Stela Duarte Pinto

**Identificação da tipologia psicológica em
pacientes com câncer de esôfago**

Dissertação apresentada à Faculdade de
Medicina da Universidade de São Paulo para
obtenção do título de Mestre em Ciências

Programa de Ciências em Gastroenterologia

Orientador: Prof. Dr. Ulysses Ribeiro Júnior

São Paulo

2016

Stela Duarte Pinto

**Identificação da tipologia psicológica em
pacientes com câncer de esôfago**

Dissertação apresentada à Faculdade de
Medicina da Universidade de São Paulo para
obtenção do título de Mestre em Ciências

Programa de Ciências em Gastroenterologia

Orientador: Prof. Dr. Ulysses Ribeiro Júnior

São Paulo

2016

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.

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)

Preparada pela Biblioteca da
Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo

©reprodução autorizada pelo autor

Pinto, Stela Duarte

Identificação da tipologia psicológica em pacientes com câncer de esôfago /
Stela Duarte Pinto. -- São Paulo, 2016.

Dissertação(mestrado)--Faculdade de Medicina da
Universidade de São Paulo.

Programa de Ciências em Gastroenterologia.

Orientador: Ulysses Ribeiro Júnior.

Descritores: 1.Neoplasias esofágicas 2.Personalidade 3.Psicologia junguiana
4.Traços de personalidade 5.Introversão 6.Extroversão

USP/FM/DBD-307/16

Pinto SD. **Identificação da tipologia psicológica em pacientes com câncer de esôfago.**
Dissertação apresentada à Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo para
obtenção do título de Mestre em Ciências.

Aprovado em:

Banca Examinadora

Prof. Dr. _____ Instituição: _____

Julgamento: _____ Assinatura: _____

Prof. Dr. _____ Instituição: _____

Julgamento: _____ Assinatura: _____

Prof. Dr. _____ Instituição: _____

Julgamento: _____ Assinatura: _____

A todos os pacientes oncológicos e em especial aos pacientes deste estudo, por cada um, a seu modo, lidar com as vicissitudes de estar com câncer.

AGRADECIMENTOS

Ao meu orientador, Prof. Dr. Ulysses Ribeiro Júnior, por toda a confiança, dedicação e aprendizado, não somente na área acadêmica, mas nos exemplos perceptíveis de humildade e empatia.

Aos meus amados pais, Reginaldo Pinto Júnior e Ezilda Duarte Pinto, e à irmã, Sabrina Duarte Pinto, por sempre me incentivarem e acreditarem no meu potencial, inclusive nos momentos em que eu mesma desconfiava.

Ao meu amado esposo, Rony Simeliovich, que, ao longo do desenvolvimento desse trabalho, foi estreitando seus laços aos meus; por todo o incentivo e paciência, suportando os momentos de minha ausência.

À psicóloga Prof. Dra Ana Catarina de Araújo Elias, que sempre me ensinou sobre a Psicologia Analítica e pelo exemplo de comprometimento.

Aos amigos e colegas do ICESP, que, de maneira direta ou indireta estiveram presentes ao longo dessa jornada, sobretudo ao meu coordenador Lórgio Henrique Diaz Rodriguez, pelo apoio e disponibilidade e também à minha diretora Wânia Regina Mollo Baia.

A todos os professores e demais funcionários do departamento de Ciências em Gastroenterologia que contribuíram para a execução de toda a tarefa.

Aos professores presentes no exame de qualificação: Prof. Dr. José Jorge de Moraes Zacharias, Prof. Dr. Nilton Félix e Prof. Dr. Danilo Gagliardi, que muito contribuíram para o trabalho atual.

E a Deus, que me auxiliou e permitiu mais esta conquista em minha vida.

“A criação de algo novo é consumado pelo intelecto, mas despertado pelo instinto de uma necessidade pessoal. A mente criativa age sobre algo que ela ama.”

“Todos os efeitos são recíprocos, e nenhum elemento age sobre outro sem que ele próprio tenha se modificado.”

Carl Gustav Jung

(1875-1961)

SUMÁRIO

Lista de Siglas e Abreviaturas

Lista de Tabelas

Lista de Gráficos

Lista de Quadros

Resumo

Abstract

1. INTRODUÇÃO.....	17
1.1 Câncer de esôfago.....	17
1.2 Câncer e tipologia psicológica.....	19
1.3 Descrição básica dos possíveis tipos psicológicos.....	26
1.4 Estudos sobre a tipologia psicológica.....	29
2. OBJETIVO GERAL.....	33
2.1 Objetivos específicos.....	33
3. CASUÍSTICA E MÉTODOS.....	34
3.1 Critérios de inclusão.....	34
3.2 Critérios de exclusão.....	35
3.3 Local do estudo.....	35
3.4 Metodologia.....	35
3.5 Descrição dos instrumentos.....	36
3.5.1 Questionário de avaliação tipológica (QUATI).....	36
3.6 Análise estatística.....	37
4. RESULTADOS.....	38
4.1 Dados quantitativos.....	38
4.1.1 Dados demográficos.....	38
4.1.2 Tipologia psicológica.....	40
4.1.3 Síntese análise quantitativa.....	69

4.2 Dados qualitativos.....	70
4.2.1. Síntese análise qualitativa.....	71
4.3 Quadro resumo: dados quantitativos.....	72
4.4 Quadro resumo: dados qualitativos.....	73
5. DISCUSSÃO.....	74
5.1 Perspectivas futuras.....	86
6. CONCLUSÃO.....	90
REFERÊNCIAS.....	91
ANEXOS.....	97

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

CEC	Carcinoma epidermoide
CFP	Conselho Federal de Psicologia
E	Extroversão
FA	Função auxiliar
I	Introversão
ICESP-FMUSP	Instituto do Câncer do Estado de São Paulo
In	Intuição
INCA	Instituto Nacional do Câncer
OMS	Organização Mundial de Saúde
Ps	Pensamento
QUATI	Questionário de avaliação tipológica
QV	Qualidade de vida
Ss	Sensação
St	Sentimento
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Dados demográficos dos 90 pacientes com Câncer de Esôfago, participantes da avaliação psicológica no ICESP.....	39
Tabela 2 - Média da idade dos entrevistados, considerando o desvio padrão, com a descrição da idade mínima e máxima dos participantes do estudo.....	39
Tabela 3 - Distribuição dos 90 pacientes de acordo com os dados obtidos no QUATI, no que se refere à atitude dos pacientes.....	40
Tabela 4 - Distribuição dos 90 pacientes de acordo com os dados obtidos no QUATI, no que se refere às funções da consciência dos pacientes (função principal e função auxiliar).....	40
Tabela 5 - Distribuição dos pacientes de acordo com os dados gerais, associado a aspectos obtidos no QUATI, no que se refere ao foco de atenção.....	41
Tabela 6 - TIPO 1 (I Ss) – Distribuição dos pacientes de acordo com os dados gerais, associado a aspectos obtidos no QUATI.....	43
Tabela 7 - TIPO 2 (I In) – Distribuição dos pacientes de acordo com os dados gerais, associado a aspectos obtidos no QUATI.....	47
Tabela 8 - TIPO 3 (I St) – Distribuição dos pacientes de acordo com os dados gerais, associado a aspectos obtidos no QUATI.....	51
Tabela 9 - TIPO 4 (I Ps) – Distribuição dos pacientes de acordo com os dados gerais, associado a aspectos obtidos no QUATI.....	55
Tabela 10 - TIPO 5 (E Ss) – Distribuição dos pacientes de acordo com os dados gerais, associado a aspectos obtidos no QUATI.....	58
Tabela 11 - TIPO 7 (E St) – Distribuição dos pacientes de acordo com os dados gerais, associado a aspectos obtidos no QUATI.....	62
Tabela 12 - TIPO 8 (E Ps) – Distribuição dos pacientes de acordo com os dados gerais, associado a aspectos obtidos no QUATI.....	66

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1 - Distribuição quanto ao sexo dos pacientes com Tipo Psicológico 1.....	44
Gráfico 2 - Distribuição quanto ao grau de escolaridade dos pacientes com Tipo Psicológico 1.....	44
Gráfico 3- Distribuição quanto ao estado civil dos pacientes com Tipo Psicológico 1.....	44
Gráfico 4 - Distribuição referente aos antecedentes pessoais dos pacientes com Tipo Psicológico 1.....	45
Gráfico 5 - Distribuição referente aos antecedentes familiares dos pacientes com Tipo Psicológico 1.....	45
Gráfico 6 - Distribuição quanto a hábitos anteriores de etilismo dos pacientes com Tipo Psicológico 1.....	45
Gráfico 7 - Distribuição quanto a hábitos anteriores de tabagismo dos pacientes com Tipo Psicológico 1.....	46
Gráfico 8 - Distribuição acerca do tipo histológico do tumor dos pacientes com Tipo Psicológico 1.....	46
Gráfico 9 - Distribuição quanto ao sexo dos pacientes com Tipo Psicológico 2.....	48
Gráfico 10 - Distribuição quanto ao grau de escolaridade dos pacientes com Tipo Psicológico 2.....	48
Gráfico 11 - Distribuição acerca do estado civil dos pacientes com Tipo Psicológico 2.....	48
Gráfico 12 - Distribuição referente aos antecedentes pessoais dos pacientes com Tipo Psicológico 2.....	49
Gráfico 13 - Distribuição referente aos antecedentes familiares dos pacientes com Tipo Psicológico 2.....	49
Gráfico 14 - Distribuição quanto a hábitos anteriores de etilismo dos pacientes com Tipo Psicológico 2.....	49
Gráfico 15 - Distribuição quanto a hábitos anteriores de tabagismo dos pacientes com Tipo Psicológico 2.....	50
Gráfico 16 - Distribuição acerca do tipo histológico do tumor dos pacientes com Tipo Psicológico 2.....	50
Gráfico 17 - Distribuição quanto ao sexo dos pacientes com Tipo Psicológico 3.....	52
Gráfico 18 - Distribuição quanto ao grau de escolaridade dos pacientes com Tipo Psicológico 3.....	52

Gráfico 19 - Distribuição acerca do estado civil dos pacientes com Tipo Psicológico 3.....	52
Gráfico 20 - Distribuição referente aos antecedentes pessoais dos pacientes com Tipo Psicológico 3.....	53
Gráfico 21 - Distribuição referente aos antecedentes familiares dos pacientes com Tipo Psicológico 3.....	53
Gráfico 22 - Distribuição quanto a hábitos anteriores de etilismo dos pacientes com Tipo Psicológico 3.....	53
Gráfico 23 - Distribuição quanto a hábitos anteriores de tabagismo dos pacientes com Tipo Psicológico 3.....	54
Gráfico 24 - Distribuição acerca do tipo histológico do tumor dos pacientes com Tipo Psicológico 3.....	54
Gráfico 25 - Distribuição quanto ao grau de escolaridade dos pacientes com Tipo Psicológico 4.....	56
Gráfico 26 - Distribuição acerca do estado civil dos pacientes com Tipo Psicológico 4.....	56
Gráfico 27 - Distribuição referente aos antecedentes pessoais dos pacientes com Tipo Psicológico 4.....	56
Gráfico 28 - Distribuição quanto a hábitos anteriores de tabagismo dos pacientes com Tipo Psicológico 4.....	57
Gráfico 29 - Distribuição quanto ao grau de escolaridade dos pacientes com Tipo Psicológico 5.....	59
Gráfico 30 - Distribuição acerca do estado civil dos pacientes com Tipo Psicológico 5.....	59
Gráfico 31 - Distribuição referente aos antecedentes pessoais dos pacientes com Tipo Psicológico 5.....	59
Gráfico 32 - Distribuição quanto a hábitos anteriores de tabagismo dos pacientes com Tipo Psicológico 5.....	60
Gráfico 33 - Distribuição quanto ao sexo dos pacientes com Tipo Psicológico 7.....	63
Gráfico 34 - Distribuição quanto ao grau de escolaridade dos pacientes com Tipo Psicológico 7.....	63
Gráfico 35 - Distribuição acerca do estado civil dos pacientes com Tipo Psicológico 7.....	63
Gráfico 36 - Distribuição referente aos antecedentes pessoais dos pacientes com Tipo Psicológico 7.....	64
Gráfico 37 - Distribuição referente aos antecedentes familiares dos pacientes com Tipo Psicológico 7.....	64
Gráfico 38 - Distribuição quanto a hábitos anteriores de etilismo dos pacientes com Tipo Psicológico 7.....	64

Gráfico 39 - Distribuição quanto a hábitos anteriores de tabagismo dos pacientes com Tipo Psicológico 7.....	65
Gráfico 40 - Distribuição acerca do tipo histológico do tumor dos pacientes com Tipo Psicológico 7.....	65
Gráfico 41 - Distribuição quanto ao grau de escolaridade dos pacientes com Tipo Psicológico 8.....	67
Gráfico 42 - Distribuição acerca do estado civil dos pacientes com Tipo Psicológico 8.....	67
Gráfico 43 - Distribuição referente aos antecedentes pessoais dos pacientes com Tipo Psicológico 8.....	67
Gráfico 44 - Distribuição referente aos antecedentes familiares dos pacientes com Tipo Psicológico 8.....	68
Gráfico 45 - Distribuição quanto a hábitos anteriores de etilismo dos pacientes com Tipo Psicológico 8.....	68
Gráfico 46 - Distribuição quanto a hábitos anteriores de tabagismo dos pacientes com Tipo Psicológico 8.....	68
Gráfico 47 - Distribuição acerca do tipo histológico do tumor dos pacientes com Tipo Psicológico 8.....	69

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 - Dois principais tipos psicológicos encontrados na amostra pesquisada.....	72
Quadro 2 - Síntese dos 10 tipos de defesa identificados no discurso dos pacientes estudados.....	73

RESUMO

Pinto SD. Identificação da tipologia psicológica em pacientes com câncer de esôfago [dissertação]. São Paulo: Universidade de São Paulo, Faculdade de Medicina, 2016.

O Câncer de Esôfago é uma das neoplasias mais agressivas do trato gastrointestinal; é considerado como a nona neoplasia mais comum no mundo, além de ter altas taxas de mortalidade. A doença pode ser desencadeada por hábitos de vida, tais como etilismo e tabagismo, e também por fatores intrínsecos ao indivíduo. De todo modo, interfere significativamente em vários setores da vida do sujeito. Uma doença como o câncer pode conter uma tentativa simbólica para compensar uma atitude unilateral do indivíduo, ao relacionar-se com o ambiente e consigo mesmo. Acredita-se que conhecer aspectos do funcionamento e da dinâmica psíquica do sujeito pode contribuir para o foco do tratamento psicológico, de forma a propiciar intervenções psicológicas precoces e a auxiliar as demais equipes assistenciais nos cuidados e no modo de interação com o paciente. Entre elementos da estrutura psíquica do sujeito, buscou-se a tipologia psicológica dos referidos pacientes; para tanto, foi utilizado o Questionário de avaliação tipológica – QUATI (Zacharias, 2003). Além disso, valemo-nos de aspectos contidos na avaliação psicológica, rotina da instituição, com a finalidade de acessarmos as particularidades de cada um dos pacientes, especialmente no que se refere à reação ao diagnóstico e ao significado atribuído à doença. O estudo pode ser considerado como transversal, exploratório e descritivo. Foram incluídos 90 pacientes, derivados de análise estatística. Foram sujeitos da pesquisa pacientes maiores de 18 anos com diagnóstico de câncer de esôfago; com ensino fundamental completo; virgens de tratamento; atendidos em primeira consulta, no ambulatório de cirurgia do aparelho digestivo, do Instituto do Câncer do Estado de São Paulo (ICESP-HCFMUSP). Encontramos esses pacientes em sala de espera da consulta médica, onde foram informados sobre o objetivo da pesquisa; e, àqueles que aceitaram participar, foi aplicado o termo de consentimento livre e esclarecido, seguido da avaliação psicológica (rotina da instituição) e aplicação do instrumento. Os resultados indicaram que a maior parte da nossa amostra tem uma atitude introvertida. O tipo psicológico mais comum foi o introvertido sensação, com função auxiliar sentimento. A partir da avaliação psicológica, constatou-se uma variedade de mecanismos defensivos para minimização da angústia. A grande parte dos pacientes valeu-se de defesas adaptativas diante do processo de adoecimento. Conclui-se que, no atendimento com esses pacientes, torna-se necessária uma postura prática e objetiva dos profissionais de saúde, em que se busque fornecer orientações com base na realidade dos pacientes, assim como ter um modo de agir empático, com o estabelecimento de vínculo significativo, mas respeitando os limites dos pacientes, sobretudo ao que se refere à forma reservada e introspectiva de interagirem com o mundo e com as pessoas que os cercam.

Descritores: neoplasias esofágicas; personalidade; psicologia junguiana; traços de personalidade; introversão; extroversão.

ABSTRACT

Pinto SD. Identification of psychological type in patients with esophageal cancer [dissertação]. São Paulo: Universidade de São Paulo, Faculdade de Medicina, 2016.

Esophageal cancer is one of the most aggressive neoplasms of the gastrointestinal tract, and can be triggered by life habits such as alcoholism and smoking and factors intrinsic to the individual. A disease such as cancer can hold a symbolic attempt to compensate for a one-sided attitude of the individual. It is believed that knowing aspects of the psychic dynamics of the person, can contribute to the focus of a psychological treatment, in order to provide early psychological interventions, as well as assisting other attending teams in the care of and interaction with the patient. Among the psychic structure elements of a subject, we looked for the psychological typology of these patients. Typological Assessment Questionnaire was used to evaluate the psychological typology. In addition, we drew on aspects from within the psychological assessment, routine of the institution, in order to access the particularities of each one of the patients, especially concerning their reaction to the diagnosis and the meaning attributed to the disease. Ninety patients were included. They were over 18 years old, having completed middle-school education, diagnosed with esophageal cancer, and interviewed during their first medical appointment at the Digestive Surgery Clinic at the Cancer Institute of the State of São Paulo (ICESP-HCFMUSP). We met these patients in the waiting room, where they were informed of the purpose of the survey. Those who agreed to participate, were given the terms of free and informed consent, followed by a psychological evaluation and the application of the instrument used. The results indicated a predominant introverted attitude. The most common psychological type was the introverted feeling, with feeling as a secondary function. From this psychological evaluation, we found a variety of defensive mechanisms to minimize the anguish. Most of the patients made use of adaptive defenses when facing the illness process. Therefore, when attending these patients, health professionals must have a practical and objective posture, seeking to guide the patients according to their reality. In addition, they should be empathetic in their manner, establishing significant bond, but respecting the patients' limits, especially when it comes to their reserved and introspective way of interacting with the world and the people around them.

Descriptors: esophageal neoplasms; personality; jungian psychology; personality traits; introversion; extraversion.

1. INTRODUÇÃO:

1.1 Câncer de esôfago

O câncer é definido pela Organização Mundial de Saúde (OMS) como um processo de crescimento e disseminação desordenado de células, passível de ocorrer em qualquer parte do corpo humano (OMS, 2013). Essa doença acomete um número crescente de pessoas anualmente: segundo dados do Instituto Nacional do Câncer (INCA), estima-se para 2016 que 20 milhões de pessoas no mundo terão câncer. No Brasil, as estimativas apontam a ocorrência de aproximadamente 600 mil novos casos por ano (INCA, 2016).

A enfermidade pode ser desencadeada por fatores externos ou ambientais, isto é, hábitos de uma sociedade, ou individuais, dos quais são considerados aspectos genéticos e/ou hereditários (INCA, 2016).

O câncer de esôfago é uma das neoplasias malignas do trato gastrointestinal com pior prognóstico (Kataria *et al.*, 2012); afeta, aproximadamente, 450 mil pessoas em todo o mundo a cada ano, além de ser considerada como a nona neoplasia mais comum (Verschuur *et al.*, 2009). Sua gravidade é tanta que é considerada a sexta maior causa de morte por neoplasia no mundo (Ceconello *et al.*, 2013).

No Brasil, é o sexto câncer mais incidente nos homens e o décimo terceiro entre as mulheres (INCA, 2016). Dados estatísticos de 2016, referentes ao Brasil, estimaram a ocorrência da referida doença em oito novos casos a cada 100 mil homens e três a cada 100 mil mulheres; isso significará ao redor de 7.950 novos pacientes homens e 2.860 mulheres com câncer de esôfago nesse ano (INCA, 2016).

O tumor de esôfago é prevalente em populações de baixa renda e está fortemente associado à ingestão de álcool, abuso de tabaco e antecedente de câncer de cabeça e pescoço (Ribeiro JR *et al.*, 1996; Queiroga e Pernambuco, 2006; OMS, 2013; INCA, 2016). Observa-se maior prevalência em homens, acima de 60 anos, com comorbidades (Thuler, Forones e

Ferrari, 2006; Kataria *et al.*, 2012). O tipo histológico mais comum é o carcinoma espinocelular (CEC); no entanto, a incidência de adenocarcinoma tem aumentado, em associação à obesidade, ao esôfago de Barrett e à doença do refluxo gastroesofágico (Thuler, Forones e Ferrari, 2006; Ceconello *et al.*, 2013).

O tratamento cirúrgico constitui-se no tratamento primordial do câncer de esôfago (Aquino *et al.*, 2009). A esofagectomia associada à linfadenectomia é a técnica cirúrgica padrão para a doença, tendo índices globais de cura que atingem até 40% e mortalidade operatória menor que 5%, nos centros de referência (Lagergren, 2007; Pinto *et al.*, 2008). A referida intervenção visa restabelecer a continuidade do trato alimentar, permitindo ingestão de dieta via oral e a consequente manutenção da qualidade de vida. A reconstrução do trânsito digestivo é realizada, na maioria das vezes, com o estômago, mas também há a possibilidade de ser utilizado o cólon ou o segmento do intestino delgado (Pinto *et al.*, 2008).

Com base no quadro clínico do paciente e posterior estágio clínico e patológico, poderá ser recomendada a associação a outras modalidades de tratamento, tais como quimioterapia e radioterapia (Queiroga e Pernambuco, 2006; INCA, 2016).

Embora os recursos para o tratamento do câncer sejam cada vez mais eficazes para obter-se a cura da doença ou a manutenção da qualidade de vida dos pacientes, é comum que a descoberta do diagnóstico se dê tardiamente, de tal forma que o tratamento paliativo, por vezes, é a única modalidade proposta (Aquino *et al.*, 2009). Além disso, a neoplasia é considerada como agressiva e com prognóstico ruim. Desse modo, a taxa de mortalidade é alta; próxima, inclusive, à taxa de incidência da doença (Queiroga e Pernambuco, 2006; INCA, 2016).

Diante dessa enfermidade e da consequente necessidade de tratá-la, a vida do paciente é afetada de inúmeras formas. Além da modificação física, as alterações poderão ocorrer nos diversos âmbitos da vida do sujeito: emocional, nutricional, social e familiar, comprometendo, inclusive a qualidade de vida do indivíduo (Kataria *et al.*, 2012). São transformações que, muitas vezes, ocorrem simultaneamente; e um mesmo sintoma pode despertar déficits em mais de um setor da vida do enfermo.

Como exemplo de alteração, destacamos a disfagia. No tocante ao aspecto nutricional, este sintoma pode ocasionar redução da ingestão alimentar, perda de peso, ocasionando possivelmente, um declínio físico do paciente. Além disso, pode haver dificuldade para

dormir, devido à regurgitação; exclusão social no momento da refeição, pois o paciente evita a presença de familiares e amigos, de modo a comprometer o relacionamento interpessoal (Blazeby *et al.*, 1995; Darling *et al.*, 2006; Ceconello *et al.*, 2013). Constata-se que a disfagia, um dos sintomas mais desagradáveis aos pacientes, pode diminuir com a realização dos tratamentos (Kataria *et al.*, 2012).

Outro fator que contribui para isso é a condição física, psíquica e o modo como o paciente enfrenta o processo de enfermidade, desde o diagnóstico até a recomendação terapêutica (Kataria *et al.*, 2012). Um controle adequado da disfagia está associado, em certos estudos, com melhora nutricional, possibilidade de diminuição de complicações orgânicas, benefício emocional e psicológico, além de índices melhores de sobrevida (Bergquist *et al.*, 2008; Aquino *et al.*, 2009).

A qualidade de vida (QV) é outro aspecto muito comprometido, de modo que muitos estudos, tanto gerais quanto específicos de determinadas doenças, estão sendo publicados. Pesquisa revela que pacientes submetidos à esofagectomia apresentaram índices melhores de QV no tocante aos aspectos físico, emocional, cognitivo e saúde global, comparados àqueles exclusivamente submetidos a tratamento paliativo. Conforme a mesma pesquisa, os últimos apresentaram nível funcional empobrecido, escores piores de saúde global e mais sintomas, com níveis piores de dor, fadiga, diminuição do apetite, constipação e disfagia (Blazeby *et al.*, 1995).

