasão, como “um ratinho de laboratório”. Fez-se necessária a busca de suporte que pudesse melhor protegê-la dessas violações a sua integridade psicológica – que é representada pelo câncer como uma doença silenciosa que a qualquer momento poderia submetê-la ao risco da morte e ao profundo sofrimento:

Quando eu terminei de fazer [radioterapia], começa a maratona, os acompanhamentos, aquele monte de exames, a cada três meses fazendo aquele monte de exames. E comecei a

me sentir um ratinho de laboratório. A cada três meses tinha que fazer aquele monte de exames. E ficava mal, daí, logo, depois de seis meses que tinha terminado, eu fui procurar a terapia [psicoterapia]. Eu não ia dar conta de lidar com isso sozinha.

4.8.4 Fé e espiritualidade

Na categoria 4.1, *Relação com figura superior: eu, Deus e espiritualidade*, já foram retratados aspectos da espiritualidade dos participantes. Nessa subseção, serão apresentadas apenas algumas passagens que ilustram a presença do suporte espiritual ou religioso para os participantes.

Hércules fez uma síntese ao citar o que o ajudou a suportar os desafios da doença. De criação católica, Hércules faz muitas referências em seu discurso sobre fala de padres e membros eclesiásticos que são retratados como emissários de um saber superior. De fato, sábios, no seu entendimento. O que podemos concluir, pelo uso da palavra dos eclesiásticos, como se referendassem uma verdade, é que o participante esteve em contato próximo com seu ambiente religioso e o operou de modo a garantir o fluxo de energias psíquicas que alimentaram sua espiritualidade, uma forma de construir sentidos transcendentais ao próprio eu e sua mortalidade, e também, sua convicção e fé em superar a doença. Segue um exemplo desse apoio na figura divina e também a síntese relatada sobre os mecanismos que o ajudaram:

[o aparelho] aplicava as doses para não sentir dor, quando eu olhei para aquilo, na hora do banho... eu tinha muito medo de sentir dor, eu falei 'e agora, como eu vou tomar banho assim? Só com a sua ajuda [Deus] que eu entendo que eu tô passando'. Se não é a minha fé em algo superior, eu não achei que isso está acontecendo aqui.

A música me dá muito suporte até hoje. A minha relação com a música me faz isso. Eu ouço minhas músicas, choro-choro quando preciso, dou risada, fico triste, fico alegre e acabou-se. E a música me faz extravasar isso. A fé e também o diagnóstico, porque nenhum médico me disse que o negócio está ruim ou outra coisa.

Atena conta em uma passagem como lidou com a radioterapia. Temerosa de que seus órgãos saudáveis pudessem sofrer pela radiação do processo, ela desempenhou um pequeno ritual protetivo:

Mas quando eu fazia radioterapia, você fica bem pouquinho, você fica quietinha lá e ficava pensando, ficava mandando mensagem ... fiquei com muito medo da radioterapia porque fui ler algumas coisas, pessoas que tiveram problemas cardíacos, no pulmão, até na costela (...) fiquei muito assustada ... para meus órgãos para meu coração, para o pulmão: vocês não se deixem abalar com isso porque é só um negocinho, foi só um tumor e passava muito rápido e eu ia embora e voltava no dia seguinte.

Além disso, a participante revela que procurou tratamento alternativo espiritual. É uma demonstração de que apenas a proteção material, da medicina, não basta para a participante. O aspecto físico da realidade humana não é suficiente para explicar a totalidade de nossas necessidades. Atena enfatiza que ficou mais próxima do lado espiritual enquanto estava doente e que depois deixou mais de lado. Uma doença como o câncer parece ser um convite às dimensões transcendentais da vida:

Eu fiz também, paralela à radioterapia, um tratamento espiritual. Claro que nesse momento pós-tratamento, você fica mais sensível. No momento do tratamento, eu acho que fiquei mais voltada para aquilo, mas depois você volta.

Pandora citou um momento em que pedia ajuda divina para conseguir suportar a situação e não comprometer sua imagem diante da família, assim como requisitava a força divina para interceder pela redução de suas tensões emocionais:

Eu pedia para Deus, eu falava 'não posso ficar nessa ansiedade, porque assim eu estou demonstrando para minha família que estou apavorada, que estou com medo, quero que me tire essa angústia, esse pânico, tenho que viver, tenho que viver. E realmente, eu rezei, eu pedi e foi... sabe, no meu caminhar, nas minhas idas.

Reia declara sua fé e devoção. A participante confere à fé o sucesso de sua sobrevivência. Em seu caso, a religiosidade é bastante atuante, como devota de Deus e de Nossa Senhora Aparecida. Sua devoção é responsável pela tomada de uma atitude praticamente inflexível de somente considerar a vida, negando qualquer possibilidade de morte:

Tenho tanta fé, e eu acredito tanto que deve ser isso, muita coisa dá certo.

Eu tenho muita fé no Todo Poderoso e sou devota de Nossa Senhora Aparecida. Devota que eu vou lá [para a Basílica] quatro vezes ao ano. Sigo direitinho, vou à missa aos domingos. (...) E tenho fé, e muita fé.

Core considera a fé e a religião importantes funcionalmente para lidar com a doença. E, além disso, indica uma relação entre a fé depositada por ela com o sentimento de que não foi desamparada, por Deus ou por algo maior protetivo:

A religião ajuda, a fé ajuda muito mais do que quem não tem fé nenhuma. De quem não acredita em nada, de quem é descrente. Aí, fica uma pessoa mais vulnerável do que um que acredita. Eu pelo menos sinto que não fui desamparada.

4.8.5 Suporte social

O suporte social se encontrou presente na fala dos participantes. Familiares e amigos puderam contribuir com aqueles que estavam passando por dificuldades, sobretudo na jornada que é o tratamento. Hércules descreveu em sua fala a presença da esposa e da filha:

Aí, eu saí de casa e meu diagnóstico era câncer, não-sei-o-quê, e ele iria me mandar para o oncologista. *Eu lembro que falei para minha esposa 'hoje vamos sair de casa, eu e você, e nada do que a gente ouvir vai mudar a minha fé. O que a gente ouvir a minha fé continua a mesma'.*

Então, eu sempre encarei com tranquilidade. Você tem que fazer. Eu falei 'eu preciso me ajudar'. *E minha filha falou um dia 'deixa os médicos fazerem o que eles precisam. Não fica muito revoltado, não. Aceita que é o trabalho deles. Deixe que eles façam o que for necessário'.*

Minha filha falava isso para mim 'você não tem controle da sua vida, você pode controlar o teu condomínio, o seu filho, mas tem certas coisas acontecem e a doença é uma delas, você não tem controle sobre isso'. Eu não controlaria nem pelo poder da mente minha resistência, ela enfraqueceu, só a medicina que vai cuidar. Então você não tem controle.

A contribuição delas não constou apenas de presença física, mas também como pontos de reflexão e a possibilidade de contato com a alteridade, o outro que se apresenta para revelar algo que o eu não está sensível a observar. Hércules falou para a esposa algo que precisava ser dito para ele próprio. Ela estava ali presente como uma âncora de segurança diante das tensões que ele estava passando. Precisou declarar a ela que sua fé não mudaria independente do que ouvisse. O outro serviu de fortificação para esse impulso intencional do eu em se manter organizado por meio da fé. Sua filha apresentou falas que propuseram a Hércules uma forma diferente de encarar situações estressoras pelas quais ele passava, diante de sua cirurgia e também para pensar sobre sua atitude diante da vida, do controle intencional sobre as coisas.

Atena relata que pela escuta da recomendação de sua homeopata passou a ser acompanhada diariamente por membros da família ou amigos. Nota-se que ela não esteve sozinha em suas idas ao hospital, lugar onde ela se sentia bastante invadida e desconfortável:

[A homeopata disse] 'minha recomendação: leva alguém com você! Vê se alguém pode te acompanhar, pelo menos em alguns dias'. Então, todo dia tinha alguém diferente que me acompanhava, uma vez era meu irmão, outra meu amigo, outra vez até minha mãe foi comigo.

Pandora indica que o que mais a ajudou no seu processo de enfrentamento foi sua família. Ela descreve sua percepção enquanto fazia a quimioterapia das outras pessoas que encontrou também realizando este tratamento. Sua observação é

comparativa, pois ela via no outro aquilo que não estava experimentando para si. Ela percebeu a importância da companhia de sua irmã, enquanto outras pacientes não contavam com aquele suporte essencial.

Eu tive apoio da minha mãe e da minha irmã. Muito! A minha irmã me acompanhava, porque na quimioterapia, você não pode tomar sozinha e muitas vezes, não tinham acompanhante lá. Elas ia e pagavam para pessoas irem com elas, porque elas não podiam ficar sozinhas. Muitas mulheres eram sozinhas e tinham que sustentar, faziam bolo, faziam coisas para fora.

Core passou por algo semelhante, porém, como se fosse ao contrário de Pandora. Muito resistente a aceitar ajuda de outras pessoas, ela resolveu por muito tempo encarar consultas e a realização do tratamento sozinha. Atualmente, ela demonstra aceitar mais a companhia da irmã como acompanhante. Sua fala constata que dificilmente via alguém sozinha na quimioterapia, o que podemos entender como uma queixa sutil, mas muito provocativa, que atesta a sua solidão e o impacto negativo pela carência do suporte social:

Eu passei por isso praticamente sozinha. Eu passei por tudo, eu faço os exames, em algumas sessões de quimioterapia eu fui sozinha, porque a minha mãe, eu preferia que ela [irmã] ficasse cuidando da minha mãe. (...) Dificilmente a gente vê alguém sozinha, passando por isso. Nessa cirurgia, agora que eu fiz em dezembro, essa minha irmã veio e ficou internada comigo. Depois disso, todas as vezes que eu venho ela fala 'quer que eu vá com você?'. Eu falo 'então, vamos'. E temos ido juntas.

Já Reia se queixou da presença negativa da família, porém a sua fala demonstra forte presença deles. O que incomodava Reia foi a negatividade que eles lhe apresentavam, algo rechaçado fortemente por ela. Contudo, tinha em torno de si pessoas que se preocupavam com ela. Nota-se a passagem da primeira fala em que ela diz “a pior coisa que eu vi na minha vida”, que pode ser um indicativo da importância que Reia dava à família e proporcionalmente a isso, sua decepção de vê-los muito mais consternados do que ela admitia:

[Veio] gente da Bahia pensando que eu ia morrer. Isso aí foi a pior coisa que eu vi na minha vida. E eu falei para eles 'vocês me decepcionaram'. (...) Eu estava mais viva do que eles.

Essa foi a última vez que vocês vieram comigo no hospital, mas eu não preciso mais. Não preciso de vocês doentes na minha frente, não! Vocês são mais doentes do que eu. Deixa que eu vou sozinha.

4.9 Simbologia mítica: o eu e discriminação

Uma passagem trazida pelo participante Hércules sugere uma interface mítica com o cristianismo. Na mitologia cristã, o Diabo é aquele que provoca a discórdia, separa e faz os homens questionarem a existência e o poder de Deus. O participante, ao falar do relacionamento conjugal, diz:

Acho que a minha fé e a minha religião também ajuda nisso. Que não é aquilo que falam 'ah, o Diabo'. Não! Eu faço as coisas erradas. E se você for pesquisar, se você for ver, *Diabo é aquele que separa*. Você dentro de casa mesmo, você cria uma briga dentro de casa com a sua mulher, porque você quis, que os dois se separavam.

O mito da queda do paraíso pode ser lido como um mito que retrata a criação da consciência. Ou seja, os homens, ao comerem o fruto proibido, dão-se conta de que estão nus e percebem que desobedeceram a Deus e, assim, são expulsos do paraíso. A sugestão da serpente, animal que convence Eva a comer o fruto, é semelhante ao impulso do Diabo de separa o homem de Deus. Por este ato, criou-se a consciência pela separação de Deus. O homem, assim, criou sua consciência, seguida de um sentimento de culpa pela separação, que posteriormente resulta em um senso de autonomia, de destaque em relação ao criador. Simbolicamente, isto representa bem a dinâmica psíquica entre o eu e o self. O self seria o criador, a totalidade que dá origem ao eu, que é capaz de ter consciência sobre as coisas e é capaz de interagir com o mundo desconhecido, incluindo o próprio mundo do inconsciente. A ruptura com o que é oriundo do criador carrega inicialmente certo caráter de culpa e violação, até o que o sujeito se dê conta, que o eu se dê conta, de que ele tem certa autonomia no mundo.

Hércules é bastante religioso e sua leitura sobre as raízes da discórdia e da separação é simbólica. Nela, pode-se identificar este fator mítico na sua compreensão sobre separar ou, em uma linguagem psicológica, discriminar. A discriminação é uma das funções do eu-consciente. Fora da consciência, todos os elementos perceptivos e inconscientes se encontram ligados por afetos e relações muito íntimas. O eu, com sua capacidade reflexiva, traz a consciência e pode analisar separadamente elementos. Assim, o homem pode realizar tarefas que vão contra seu instinto como, por exemplo, realizar um sacrifício próprio em prol de outro.

A fala de Hércules sugere uma forma simbiótica de relação com os objetos do mundo. Isto é, uma identificação pouco consciente do que se escolhe como algo de valor. A separação corresponde a uma força diabólica e profana, não pertencendo ao domínio do bem, de algo de valor maior. No processo do adoecimento do participante,

houve momentos em que não se deu conta dos seus próprios sintomas fóbicos, depressivos e ansiosos, cabendo ao médico e profissionais da saúde informá-lo do que ocorria emocionalmente. Seu eu-consciente não conseguiu operar uma discriminação, separação necessária, entre o mundo – em conjunto com suas projeções do inconsciente – e aspectos da sua realidade íntima. Esse breve trecho sugere uma forma de funcionamento do eu que pouco percebe a respeito do “mal” que habita nele próprio, de suas próprias motivações pouco aceitáveis, dos afetos e realidade psíquica que nele se fazem presentes, sobretudo as negativas e destrutivas.

A participante Reia apresenta sua forte devoção religiosa, conforme dito abaixo:

Eu tenho muita fé no Todo Poderoso e sou devota de Nossa Senhora Aparecida. Devora que eu vou lá [para a Basílica] quatro vezes ao ano. Sigo direitinho, vou à missa aos domingos. (...) E tenho fé, e muita fé.

Ela apresenta relação similar com o lado negativo, o lado do mal, como Hércules. Ele atuava com pouca consciência sobre o que ocorria negativamente com ele, apesar de representar na entrevista sintomas e situações difíceis. Reia apresenta um funcionamento ainda mais defensivo, pois nem mesmo sugere que passou por momentos difíceis:

Não tive [mudanças negativas]. Nem para fazer a quimioterapia. Eu não fui negativa em nada. Tudo meu é positivo. (...) Eu acredito que eu estou com ela [doença], mas vai sair!

A atitude religiosa de Reia é devocional e parece compartilhar a lógica moral um tanto binária, entre o bem e mal. Para merecer o que é bom, ela deve ser devota a uma atitude positiva, caso contrário, estaria cometendo um pecado e não seria merecedora das graças divinas. O cultivo da negatividade seria suficiente para que ela perdesse a benção divina que acredita ter, que lhe dá forças e sustenta sua resiliência. Ser positivo seria o suficiente para que o câncer logo saísse. Há essa apropriação de uma moral cristã que alimenta o complexo do eu no seu trabalho de discriminação das coisas do mundo, os objetos de investimento, símbolos, imagens e afetos. É um dever moral se comportar positivamente, mesmo que seja reprimida boa parte dos conteúdos psíquicos, que comporiam parte da totalidade. Tais elementos estariam destinados à sombra, às trevas da consciência, alimentando os complexos autônomos, que por vezes são opositores à atitude consciente.

4.10 Mudanças: o eu após a doença

O sucesso em combater a doença e sobreviver trouxe reflexões e possibilidade de mudanças significativas nas vidas dos participantes. A vida após o câncer tendeu a ser experimentada com maior intensidade e diferente do período anterior ao adoecimento em certos aspectos. A primeira constatação consciente do participante Hércules foi de que o adoecimento o estimulou a ter uma “vida mais saudável”. Todo o processo da doença reeducou o participante, sobretudo quanto a hábitos de prática de exercícios físicos e também atenção à sua saúde emocional. Ocorreram mudanças afetivas nas relações pessoais, prioridade maior quanto a sua individualidade. Buscou-se saúde, após a doença. Houve a tentativa de reduzir a dimensão do que lhe traz doença (física e emocionalmente) e valorização do que lhe traz vitalidade e prazer. A atenção ao corpo foi reforçada, o que demonstra um novo enfoque de uma dimensão da vida, que provavelmente não era muito digna de atenção:

E outra coisa, eu faço meus controles hoje em dia . . . depois do câncer que eu tive uma doença crônica, eu *tive uma vida mais saudável do que antes*.

Porque antigamente eu não sabia o que eu tinha. Não sabia. Nunca havia ficado doente em 59 anos [na verdade eram 56 anos], nunca tive nada. Tive icterícia com 5 anos e tive que tomar injeção, só. E depois nunca mais tive nada. E tinha uma psicóloga que dizia 'se você morresse com 56, quer dizer que você nunca ficou doente. E daqui pra frente, quando você tiver 80, sua visão vai ficar ruim, seu ouvido vai ficar pior, mas você está vivendo mais tempo', ela falou, 'agora, você com 59 teve um câncer. Com 59 e meio você curou'. Um dia perguntei para meu oncologista se eu podia doar órgãos e falou 'você não tem mais nada, você teve e agora acabou'.

É notório que a verificação dessa nova vitalidade para uma vida melhor tem como termômetro o corpo. Sua avaliação em relação ao seu estado emocional demonstra que se trata de uma melhora. Contudo, destaca-se a dimensão do corpo como determinante da validação de estar bem. A base corporal do eu parece ser enaltecida após o câncer, isso é, torna-se mais destacada na percepção do sujeito. A relação surge, já que o adoecimento físico proporciona toda a trajetória de sofrimento e privações. Nada mais natural que observá-lo, o corpo, com mais atenção. E, além disso, de investir nele como objeto. Reconhece-se tal perspectiva na seguinte fala:

Então, acho que hoje em dia eu me cuido mais, eu faço academia, faço *body pump*, aula de *bike*, musculação, faço esteira, faço *transfort* e até um pouco puxadinho. E a primeira vez que eu me vi respirando meio ofegante, e continuando, eu até chorei '*nossa, o pulmão está bom, né*'. Está vendo, antigamente não tinha isso. Então, eu tenho essa visão, de que foi ruim, mas eu tinha que passar por isso.

A atividade física provoca a reflexão de que o “pulmão está bom”, pelo teste de suas capacidades, ele é capaz de se considerar saudável. Isto pode levar à reflexão: estaria ele correndo contra a morte? Pois, tantas atividades físicas iniciadas após a doença podem ser uma tentativa de viver o que não se viveu, de descontar um “tempo perdido” ou, ainda, de fortalecer o corpo a fim de não mais se encontrar severamente doente. O eu pode ter se apropriado de uma tendência a buscar força – literalmente força física – para se defender de ameaças de patologias e das fantasias dessas ameaças. Ser saudável pode ser menos vulnerável de forma geral. Há, entretanto, a hipótese da valorização das experiências sensíveis, táteis:

Entrevistador: É um plano para o futuro?