Até o presente momento, discorreu-se sobre aspectos concretamente perceptíveis ao paciente e à sociedade. No entanto, há que se considerar as repercussões psíquicas após a descoberta de um diagnóstico tão temido.

1.2 Câncer e tipologia psicológica

O câncer é considerado como uma doença estigmatizada, que traz à tona a possibilidade de morte iminente. Apesar de ser considerada pela população em geral como

uma doença devastadora, da qual todos desejam afastar-se, teóricos da Psicologia caracterizam as doenças como uma expressão simbólica, compensatória de uma atitude unilateral da consciência (Ramos, 2006).

Segundo Ramos (2006): “A somatização é o limite imposto pela natureza diante de um excesso de energia canalizado unilateralmente” (p. 73). Em outras palavras, é como se a psique buscasse um meio mais efetivo para realizar suas metas. Com o desencadeamento da doença, o objetivo é que o sujeito integre, em sua vida, conteúdos reprimidos de sua psique, adormecidos inconscientemente. Além disso, a enfermidade pode ser considerada como um símbolo, pois une aspectos familiares a conteúdos desconhecidos, ou seja, inconscientes.

À medida que conhecemos características da personalidade dos pacientes, podemos contribuir para a percepção do modo como cada um vem adaptando-se ao meio social, às relações estabelecidas consigo mesmo e com as demais pessoas. Desta forma, vislumbrar aspectos do mundo interno dos indivíduos pode contribuir para uma melhor compreensão e para o auxílio em si desses pacientes.

Por meio de estudos minuciosos, Jung (1976) identificou certos aspectos semelhantes nos seres humanos, oferecendo conceituações que nos facilitam a percepção do funcionamento psíquico da pessoa, denominados tipos psicológicos.

Segundo Ruby (1998): “A palavra *tipo* deriva do grego *typos*, que significa ‘modelo, exemplo, símbolo’ e, nesse sentido, nos remete a algo ideal ou modelo a ser seguido originariamente” (p.34).

Podemos considerar a tipologia psicológica como uma disposição geral do ser humano, que permanece idêntica sob condições diversas, já que as características de personalidade não são mutáveis conforme os acontecimentos da vida do indivíduo, pois são inerentes ao seu desenvolvimento e percurso pessoal (Keirsey e Bates, 1984). A tipologia não objetiva padronizar as pessoas, mas é de instrumento de investigação crítica, ao buscar oferecer uma ordenação metódica de conteúdos psíquicos e um auxílio para a compreensão das diferenças individuais (Jung, 2012; Zacharias, 2006). Cabe salientar que essa organização, teórica e conceitual, não visa a generalizar a humanidade, pelo contrário, somente aponta o caminho mais provável que cada um poderá seguir, a partir de acontecimentos em sua vida.

A tipologia junguiana apresenta, conforme nos mostra Zacharias (2006), três divisões básicas: “o foco de atenção individual ou atitude (extroversão e introversão), a maneira como a pessoa recebe informações do mundo (intuição e sensação) e a maneira como processa essas informações (pensamento e sentimento)” (p. 20).

Ao longo do desenvolvimento humano e a partir do desenvolvimento da psique, a pessoa vai adquirindo certas habilidades que a levam a relacionar-se consigo mesma e com o mundo que a cerca, priorizando uma melhor adaptação ao ambiente. Dessa forma, uma das atitudes irá diferenciar-se, assim como uma das funções, a qual será considerada como a função principal ou dominante. Essa função se define por certa predisposição do sujeito e pela tendência genuína de valermos-nos de nossas aptidões e facilidades, de tal modo que essa função revela a maneira pela qual preferimos interagir com tudo que nos rodeia. Para auxiliá-la, outra função será desenvolvida, mas com intensidade menor, a denominada função auxiliar. (Jung, 2012; Zacharias, 1994 e 2006).

A função auxiliar permite um complemento às considerações da função principal; embora ela tenha papel secundário, sua natureza é diferente da função predominante, ou seja, todo sujeito tem como fatores de apoio, uma função de percepção e outra de julgamento, para contribuir com outro ponto de vista. Para não haver ambiguidade dessas funções e para não confundir o direcionamento do sujeito, já que essas funções são de naturezas opostas, com papéis distintos (porém complementares) na dinâmica psíquica de cada um, a função principal ou dominante sempre será priorizada, de modo que será essa a função norteadora da pessoa (Jung, 2012; Zacharias, 2006).

As duas outras funções terão seus aspectos menos desenvolvidos, pois não se desenvolverão na consciência, mas permanecerão inconscientes. Devido a isso, uma delas é denominada função terciária (da mesma natureza da função auxiliar, mas contrária a ela), e a diametralmente oposta à principal, é considerada como função inferior (Jung, 2012; Zacharias, 2006).

Desse modo, além de podermos contar com o auxílio de uma função principal e outra auxiliar, teremos uma atitude predominante que nos norteará na relação com o meio social, inclusive com as pessoas.

Tratando-se do foco de atenção individual, temos as atitudes opostas entre si: **introversão e extroversão** (Jung, 1985), consideradas “disposições da psique em reagir e agir

de determinada forma, baseada em orientação psicológica subjacente, quer seja para o objeto ou para o sujeito” (Ruby, 1998, p. 35).

Podemos compreender por **objeto** o que é externo à pessoa, ou seja, concepções, instituições, outros indivíduos, aspectos físicos e concretos; e por **sujeito**, o que pertence ao mundo interno, tais como: representações, ideias, sentimentos, percepções (Zacharias, 2006).

Na **extroversão**, é estabelecida uma relação entre o sujeito com o objeto; a pessoa sente, pensa e atua em relação ao objeto; espécie de transferência do sujeito para o objeto. Dessa forma, o extrovertido adota o ponto de vista da maioria das pessoas, pois o enfoque é dado ao objeto, às circunstâncias objetivas, e não às opiniões subjetivas. Já a **introversão** é um movimento inicialmente interno, de modo que uma pessoa com esta atitude sente, pensa e age a partir de uma motivação do indivíduo; ou seja, o objeto tem um valor secundário, já que o enfoque é dado ao sujeito. Dessa forma, o introvertido, por ser introspectivo, é mais voltado à autorreflexão, se comporta abstrativamente; (Jung, 1976, 2012; Zacharias, 2006).

Pessoas com atitude extrovertida dirigem a energia psíquica de dentro para fora delas, tendo como foco o mundo exterior. Por esse fato, o objeto e suas características têm predominância sobre os aspectos subjetivos da experiência. Essas pessoas têm facilidade para adaptarem-se ao ambiente. Entretanto, correm o risco de serem absorvidas pelos estímulos externos, perdendo-se neles (Zacharias, 2006).

Já as pessoas com atitude introvertida orientam-se pela impressão que os fatos lhe causam, isto é, pelos fatores subjetivos. A energia psíquica desloca-se de fora para dentro, de forma que a pessoa irá nortear-se pelo seu mundo interno (Zacharias, 2006).

Além dessas atitudes que norteiam a pessoa a relacionar-se com o ambiente, existem funções peculiares a cada um, que são determinantes para o modo como o indivíduo irá manifestar-se. Há quatro funções psicológicas: **pensamento**, **sentimento**, **intuição** e **sensação**. Conforme já mencionado anteriormente, cada pessoa irá valer-se de uma função principal (consciente), função auxiliar (mais próxima à consciência), função terciária (geralmente inconsciente) e função inferior (diametralmente oposta à principal e inconsciente) (Ruby, 1998; Zacharias, 2006).

As funções **pensamento e sentimento** são consideradas como racionais e organizadoras do sujeito. O tipo **pensamento** estabelece uma conexão entre os conceitos;

vale-se das faculdades intelectuais para adaptar-se às circunstâncias e conviver com as pessoas. Já o tipo **sentimento** faz julgamento de valor, tem capacidade de pesar e avaliar uma questão, sem analisar seu porquê; é o processo subjetivo partindo do próprio referencial da pessoa (Jung, 1976 e 2008).

Um sujeito que tem como função principal o **pensamento** baseia-se em padrão impessoal da realidade; faz julgamentos por vias conceituais, a partir de padrões universais e puramente coerentes; faz a conexão (conceitual) de conteúdos de representação fornecidos a ele. De maneira oposta, é uma pessoa que tem como função predominante o **sentimento**, na medida em que faz seu juízo de valor de um modo pessoal (partindo de seu referencial ou de outras pessoas), não se detém na lógica formal; opera por um processo que atribui ao conteúdo um valor definido no sentido de aceitação ou rejeição subjetivas (Jung, 2012; Zacharias, 2006).

Partindo das palavras de Jung (2012): “Os tipos **pensamento e sentimento** são denominados de racionais ou judicativos, porque se caracterizam pelo primado de funções com julgamento racional” (p. 373).

As funções **intuição e sensação** são identificadas como um ato involuntário, perceptivas, portanto, irracionais. A **intuição** é uma adaptação instintiva; permite que a pessoa perceba conteúdos inconscientes. O tipo **sensação** revela um estímulo físico percebido; de igual modo, provoca estímulos no corpo (Jung, 1976 e 2008).

Indivíduos que apresentam a função **intuição** como principal valem-se da percepção global dos fatos, espécie de apreensão instintiva; são imaginativos, vislumbram as possibilidades. Pessoas que apresentam a função **sensação** como predominante dão valor às informações recebidas pelos órgãos dos sentidos; tendem a ser mais concretas, práticas e realistas; seu senso objetivo dos fatos é bem desenvolvido (Jung, 2012; Zacharias, 2006).

Jung (2012) sintetiza as funções **intuição e sensação** do seguinte modo: “Denomino irracionais os dois tipos acima, porque seu fazer e deixar de fazer não se baseiam em julgamentos racionais, mas na força absoluta da percepção. Esta simplesmente se dirige para o que acontece, sem escolha judiciosa” (p. 384).

Jung (2008) resume a questão da tipologia da seguinte maneira: “A **sensação** (isto é, a percepção sensorial) nos diz que alguma coisa existe; o **pensamento** mostra-nos o que é esta

coisa; o **sentimento** revela se ela é agradável ou não; e a **intuição** nos dirá de onde vem e para onde vai” (p. 74).

De modo semelhante aos demais conteúdos psíquicos, uma atitude consciente terá sua contrapartida oposta agindo inconscientemente; em um caso excessivo ou diante de um sujeito que não integre essas polaridades de forma voluntária, a referida manifestação poderá ser concretizada, inclusive de forma somática. Como exemplo, uma pessoa extrovertida em excesso pode perder-se dentro do objeto; e, para haver a compensação mencionada e a necessidade de vivenciar a introversão, a pessoa poderá adoecer, para que se volte a si mesma como referência (Ruby, 1998).

Ruby (1998) aponta que a função sensação inferior para tornar-se consciente poderá manifestar-se organicamente, isto é, como é a função considerada a “função do real”, para se fazer presente na vida cotidiana do indivíduo, uma das maneiras seria através de uma doença, pois esta traz uma marca concreta na vida das pessoas, por meio das mudanças inerentes e pela necessidade em realizar um tratamento. O autor formula seu pensamento com base em sua pesquisa de mestrado, na qual fez estudo de caso de alguns de seus pacientes do consultório. Identificou, por sua prática clínica e observação aos relatos dos pacientes, certa semelhança naqueles que manifestavam queixas somáticas, já que indicavam certo perfil tipológico, isto é, eram extrovertidos com função principal intuição. É importante considerar que a formulação analisada partiu de uma amostra pequena e que não foi utilizado um instrumento sistematizado e objetivo para a confirmação tipológica, de modo que não podemos inferir que toda pessoa enferma apresenta a tipologia anteriormente citada.

A função inferior é a menos diferenciada das quatro funções tipológicas, de modo que é a função mais distante da consciência, pois carrega conteúdos de difícil contato com a realidade do sujeito, na medida em que abriga conteúdos inconscientes. Por carregar aspectos reprimidos e rejeitados, contrários ao que o sujeito adota e tem como aptidões, sempre será mais trabalhosa acessá-la. No entanto, como parte do desenvolvimento mais amadurecido e harmônico, ao longo de nossa vida acontecimentos, por vezes, exigem que nós a integremos. Para isso, não é uma exigência que ela seja plenamente consciente, mas é preciso extrair conteúdos dela, de forma a se aprender algo, podendo transformar-se em alguém mais completo (Ruby, 1998; Zacharias, 2006).

Dessa forma, uma doença pode ser considerada como uma busca de integrar a vida do sujeito à totalidade, tarefa fundamental para o desenvolvimento humano e para a conquista de uma vida mais amadurecida e consciente, tanto de suas dificuldades quanto de suas qualidades (Ruby, 1998).

Nos casos em que certa função não encontra condições de mostrar seus conteúdos de uma forma, o inconsciente permite que ela os revele de outra. Exemplificando-se, se uma função não cumpre seu papel na orientação do ego, é porque provavelmente outra função está unilateralizada e sua contrapartida inconsciente irá aparecer de forma desagradável aos olhos do sujeito (Ruby, 1998).

Estudos apontam que, se uma pessoa não tem consciência de sua composição corporal e da importância de cuidar dessa parte da vida, muitas vezes essa pessoa acaba desconectando-se dessa realidade, por ser mais habilidosa em funções que não valorizem esse aspecto. Mas, tal como descrito, por mais que tenhamos facilidades, não podemos desprezar nossos pontos de dificuldades, visto que eles nos solicitarão a integrá-los de alguma forma em nossas vidas (Ruby, 1998).

Devido a isso, é provável que as pessoas com função predominante do tipo **intuição**, dependendo da unilateralidade desta função, tenham dificuldade em perceberem seu corpo, inclusive suas necessidades fisiológicas; sendo, com isso, levadas a entrarem em contato com sua polaridade oposta (a função **sensação**), via sintomas e disfunções corpóreas (Ruby, 1998).

Partindo das considerações de Ruby (1998): “Os sintomas devem ser interpretados como uma disposição favorável na busca de um caminho para a totalidade, pois juntar o que está dividido ou dissociado parece ser tarefa fundamental para o desenvolvimento humano” (p. 38).

No entanto, lidar com as consequências de uma doença devastadora como o câncer, propicia ao sujeito se deparar com grande intensidade de sofrimento. Acredita-se que essa busca pela totalidade não precisa somente ocorrer com o advento de uma enfermidade. Para tanto, julga-se pertinente nos aprofundarmos em características da personalidade dos pacientes e na possibilidade de essa integração ocorrer dentro de um *setting* protegido e auxiliado por profissional experiente.

Portanto, baseando-se dos dados acima expostos, tornam-se igualmente pertinentes o estudo e a descrição dos 16 tipos psicológicos conceituados por Jung, a partir da multiplicidade de arranjos decorrentes das duas atitudes e das quatro funções. A seguir, serão relatadas certas peculiaridades de cada tipo psicológico.

1.3 Descrição básica dos possíveis tipos psicológicos

Sentimento extrovertido com intuição como função auxiliar (E St In): pessoas que valorizam o contato humano, de tal modo que a atenção se volta às pessoas que a rodeiam. Valorizam a opinião alheia, procuram manter harmonia entre as pessoas; correm o risco de abrirem mão de seu ponto de vista, priorizando o dos outros indivíduos. Perseverantes, sofrem com manifestações de indiferenças dos que lhe são próximos (Zacharias, 2003 e 2006).

Intuição extrovertida com sentimento como função auxiliar (E In St): são pessoas inovadoras, entusiasmadas com novas possibilidades e novas maneiras de fazer as coisas; têm habilidade nos contatos interpessoais. Interessadas em compreender, e não julgar, os outros; têm facilidade para deduzir o que as pessoas estão pensando (Zacharias, 2003 e 2006).

Pensamento extrovertido com intuição como função auxiliar (E Ps In): são pessoas lógicas, racionais, gostam de executar tarefas e de fazer planos a longo prazo; capazes de crítica objetiva e analítica. Baseiam-se em regras lógicas para se comportarem no ambiente. Tendem a valorizar as ideias, e não as pessoas que a geraram (Zacharias, 2003 e 2006).

Intuição extrovertida com pensamento como função auxiliar (E In Ps): são pessoas inovadoras, imaginativas, disponíveis a pensar e executar novos projetos, além de objetivas.

São incansáveis na busca de resolver aquilo em que creem como solucionável (Zacharias, 2003 e 2006).

Sentimento extrovertido com **sensação** como função auxiliar (E St Ss): atenção voltada aos demais, valorizam muito o contato humano; perseverantes, conscienciosas e ordeiras; tendência a idealização; valorizam a opinião alheia; são práticas e realistas. Habilidosas para conseguirem a cooperação das pessoas (Zacharias, 2003 e 2006).

Sensação extrovertida com **sentimento** como função auxiliar (E Ss St): pessoas amistosas, adaptáveis e realistas; concretas; focalizam sua atenção no momento presente; têm dificuldade para tolerar frustração (Zacharias, 2003 e 2006).

Pensamento extrovertido com **sensação** como função auxiliar (E Ps Ss): são pessoas lógicas, analíticas, críticas e racionais; procuram basear seus comportamentos a partir de regras previamente estabelecidas. Sensatas, práticas e realistas; tendem a ser um pouco rígidas (Zacharias, 2003 e 2006).

Sensação extrovertida com **pensamento** como função auxiliar (E Ss Ps): são pessoas realistas, amistosas e adaptáveis. Tolerantes, sobretudo consigo mesmas. Aceitam as coisas tal como se apresentam, sobretudo pelos órgãos dos sentidos. Têm capacidade para avaliar situações tensas e conseguir que as partes em conflito cheguem a um acordo (Zacharias, 2003 e 2006).

Intuição introvertida com **sentimento** como função auxiliar (I In St): pessoas que se sentem estimuladas pelas dificuldades; são inovadoras, independentes e individualistas. Dão importância à harmonia e à concórdia, o que as leva a buscar convencer, pela conquista, as demais pessoas (Zacharias, 2003 e 2006).

Sentimento introvertido com intuição como função auxiliar (I St In): pessoas vulneráveis; baseiam-se em seus ideais e valores pessoais. Tendem a ser tolerantes, abertas, compreensivas e adaptáveis, desde que não se sintam internamente ameaçadas (Zacharias, 2003 e 2006).

Intuição introvertida com pensamento como função auxiliar (I In Ps): são pessoas inovadoras, confiantes em suas opiniões e inspirações; perseverantes; altamente concentradas. As crises servem como estímulos, dada a confiança que depositam em sua visão interior (Zacharias, 2003 e 2006).

Pensamento introvertido com intuição como função auxiliar (I Ps In): pessoas analíticas, lógicas e capazes de crítica objetiva. Valorizam as ideias em detrimento das pessoas. Têm possibilidade de adaptarem-se a novas situações desde não entrem em conflito com seus princípios básicos. Encaram as dificuldades de modo lógico e racional (Zacharias, 2003 e 2006).

Sensação introvertida com sentimento como função auxiliar (I Ss St): são pessoas realistas, práticas e respeitam o que lhes parece concreto. Buscam serem o mais claras possível, além de responsáveis. Interessadas genuinamente pelas pessoas. Podem ter reações imprevisíveis, embora tenham dificuldade para expressar suas emoções (Zacharias, 2003 e 2006).

Sentimento introvertido com sensação como função auxiliar (I St Ss): são pessoas que emitem julgamento a partir de seus referenciais; são influenciáveis por pessoas de que gostam. Geralmente tendem a ser tolerantes, flexíveis e adaptáveis, desde que não sintam suas próprias ideias ameaçadas, diante do que se tornam inflexíveis. Dificilmente expressam suas emoções mais profundas (Zacharias, 2003 e 2006).

Sensação introvertida com pensamento como função auxiliar (I Ss Ps): são pessoas confiáveis, gostam das coisas muito claras, valorizam os fatos. Tendem a não expressar suas reações diante de situações difíceis. Geralmente são sistemáticas, perseverantes e impulsivas (Zacharias, 2003 e 2006).

Pensamento introvertido com sensação como função auxiliar (I Ps Ss): são pessoas lógicas, analíticas; valorizam argumentos racionais, fundamentados em fatos estabelecidos. Tendem a serem tranquilas, reservadas e adaptáveis às atividades da vida diária, desde que seus princípios pessoais não sejam violados (Zacharias, 2003 e 2006).

1.4 Estudos sobre a tipologia psicológica

Até o presente momento da elaboração desse manuscrito, não foram encontrados estudos referentes à tipologia psicológica associados à neoplasia, inclusive câncer de esôfago. Entretanto, vários estudos sobre os tipos psicológicos vêm sendo desenvolvidos, em vários grupos da população, que serão sintetizados abaixo.

Em estudo comparativo entre goleiros profissionais e amadores, identificou-se em ambos os grupos a atitude de extroversão. A função principal predominante foi a sensação e a auxiliar foi o pensamento (Scopel, Andrade e Levandowski, 2006).

Ao ser caracterizado o tipo psicológico dos altos executivos brasileiros, identificou-se o tipo psicológico predominante: sensação extrovertida, com função auxiliar pensamento. Para este grupo de profissionais, o tipo mais desejável é o tipo pensamento, pois são pessoas voltadas à racionalidade, à objetividade e à competitividade (Tanure *et al.*, 2015).

Ao buscar identificar o tipo psicológico de empreendedores, Lopes (2004), verificou que a atitude mais frequente foi a extroversão. Os tipos predominantes deste grupo de pessoas

foram: sensação extrovertido, com função auxiliar pensamento, e intuição extrovertido, com função auxiliar pensamento.

Uma pesquisa com grupo semelhante, de empreendedores corporativos, encontrou uma prevalência do tipo psicológico sensação introvertida, com pensamento como função auxiliar; seguida do tipo: sensação extrovertida, com função auxiliar pensamento. Apesar do primeiro tipo psicológico deste estudo, o maior índice dos pesquisados acerca da atitude foi referente à extroversão (Lenzi *et al.*, 2015).

Também foram categorizados, quanto à tipologia psicológica, os estudantes de medicina de uma Universidade da Coreia do Sul. Neste grupo de pessoas a atitude predominante foi a extroversão. A sensação foi a função principal mais encontrada (Hur, Cho e Kim, 2013).

Em outro estudo comparativo para identificar a atitude entre dançarinos de forró, e não dançarinos, foi visto que os extrovertidos estão em maior número entre o grupo dos dançarinos (Okumura e Cruz, 2013).

Encontrou-se, em pesquisa brasileira para compreender o tipo psicológico de adolescentes estudantes de colégios públicos de São Paulo, um predomínio da atitude extroversão, com a função principal sentimento; seguida do tipo extrovertido sensação e extrovertido intuição (Silva e Rocha JR, 2008).

O tipo psicológico predominante dos policiais militares da cidade de São Paulo identificado por Zacharias (1994) foi a sensação introvertida, com função auxiliar pensamento, tanto no grupo de policiais veteranos, como no grupo dos recrutas.

Analistas junguianos da Califórnia definiram o seu tipo psicológico baseados na experiência clínica; em seguida, responderam a dois instrumentos que mensuravam a tipologia. Pode-se perceber uma convergência entre o tipo psicológico definido pelos profissionais e os resultados encontrados pela aplicação dos testes. O tipo mais encontrado nessa amostra foi o introvertido, com função principal intuição. No entanto, houve divergência com os dados tipológicos da população geral, na qual aparece a sensação como função dominante (Bradway, 1964).

Estudo realizado com 20 casais para verificar a tipologia psicológica do casal, encontrou que os parceiros preferem que ambos tenham as funções similares àquelas em

relação às atitudes; houve uma grande diversidade de tipos, 14 dos 16 possíveis definidos por Jung (Carlson e Williams, 1984).

121 Alunos de pós-graduação de cursos associados à Psicologia, sendo 99 do sexo feminino, participaram de pesquisa referente ao tipo psicológico mais associado à preocupação excessiva. O tipo psicológico mais encontrado e que também evidenciou significância estatística foi o introvertido sentimento (Ragozzino e Kelly, 2011).

Um estudo sobre a ligação entre a tipologia psicológica e o estresse identificou que a atitude introvertida está fortemente associada a índice elevado de estresse, enquanto a extroversão está relacionada a baixos índices de estresse (Drozdovski, 2015).

Através da tipologia psicológica, identificou-se uma predominância das funções pensamento e sensação entre os advogados e demais trabalhadores da lei. No entanto, em razão dos desafios implícitos a essas carreiras, o estudo também relatou a importância de esses profissionais exercitarem a dificuldade para lidar com as questões emocionais e sociais de seus clientes, além de instrumentalizarem os alunos da área a fazerem isso (Weinstein, 2015).

Blandin (2013) realizou uma revisão bibliográfica entre os aspectos biológicos e comportamentais, através da tipologia psicológica. Mencionou a relevância das questões biológicas e o quanto estas se associam aos aspectos da personalidade do sujeito, acrescentando, ainda, a importância do meio ambiente. Referiu, ainda, que o último pode exigir certa flexibilização de características das pessoas, na medida em que um introvertido precise falar em público e terá de forçar-se a ser mais sociável; ou que um extrovertido encontre prazer em sua própria companhia, após se separar ou porque está sozinho em casa, já que seus filhos foram à escola, por exemplo.

Estudo com religiosos para se identificar a tipologia psicológica, índice de *burn out* e satisfação pela participação no ministério religioso verificou que um pouco mais da metade dos religiosos é extrovertida; não houve diferença estatisticamente significativa entre o grau de satisfação no ministério com a atitude dos religiosos (Francis, Gubb e Robbins, 2012).

Pesquisa realizada com cuidadores de pacientes com câncer em tratamento paliativo identificou que os cuidadores com uma atitude extrovertida tendem a não considerar este cuidado como um peso em suas vidas (Kim *et al.*, 2015).

Os alunos introvertidos e extrovertidos demonstraram desempenho semelhante para o aprendizado, porém a preferência pelo método de aprendizado, objetivo do estudo (Persky, Henry e Campbell, 2015), teve aceitação menor entre os introvertidos.

Estudos com *trainees* no Reino Unido, inclusive médicos residentes, identificou a predominância da atitude extroversão e das funções sensação e sentimento neste grupo de sujeitos (Martinou, Allan e Vig, 2014). Pesquisa semelhante com médicos cirurgiões, incluindo médicos residentes, também revelou um predomínio da extroversão; a função da consciência mais encontrada foi o pensamento (Contessa *et al.*, 2013). Em outro estudo com a população médica residente, referente a treinamento para comunicação de notícias difíceis, encontrou-se prevalência das funções intuição e pensamento; importante salientar que, após o treinamento, os médicos passaram a se sentir mais seguros para realizar as referidas comunicações (Lifchez e Redett, 2014).

Diante de tudo o que foi abordado até o momento, podem-se perceber a importância e a necessidade de estudos referentes a área oncológica, na medida em que a incidência de câncer na população mundial e brasileira é uma crescente constante; do mesmo modo, compreender aspectos da personalidade dos pacientes e integrar o ponto de vista psíquico e emocional ao tratamento oncológico são fatores fundamentais, além de desejáveis pelas Políticas de Humanização do Sistema Único de Saúde do Brasil. Aliado a isso, pela escassa produção científica na junção de ambas as áreas do saber: oncologia e psicologia, mais especificamente as contribuições da tipologia psicológica de Jung, julgamos que este trabalho pode acrescentar um novo olhar aos atendimentos aos pacientes com câncer, não somente aos seus psicólogos, mas a todos os profissionais da equipe assistencial.

2. OBJETIVO GERAL:

Identificar a tipologia psicológica em pacientes com diagnóstico de câncer de esôfago.

2.1 Objetivos específicos:

- Identificar a reação emocional do paciente ao saber do diagnóstico do câncer;
- Identificar qual o sentido que o paciente atribui para o câncer na sua vida.

3. CASUÍSTICA E MÉTODOS:

O presente estudo pode ser considerado como transversal, exploratório e descritivo, na medida em que levantou informações sobre a tipologia psicológica, delimitando, assim, um campo de trabalho no qual se realizaram a análise, o registro e a interpretação dos dados. Incluíram-se 90 pacientes.

Foram coletadas duas questões da avaliação psicológica do protocolo do ICESP (rotina da instituição), a saber:

Qual foi a sua reação emocional ao saber do diagnóstico do câncer?

Qual é o sentido que você atribui para o câncer na sua vida?

Os resultados dessas questões coletadas foram analisados individualmente, observando as funções da consciência implícitas no discurso dos pacientes; seguida de breve explicação acerca do modo de funcionamento de cada sujeito participante do estudo, o qual abordou o tipo de defesa egoica adotada pelo paciente para minimizar o seu sofrimento, aspectos da adesão ao tratamento, as estratégias de enfrentamento, ou seja, conteúdos que permitam demonstrar o processo de adoecimento dos pacientes, a reação a essa crise e o possível sentido a essa vivência.

3.1 Critérios de inclusão:

Pacientes maiores de 18 anos com diagnóstico de câncer de esôfago, atendidos em primeira consulta; virgens de tratamento; com ensino fundamental completo (referido pelo próprio paciente em entrevista inicial).

3.2 Critérios de exclusão:

Pacientes com histórico de doenças que interfiram em sua compreensão para responderem os instrumentos, tais como deficiências mentais ou síndromes demenciais e pacientes analfabetos.

3.3. Local do estudo:

Ambulatório de Cirurgia do Aparelho Digestivo, no Instituto do Câncer do Estado de São Paulo (ICESP-HCFMUSP).

3.4 Metodologia:

A psicóloga, pesquisadora executante do projeto, apresentou aos pacientes a pesquisa e os objetivos do estudo, na sala de espera da consulta médica. À medida que os pacientes aceitaram participar da pesquisa, foi aplicado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE); e, a partir disto, foi aplicado os instrumentos para a coleta dos dados.

Em uma sala individualizada, os pacientes foram avaliados, de acordo com a rotina do Serviço de Psicologia da instituição, no tocante ao primeiro atendimento psicológico (visando a conhecer as particularidades dos pacientes) e responderam ao QUATI.

3.5 Descrição dos instrumentos:

3.5.1 Questionário de avaliação tipológica (QUATI):

Teste psicológico desenvolvido por Zacharias (2003), composto de 93 questões. Essas questões trazem conteúdos de situações do cotidiano, mediante seis possíveis contextos em que o indivíduo possa estar inserido, a saber: “A festa”; “O trabalho”; “A viagem”; “O estudo”; “O lazer” e “Pessoal”. Cada uma das situações tem 15 questões, exceto o item pessoal, com 18; todos os itens têm duas possibilidades de resposta. . Inicialmente introduz-se ao paciente cada um desses contextos, isto é, solicita-se que dentro de um ambiente de festa, por exemplo, o mesmo reflita como interagiria com pessoas que conhece, outras que desconhece e que dentre as duas possibilidades de resposta, responda o que efetivamente faria. Este teste visa identificar o tipo psicológico predominante na pessoa, ou seja, a atitude adotada para o sujeito relacionar-se no mundo e com os demais seres humanos, e também a função psicológica principal e a auxiliar.

Com essa definição há uma melhor compreensão da estrutura de personalidade do paciente, pois ao longo da aplicação do teste o indivíduo não consegue manter suas defesas e encobrir-se através de respostas pré-determinadas.

Ao término do teste, soma-se o escore para a atitude (introversão e extroversão), para as funções racionais (pensamento e sentimento) e para as perceptivas (intuição e sensação); em seguida, subtrai-se o valor maior pelo menor e aquele que obteve o maior valor é o que compreende o escore específico. Neste momento já é possível estabelecer a atitude. Após isso, verifica-se qual é o maior valor entre as funções judicativas e perceptivas e o de maior valor, equivale a função principal; o de menor valor, é considerado como função auxiliar.

Deste modo, o QUATI permite identificar se o indivíduo é introvertido ou extrovertido; se prioriza uma função de julgamento ou percepção para interagir consigo

mesmo, com as pessoas e acontecimentos, assim como qual se complementa a função principal e o auxilia.

Com base na aplicação deste questionário, podem-se extrair 16 tipos psicológicos, conforme descritos na introdução: I Ss Ps; I Ps Ss; I In Ps; I St In; I Ps In; I Ss St; I St Ss; I In St; E Ss Ps; E Ps Ss; E Ss St; E In St; E In Ps; E Ps In; E St Ss; E St In.

Por ser um teste psicológico, é um instrumento de uso restrito aos psicólogos. O teste em si não pode constar nos anexos deste trabalho, pois, além de ser protegido por leis de direitos autorais, somente pode ser utilizado em sua versão original; ou seja, sua reprodução é proibida.

3.6 Análise estatística:

O tamanho amostral de 90 indivíduos foi calculado pela definição de 12% para o intervalo de confiança, 95% do percentual de cada tipologia psicológica considerando a variância calculada para o pior caso possível, isto é, 50%, o que implica maior valor possível de variância. A análise de dados consistiu na construção de intervalos de confiança de 95% para os percentuais de tipologia psicológica e o teste de Fisher foi utilizado para verificar a associação entre variáveis de interesse.

4. RESULTADOS

4.1 Dados quantitativos

4.1.1 Dados demográficos:

Com base em análise de tamanho amostral, estabeleceu-se um número de 90 pacientes para a realização deste estudo. No entanto, houve falha de *pre screening*, pois 28 pacientes, ao serem convidados a participar do mesmo, não o fizeram devido às razões explicitadas abaixo:

- Analfabetos (critério de exclusão do teste QUATI): 10 pacientes;
- Falta de interesse: 10 pacientes;
- Comprometimento cognitivo: 3 pacientes;
- Desconhecimento do diagnóstico: 2 pacientes;
- Sem condições de falar, oriunda de rouquidão: 1 paciente.

Além disso, dois pacientes concordaram com a participação, na qual foi aplicado o TCLE e realizada a avaliação psicológica, porém, antes da próxima consulta médica, quando seria aplicado o questionário, ambos os pacientes haviam falecido.

Em relação aos participantes do estudo, coletaram-se os dados através de aspectos da avaliação psicológica realizada na instituição e da aplicação do QUATI.

Descreveram-se os dados demográficos da amostra de pacientes, em que prevaleceu o sexo masculino, com ensino fundamental completo, casados (incluíram-se união estável e casais amasiados), 41% com história pregressa de acometimento por câncer; e pouco mais de 35% apresentaram antecedentes familiares de câncer. A maioria dos pacientes têm antecedentes de etilismo e tabagismo; uma pequena parte nunca teve esses hábitos; e o restante ainda mantém os referidos hábitos. O carcinoma epidermoide foi o tipo histológico de tumor de esôfago mais frequente. Os dados demográficos estão apresentados na Tabela 1.

Tabela 1: Dados demográficos dos 90 pacientes com Câncer de Esôfago, participantes da avaliação psicológica no ICESP.

SEXO	MASCULINO – 76 (84,44%) FEMININO – 14 (15,56%)
ESCOLARIDADE	ENSINO FUNDAMENTAL – 71 (78,89%) ENSINO MÉDIO INCOMPLETO – 6 (6,67%) ENSINO MÉDIO COMPLETO – 7 (7,78%) ENSINO SUPERIOR INCOMPLETO – 3 (3,33%) ENSINO SUPERIOR COMPLETO E PÓS-GRADUAÇÃO – 3 (3,33%)
ESTADO CIVIL	SOLTEIRO – 10 (11,11%) CASADO – 59 (65,56%) DIVORCIADO – 16 (17,78%) VIÚVO – 5 (5,56%)
ANTECEDENTES PESSOAIS	SIM – 37 (41,11%) NÃO – 53 (58,89%)
ANTECEDENTES FAMILIARES	SIM – 32 (35,56%) NÃO – 58 (64,44%)
ETILISMO	SIM – 2 (2,22%) EX-ETILISTA – 68 (75,56%) NÃO – 20 (22,22%)
TABAGISMO	SIM – 20 (22,22%) EX-TABAGISTA – 51 (56,67%) NÃO – 19 (21,11%)
TIPO HISTOLÓGICO	CARCINOMA EPIDERMÓIDE - 70 (77,78%) ADENOCARCINOMA – 20 (22,22%)

Na próxima tabela (Tabela 2) observam-se os aspectos concernentes à idade de nossos pacientes.

Tabela 2: Média da idade dos entrevistados, considerando o desvio padrão, com a descrição da idade mínima e máxima dos participantes do estudo.

VARIÁVEL	MÉDIA	DESVIO PADRÃO	PRIMEIRO QUARTIL	MEDIANA	TERCEIRO QUARTIL	IDADE MÍNIMA	IDADE MÁXIMA
IDADE	61,36	8,14	55	62	67	45	81

4.1.2 Tipologia psicológica:

A partir da aplicação do QUATI, caracterizou-se a amostra referente à tipologia psicológica. Devido a isso, obtivemos 14 tipos psicológicos conforme as características de personalidade dos pacientes.

Na população estudada, a maioria dos pacientes teve predominância introvertida, 83,33% (n=75). O foco de atenção dos participantes está discriminado na Tabela 3.

Tabela 3: Distribuição dos 90 pacientes de acordo com os dados obtidos no QUATI, no que se refere à atitude dos pacientes

ATITUDE	INTROVERTIDO – 75 (83,33%)
	EXTROVERTIDO – 15 (16,67%)

Os pacientes da amostra, em sua maioria, valem-se da função sensação, seguida da função sentimento. Ao associarmos as quatro possíveis funções da consciência, a saber: sensação (Ss), intuição (In), pensamento (Ps) e sentimento (St), às funções principal e auxiliar, identificamos 180 funções, entre as quais os pacientes exercem seu funcionamento psíquico consciente. Seguem abaixo, na Tabela 4, os dados anteriormente citados:

Tabela 4: Distribuição dos 90 pacientes de acordo com os dados obtidos no QUATI, no que se refere às funções conscientes dos pacientes (função principal e função auxiliar)

FUNÇÕES DA CONSCIÊNCIA	DUAS DE CADA PACIENTE
SENSAÇÃO	72 (40%)
INTUIÇÃO	18 (10%)
PENSAMENTO	31 (17,22%)
SENTIMENTO	59 (32,78%)

Verificou-se o foco de atenção dos pacientes e a associação com: sexo, escolaridade, estado civil, antecedentes pessoais e familiares, hábitos anteriores de vida (etilismo e tabagismo) e, por fim, quanto ao tipo histológico do tumor. Os dados poderão ser visualizados na Tabela 5.

Tabela 5: Distribuição dos pacientes de acordo com os dados gerais, associado a aspectos obtidos no QUATI, no que se refere ao foco de atenção

		N= 75 (83,33%)	N= 15 (16,67%)	
		INTROVERTIDO	EXTROVERTIDO	VALOR P
SEXO	MASCULINO	62 (82,67%)	14 (93,33%)	0,44
	FEMININO	13 (17,33%)	1 (6,67%)	
IDADE	MÉDIA	61,35	60,13	0,53
ESCOLARIDADE	ENSINO FUNDAMENTAL	64 (85,33%)	7 (46,67%)	0,007
	ENSINO MÉDIO INCOMPLETO	3 (4%)	3 (20%)	
	ENSINO MÉDIO COMPLETO	5 (6,67%)	2 (13,33%)	
	ENSINO SUPERIOR INCOMPLETO	1 (1,33%)	2 (13,33%)	
	ENSINO SUPERIOR COMPLETO E PÓS-GRADUAÇÃO	2 (2,67%)	1 (6,67%)	
ESTADO CIVIL	SOLTEIRO	7 (9,33%)	3 (20%)	0,34
	CASADO	48 (64%)	11 (73,33%)	
	DIVORCIADO	15 (20%)	1 (6,67%)	
	VIÚVO	5 (6,67%)	0	
ANTECEDENTES	SIM	5 (6,67%)	1 (6,67%)	1
PESSOAIS	NÃO	70 (93,33%)	14 (93,33%)	
ANTECEDENTES	SIM	28 (37,33%)	4 (26,67%)	0,55
FAMILIARES	NÃO	47 (62,67%)	11 (73,33%)	
ETILISMO	SIM	1 (1,33%)	1 (6,67%)	0,42
	EX-ETILISTA	57 (76%)	11 (73,33%)	
	NÃO	17 (22,67%)	3 (20%)	
TABAGISMO	SIM	17 (22,67%)	3 (20%)	0,86
	EX-TABAGISTA	43 (57,33%)	8 (53,33%)	
	NÃO	15 (20%)	4 (26,67%)	
TIPO	CARCINOMA EPIDERMÓIDE (CEC)	60 (80%)	10 (66,67%)	0,3
HISTOLÓGICO	ADENOCARCINOMA	15 (20%)	5 (33,33%)	

Como função principal da consciência, a mais notória foi a sensação, com 43,33% e como função auxiliar, o sentimento se destacou, com 64,1%, comparado ao pensamento.

A seguir, descreveremos os 14 tipos psicológicos identificados nos participantes do estudo, isto é, serão descritos, em cada um dos sete grupos, a atitude predominante (introversão ou extroversão), a função principal e as duas funções auxiliares, o que totalizará 14 tipos psicológicos.

Verificou-se a associação entre os tipos psicológicos e: sexo, escolaridade, estado civil, antecedentes pessoais e familiares, hábitos anteriores de vida (etilismo e tabagismo) e, por fim, o tipo histológico do tumor.

Os referidos achados poderão ser visualizados em sete tabelas, que contemplarão dois tipos psicológicos em cada uma delas. Assim como, após a tabela, serão dispostos os gráficos que evidenciam os dados obtidos.

TIPO PSICOLÓGICO 1: 43,33% (n= 39)

Atitude: Introversão (I)

Função principal: Sensação (Ss)

Função auxiliar: Pensamento (Ps) – 35,9%

Função auxiliar: Sentimento (St) – 64,1%

Tabela 6: TIPO 1 (I Ss) – Distribuição dos pacientes de acordo com os dados gerais, associado a aspectos obtidos no QUATI

I Ss	N= 39	VALOR P
SEXO	MASCULINO (FA PS) - 42,43%	0,071
	MASCULINO (FA ST) - 57,58%	
	FEMININO (FA PS) - 0	
	FEMININO (FA ST) - 100%	
ESCOLARIDADE	ENSINO FUNDAMENTAL (FA PS) - 32,35%	0,273
	ENSINO FUNDAMENTAL (FA ST) - 67,65%	
	ENSINO MÉDIO INCOMPLETO (FA PS) - 100%	
	ENSINO MÉDIO INCOMPLETO (FA ST) - 0	
	ENSINO MÉDIO COMPLETO (FA PS) - 66,67%	
	ENSINO MÉDIO COMPLETO (FA ST) - 33,33%	
	ENSINO SUPERIOR INC. (FA PS) - 0	
	ENSINO SUPERIOR INC. (FA ST) - 100%	
ESTADO CIVIL	ENSINO SUPERIOR COMPLETO E PÓS-GRADUAÇÃO (FA PS) - 0	0,277
	ENSINO SUPERIOR COMPLETO E PÓS-GRADUAÇÃO (FA ST) - 0	
	SOLTEIRO (FA PS) - 75%	
	SOLTEIRO (FA ST) - 25%	
	CASADO (FA PS) - 33,33%	
	CASADO (FA ST) - 66,67%	
	DIVORCIADO (FA PS) - 37,50%	
	DIVORCIADO (FA ST) - 62,50%	
ANTECEDENTES PESSOAIS	VIÚVO (FA PS) - 0	1
	VIÚVO (FA ST) - 100%	
	SIM (FA PS) - 38,46%	
	SIM (FA ST) - 61,54%	
ANTECEDENTES FAMILIARES	NÃO (FA PS) - 34,62%	0,729
	NÃO (FA ST) - 65,38%	
	SIM (FA PS) - 28,57%	
	SIM (FA ST) - 71,43%	
ETILISMO	NÃO (FA PS) - 40%	0,198
	NÃO (FA ST) - 60%	
	SIM (FA PS) - 0	
	SIM (FA ST) - 100%	
	EX-ETILISTA (FA PS) - 44,44%	
TABAGISMO	EX-ETILISTA (FA ST) - 55,56%	0,063
	NÃO (FA PS) - 18,18%	
	NÃO (FA ST) - 81,82%	
	SIM (FA PS) - 80%	
	SIM (FA ST) - 20%	
TIPO HISTOLÓGICO	EX-TABAGISTA (FA PS) - 34,78%	1
	EX-TABAGISTA (FA ST) - 65,22%	
	NÃO (FA PS) - 18,18%	
	NÃO (FA ST) - 81,82%	
TIPO HISTOLÓGICO	CEC (FA PS) - 36,67%	1
	CEC (FA ST) - 63,33%	
	ADENOCARCINOMA (FA PS) - 33,33%	
	ADENOCARCINOMA (FA ST) - 66,67%

Gráfico 1: Distribuição quanto ao sexo dos pacientes com Tipo Psicológico 1

Gráfico 2: Distribuição quanto ao grau de escolaridade dos pacientes com Tipo Psicológico 1

Gráfico 3: Distribuição quanto ao estado civil dos pacientes com Tipo Psicológico 1

Gráfico 4: Distribuição referente aos antecedentes pessoais dos pacientes com Tipo Psicológico 1

Gráfico 5: Distribuição referente aos antecedentes familiares dos pacientes com Tipo Psicológico 1

Gráfico 6: Distribuição quanto aos hábitos anteriores de etilismo dos pacientes com Tipo Psicológico 1

Gráfico 7: Distribuição quanto aos hábitos anteriores de tabagismo dos pacientes com Tipo Psicológico 1

Gráfico 8: Distribuição acerca do tipo histológico do tumor dos pacientes com Tipo Psicológico 1

TIPO PSICOLÓGICO 2: 8,89 (n= 8)

Atitude: Introversão

Função principal: Intuição (In)

Função auxiliar: Pensamento – 50%

Função auxiliar: Sentimento – 50%

Tabela 7: TIPO 2 (I In) – Distribuição dos pacientes de acordo com os dados gerais, associado a aspectos obtidos no QUATI

I In	N= 8	VALOR P
SEXO	MASCULINO (FA PS) - 57,14%	1
	MASCULINO (FA ST) - 42,86%	
	FEMININO (FA PS) - 0	
	FEMININO (FA ST) - 100%	
ESCOLARIDADE	ENSINO FUNDAMENTAL (FA PS) - 50%	1
	ENSINO FUNDAMENTAL (FA ST) - 50%	
	ENSINO MÉDIO INCOMPLETO (FA PS) - 0	
	ENSINO MÉDIO INCOMPLETO (FA ST) - 0	
	ENSINO MÉDIO COMPLETO (FA PS) - 0	
	ENSINO MÉDIO COMPLETO (FA ST) - 0	
	ENSINO SUPERIOR INCOMPLETO (FA PS) - 100%	
	ENSINO SUPERIOR INCOMPLETO (FA ST) - 0	
	ENSINO SUPERIOR COMPLETO E PÓS-GRADUAÇÃO (FA PS) - 0	
ESTADO CIVIL	ENSINO SUPERIOR COMPLETO E PÓS-GRADUAÇÃO (FA ST) - 100%	1
	SOLTEIRO (FA PS) - 0	
	SOLTEIRO (FA ST) - 0	
	CASADO (FA PS) - 50%	
	CASADO (FA ST) - 50%	
	DIVORCIADO (FA PS) - 50%	
	DIVORCIADO (FA ST) - 50%	
ANTECEDENTES PESSOAIS	VIÚVO (FA PS) - 0	1
	VIÚVO (FA ST) - 0	
	SIM (FA PS) - 66,67%	
	SIM (FA ST) - 33,33%	
ANTECEDENTES FAMILIARES	NÃO (FA PS) - 40%	0,486
	NÃO (FA ST) - 60%	
	SIM (FA PS) - 25%	
	SIM (FA ST) - 75%	
ETILISMO	NÃO (FA PS) - 75%	0,429
	NÃO (FA ST) - 25%	
	SIM (FA PS) - 0	
	SIM (FA ST) - 0	
	EX-ETILISTA (FA PS) - 33,33%	
TABAGISMO	EX-ETILISTA (FA ST) - 66,67%	1
	NÃO (FA PS) - 100%	
	NÃO (FA ST) - 0	
	SIM (FA PS) - 50%	
	SIM (FA ST) - 50%	
TIPO HISTOLÓGICO	EX-TABAGISTA (FA PS) - 50%	1
	EX-TABAGISTA (FA ST) - 50%	
	NÃO (FA PS) - 50%	
	NÃO (FA ST) - 50%	
TIPO HISTOLÓGICO	CEC (FA PS) - 57,14%	1
	CEC (FA ST) - 42,86%	
	ADENOCARCINOMA (FA PS) - 0	
	ADENOCARCINOMA (FA ST) - 100%

Gráfico 9: Distribuição quanto ao sexo dos pacientes com Tipo Psicológico 2

Gráfico 10: Distribuição quanto ao grau de escolaridade dos pacientes com Tipo Psicológico 2