Hércules: É um plano para o futuro. *Só que entrou outro na frente agora: mergulhar.* Tem uma amiga que faz *pump*, *bodypump*, e ela é professora de mergulho. E ela disse 'vamos lá Hércules, mergulhar' e eu estou pensando, vamos ver! Mas não é tão caro não, o curso é 500 reais. Você faz o curso na piscina em um fim de semana, no sábado e no domingo. Aí, você vai para Santos ou Ilha Bela e você mergulha, no sábado e domingo você faz 8 mergulhos. É tranquilo com aparelhos e eu estou com vontade de fazer. Para mim, *se eu fizer eu vou tirar uma foto e mandar para o meu oncologista e para quem tirou meu pedaço de pulmão.*

Novos planos são desenvolvidos, denotando uma vontade de viver renovada. Por fim, há o reconhecimento do oncologista que encabeçou seu tratamento. Se o participante conseguir novamente provar a si próprio e aos outros que é agora capaz de até mesmo mergulhar, ele poderá expressar sua vitória e agradecer seu médico. Há ainda o simbolismo do mergulho que se relaciona com os pulmões. Administrar o oxigênio para o sujeito que se via ameaçado por uma grave doença que justamente lhe afligia os pulmões e que agora seria capaz de provar o total reestabelecimento, simbolizaria mais uma vitória.

Verificou-se também uma mudança de fluxo energético mais voltado para si próprio. O participante tratou de observar melhor a sua própria condição de vida, ao invés da dedicação ao outro. O eu, desse modo, trata a vida com maior autorreferenciado, como é visto no seguinte excerto:

E passei a encarar a vida depois de modo diferente. *Minha mulher reclama, um Hércules antes do câncer e depois, porque hoje em dia eu penso mais em mim. Eu fiquei extremamente apegado a mim. Porque eu me cansei de me doar para a família, aos outros.* Hoje eu me preocupo comigo, sabe?

A realização dessa entrevista provoca, inevitavelmente, recordações e comparações com seu estado de vida anterior ao adoecimento. Neste sentido, emerge a função da autorreflexão, característica do complexo do eu. O participante pode,

assim, traçar uma linha temporal daquilo com que ele se identifica: *eu era assim e hoje não sou mais assim*. Ele pôde se avaliar e julgar, a partir de seus parâmetros. Destaca-se também, pela oportunidade de falar a respeito, um ato de síntese do que se viveu e de organização da sua identidade atual. O indivíduo, recapitulando sua história de vida, traça o que é hoje. Reforça traços de consciência e os organiza, fortificando o complexo do eu:

Eu sempre falo, no começo não achava que ia ser assim. *Eu prefiro eu hoje, do que eu era antes, de 2009*. Porque eu era uma bomba e não sabia o que eu tinha. Eu podia ter um infarto, eu podia ter um AVC... hoje não! Eu fiz, antes de começar meu tratamento, o cara foi ver minhas veias, meu coração: normal. Quando eu acabei meu tratamento, e foi a mesma pessoa que fez os exames, ele falou 'Hércules, agradeça a Deus, porque a *químio* e a *rádio* não te fizeram nada no lado do coração, você está normal'.

Um dia desses, eu pedalei 12 minutos e pausa. 12 minutos de pé. E chegando no vermelho na máquina. Não era facinho não! A língua está quase no chão. Mas eu consegui fazer. E isso te dá um prazer, *you se lembrar de tudo o que eu passei e de tudo o que eu passo hoje: eu sou melhor hoje em dia*. Porque não é fácil. Agora, é fé, é religião, é modo de encarar a vida, que ajuda... eu sei que o negócio não é cor-de-rosa.

A autorreflexão permite que surja a possibilidade de se autoavaliar. O participante é capaz de revisitar cenas pelas lembranças e refletir sobre suas emoções e pensamentos da época. Hoje, postado em outra perspectiva, ele é capaz de visualizar o que se passou com ele e de reforçar os ganhos advindos pelas mudanças que a vida lhe trouxe. A “vida boa” ocorre hoje, e somente pode ser considerada “boa” tendo como comparação o dia de ontem, época em que considera ter vivido com pior qualidade de vida. A doença tendo sido refletida e analisada, assim como o *status* do sujeito, pode catalisar transformações importantes na personalidade e em diversos aspectos da vida do sujeito:

Uma vez falaram isso que eu ia ter uma vida boa e eu não acreditava.

A dor também pode ser processada. Encontraram-se falas que expressam a dor da experiência. Expressá-las é uma forma útil de reconhecê-la e organizá-la. Eventualmente, as palavras parecem não fazer muito sentido, até que alguma conclusão, resposta ou contemplação possa ser extraída do conflito:

Mas é complicado, *por certas horas... mas assim, o câncer nunca... nunca tive muito... até pensava que... eu... ele...* o tratamento ocorreu de uma maneira boa, também em parte devido a ter sido pego precocemente, então eu não tive uma grande sofrência, não sofri muito, isso ajuda você a encarar melhor.

A dor também legitima um modo de ser. Parece endurecer a vontade em direção a novos rumos. Contrariado pela esposa e encontrando apoio em seu médico, Hércules relata a seguinte experiência:

A vida boa é hoje. Foi duro o passado, foi duro, não é fácil. Uma vez, a minha esposa, ficava me enchendo o saco com o médico dono da clínica . . . Minha esposa falou 'não faça isso...', ele [o médico] falou 'Não! Seu Hércules sabe o que ele passou, e só você sabe! Você tem alta de tudo. Vai viver a sua vida, só você sabe o que você passou'

A experiência traumática da doença viabiliza forças para o eu assumir novas diretrizes para ser algo diferente do que se era. A fala retrata um desafio àquilo que ele não julga mais como apropriado. A dor incentiva o rompimento com parâmetros já desgastados e desatualizados. O médico legitimou nessa fala o que o paciente deseja e sente, demonstrando forte capacidade empática com seu paciente.

Um dos relatos mais relevante que nos indicam que a condição de paciente oncológico pode se estender após o término do tratamento e alta médica vem de Atena. Ela revela a faceta contínua e a tensão presente de que o câncer pode voltar a qualquer momento. Seus relatos são descritos como se a doença fosse um mal que foi descoberto para jamais ser ignorado. A fantasia em operação se reflete nessa metáfora. Atena teme a recorrência do câncer e vive em constante estado de atenção quando realiza exames de controle, assim como teve condicionado o hospital onde realizou radioterapia à doença, ao estado de estar doente. Uma experiência familiar ajudou a reforçar a impressão de que há o risco silencioso da recidiva. Atena reconhece sua dificuldade em lidar com a vida após o câncer, quando reflete sobre sua necessidade de buscar ajuda:

Quando você vai para o hospital A. [onde realizou radioterapia], dá a impressão que você ainda está com câncer, porque eu não aguentava mais, eu estava bem. Eu falei 'vou fazer acompanhamento fora do hospital A.'.

Depois de sete anos [de um câncer de tireoide tratado], ele [familiar] teve esse câncer. (...) A gente falava 'fazemos os exames e tudo beleza: três meses de vida plena, porque daqui três meses, tudo de novo'. Até hoje, a gente fala isso.

Eu acho que precisa de um fortalecimento emocional para você não deixar isso te pegar toda hora. Vai pegar, não dá para dizer que isso não aconteceu, fazer de conta que está tudo lindo. Não, estou bem, mas precisa conviver com isso melhor.

Estes são reflexos negativos da vivência oncológica. A doença pode trazer transformações renovadoras, mas também pode apresentar ao sujeito a sua condição de ser mortal e finito. O câncer como uma doença que apresenta risco de retorno se encaixa como esse mal silencioso, que por vezes é assintomático, que pode se

instaurar no interior do ser e desencadear um processo doloroso e desafiador pela sobrevivência.

Negativamente, Atena ainda aponta as marcas do câncer. Além dos rastros psicológicos, a participante brevemente descreveu os sinais deixados pela cirurgia. Tais marcas são como feridas profundas que impedem uma vivência mais plena da sexualidade, já que se referem à mama no corpo feminino. Atena é solteira e não foi casada, ela parece abrandar a dimensão física e também erótica, alvo de pouca atenção consciente ao longo da entrevista, mas que apontam para mais um desfecho negativo do processo de sobrevivência:

Com relação a relacionamento amoroso, eu estava sozinha quando tive esse diagnóstico. De lá para cá, não conheci ninguém que me relacionei. No começo tem muito isso de *'uma mama, está operada, tem uma cicatriz'*. Tem isso, de *você ficar pouco cheia de dedos, tem!* No começo eu fiquei mais assim. Hoje eu não penso tanto nisso, mas no começo eu pensei bastante, no primeiro, segundo ano. Nada aconteceu, e então, eu não posso falar muito depois da cirurgia.

Contudo, nem todo o saldo é negativo para Atena. Apesar da tensão presente, a participante relata que sofreu uma mudança na perspectiva de vida. Sua fala aponta para mudanças quanto à intensidade de se viver o que lhe dá prazer e os eventos mais imediatos, um maior senso de urgência:

Não fico pensando que minha vida pode durar tanto, porque quando você pensa que você pode durar até os 90 anos, há coisas que você vai meio que *'outro dia eu faço'*, *quando você tem uma notícia dessas, você começa, meio que, sei lá, eu acho que funcionou meio que viver mais intensamente coisas que eu gosto de fazer. Eu comecei a fazer – eu já fazia –, mas intensifiquei ver shows de pessoas que eu gosto, de artistas que eu gosto, peças de teatro, no meu caso, uma vida cultural que eu gosto. Eu comecei a me virar, pesquisar onde tivessem preços mais acessíveis para você ir bastante. Mas, assim, eu intensifiquei coisas que dão prazer com mais frequência. E também, acho que nas relações com as pessoas, acho que fiquei mais tolerante com algumas coisas. Talvez, eu passei a aceitar melhor algumas coisas. Às vezes, eu tirava alguém do meu convívio porque eu não concordava com algumas atitudes, eu passei a 'ah, isso é besteira, sei lá'. Vamos tentar ver por outro lado. (...) Não que eu ia romper com a pessoa, mas eu me afastava, então eu fiquei repensando um pouco melhor sobre isso. Hoje, sabe, cada um tem a sua história e quem sabe o que se passa na vida de cada um? Por que eu vou ficar julgando? Eu tive um pouco mais de flexibilidade no convívio com as outras pessoas.*

[Dos relacionamentos em geral] Eu tentei ficar mais tolerante, mais flexível. Tentar ouvir um pouco mais no que o outro está falando, ficar menos crítica (...). Então nisso, com relação aos meus pais, meus irmãos, às pessoas mais próximas de mim, do meu trabalho, eu acho que não mudei tanto, mas eu acho que abri um pouco essa perspectiva de olhar um pouco melhor. (...). *Então, eu acho que fiquei um pouco mais tolerante.*

Atena aponta para mudanças inter-relacionais, maior tolerância no convívio com as pessoas, além de buscar experiências mais prazerosas. Há o enfraquecimento daquilo que é vivido como sacrifício. Atena indica que reduziu a carga do trabalho.

Cada vez mais empenhada e identificada com suas funções administrativas, a participante parece perceber que o excesso não lhe proporcionou valores pessoais e prazeres suficientemente interessantes. A busca pelo lazer é um indicativo dessa crise, que culmina em uma nova atitude de preenchimento de oportunidades de viver:

Eu dei uma diminuída no trabalho. Eu sou consultora de RH e eu comecei a trabalhar muito jovem e eu não parei de trabalhar. Eu sempre trabalhei em indústria, sempre trabalhei em fábrica. E quando eu me aposentei eu falei 'quero trabalhar em uma consultoria, quero mudar um pouco meu horizonte de trabalho'. Quando eu tive o diagnóstico, eu já estava na consultoria. Só que daí me afastei [pela doença] (...). Eu diminuí meu ritmo de trabalho. (...)

Então com relação ao trabalho, eu dei uma repensada. *Eu sempre fui uma pessoa muito dedicada, sempre de cumprir minhas metas.* (...) Não preciso trabalhar mais tanto tempo, tantas horas. (...) Só que na consultoria eu não precisava imprimir o mesmo ritmo [da indústria], mas eu continuava imprimindo o mesmo ritmo! *Aí, isso daí [a doença], a vida dá um jeito de dar uma rasteira de você dar uma repensada.* Então, nisso, eu dei uma mudada, eu diminuí. E depois, na coisa do trabalho, eu dei uma baixada de bola. Acho que não estou tão pilhada como era antes.

Os relatos da participante Reia também demonstram maior atenção ao prazer e despolarização dos papéis de cuidado e de responsabilidade para com a família. A participante indica maior intensificação da vida social e também incremento do senso de colaboração com o outro. A doença parece indicar uma passagem de uma vida mais austera para uma vida mais leve, em que o eu passa a ser um centro de maior atenção, porém dentro de um quadro de melhor inter-relação com o outro, desde que este não represente uma ameaça a sua autodeterminação.

Eu quero viver muito, eu quero viver mais. Por exemplo, ajudar mais as pessoas. *Eu não tinha tempo para isso, agora eu tenho.* Eu ajudo mais, *eu colaboro mais.* (...) Eu trabalhava mais e às vezes, tinha uma coisa para fazer e eu deixava lá, eu tenho que trabalhar. (...) Até no bairro que eu moro eu ajudo. Eu vejo alguém varrendo, mesmo cansada, *eu ajudo a varrer.* (...). Eu trabalhava não saía, não me divertia. *Agora eu vou em loja. Vou para feira da madrugada. Vou para o baile da Saudade, eu vou.* Eu não me importo. *De primeiro, eu não ia, não.* 'Ah, eu tenho roupa para lavar, eu tenho que arrumar a roupa do meu filho. Agora, se vira. *Eu vou sair*'.

[o câncer trouxe essa maneira mais despojada de viver?] *Eu acho que eu mudei muito nessa parte aí, bastante.* (...) Eu não sou uma pessoa segura [apegada a bens materiais], eu acho que 'eu tenho aqui e você não tem', por que eu não posso dar? (...) E outra coisa, pensa que eu vou me ligar nisso aqui? Não! De primeiro, não! Agora, se quebrar, quebrou. (...) *Hoje, chega alguém e diz 'Dona Reia, eu não tenho isso'. Eu dou tudo.* 'Dona Reia, eu preciso de remédio, eu preciso de um dinheiro para comprar isso'. Não pensa que eu quero seu dinheiro de volta. Eu estou te ajudando. Alguém, em algum dia me ajuda.

Estas falas foram as poucas referências que Reia trouxe acerca de mudanças proporcionadas pela doença. Porém, uma singela fala pode revelar mudança muito mais sistemática e também dizer a respeito do modo como o discurso de Reia se estrutura. A participante ao longo da entrevista tenta oferecer uma perspectiva de que

ela consegue lidar com qualquer desafio sem muitos problemas, com exceção do seu problema crônico de asma. Seu discurso se mostra ativo e capaz. Em determinado momento, mais no início da entrevista, ela diz:

Falo muita besteira, brinco muito, gosto de dançar, gosto de sair. (...). Eu me sinto elétrica. Sabe quando você não consegue ficar parada?

Esta fala deve ser interpretada em conjunto com as duas selecionadas anteriormente, pois a mudança para atividades mais prazerosas e sociais parece ter ocorrido em função da doença. A questão essencial é o tempo verbal usado por Reia nesta última fala. Ou seja, o uso do presente como tempo verbal traz o discurso para o presente e também propõe uma condição estável de seus hábitos e personalidade. As defesas de Reia parecem situá-la no agora e, de certo modo, ignorar as transformações do passado. É difícil julgar o que ela vivenciou e como vivenciou a doença no seu processo global, pois o discurso consciente, elaborado pelo eu, é estruturado por um caráter de estabilização de ideias e de afetos, um contínuo quase perfeito, algo como se ela tivesse sempre tido a força e devoção que tem, sendo que jamais cedeu aos fantasmas e temores da vida, sobretudo do câncer, assunto que estava em pauta.

Pandora também, a exemplo de Atena e de Hércules, apresentou maior intensificação das relações e atividades prazerosas, com mais urgência para se viver e experimentar o que lhe é mais benéfico. O eu novamente é valorizado, assim como há um enfraquecimento do sacrifício, sobretudo a dimensão do trabalho. Pandora traz a vida para o agora, indicando uma tentativa de diminuição das expectativas pessoais e maior senso do que se apresenta no presente:

Eu vi que eu consegui suportar tudo o que estava acontecendo comigo, eu amadureci e percebi com tudo isso que a vida é sempre hoje. Você tem que viver hoje. Porque, até então, em 2009, quando eu trabalhava como uma condenada, que não tinha férias, pegava trânsito, chegava em casa ao final de semana hipercansada, que não queria fazer nada e achava iria trabalhar até os 65 anos e depois que ia aproveitar a vida. O câncer me ajudou a ver que a vida é agora, você tem que viver o seu momento agora, de uma forma intensa, fazer as coisas que você gosta, o que for possível fazer, nem tudo é possível. Pensar um pouco em você, ser um pouco egoísta e pensar em você. Ser feliz, procurar fazer coisas que você goste realmente. E assim eu fui levando.

Quando eu terminei a *químio*, estava terminando um SESC perto de casa, eu estava louca para fazer, porque eu já estava aposentada. Eu falei 'ah, vai ser legal para mim, porque eu estava inchada, gorda, vou começar. (...) Comecei a fazer *superfeliz*, com um monte de expectativa, quero fazer isso, aquilo, quero fazer ginástica e comecei. De pensar mais em qualidade de vida, de fazer que é legal, de conseguir emagrecer um pouco e continuei minha vida. Não consegui trabalho que queria fazer uma viagem, agora com quase 60 anos, me acho jovem, apta a trabalhar. Mas hoje, meio-período, já sou mais seletiva, uma coisa mais light, não

longe de casa, não quero ter muito estresse. Mas acho muito interessante trabalhar, interessante até financeiramente, mas não consigo arrumar.

Hoje eu sou mais egoísta, eu penso mais em mim. (...) A gente engole muito sapo a vida inteira. Eu fui uma pessoa que engoliu muito sapo, para conseguir cargo em uma empresa, trabalhar, hoje já não, eu já sei que isso pode me fazer mal, então eu já não deixo que aconteça. Da pessoa falar, sabe, está errado o que ela está falando e concordar. Hoje não! Hoje eu rebato 'não concordo, acho que você não está certa, a minha opinião é essa'. Então, mudou sim. (...) Acho que foi uma experiência que mostrou que a vida não é só trabalhar.

A vida é mais importante para mim, a vida!

Outra mudança, agora mais profunda, da personalidade, parece ter sido o reconhecimento de sua capacidade de suportar aquilo que a doença parecia denunciar, o risco da dor, da morte, do desmembramento psíquico, ou seja, da perda do senso de unidade. A doença serviu como uma oportunidade para desenvolver potenciais pessoais que antes não eram reconhecidos ou que passaram por processo de provação, como ocorreu pela vivência de Pandora no adoecimento:

Acho que eu aprendi também a ser forte, na minha vida. A gente teve uma infância difícil, você tem que lutar, batalhar pela vida. Mas você sabe que é bom, porque a gente encara. Eu falei 'se tiver que enfrentar, vou enfrentar tranquilamente, eu vou encarar esse desafio que eu estou tendo, eu vou tentar e vou ver se eu consigo, vou até o fim, ver até onde vai e eu consegui. Hoje vai fazer 8 anos.

Eu aprendi muito. Me deu uma maturidade de ver que é suportável.