Gráfico 11: Distribuição acerca do estado civil dos pacientes com Tipo Psicológico 2

Gráfico 12: Distribuição referente aos antecedentes pessoais dos pacientes com Tipo Psicológico 2

Gráfico 13: Distribuição referente aos antecedentes familiares dos pacientes com Tipo Psicológico 2

Gráfico 14: Distribuição quanto aos hábitos anteriores de etilismo dos pacientes com Tipo Psicológico 2

Gráfico 15: Distribuição quanto aos hábitos anteriores de tabagismo dos pacientes com Tipo Psicológico 2

Gráfico 16: Distribuição acerca do tipo histológico do tumor dos pacientes com Tipo Psicológico 2

TIPO PSICOLÓGICO 3: 24,44% (n=22)

Atitude: Introversão

Função principal: Sentimento

Função auxiliar: Sensação – 90,91%

Função auxiliar: Intuição – 9,09%

Tabela 8: TIPO 3 (I St) – Distribuição dos pacientes de acordo com os dados gerais, associado a aspectos obtidos no QUATI

I St	N= 22	VALOR P
SEXO	MASCULINO (FA SS) - 87,5%	1
	MASCULINO (FA IN) - 12,5%	
	FEMININO (FA SS) - 100%	
	FEMININO (FA IN) - 0	
ESCOLARIDADE	ENSINO FUNDAMENTAL (FA SS) - 89,47%	1
	ENSINO FUNDAMENTAL (FA IN) - 10,53%	
	ENSINO MÉDIO INCOMPLETO (FA SS) - 100%	
	ENSINO MÉDIO INCOMPLETO (FA IN) - 0	
	ENSINO MÉDIO COMPLETO (FA SS) - 100%	
	ENSINO MÉDIO COMPLETO (FA IN) - 0	
	ENSINO SUPERIOR INCOMPLETO (FA SS) - 0	
	ENSINO SUPERIOR INCOMPLETO (FA IN) - 0	
	ENSINO SUPERIOR COMPLETO E PÓS-GRADUAÇÃO (FA SS) - 0	
ESTADO CIVIL	ENSINO SUPERIOR COMPLETO E PÓS-GRADUAÇÃO (FA IN) - 0	0,268
	SOLTEIRO (FA SS) - 100%	
	SOLTEIRO (FA IN) - 0	
	CASADO (FA SS) - 92,31%	
	CASADO (FA IN) - 7,69%	
	DIVORCIADO (FA SS) - 100%	
	DIVORCIADO (FA IN) - 0	
ANTECEDENTES PESSOAIS	VIÚVO (FA SS) - 50%	1
	VIÚVO (FA IN) - 50%	
	SIM (FA SS) - 90,91%	
	SIM (FA IN) - 9,09%	
ANTECEDENTES FAMILIARES	NÃO (FA SS) - 90,91%	0,195
	NÃO (FA IN) - 9,09%	
	SIM (FA SS) - 80%	
	SIM (FA IN) - 20%	
ETILISMO	NÃO (FA SS) - 100%	1
	NÃO (FA IN) - 0	
	SIM (FA SS) - 0	
	SIM (FA IN) - 0	
	EX-ETILISTA (FA SS) - 33,33%	
TABAGISMO	EX-ETILISTA (FA IN) - 66,67%	0,606
	NÃO (FA SS) - 100%	
	NÃO (FA IN) - 0	
	SIM (FA SS) - 100%	
	SIM (FA IN) - 0	
TIPO HISTOLÓGICO	EX-TABAGISTA (FA SS) - 84,62%	1
	EX-TABAGISTA (FA IN) - 15,38%	
	CEC (FA SS) - 88,24%	
	CEC (FA IN) - 11,76%	
	ADENOCARCINOMA (FA SS) - 100%	
	ADENOCARCINOMA (FA IN) - 0

Gráfico 17: Distribuição quanto ao sexo dos pacientes com Tipo Psicológico 3

Gráfico 18: Distribuição quanto ao grau de escolaridade dos pacientes com Tipo Psicológico 3

Gráfico 19: Distribuição acerca do estado civil dos pacientes com Tipo Psicológico 3

Gráfico 20: Distribuição referente aos antecedentes pessoais dos pacientes com Tipo Psicológico 3

Gráfico 21: Distribuição referente aos antecedentes familiares dos pacientes com Tipo Psicológico 3

Gráfico 22: Distribuição quanto aos hábitos anteriores de etilismo dos pacientes com Tipo Psicológico 3

Gráfico 23: Distribuição quanto aos hábitos anteriores de tabagismo dos pacientes com Tipo Psicológico 3

Gráfico 24: Distribuição acerca do tipo histológico do tumor dos pacientes com Tipo Psicológico 3

TIPO PSICOLÓGICO 4: 6,67% (n=6)

Atitude: Introversão

Função principal: Pensamento

Função auxiliar: Sensação – 50%

Função auxiliar: Intuição – 50%

Tabela 9: TIPO 4 (I Ps) – Distribuição dos pacientes de acordo com os dados gerais, associado a aspectos obtidos no QUATI

IPs	N= 6	VALOR P
SEXO	MASCULINO (FA SS) - 50%	
	MASCULINO (FA IN) - 50%	1
	FEMININO (FA SS) - 0	
	FEMININO (FA IN) - 0	
ESCOLARIDADE	ENSINO FUNDAMENTAL (FA SS) - 40%	
	ENSINO FUNDAMENTAL (FA IN) - 60%	
	ENSINO MÉDIO INCOMPLETO (FA SS) - 0	
	ENSINO MÉDIO INCOMPLETO (FA IN) - 0	
	ENSINO MÉDIO COMPLETO (FA SS) - 100%	1
	ENSINO MÉDIO COMPLETO (FA IN) - 0	
	ENSINO SUPERIOR INCOMPLETO (FA SS) - 0	
	ENSINO SUPERIOR INCOMPLETO (FA IN) - 0	
	ENSINO SUPERIOR COMPLETO E PÓS-GRADUAÇÃO (FA SS) - 0	
ESTADO CIVIL	ENSINO SUPERIOR COMPLETO E PÓS-GRADUAÇÃO (FA IN) - 0	
	SOLTEIRO (FA SS) - 0	
	SOLTEIRO (FA IN) - 0	
	CASADO (FA SS) - 40%	1
	CASADO (FA IN) - 60%	
	DIVORCIADO (FA SS) - 100%	
	DIVORCIADO (FA IN) - 0	
ANTECEDENTES PESSOAIS	VIÚVO (FA SS) - 0	
	VIÚVO (FA IN) - 0	
	SIM (FA SS) - 50%	
	SIM (FA IN) - 50%	1
ANTECEDENTES FAMILIARES	NÃO (FA SS) - 50%	
	NÃO (FA IN) - 50%	
	SIM (FA SS) - 0	
	SIM (FA IN) - 0	1
ETILISMO	NÃO (FA SS) - 50%	
	NÃO (FA IN) - 50%	
	SIM (FA SS) - 0	
	SIM (FA IN) - 0	
	EX-ETILISTA (FA SS) - 50%	1
TABAGISMO	EX-ETILISTA (FA IN) - 50%	
	NÃO (FA SS) - 0	
	NÃO (FA IN) - 0	
	SIM (FA SS) - 66,67%	
	SIM (FA IN) - 33,33%	
TIPO HISTOLÓGICO	EX-TABAGISTA (FA SS) - 33,33%	1
	EX-TABAGISTA (FA IN) - 66,67%	
	NÃO (FA SS) - 0	
	NÃO (FA IN) - 0	
	CEC (FA SS) - 50%	
	CEC (FA IN) - 50%	1
	ADENOCARCINOMA (FA SS) - 0	
	ADENOCARCINOMA (FA IN) - 0	

Sexo: somente homens (não há gráfico)

FA SS - 50%

FA IN - 50%

Gráfico 25: Distribuição quanto ao grau de escolaridade dos pacientes com Tipo Psicológico 4

Gráfico 26: Distribuição acerca do estado civil dos pacientes com Tipo Psicológico 4

Gráfico 27: Distribuição referente aos antecedentes pessoais dos pacientes com Tipo Psicológico 4

Antecedentes familiares: somente respostas NÃO (não há gráfico)

FA SS - 50%

FA IN - 50%

Etilismo: somente EX-ETILISTAS (não há gráfico)

FA SS - 50%

FA IN - 50%

Gráfico 28: Distribuição quanto aos hábitos anteriores de tabagismo dos pacientes com Tipo Psicológico 4

Tipo histológico: somente CARCINOMA EPIDERMÓIDE (não há gráfico)

FA SS - 50%

FA IN - 50%

TIPO PSICOLÓGICO 5: 4,44% (n=4)

Atitude: Extroversão (E)

Função principal: Sensação

Função auxiliar: Pensamento – 25%

Função auxiliar: Sentimento – 75%

Tabela 10: TIPO 5 (E Ss) – Distribuição dos pacientes de acordo com os dados gerais, associado a aspectos obtidos no QUATI

E Ss	N= 4	VALOR P
SEXO	MASCULINO (FA PS) - 25%	1
	MASCULINO (FA ST) - 75%	
	FEMININO (FA PS) - 0	
	FEMININO (FA ST) - 0	
ESCOLARIDADE	ENSINO FUNDAMENTAL (FA PS) - 0	0,25
	ENSINO FUNDAMENTAL (FA ST) - 100%	
	ENSINO MÉDIO INCOMPLETO (FA PS) - 0	
	ENSINO MÉDIO INCOMPLETO (FA ST) - 0	
	ENSINO MÉDIO COMPLETO (FA PS) - 100%	
	ENSINO MÉDIO COMPLETO (FA ST) - 0	
	ENSINO SUPERIOR INCOMPLETO (FA PS) - 0	
	ENSINO SUPERIOR INCOMPLETO (FA ST) - 0	
	ENSINO SUPERIOR COMPLETO E PÓS-GRADUAÇÃO (FA PS) - 0	
ESTADO CIVIL	ENSINO SUPERIOR COMPLETO E PÓS-GRADUAÇÃO (FA ST) - 0	1
	SOLTEIRO (FA PS) - 0	
	SOLTEIRO (FA ST) - 100%	
	CASADO (FA PS) - 50%	
	CASADO (FA ST) - 50%	
	DIVORCIADO (FA PS) - 0	
	DIVORCIADO (FA ST) - 100%	
	VIÚVO (FA PS) - 0	
ANTECEDENTES PESSOAIS	VIÚVO (FA ST) - 0	1
	SIM (FA PS) - 50%	
	SIM (FA ST) - 50%	
	NÃO (FA PS) - 0	
ANTECEDENTES FAMILIARES	NÃO (FA ST) - 100%	1
	SIM (FA PS) - 0	
	SIM (FA ST) - 0	
	NÃO (FA PS) - 25%	
ETILISMO	NÃO (FA ST) - 75%	1
	SIM (FA PS) - 0	
	SIM (FA ST) - 0	
	EX-ETILISTA (FA PS) - 25%	
	EX-ETILISTA (FA ST) - 75%	
TABAGISMO	NÃO (FA PS) - 0	1
	NÃO (FA ST) - 0	
	SIM (FA PS) - 0	
	SIM (FA ST) - 100%	
	EX-TABAGISTA (FA PS) - 33,33%	
TIPO HISTOLÓGICO	EX-TABAGISTA (FA ST) - 66,67%	1
	NÃO (FA PS) - 0	
	NÃO (FA ST) - 0	
	CEC (FA PS) - 25%	
	CEC (FA ST) - 75%	1
	ADENOCARCINOMA (FA PS) - 0	
	ADENOCARCINOMA (FA ST) - 0	

Sexo: somente homens (não há gráfico)

FA PS - 25%

FA ST - 75%

Gráfico 29: Distribuição quanto ao grau de escolaridade dos pacientes com Tipo Psicológico 5

Gráfico 30: Distribuição acerca do estado civil dos pacientes com Tipo Psicológico 5

Gráfico 31: Distribuição referente aos antecedentes pessoais dos pacientes com Tipo Psicológico 5

Antecedentes familiares: somente respostas NÃO (não há gráfico)

FA PS - 25%

FA ST - 75%

Etilismo: somente EX-ETILISTAS (não há gráfico)

FA PS - 25%

FA ST - 75%

Gráfico 32: Distribuição quanto a hábitos anteriores de tabagismo dos pacientes com Tipo Psicológico 5

Tipo histológico: somente CARCINOMA EPIDERMÓIDE (não há gráfico)

FA PS - 25%

FA ST - 75%

TIPO PSICOLÓGICO 6: 0 (n=0) – não houve pacientes com este tipo psicológico

Atitude: Extroversão

Função principal: Intuição

Função auxiliar: Pensamento

Função auxiliar: Sentimento

TIPO PSICOLÓGICO 7: 5,56% (n=5)**Atitude: Extroversão****Função principal: Sentimento****Função auxiliar: Sensação – 80%****Função auxiliar: Intuição – 20%**

Tabela 11: TIPO 7 (E St) – Distribuição dos pacientes de acordo com os dados gerais, associado a aspectos obtidos no QUATI

E St	N= 5	VALOR P
SEXO	MASCULINO (FA SS) - 75%	1
	MASCULINO (FA IN) - 25%	
	FEMININO (FA SS) - 100%	
	FEMININO (FA IN) - 0	
ESCOLARIDADE	ENSINO FUNDAMENTAL (FA SS) - 100%	0,4
	ENSINO FUNDAMENTAL (FA IN) - 0	
	ENSINO MÉDIO INCOMPLETO (FA SS) - 100%	
	ENSINO MÉDIO INCOMPLETO (FA IN) - 0	
	ENSINO MÉDIO COMPLETO (FA SS) - 0	
	ENSINO MÉDIO COMPLETO (FA IN) - 0	
	ENSINO SUPERIOR INCOMPLETO (FA SS) - 0	
	ENSINO SUPERIOR INCOMPLETO (FA IN) - 100%	
	ENSINO SUPERIOR COMPLETO E PÓS-GRADUAÇÃO (FA SS) - 0	
ESTADO CIVIL	ENSINO SUPERIOR COMPLETO E PÓS-GRADUAÇÃO (FA IN) - 0	1
	SOLTEIRO (FA SS) - 100%	
	SOLTEIRO (FA IN) - 0	
	CASADO (FA SS) - 75%	
	CASADO (FA IN) - 25%	
	DIVORCIADO (FA SS) - 0	
	DIVORCIADO (FA IN) - 0	
ANTECEDENTES PESSOAIS	VIÚVO (FA SS) - 0	0,4
	VIÚVO (FA IN) - 0	
	SIM (FA SS) - 100%	
	SIM (FA IN) - 0	
ANTECEDENTES FAMILIARES	NÃO (FA SS) - 50%	0,2
	NÃO (FA IN) - 50%	
	SIM (FA SS) - 0	
	SIM (FA IN) - 100%	
ETILISMO	NÃO (FA SS) - 100%	1
	NÃO (FA IN) - 0	
	EX-ETILISTA (FA SS) - 66,67%	
	EX-ETILISTA (FA IN) - 33,33%	
	NÃO (FA SS) - 100%	
TABAGISMO	NÃO (FA IN) - 0	1
	SIM (FA SS) - 100%	
	SIM (FA IN) - 0	
	EX-TABAGISTA (FA SS) - 0	
	EX-TABAGISTA (FA IN) - 0	
TIPO HISTOLÓGICO	NÃO (FA SS) - 75%	0,2
	NÃO (FA IN) - 25%	
	CEC (FA SS) - 100%	
	CEC (FA IN) - 0	
	ADENOCARCINOMA (FA SS) - 0	
	ADENOCARCINOMA (FA IN) - 100%

Gráfico 33: Distribuição quanto ao sexo dos pacientes com Tipo Psicológico 7

Gráfico 34: Distribuição quanto ao grau de escolaridade dos pacientes com Tipo Psicológico 7

Gráfico 35: Distribuição acerca do estado civil dos pacientes com Tipo Psicológico 7

Gráfico 36: Distribuição referente aos antecedentes pessoais dos pacientes com Tipo Psicológico 7

Gráfico 37: Distribuição referente aos antecedentes familiares dos pacientes com Tipo Psicológico 7

Gráfico 38: Distribuição quanto aos hábitos anteriores de etilismo dos pacientes com Tipo Psicológico 7

Gráfico 39: Distribuição quanto aos hábitos anteriores de tabagismo dos pacientes com Tipo Psicológico 7

Gráfico 40: Distribuição acerca do tipo histológico do tumor dos pacientes com Tipo Psicológico 7

TIPO PSICOLÓGICO 8: 6,67 (n=6)

Atitude: Extroversão

Função principal: Pensamento

Função auxiliar: Sensação – 33,33%

Função auxiliar: Intuição – 66,67%

Tabela 12: TIPO 8 (E Ps) – Distribuição dos pacientes de acordo com os dados gerais, associado a aspectos obtidos no QUATI

E Ps	N= 6	VALOR P
SEXO	MASCULINO (FA SS) - 33,33%	1
	MASCULINO (FA IN) - 66,67%	
	FEMININO (FA SS) - 0	
	FEMININO (FA IN) - 0	
ESCOLARIDADE	ENSINO FUNDAMENTAL (FA SS) - 0	0,467
	ENSINO FUNDAMENTAL (FA IN) - 100%	
	ENSINO MÉDIO INCOMPLETO (FA SS) - 0	
	ENSINO MÉDIO INCOMPLETO (FA IN) - 100%	
	ENSINO MÉDIO COMPLETO (FA SS) - 0	
	ENSINO MÉDIO COMPLETO (FA IN) - 100%	
	ENSINO SUPERIOR INCOMPLETO (FA SS) - 100%	
	ENSINO SUPERIOR INCOMPLETO (FA IN) - 0	
	ENSINO SUPERIOR COMPLETO E PÓS-GRADUAÇÃO (FA SS) - 100%	
ESTADO CIVIL	ENSINO SUPERIOR COMPLETO (FA IN) E PÓS-GRADUAÇÃO (FA IN) - 0	0,333
	SOLTEIRO (FA SS) - 100%	
	SOLTEIRO (FA IN) - 0	
	CASADO (FA SS) - 20%	
	CASADO (FA IN) - 80%	
	DIVORCIADO (FA SS) - 0	
	DIVORCIADO (FA IN) - 0	
ANTECEDENTES PESSOAIS	VIÚVO (FA SS) - 0	1
	VIÚVO (FA IN) - 0	
	SIM (FA SS) - 0	
	SIM (FA IN) - 100%	
ANTECEDENTES FAMILIARES	NÃO (FA SS) - 40%	1
	NÃO (FA IN) - 60%	
	SIM (FA SS) - 33,33%	
	SIM (FA IN) - 66,67%	
ETILISMO	NÃO (FA SS) - 33,33%	0,467
	NÃO (FA IN) - 66,67%	
	SIM (FA SS) - 0	
	SIM (FA IN) - 0	
	EX-ETILISTA (FA SS) - 50%	
TABAGISMO	EX-ETILISTA (FA IN) - 50%	1
	NÃO (FA SS) - 0	
	NÃO (FA IN) - 100%	
	SIM (FA SS) - 0	
	SIM (FA IN) - 100%	
TIPO HISTOLÓGICO	EX-TABAGISTA (FA SS) - 40%	1
	EX-TABAGISTA (FA IN) - 60%	
	NÃO (FA SS) - 0	
	NÃO (FA IN) - 0	
TIPO HISTOLÓGICO	CEC (FA SS) - 50%	1
	CEC (FA IN) - 50%	
	ADENOCARCINOMA (FA SS) - 25%	
	ADENOCARCINOMA (FA IN) - 75%	

Sexo: somente homens (não há gráfico)

FA SS - 33,33%

FA IN - 66,67%

Gráfico 41: Distribuição quanto ao grau de escolaridade dos pacientes com Tipo Psicológico 8

Gráfico 42: Distribuição acerca do estado civil dos pacientes com Tipo Psicológico 8

Gráfico 43: Distribuição referente aos antecedentes pessoais dos pacientes com Tipo Psicológico 8

Gráfico 44: Distribuição referente aos antecedentes familiares dos pacientes com Tipo Psicológico 8

Gráfico 45: Distribuição quanto aos hábitos anteriores de etilismo dos pacientes com Tipo Psicológico 8

Gráfico 46: Distribuição quanto aos hábitos anteriores de tabagismo dos pacientes com Tipo Psicológico 8

Gráfico 47: Distribuição acerca do tipo histológico do tumor dos pacientes com Tipo Psicológico 8

4.1.3 Síntese análise quantitativa

Todos os dados anteriormente citados foram derivados da análise estatística com base nos cruzamentos oriundos do QUATI, com os dados gerais da população pesquisada. Deste modo, associou-se cada tipo psicológico – isto é, uma atitude (introversão e/ou extroversão), uma função principal e uma auxiliar – aos seguintes aspectos: sexo, escolaridade, estado civil, antecedentes pessoais e familiares, hábitos anteriores de etilismo e tabagismo e tipo histológico do tumor dos pacientes.

A representação desses dados deu-se por meio de tabelas, para descrever todas as variáveis pesquisadas e através de gráficos o qual foram demonstrados separadamente, ou seja, cada tipologia atrelada a cada uma das variáveis demográficas explicitadas anteriormente.

Como previamente citado, dos 16 tipos psicológicos, foram extraídos 14 tipos. As tabelas e os gráficos agruparam dois tipos psicológicos cada, isto é, em uma mesma tabela ou gráfico, foram descritos dois tipos psicológicos, diferenciados pela função auxiliar, já que a atitude e a função principal são similares.

Esses dados nos indicam os aspectos quantitativos do estudo, ou seja, a mensuração do QUATI proveniente de análise estatística, a qual pode-se extrair os valores brutos, em percentagem e o valor de p .

Houve predominância do sexo masculino; ensino fundamental, com significância estatística ($p= 0,007$). As demais variáveis estudadas e suas prevalências foram: estado civil casado; ex-etilista; ex-tabagista; ausência de antecedentes pessoais e familiares; tipo histológico do tumor foi o carcinoma epidermoide.

Percebeu-se uma prevalência da atitude introvertida e do tipo psicológico sensação introvertido, com sentimento como função auxiliar. O segundo tipo psicológico mais frequente foi a variação do primeiro, ou seja, sentimento introvertido com sensação como função auxiliar.

4.2 Dados qualitativos

Aliado a identificação da tipologia psicológica, buscou-se perceber como o paciente reagiu emocionalmente ao diagnóstico oncológico e qual o sentido que atribui ao câncer para sua vida.

Os dados qualitativos foram analisados individualmente, com base no discurso de cada paciente e nas possíveis funções da consciência implícitas em sua fala, isto é, foram discriminados e sublinhados alguns trechos das respostas dos pacientes, seguidos pela função da consciência característica daquele discurso. Cabe salientar que o tipo psicológico identificado pelo QUATI foi descrito após as iniciais dos nomes de cada um dos participantes do estudo.

Posteriormente, elaborou-se uma breve análise para compreender o funcionamento psíquico dos pacientes diante do processo de adoecimento, objetivando identificar o tipo de defesa psicológica utilizada, assim como buscou-se verificar os possíveis recursos de enfrentamento e aspectos relacionados à adesão ao tratamento. Os conteúdos das respostas

dos pacientes e da análise do discurso desses pacientes encontram-se no Anexo A deste trabalho.

4.2.1 Síntese análise qualitativa

Em cada um dos 90 pacientes, foi realizada análise do discurso das duas perguntas qualitativas, referentes a aspectos da triagem psicológica institucional. Pode-se notar grande diversidade de comportamentos que cada paciente adotou diante da constatação do diagnóstico.

Uma parte dos pacientes adotou características de sua função dominante e/ou de sua função auxiliar para discorrer sobre sua reação e o sentido dado a enfermidade. Por vezes, essa postura mostrou-se adaptativa, com uso de estratégias adequadas para lidar com a angústia e vislumbrar meios para atenuá-la. No entanto, alguns pacientes, utilizando-se dessas funções conscientes, foram resistentes e pouco entraram em contato com as possíveis repercussões suscitadas por essa vivência.

Apesar de a função inferior ser considerada como a menos desenvolvida em nossa consciência, de modo que não é comum acessá-la sem isenção de conflitos e dificuldades, chamou-nos a atenção o grande número de pacientes que conseguiu integrá-la ao respectivo discurso consciente de uma forma adaptativa e, por vezes, com a indicação de uma expectativa positiva e com o enfrentamento adequado às exigências do tratamento.

De maneira geral, pode-se notar que a grande parte dos pacientes adotou postura ativa e assertiva para enfrentar o processo de adoecimento, procurando recursos internos, próprios a cada um, além de ajudas externas para a minimização do sofrimento e formas para conviver com a realidade da vida, marcada pela doença oncológica.

Em cada relato dos pacientes, buscou-se realizar análise do discurso associado às funções, isto é, diante da resposta dos pacientes, detivemo-nos a aspectos implícitos das funções da consciência, características dos tipos psicológicos, para, posteriormente, serem

associados à tipologia definida pelo QUATI. Foi somente a partir disso que se buscou definir a síntese das defesas psicológicas adotadas por cada um diante da crise gerada pela enfermidade, de modo que percebemos a trajetória emocional do paciente diante do processo de adoecimento, dado de notória importância para compreendermos o funcionamento da psique dos nossos pacientes.

A maioria dos pacientes (67,78%) manifestou, por seu discurso, mecanismos defensivos adaptativos, para minimizar o sofrimento desencadeado pela doença, pois foram utilizados o mecanismo de racionalização; outra parte de pacientes defendeu-se pelas suas funções conscientes (principal e ou auxiliar); boa parte conseguiu integrar a função menos desenvolvida (inferior) à consciência, de modo que contribuiu para o enfrentamento da situação e diminuição da angústia; e o restante integrou à função terciária a consciência para auxiliar no enfrentamento da situação.

O restante dos pacientes, de maneira diversificada, manifestou mecanismos defensivos frágeis, de forma a não reduzir o sofrimento vivenciado; outros valeram-se de mecanismos defensivos para evitar a realidade vivenciada, através do recalque (repressão de conteúdos ansiógenos no inconsciente); negação (negação da situação tal como se apresenta ao sujeito); deslocamento (substituição de comportamento, pensamento, para outro socialmente aceito); projeção (ato de colocar no outro características, pensamentos e ações que carregamos, mas não queremos aceitar como nosso); e devido ao fato da função inferior ser integrada à consciência de uma maneira desadaptativa.

4.3. Quadro resumo: dados quantitativos

Quadro 1: Dois principais tipos psicológicos encontrados na amostra pesquisada.

TIPO PSICOLÓGICO	I Ss St	N= 39 (43,33%)
TIPO PSICOLÓGICO	I St Ss	N= 22 (24,44%)

4.4. Quadro resumo: dados qualitativos

Quadro 2: Síntese dos 10 tipos de defesa identificados no discurso dos pacientes estudados.

FUNÇÃO INFERIOR DE FORMA ADAPTATIVA	N= 18 (20%)
DEFESAS ADAPTATIVAS PELAS FUNÇÕES CONSCIENTES	N= 18 (20%)
MECANISMO DEFENSIVO DE RACIONALIZAÇÃO	N= 18 (20%)
MECANISMOS DEFENSIVOS FRÁGEIS	N= 15(16,67%)
MECANISMO DEFENSIVO DE RECALQUE	N= 8 (8,89%)
FUNÇÃO TERCIÁRIA DE FORMA ADAPTATIVA	N= 7 (7,78%)
MECANISMO DEFENSIVO DE NEGAÇÃO	N= 3 (3,33%)
MECANISMO DEFENSIVO DE DESLOCAMENTO	N= 1 (1,11%)
MECANISMO DEFENSIVO DE PROJEÇÃO	N= 1 (1,11%)
FUNÇÃO INFERIOR DESADAPTATIVA	N= 1 (1,11%)

5. DISCUSSÃO

É pertinente explicitar que, embora este estudo tenha sido transversal, aos pacientes que apresentaram demanda para acompanhamento psicológico foi sugerida a possibilidade de iniciarem o referido seguimento com a pesquisadora executante deste estudo. Três, dos 90 pacientes, foram acompanhados em psicoterapia breve no próprio ICESP. Além desses pacientes, mais alguns, aproximadamente 10, manifestaram conteúdos passíveis de acompanhamento, porém, não quiseram agendar consulta após a coleta dos dados. Deste modo, foram orientados sobre o fluxo para agendamento com algum profissional da Psicologia da instituição, bem como sobre a possibilidade de solicitarem o agendamento com a psicóloga responsável por esta pesquisa.

Neste estudo, a ênfase à Psicologia Analítica deveu-se ao fato de seu criador, Carl Gustav Jung, ter desenvolvido uma linha de pensamento voltada às questões da personalidade do ser humano. Uma de suas maiores contribuições ao meio acadêmico e terapêutico deu-se por meio da tipologia psicológica; essa temática foi norteadora para este estudo, pois, posteriormente a seu recurso objetivo e sistemático, torna-se possível uma mensuração de conteúdos subjetivos, provenientes do mundo interno e da psique dos sujeitos.

O QUATI foi o instrumento escolhido como condutor deste trabalho, por ser um teste brasileiro, que mensura e define a tipologia psicológica do indivíduo; além disso, é validado pelo Conselho Federal de Psicologia (CFP), sendo sua aplicação considerada como favorável, mediante sucessivas avaliações pelo Sistema de Avaliação de Testes Psicológicos (SATEPSI), desenvolvido pelo CFP. Devido a isso, muito se deve aos estudos do Prof. Dr. José Jorge de Moraes Zacharias, pois, por ser o criador do teste QUATI, tem vários trabalhos voltados aos tipos psicológicos, de modo que foi um dos teóricos que mais contribuiu para a fundamentação e o desenvolvimento deste estudo.

Apesar dos pares de opostos da tipologia (I X E; Ss X In; Ps X St), Jung nunca excluiu nenhuma dessas polaridades nas características individuais das pessoas. Naturalmente, como já foi amplamente apresentado, cada um terá mais facilidade em interagir com o mundo, valorizando mais o objeto ou o sujeito, no caso de uma atitude extrovertida e introvertida,

respectivamente, por exemplo. Entretanto, Jung pontua que o indivíduo extrovertido carrega dentro de si um potencial introvertido, mas em menor grau e, por conseguinte, as demais funções da consciência (racionais e perceptivas) (Meira Penna, 1974; Keirsey e Bates, 1984).

Com base em suas preferências, facilidades e habilidades, a pessoa demonstra um tipo psicológico predominante, mas, no decorrer de seu amadurecimento emocional, algumas de suas características poderão ser potencializadas ou enfraquecidas (Keirsey e Bates, 1984). Essa situação pode ser desencadeada por uma doença, sobretudo aquelas que trazem a possibilidade de mudanças intensas na vida da pessoa, como o câncer.

Jung referiu que a tipologia é inata ao sujeito; porém, deixou certo questionamento sobre a influência do desenvolvimento infantil como fator que poderia influenciar a tipologia da pessoa (Keirsey e Bates, 1984).

O tipo psicológico contribui para determinar o modo de enfrentamento do processo de adoecimento e tratamento. Devido a isso, identificá-lo pode auxiliar o profissional de saúde na elaboração de estratégias para fortalecer o paciente para um enfrentamento mais adaptativo diante da nova realidade, além de valer-se das facilidades deste para poder favorecer a adesão e apropriação do processo.

Pela definição da tipologia psicológica, podemos inferir o modo de funcionamento da psique do indivíduo, o que nos auxiliará, na condição de profissionais da saúde, a particularizar o atendimento prestado aos pacientes, já que certas explicações a um grupo de pessoas serão plenamente eficazes e contribuirão para uma melhor adesão das últimas, ao passo que, em outros casos, as mesmas explicações não trarão benefício nenhum a outro grupo de pacientes.

Neste estudo, houve uma grande concentração dos pacientes na atitude introversão, dado discrepante da maioria da população, que é considerada como extrovertida (Meira Penna, 1974; Keirsey e Bates, 1984). Devido a isso, a maioria dos pacientes da amostra é voltada ao próprio mundo interno, sendo esses pacientes reservados, introspectivos, preferindo as próprias conclusões e, de certo modo, desprezando o mundo exterior e as características do ambiente (Jung, 2012; Zacharias, 2006).

Houve associação e significância estatística entre a escolaridade dos pacientes com as atitudes, isto é, percebeu-se que os pacientes introvertidos têm nível de escolaridade inferior,

quando comparados ao nível de estudo dos pacientes extrovertidos. No entanto, é importante salientar que esta pesquisa com 90 pacientes não tem condições de efetuar uma generalização acerca do perfil escolar das pessoas, atrelada às atitudes, por conta da variação de possibilidades inerentes à condição humana. Além disso, devido aos aspectos típicos de um introvertido, sabe-se que este tem grande disponibilidade para o estudo (Zacharias, 2006).

Em razão do que foi encontrado, podemos entender que, assim como Jung postulou, a tipologia psicológica não é uma tentativa para generalizar as pessoas. Pelo contrário, dada a multiplicidade dos tipos, compreendemos que a tipologia é uma busca de trazer certa ordem e objetividade a algo tão confuso e pouco compreendido, que é a psique humana. É um recurso que pode auxiliar o psicólogo em qualquer ambiente de trabalho.

Associar esse conteúdo à Psicologia Hospitalar proporciona um incremento do profissional para o atendimento ao paciente, além de uma possibilidade mais palpável de instrumentalizar a equipe de saúde para compreender o funcionamento emocional do paciente, assim como maneiras efetivas de auxiliá-lo.

Em síntese, a tipologia psicológica descreve conteúdos da personalidade das pessoas. De igual modo, observações e estudos realizados com pacientes com doenças somáticas permitiram vislumbrar certas características peculiares a alguns grupos de doenças.

Teóricos da Psicologia Analítica, em razão do olhar integral ao sujeito, associam as manifestações somáticas com questões psíquicas. Em estudo de caso de paciente do sexo feminino com rinite alérgica, percebeu-se que ela não tinha consciência de sua dinâmica interna masculina (o *animus*), de tal modo que, ao ser levada a ter determinados comportamentos opostos ao mundo matriarcal, uma das reações a este confronto desafiador foi pelo desencadeamento de crises de rinite alérgica (Machado JR, 2007).

Em uma revisão bibliográfica acerca da integração da mente e do corpo, considerando o homem além de sua parte concreta (orgânica), mas também sua amplitude simbólica e subjetiva (psique), baseando-se na psicossomática, sobretudo pelas afecções dermatológicas, foi feita uma associação da pele com aspectos psicológicos, relacionais e ambientais. Concluiu-se a importância de promover uma saúde global e mais integrativa às necessidades e diversidades do sujeito, além da necessidade de se considerarem os aspectos psicológicos como fatores corresponsáveis das doenças orgânicas (Hoffmann *et al.*, 2005).

Estudo com pacientes com vitiligo constatou melhora na qualidade de vida e maior repigmentação da pele naqueles que estavam em psicoterapia (fosse individual ou em grupo) em relação àqueles que estavam somente sob acompanhamento médico. Em todo o estudo, ficou evidente a importância do acolhimento da equipe ao paciente, inclusive acerca da adesão ao tratamento (Muller e Ramos, 2004).

Acredita-se que está presente na etiologia do câncer, como um fator contribuinte para o surgimento da doença, a debilidade das defesas do sistema imunológico. Acrescido a isso, a enfermidade nos confronta com conteúdos dos quais conscientemente desejamos afastar-nos, tais como a dor e a morte, aspectos desprezados pela consciência e contidos no inconsciente (Dahlke, 2007).

Baseado nisso, existem alguns aspectos que são mais comuns em pacientes oncológicos, como aponta Dahlke, (2007): “são pessoas extremamente adaptadas que tentam viver da maneira mais despercebida possível, adequando-se às normas e jamais incomodando alguém com as próprias exigências” (p. 69). Isso sugere um perfil mais introvertido, aspecto que pode contribuir para o fato de que os introvertidos foram o maior grupo de nossa amostra. Assim como as pessoas mais contidas, que evitam qualquer tipo de conflito, os introvertidos tornam-se mais suscetível ao contato com conteúdos inconscientes de forma desadaptativa, muitas vezes por meio de sintomas somáticos, devido à fragilidade diante de agentes patológicos (Dahlke, 2007). Vale citar que há várias possibilidades de mecanismos de compensação da doença, isto é, a doença não é somente decorrente da tipologia psicológica, por exemplo.

Há uma tendência de os extrovertidos serem mais sociáveis, de forma que são mais comunicativos; em contrapartida, os introvertidos são mais reservados, inclusive, quietos. O esôfago é um dos órgãos responsáveis pela deglutição dos alimentos. Realizando uma analogia simbólica, os pacientes de nossa amostra têm câncer de esôfago e são introvertidos. Será que os extrovertidos, por falarem mais, têm índices menores dessa doença, na medida em que conseguem externalizar seus desconfortos e conflitos vivenciados?

Diante disso, é importante conceituarmos a diferença entre “atitude introvertida” e “timidez”, pois qualquer indivíduo, inclusive um extrovertido, pode ser tímido. A introversão constitui um possível temperamento da pessoa, traços definitivos de seu tipo psicológico. Já a timidez é uma característica comportamental, marcada por circunstâncias vivenciais e, por

vezes, momentâneas, tais como: medo da rejeição de alguém, receio de receber uma crítica, necessidade de estar em uma situação nova e de grande visibilidade (Abrantes, 2006). Apesar de traços de timidez não terem sido alvo do presente estudo, julgamos válido pontuar a distinção para que o comportamento não seja associado somente aos introvertidos.

Além da atitude introvertida já mencionada como a mais encontrada em nossos pacientes, dos 16 tipos psicológicos possíveis, encontraram-se 14 tipos, discriminados a seguir: I Ss Ps, I Ss St, I In Ps, I In St, In St Ss, I St In, I Ps Ss, I Ps In, E Ss Ps, E Ss St, E St Ss, E St In, E Ps Ss e E Ps In.

Os dois tipos psicológicos que não apareceram em nossa amostra foram: E In Ps e E In St. Esses dois grupos de pessoas têm a tendência (partindo da atitude e função principal) de vislumbrar possibilidades, bem como grande facilidade para elaborar novos projetos que as desafiem e atraiam. Devido à função intuição, têm certa dificuldade para entrar em contato com as questões corpóreas e exigências físicas; atrelado à atitude extrovertida, priorizam o mundo exterior e os acontecimentos externos a sua realidade individual, de tal modo que podem ser pessoas que tenham maior dificuldade para o autoconhecimento, na medida em que o exercício interior de reflexão não lhes é uma habilidade. Essa interação com o ambiente e consigo mesma pode levar a pessoa a não conseguir atentar às mensagens de seu corpo, podendo desconsiderar alguns sintomas e sinais de mau funcionamento do organismo. No entanto, tal como anteriormente dito, esses tipos estão ausentes em nossa amostra. Como inferência, podemos supor que o dado é reflexo de ambos os tipos terem facilidade, apesar de não se conhecerem com profundidade, para expor suas dificuldades e até conflitos ao meio externo, sobretudo por meio de diálogos com outras pessoas, evitando pensar em demasia.

A função principal que se destacou nos pacientes foi a sensação e a função auxiliar foi o sentimento. Isto nos aponta que a população estudada se baseia no aqui-e-agora; tem dificuldade para adiar gratificação; enfatiza a obtenção de prazer pelos órgãos dos sentidos; julga o mundo que a cerca e suas próprias tendências pelo seu juízo de valor, isto é, pelo que julga correto ou não (Zacharias, 2006).

Essas características podem ser associadas a dois fatores de risco encontrados em grande parte dos pacientes, os quais aumentam a possibilidade de desencadeamento deste tipo de câncer: o etilismo e o tabagismo. No cerne desses hábitos, há que se considerar a dificuldade em controlar o impulso.

Estudo aponta a prevalência do alcoolismo entre os homens, além de indicar certo predomínio entre as pessoas com menos habilidades sociais de manifestarem um comportamento aditivo, como o etilismo (Aliane, Lourenço e Ronzani, 2006). Nesse trabalho, a maior parte dos sujeitos também é do sexo masculino, o que é esperado no grupo de pacientes com câncer de esôfago. Acredita-se que a dificuldade com habilidades sociais pode ser encontrada em sujeitos introvertidos que não procuram vencer as suas barreiras e vão em busca de certo contato com o meio exterior e com pessoas que os cercam.

Outro estudo revelou as influências ambientais para o início do alcoolismo, entre as quais: o estímulo dos parentes em introduzir, no menino ou jovem, hábito mais “masculino”, além da pressão dos amigos. O mesmo estudo apontou que aspectos comumente associados ao etilismo associam-se a certas características de personalidade, tais como: regressão emocional, imaturidade, instabilidade, ansiedade, insegurança, fraqueza do ego, dependência, timidez e intolerância à frustração. Menciona, ainda, que são comportamentos esperados dos etilistas: solidão e desesperança. A solidão e o consequente isolamento vêm marcados pela omissão recebida desde a infância, pela falta de receber amor de suas figuras parentais (Nascimento e Justo, 2000).

Também não foi um objetivo deste trabalho identificar as razões que facilitaram o uso abusivo dos pacientes às substâncias do álcool e tabaco. No entanto, esses hábitos são corresponsáveis pelo desencadeamento do tumor de esôfago, de modo que a maioria da amostra havia tido o vício em algum momento da vida ou fazia uso das substâncias. Além disso, houve grande concentração da função sensação como função principal ou auxiliar; é característica dessa função a busca da obtenção de prazer pelos órgãos dos sentidos, tais como a boca, ao permitir a satisfação pelo olfato e paladar. Julgamos essas associações como interessantes, levando-nos a refletir sobre a indagação: pessoas com função sensação consciente são mais propensas a comportamentos aditivos e compulsivos?

Os resultados encontrados revelam que o maior número de pacientes são sensação introvertido, com função auxiliar sentimento (I Ss St) e valorizam as percepções concretas que recebem através dos órgãos dos sentidos. Diferentemente do que o estudo de Ruby (1998) apontou, os pacientes de nossa amostra conseguem atentar-se aos estímulos corporais e integrá-los a suas vidas. No entanto, fazem o julgamento de valor baseados nas próprias convicções, devido à função auxiliar sentimento. Isso sugere que podem diminuir certos achados, partindo das experiências e vivências das pessoas ao seu redor ou do que consideram

como relevantes. Em outras palavras, podem desconsiderar algo definido como importante pela sociedade, já que, pela atitude de introversão, baseiam-se em seu mundo interno para se relacionarem com o entorno, assim como, pela função auxiliar sentimento, julgam a realidade pelos próprios referenciais e pontos de vista (Zacharias, 2006).

Segundo Meira Penna (1974), o tipo psicológico predominante do povo brasileiro é o extrovertido sentimento, com função auxiliar intuição. Nosso estudo traz a maioria dos pacientes com atitude introvertida e a intuição como função inferior, isto é, a menos desenvolvida. Apesar disso, a função sentimento foi a função auxiliar predominante em nossa amostra.

A maioria das mulheres (6 entre 10) prefere decidir e fazer suas escolhas pela função sentimento; acredita-se que este tipo é predominante na população feminina –o dado se aplica tanto à amostra nacional quanto à norte-americana. Já os homens (6 entre 10) fazem o julgamento e tomam decisões pela via lógica e objetiva da função pensamento – dados de estudo norte-americano. Considera-se, na população em geral, a função sensação como a mais comum (75%), tendo como referência um estudo com a população norte-americana (Keirsey e Bates, 1984). No Brasil a função sentimento é a mais frequente entre a população (Meira Penna, 1974).

Em nosso estudo, associando as funções principais e auxiliares, encontramos como funções conscientes um predomínio da sensação e sentimento; dados que convergem com a realidade da população geral internacional e com a função principal típica dos brasileiros, respectivamente.

Ruby (1998), em sua dissertação de mestrado, realizada com pacientes em consultório particular, apreendeu o resultado oposto ao aqui descrito, pois identificou, nos pacientes com problemas somáticos, a extroversão e a função intuição como predominante. O resultado foi proveniente de uma amostra pequena; porém, jamais poderemos abster-nos de que a tipologia psicológica não tem por finalidade padronizar as pessoas, de tal modo que, neste estudo, nenhum paciente apresentou o tipo psicológico principal da pesquisa de Ruby.

Os pacientes com o tipo psicológico predominante deste estudo (I Ss St) indicam que necessitam de explicações voltadas para sua aplicação prática, sem muitas abstrações, pois compreendem mais facilmente o sentido das coisas a partir do que habitualmente fazem. São pacientes autorreflexivos e introspectivos, puramente concretos; vivem o presente

intensamente como se não houvesse perspectivas de mudanças futuras; gostam dos prazeres dos órgãos dos sentidos; e têm dificuldade em adiar recompensas (Zacharias, 2006).

Nesse grupo de pacientes, é importante que a função auxiliar sentimento continue sendo desenvolvida, pois isso lhes permitirá maior consistência de ideias e organização, assim como a atenção sobre a relevância dos aspectos externos do mundo que os cerca. Isso porque esses pacientes tendem a valorizar as relações interpessoais e a orientar-se racionalmente nelas, nas vivências intrapsíquicas e nas escolhas no meio ambiente pela via do valor afetivo. Apesar disso, aspectos negativos também deverão ser observados, pois a função sentimento pode incitar certa dificuldade de a pessoa viver a própria vida; o indivíduo tem facilidade de promover ambientes agradáveis, pois é simples, para aqueles que têm este tipo, satisfazer a vontade alheia (Zacharias, 2006).

O segundo maior grupo de pacientes da amostra tem o tipo psicológico sentimento introvertido, com função auxiliar sensação (I St Ss). Também são pacientes reservados; prioritariamente julgam a realidade que os cerca pelos seus valores pessoais, baseando-se em seus ideais, mas podendo ser influenciados por pessoas com as quais tenham vínculo significativo; demonstram-se tolerantes e flexíveis, desde que suas ideias não sejam ameaçadas. Indicam dificuldade para operacionalizar o que idealizaram previamente, de modo que se torna importante encontrar uma maneira prática para expressar seus ideais (Zacharias, 2006).

Apesar de os nossos pacientes serem bastante concretos, grande parte apresenta antecedente de alcoolismo e tabagismo, tal como anteriormente citado. Isso sugere, dentro de um aspecto emocional e psicológico, que o câncer pode ser considerado como sintoma de um problema anterior ao diagnóstico; ou seja, a enfermidade opera como espécie de símbolo das emoções que não foram elaboradas, tampouco verbalizadas, pelos pacientes. Isso porque, do ponto de vista psicológico, o câncer pode ser considerado como compensação de uma atitude unilateral, sendo possível que os sentimentos inconscientes tenham sido mal elaborados e a resolução veio para o corpo, através da doença. Além disso, essas pessoas têm como característica magoar-se com facilidade e, devido à introversão, têm dificuldade em expressar seus sentimentos e emoções para alguém.

Cabe salientar a importância do acolhimento e de certo vínculo constituído com a equipe assistencial ao atendimento a esse grupo de pacientes, na medida em que precisam

sentir-se envolvidos afetivamente pela equipe para que tenham segurança: as pessoas do tipo sentimento precisam de vínculos pessoais estabelecidos com seus cuidadores (Zacharias, 2006). Incluir essa atenção na prática do profissional de saúde está inerente às Políticas de Humanização tão em voga no momento atual para melhorar os serviços de saúde e obter as certificações de qualidade.

Associados à tipologia psicológica, os objetivos secundários do estudo –identificados como aspectos qualitativos, com base nas respostas dos pacientes no decorrer da avaliação psicológica –foram analisados pelos discursos de cada paciente, no que se refere à reação emocional ao diagnóstico oncológico e ao sentido atribuído a doença na vida de cada um.

Considerando os principais achados, identificamos aspectos que ainda se encontram presentes no imaginário da população devido ao diagnóstico oncológico e ao estigma que a enfermidade tem, pois ela gerou preocupação, medo da morte e choque.

De igual modo, o sentido atribuído à doença esteve intrincado aos hábitos anteriores de vida, de maneira que muitos pacientes verbalizaram culpa e punição como fatores associados ao sentido dessa problemática. A partir disso, pode-se pensar que essas reflexões norteiam o processo de adoecimento dos pacientes, já que estes associam a enfermidade ao que já praticaram no passado, como o hábito de beber e fumar. Entretanto, é importante destacar que um posicionamento assertivo – detectado em uma postura de racionalidade, de enfrentamento e de esperança – foi encontrado nesses pacientes, indicando que um grande número se apropriou da necessidade de contribuir para o êxito do próprio tratamento.

Cabe também salientar que houve número significativo de pacientes que evitaram entrar em contato com as repercussões que a enfermidade gerou em suas vidas, de forma que houve isolamento de sentimento e bloqueio de emoção.

Identificaram-se os tipos de mecanismos defensivos utilizados pelos pacientes para a minimização da angústia desencadeada pelo adoecimento. Grande parte dos pacientes adotou defesas adaptativas, permitindo que os pacientes em si não intensificassem o seu sofrimento. No entanto, houve pacientes que adotaram defesas frágeis e pouco amadurecidas, dificultando o enfrentamento da situação e comprometendo a apropriação do processo de enfermidade.