Assim como este aspecto interno de reconhecimento de si e de suas capacidades, Pandora também pôde reconhecer a si como um corpo belo. O processo do tratamento contribuiu para que ela se visse fisicamente mais positiva. Há, globalmente, uma aceitação de si, do que lhe é natural. A doença parece ter apresentado um lado desconhecido por ela, que valoriza novamente o si próprio, em detrimento do outro que cobra e carrega uma energia restritiva:

Então, eu não tive essa, de me olhar no espelho e me achava bonita [após todo o processo cirúrgico e com os efeitos da quimioterapia em vigor]. (...) Eu passei a me gostar. Eu não gostava do meu cabelo, quando era adolescente, alisava. Chega, né. Hoje, vamos deixa assim como ele está. As pessoas têm que aceitar como você é, e você tem que se aceitar como você é. Então, eu sou assim, não tive essa de ficar com medo 'ah, vou ficar com uma cicatriz horrível, horrorosa. Ah, faz uma tatuagem. A vida, a vida é mais que tudo isso.

A apreensão apresentada por Atena se encontra no discurso de Pandora, mas em menor intensidade. A participante também cita a questão de ter tido câncer e de poder tê-lo novamente. Aqui, já há um reconhecimento da doença como algo do passado, porém ela pôde fantasiar a respeito da chance de recidiva. A mudança de perspectiva de Pandora é mais profunda, pois as mudanças descritas por ela foram mais radicais em termos de sentido existencial, analisada pela forma como ela se

descobriu, com novos potenciais de resiliência. Enquanto que Atena parece perceber como uma questão de tempo para que tenha uma recidiva, Pandora indica uma atitude que coloca o câncer no passado, como um ciclo concluído. Mas isto não a impede de refletir sobre a possibilidade de retorno do câncer. Ela consegue extrair considerações positivas de como lidaria com uma nova doença:

E eles falam, realmente, câncer quando você já teve, com câncer, você tem 50% de chance de que ele possa voltar. Nos três primeiros anos a chance é maior e depois vai diminuindo. Hoje, me falam que eu tenho a mesma probabilidade de uma pessoa que não teve. Mas isso não quer dizer que eu não venha a ter um outro. *Preparada, eu estou, mas vou dizer assim, a gente nunca está, é difícil. Mas a gente encara de uma outra forma.*

Por fim, a participante Core relatou uma de suas poucas conclusões acerca da doença em si. Seu discurso ao longo da entrevista tinha como foco a morte da mãe. Aqui, Core pôde refletir melhor sobre a própria doença e mudanças que tirou da experiência. Em um raro momento de reconhecimento do aspecto ferido próprio, a polaridade ferida do arquétipo curador-ferido, Core se vê como pessoa finita, que adoece e por isso “mais humana”. A doença trouxe a todos os participantes mudanças essenciais no modo de viver. Core foi, talvez, a que melhor sintetizou a aproximação com a finitude humana. Talvez pela enorme intensidade de sua atitude curadora, como polaridade muito ativa ao longo da vida e na relação materna, ela tenha se chocado mais em ver a si mesma dentro dessa nova perspectiva. Mais do que abstrair ou pensar a respeito do lado mortal do ser humano, ela pode viver mais profundamente, com muitos dramas, ainda que carregada de defesas nesse lado ferido e frágil. Seu pós-doença é a inauguração mais plena de sua humanidade, não mais ficar na divindade inabalável do curador onipotente:

A gente vê que, assim, *a gente não é infinita*, que a vida pode acabar em um segundo. Eu comecei a me preocupar mais. Depois de ter tido aula de nutrição, *eu comecei a me preocupar mais com a minha saúde*, com alimentação. E veio em uma aula boa esse curso que eu fiz. Eu estava tendo um cuidado especial e já estava vindo coisas ao meu encontro, de certa forma corretas de viver e de levar a vida. E a aula de psicologia. A gente consegue tirar tanta coisa, sabe, menos é mais, sabe. Foi bom. Eu... não sei... se *a doença me trouxe um olhar que eu não tinha para muita coisa*, porque até depois da doença que eu passei, é direto na televisão e se falavam antes eu não prestava atenção, não dava tempo. (...) Eu nunca tinha cuidado de perto, visto de perto alguém doente. Nunca tinha ido aos hospitais, que tinham todos os tipos de câncer. (...) Aí tem de todos os níveis, de todo o tipo de doença, pessoas bem debilitadas, é bem triste. Eu *passei a ver coisas que eu não tinha presenciado antes na vida. A gente não sei se fica mais humana. Aí, fica mais com o pé no chão, sabe.*

4.11 Papeis e identidade

Esta seção é destinada à compreensão de duas maneiras de ser que se destacaram no participante Hércules e na participante Core. É importante dizer que outros papéis podem ser extraídos dos mesmos participantes, assim como nos demais. Contudo, foram selecionados os papéis de provedor e de cuidadora, pois expressaram mais claramente a forma como estes dois participantes investiram arquetipicamente na vida e que puderam ser captados fortemente na ocasião da entrevista.

4.11.1 Provedor

Em algumas passagens, pode-se verificar a existência de uma educação e modo de identificação bastante patriarcal do participante Hércules. Elas são referentes ao papel de provedor, condicionado ao longo da vida à identidade masculina e têm efeitos na maneira como é realizada sua leitura da realidade externa e interna. Uma das queixas relatadas pelo participante é referente a ex-empresa, Júpiter, em que trabalhava. Com a crise da empresa, ele caiu em uma crise pessoal em que seu papel de provedor foi frontalmente contestado diante do mundo, sendo um homem que não mais era capaz de sustentar a família. O trecho a seguir traz essa constatação, em que ele define o papel superior do homem em relação ao sustento financeiro na família:

Mas esse problema na Júpiter me estraçalhou por todas as razões: *mulher não entende quando o homem deixa de ser o provedor da casa*, por mais que "entenda", que ajude, que a gente se relacione bem, mulher ainda gosta do homem mandando, pondo dinheiro em casa. Então isso aí, mudou minha vida.

Podemos conjecturar que o câncer poderia trazer uma crise semelhante, contudo, o desemprego o assolou antes. Ele foi transformado por essa experiência que pode ter-lhe trazido uma nova consciência, ainda que pouco trabalhada, sobre sua fragilidade e mesmo pouca significância diante das circunstâncias severas do mundo. O sentimento de inferioridade, contudo, é bastante evidente e com ele um vazio em seu ser, pois este ser não mais corresponde à realidade, ele não é mais um homem provedor, que até então era o homem certo a existir. Isso é confirmado em:

Eu comecei a me achar um zero à esquerda. Falei 'não consegui me posicionar profissionalmente'.

Podemos hipotetizar que tal período muito difícil na vida de Hércules pôde ter enfraquecido sua imunidade. Do sentimento profundo de fracasso que foi prolongado, podemos imaginar um estado depressivo que resultou em um enfraquecimento das defesas imunológicas do participante.

Há evidências das raízes da perspectiva patriarcal que aparecem em uma passagem específica, em que o participante fala como começou a fumar, hábito compartilhado por muitos membros da família. Nota-se a sugestão do pai em somente aceitar algo que venha dele. O afeto, ao se referir ao pai, pôde ser sentido pelo entrevistador contratransferencialmente.

E quando eu fiz 14 anos eu falei 'pai, eu quero fumar', ele falou 'toma, o cigarro está aqui, o isqueiro está aqui, você não me aceite cigarro de ninguém, porque podem colocar droga no seu cigarro. Então se você quiser fumar, fume o cigarro que eu te dou. Nunca aceite cigarro dos outros'.

A imagem do participante sobre o pai parece ser muito positiva e identificante. Isso, provavelmente, conduziu-o a um modelo masculino que investiu em seu eu-ideal, seu conjunto de valores que são entendidos como ideais a serem correspondidos com o eu, com sua identidade. Uma das derivações dessa passagem é a posição de submissão diante da autoridade patriarcal. Anteriormente, o participante aceita quase que plenamente as sugestões médicas, e se apoia nelas como medida de enfrentamento. Assim como um pai superior e potente, a medicina foi esse sujeito superior que toma conta do mais fraco. Ora o indivíduo deve ser como o pai, forte, capaz e provedor, ora ele enfraquecido deve buscar um pai nos momentos de crise e angústia. Convém pensar que este é um dado idiossincrático do participante Hércules, contudo, ele pode revelar aspectos da cultura patriarcal com a qual ele se identificou tão intensamente, o que causou sofrimento, mas também serviu de apoio, definindo uma forma de investir no mundo e em si.

Porém, a doença oncológica mostrou-se muito poderosa e determinou a quebra dos paradigmas. O participante, sofrendo com o adoecimento e em crise, teve que buscar em outras fontes formas mais ajustadas às demandas emocionais que surgiam. Duas passagens reúnem uma reconciliação consigo, apaziguando conflitos emocionais entre uma forma de ser anterior e uma nova forma emergente:

Mas, eu tentei trabalhar em uma época como freelancer em uma empresa e veio uma crise, acho que era 2008 - aquela crise dos EUA - e o cara perdeu o serviço. Ele era quarterizado, eu seria o sexto na cadeia produtiva. Também não deu certo. Mas depois foi passando e eu li uma entrevista que pegaram os 6 maiores presidentes de multinacionais em São Paulo e fizeram

umas 10 perguntas. E todos eles administravam empresas grandes com mais de 5 mil funcionários. Perguntaram para eles 'qual é o nome da professora que seu filho mais gosta? Qual é a matéria que seu filho mais gosta? Qual é o nome da professora que seu filho odeia? Qual é a matéria que seu filho não gosta?'. Nenhum sabia responder! Eu falei '*então, eu não estou tão errado!*'

Hoje em dia eu leio bastante, ouço música excessivamente e vou dormir tarde. *Assumi que é mais leve, que eu nunca tive culpa de trabalhar e que nunca tive culpa de não trabalhar também.*

A mudança de papéis e de valores se mostra presente, pois o participante percebe que não tinha tanto controle e supremacia sobre sua condição de trabalhador. Em um momento, ele trabalhava e, em outro, não mais, não por sua escolha. A passagem em que ele se dá conta de que “não estava tão errado” é significativa ao demarcar um momento importante para a afirmação de uma nova perspectiva e qualidade de sua identidade. O patriarca provedor cede ao pai amoroso e atento à filha amada. Surge a possibilidade aberta e sem maiores conflitos de investir em maneiras mais afetivas de ser no mundo, o relato consciente traz certa constância de um papel que está mais bem fixado ao eu. O que o participante consegue comparar entre ele antes e após a doença demonstra uma consolidação de novos papéis que já se encontram em uma nova conformação do complexo do eu. Com consciência e de modo organizado, ele traz para si uma nova imagem de homem que parece não ter sido investida da mesma forma no passado. Certas crises, sobretudo no campo das emoções, foram contornadas por uma apropriação de um modelo afetivo novo que foi incorporado ao eu.

4.11.2 Curador

A entrevista de Core foi um relato de perdas simbólicas muito expressivas e não propriamente pelo câncer. A doença apresentou a realidade incômoda de que a participante precisava tomar conta de si e interromper um fluxo de energia, em parte consciente pelo eu e parte inconsciente pelo arquétipo do curador, que via a mãe como a razão da sua vida. Nesse sentido, o câncer anunciou o que ela viria a lidar com o falecimento da mãe, anos depois do fim do tratamento. O desafio que foi posto em seu destino era romper com a inflação de uma polaridade arquetípica que alimentava uma atitude do eu. O complexo do eu, assim, identificou-se com a curadora

e esteve enfraquecido em autonomia diante do poder do arquétipo. Uma das características do arquétipo é sua *numinosidade*, ou seja, sua influência afetiva que provoca emoção e um determinado senso de sentido em si mesmo. A curadora não questiona sua função em cuidar, mesmo que isso represente ameaças ao próprio eu e à integridade da totalidade da psique. Core passou, e ainda passa, por esse processo de dominação arquetípica, pois o consciente ainda não se destacou dessa posição o suficiente. Após o luto depressivo da perda da mãe, Core iniciou um processo de transformação, que ainda demonstra estar nos estágios iniciais. Os relatos selecionados narram a trajetória de Core desde a descoberta da doença com o impacto da relação com o arquétipo do curador até o momento atual, já tendo superado o câncer e vivendo em adaptação ao falecimento da mãe.

Inicialmente, Core descreve o choque do diagnóstico intimamente relacionado ao seu papel de cuidadora. Quando solicitada a falar acerca do momento do diagnóstico, Core colocou seu julgamento quanto ao que dizia viver em função dela. A vivência da doença esteve desde cedo pareada com a curadora arquetípica que entra em crise:

Quando eu fiquei doente, eu cuidava da minha mãe que faleceu há dois anos, que estava com 94 anos. *E ela dependia de mim, para tudo, para tudo, para tudo.* Era um bebê, eu cuidava dela 24 horas por dia. *Minha vida era todinha em função dela.* Eu já acordava preocupada com o horário dela. Ela era diabética, quanto estava a insulina, a glicemia. Fazia o testinho, já dava o banho, tudo. Levava no médico, eu trocava. Tinha os horários dela, *eu vivia em função dela.*

Outra faceta da curadora polarizada, aquela que nega ou reprime o aspecto ferido de si, é o descaso consigo, sua subjetividade e aquilo que diz respeito a si, ao seu corpo e outras necessidades individuais. Core demorou a descobrir a doença, pois negligenciou os sinais de que algo estava errado. A “feridinha” é o sinal corporal de que ela não estava totalmente plena. Somente após ir ao médico como acompanhante da mãe, que Core é chamada a olhar para a necessidade de se cuidar. Houve uma série de resistências até o derradeiro momento:

Apareceu uma feridinha. Eu pensei que fosse (...) o ferrinho [do sutiã que usava] me machucou. Eu tirei, quando usava o sutiã e não colocava o ferrinho. E comecei a cuidar do ferimento. E como era aqui em baixo, eu tomava banho, fazia os curativos e continuava. Só que eu não tinha colocado um espelho para ver por baixo, se estava aumentando. Eu sei que ele não fechava. Eu levei a minha mãe no médico, aí eu falei para ele 'eu preciso ver esse meu problema'.

Sua reação inicial com a confirmação foi de indiferença. A dinâmica energética inflacionada na posição e poder arquetípico do curador polarizado não demonstrou

senso de segurança própria. Ou seja, continuou a operar pela identificação com o curador e negou o próprio organismo, o próprio ser corporal e psíquico. O risco de aniquilação é tratado como “tanto faz”. O eu foi incapaz nesse momento de avaliar a integralidade da situação e tomar uma decisão isenta, cedendo a possessão arquetípica do curador polarizado. Neste gesto, Core não reconhecia que existia enquanto ser individual, apenas como uma ferramenta de gratificação para mãe, sendo ela o objeto central desse impulso:

Eu pensei, quando eu recebi a notícia, a confirmação, *de não me tratar* [início de choro], porque eu achava que não tinha condição de passar pelo tratamento e cuidar da minha mãe junto. Eu falei para ele [médico] '*para mim, tanto faz*'.

Ao relatar essa passagem, Core se emociona. Nesse momento da entrevista, parece que a participante tem um momento de contato com o que fez, com as consequências da sua decisão. Se tivesse escolhido o caminho da entrega fatídica, ela provavelmente não estaria ali, naquele momento, naquela entrevista, falando sobre o assunto e saudável. Nota-se a fala sobre a morte, aspecto destrutivo da vida com o qual ela flertou:

Eu pensei que estivesse bem, sabe. Eu estou bem, graças a Deus. [Pausa]. *Essa doença está ligada à morte. Já começava a pensar no meu funeral, nas minhas coisas, é bom deixar tudo encaminhado para não dar trabalho para ninguém.*

Core resistiu ao tratamento por algum tempo e foi somente após uma invasão de informações que ela decidiu se tratar, além da compreensão de que ela sabia poderia cuidar da mãe. A invasão se dirige ao sentido de que forças exteriores, negadas ou desconhecidas pelo sujeito, rompem com a forma em que o eu estava atuando. O fatalismo derrotista de Core deu espaço para a possibilidade de enfrentar a doença para que pudesse sobreviver. Ao fim de seu relato, Core fala da motivação pela decisão, em que novamente a ideia de cuidar da mãe foi determinante. O arquétipo do curador polarizado é flexibilizado levemente, mas o bastante para se encarar a polaridade ferida, aquela que apresenta necessidades de ser cuidada:

Eu sei que eu não via tanto, *mas eu passei a ouvir [informações sobre a doença] coisas*. Eu fui em um supermercado um dia e eles davam aqueles jornalzinhos com aqueles artigos de saúde. Em um deles, era sobre câncer de mama, com pessoas que haviam passado, era até Outubro Rosa, com aquelas mulher de cor-de-rosa na capa. E era uma reportagem muito bonita. E contavam como tinha passado. E eu comecei a ler. Até que um belo dia, eu falei '*acho melhor eu procurar um tratamento*'. Se está adiantado ou se não está, se eu tenho condições de passar por cirurgia, *porque se eu tiver condições, eu vou ter mais chances de cuidar da minha mãe*, do que deixar a minha mãe à mercê de não sei o quê. Minhas irmãs não tinham aquele apego com a minha mãe, como eu tinha. Eu, pelo menos, não via assim.

Talvez a falta de esperança rondasse os pensamentos de Core. Ela cita uma passagem em que recebia das pessoas mensagens otimistas de recuperação. Novamente, o lado curador desponta. Agora, há o encadeamento de ideias de reparação na consciência. O eu pôde receber o influxo de imagens psíquicas e elaborar uma forma aceitável de se submeter, de ser cuidado. Como ela poderia não sobreviver se era tão boa para a mãe? A fala do outro, no diálogo de Core revela um reflexo narcísico, já que não seria justo que ela perdesse a vida, se ela era tão dedicada à vida da mãe. Há outro pareamento sobre a noção de cuidado. Agora seria Deus que cuidaria dela. A linguagem reconhecida é do cuidar. Deus cuidaria, assim como ela cuidou. Nada seria mais justo que Deus a curasse do seu mal, como uma troca justa:

As pessoas sempre falavam assim para mim 'mas você cuida tanto da sua mãe que *Deus vai te recompensar, vai te recompensar*'. E acho que foi por isso que aconteceu comigo.

Depois de passado todo o tratamento e já ocorrida a morte da mãe, Core fazia acompanhamento psicoterapêutico, encaminhada por uma nutricionista, no hospital onde foi tratada. Ela relata que teve alta da psicoterapia por motivos institucionais, porém a terapeuta havia encaminhado a participante para outros serviços. Core fez as seguintes reflexões:

Ela [psicóloga] até me encaminhou para um monte de lugar, caso eu precisasse, que tem vários serviços aqui em São Paulo. Mas eu falei 'não, eu vou precisar andar com minhas próprias pernas. *Eu gosto de ser independente. Não gosto de ser dependente de ninguém, não. Preciso aprender a andar sozinha*'.

Eu não consigo ficar na dependência dos outros, foi horrível, foi horrível, horrível, horrível!

As duas falas retratam a dificuldade de Core de se posicionar, até o presente momento, no lugar do sujeito ferido. A dependência atesta a fragilidade e a necessidade de ter alguém mais vigoroso ao seu lado, alguém em melhores condições de prover algo. Isto indica uma incapacidade estrutural de Core, o que não é aceito pelo eu, enquanto complexo que atua sobre o senso de identidade. A fraqueza de ser dependente é rechaçada e tida como “horrível”. A nota mais contraditória é que Core não se vê, nessas falas como dependente da mãe. Porém, por algumas vezes, ela trouxe a ideia de não ter “rompido o cordão umbilical” e que deveria viver a própria vida, antes de a mãe precisar de cuidados maiores. É um indicativo da falta de consistência desse aspecto psicológico no complexo do eu da participante. Ela é

capaz de ocasionalmente expressar de forma consciente respostas sobre o tema, mas não o faz de modo bem organizado.