Acredita-se que, diante de uma enfermidade como o câncer, os pacientes são potencialmente exigidos a amadurecer certos aspectos de sua personalidade, no sentido de

integrarem conteúdos inconscientes anteriormente ignorados. Para tanto, além de serem cumpridas todas as exigências impostas pelo tratamento, há que se ter coragem para mergulhar dentro de si, (re)conhecer aspectos desagradáveis de sua personalidade, características que recrimina no outro, como pertencentes a si mesmo. Apesar de a tarefa não ser fácil, um profissional da Psicologia poderá contribuir para o autoconhecimento do paciente e para a possibilidade de integração de suas polaridades psíquicas.

A aplicação do QUATI permitiu identificarmos a estrutura psíquica dos pacientes; porém, diante da doença, eles já se modificaram internamente, pois houve disponibilidade para acessarem conteúdos da dinâmica intrapsíquica, favorecendo uma integração de aspectos inconscientes aos recursos habituais provenientes da atitude e funções da consciência. Ao fortalecermos elementos saudáveis em nossa personalidade, favorecemos a mobilização de aspectos inconscientes como possíveis recursos para enfrentar uma situação de crise.

O fato nos remete a resiliência, que pode ser conceituada como a capacidade de a pessoa lidar com situações adversas, potencialmente angustiantes, de modo adaptativo (Bianchini e Dell’Aglia, 2006). Relaciona-se a processos psicossociais, já que contribui para o desenvolvimento sadio do sujeito, chegando a favorecer um maior fortalecimento interno, após a vivência de uma crise. Trata-se de processo dinâmico e evolutivo, proveniente das circunstâncias, ciclo vital e vicissitudes do ser humano. Por meio da resiliência, torna-se possível maior flexibilidade e equilíbrio diante dos acontecimentos da vida (Bianchini e Dell’Aglia, 2006; Rudnicki, 2007; Sória *et al.*, 2009).

Por meio dos resultados encontrados nesse trabalho, consideramos a maioria dos pacientes como resilientes, pois grande parte buscou extrair aprendizados da enfermidade, assim como muitos dos pacientes foram levados a refletir sobre aspectos de sua vida, inclusive comportamentos adotados, chegando, por vezes, a vislumbrarem certas transformações, tais como cessar o etilismo e o tabagismo. Outro aspecto que corrobora isso se relaciona ao fato de alguns pacientes terem utilizado a função inferior (função menos desenvolvida e inconsciente) como recurso de enfrentamento ou suporte para externalizar o sofrimento diante da crise desencadeada pelo câncer. A seguir, iremos exemplificar o último aspecto, por meio do discurso dos próprios pacientes:

Paciente 1: VFS (Tipo Psicológico – QUATI – Função principal da consciência: sensação e sentimento como função auxiliar)

Discurso do paciente: “Não tenho medo de nada, do jeito que Deus quiser (intuição)... me apeguei ao Pai Eterno” (intuição).

Paciente 4: BVS (Tipo Psicológico – QUATI – Função principal da consciência: intuição e sentimento como função auxiliar)

Discurso do paciente: “Parei de trabalhar, nunca tinha parado (sensação); foi meio difícil. A ideia é recuperar e volta a trabalhar; não gosto de ficar parado” (sensação).

Paciente 31: VRL (Tipo Psicológico – QUATI – Função principal da consciência: sensação e sentimento como função auxiliar)

Discurso do paciente: ... “seja o que Deus quiser (intuição)... Deus vai me curar” (intuição).

Paciente 33: AS (Tipo Psicológico – QUATI – Função principal da consciência: intuição e pensamento como função auxiliar)

Discurso do paciente: “Eu só perguntei o que tinha que fazer (sensação). O que tem que fazer, eu quero fazer” (sensação).

Paciente 40: DM (Tipo Psicológico – QUATI – Função principal da consciência: pensamento e intuição como função auxiliar)

Discurso do paciente: “Lá pra baixo (sentimento)... pra mim foi um choque; saí chorando” (sentimento).

Este estudo, por ter sido um recorte no tempo do diagnóstico do paciente, tem a limitação de somente descrever os achados identificados nos pacientes com câncer de

esôfago. A possibilidade de intervir junto ao paciente para integrar aspectos inconscientes e para não desconsiderar a realidade do mundo externo tão frequente no introvertido seria uma sugestão para um futuro trabalho sobre a tipologia psicológica, por meio, como exemplo, de imaginação dirigida pela via de técnicas de relaxamento. Além disso, foi estudado somente um grupo de pacientes, sendo que há a possibilidade de surgirem outros achados em pacientes com outros tipos de neoplasias, assim como em outro grupo de enfermidade.

A amostra dessa pesquisa caracterizou um grupo específico; no entanto, do ponto de vista psicológico, as observações estendem-se a qualquer paciente oncológico, inclusive a qualquer doente crônico, pois as diferenças individuais sempre serão consideradas. Essa inferência nos sugere que um paciente com problema crônico ou incurável deverá valer-se das ferramentas em análise, sejam elas individuais ou coletivas, para enfrentar as exigências da situação gerada pela enfermidade. Além disso, os dados podem ser aplicáveis pelo fato de a Psicologia focar a pessoa com doença (o paciente), atentando-se à qualidade de vida, seus comportamentos, relações estabelecidas e a busca de uma integração adaptativa e madura de sua totalidade psíquica.

Como parte integrante de se estudar pacientes oncológicos, acreditou-se ser de grande valia a caracterização deste grupo estudado em especial, por ser um início para buscar atender o paciente com base em suas facilidades, e não pelo manejo específico dos profissionais.

Uma das maiores finalidades ao acompanhar um paciente é garantir sua adesão ao tratamento; quando o paciente é envolvido e orientado pela forma que melhor se adapta ao mundo, esse objetivo poderá ser mais facilmente alcançado. Além disso, será mais efetivo o relacionamento entre o paciente e a equipe de saúde.

Com base nos tipos predominantes nesse estudo, quanto aos pacientes tipo sensação, será preciso grande praticidade ao fornecer as recomendações; em contrapartida, aos que se enquadram no tipo sentimento, deve ser priorizadas as relações afetivas estabelecidas.

Pela identificação do tipo psicológico dos pacientes, haverá maior facilidade para definir estratégias de intervenção. A proposta aqui apresentada converge com a busca da transformação do modelo de atenção aos pacientes.

Em estudo com profissionais de saúde, todos propõem a transformação do modelo biomédico para o biopsicossocial, o qual constitui uma forma mais adequada para considerar

o indivíduo em sua totalidade. Além disso, o movimento integra a Política de Humanização do Sistema Único de Saúde. A autora também menciona que a escuta do paciente, diante de suas queixas, no diálogo com o médico, leva-o a ativar o arquétipo médico / paciente, exemplificado com o mito do curador ferido, no qual se resgata a postura ativa e determinante do paciente sobre a própria melhora, ao ativar o seu médico interno, fator que estimula inconscientemente na apropriação do processo de adoecimento (Souza, 2009).

Outro estudo, de revisão bibliográfica, retrata a relação médico-paciente e a necessidade de reflexão acerca dessa relação, sobretudo por relatos de médicos que, devido a problemas de saúde, tornaram-se pacientes. Diante desse fato, os médicos perceberam o quanto é valioso o diálogo nesse encontro, assim como uma postura empática do médico ao ouvir a queixa do paciente e seu “mundo” e com estes entrar em contato (Caprara e Franco, 1999).

Auxiliar o paciente a apropriar-se de sua condição, esforçando-se para lidar e conviver com as mudanças inerentes ao adoecimento, são objetivos do trabalho dos psicólogos hospitalares prioritariamente, mas, de forma geral, abarcam toda a equipe de saúde. Permitir que essa relação se estabeleça baseada nas facilidades dos pacientes favorece uma adaptação mais rápida deles, sobretudo diante das exigências e transformações do processo de enfermidade. Essa atuação autoriza, especificamente no caso do psicólogo, valer-se das potencialidades do sujeito para contribuir com o despertar do recomeço de sua vida, atravessada pela doença, estando o sujeito marcado definitivamente por ela, mas, quiçá, transformado internamente para ter uma vida mais plena, integrada ao próprio mundo interno e ao que realmente lhe preenche de sentido.

5.1 Perspectivas futuras

Com base nos conteúdos anteriormente citados, pode-se perceber o quanto a tipologia psicológica, associada ao tratamento do paciente, pode auxiliar na apropriação deste ao

próprio processo de adoecimento. Devido a isso, julgamos pertinente delinear algumas possíveis estratégias de atendimento aos pacientes com base em sua tipologia psicológica. Independentemente da tipologia apresentada, em todos os pacientes que demonstraram sofrimento mediante a qualquer conflito ou problemática de sua vida, não somente em decorrência do câncer, houve a sugestão de acompanhamento psicológico. No ICESP, comumente é realizada a psicoterapia breve focal, com 12 sessões.

Em decorrência de tudo o que foi levantado por meio desse estudo, ressalta-se a importância de a equipe assistencial receber treinamentos voltados à importância de considerar as características da personalidade dos pacientes durante o atendimento e todo o acompanhamento terapêutico, para que os profissionais possam aplicar as descobertas encontradas nesta pesquisa. No treinamento em questão, seria válido mencionar os aspectos seguintes:

- Reconhecer a importância do estabelecimento de vínculo entre o paciente e o profissional;
- Considerar a introspecção e a timidez dos pacientes;
- Fornecer orientações práticas e objetivas, partindo da vivência dos pacientes, e não da realidade do ICESP;
- Evitar dar ordens e sugestões de modo rígido e inflexível.

Conforme já explicitado, foram encontrados dois tipos psicológicos prevalentes em nossa amostra. Diante disso, inicialmente nos deteremos a todas as peculiaridades dos tipos predominantes em si, isto é, atitude + função principal + função auxiliar; nos demais tipos, proporemos as estratégias de atendimento, baseando-se na atitude e na função principal.

- Introvertido sensação, com função auxiliar sentimento (I Ss St): preferência para atendimento psicológico individual; praticidade e objetividade ao fornecer orientações, partindo do referencial do paciente (suas convicções, crenças) e da realidade em que ele está inserido, por meio de uma demonstração concretamente perceptível, na qual o paciente consegue apreender o que é necessário à própria conduta (Zacharias, 2006); estabelecimento de um ambiente físico estimulante, voltado às novas demandas do paciente em decorrência de sua doença (como cartazes, folhetos ilustrativos); postura empática para o estabelecimento de vínculo significativo entre o paciente e a equipe de

saúde; oferecimento de formas para o paciente se organizar às exigências do tratamento, estimulando-o a usar agenda ou diário, por exemplo.

- Introvertido sentimento, com função auxiliar sensação (I St Ss): preferência para atendimento psicológico individual; postura empática e ambiente emocional agradável (Zacharias, 2006) para o estabelecimento de vínculo significativo entre o paciente e a equipe de saúde; ênfase às relações afetivas, procurando ter um comportamento amistoso, acolhedor e pouco questionador; busca de acesso à realidade do paciente para transmitir orientações necessárias ao tratamento, de forma prática e objetiva.
- Introvertido intuição: preferência para atendimento psicológico individual; estímulo ao paciente de entrar em contato com o que sente internamente, inclusive a imaginação e a facilidade para vislumbrar as transformações do futuro, como estratégia de enfrentamento da problemática atual, mas incentivando a importância do acompanhamento necessário à sua melhora ou cura (Zacharias, 2006); orientação sobre o porquê da obrigatoriedade de atividades repetitivas (tais como as sessões de radioterapia).
- Introvertido pensamento: preferência para atendimento psicológico individual; orientações por meio de dados da literatura e de pesquisas realizadas sobre a enfermidade do paciente, inclusive as incidências e estimativas de cura; contextualização, com certa exatidão, das rotinas institucionais, pois os indivíduos deste tipo têm dificuldade para lidar com falhas próprias e das pessoas ao seu redor (Zacharias, 2006); indicar *sites*, leituras e palestras relativos ao tema.
- Extrovertido sensação: possibilidade de atendimento grupal; praticidade e objetividade ao fornecer orientações, com referência ao que é aplicável a maioria da população, por meio de uma realidade concretamente perceptível, na qual o paciente consegue apreender o que é necessário à própria conduta (Zacharias, 2006).
- Extrovertido sentimento: possibilidade de atendimento grupal; postura empática e ambiente emocional agradável (Zacharias, 2006) para o estabelecimento de vínculo significativo entre o paciente e a equipe de saúde; ênfase às relações afetivas, procurando ter um comportamento amistoso, acolhedor e sociável; indicação de grupos de apoio e espaços para troca de informações e experiências.
- Extrovertido pensamento: possibilidade de atendimento grupal; orientações objetivas, por meio de dados da literatura e de pesquisas realizadas sobre a enfermidade do paciente, inclusive as incidências e estimativas de cura; contextualização, com certa

exatidão, das rotinas institucionais, pois são indivíduos com dificuldade para lidar com falhas próprias e das pessoas ao seu redor (Zacharias, 2006); indicação de grupos de apoio e espaços para troca de informações e experiências.

- Extrovertido intuição (nenhum paciente pesquisado tinha este tipo psicológico): possibilidade de atendimento grupal; demonstração de dados da vivência atual, com ênfase às possibilidades futuras (vantagens X desvantagens dos tratamentos; modos de reinserção à sociedade após o término dos tratamentos) (Zacharias, 2006).

6. CONCLUSÃO

Dentro das condições de realização da presente pesquisa com pacientes com câncer de esôfago concluiu-se, primeiramente, que a atitude predominante dos participantes foi a **introversão**.

O tipo psicológico que mais se destacou foi o **introvertido sensação**, com função auxiliar **sentimento** (43,33%); e, em segundo lugar, foi o tipo **introvertido sentimento**, com a função auxiliar **sensação** (24,44%). São dados que nos mostram uma variação entre as funções sensação e sentimento, alternando-se como função principal e auxiliar no maior número de pacientes da amostra.

Diante desses resultados, no atendimento com esses pacientes, torna-se necessária uma postura prática e objetiva dos profissionais de saúde, em que se busque fornecer orientações com base na realidade dos pacientes, assim como ter um modo de agir empático, com o estabelecimento de vínculo significativo, mas respeitando os limites dos pacientes, sobretudo ao que se refere à forma reservada e introspectiva de interagirem com o mundo e com as pessoas que os cercam.

REFERÊNCIAS

Abrantes SMB. Controle da timidez mediante treinamento em habilidades sociais [trabalho de conclusão de curso]. Petrópolis: Universidade Católica de Petrópolis, Curso de Psicologia; 2006.

Aliane PP, Lourenço LM, Ronzani TM. Estudo comparativo das habilidades sociais de dependentes e não dependentes de álcool. *Psicologia em Estudo*. 2006 Verão;11(1):83-8.

Aquino JLB, Said M, Brandi LA, Oliveira JMVP, Maziero D, Merhi VL. Tubo gástrico isoperistáltico de grande curvatura gástrica com sutura mecânica no tratamento cirúrgico do câncer de esôfago irressecável. *Arq Bras Cir Dig*. 2009 Abr;22(3):147-52.

Bergquist H, Johnsson A, Hammerlid E, Wenger U, Lundell L, Ruth M. Factors predicting survival in patients with advanced oesophageal cancer: a prospective multicentre evaluation. *Alimentary Pharmacology & Therapeutics*. 2008 Verão;27:385-95.

Bianchini DCS, Dell’Aglia DD. Processos de resiliência no contexto de hospitalização: um estudo de caso. *Paidéia*. 2006 Out;16(35):427-36.

Blandin K. Temperament and typology. *Journal of Analytical Psychology*. 2013 Fev;58(1):118-36.

Blazeby JM, Williams MH, Brookes ST, Alderson D, Farndon JR. Quality of life measurement in patients with oesophageal cancer. *Gut*. 1995 Fev;37:505-8.

Bradway K. Jung’s psychological types: classification by test versus classification by self. *Journal of Analytical Psychology*. 1964 Jul;9(2):129-35.

Brasil. Ministério da Saúde. Estimativa 2016: incidência de câncer no Brasil / Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. Rio de Janeiro: INCA; 2015. 122 p.

Caprara A, Franco ALS. A relação paciente-médico: para uma humanização da prática médica. *Cad. Saúde Pública*. 1999 Inverno;15(3):647-54.

Carlson R, Williams J. Studies of jungian typology: III personality and marriage. *Journal of Personality Assessment*. 1984;48(1):87-94.

Cecconello I, Sallum RAA, Takeda FR, Gil E, Freitas HC. Câncer de Esôfago. In: Hoff PMG, Katz A, Chammas R, Odone Filho V, Novis YS. *Tratado de Oncologia*. São Paulo: Atheneu; 2013. p. 1625-46.

Contessa J, Suarez L, Kyriakides T, Nadzam G. The influence of surgeon personality factors on risk tolerance: a pitot study. *Journal of Surgical Education*. 2013 Verão;70(6):806-12.

Dahlke R. A doença como linguagem da alma: os sintomas como oportunidades de desenvolvimento. Tradução de Dante Pignatari. São Paulo: Cultrix; 2007. 327 p.

Darling G, Eton DT, Sulman J, Casson AG, Cella D. Validation of the functional assessment of cancer therapy esophageal cancer subscale. *American Cancer Society*. 2006 Aug;107(4):854-63.

Drozdovski AK. The connection between typological complexes of properties of the nervous system, temperaments, and personality types in the professions and sports. *Open Access Journal of Sports Medicine*. 2015 Maio;6:161-72.

Francis LJ, Gubb S, Robbins M. Work-related psychological health and psychological type among lead elders within the newfrontiers network of churches in the United Kingdom. *Journal of Prevention & Intervention in the Community*. 2012 Verão;40(3):233-45.

Hoffmann FS, Zogbi H, Fleck P, Muller MC. A integração mente e corpo em psicodermatologia. *Psicologia: Teoria e Prática*. 2005 Jul;7(1):51-60.

Hur Y, Cho AR, Kim S. The characteristics of medical students personality types and interpersonal needs. *Korean Journal of Medical Education*. 2013 Dez;25(4):309-16.

Jung CG. *Tipos Psicológicos*. Tradução de Álvaro Cabral. 3a ed. Rio de Janeiro: Zahar; 1976. 567 p.

Jung CG. A energia psíquica. Tradução de Mateus Ramalho Rocha. 2a ed. Petrópolis: Vozes; 1985. 95 p.

Jung CG. O homem e seus símbolos. Tradução de Maria Lúcia Pinho. 2a ed. Rio de Janeiro: Nova Fronteira; 2008. 448 p.

Jung CG. Tipos Psicológicos. Tradução de Lúcia Mathilde E. Orth. 5a ed. Petrópolis: Vozes; 2012. 616 p.

Kataria K, Verma GR, Malhotra A, Yadav R. Comparison of quality of life in patients undergoing transhiatal esophagectomy with or without chemotherapy. Saudi J Gastroenterol. 2012 Mai;18(3):195-200.

Keirsey D, Bates M. Please, understand me. California: Prometheus Nemesis Book Company; 1984. 210 p.

Kim HH, Kim SY, Kim JM, Kim SW, Shin S, Shim HJ, Hwang JE, Chung IJ, Yoon JS. Influence of caregiver personality on the burden of family caregivers of terminally ill cancer patients. Palliative and Supportive Care. 2015 Abr;14(1)5-12.

Lagergren P, Avery KNL, Hughes R, Barham CP, Alderson D, Falk S, Blazeby JM. Health-related quality of life among patients cured by surgery for esophageal cancer. American Cancer Society. 2007 Aug;110(3):686-93.

Lenzi FC, Santos SA, Casado T, Kuniyoshi MS. Empreendedores corporativos: um estudo sobre a associação entre tipos psicológicos e competências empreendedoras em empresas de grande porte de Santa Catarina. Revista de Administração da Unimep. 2015 Maio;13(2):117-41.

Lifchez SD, Redett RJ. A standardized patient model to teach and assess professionalism and communication skills: the effect of personality type on performance. Journal of Surgical Education. 2014 Maio;71(3):297-301.

Lopes RMA. Personalidade e tipos psicológicos de empreendedores: um estudo exploratório [tese]. São Paulo: Universidade de São Paulo, Instituto de Psicologia; 2004.

Machado JR PP. O baú dos sonhos adormecidos: a dimensão simbólica da rinite alérgica em um estudo de caso. *Boletim de Psicologia*. 2007 Jun;57(126):89-106.

Martinou, E, Allan, H, Vig, S. Personality differences among junior postgraduate trainees in the United Kingdom. *Journal of Surgical Education*. 2014 Jun;72(1):122-7.

Meira Penna JO. Em berço esplêndido: ensaios de psicologia coletiva brasileira. Rio de Janeiro: J. Olympio; Brasília: INL; 1974. 602 p.

Muller MC, Ramos DG. Psicodermatologia: uma interface entre psicologia e dermatologia. *Psicologia Ciência e Profissão*. 2004 Agosto;24(3):76-81.

Nascimento EC, Justo JS. Vidas errantes e alcoolismo: uma questão social. *Psicologia: Reflexão e Crítica*. 2000 Jan;13(3):529-38.

Okumura I, Cruz ACB. Extroversão e introversão em praticantes de dança popular forró em Curitiba. V Congresso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología. XX Jornadas de Investigación Noveno Encuentro de Investigadores en Psicología del Mercosur; 2013 Nov 27-30; Buenos Aires. p. 184.

Organização Mundial de Saúde (OMS) [homepage]. Brasil [citado 19 set. 2013]. Disponível em: <http://www.who.int/topics/cancer/en>.

Persky AM, Henry T, Campbell A. An exploratory analysis of personality, attitudes, and study skills on the learning curve within a team-based learning environment. *American Journal of Pharmaceutical Education*. 2015 Mar;79(2):1-11.

Pinto CE, Fernandes DS, Sá EAM, Telles WO, Dias JA. Avaliação da reconstrução do trato alimentar com tubo gástrico ou colônico na esofagectomia por câncer de esôfago. *Rev. Col. Bras. Cir*. 2008 Nov;35(6):368-73.

Queiroga RC, Pernambuco AP. Câncer de esôfago: epidemiologia, diagnóstico e tratamento. *Revista Brasileira de Cancerologia*. 2006 Verão;52(2):173-8.

Ragozzino RL, Kelly WE. Typing the worrier: relationship between worry and Jung's personality types. *Education*. 2011 Jun;131(4):791-7.

Ramos DG. A psique do corpo: a dimensão simbólica da doença. 3a ed. São Paulo: Summus; 2006. 238 p.

Ribeiro JR U, Posner MC, Safatle-Ribeiro AV, Reynolds JC. Risk factors for squamous cell carcinoma of the oesophagus. *Br J Surg*. 1996 Sep;83(9):1174-85.

Ruby P. As faces do humano: estudos de tipologia junguiana e psicossomática. São Paulo: Oficina de textos; 1998. 108 p.

Rudnicki T. Resiliência e o trabalho do psicólogo hospitalar: considerações iniciais. *Rev. SBPH*. 2007 Dez;10(2):83-92.

Scopel E, Andrade A, Levandowski DC. Avaliação das características de personalidade de goleiros profissionais e amadores. *Psicologia Ciência e Profissão*. 2006 Jun;26(2):270-9.

Silva SN, Rocha JR A. Os fatores que influenciam na escolha profissional dos adolescentes que estudam em escolas públicas do estado de São Paulo. *Revista Educação*. 2008 Ago;3(1):61-72.

Sória DAC, Bittencourt AR, Menezes MFB, Sousa CAC, Souza SR. Resiliência na área da enfermagem em oncologia. *Acta Paul Enferm*. 2009 Fev;22(5):702-6.

Souza KOJ, Pegoraro RF. Concepções de profissionais de saúde sobre humanização no contexto hospitalar: reflexões a partir da Psicologia Analítica. *Aletheia*. 2009 Jan;29:73-87.

Tanure B, Mota-Santos C, Carvalho Neto A, Nunes SC. O tipo psicológico dos altos executivos brasileiros e a percepção de estresse: onde os “fracos” não têm vez. *Revista de Administração e Contabilidade da Unisinos*. 2015 Verão;12(1):40-51.

Thuler FP, Forones NM, Ferrari AP. Neoplasia avançada de esôfago – diagnóstico ainda muito tardio. *Arq Gastroenterol*. 2006 Jul;43(3):206-11.

Verschuur EM, Steyeberg EW, Tilanus HW, Polinder S, Essink-Bot ML, Tran KT, et al. Nurse-led follow-up of patients after oesophageal or gastric cardia cancer surgery: a randomised trial. *British Journal of Cancer*. 2009 Set;100(1):70-6.

Volpi JH. Mecanismos de defesa [trabalho de conclusão de curso]. Curitiba: Centro Reichiano; 2008.

Weinstein, I. Learning and lawyering across personality types. *Clinical Law Review*. 2015 Mar;21:427-53.

Zacharias JJM. Tipos psicológicos junguianos e escolha profissional - uma investigação com policiais militares da cidade de São Paulo [tese]. São Paulo: Universidade de São Paulo, Instituto de Psicologia; 1994.

Zacharias JJM. QUATI: Questionário de Avaliação Tipológica (versão II): manual. 5a ed. rev. e ampl. São Paulo: Vetor; 2003. 76 p.

Zacharias JJM. Tipos: a diversidade humana. São Paulo: Vetor; 2006. 218 p.

ANEXOS

ANEXO A- Aspecto qualitativo do trabalho: resposta dos pacientes e análise do discurso de cada um dos participantes

Paciente 1: VFS (Função principal da consciência: sensação e sentimento como função auxiliar)

1) Reação emocional do paciente ao saber do diagnóstico do câncer.

Recebi o diagnóstico em dezembro de 2013 em Petrolina; daí minha filha foi me buscar. Tô aqui há uns três meses; eu e minha mulher. Nossa criação, uma vizinha tá cuidando (sentimento). Não tenho medo de nada, do jeito que Deus quiser (intuição). Pensei em logo procurar tratamento e me tratar (sensação); me apeguei ao Pai Eterno (intuição) e com os médicos. Tô esperando os resultados (sensação) pra ver o que pode fazer, de bom ou de ruim. Vamos ver quem vai vencer!

2) Qual o sentido que o paciente atribui para o câncer na sua vida.

Não sei como é; não sei. Problema que deu; não tenho ideia (sensação).

Análise qualitativa: Apesar de o paciente demonstrar sofrimento, ele ainda consegue valer-se de sua função inferior (intuição), por meio de uma expectativa positiva, de um movimento para a divindade, ao buscar a proteção de Deus. Com essa postura, mostra-se, de certo modo, adaptado e conformado à necessidade de se tratar e, para isso, mudar temporariamente de cidade.

Paciente 2: JOPM (Função principal da consciência: sensação e sentimento como função auxiliar)

1) Reação emocional do paciente ao saber do diagnóstico do câncer.

O médico falou que tem jeito (sensação) e que eu tinha que correr atrás (sensação); e eu pensei e fui correr atrás (pensamento e sensação), sempre pensando em dar certo (intuição). Eu senti de estar com o problema; me deixou um pouco triste (sentimento).

2) Qual o sentido que o paciente atribui para o câncer na sua vida.

Às vezes eu penso sobre isso, eu acho que tudo pode acontecer (intuição); olhando em volta das pessoas, acho que tudo pode acontecer. Talvez por ter fumado (sensação), um dos motivos, fumei bastante; faz 22 anos que parei.

Análise qualitativa: O paciente vale-se de todas as funções da consciência para buscar formas de enfrentar o processo de enfermidade e evidencia o uso do mecanismo defensivo de racionalização para lidar com a angústia inerente a descoberta do diagnóstico oncológico. Demonstra uma postura ativa e assertiva para aderir às recomendações médicas e para obter êxito em seu tratamento.

Paciente 3: JDC (Função principal da consciência: sensação e sentimento como função auxiliar)

1) Reação emocional do paciente ao saber do diagnóstico do câncer.

Me senti tranquilo (sentimento), normal, não tive preocupação. Tranquilo, pode fazer o que precisa. Não pensei em nada, aconteceu, aconteceu (sensação).

2) Qual o sentido que o paciente atribui para o câncer na sua vida.

Acredito que fui eu mesmo (sentimento), não pratiquei o que mandaram (sensação); não fiz o correto, por exemplo: a alimentação da seringa, não fiz o tempo certo, mandei tirar antes; comia pela boca (sensação) sem terem deixado. Isso estragou um pouco.

Análise qualitativa: O paciente adota uma postura resistente e ambivalente diante da doença, mostra-se racional e, por vezes, chega a negar aspectos de sua atual realidade. Vale-se de suas funções conscientes para enfrentar a vivência, mas sem conseguir conectar-se com suas potencialidades inconscientes. Apesar de verbalizar comportamentos que praticou e que possam tê-lo prejudicado, não demonstra que se apropriou desse novo câncer, na medida em que não consegue discorrer sobre o que pode transformar nesse novo momento de crise em sua vida.

Paciente 4: BVS (Função principal da consciência: intuição e sentimento como função auxiliar)

1) Reação emocional do paciente ao saber do diagnóstico do câncer.

Reagi, fiquei caído, pensei que era uma doença sem cura, que tinha fim; me abateu muito (sentimento). Falei pra família e foi outro choque, não esperava. Parei de trabalhar, nunca tinha parado (sensação); foi meio difícil. A ideia é recuperar e volta a trabalhar; não gosto de ficar parado (sensação), tem que trabalhar. A firma liga direto; todo mundo gosta de mim (sentimento).

2) Qual o sentido que o paciente atribui para o câncer na sua vida.

Eu acho que veio por causa do tabaco e álcool (sensação); era jovem, novo, não tava nem aí com a vida(sensação). Conseguia criar a família bebendo e fumando. Chegou a minha vez de pagar o que eu fiz de errado (sentimento).

Análise qualitativa: Pode-se perceber muito sofrimento e culpa no discurso do paciente, valendo-se de sua função auxiliar (sentimento) para expressar toda a angústia despertada pelo diagnóstico. No entanto, o paciente também se utiliza de sua função inferior de uma forma mais integrada ao seu psiquismo, pois é pela função sensação que demonstra um movimento ativo para obter sua melhora e retomar a vida, assim como pela reflexão acerca dos hábitos anteriores que podem ter facilitado o surgimento do câncer.

Paciente 5: SRL (Função principal da consciência: sensação e sentimento como função auxiliar)

1) Reação emocional do paciente ao saber do diagnóstico do câncer.

Fiquei muito chateado (sentimento), veio tudo na cabeça; aquela angústia, medo (sentimento). Começou quando me entalei com um bife (sensação). Fui no Vila Alpina, fiz endoscopia e o médico disse que assim não podia ficar (sensação). O Hospital São Paulo não quis, porque disse que era muito complicado (sentimento); mas aí me mandaram pra cá e pediram um monte de exame (sensação).

2) Qual o sentido que o paciente atribui para o câncer na sua vida.

Agora meu sentido é ficar bom (sentimento); ver se a radioterapia resolve (sensação), porque do jeito que tá não dá (sentimento). Veio muita coisa na cabeça, principalmente o medo (sentimento); quando falou da radioterapia me balançou. Acho que para eu me conformar (intuição); conformar com a doença.

Análise qualitativa: Por meio de suas funções conscientes (sensação e sentimento), o paciente procura enfrentar toda a angústia que o câncer lhe gerou. Pode-se perceber a vivência de desamparo diante da busca em conseguir um local que o aceitasse tratá-lo. Ao chegar à instituição, ouvindo as recomendações e a possibilidade de combater a enfermidade, o paciente adota mecanismos defensivos adaptativos para diminuir o sofrimento, passando, inclusive, a aproximar-se de sua função inferior (intuição), por meio de uma postura mais resignada.

Paciente 6: MAA (Função principal da consciência: sensação e sentimento como função auxiliar)

1) Reação emocional do paciente ao saber do diagnóstico do câncer.

Desde o Pará eu já sabia, só que ele (sensação) falou que não era câncer. Pensei em vir pra cá pra melhorar cada vez mais (sensação). Tenho medo de não ter mais cura (sentimento).

2) Qual o sentido que o paciente atribui para o câncer na sua vida.

Eu imagino que possa ser porque trabalhei com giz (sensação).

Análise qualitativa: O paciente se defende da angústia desencadeada pelo adoecimento pelas suas funções conscientes (sensação e sentimento), o que indica que se defende do sofrimento de uma maneira mais adaptativa. No entanto, demonstra uma postura ambivalente e certo deslocamento de sua angústia, provavelmente por ainda não ter clareza da doença e por não ter conseguido integrar essa realidade em sua vida, inclusive no próprio mundo interno.

Paciente 7: JNBA (Função principal da consciência: sensação e pensamento como função auxiliar)

1) Reação emocional do paciente ao saber do diagnóstico do câncer.

A gente imagina muita coisa. Eu senti que muitas coisas eu ia ser prejudicado, nas tarefas e em várias coisas da vida (sensação e sentimento). Quando a gente descobre que é acometido pelo câncer, a gente logo pensa no pior (sentimento), porque devido ser uma doença agressiva, não deixa da gente pensar em situações que pode levar a uma ruína (pensamento). Mas aí logo a gente muda o pensamento e pensa nas possibilidades que pode alcançar (sensação). No andar da carruagem a gente vai se acalmando e começa a pensar que aquilo que era impossível é possível (sensação).

2) Qual o sentido que o paciente atribui para o câncer na sua vida.

A gente pensa num monte de fatores; a gente fica preocupado, como surgiu, como começou. A gente leva a pensar que não merecia (sentimento), mas depois pensa que não é melhor que ninguém e aí a gente leva a pensar que tanto o mal como o bem vem pra todos (sentimento). No sentido material e espiritual; no sentido de Deus, às vezes vem para aumentar minha fé, como uma prova (intuição). No sentido material, enquanto tivermos nesse corpo que pode se corromper pela enfermidade, estamos sujeitos a essas coisas (pensamento). A gente, às vezes, é punido por Deus em certas situações e conforme a punição, a gente é capaz de aceitar tanto o bem como o mal (intuição e sentimento).

Análise qualitativa: O paciente traz para o seu discurso as quatro funções psíquicas. Em sua resposta, identificamos inicialmente muita angústia pelo desencadeamento da enfermidade, mas o paciente consegue integrar de forma adaptativa suas funções menos desenvolvidas (sentimento e intuição), conseguindo, inclusive, fazer uma integração das polaridades, ao referir-se a aspectos materiais e divinos. Pode-se uma maneira ativa e assertiva para enfrentar o sofrimento, na busca de estratégias para lidar com a crise causada pela doença.

Paciente 8: JVF (Função principal da consciência: sentimento e sensação como função auxiliar)

1) Reação emocional do paciente ao saber do diagnóstico do câncer.

Nem liguei, foi dois médicos e uma médica, ele mandou me chamar, ele disse: “Você não tem cura!”. Se for pra morrer não tava nem ligando, porque acho que ele queria me assustar; mas já passei por cada coisa (pensamento). Um dos médicos disse que tinha cura e que eu ia sarar (sensação). O médico dá o remédio pra gente tomar, faz cirurgia (sensação), mas quem cura é

Deus (intuição). Eu desconfiei que era grave (sentimento); fui num japonês e pensei que era câncer; eu já desconfiava pelo que eu sentia: dor de garganta e no ouvido 24 horas (sensação). Primeiro fui na Santa Casa, me deram injeção; aí fui pras Clínicas e aí mandou pra cá.

2) Qual o sentido que o paciente atribui para o câncer na sua vida.

O médico falou que foi por causa do cigarro (sensação), mas acho que não (sentimento). A minha mãe morreu de câncer faz 10 anos, minha tia e dois tios também morreram de câncer. Nenhum fumava, nem bebia (pensamento).

Análise qualitativa: Para lidar com o surgimento da doença o paciente adota todas as quatro funções psíquicas. Inicialmente desacreditado pelos médicos, encontra amparo no atendimento recebido na instituição. Para minimizar o seu sofrimento, recorre a estratégias materiais, como a intervenção médica, e imateriais, como a intercessão divina. Ao valer-se de sua função inconsciente (pensamento), indica que não a integra de uma forma adaptativa, mas, pelo contrário, por meio dela tende a diminuir os fatos e até evitar um posicionamento assertivo e reflexivo sobre a doença.

Paciente 9: IAAM (Função principal da consciência: pensamento e intuição como função auxiliar)

1) Reação emocional do paciente ao saber do diagnóstico do câncer.

Parece que eu já sabia quando ele disse que queria falar com o meu acompanhante; eu pensei: deve ser câncer (pensamento). Aí, como eu sou direto, eu perguntei pro médico. Na hora eu fiquei normal (sentimento), mas quando voltei pra casa, foi ruim; pensei: logo, logo vou morrer (sentimento). Pensei no meu sogro que morreu disso, no meu amigo. Mas tá todo mundo comigo, minha família e agora eu vou ficar bom; eu preciso ficar bom. Tenho muita coisa pra fazer aqui ainda (sensação e sentimento).

2) Qual o sentido que o paciente atribui para o câncer na sua vida.

Não tenho noção. No começo eu tinha mania de morder palito e um dia eu engoli um (sensação). Pensei que podia ser isso, antes de ter o diagnóstico. Só o cigarro e a cerveja (sensação). Eu bebia muita cerveja. Sábado e domingo bebia um engradado de cerveja; eu e meu irmão, sempre juntos.

Análise qualitativa: Com o advento do diagnóstico, o paciente angustia-se em demasia. Paulatinamente, consegue integrar a sua função inferior (sentimento) de uma forma adaptativa, de forma que pode auxiliá-lo no enfrentamento do processo de adoecimento. O suporte familiar foi um facilitador para que o paciente pudesse fortalecer-se egoicamente e passar a acreditar na possibilidade de sua melhora.

Paciente 10: AAB (Função principal da consciência: sentimento e sensação como função auxiliar)

1) Reação emocional do paciente ao saber do diagnóstico do câncer.

Eu fiquei pensando que não tinha cura, que eu ia morrer, que eu não ia voltar pra casa mais (sentimento). Pensei na minha família que ficou em Minas, que eu não ia ver mais (sensação), que eu não ia voltar mais pra lá; pensando nos netos que eu deixei, tenho 12 netos.

2) Qual o sentido que o paciente atribui para o câncer na sua vida.

Eu fico pensando que eu não vou sarar dela (sensação), mas Deus é um bom Pai (intuição). Não tenho.

Análise qualitativa: Por meio das suas funções conscientes, o paciente procura, a princípio, lidar com a doença. Inicialmente a angústia o paralisou, manifestando dificuldade para fortalecer-se e acreditar em sua melhora. Pela sua função terciária (intuição), o paciente vislumbrou uma expectativa positiva, mostrando-se melhor adaptado e confiante para obter êxito em seu tratamento.

Paciente 11: LGC (Função principal da consciência: sentimento e sensação como função auxiliar)

1) Reação emocional do paciente ao saber do diagnóstico do câncer.

Não foi como da primeira vez. Na primeira vez o baque foi mais forte (sentimento) quando eu operei da boca. Dessa vez já aceitei mais (sentimento), porque já tinha passado por isso e aí fiquei mais calma; ciente do que eu vou passar (sensação).

2) Qual o sentido que o paciente atribui para o câncer na sua vida.

Acho que é porque eu fiz muita coisa (sentimento); bebia demais, fumava demais (sensação), acho que é mais isso.

Análise qualitativa: Por meio de suas funções conscientes, a paciente demonstra defender-se do impacto de um novo tumor de uma maneira adaptativa e racional; consegue refletir sobre as ações que possam ter facilitado o desencadeamento da doença e demonstra-se disposta a lidar com as exigências do novo tratamento.

Paciente 12: LGS (Função principal da consciência: sensação e pensamento como função auxiliar)

1) Reação emocional do paciente ao saber do diagnóstico do câncer.

Sinceramente me senti meio constrangido, pensei assim: poxa morrer e deixar a família aí, criança pequena, que depende (sentimento). Porque lógico, qualquer um sentiria. Mas depois falei: seja o que Deus quiser (intuição). Porque sei que ainda não é minha hora (sentimento). Deus põe a mão (intuição) e os médicos são o instrumento (sensação) pra fazer a obra completa.

2) Qual o sentido que o paciente atribui para o câncer na sua vida.

Olha não pensei como a doença apareceu, porque acho hoje tão comum as pessoas terem isso (pensamento). Mas aí eu pensei: logo eu (sentimento); depois eu vi que fui egoísta. Aí eu pensei, mas eu sou uma pessoa comum, como qualquer um; agora é a minha vez (sentimento). Tem que passar por isso, tem que passar (sensação).

Análise qualitativa: O paciente vale-se das quatro funções da consciência para minimizar o sofrimento despertado pelo desencadeamento da doença, assim como para fortalecer-se e enfrentar toda a situação. Baseia-se pela ajuda tangível (médicos) e intangível (Deus), de modo que indica uma expectativa conformada e esperançosa diante da crise inerente ao diagnóstico, o que pressupõe o uso de mecanismos defensivos adaptativos.

Paciente 13: BAC (Função principal da consciência: sensação e pensamento como função auxiliar)

1) Reação emocional do paciente ao saber do diagnóstico do câncer.

Me senti arrasado. Veio que era o fim da minha vida (sentimento), porque diz que o câncer não tem cura (sensação).

2) Qual o sentido que o paciente atribui para o câncer na sua vida.

A razão maior é o cigarro (sensação).

Análise qualitativa: Por meio de sua função dominante e terciária (sensação e sentimento, respectivamente), o paciente consegue verbalizar sua intensa angústia pela enfermidade; ademais, indica um severo sofrimento e uma grande dificuldade para adotar estratégias que possam reduzir a própria angústia. Desse modo, seu discurso sugere um mecanismo defensivo frágil e pouco eficaz.

Paciente 14: RR (Função principal da consciência: sensação e pensamento como função auxiliar)

1) Reação emocional do paciente ao saber do diagnóstico do câncer.

Encarei com naturalidade. Todos os problemas que eu tive, eu encarei com naturalidade; não encarei com mistério (sentimento). Acho que se tinha que acontecer, vai acontecer (intuição). O médico do Santa Marcelina, o onco, ele que me atendeu; me internou, porque eu tava desidratado (sensação). A primeira coisa que ele falou foi: você sabe do seu problema (sensação). E eu disse: eu sei; trabalhei na área da saúde (pensamento). Falei que se tiver que operar amanhã, tudo bem, quanto antes melhor (sensação).

2) Qual o sentido que o paciente atribui para o câncer na sua vida.

Eu creio que talvez por algum abuso na minha juventude (sentimento). Eu fumei muito e bebi (sensação). Acho que tudo isso favoreceu; não veio de graça não (sentimento). O cigarro comecei de moleque, talvez isso tenha me prejudicado mais.

Análise qualitativa: O paciente, ao utilizar-se das quatro funções da consciência, consegue integrar certas polaridades e mostra-se de uma maneira adaptada diante da realidade, por meio da racionalidade e da praticidade, para buscar a resolução do seu problema. De igual modo, para atribuir o que possivelmente possa ter favorecido o desencadeamento do tumor.

Paciente 15: GBS (Função principal da consciência: sensação e sentimento como função auxiliar)

1) Reação emocional do paciente ao saber do diagnóstico do câncer.

Na verdade eu reagi normal; porque sei que tem um bom tratamento, que tem cura pra isso.
Eu não me desesperei pela notícia (pensamento); até quando o médico falou isso aí, eu falei:
vamo em frente; vamo tratar pra melhorar disso aí (sensação). Não vou me desesperar
 (pensamento), nem me entregar (sensação) porque aí seria pior (sentimento).

2) Qual o sentido que o paciente atribui para o câncer na sua vida.

Através dos médicos, eles falaram que foi por causa do cigarro (sensação); parei em 95 por causa da trombose. Aí, que nem eles falaram pra mim, o cigarro, quem fuma bastante, mesmo parando, ainda por uns 20 anos você tem a nicotina no organismo. Então eles dizem que esse problema que apareceu é causado pelo cigarro. A partir do momento que falaram isso aí, faz sentido (pensamento).

Análise qualitativa: Por meio de sua função dominante, da função auxiliar e terciária (sensação, sentimento e pensamento, respectivamente), o paciente consegue defender-se de uma forma adaptativa. A função principal permite que ele se disponha a imediatamente submeter-se ao tratamento necessário para melhorar; pela função auxiliar e pela terciária, procura demonstrar o modo como enfrentou a notícia, com uma tendência à racionalidade.

Paciente 16: MASF (Função principal da consciência: sensação e sentimento como função auxiliar)

1) Reação emocional do paciente ao saber do diagnóstico do câncer.

Fiquei preocupada, mas depois me conformei (sentimento), porque pra Deus nada é difícil;
tem que confiar Nele (intuição).

2) Qual o sentido que o paciente atribui para o câncer na sua vida.

Não sei, a doença pra entrar, entra, mas pra sair é difícil. Não tenho ideia. Sentia queimor no estômago, dorzinha, mas passava (sensação).

Análise qualitativa: A paciente utiliza-se da função principal e auxiliar para procurar explicar o desencadeamento da doença e o modo como procurou enfrentar. Consegue integrar, de uma maneira consciente e adaptativa, a sua função inferior (intuição), recorrendo ao poder divino para fortalecer-se e crer na resolução do problema vivenciado.

Paciente 17: GVS (Função principal da consciência: sentimento e sensação como função auxiliar)

1) Reação emocional do paciente ao saber do diagnóstico do câncer.

Senti ruim (sentimento); porque a gente não pode comer, tomar nada. Não via a hora de chegar no hospital pra ficar bom; não vejo a hora de operar (sensação).

2) Qual o sentido que o paciente atribui para o câncer na sua vida.

Ela veio, mas não sei por qual razão (sensação); porque doença é assim, quando a gente vê, aparece (sensação).

Análise qualitativa: Pelas funções conscientes, o paciente procura descrever como foi sua reação ao diagnóstico; com um funcionamento psíquico mais prático e imediatista, proveniente de sua função principal, direciona-se à busca de resultados que tragam de volta a saúde e o equilíbrio anteriores à doença. De igual modo, revela certo sofrimento por estar temporariamente privado dos prazeres obtidos pela alimentação.

Paciente 18: GPS (Função principal da consciência: sentimento e sensação como função auxiliar)

1) Reação emocional do paciente ao saber do diagnóstico do câncer.

Eu me senti acabado (sentimento); achei que não existia mais salvação (sensação).

2) Qual o sentido que o paciente atribui para o câncer na sua vida.

Acho que foi por causa da bebida e do cigarro (sensação).

Análise qualitativa: Este paciente também procura defender-se da angústia despertada pela enfermidade, valendo-se de suas funções conscientes. No entanto, revela um grande

sofrimento e não demonstra estratégias para minimizar toda a dificuldade vivenciada, indicando mecanismos defensivos frágeis e pouco eficazes.

Paciente 19: AFS (Função principal da consciência: sensação e sentimento como função auxiliar)

1) Reação emocional do paciente ao saber do diagnóstico do câncer.

Na hora me senti caído; senti o chão lá embaixo (sentimento). Depois saí dali e pensei: “O que tiver de ser, será!” (sensação). Porque é o tipo de doença que eu nunca pensei em ter na vida; porque na minha família ninguém nunca teve essa doença. Quando tem gente na família você assimila mais isso (pensamento); mas agora tô vendo que tudo é resolúvel (sensação).

2) Qual o sentido que o paciente atribui para o câncer na sua vida.

O que eu achei que fosse, eu nunca cuidei de refluxo (sensação). Acho que foi falta de cuidado, eu nunca cuidei disso (sensação). Outra coisa eu nem penso.

Análise qualitativa: O paciente usufrui da função principal, da função auxiliar e da terciária (sensação, sentimento e pensamento, respectivamente) para lidar com a crise despertada pela descoberta do diagnóstico. Pode-se perceber um fortalecimento de seu ego, bem como a possibilidade de valer-se do mecanismo defensivo de racionalização para minimizar o sofrimento, na medida em que percebe concretamente, com o auxílio de sua função dominante, a possibilidade de resolução da doença, conforme a realização dos tratamentos recomendados pela equipe médica e sobre aspectos que possam ter favorecido o surgimento da doença.

Paciente 20: FGS (Função principal da consciência: sensação e sentimento como função auxiliar)

1) Reação emocional do paciente ao saber do diagnóstico do câncer.

Fiquei calmo; eu disse: “Eu quero ficar bom logo!” (sensação). Eu falei pra ele, que quero ficar bom.

2) Qual o sentido que o paciente atribui para o câncer na sua vida.

Não sei explicar (sensação).

Análise qualitativa: Decorrente de sua função principal o paciente procura de uma forma prática o reestabelecimento de sua saúde; evita, porém, entrar em contato com as repercussões emocionais suscitadas pelo adoecimento, adotando uma postura racional para enfrentar o problema de saúde.