Core foi incentivada a fazer trabalho voluntário por ter superado o tratamento oncológico e ter se curado. Ela revela que tem vontade de ajudar as pessoas. Hoje, não se sente à vontade para isso, pois está envolvida em outras atividades e também demonstra certa exigência consigo quanto ao compromisso que assumiria. Na fala a seguir, Core indica qual é o público que ela gostaria de ajudar:

Eu não gosto de fazer tudo e de fazer mais-ou-menos, *eu gosto de fazer as coisas certas!* Eu já pensei, sim, eu gostaria. (...) Eu pensei 'se eu pegar um trabalho como voluntária agora, as duas coisas eu não vou fazer bem (...) eu quero terminar esse meu curso (...) e depois eu quero fazer alguma coisa, quem sabe'. (...) *Eu gostaria de trabalhar com pessoas de idade, ou com crianças, um desses dois.* Orfanato, mas mais asilo, pessoas mais ligadas à idade.

Seu desejo de trabalhar com pessoas “de idade” ou com “crianças” pode ser entendido, do ponto de vista arquetípico do curador polarizado, como uma disposição a se relacionar com populações mais vulneráveis. Pela relação, haveria o reforçamento do aspecto potente e saudável dela. Talvez pelo confronto com alguém de sua idade ou um adulto que estivesse em situação semelhante a que ela passou, ocorresse uma forte identificação em que a polaridade ferida do arquétipo fosse constelada, provocando forte desconforto e rejeição da experiência.

A relação simbiótica entre mãe e filha explica a eleição da mãe como figura indispensável para a manutenção da vida da participante inicialmente. Core fala dessa relação única desenvolvida com a mãe. Fica evidente o grau de dependência que ela apresenta com a figura materna. Ao final da fala, há a lamentação por sua perda e a sugestão de sua solidão. Porém, ali entra em ação o poder do curador polarizado que nega qualquer possibilidade de se queixar ou de perceber que ela está ferida e, mais importante ainda, em sofrimento:

Eu sou sozinha, minha mãe não podia fazer nada por mim. Acho que a única pessoa que eu poderia contar, acho que teria um colo, um ombro amigo, seria da minha mãe. Mas, ela não podia fazer muito por mim. Mas, ela me ouvia. Não sei se ela entendia, mas eu até contava minhas coisas para ela, as minhas mazelas. *Agora eu não tenho com quem contar, mas eu não me queixo, não. Eu não gosto de ser vítima mesmo. Eu não gosto de me vitimizar, então está bom.*

Por fim, Core demonstra gratidão pelo tratamento que recebeu e fala em ter sido “amparada” por Deus. Como o papel de vítima ou de fragilidade não é aceito conscientemente pelo complexo do eu, pois não é um papel com que ela consegue minimamente se identificar, Core projeta no mundo, na medicina e em Deus, os papéis

curativos responsáveis por sua sobrevivência. Nesse processo, ela consegue afastar de si os indícios de sua fragilidade e vulnerabilidade e elege como curadores ou salvadores a estrutura de assistência médica e Deus que não a desamparou.

Nota-se o uso da expressão amparo. É justamente ela que melhor reflete o estado emocional em que Core ainda se encontra pela conjuntura dos fatos, luto e doença. Ela se encontra ainda desamparada. A fala é direcionada por um reconhecimento consciente de que não morreu pela doença, mas o afeto do desamparo parece circular sua vida – forte impressão contratransferencial. Sua luta é por não se manter em desamparo. Na ocasião da doença, ela faz um reconhecimento de que não foi desamparada. Este traço está disponível à consciência do eu. Mas a questão profunda e global do desamparo ainda se encontra mascarada e perdida na dinâmica possessiva do arquétipo do curador-ferido. Abaixo, Core expressa suas conclusões:

Não foi fácil, de início, quando eu *"por que comigo?"*, mas só o fato de ter vindo para cá, *amenizou bastante*. Até de pensar 'se tiver que acontecer alguma coisa é porque tem que acontecer mesmo, que a gente está superbem amparada, aqui o atendimento é muito bom com os médicos, os exames, o atendimento, é de ponta mesmo. Coisa que se eu tivesse que pagar, eu não teria condições. *Deus me amparou!*

4.12 Integridade

Essa seção de resultados aponta para um efeito importante para a sustentação do complexo do eu. Trata-se da integridade do complexo que atribui à experiência o senso de permanência no tempo e espaço, além de tentar preservar o eu das mudanças e conservar a existência corporal e psíquica dentro de uma perspectiva de consciência. Foi visto em sessões anteriores que o câncer é uma experiência que estimula mudanças profundas no viver daqueles que encaram a doença e que se estende para além do período do tratamento. A função de preservação e integridade do eu foi bastante observada pelos relatos dos participantes. Defesas foram verificadas, mas também esforços de ordem a preservar o que se é, conscientemente ou dentro de um conjunto subjetivo de elementos que garantem a identidade pessoal.

O participante Hércules descreve em quatro passagens formas de preservação de sua identidade subjetiva. Algumas delas tratam do aspecto psíquico e outras do aspecto físico. A primeira passagem conta o seguinte:

O oncologista uma vez falou que ele pararia o tratamento, vamos supor se um número lá chegasse a 500, que eu fazia exame semanalmente. Esse número, que ele falaria que se fosse abaixo de 500, o meu mais baixo foi 700. Eu nunca... *eu atribuo isso a uma alimentação boa que eu fiz*: todos os meus sucos, couve, muito feijão, ferro, essas coisas, então eu fui... e a rapadura de quando eu era moleque.

Hércules identificou na sua dieta uma forma útil de combater o adoecimento e a ameaça de prostração e enfraquecimento. Deve-se reconhecer que o corpo faz parte do psiquismo, inclusive da consciente, pelo fato de que as sensações corporais conscientes fazem parte do efeito de identidade. O investimento na manutenção do corpo é uma forma de manutenção da identidade do eu, daquilo que o paciente reconhece conscientemente como sendo seu. O processo de busca tem por alvo a sobrevivência que se dá de maneira consciente. Para tanto, o complexo do eu deve investir em alvos apropriados para o sucesso dessa pretensão. De modo semelhante, Hércules elege a obediência às orientações médicas como forma de garantir sucesso:

Eu obedeci tudo o que eles falavam. Nunca falei 'não, vai ser do meu jeito', não! O médico é quem sabe. E acho que se você se entregar com confiança para o profissional que vai cuidar de você, também ajuda no tratamento. E eu acho que não criar expectativas de negativismo, acho que isso aí também influencia.

A consciência de que o médico é um guia no tratamento é a identificação de uma forma eficaz para a sobrevivência. A questão da integridade está na relação que a busca pelo sucesso em sobreviver tem com a preservação da vida. Ou seja, passar por tudo e ainda estar vivo é uma forma de se sentir íntegro, apesar das mazelas do tratamento, das tensões e mudanças que ocorrem ao longo do tempo no aspecto físico e psicológico. A falência do corpo, a morte, seria o resultado falho da tentativa de existir, da qual o eu esteve investido fortemente.

Outro aspecto dito por Hércules tem caráter voltado para alvos menos tangíveis como o corpo. Trata-se de elementos espirituais e simbólicos. A fala a seguir retrata a fé do participante:

Quando o médico falou para mim 'vamos fazer isso', eu 'ah, então'. Aí, eu saí de casa e meu diagnóstico era câncer, não-sei-o-quê, e ele iria me mandar para o oncologista. Eu lembro que falei para minha esposa 'hoje vamos sair de casa, eu e você, e *nada do que a gente ouvir vai mudar a minha fé*. O que a gente ouvir a minha fé continua a mesma'.

A presença do apoio espiritual para Hércules foi muito importante no seu processo de cura da doença. Na passagem destacada, ele aponta para uma tentativa de preservar absolutamente aquilo que ele acredita de caráter transcendente da existência. A integridade da fé foi uma maneira de se pôr como fiel a sua identidade espiritual e também religiosa. A fé foi um dos alvos do eu a serem preservados que conferiam forte papel de identidade subjetiva ao participante. Em outra passagem Hércules elege um alvo simbólico:

Na *bike*, ele manda eu pedalar 100, eu paro com 70. Quando eu comecei a pedalar, eu não pedalava de pé, hoje eu já faço as aulas. Um dia desses eu pedalei 12 minutos e pausa. 12 minutos de pé. E chegando no vermelho na máquina. Não era facinho não! *A língua está quase no chão. Mas eu consegui fazer. E isso te dá um prazer, você se lembrar de tudo o que eu passei e de tudo o que eu passo hoje: eu sou melhor hoje em dia.* Porque não é fácil.

Hércules teve câncer de pulmão. A alusão feita por ele ao exercício de *bike* se trata da capacidade pulmonar recuperada e até mesmo amplificada. O temor subliminar da fala seria a perda da capacidade inicial, uma sequela da doença que o fizesse mais incapaz e que o condenaria a não ter mais a mesma capacidade e vitalidade de outrora. Hércules simbolicamente indica a preservação de suas forças vitais. Ele se mantém potencialmente íntegro, mesmo quando o teste ocorre no órgão vitimado pelo câncer.

A participante Atena traz alguns aspectos da integridade semelhantes a Hércules e inclui o aspecto social. A forma como Atena descreveu sua trajetória priorizou os momentos em que esteve doente ou em processo de tratamento. As primeiras falas retratam o aspecto da preservação física:

Fui para Porto Alegre, [atrás de outra indicação médica] e eu estava na mesma expectativa que ele fosse falar a mesma coisa que ele falou para ela, óbvio, *que não precisava operar.*

Mas quando eu fazia radioterapia, você fica bem pouquinho, você fica quietinha lá e *ficava pensando, ficava mandando mensagem... fiquei com muito medo da radioterapia porque fui ler algumas coisas, pessoas que tiveram problemas cardíacos, no pulmão, até na costela (...) fiquei muito assustada ... para meus órgãos para meu coração, para o pulmão: vocês não se deixem abalar com isso porque é só um negocinho, foi só um tumor e passava muito rápido e eu ia embora e voltava no dia seguinte.*

Como que você vai decidir uma coisa sozinha? Você fica com medo de decidir não tomar e a doença voltar ou de ficar tomando e ter todos aqueles efeitos colaterais. Fica dividida. Então, resolvi que ia tomar até que agora deu isso [concentração e intensidade insuportável de efeitos colaterais] e ele disse que não precisava tomar. E estou sem tomar o remédio agora e vou tocar a minha vida. A cada seis meses, estou fazendo acompanhamento e a cada seis meses tenho que ir lá fazer todo o ultrassom de abdômen, de mama, raio-x de tórax, todos os exames de sangue, todos os exames e uma mamografia uma vez por ano e... segue.

A primeira fala está localizada no período em que Atena optava por fazer a cirurgia de retirada do tumor. Sua busca consistia em encontrar um cirurgião que lhe fosse favorável a não operar, ou seja, a não retirar parte da mama. Trata-se claramente de uma tentativa literal de preservação do aspecto físico de si. A segunda passagem se refere a um ritual que Atena buscava fazer enquanto estava se submetendo à radioterapia. Nele, a participante por um ato espiritual tentava agir para a preservação dos outros órgãos que também estariam expostos à radiação do tratamento. A terceira fala se trata do período em que a participante estava enfrentando fortes efeitos colaterais decorrentes do tratamento oral. Ela gostaria de interromper o tratamento, mas não encontrava forças ou embasamento técnico, médico, para fazê-lo. Trata-se também de uma tentativa de busca da integridade física. Seu corpo padecia e sofria pelos efeitos colaterais do tratamento. Seu movimento consciente foi a busca pela interrupção do tratamento que garantiriam o fim desse sofrimento. Porém, ela não se sentia segura sem um respaldo médico.

Atena ainda apresentou formas mais simbólicas quanto ao impulso de preservação. Ela relata dois episódios em momentos muito sensíveis em que há grande exposição emocional ao que lhe ocorria:

*Você se toma um ratinho de laboratório, porque as pessoas estão te mapeando inteira - interna não, algumas coisas, porque não vê tudo - mas, tem que fazer colonoscopia a cada três anos. Então são exames que se você não tivesse tido câncer, nenhum médico estaria pedindo para você. A não ser que você seja hipocondríaca. Mas não é meu caso, eu não sou uma pessoa que gosta de ficar indo lá, não! Tanto é que eu faço homeopatia, eu quero médico longe de mim. (...) Eu acredito mais nessa coisa da homeopatia que vê o todo, que vai me *tratando como uma pessoa*, inteira. Eu sou paciente da homeopatia há 20 anos.*

A parte ruim é a parte que você fica se sentindo, no meu caso, um órgão doente. As pessoas, os médicos, não veem você como um ser humano. Então, me sinto uma mama doente, não é possível isso. E no caso, da mulher, a mama é uma coisa importante, que tem a ver com a sexualidade, então por que o oncologista fica me olhando desse jeito? E também, os exames de você ficar se pondo em um monte de coisa, de ter que frequentar laboratório, para mim, é muito ruim.

O primeiro momento é a sensação de invasão e submissão à condução e execução do tratamento. Ela demonstra muita inquietação. Há uma sensação latente de desmembramento, em que ela não se sente tratada na sua totalidade. Aqui, o eu busca formas mais íntegras e totais para se manter em uma unidade. Os órgãos investigados parecem não conversar entre si e apenas representam partes dissociadas do todo, do ser inteiro. A segunda fala traz a metáfora que a diminui a um “órgão doente”. Ela sintetiza a experiência como um todo nessa forma objetificada de

ser. Não mais um ser humano, ela se sente vista como apenas um órgão, uma redução muito intensa da sua complexidade, desejos e identidade.

Por fim, Atena desenvolve um pouco mais sua inquietação em ser tratada de maneira objetificada. Ela se queixa do hospital onde realizou a radioterapia:

Essa coisa do contato ali [no hospital], mina muito a energia de quem está doente. Se já está doente, já está fragilizado, e ainda tem contato com tudo aquilo. E eu tive como comparar. Se eu não tivesse ido ao Einstein na consulta com o radioterapeuta, quando eu cheguei, havia as voluntárias e o número menor de pessoas que estavam lá. (...) Quando eu cheguei, veio uma senhora e ela me chamou pelo nome. (...) Então você se sente tão acolhida e teve a consulta e eles conversaram comigo... Fui embora, mas eu vi como era. (...) Ao contrário do hospital A., onde você é mais um numerozinho jogada naquela estrutura toda, que você demora um tempo para você entender. Você precisa de um tempo porque é muita gente, é muita informação.

A queixa é pela dissolução na multidão. Atena, que antes era reduzida a um “órgão doente”, agora é apenas mais um órgão doente, entre tantos outros. O senso de subjetividade se perde ainda mais, sua identidade não faz diferença naquele universo hospitalar específico. Atena se queixa muito deste hospital por esses motivos. Isto nos dá uma importante evidência do processo de manutenção da integridade que o eu busca. Uma vez perdido ou fortemente danificado, ele tende a apresentar intensas formas de sofrimento ao sujeito.

A participante Reia apresenta também aspectos da busca pela preservação. Duas passagens ilustram a dinâmica psíquica da participante. Inicialmente, sua crença e fé aparecem como forma simbólica para a cura. Posteriormente, o aspecto físico, pela disciplina alimentar, surge no discurso da participante:

Eles fizeram os exames e disseram que estava com um pouco no pulmão e no fígado, mas eu também não me assustei. Na hora eu fiquei assim e falei 'para Deus tudo é possível, né?'.

Tudo o que eles explicaram lá, eu tinha que fazer em casa [cuidados]. Tive cuidado muito grande com meu corpo, porque eles falaram 'pode causar isso, pode isso', muito cuidado. E eu faço até hoje, tudo o que as meninas me deram, eu tenho anotado até hoje.

Reia demonstrou ser muito positiva durante a entrevista em suas capacidades em superar adversidades. Parece ser importante para ela a manutenção dessa identidade como pessoa forte e destemida. Sua fé e força religiosa ajudam na consistência desse caráter resistente. A função do eu em buscar integridade e defesa própria explicaria muito da constituição psicológica da participante. Reia se mostrou pouco flexível a considerar a dor ou qualquer forma mais acentuada de sofrimento na

entrevista. Isto é sugestivo da inflação dessa função de preservação da integridade do eu e do reforçamento da identidade de sujeito invulnerável.

Pandora indica uma procura inicial bastante intensa por logo fazer a cirurgia de retirada do tumor. A preservação da vida, sobretudo focada no aspecto físico, foi bastante presente nas fases iniciais após o diagnóstico:

Eu queria operar logo. São tantos exames que pedem, porque não é só o exame de mama que tem que fazer: ultrassom abdominal, raio-x disso, cintilografia óssea. Eu falei 'meu Deus do céu', porque eles têm que rastrear e isso vai te dando *um pânico*, porque você fala 'magina', porque o câncer, ele vai... às vezes *ele está em um lugar e já passou para outro*.

Eu vindo para o hospital S., *eu já senti um certo alívio, não me pergunte porquê, eu senti um certo alívio aqui. Senti alguma coisa mais séria, uma coisa mais rápida, era como eu queria*. Mas eu não sentia nada, eu tinha o câncer e eu não sentia dor, não sentia nada, eu não entendia como uma pessoa podia estar com uma doença, com um câncer e não sentia nada, não sentia absolutamente nada e não sentia nada, eu não sentia...

A segunda parte da busca ocorreu em função da cirurgia já realizada.

Pandora celebra o fato de sua mama ter sido preservada. Por fim, ela indica disciplina em seguir a dieta alimentar do tratamento:

Chegou o dia da cirurgia, foi feita aqui no S., era uma segunda-feira, internei. Foi tudo muito bom. (...) Eu fiz a cirurgia, sem sentir nada. Foi tudo bem. Acordei, quando acordei a noite, eu olhei e *vi que estava preservado, a mama estava no lugar*. Foi rápido, foi tudo bem. Eu fiquei na terça, quarta-feira tive alta, fui para casa. Eu fui com o dreno. Esse dreno foi tirado depois de uma semana-15 dias. Não sentia nada, tranquilo.

Quando eu tive o câncer, é claro que eu lembrei: 'nossa, teve aquela experiência terrível de ver ela doente'. Todas nós, mulheres, ali do departamento, sem poder conversar porque ela não se abria. Depois que eu fiz a cirurgia que eu vi, a gente é leiga, mas... vi que foi tirado o quadrante, uma margem maior, mas que não era assim uma coisa tão grande, *que foi preservado o órgão*. Eles não fariam isso se não tivesse jeito. (...) Claro que... às vezes havia gente que estava fazendo *químio* e tinha que interromper porque tinha dado na outra mama, acontecia isso. Sempre vinha aquela preocupação, mas era preocupação passageira, não era que ficava na cabeça o tempo inteiro.

No começo eu era mais [tinha mais cuidado consigo, corporalmente]. (...) *Alimentação eu era mais regradinha*, hoje eu já gosto de dar umas escapulidas, eu gosto muito de doce.

O segundo aspecto reconhecido nesta análise aponta para um caráter simbólico da busca de Pandora. Ela relata pedidos para que aspectos psicológicos fossem mais bem administrados para que ela se mantivesse mais integrada e organizada. O temor referido é pela forma como ela seria sentida pela família. A fantasia de que ela não poderia expressar dor ou desespero motiva os pedidos de Pandora. A preservação ocorre para a esfera emocional. Ela não deve se desequilibrar e deve apresentar-se bem para o mundo ao seu redor. A imagem de mulher resistente e centrada deve ser preservada. Além disso, ela pede para que tais

afetos que a deixam desestabilizada fossem expurgados de si. Há outro indicativo do desejo conscientemente orientado para se manter a mesma, contra a invasão de uma experiência indesejável:

Eu queria tanto fazer algumas coisas ainda, eu me acho relativamente jovem e achava que iria morrer. E aí, eu *pedia para Deus me tirar aquela angústia*. E eu não podia manifestar muito, porque minha mãe é idosa, minha irmã também, a gente é unido, e *se eu me desespero, elas também se desesperariam*. Então, eu tinha que manter um pouco de equilíbrio e continuar.

Eu pedia para Deus, eu falava 'não posso ficar nessa ansiedade, porque assim eu estou demonstrando para minha família que *estou apavorada, que estou com medo, quero que me tire essa angústia, esse pânico, tenho que viver, tenho que viver*. E realmente, *eu rezei, eu pedi* e foi... sabe, no meu caminhar, nas minhas idas.

Nesse processo de cura e tratamento do câncer, Pandora apresentou resistência às indicações médicas. Quanto a isso, há um indicativo de que o eu, já impactado pelo processo custoso do tratamento, mostra-se exaurido e tenta encontrar subterfúgios para se livrar da necessidade de se submeter a mais investimentos médicos. Eis, outra forma de preservação em que o eu já cansado do tratamento busca descanso e o cessar do martírio. Pandora ao questionar, demonstra tal resistência:

A médica que me atendeu disse 'eu vou te encaminhar, porque agora você vai ter que continuar com o tratamento no hospital público. Eu falei *'será que eu preciso?'*. [Ela] 'Vai, a gente vai te encaminhar e o médico vai falar com você'. E realmente, eu fui e cheguei lá no hospital, e o médico realmente [disse] 'não, não, você teve um câncer e vai ter que fazer o tratamento'. [A entrevistada] 'Mas eu...'. [O médico] 'e vai ter que fazer quimioterapia e vai ter que fazer radioterapia também, e conforme for, vai ter que tomar uma vacina, trastuzumabe.

Ele [médico] falou 'vamos colocar um cateter para você tomar medicação?'. Eu falei *'ah não, e eu vou ficar com alguma marca?'*

A exaustão também pôde ser vista em outra passagem da fala da participante. Na fala seguinte, Pandora nos dá uma amostra da função de preservação da integridade ainda atuante após a doença:

Sentia alguma coisa? Sim, eu tive aqueles enjoos. Mas... então, eu realmente tinha pensamento positivo, não pensava *'meu Deus, será que vai nascer outro?'* Viver naquela expectativa de que pode acontecer qualquer coisa. Não! Às vezes sim, teve um período que eu fazia ginástica. *Eu sentia uma dor aqui, nesse osso do esterno. Nossa, uma dor, eu falei 'estou com metástase' (risos)*.

Pela fantasia de que a doença pode voltar, o eu é reabastecido pelo impulso protetivo em que deve lidar com o assombro de uma recidiva e o mergulho em um novo tratamento. A participante reconhece e observa a possibilidade do retorno da doença e demonstra temor quanto a uma nova mudança na vida. Ou seja, agora

curada e sadia, ela sofreria novas mudanças e seria mobilizada para ter que desafiar o câncer novamente. Por fim, Pandora conclui sobre a sua experiência dizendo:

A vida é mais importante para mim, a vida!

Por esta afirmação, pode-se entender que Pandora agora privilegia um aspecto global da existência. A fala de que a vida é o mais importante tem tanto um aspecto de preservação física, quando psíquica e mesmo espiritual. A totalidade da sua vida é tangenciada pela afirmação. Há o reconhecimento da integridade global da vida. Há, também, um despertar para uma nova forma de ser.

Já a participante Core demonstra forte senso de preservação que parece funcionar em torno do arquétipo polarizado do curador. O complexo do eu recebe forte influência deste arquétipo e, assim, identifica-se com ele. Tendo isso em vista, pode-se compreender que as formas de preservação simbólicas de Core passam pela manutenção da polaridade curadora do arquétipo e pela preservação da distância da polaridade ferida. Core relata em duas passagens o contexto da descoberta da doença que denunciam a negligência do aspecto corporal de si:

(...) pressão alta, eu descobri aqui, quando eu soube da doença.

Apareceu uma feridinha. Eu pensei que fosse (...) o ferrinho [do sutiã que usava] me machucou. Eu tirei, quando usava o sutiã e não colocava o ferrinho. E comecei a cuidar do ferimento. E como era aqui em baixo, eu tomava banho, fazia os curativos e continuava. Só que eu não tinha colocado um espelho para ver por baixo, se estava aumentando. Eu sei que ele não fechava. Eu levei a minha mãe no médico, aí eu falei para ele 'eu preciso ver esse meu problema'.

Tal negligência não apenas se aplica ao corpo, mas à percepção do corpo como pertencendo a si e carente de cuidados próprios. O cuidado era todo direcionado à mãe e não a ela mesma, Core. Sua identidade e senso de preservação mais atuante, conscientemente, estavam na mãe. O corpo e os sinais do adoecer passavam longe da atenção. Este é um exemplo de que o funcionamento que visa à integridade do eu não, necessariamente, opera de acordo com a integridade da sobrevivência corporal ou psicológica. O complexo do eu inundado por potências arquetípicas que negligenciam o próprio corpo e outros aspectos da psique pode funcionar visando apenas uma perspectiva arquetípica e não o todo. A psique, assim, está em uma posição fragmentada e o eu não está operando de forma plural, ou seja, de modo a considerar mais perspectivas. Essa fragmentação ocorre pela incapacidade de organizar, de proporcionar coesão aos conteúdos psíquicos. A vida

para Core, como imagem, era a mãe e ela própria seria descartável do campo perceptível e de atenção sensível.

Após a retirada de parte da mama, realização do tratamento e falecimento da mãe, Core se encontrava em um processo de reabilitação social, e diante de uma nova forma de viver. Ela descreve em duas falas uma situação renovadora:

Eu estava vestindo roupas apertadas [pela ginástica e pilates] e comecei a sentir desconforto no meu peito. (...) Quando eu sentava e havia alguém observando... e mulher olha mais para mulher do que homem, observa mais do que homem. *E eu comecei a me sentir incomodada.*

Eu não usava decote, exposto. Mas a gente tem que ter um cuidado. *Eu não vou me expor, assim.* Então, a roupa eu tive que ter cuidado com o decote. O ano passado, mesmo fazendo bastante atividade física, eu nem queria passar pela cirurgia por estética, mas passei por causa... *eu senti olhares e, depois, já estava me incomodando.* E se o médico aconselha. Todas as vezes que eu passava, eu ouvia 'dá para melhorar, dá para melhorar, está feio isso'. Eu falava 'vou pensar'.

A renovação se deve a uma mudança da dinâmica psíquica da participante. Agora, ela parecia estar mais atenta e sensível ao que se passa consigo, não mais a imagem materna que centralizara as atenções de Core. Estes olhares ainda estranhos, que podemos explicar como um processo projetivo, é um sinal de que ela se observa mais e está mais incomodada consigo. O eu ainda está em um estágio de maturidade emocional inicial, no qual há pouca discriminação dos eventos do mundo. Não consegue reconhecer o próprio desejo, mais autocentrado, e o desloca como sendo do outro. No que tange a integridade, o eu busca ainda formas de se defender das invasões do mundo. Antes, as invasões eram identificadas como parte das tensões próprias referentes ao que a participante sentia como sendo sua individualidade, já que o desejável provinha da mãe. Após uma renovação de perspectiva, em que o eu reconhece um pouco melhor a individualidade, o estranho começa a se apresentar como algo de fora, os “olhares” descritos por Core. Sua decisão de fazer cirurgia reparadora é narrada como sendo tomada por um processo de fora para dentro, como uma exigência sobre si. O eu ainda não está livre e suficientemente autônomo para tomar uma decisão que visa a si próprio, a própria Core em um sentido de identidade pessoal. A preservação em questão está ocorrendo com a finalidade de manter o eu seguro em uma posição em que ele se sinta o mais livre possível de tensões desagradáveis. Core ainda passa por um processo de tomada de consciência de si. Há forte atuação de defesas relacionadas à manutenção de uma posição confortável, que está inconscientemente identificada com potências

arquetípicas. O complexo do eu ainda está fortemente vulnerável a tais potências, sem que haja uma flexão crítica mais consciente dessas influências.

4.12.1 Defesas: operações de preservação para o eu

Essa subseção se destina a pontuar o papel da operação de defesa psíquica no eu. Alguns recortes das participantes Reia, Pandora e Core ilustram a proposição do processo defensivo. O que se observou foi que as defesas psíquicas tendem a manter uma perspectiva adotada pelo complexo do eu. Independentemente da qualidade, tipo de defesa, ou origem do mecanismo de defesa, o que se constata é a função da existência de determinada defesa. A seguir, temos duas falas de Reia:

Senti falta da quimioterapia. A quimioterapia me fazia comer bem, dormir bem. E agora não durmo e não como bem. (...). Porque eu tinha fome. (...) Eu tinha olho de peixe, quando eu fiz quimioterapia sumiu. Ah, que bom! Você nem imagina como era bom! (...) Eu falei para uma médica 'eu não posso tomar isso de vez em quando pelo menos?'. Ela falou 'não', eu senti falta, não tem ideia de como eu senti falta. Eu dormia, e agora meu sono é pouquinho, duas ou três horas. Não tenho problema de vista, ainda, né. Não tenho diabetes. Não tenho colesterol alto. *Meu problema é asma e tive esse problema aí.* E disse que não quero fazer cirurgia, não sinto mal com isso aqui (seio). Eu me sinto bem, muito bem de estar assim. Eu tenho um aparelho que eles encheram (extensor). Ainda tenho aqui comigo. Estou aqui, estou ótima, não tenho vergonha. Eu estou tão bem, não quero mexer.

Falei para minha irmã 'se eu sentir cara de pena de mim, aqui, eu nunca mais vou à casa de vocês'. Meu menino mais velho era noivo, cancelou tudo. Eu falei 'você é besta?', eu não vou morrer não. (...) *Eu confio em tudo e eu acho que não posso me desesperar, porque era só eu na minha casa, meu menino estudava, o outro estudava e eu tinha que trabalhar.* Então, eu fazia quimioterapia e ia trabalhar. Não faltei a um dia de serviço. Quando eu ficava dois dias em casa, porque meu patrão não deixava, por causa do fogão. Ficava dois e depois voltava.

A análise só é possível se considerarmos as expressões de Reia como um todo, assim como o caráter total de todo o seu discurso. Para tanto, a análise transferencial e contratransferencial tem valor importante. Reia é uma participante que apresenta imagem simbólica predominante da mulher invulnerável e potente que desafia qualquer coisa que esteja no seu caminho. Esta imagem acredita no seu poder de superação, nega a dor ou sofrimento e visa à vitória que é garantida pela fé religiosa, como prometida por Deus e executada pela sua serviência a Ele. A imagem predominante, arquetípica, nutre uma posição consciente que é organizada pelo complexo do eu. O eu, assim, assume uma forma de ver a vida e as coisas que ocorrem ao seu redor, providenciando um modelo interpretativo do mundo, de aspecto

abstrato e também afetivo. Reia sustenta nessas duas passagens acima o modelo arquetípico de mulher invulnerável e potente adotado pela perspectiva do eu. Na primeira fala, ela diminui e nega a influência do câncer como situação que representou qualquer desafio pessoal. A segunda revela certa justificativa para se manter firme e inabalável. A confiança descrita é uma forma de apropriação de uma espécie de direito divino adquirido que iria lhe guardar do mal. O foco na educação dos filhos e trabalho também são alvos que buscam justificar sua posição arquetípica de mulher forte.

Pandora traz a perspectiva de uma pessoa que passou a descobrir aspectos do mundo que desconhecia. A imersão pelas experiências associadas ao câncer possibilitou que ela desenvolvesse potenciais que desconhecia. Porém, alguns elementos afetivos foram reprimidos pela paciente ao longo do processo do adoecimento. Ela relata:

E eu não podia manifestar muito, porque minha mãe é idosa, minha irmã também, a gente é unida, e *se eu me desespero, elas também se desesperariam*. Então, eu tinha que manter um pouco de equilíbrio e continuar.

Eu também pensava, se eu amolecer... mostrava, frágil, chorava, porque isso e aquilo, eu vou deixar minha família mal. E eu não tinha motivo. Que motivo eu tinha? Eu estava bem assistida aqui, encaminhamento no hospital no tratamento.

A dimensão afetiva, da ordem das emoções, foi expressa por Pandora, de acordo com este relato, diante de sua família. Há um processo que visa à preservação de uma imagem de mulher resiliente e que centraliza em torno de si os encargos da doença. Notamos que Pandora encontrou dificuldades iniciais de entender como seria possível a sobrevivência, já que tinha imagens e experiências muito negativas associadas ao câncer. A tensão psíquica da participante deve ter sido muito intensa e tais falas podem indicar que ela estava se sentindo muito mais aflita do que aparentava. O caráter destrutivo da experiência foi contido para si, na fantasia de que ela traria mais danos à família. Há grande repressão da ideia de se abrir, como se fosse abrir a caixa de Pandora e espalhar mais mal ao mundo ao seu redor. A operação de defesa ocorre como forma de conter esse mal. Analisando a transferência e contratransferência durante a entrevista, o entrevistador verifica a presença do medo muito intenso e da necessidade da participante de falar a respeito da doença. Talvez, pela entrevista, Pandora pôde finalmente se abrir mais sobre a sua experiência, ressignificar o que foi vivido e possibilitar movimento dinâmico aos afetos reprimidos.

Sobre Core, já foi amplamente expresso a perspectiva arquetípica de uma mulher inflada pela polaridade arquetípica curadora, do arquétipo do curador-ferido. Tendo em vista a forte disposição de vivenciar o mundo pela polaridade do curador, Core tende a negar a polaridade ferida em todo aspecto. Há um forte movimento de negação de afetos que se relacionam com suas feridas emocionais, assim como exclusão na consciência da imagem frágil e queixosa, e também da possibilidade de sê-la. A seguir quatro falas reveladoras das funções de defesa de Core:

Até que um belo dia, eu falei 'acho melhor eu procurar um tratamento'. Se está adiantado ou se não está, se eu tenho condições de passar por cirurgia, *porque se eu tiver condições, eu vou ter mais chances de cuidar da minha mãe*, do que deixar a minha mãe à mercê de não sei o quê. Minhas irmãs não tinham aquele apego com a minha mãe, como eu tinha. Eu, pelo menos, não via assim.

E a minha mãe me dava forças para viver. Falavam 'nossa, mas você nem sai'. Eu não saía, não viajava, não passeava. Para não deixar ela, de jeito nenhum. *Mas eu não sentia que tinha trabalho*. A minha força de viver e de enfrentar a vida era saber que ela precisava de mim. A *minha vida ficou muito vazia, muito triste. Aí, eu entrei em depressão*.

E se eu passei eu acredito que Deus coloca nos nossos ombros algo mais pesado do que as nossas forças. E Ele colocou a doença e eu aguentei. Eu acho que eu aguentei a minha doença com dignidade. *Não que eu sofri valente, mas eu nunca me queixei*. Eu comento com quem sabe.

(...) Eu sou sozinha, minha mãe não podia fazer nada por mim. Acho que a única pessoa que eu poderia contar, acho que teria um colo, um ombro amigo, seria da minha mãe. Mas, ela não podia fazer muito por mim. Mas, ela me ouvia. Não sei se ela entendia, mas eu até contava minhas coisas para ela, as minhas mazelas. *Agora eu não tenho com quem contar, mas eu não me queixo, não. Eu não gosto de ser vítima mesmo. Eu não gosto de me vitimizar, então está bom*.

As defesas estão em operação pela manutenção da imagem polarizada da curadora que rejeita as próprias feridas. Core racionaliza quando vê no cuidado da mãe uma forma de motivá-la a se tratar. Ela nega qualquer trabalho em cuidar da mãe. Nega a possibilidade de se queixar pelo que passou, suspendendo a exposição do sofrimento para o mundo e, conseqüentemente, para a própria consciência. E, por fim, não aceita qualquer semelhança com a vítima, mesmo com a perda da mãe. Pela exposição na entrevista dessas falas, compreende-se que o inverso ocorre no inconsciente, ou seja, há forte recalque dos afetos relativos às perdas e dramas pessoais. Em alguns momentos da entrevista, Core chora e isto parece tê-la surpreendido. De fato, é surpreendente ao eu de Core, não há possibilidade de aceitar tais vivências. É como se as feridas não pertencessem a ela. Para manter tal funcionamento, as defesas psíquicas operam a fim de isolar as manifestações

incompatíveis com a atitude identificada com o curador onipotente. As dores são minimizadas, recalcadas, reprimidas e desviadas do curso da consciência. Quando elas surgem, é como se o estranho, o surpreendente ocorresse. Algo absurdo que aparece indesejavelmente no mundo.

5. DISCUSSÃO

Segundo Jacobi (1971), para Jung, o ego é caracterizado por dois traços fundamentais, a continuidade e a identidade:

For Jung, the ego is then a “complex of ideas which constitutes the center of the area of consciousness. It is the prerequisite for conscious thinking, feeling and acting. It is characterized by a degree of continuity and identity with itself.”² (Jacobi, 1971, conferência 3, p. 7).

A pesquisa realizada encontra em várias categorias subsídios empíricos para o entendimento que Jung apresenta sobre o eu, ou seja, as bases fundamentais para sua compreensão dentro dos postulados iniciais como sendo centro da consciência. Os participantes da pesquisa, ao relatarem as suas vivências em relação ao câncer e efeitos posteriores em suas vidas, puderam apresentar ao pesquisador o que podemos denominar conteúdos conscientes. Entre as expressões desses conteúdos, pela metodologia adotada, o complexo do eu se manifestava. O que à distância parecia uma formulação teórica, agora, é demonstrado de maneira empírica com a utilização de um arcabouço metodológico qualitativo que se respaldou dos fenômenos de transferência e contratransferência no momento da entrevista. Afinal, como poderíamos distinguir da psique o que seria do eu e o que não seria do eu? Quando se trata de medidas de enfrentamento, como é organizada a consciência para combater o desafio da doença, em busca da sobrevivência, tarefa importantíssima, delicada e, literalmente, vital? Com esse propósito, a pesquisa foi desenvolvida. O inconsciente consiste em uma imensidão para a análise, porém a consciência é limitada, mas que se estrutura e assim situa o sujeito em sua singularidade, como Jacobi aponta:

Only by drawing on personal experiences in a human environment can the ego become a strong complex. It becomes increasingly enclosed in its personal world, experiencing the mother, father, teacher, siblings and friends in its own specific manner. It grows on the basis of its personal experiences. (...) In other words, it detaches itself from its archetypal background and becomes the center, and at least the presumed organizer of the personal aspect of life. To a certain degree I am, my ego is, also the organizer of my personal life.³ (Jacobi, 1971, conferência 3, p. 7).

² Para Jung, o eu é, portanto, um “complexo de ideias que constituem o centro da área da consciência. Ele é o pré-requisito do pensamento consciente, sentido e ação. Ele é caracterizado por um grau de continuidade e identidade consigo mesmo. (Tradução livre)

³ Somente mergulhando nas experiências pessoais em um ambiente humano, o eu pode se tornar um complexo forte. Ele se torna progressivamente incluso no mundo pessoal, experimentando a mãe, o

Outro ponto importante apontado por Jacobi é a delimitação da percepção do eu entorno do corpo. O fator identidade enfatizado por Jung se relaciona com o corpo. Nas palavras de Jacobi (1971) “consciousness separates, differentiates and delineates the realm of the objects from that of the subjects. (...) I am enclosed within myself and the limits are formed by my skin”⁴ (conferência 3, p. 9) e também quando indica que “the ego’s identity with itself is, in other words, largely based on conscious feeling for my body and the knowledge of what I look like.”⁵ (conferência 3, p. 9). Assim, “viewed subjectively, my body belongs to me and I to my body. This is, after all, the basis for any true feeling of identity”⁶. (conferência 3, p. 10). As considerações explicam a indissociabilidade entre o eu e o corpo. A impressão é dupla, pois o corpo impõe os limites do eu e o eu se sente o dono do corpo. Neumann (2008) foi outro autor que faz referências fortes entre corpo e o desenvolvimento do eu. Para o autor, há uma imagem mítica que envolve a percepção do mundo e, até mesmo do transcendente, como reflexos da percepção do eu. Ele diz:

Não somente Deus, mas também o mundo, são criados à imagem do homem. A relação do mundo e dos deuses como o esquema corporal é a primeira forma concretista da “imagem antropocêntrica do mundo”, pela qual o homem está no centro ou no “coração” do mundo. Ela deriva da auto-sensação [sic] corporal, carregada de mana, que tem sido erroneamente entendida como “narcisista”. (Neumann, 2008, p. 38).

Para Neumann (1991), há uma correspondência entre o desenvolvimento do ego e a diferenciação da mãe, o arquétipo da mãe, e nisso o ego se faz mais presente, enquanto que o estágio fusional, urobórico, entre indivíduo e mãe – unidade psíquica e corporal – vai se desfazendo. O eu se desenvolve, assim, conforme o corpo se destaca sensorialmente do resto do mundo. Neumann (1991) utiliza a expressão self corporal que corresponde à totalidade do organismo da criança, em estado primitivo, que está abarcado pelo self da mãe. O corpo da mãe nos estágios iniciais da vida do

pai, o professor, irmãos e amigos em sua própria maneira específica. Ele cresce na base das experiências pessoais. (...) Em outras palavras, ele se desata de sua raiz arquetípica e se torna o centro, e no mínimo o pressuposto organizador dos aspectos pessoais da vida. Num certo grau eu sou, meu eu é também o organizador da minha vida pessoal. (Tradução livre)

⁴ a consciência separa, diferencia e delinea o mundo dos objetos de seus sujeitos. (...) Eu estou rodeado dentro de mim mesmo e os limites são formados pela minha pele. (Tradução livre)

⁵ a identidade do eu consigo mesma é, em outras palavras, baseada largamente na sensação consciente do meu corpo e do conhecimento do que eu aparento ser. (Tradução livre)

⁶ visto subjetivamente, meu corpo pertence a mim e eu ao meu corpo. Isto é, afinal, a base para qualquer sentido verdadeiro de identidade. (Tradução livre)

bebê é parte da sua totalidade psíquica. O crescimento e desenvolvimento corporal, que vai destacando e distanciando o bebê da mãe, provoca tanto a modificação do self corporal-mãe para um self centrado no indivíduo, como também produz o espaço da criação do próprio eu. Dito em outras palavras, o surgimento do eu separa, pelo choque, o que é exterior ao corpo do indivíduo. Neumann explica:

Mas tanto a ligação da criança com seu corpo como sua ligação à sua mãe são uma expressão do fato de que nesse estágio a totalidade corporal, o Self Corporal, é de maior importância do que o ego, que apenas gradualmente se configura. (Neumann, 1991, p. 111).

Trazendo essas concepções para o presente trabalho, pode-se compreender que o adoecimento oncológico, situado no corpo, favorece uma regressão ao corpo da organização psíquica do sujeito. Funciona como se o indivíduo retornasse a estágios anteriores da organização, que até então não apresentavam problemas ou eram alvo de interesse mais acentuado e que, agora, manifestam demandas. O eu está situado no epicentro dessa regressão, já que ele próprio, como apontam Jacobi (1971) e Neumann (1991), é elemento fundamental em sua fenomenologia. O corpo adoecido é um eu adoecido, que necessita de novas ligações reparadoras para sobreviver, como a criança que precisa da mãe, pelo self corporal-mãe, que proporciona segurança e alimento. O eu requisita forças fornecedoras para sua manutenção na vida. Não estranhamente, os participantes fizeram uso de recursos múltiplos que normalmente abordam uma fonte de agente exterior que providencia algo de fortaleza: a medicina, a figura do médico e da equipe de saúde, espiritualidade e Deus, rede social e estímulos exteriores que oferecem conforto e ajudam na organização do eu.

Foram entrevistadas nessa pesquisa pessoas que apresentaram diferenças quanto à capacidade organizativa da consciência, ou seja, diferenças quanto à coesão do complexo do eu. Notamos que os participantes que melhor trouxeram reflexões e capacidade adaptativa foram os que melhor extraíram da doença experiências renovadoras, transformadoras e mesmo aprenderam a lidar com a negatividade das experiências. A seção dos resultados 4.12, integridade, revela o quanto o eu tende a se manter coeso, busca proteção em sua estrutura e para isso recebe ou exerce defesas que, quando muito rígidas, expõem para longe de si ideias e afetos que poderiam ser perigosas, deorganizativas. Os participantes que mais se mostravam defendidos, mais escondiam suas feridas, talvez porque mais fossem sensíveis e não tinham recursos da estrutura do eu para absorver certa realidade. Para complementar,

faz-se uso das palavras de Whitmont (2004) ao descrever essa natureza de preservação do eu em oposição às transmutações do inconsciente:

Várias escolas de pensamento parecem concordar com o fato de que o ego envolve um sentido de continuidade de corpo e mente em relação a espaço, tempo e causalidade, e isso dá origem ao sentido de unidade do indivíduo e à sua tendência de reduzir a multiplicidade à unidade por meio da memória e da racionalidade. Baseado nas funções da memória e da lógica, o ego é uma unidade que resiste ao fluxo de mudança, em oposição ao inconsciente que está sempre se alterando. (Whitmont, 2004, p. 206).

As funções do eu descritas por Kast (1997) e Fordham (1969) também puderam ser observadas pelas categorias encontradas neste trabalho, principalmente a 4.6 que trata sobre causalidade e sequencialidade. Nela, pode-se verificar aquilo que Jacobi resgata de Jung sobre a identidade e continuidade. Kast (1997) e Fordham (1969) contribuem quanto à memória, a percepção de si e o mundo que não pertence ao sujeito, capacidade e possibilidade de escolhas e a expressão do que é seu. Foram retratadas na seção 4.6 tais capacidades, pois ali há a descrição da operacionalidade do complexo do eu, de como ele funciona, mantendo sua coesão causal, sequencial, coerente na dimensão espaço-tempo, o que dialoga com a seção 4.12 sobre integridade. O eu como um complexo instrumental de ação no mundo procura estar presente na medida em que se faz consciência. Ou seja, a partir de razão e conhecimento sobre algo, o eu começa a operar produzindo justificativas e processos discriminativos. Jacobi (1971) contribui nessa explicação de que “It is impossible to imagine an ego that has not had personal experiences. The ego is precisely what makes conscious experience possible, i. e. the archetypal nucleus must be augmented by personal experience in order to become a complex”.⁷ (Jacobi, 1971, conferência 3, p. 5). Sendo assim, o eu é aquilo que possibilita a consciência, é aquilo que produz uma rede complexa entre as ilhas de consciência humana e essa formação tende a nos dar uma sensação de unidade, partindo de um núcleo arquetípico, ou seja, de um centro que predispõe a aglutinação das experiências pessoais como sendo pertencentes ao sujeito.

A seção 4.9, sobre simbologia mítica, expressa essa ligação entre o eu e o desconhecido que não está isenta de conflitos. Efeitos como culpa e rejeição foram observados. O eu que inevitavelmente se destaca do self, da totalidade e do inconsciente, vê-se desamparado e violando a ligação paradisíaca e urobórica com

⁷ É impossível imaginar um eu que não tenha nenhuma experiência pessoal. O eu é precisamente o que faz consciência possível, isto é, o núcleo arquetípico tem que ser desenvolvido pela experiência pessoal para que se torne um complexo. (Tradução livre)

instâncias maiores. Da separação, há um enorme trabalho de ressignificação, carregado de angústias e afetos.

Para tanto, Jacobi (1971) faz referência ao que também é encontrado em Campbell (1949/2007):

Our ego is therefore the product of a battle, which is why the hero is an appropriate symbol for it. The result of this struggle is that the ego can set itself off against the world of drives, instincts and fantasy on the one hand, and in the other, against collective value standards that have been accepted unconsciously.⁸ (Jacobi, 1971, conferência 2, p. 7).

A tarefa do herói, a ser empreendida hoje, não é a mesma do século de Galileu. Onde então havia trevas, hoje há luz; mas é igualmente verdadeiro que, onde havia luz, hoje há trevas. A moderna tarefa do herói deve configurar-se como uma busca destinada a trazer outra vez à luz a Atlântida perdida da alma condenada. (Campbell, 1949/2007, p. 373).

O simbolismo do eu é expresso da melhor forma possível pela figura do herói. Não por acaso a relação é evidenciada. Os processos de discriminação, identidade, formação de relações de causalidade, sequencialidade e linearidade tempo-espacial são mecanismos que acabam por produzir uma tarefa, uma jornada. Tendo em vista o self, o inconsciente ou qualquer ordem superior em efeito, o eu está em posição desprestigiada e enfraquecida, apresentando-se muito mais sensível a essas instâncias. A tarefa é o que Campbell descreve pela jornada do herói. A expressão “alma condenada” é a qualificação que mostra o quanto o eu está inicialmente perdido e em busca da salvação, da reunião, ao menos, da articulação com o self. De alguma forma, todos os participantes foram convocados a participar da sua jornada heroica mais ativamente após a descoberta da doença. Os mais defendidos, cujo eu mais apresentou dificuldades em se adaptar e receber o que era novo, foram os que menos demonstraram transformações e que menos se engajaram na tarefa do herói de criar consciência sobre o mundo que lhe pertence, sobre a “Atlântida” submersa do inconsciente. A convocação é mais clara quando a vida está em risco, os processos são catalisados.

A dissertação de Rodrigues (2009) demonstra que o processo de individuação, do tornar-se a si mesmo, foi acelerado em pessoas com deficiência física adquirida que tiveram seus movimentos limitados. A crise é sugestiva da eminente mudança de valores da vida. O mesmo foi verificado em nossas entrevistas, com exceção, talvez,

⁸ Nosso eu é, portanto, o produto de uma batalha, que é o motivo pelo qual o herói é um símbolo apropriado. O resultado dessa luta é que o eu pode se lançar contra o mundo dos impulsos, instintos e fantasias de um lado e, pelo outro, contra padrões de valores coletivos que tem sido aceitos inconscientemente. (Tradução livre)

da participante Reia, por demonstrar fortes defesas e inflação do eu, considerando-se onipotente diante de qualquer ameaça atual. A seção 4.5, sobre atitude e função psicológica, sugere a partir da análise do participante Hércules uma inversão na atitude psicológica da consciência, o desenvolvimento da extroversão em uma pessoa introvertida. Jung compreende a metanoia, a metade da vida, como o momento em que tal inversão ocorre, pois os desafios da vida adaptativa estariam resolvidos e, então, a outra parte da vida anímica expressaria via inconsciente a necessidade de buscar sua complementação (Jung, 1971/2009). Assim, o introvertido iria para o campo da extroversão e vice-versa. Quanto à mudança da atitude consciente, apenas pudemos observar com mais clareza em Hércules, porém com os outros participantes, a exceção de Reia, houve forte estímulo a assumirem papéis e funções na vida que até o momento não haviam lidado, mas que pareciam necessários. A parte complementar da vida, via inconsciente, exigia atenção, o que caberia ao eu a tarefa – a jornada – de providenciar a integração e articulação com a esfera da consciência para sua realização. Destacamos, também, que os participantes estão em uma faixa etária em que é mais sugestiva para as mudanças da metanoia. Contudo, pelo relato e análise do discurso, parece claro que o câncer acelerou tal processo.

Tendo em vista os estados de relacionamento entre a instância do eu e do self, pode-se verificar a variação entre o estado alienado e inflado do eu diante do eixo eu-si-mesmo, conforme o modelo de Edinger (1989), e explorados na seção 4.7 dos resultados. Notoriamente, o adoecimento contribuiu significativamente para que os pacientes experimentassem sensações de desconexão com o arquétipo da totalidade psíquica. O eu consciente enfrentou momentos de perda, desamparo, desespero, imensa dor e abandono. O risco à vida trazido pela doença, assim como em alguns casos a sensação de abandono de Deus, provocaram sensações de afastamento do eu em relação ao self. Talvez esta relação melhor explique a dificuldade humana em lidar a morte, quando ela é trazida de forma destrutiva ao eixo eu-si-mesmo, ou seja, quando ela desmembra a consciência da sua matriz, o inconsciente. A impotência é a expressão emocional que circunda tal momento. Não estranhamente, os participantes frequentemente faziam referência à figura divina. Deus era invocado no discurso nesses momentos onde o poder do eu encontrava-se muito limitado. O estado de inflação do eu no eixo eu-si-mesmo expressa a sensação de empoderamento do eu como se ele fosse a própria totalidade ou estivesse banhado e protegido pelos poderes superiores e transcendentais. Em muitos momentos, os participantes, quando

se portavam como sobreviventes exemplares, encontravam-se neste estado. A inflação divina e onipotente foi registrada neste trabalho. O estudo do eu, visto na relação eu-si-mesmo, demonstra que psicodinamicamente é de extrema importância compreender as duas polaridades do psiquismo, a consciência e o eu em relação ao inconsciente e o self. Quando inflado, o eu expressava potencialidade do self que estruturava uma forma de ser, mas sem que os participantes tivessem clareza dessa origem. O eu contaminado pelo inconsciente se mostra cego, porém é fortalecido pela influência criativa do self.

A seção 4.1 dos resultados aborda a relação que os participantes relataram sobre a conexão estabelecida entre o complexo do eu e a figura divina e espiritualidade. Nota-se que a seção é rica em formas e variações da maneira como os participantes recorreram a uma instância transcendente para suportar a dor e impotência do eu diante da doença e das fantasias de morte e destruição. Esse recurso foi bastante utilizado como ferramenta de enfrentamento e se alinha com a literatura que o aponta como um dos principais recursos utilizados (Leite et al., 2012). Além disso, o câncer como situação que anuncia a possibilidade do morrer traz uma característica diferenciada. Foi descrito na seção 4.2 sobre o fatalismo do discurso. Ali, os participantes demonstram uma entrega positiva ou negativa ao destino. As possíveis desconexões e incertezas são preenchidas por um caráter fatalista, ou seja, se deu certo era porque tinha que dar certo, se fosse dar errado era assim que as coisas estavam planejadas. O eu articula uma lógica que parece ter a função de manter coerente aspectos incertos da história pessoal do indivíduo. Há, assim, uma relação com as características de continuidade e identidade.

O desequilíbrio da relação eu-si-mesmo reserva a possibilidade do eu aprender com o outro, mas somente quando o eu está pré-disposto e sensível a receber o novo, aquilo que ele não considerava, que estava inconsciente e fora de qualquer registro sensorial do sujeito. Outra possibilidade é ruptura drástica com uma percepção da realidade, como, por exemplo, um sintoma inesperado, a dor ou perda que não pode ser negada. A seção 4.4 sobre alteridade descreve essa relação entre o eu e o desconhecido. Nota-se que a presença do outro, entendido como qualquer elemento externo ao eu, foi fundamental para o trabalho de renovação e fortificação do complexo do eu. Essa oferta de realidade parece ter contribuído justamente para que o processo de individuação fosse acelerado pela doença. Os participantes tiveram que tomar contato com pessoas, instituições, processos que provocaram algum tipo de

invasão física ou psicológica, que serviram de matéria-prima para o trabalho do eu, do herói mítico que toma forma subjetiva por meio desses elementos novos. A jornada do herói descrita por Campbell, (1949/2006) só passa a ser traduzível na vida singular das pessoas quando considerados esses elementos externos ao eu que ele tem acesso ou toma contato. O processo de integração ou articulação ocorre a partir dessa relação eu-outro. Por tanto, a manifestação da alteridade mostrou-se indispensável para a maturação e desenvolvimento da totalidade psicológica dos participantes. Não estranhamente, a participante Reia foi a que menos deu indícios do reconhecimento e apropriação desse outro e justamente foi ela a que mais se mostrou imutável com relação à fase prévia à doença. Por menos que transformações tenham ocorrido, elas não parecem estar organizadas e disponíveis ao eu, o que é indicativo de pouca integração da personalidade.

O poder possessivo do arquétipo é visto quando o eu está inundado pelos poderes destes arquétipos. Dedicou-se um capítulo para discutir duas manifestações mais claras ocorridas nas entrevistas, descritas na seção 4.11 sobre papéis arquetípicos. Nela, dois participantes demonstraram a influência do papel do provedor, em Hércules, e do curador, em Core. A seção discute os pormenores de cada papel, porém abrange-se a perspectiva ao tomar-se o cuidado de examinar todos os discursos de cada participante. Seria uma outra pesquisa, inclusive, pautada na identificação simbólico-arquetípica que usaria o discurso consciente e declarado como ferramenta de análise, porém já há alguns trabalhos que já realizaram tal análise identificando a influência arquetípica de figuras mitológicas (Thibeault & Sabo (2012); Bilotta (2012)). Os dois participantes, Hércules e Core, demonstraram como o seu eu-consciente apresentou um viés simbólico-arquetípico importante, o que os posiciona em perspectivas não somente singulares, mas coletivas, com papéis maiores que operam no mundo além da carga pessoal. A história de vida do sujeito seriam os elementos pessoais dessa ordem arquetípica estruturante. Todavia, pode-se apontar que os papéis de provedor e de curadora enfrentam fortes crises quando a pessoa adoece gravemente como no câncer. A impotência e a diminuição da capacidade de cuidar do outro e ter de aceitar ajuda ocorrem ao longo do tratamento. Pessoas identificadas com tais papéis arquetípicos podem sofrer significativamente por essa mudança.

O caráter de continuidade do eu sofre grande ruptura quando os participantes se depararam com o diagnóstico do câncer e também em muitos momentos ao longo

do tratamento. A isto, pode-se referir a seção 4.3 sobre a adaptação à realidade imposta pela doença. O eu enfrenta nesse processo a difícil tarefa de se afastar de referências que tinha da vida saudável, a fim de se alinhar a um padrão de comportamento que lhe fosse necessário ao tratamento oncológico. Os participantes descreveram sensações de angústia, medo, dificuldades em aceitar partes do processo terapêutico ou mesmo encará-lo como um todo, como a participante Core. O câncer carregou no imaginário de boa parte dos participantes e, certamente, a ideia da morte, o que provocou grande temor. Talvez, essa ideia em conjunto com esse sentimento acelerou a ruptura com o padrão de vida que tinham em direção aos padrões esperados de um paciente que se submete ao tratamento oncológico, por muitas vezes agressivo, sobretudo nos tratamentos radiológicos e quimioterápicos.

A escolha por participantes que passaram por um tratamento neoadjuvante ou adjuvante foi premeditada, pois conferia a possibilidade da vivência mais intensa da doença: grande debilidade, queda de cabelos, limitações, dores, etc. Outra pesquisa poderia avaliar o quanto a retirada parcial ou total de um órgão modifica a percepção sobre si. Porém, os relatos tenderam a enfatizar mais o período de tratamento quimioterápico ou radioterápico. Esse resultado é passível de análise, já que o foco está na atitude do eu. Normalmente, a fase descrita e expressada como mais complicada foi relativa àquilo que mais trouxe dificuldades adaptativas pelos participantes. Cita-se o exemplo de Reia, que pouco se manifestou sobre a quimioterapia, mas descreve maior dificuldade por ter ficado internada, com limitações de locomoção. A participante Core também expressa semelhante relação por pouco aceitar cuidados de terceiros. Enquanto isso, Hércules, Atena e Pandora enfatizaram mais seus tratamentos adjuvantes.

Os participantes indicaram algumas medidas de enfrentamento que os auxiliaram a lidar com os desafios de estar com câncer e o tratamento à doença. Na seção 4.8 foram descritas cinco delas: o amparo pela medicina, a música, o suporte dos profissionais de saúde, a espiritualidade e religiosidade e o suporte social. Há a indicação de que espiritualidade e religiosidade são medidas de enfrentamento adotada pelas pessoas com câncer que favorecem bem-estar físico e aceitação da doença (Oliveira & Queluz, 2016). Ela também é uma medida amplamente adotada, entre outras formas de suporte, como as focadas no problema, emoções e apoio social (Leite et al., 2012). Este estudo identificou o apoio na medicina como uma forma de suporte focado no problema, enquanto que o suporte de profissionais de saúde e a

música podem se enquadrar melhor com foco nas emoções. O suporte social foi uma medida também adotada pelos participantes.

A partir da verificação da importância do suporte que provém dos profissionais de saúde, entre médicos, enfermeiros, entre outros, entende-se que o treinamento das habilidades de relacionamento com o paciente passa a apresentar enorme importância. Este é uma fonte de confiança e acolhimento que remete ao cuidado básico, pela manutenção da vida orgânica e atenção psicossocial primária. Os participantes carentes de atenção dessa qualidade encontraram nos profissionais uma fonte valiosa justamente quando têm que enfrentar as intervenções mais invasivas que anunciam drasticamente seu caráter de pessoa doente. Indica-se a relevância da educação humanizada para o cuidado do paciente oncológico, que vai além da sua doença, em direção ao sujeito que sofre e que está emocionalmente mais fragilizado.

Destaca-se a medicina como uma forma de apoio que encontra embasamento na perspectiva simbólica da Psicologia Analítica. A medicina como um símbolo de algo que transcende à própria prática médica foi identificada por um caráter curativo e salvador. Em muitas das descrições dos pacientes, as indicações médicas foram capturadas como ordens de grandeza divina, que se seguidas, poderiam garantir a sobrevivência do indivíduo. Houve ambiguidade nessa relação, assim como ocorrem ambiguidades e conflitos na relação entre o eu e o self. Por vezes as recomendações médicas eram acatadas passivamente, mesmo que a altos custos psíquicos e sacrifícios. Outras vezes, houve momentos de desafio e endurecimento, porém o temor pela derrota, o cair em desgraça, o aumento do risco da morte pela desobediência ou o castigo proveniente pelo descumprimento da norma foram notados nos relatos dos participantes.

A música foi outro modo que o participante Hércules descreveu que o ajudou a encarar essa fase complicada em sua vida. Há indícios da relação de resgate arquetípico que a música proporciona ao seu apreciador, sobretudo quando ele se conecta de forma profunda. Clarkson e Geller (1996) indicam por meio da técnica GIM (Guided Imagery and Music) do método Bonny, a conexão simbólica que a música pode proporcionar ao indivíduo, inclusive facilitando processos integrativos, o que se aproxima da perspectiva junguiana. Este indício é uma forma de ligação com a alteridade, quando a partir de forças externas ao sistema do eu, a completude da psique adquire forças renovadoras, reestabelecendo um novo equilíbrio e desarticulando conflitos e tensões antigas.

Esta pesquisa trouxe como objetivo secundário identificar mudanças na vida das pessoas após o câncer e seu tratamento. Os participantes relataram mudanças significativas, sobretudo, na atitude de como enxergam a vida após a doença. De forma geral, os participantes descrevem mudanças para o que entendem por uma vida mais saudável após a doença. As mudanças ocorreram no aspecto físico, por engajamento em mais atividades de preservação corporal, e também psicológicos que indicam redução da jornada de trabalho, apropriação de espaços comunitários e sociais que proporcionam prazer e sentido de pertencimento social. As marcas da batalha contra a doença também foram relatadas pelas cicatrizes que não deixam esquecer. A participante Atena trouxe as marcas da doença que pode retornar. Ela enfatiza o temor pela recidiva ou pelo acometimento de uma nova doença. O sobrevivente, aqui, teme por perecer a uma nova investida do câncer, assim como passar por todos os processos dolorosos do tratamento. O convívio pode ser difícil e ansiogênico, conforme Atena nos relatou. Hércules e Pandora afirmam ter recebido novos conhecimentos acerca de si. Há um eu antes e um eu após a doença, mais sábio e conhecedor de suas próprias capacidades e enigmas. O prazer e a diversão foram mais intensificados após a doença. A autoestima foi um tema ambíguo, pois alguns se fortaleceram diante do desafio vencido e outros parecem que perceberam mais sua vulnerabilidade vital. De modo geral, a doença trouxe alterações na organização do eu e sobre o reconhecimento de suas próprias capacidades.

O que se pode chamar de processo de mudança, de fato, foi uma transformação, independentemente se fortalecedora ou destrutiva até o momento na vida dos participantes. Este eu, por vezes, passou a ser visto em um prisma mais identitário, ou seja, que presa mais por valores subjetivos e singulares do que coletivos e massificados. A atitude diante do outro apresentou mudança para uma valorização do que o participante desejava, em detrimento daquilo que se espera dele. Porém, houve indícios de mudanças para atitudes mais tolerantes, em que se ouve e reflete sobre a posição do eu no mundo e diante do outro. A fala da participante Core de que passou a ser mais “humana” é uma boa síntese da queda que a doença pode provocar às estruturas onipotentes da personalidade. Ela revela a fragilidade humana, mas que está envolta da possibilidade da encarnação da humildade e dos potenciais sacrifícios que são exigidos a fim de que se possa viver uma vida fluida, receptiva ao novo e às transformações do processo de individuação.

Por fim, alguns comentários sobre o percurso metodológico são necessários, assim como o exame das escolhas da amostra de participantes. Nossa amostra contou com um participante do sexo masculino que teve câncer de pulmão e quatro participantes do sexo feminino com câncer de mama. Apenas uma participante apresentou metástase. A primeira entrevista foi realizada com Hércules. A partir da análise do material coletado fizemos as entrevistas com as demais participantes. O fato de que as participantes fossem do sexo feminino e de câncer de mama acabou não alterando a estrutura de análise da pesquisa. A possível retirada do material de Hércules seria muito mais desvantajosa do que acrescentaria em uma amostra mais uniforme. De fato, a única variável que acrescentamos para a complementação da amostra após a entrevista piloto foi a de que os participantes teriam que ter passado por uma fase neoadjuvante ou adjuvante de tratamento. Talvez, a simples cirurgia de retirada do tumor não apresentasse dilemas e dificuldades maiores que trouxessem à consciência e reflexão dos participantes sobre o que procurávamos em termos de impacto da doença. Ou seja, algo suficientemente contrastante, no caso um tratamento de quimioterapia ou radioterapia de efeitos colaterais mais prolongados, que gerasse um discurso crítico sobre a sua trajetória em torno do adoecimento, assim como mudanças. Uma pesquisa com participantes que apenas extraíram cirurgicamente o tumor é uma de nossas sugestões para o exame do impacto e mudanças ocasionadas.

A amostra também foi escolhida por proporcionar grau de coesão quanto à idade e fase da vida. Os participantes tinham entre 57 e 66 anos, um intervalo curto, que corresponde ao fim da vida adulta e início da terceira idade. Há um rico potencial para reflexões de transição da vida e também do fenômeno da metanoia, da inversão de valores do inconsciente que deixariam de privilegiar a adaptação e valorizariam demandas internas inconscientes que não foram atendidas ao longo da vida. Jung (1971/2009) postula que a metanoia ocorre na metade da vida, porém a modernidade parece atrasar tal processo justamente por dificultar os processos adaptativos das pessoas, ao exigir dos indivíduos mudanças de valores, de trabalho, da família e mesmo de concepções de vida, continuamente. Por tanto, talvez um evento drástico como o câncer pudesse competir com esse fluxo de exigências adaptativas e pôr a pessoa a parar e refletir sobre suas escolhas, atitudes, envelhecimento, rumo da vida e morte.

O uso por uma análise qualitativa foi acertado por apresentar o tipo de material que esperávamos para analisar, como previsto por Penna (2014) para análise junguiana. Outras técnicas poderiam ser utilizadas complementarmente, como técnicas expressivas, desenho, associação de palavras, entre outras. Porém, o nosso objetivo residia no estudo do complexo do eu, centro da consciência. Assim, acreditamos que seria o suficiente nos ater ao conteúdo verbalizado pelos participantes e dele extrair os significados manifestos, ocultos e as estruturas do complexo do eu operantes. Além disso, a apreensão dos fenômenos de transferência ou contratransferência foram importantes para a consolidação da análise. Se fossemos, apenas considerar o que foi dito, deixaríamos de lado aspectos que somente foram possíveis de serem compreendidos à luz da relação que se estabeleceu entre entrevistador e participante. Isso também serviu para lançar mais profundidade à análise e selecionar hipóteses que mais estivessem de acordo com o plano afetivo que envolveu a comunicação dos participantes.

O alvo escolhido, o câncer, está envolto em mistérios e angústias. Esta hipótese se refletiu em quem passou pelo câncer. A pesquisa inicialmente era cercada de incógnitas sobre a dimensão do processo de transformação pessoal de quem se depara com o diagnóstico oncológico, daquele que realiza o tratamento, que trava batalhas com seus demônios internos e externos para depois se sagrar vencedor e merecedor da vida. O processo de transposição é obscuro para a pessoa. Todos os participantes relataram algo de muito singular, por mais que esse trabalho tenha procurado algo estrutural, seja pelo estudo do complexo do eu nessas circunstâncias ou pela compreensão global no pós-doença. A singularidade humana parece reservada ao indivíduo que somente passa por uma grande provação, em que a vida se torna turva no horizonte. Apenas o uso da metáfora seria capaz de expressar tais imagens. O existir, tornando-se duvidoso, abre portas dimensionais para possibilidades que antes não eram nem consideradas. Foram entrevistadas pessoas muito humildes, que pareciam um tanto massacradas pela vida, pela civilização, mas que quando se puseram a encarar seus destinos e retiraram dele forças antes impensadas e não somente renovaram seu interior, mas transpareciam já algo para seu exterior. O processo é longo e não parece ter sido finalizado. A impressão é de pessoas que ainda buscam entender o que lhe ocorreram. Sobreviveram ao terror da morte, ameaça silenciosa, a uma guerra em que muitos perecem. Agora reconstroem dos escombros que são legitimamente de si mesmos. Não mais à imagem do que foi

destruído, mas algo que parece ser imaginado diariamente, sem um projeto pronto e definido. O horror à morte se refletiu nessas pessoas pela palavra do médico que entregou o diagnóstico, pelas idas-e-vindas em hospitais, pela submissão quase insuportável às quimioterapias e radioterapias e ainda a persistente ameaça que insiste no retorno do horror. Sobreviver não parece ser uma recompensa estável, mas uma solicitação de transformações constantes.

6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A pesquisa pôde proporcionar a verificação empírica do que teoricamente a Psicologia Analítica compreende por complexo do eu. Esta contribuição é importante, visto que o eu está normalmente associado à consciência, o que pode levar a entendimentos de equivalência entre os dois conceitos e fenômenos. O eu é um agente organizativo do fenômeno consciente e está em constante interação com a dimensão do inconsciente e com o self, o arquétipo da totalidade. A sensação de subjetividade, pertencimento e identidade são fundamentais para a experimentação do eu. É um complexo extremamente importante para lidar com as demandas da vida, sejam elas externas ou internas, de ordem social ou individual, adaptativas ou realizativas da própria natureza da personalidade do sujeito.

Procurar responder a questão de como uma pessoa consegue lidar com o câncer, de como ela se estrutura, movimentou a pesquisa. Na tentativa de respondê-la, entendeu-se que o fenômeno psíquico do adoecer e sobreviver é complexo. O sujeito se depara com a atuação de sua esfera perceptiva consciente, seus próprios complexos inconscientes, que apresentam características estruturais arquetípicas, além do próprio corpo adoecido e mais exigências externas, sociais e também internas. O complexo do eu aparece como instância organizativa com base no campo consciente. Essa é sua virtude, a centralidade na consciência. Uma pessoa necessita disto para poder se sustentar diante de uma ameaça destrutiva, física e psicológica, tão grande quanto o câncer. Porém, o complexo do eu precisa se nutrir da alteridade, do outro, do diferente, do que é novo e regenerativo. Lança-se a buscar recursos de enfrentamento. Entende-se que por mais violenta a situação a ser enfrentada, por maior que seja o sofrimento e dificuldades, o complexo do eu precisa abrir-se às trocas para que o sujeito suporte sua jornada pela vida, para que sobreviva. A pessoa vítima do câncer encara tal situação, em que é necessário se organizar e buscar, a fim de se preservar. Contudo, a totalidade da vida psíquica promove outro processo que visa o desenvolvimento da personalidade. O câncer serve de catalisador para mudanças maiores. Desejando se preservar, a pessoa pode acabar se transformando se assim conseguir escutar e integrar dimensões maiores que habitam sua interioridade.

A respeito do foco em participantes sobreviventes do câncer, a pesquisa pôde encontrar evidências da estrutura de dificuldades que alguém que adoece por tal

patologia pode enfrentar. Foram reveladas algumas etapas do processo de confrontação da doença. Inicialmente a fase diagnóstica se apresenta por dificuldades em se reconhecer com a doença; depois, a pessoa desenvolve ativamente esforços voluntários para combater a doença, pela procura de recursos de tratamento; posteriormente, adentra-se nessa fase de tratamento, em que a pessoa se submete a uma série de intervenções invasivas que apresentam uma realidade, por vezes inédita e inesperada, ao sujeito. Por fim, a fase pós-tratamento indica transformações e dificuldade em continuar a viver tendo passado e sobrevivido às ameaças da doença. Esta pesquisa, inicialmente, tinha como perspectiva esta fase final, porém o relato dos participantes pôde apresentar o panorama geral entre o diagnóstico e a atualidade. Assim, a jornada se mostrou evidente, a trajetória de luta para existir, persistir, manter-se suficientemente íntegro.

O esforço dos participantes em se manterem organizados expira cuidados do ponto de vista da intervenção assistencial. Uma vez superada a doença, a pessoa ainda pode estar passando por profundas dificuldades. Nesta pesquisa, alguns participantes apresentam grande sofrimento em função do câncer combatido, outros passaram por um processo de transformações dolorosas que não ocorreu sem sacrifícios significativos na maneira de estar no mundo, mesmo quando consideram positivo seu estado atual. Tal evidência acentua a necessidade de atenção e acompanhamento psicossocial após o término do tratamento, anos após o fim. Nota-se também que a pessoa que enfrenta o câncer traz consigo um universo de repertórios pessoais e afetivos que pode auxiliar ou dificultar o lidar com a doença, tratamento e sobrevivência. Questões sensíveis e delicadas para as pessoas ganham maior intensidade na vida delas. Adoecer e ter de confrontar tais aspectos sombrios de suas personalidades parece, no mínimo, ser um perigo silencioso à estrutura do eu. Sugere-se atenção especial a pessoas em grupos de risco oncológico, assim como nos momentos iniciais depois do diagnóstico que equipes de saúde mantenham e ofereçam serviços de apoio psicológico e escuta qualificada.

O estudo apresentou limitações. A primeira delas, até por opção metodológica, foi o número de participantes. Cinco pessoas foram entrevistadas, o que não garante grande abrangência quanto a diferentes tipos de vivência ao longo do adoecimento e reestabelecimento. Porém, destaca-se que o objetivo principal deste estudo era a compreensão do complexo do eu. A estrutura do eu poderia se apresentar já após uma única análise. Uma entrevista piloto foi realizada e depois outras quatro

entrevistas ocorreram. Desde o piloto, a análise proposta foi mantida e apenas acrescida de mais evidências das outras entrevistas. Porém, aspectos mais individuais, relativos a diferentes histórias de vida e grupos sociais poderiam ser explorados com mais entrevistas.

Outra limitação consiste na faixa etária dos participantes. Eles estavam no final da vida adulta e início da terceira idade, já tendo passado por adaptações sociais importantes. O retrato do tipo de desafios enfrentados muito provavelmente seria outro se fossem escolhidas outras faixas etárias, como crianças, adolescentes, jovens adultos – grupos que ainda estariam empregando esforços quando à identidade, sustentabilidade econômica e social e autonomia – ou pessoas mais idosas – que poderiam estar em processo de desconexão com os investimentos da vida e preparando-se para o morrer.

Além disso, apenas uma entrevista por participante foi realizada. Talvez, com uma série mais prolongada, outros aspectos se revelariam, assim como maior possibilidade de verificação e aprofundamento relação de transferência e contratransferência entre entrevistador e entrevistado.

Sugere-se, assim, para futuras pesquisas alguns enfoques que possam diversificar os achados atuais: 1) que sejam abordadas pessoas de diferentes faixas etárias; 2) que mais entrevistas pudessem ser realizadas com cada participante, como séries de estudos de caso clínico; 3) que outros estudos possam associar entrevistas com outras técnicas projetivas auxiliadoras; 4) e que outros trabalhos possam focar na ampliação da relação dinâmica entre o complexo do eu, descrito neste trabalho, e outras dimensões do inconsciente (arquétipos específicos como o do cuidador ou o provedor, o self, complexos pessoais de participantes, entre outras possibilidades).

Observamos que a consideração pela comunicação complexa transferencial e contratransferencial auxiliou no entendimento dos conteúdos manifestos dos participantes, o que foi uma importante característica deste trabalho. Esta dimensão afetiva foi respeitada, o que confere melhor exploração da comunicação e da dinâmica psíquica dos participantes. Sem ela, o trabalho poderia ficar restrito ao que foi dito apenas, criando dificuldades de entendimento fenomenológico do que o participante está comunicando realmente ao entrevistador, que excede a fala consciente e abarca elementos inconscientes.

A análise, como um todo, permitiu compreender o modo como o complexo do eu lida com a realidade exterior, nítida pelos relatos dos eventos vividos pelos

participantes, assim como aspectos da realidade psíquica, que foram mobilizados e que puderam ser interpretados à luz da teoria analítica. Nota-se que a doença intensificou aspectos profundos. Pela experiência do adoecimento, tratamento e sobrevivência, alguns papéis entraram em crise e puderam ser transformados. O eu foi requisitado a realizar uma atualização suficientemente satisfatória para lidar com uma nova realidade externa e psicológica. Os afetos e parte das vivências de sofrimento precisaram ser acomodados em novas formas de pensar e ser.

O estudo contribuiu para o entendimento de que o eu é uma instância muito dinâmica e que funciona articulando estímulos e realidades conflitivas de diversas origens: corporais, espirituais, sociais e afetivas. A doença oncológica se revelou como uma catalizadora de mudanças significativas. Foi uma oportunidade aguda e radical, em que a personalidade pôde ser reorganizada e orientada para novas possibilidades. O eu, após a doença, é um *locus* de consciência que pôde se ver em dois momentos, antes e após o câncer. É o que garante a reflexão da jornada heroica que foi vivida, passando pelos sacrifícios, dores, sucessos e, sobretudo, transformações significantes.

REFERÊNCIAS

- Andolhe, R., Guido, L. A., & Bianchi, E. R. F. (2009). Stress e coping no período perioperatório de câncer de mama. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 43(3), 711–720. doi:10.1590/S0080-62342009000300030.
- Antoniazzi, A. S., Dell’Aglia, D. D., & Bandeira, D. R. (1998). O conceito de coping: uma revisão teórica. *Estudos de Psicologia (Natal)*, 3(2), 273–294. doi:10.1590/S1413-294X1998000200006.
- Arrais, R. H. & Jesuino, S. L. C. S. (2015). A vivência psicológica da comunicação sobre diagnóstico e tratamento por pacientes oncológicos: uma perspectiva da Psicologia Analítica. *Revista da SBPH*, 18(2), 22-44.
- Baratto, G., & Aguiar, F. (2007) A “Psicologia do ego” e a psicanálise freudiana: das diferenças teóricas fundamentais. *Revista de Filosofia: Aurora*, 19(25), 307-331.
- Bilotta, F. A. (2012). O Câncer de Mama: uma compreensão arquetípica a partir de mitos femininos. In: Bilotta, F. A. & Amorim, S. (2012). *A Psicologia Junguiana Entra no Hospital: diálogos entre corpo e psique* (pp. 69-110). São Paulo, SP: Vetor.
- Botelho, A. S. C., & Pereira, M. G. (2015). Qualidade de vida, otimismo, enfrentamento, morbidade psicológica e estresse familiar em pacientes com câncer colorrectal em quimioterapia. *Estudos de Psicologia (Natal)*, 20(1), 50–60. doi:10.5935/1678-4669.20150007.
- Cahen, R. (1979). Cancer and depth psychology: reflections and hypotheses. *Journal of Analytical Psychology*, 24(4), 343-347.
- Campbell, J. (1949/2007). *O herói de mil faces*. São Paulo, SP: Cultrix/Pensamento.
- Castro, E. K., Kreling, M., Ponciano, C., Meneghetti, B. M., & Chem, C. M. (2012). Longitudinal assessment of illness perceptions in young adults with cancer. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 25(4), 671–678. doi:10.1590/S0102-79722012000400006.
- Cavalcante, R. B., Calixto, P., & Pinheiro, M. M. K. (2014). Análise de conteúdo: considerações gerais, relações com a pergunta de pesquisa, possibilidades e limitações do método. *Informação & Sociedade*, 24(1), 13-18.
- Clarkson, G., & Geller, J. (1996). The bonny method from a psychoanalytic perspective: Insights from working with a psychoanalytic psychotherapist in a guided imagery and music series. *The Arts in Psychotherapy*, 23(4), 311–319. doi:10.1016/0197-4556(96)00016-0.
- Edinger, E. F. (1989). *Ego e arquétipo: Uma síntese fascinante dos conceitos psicológicos fundamentais de Jung*. São Paulo, SP: Cultrix.
- Elias, A. C. A. (2003). Re-significação da dor simbólica da morte: relaxamento mental, imagens mentais e espiritualidade. *Psicologia, Ciência e Profissão*, 21(3), 92-97.

- Elias, A. C. A.; Giglio J. S. & Pimenta, C. A. M. (2008). Análise da natureza da dor espiritual apresentada por pacientes terminais e o processo da sua re-significação através da intervenção relaxamento, imagens mentais e espiritualidade (RIME). *Rev. Latino-americana de Enfermagem*, 16(6).
- Elias, A. C. A.; Ricci M. D.; Rodriguez, L. H. D.; Pinto, S. D.; Giglio, J. S. & Baracat, E. C. (2015). The biopsychosocial spiritual model applied to the treatment of women with breast cancer, through RIME intervention (relaxation, mental images, spirituality). *Complementary Therapies in Clinical Practice*, 21, 1-6.
- Fontanella, B., Campos, C., & Turato, E. (2006). Coleta de dados na pesquisa clínico-qualitativa: uso de entrevistas não-dirigidas de questões abertas por profissionais da saúde. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 14(5), 812–820. doi:10.1590/S0104-11692006000500025.
- Fordham, M. (1969). *Children as individuals*. Londres: Hodder & Stoughton.
- Geovanini, F., & Braz, M. (2013). Conflitos éticos na comunicação de más notícias em oncologia. *Revista Bioética*, 21(3), 455-462. doi: 10.1590/S1983-80422013000300010.
- Guerrero, G. P., Zago, M. M. F., Sawada, N. O., & Pinto, M. H. (2011). Relação entre espiritualidade e câncer: perspectiva do paciente. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 64(1), 53–59. doi:10.1590/S0034-71672011000100008.
- Hopcke, R. H. (2011). *Guia para a obra completa de C. G. Jung*. Petrópolis, RJ: Editora Vozes.
- Instituto Nacional de Câncer – INCA/MS. (2015). *Estimativa 2016: incidência de câncer no Brasil*. Rio de Janeiro, RJ: Autor.
- Instituto Nacional de Câncer - INCA/MS. (2016). *Incidência, mortalidade e morbidade hospitalar por câncer em crianças, adolescentes e adultos jovens no Brasil: informações dos registros de câncer e do sistema de mortalidade*. Rio de Janeiro, RJ: Autor.
- Instituto Nacional de Câncer. (2017). O que é o câncer?. Recuperado de http://www1.inca.gov.br/conteudo_view.asp?id=322
- Jacobi, M. (1971). *The ego concept and problems of ego weakness* (conferências no Instituto Jung, Zurique, Suíça).
- Jung, C. G. (1971/2000). *A natureza da psique* (Obras Completas de C. G. Jung, vol. 8/2, 5a ed.). Petrópolis, RJ: Vozes.
- Jung, C. G. (1971/2009). *A prática da psicoterapia: contribuições ao problema da psicoterapia e à psicologia da transferência*. (Obras Completas de C. G. Jung, vol., 16/1, 12a ed.). Petrópolis, RJ: Vozes.

- Jung, C. G. (1971/2011). *O Eu e o Inconsciente* (C. G. Jung Obra Completa, vol. 7/2, 23a ed.). Petrópolis, RJ: Vozes.
- Jung, C. G. (1976/2008). *Aion: estudos sobre o simbolismo do si-mesmo* (Obras Completas de C. G. Jung, vol. 9/2, 7ª ed.). Petrópolis, RJ: Vozes.
- Jung, C. G. (1976/2011). *Os arquétipos e o inconsciente coletivo* (Obras Completas de C. G. Jung, vol. 9/1, 7a ed.). Petrópolis: Vozes.
- Kast, V. (1997). *A dinâmica dos símbolos: fundamentos da psicoterapia junguiana*. São Paulo, SP: Edições Loyola.
- Laplanche, J., & Pontalis, J. (2001). *Vocabulário de psicanálise* (4ª ed.). São Paulo, SP: Martins Fontes.
- Leite, F. M. C., Amorim, M. H. C., Castro, D. S., & Primo, C. C. (2012). Estratégias de enfrentamento e relação com condições sociodemográficas de mulheres com câncer de mama. *Acta Paulista de Enfermagem*, 25(2), 211–217. doi:10.1590/S0103-21002012000200009.
- Liberato, R. P. (2008). Psiconeuroimunologia. In Carvalho, V. A., Macieira, R. C., Liberato, R. P., Veit, M. T., Kovács, M. J., Gomes, M. J. B., . . . Barros, L. H. C. (Orgs.), *Temas em Psico-oncologia* (pp. 233-239). São Paulo: Summus.
- Lopes, M., Nascimento, L. C., & Zago, M. M. F. (2016). Paradoxo da vida entre sobreviventes do câncer de bexiga e tratamentos. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 50(2), 224–231. doi:10.1590/S0080-623420160000200007.
- Lorencetti, A., & Simonetti, J. P. (2005). As estratégias de enfrentamento de pacientes durante o tratamento de radioterapia. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 13(6), 944–950. doi:10.1590/S0104-11692005000600005.
- Mansano-Schlosser, T. C., & Ceolim, M. F. (2012). Qualidade de vida de pacientes com câncer no período de quimioterapia. *Texto Contexto Enferm.*, 21(3), 600–607. doi:10.1590/S0104-07072012000300015.
- Martins, A. M.; Almeida S. S. L.; & Modena, C. M. (2011). O ser-no-mundo com câncer: o dasein de pessoas ostomizadas. *Revista da SBPH*, 14(1), 74-91.
- Menezes, N. N. T., Schulz, V. L., & Peres, R. S.(2012). Impacto psicológico do diagnóstico do câncer de mama: um estudo a partir dos relatos de pacientes em um grupo de apoio. *Estudos de Psicologia (Natal)*, 17(2), 233–240. doi:10.1590/S1413-294X2012000200006.
- Miranda, S. L., Lanna, M. A. L., & Felipe, W. C. (2015). Espiritualidade, Depressão e Qualidade de Vida no Enfrentamento do Câncer: Estudo Exploratório. *Psicologia: Ciência e Profissão*, 35(3), 870–885. doi:10.1590/1982-3703002342013.

- Modena, C. M., Martins, A. M., Gazzinelli, A. P., Almeida, S. S. L., & Schall, V. T. (2014). Câncer e masculinidades: sentidos atribuídos ao adoecimento e ao tratamento oncológico. *Temas em Psicologia*, 22(1), 67–78. doi:10.9788/TP2014.1-06.
- Moura, F. M. J. S. P., Silva, M. G., Oliveira, S. C., & Moura, L. J. S. P. (2010). Os sentimentos das mulheres pós-mastectomizadas. *Escola Anna Nery*, 14(3), 477–484. doi:10.1590/S1414-81452010000300007.
- Neumann, E. (1991). *A criança: estrutura e dinâmica da personalidade em desenvolvimento desde o início de sua formação*. São Paulo, SP: Editora Cultrix.
- Neumann, E. (2008). *História da origem da consciência* (5ª ed.). São Paulo, SP: Editora Cultrix.
- Oliveira, P., & Queluz, F. (2016). A Espiritualidade no Enfrentamento do Câncer. *Revista de Psicologia da IMED*, 8(2), 142–155.
- Paiva, S. A. (2014). *Corações Hipermodernos: um estudo qualitativo realizado com mulheres atendidas em serviço privado no Brasil sobre eventos de vida, traços de personalidade e os sentidos e significados atribuídos ao infarto do miocárdio e ao câncer de mama*. (Tese de doutorado). Unicamp, Campinas-SP.
- Peres, R. S., & Santos, M. A. (2007). Câncer de mama, pobreza e saúde mental: resposta emocional à doença em mulheres de camadas populares. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 15(SPE), 786–791. doi:10.1590/S0104-11692007000700012.
- Pinto, C. A. C., & Pais-Ribeiro, J. L. (2007). Sobrevivente de cancro: uma outra realidade! *Texto & Contexto Enfermagem*, 16(1), 142–148. doi:10.1590/S0104-07072007000100018.
- Ramos, D. G. (2006). *A Psique do Corpo: a dimensão simbólica da doença (livro)*. 3a ed. revisada e ampliada, São Paulo, SP: Summus.
- Rancour, P. (2008). Using archetypes and transitions theory to help patients move from active treatment to survivorship. *Clinical Journal of Oncology Nursing*, 12(6), 935-940.
- Rey, F. L. G. (2006). As representações sociais como produção subjetiva: seu impacto na hipertensão e no câncer. *Psicologia: Teoria e Prática*, 8(2), 69-85.
- Rey, F. L. G. (2010). As configurações subjetivas do câncer: um estudo de casos em uma perspectiva construtivo-interpretativa. *Psicologia: Ciência e Profissão*, 30(2), 328–345. doi:10.1590/S1414-98932010000200009.
- Ribeiro, R. O. B.; Elias, A. C. A.; Schimidt, T. C. G.; Cedotti, W. & da Silva, M. J. P. (2014). A intervenção RIME como recurso para o bem-estar de pacientes ostomizados. *Psicologia Hospitalar*, 12(2), 83-102.
- Rodrigues, S. R. (2009). *Corpo deficiente e individuação: um olhar sobre pessoas com deficiência física adquirida a partir da psicoterapia breve de orientação junguiana*.

- (Dissertação de mestrado). USP, São Paulo. Recuperado de: http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/47/47131/tde-11122009-155557/publico/Mestrado_SandraRRodrigues.pdf
- Romanyshyn, R. D. (2007). *The wounded researcher: research with soul in mind*. New Orleans: Spring Journal.
- Sabini, M. & Maffly, V. H. (1981). An inner view of illness: the dreams of two cancer patients. *Journal of Analytical Psychology*, 26, 123-150.
- Sales, C. A., Almeida, C. S. L., Wakiuchi, J., Piolli, K. C., & Reticena, K. O. (2014). Sobrevivi ao câncer: análise fenomenológica da linguagem dos sobreviventes. *Texto & Contexto Enfermagem*, 23(4), 880–888. doi:10.1590/0104-07072014002050013.
- Samuels, A. (1989). *Jung e os pós-junguianos*. Rio de Janeiro, RJ: Imago.
- Schaverien, J. (1999). The death of an analysand: transference, countertransference and desire. *Journal of Analytical Psychology*, 44, 3-28.
- Tavares, J., & Trad, L. (2010). Estratégias de enfrentamento do câncer de mama: um estudo de caso com famílias de mulheres mastectomizadas. *Ciência & Saúde Coletiva*, 15, 1349–1358. doi:10.1590/S1413-81232010000700044.
- Thibeault, C. & Sabo, B. M. (2012). Art, archetypes and alchemy: images of self following treatment for breast cancer. *European Journal of Oncology Nursing*, 16, 153-157.
- Toriy, A. M., Krawulski, E., Viera, J. D. S. B., Luz, C. M., & Sperandio, F. F. (2013). Percepções, sentimentos e experiências físicoemocionais de mulheres após o câncer de mama. *Journal of Human Growth and Development*, 23(3), 303–308. doi:10.7322/jhgd.69505.
- Turato, E. R. (2005). Métodos qualitativos e quantitativos na área da saúde: definições, diferenças e seus objetos de pesquisa. *Revista de Saúde Pública*, 39(3), 507–514. doi:10.1590/S0034-89102005000300025.
- Turato, E. R. (2008). *Tratado da metodologia da pesquisa clinico-qualitativa: construção teórico-epistemológica, discussão comparada e aplicação nas áreas da saúde e humanas* (3ª ed.). Petrópolis, RJ: Editora Vozes.
- Veras, L., & Moreira, V. (2012). A morte na visão do sertanejo nordestino em tratamento oncológico. *Estudos de Psicologia (Natal)*, 17(2), 291–298. doi:10.1590/S1413-294X2012000200013.
- Von Franz, M. L. & Hillman, J. (1971/1995). *A tipologia de Jung: ensaios sobre psicologia analítica*. São Paulo: Cultrix.
- Welman, M. (1992). The dream in terminal illness: a jungian formulation. *Journal of Analytical Psychology*, 37, 61-81.

Whitmont, E. C. (2004). *A Busca do símbolo: conceitos básicos de psicologia analítica* (6ª ed.). São Paulo, SP: Cultrix.

ANEXO A - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Estamos realizando uma pesquisa científica para avaliar aspectos da personalidade de pessoas que tiveram câncer e que já terminaram o tratamento da doença há pelo menos dois anos. A presente pesquisa tem a finalidade de compreender as consequências que a doença desencadeou na vida das pessoas que a superaram, sobretudo em aspectos da personalidade e funcionamento do ego. Dessa forma, podemos pensar em maneiras mais efetivas e eficazes de reconhecer a necessidade de intervenções psicológicas para pessoas que ainda se encontram abaladas e pouco adaptadas à vida após a doença.

Você está sendo convidado(a) a participar da pesquisa, intitulada: **Sobreviver ao câncer: o eu após a doença**. Caso concorde em participar, irá me contar sobre a sua experiência com a doença e aspectos da sua vida até o momento.

A pesquisa está sob responsabilidade do aluno Igor de Almeida Faria Bueno e da profa. Dra. Helena Rinaldi Rosa, do Departamento de Psicologia da Aprendizagem, do Desenvolvimento e da Personalidade do Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo.

A participação nas entrevistas normalmente não causa desconforto, representando riscos mínimos à pessoa (como desconfortos psicológicos). As sensações de desconforto podem ocorrer por estarem associadas a experiências difíceis da história da pessoa. Ela pode sentir angústia, ansiedade, emocionar-se ou se sentir mais sensibilizada, entre outras possíveis reações emotivas. De modo geral, estes sentimentos não devem comprometer a integridade da pessoa. Entretanto, caso haja qualquer incômodo ou dificuldades, a atividade poderá ser interrompida a qualquer momento e será oferecido acolhimento ao participante pelo aluno que realizará a entrevista, tendo a supervisão da orientadora e, se necessário, poderá haver encaminhamento para atendimento psicológico na rede de saúde. Os benefícios da pesquisa são em nível coletivo, uma vez que maior compreensão do funcionamento mental destas pessoas poderá auxiliar na proposta de intervenções e formas de atuação mais significativas dos profissionais que atuam nessa área.

A sua colaboração é muito importante, porém, **NÃO É OBRIGATÓRIA**, e, portanto, voluntária. Você pode recusar-se a participar ou retirar seu consentimento, em qualquer fase da pesquisa, sem penalização alguma. O sigilo e confidencialidade dos dados serão mantidos. Os pesquisadores se comprometem a utilizar os dados e o material coletado somente para esta pesquisa, cujos resultados gerais poderão ser publicados ou apresentados em Congressos Científicos. Caso ocorram despesas em decorrência da sua participação na pesquisa (como transporte), estas serão ressarcidas. Contudo, não há despesas pessoais previstas para o participante. Por sua participação, não haverá compensação financeira. Eventuais danos, também decorrentes da participação na pesquisa, serão indenizados.

Caso tenha alguma dúvida com relação ao presente projeto, disponibilizo os contatos da pesquisadora responsável, Dra. Helena Rinaldi Rosa, docente do Departamento de Psicologia da Aprendizagem, do Desenvolvimento e da Personalidade do Instituto de Psicologia da USP, pelo telefone 3091.4355, e-mail: hrinaldi@usp.br. Assim como do aluno, Igor de Almeida Faria Bueno, pelo telefone 958714052, e-mail: igorbueno@usp.br.

A respeito de questões éticas, o contato do Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos do IPUSP é: Av. Professor Mello Moraes, 1721 – Bloco G, 2º andar, sala 27, Telefone: (11) 3091-4182 e-mail: ceph.ip@usp.br

CEP 05508-030 - Cidade Universitária - São Paulo/SP. Site: http://www.ip.usp.br/portal/index.php?option=com_content&view=article&id=307%3AInks-de-interesse&catid=149&Itemid=283&lang=pt

Caso concorde em participar deste estudo, rubrique a primeira página e assine ao final deste documento, que consta em duas vias, sendo que uma via ficará com o participante e outra com o pesquisador.

Concordo com a minha participação na pesquisa.

NOME:

ASSINATURA:

São Paulo, ____/____/____.

assinatura pesquisador responsável