Paciente 21: ADS (Função principal da consciência: pensamento e sensação como função auxiliar)

1) Reação emocional do paciente ao saber do diagnóstico do câncer.

Na verdade, eu fiquei tranquilo; não levei choque; não me espantei (sentimento). Não adianta, porque a doença vem de qualquer maneira (sensação). Se espantar é pior (sentimento); o melhor é ficar calmo né.

2) Qual o sentido que o paciente atribui para o câncer na sua vida.

Não tenho ideia porque ela apareceu. Eu acho a razão que os médicos falou, o cigarro e a cachaça (sensação). Cigarro eu já fumei e a bebida, já bebi (sensação).

Análise qualitativa: Apesar de o paciente valer-se de sua função inferior (sentimento) para descrever sua reação emocional, pode-se perceber em seu discurso um certo distanciamento acerca das emoções e sentimentos despertados pela constatação do câncer, como um mecanismo defensivo, para evitar entrar em contato com o seu mundo interno e, a partir disso, sofrer. Utiliza-se de sua racionalidade para expressar-se, com dificuldade, para apropriar-se e simbolizar o impacto da enfermidade em sua vida.

Paciente 22: CPS (Função principal da consciência: sensação e sentimento como função auxiliar)

1) Reação emocional do paciente ao saber do diagnóstico do câncer.

Eu já esperava, porque na minha família é hereditário (pensamento). Falaram pra mim e eu não me emocionei, já tava preparado (sentimento). Já foi embora cinco irmãos, meu pai e minha mãe (pensamento); agora tem eu e o Expedito. Veio pra mim a doença.

2) Qual o sentido que o paciente atribui para o câncer na sua vida.

Eu tenho uma leve impressão, porque eu gosto muito de bar e eu transpiro muito; e aquele golpe de ar, afeta a garganta (sensação) e tenho uma leve impressão que foi isso.

Análise qualitativa: Por meio da racionalidade que permeia a função terciária do paciente (pensamento), este procura explicar o porquê de sua doença e justificar o motivo pelo qual conseguiu controlar suas emoções diante da descoberta do diagnóstico. A partir disso, consegue fortalecer-se para enfrentar a nova realidade.

Paciente 23: JMVR (Função principal da consciência: pensamento e intuição como função auxiliar)

1) Reação emocional do paciente ao saber do diagnóstico do câncer.

Eu senti calmo; não senti nada diferente (pensamento). Porque quando a gente tá sentindo qualquer coisa dentro da gente, a gente espera que pode estar com algum problema (pensamento). Lógico que a gente não quer ter uma doença (sentimento), mas a minha irmã também teve esse problema no esôfago, até operou (sensação), só que não era câncer. Eu não assustei não (sentimento).

2) Qual o sentido que o paciente atribui para o câncer na sua vida.

Eu acho que eu deveria ter evitado (sensação / sentimento) antes de ter descoberto o câncer, é ter cuidado da úlcera (sensação) quando eu descobri ela. Assim como o médico falou que essa doença dá em quem fuma e bebe; e eu fumava e bebia (sensação), só que eu parei há 10 anos.

Análise qualitativa: Graças à função dominante (pensamento), o paciente procura racionalmente descrever suas impressões, embora demonstre um certo pesar pela falta de autocuidado anterior ao adoecimento, consegue integrar sua função inferior (sentimento) de uma forma adaptativa, ao conseguir expressar o descontentamento com o câncer, mas sem se paralisar emocionalmente pela enfermidade.

Paciente 24: MB (Função principal da consciência: pensamento e intuição como função auxiliar)

1) Reação emocional do paciente ao saber do diagnóstico do câncer.

Primeiro impacto mesmo foi meio duro na forma que foi passado pra mim, não foi aqui, da forma como foi passado, eu disse que não ia tratar, mesmo sabendo o que eu tinha (sentimento). Mas ouvindo o que eu ouvi aqui, ficou diferente. Eu escutei outras coisas. Achei que nem tava no Brasil; fiquei admirado da forma como fui tratado (sentimento). Minha cabeça mudou bastante e eu passei a acreditar que vou ficar bom (sensação). Meu problema, esôfago, pensei que era mais difícil de ser curado, porque tem a ver com alimentação (sensação), do que o seio, mas cada um tem uma função, mas qualquer estrago na vida da pessoa pode afetar a vida dela (sentimento). Tô muito confiante e acreditando nesse local (sensação). Não tenho medo de morrer, mas tenho medo de sofrer. Foi um choque grave, não sei se fecho a firma, se passo pra minha mulher (sentimento).

2) Qual o sentido que o paciente atribui para o câncer na sua vida.

Acredito que sim, muito nervoso que eu passei a vida toda com vários problemas emocionais. Eu perdi pai, mas não tive tempo pra lidar com isso (sentimento), porque tive que pegar o lugar dele (sensação); tive que pegar a frente de tudo. A vida inteira eu engoli sapo, eu sou de engolir (sensação) pra te provar a 10 anos que você tava errada e eu acho que isso me prejudicou muito. Isso já até saiu da minha boca: essa empresa vai me dar um câncer; tudo que ela me deu, ela vai me tirar (intuição). Como dizem o que sai da boca do homem acontece, não sei se é verdade, mas é o que tá escrito na Bíblia (sensação).

Análise qualitativa: O discurso do paciente é marcado pelas funções terciária e inferior (sensação e sentimento, respectivamente), as quais sugerem uma angústia intensa diante de toda a crise desencadeada pelo diagnóstico. Apesar de todo o sofrimento, o amparo e confiança fornecidos pelos profissionais permitem que o paciente acredite na possibilidade de melhorar; o que indica um avanço, já que inicialmente pensou em sequer tratar-se pelas informações recebidas juntamente ao diagnóstico oncológico. A possibilidade de o paciente se expressar – concretizando toda a dor e todo o sofrimento, não somente pela doença, mas por várias circunstâncias e acontecimentos de sua vida – permite certa diminuição da angústia, como uma espécie de efeito catártico.

Paciente 25: VCS (Função principal da consciência: sensação e sentimento como função auxiliar)

1) Reação emocional do paciente ao saber do diagnóstico do câncer.

Falar a verdade ele não falou diretamente pra mim; ele só falou que eu tava com tumor, mas não falou o que era diretamente; nem eu sei exatamente do que vou operar (sensação). Eu sei que é do esôfago, mas não sei como será (sensação). Não fiquei preocupado não (sentimento), porque eu tô por fora se é grave ou não é.

2) Qual o sentido que o paciente atribui para o câncer na sua vida.

Eu acho que sim, eu fumava e bebia. Os médicos falou pra eu parar (sensação) depois que eu senti isso na garganta, mas eu não parei. Agora sou obrigado (sensação).

Análise qualitativa: Valendo-se de sua função principal (sensação), o paciente indica não se apropriar do processo de enfermidade. Sugere utilizar-se do mecanismo de recalque diante da realidade atual, pois evita aprofundar-se na compreensão de seu quadro de saúde; busca, pela tendência ao imediatismo, a resolução do problema, de modo a sofrer o mínimo possível, além do desprazer obrigado pela cessação dos hábitos de etilismo e tabagismo.

Paciente 26: FPC (Função principal da consciência: sentimento e sensação como função auxiliar)

1) Reação emocional do paciente ao saber do diagnóstico do câncer.

Tipo um choque (sentimento). Eu já tava mais ou menos desconfiado que já tinha o problema. O primeiro pensamento foi correr atrás do objetivo de cura (sensação).

2) Qual o sentido que o paciente atribui para o câncer na sua vida.

Falta de cuidado (sensação). Acho que um homem só corre atrás dos médicos na hora que as coisas pioram (sensação); homem pensa que nada dará errado (intuição), ele sempre pensa que as coisas não é por aí. Quando jovem você tem que correr atrás dos médicos pra saber como vai o organismo, pra saber se tá tudo bem, porque quanto mais antes correr atrás pra resolver o problema é melhor (sensação).

Análise qualitativa: Apesar do choque inicial, naturalmente esperado, e de culpar-se pela falta de autocuidado, o paciente mostra-se em condições de aceitar o problema de saúde e a necessidade de tratamento. Utiliza-se tanto da função principal, como da função auxiliar, para adaptar-se a essa nova realidade de uma forma resignada.

Paciente 27: ACB (Função principal da consciência: sentimento e intuição como função auxiliar)

1) Reação emocional do paciente ao saber do diagnóstico do câncer.

Fiquei abalado, porque eu acho que é uma doença muito triste pra todas as pessoas que possuí. Fiquei chateado e preocupado não só com a doença e o tratamento, mas também a preocupação com a família (sentimento). Poxa vida! Eu tenho quatro netos, três filhos, duas noras. Poxa! Eles vão ficar sem mim. Só que eu não gostaria que acontecesse essa doença, nem pra mim, nem pra ninguém (sentimento).

2) Qual o sentido que o paciente atribui para o câncer na sua vida.

Eu não tenho o sentido não; nunca senti nada (sensação). Acredito que veio do problema da próstata que progrediu, apesar de eu tomar remédio (pensamento), porque eu nunca senti nada no meu estômago (sensação).

Análise qualitativa: Por sua função dominante (sentimento), o paciente verbaliza toda a sua angústia despertada pelo diagnóstico, assim como pela possibilidade de sofrimento a todos os familiares. Utiliza-se de sua função inferior (pensamento) na busca de compreender o surgimento do tumor no esôfago. No entanto, demonstra-se em intenso sofrimento, com medo da morte e sem evidência de mecanismos defensivos adaptativos, sugerindo defesas frágeis.

Paciente 28: AGS (Função principal da consciência: sensação e pensamento como função auxiliar)

1) Reação emocional do paciente ao saber do diagnóstico do câncer.

Na hora que eu fiquei sabendo fiquei com medo de ir no médico (sentimento), mas tenho que operar (sensação). Não fiquei choqueado não (sentimento); pra que que tem os médicos, pra

operar a gente (sensação).Tenho certeza que vai dar tudo certo (sensação). Tinha medo de ir no médico, porque nunca pensei que ia ficar doente (intuição).

2) Qual o sentido que o paciente atribui para o câncer na sua vida.

Por causa da cachaça, da bebedeira que eu tinha e por causa da minha alimentação. Tomava refri de madrugada, não me alimentava bem; porque quem bebe não come, não tem apetite (sensação). Eu me arrependo, mas agora tá feito (sentimento); tenho que me cuidar (sensação).

Análise qualitativa: Diante do diagnóstico, o paciente utiliza-se de sua função principal (sensação) para adaptar-se à nova realidade; e, valendo-se de sua praticidade, consegue descrever o porquê de sua enfermidade, assim como a necessidade de tratamento. Demonstra-se com estratégias adequadas para o enfrentamento e mecanismos defensivos adaptativos.

Paciente 29: OSM (Função principal da consciência: sensação e sentimento como função auxiliar)

1) Reação emocional do paciente ao saber do diagnóstico do câncer.

Não tive problema nenhum não; não tive reação nenhuma não (sensação). Não senti nada, não tive reação; não tive medo não (sentimento).

2) Qual o sentido que o paciente atribui para o câncer na sua vida.

Não deixa dúvida de não ser; a gente apronta muito na vida enquanto é novo (sensação / sentimento). Eu acredito que por tudo que eu fiz uso, não só da bebida, mas também do cigarro que eu fiz uso por 50 anos (sensação), eu acho que fez parte. A gente acha que faz bem, mas eu acho que fui prejudicado por isso. Acredito que tudo isso mexe com as coisas.

Análise qualitativa: O paciente indica o mecanismo defensivo de recalque pelo excesso de racionalidade e resistência para aprofundar-se nas repercussões oriundas da enfermidade. Por meio de sua função principal (sensação), indica a dificuldade para o aprofundamento interno, mas consegue justificar o porquê da doença, por meio de suas funções conscientes.

Paciente 30: JRR (Função principal da consciência: sensação e sentimento como função auxiliar)

1) Reação emocional do paciente ao saber do diagnóstico do câncer.

Nada.

2) Qual o sentido que o paciente atribui para o câncer na sua vida.

Pode ser que sim, pode ser que não. A doença nunca tem uma razão; ela aparece porque tem que aparecer (intuição).

Análise qualitativa: Discurso imparcial e genérico. O paciente indica valer-se do mecanismo defensivo de recalque para não entrar em contato com a realidade da doença, o que possivelmente demonstra a não apropriação do processo de adoecimento, com a adesão a uma postura de evitação. Vale-se de sua função inferior (intuição) para verbalizar sobre o sentido do câncer, porém parte de metáforas para a descrição, procurando basear-se na destinação da vida de cada um para explicar os acontecimentos vividos.

Paciente 31: VRL (Função principal da consciência: sensação e sentimento como função auxiliar)

1) Reação emocional do paciente ao saber do diagnóstico do câncer.

Olha no primeiro dia que ele falou, eu não sabia de nada; eu achei que era gastrite. Aí minha mulher abriu o exame e falou que não era muito bom. O médico disse que era lesão. Daí eu fiquei pensando: seja o que Deus quiser (intuição). Me senti tranquilo (sentimento), seja o que Deus quiser (intuição); eu quero me curar (sensação). Deus vai me curar (intuição). Eu não falto em nada, não dou moleza não, sou forte (sensação). Hoje eu fiquei mais preocupado, quando falou que a lesão era mais embaixo, deu uma secura na boca, uma leseira (sensação). Mas tem gente pior. Então eu tenho que lutar até o fim, ser forte e paciente (sensação).

2) Qual o sentido que o paciente atribui para o câncer na sua vida.

Jovem, muita extravagância, então eu culpo a mim mesmo. Eu procurei a doença, com farra, aventureiro, mulher, gandaia, praia; não me alimentava bem, bebia, bailes (sentimento / sensação). Nunca me droguei, mas bebia.

Análise qualitativa: Embora o discurso do paciente contenha sofrimento, consegue enfrentar com resiliência e valendo-se de mecanismos defensivos adaptativos a angústia desencadeada pelo adoecimento. Isso porque consegue integrar a função inferior (intuição) de uma forma positiva, referindo-se à Deus como um “bom pai”. Por meio de sua função principal (sensação), identifica as possibilidades de atuação para obter a sua melhora; adota uma postura assertiva e ativa diante da enfermidade.

Paciente 32: JMSF (Função principal da consciência: pensamento e sensação como função auxiliar)

1) Reação emocional do paciente ao saber do diagnóstico do câncer.

Me senti normal porque até aquela hora não sabia o que era e como era (sensação), e nunca eles dão a resposta. Até agora não sei se é câncer, se é maligno, se é benigno; uns falam tumor, mas pra mim tumor e câncer é a mesma coisa. A minha preocupação é quando eu vou tirar isso (SNE) e voltar a comer normal (sensação). Eles falam que tem que fazer exames e esperar (sensação) e aí já vai meses.

2) Qual o sentido que o paciente atribui para o câncer na sua vida.

Fumar eu sabia que faz mal, beber eu sei que faz mal (sensação), mas eu nunca pensei que me daria uma doença dessas (sentimento). Com certeza fiquei assim por causa do cigarro e bebida.

Análise qualitativa: Por sua função inferior (sentimento) o paciente expressa toda a sua revolta pelo diagnóstico oncológico e certo pesar pelos hábitos anteriormente praticados. A sua função auxiliar (sensação) indica sua predominância à obtenção do prazer pelos órgãos sensoriais e, decorrente da doença, toda a frustração despertada pela impossibilidade de satisfação dos mesmos. Pela pouca disponibilidade para apropriar-se da vivência, indica valer-se do mecanismo defensivo de recalque para não entrar em contato com conteúdos ansiógenos.

Paciente 33: AS (Função principal da consciência: intuição e pensamento como função auxiliar)

1) Reação emocional do paciente ao saber do diagnóstico do câncer.

Eu só perguntei o que tinha que fazer (sensação). O que tem que fazer, eu quero fazer (sensação). Na primeira vez eu sofri muito. Nessa eu aceitei (sentimento), só perguntei o que tem que fazer (sensação).

2) Qual o sentido que o paciente atribui para o câncer na sua vida.

Não, nenhum.

Análise qualitativa: O paciente já havia enfrentando um tratamento oncológico anterior. Com o diagnóstico atual, integrar a função inferior (sensação) à consciência de uma maneira adaptativa e assertiva, facilitando o enfrentamento da doença e indicando disponibilidade para aderir ao tratamento recomendado.

Paciente 34: AVC (Função principal da consciência: sensação e pensamento como função auxiliar)

1) Reação emocional do paciente ao saber do diagnóstico do câncer.

Eu pensei muito na minha família, a dificuldade que seria passar por tudo isso, começar e ter que fazer mudanças na minha vida e como ficaria tudo (sentimento). Sempre enfrentando, pra resolver isso; acreditando que mesmo no meu trabalho (sensação), que eu tenho dificuldade e eu supero; eu tenho clientes que reclamam e eu supero tudo isso e a doença, que é minha, eu tenho que enfrentar e superar ela (sensação).

2) Qual o sentido que o paciente atribui para o câncer na sua vida.

Devido eu ser uma pessoa muito dedicada a tudo que eu faço; eu me empenho muito e eu esqueci um pouco de mim, esqueci de me cuidar, de prestar atenção no que acontecia comigo (sentimento), por causa do corre corre do dia a dia (sensação), tentando fazer tudo certinho, acabei cuidando menos de mim (sentimento).

Análise qualitativa: O discurso do paciente contempla tanto a função principal como a terciária (sensação e sentimento, respectivamente), sugerindo certo contato com conteúdos do mundo interno e até inconscientes. Embora o paciente revele intensa angústia, sobretudo por todas as transformações decorrentes da doença e do déficit de seu autocuidado, transpõe todo

o seu vigor e energia anteriormente canalizados ao trabalho, para a confiança da resolução de sua doença; vale-se, por fim, do mecanismo defensivo de racionalização para minimizar o sofrimento decorrente da realidade atual.

Paciente 35: EBSS (Função principal da consciência: sentimento e sensação como função auxiliar)

1) Reação emocional do paciente ao saber do diagnóstico do câncer.

Eu me senti em paz (sentimento). No primeiro hospital fiquei nervosa (sentimento), porque a gente só vê acontecendo nos outros (sentimento). Nada me preocupa porque eu creio muito em Deus (intuição).

2) Qual o sentido que o paciente atribui para o câncer na sua vida.

Acho que é porque eu fumo (sensação).

Análise qualitativa: Apesar da reação inicialmente esperada, a confiança em Deus, integrada pela função terciária (intuição), traz amparo e esperança na resolução do problema, o que indica uma defesa adaptativa diante do diagnóstico oncológico.

Paciente 36: LFT (Função principal da consciência: sentimento e sensação como função auxiliar)

1) Reação emocional do paciente ao saber do diagnóstico do câncer.

Não senti nada não. Medo de morrer, nunca tive, morte trágica não, Deus é que sabe (intuição); só não quero sofrer (sensação). A vida é boa e a saúde também. Preocupou porque tinha saúde boa (sentimento) e aí apareceu isso aí (sensação).

2) Qual o sentido que o paciente atribui para o câncer na sua vida.

Aí tá o negócio, a mulher lá em casa fala porque eu bebia um pouquinho (sensação), a mulher fala isso. E também eu como comida gordurosa (sensação).

Análise qualitativa: O paciente indica valer-se do mecanismo defensivo de recalque, na medida em que evita entrar em contato com o processo de adoecimento. Utiliza-se de sua

função terciária (intuição) para “entregar-se” ao poder divino; apesar de a postura trazer certo alívio e diminuição da angústia, também sugere certa passividade. O dado nos é sugerido pela forma como se apropria do discurso dos outros e não consegue colocar-se pessoalmente.

Paciente 37: AB (Função principal da consciência: sentimento e intuição como função auxiliar)

1) Reação emocional do paciente ao saber do diagnóstico do câncer.

Eu desmoronei, foi uma porrada no meio do nariz. Pensei nos meus filhos, deles ficarem sozinhos, deu me despedir deles (sentimento). Esse desespero durou umas duas horas; tive uma reação muito forte, que durou uns cinco minutos (sensação), e fiquei remoendo isso por duas horas e aí eu mesmo comecei a trabalhar com essa ideia (sentimento).

2) Qual o sentido que o paciente atribui para o câncer na sua vida.

O que eu pensei é que, inclusive nessas primeiras horas, isso foi consequência de tudo o que eu carreguei na vida; as tentativas de suicídio da minha mãe; meu pai se separou da minha mãe por causa disso, depois de 35 anos de casado. Daí eu trouxe minha mãe pra morar em casa; a gente teve que mudar tudo (sentimento), tinha meus filhos de um ano e meio. Passei a morar em casa; fizemos o primeiro quarto dela, como ela foi pobre, ela teve até boneca (sensação). Eu sempre acreditei que tudo que você passa, seu sofrimento, sua ansiedade, depois estoura no corpo (sentimento).

Análise qualitativa: O discurso do paciente revela sofrimento e medo acerca do diagnóstico, porém, partindo de sua função dominante (sentimento), o paciente consegue verbalizar toda a sua angústia, chegando, inclusive, a repensar a vida e os acontecimentos que podem ter facilitado ao déficit de suas defesas imunológicas. No entanto, por meio dos próprios recursos egoicos e de uma forma ativa e assertiva, busca estratégias para enfrentar a vivência, sugerindo valer-se de mecanismos defensivos adaptativos.

Paciente 38: MNS (Função principal da consciência: sensação e pensamento como função auxiliar)

1) Reação emocional do paciente ao saber do diagnóstico do câncer.

Quando ele me falou eu fiquei calmo (sentimento), não falei nada.

2) Qual o sentido que o paciente atribui para o câncer na sua vida.

Por causa da batida do carro (sensação), o carro me atropelou e também o câncer (sensação); o médico descobriu que era câncer, cortou a cabeça e um pouco do pescoço e um mês depois saiu um tumor grande. Acho que passou pro esôfago (pensamento).

Análise qualitativa: Através da função auxiliar e da terciária (pensamento e sentimento, respectivamente) o paciente procurou lidar com o advento da enfermidade, valendo-se do mecanismo defensivo de racionalização para conformar-se com o problema; isso sugere que vem conseguindo adaptar-se à essa realidade.

Paciente 39: AJS (Função principal da consciência: intuição e pensamento como função auxiliar)

1) Reação emocional do paciente ao saber do diagnóstico do câncer.

Levei na brincadeira; como se não tivesse acontecido nada (sensação). Pra mim eu brinco da mesma maneira; eu levo sempre na brincadeira (sensação). A gente não pode levar tudo a sério, senão eu ia matando tudo esses políticos.

2) Qual o sentido que o paciente atribui para o câncer na sua vida.

O tumor, porque eu sempre tenho um ditado comigo; eu caí, quebrei o joelho em 24/12, na véspera de Natal, então eu uso um ditado: “Há males que vêm pro bem” (sentimento); então esse tombo me livrou de alguma coisa. Parar de beber e fumar (sensação).

Análise qualitativa: O discurso do paciente é marcado por sua função inferior (sensação), de forma não integrada à própria consciência, na medida em que se vale de mecanismos defensivos desadaptativos, negando a realidade da enfermidade e não entrando em contato com qualquer possibilidade de angústia. Entretanto, pela função terciária (sentimento), procura uma justificativa que lhe traga paz e conformismo, buscando, em seu repertório de vida, aspectos que possam ser ressignificados graças à enfermidade, como os hábitos de etilismo e tabagismo. Isso evidencia certo progresso psíquico.

Paciente 40: DM (Função principal da consciência: pensamento e intuição como função auxiliar)

1) Reação emocional do paciente ao saber do diagnóstico do câncer.

Lá pra baixo (sentimento), mas eu já desconfiava por causa dos sintomas (sensação). Eu tava no consultório quando eu recebi (sensação) e pra mim foi um choque; saí chorando (sentimento).

2) Qual o sentido que o paciente atribui para o câncer na sua vida.

Na realidade meu pai faleceu de câncer e eu já venho com esse câncer de pele (pensamento). Eu acho que eu matei muito passarinho; eu fui muito ruinzinho. Pode ser um castigo (sentimento); e também a vida que eu levava; fumante, bebia (sentimento / sensação).

Análise qualitativa: Pelo discurso do paciente, nota-se o sofrimento esperado diante do diagnóstico. O paciente, ainda, consegue integrar, em sua consciência, a função inferior (sentimento), pois consegue verbalizar toda a angústia desencadeada pela constatação do tumor. Além disso, pela função inferior atrelada com a função terciária (sensação), reflete sobre sua vida e seus comportamentos, ao buscar definir o sentido que a enfermidade traz para a sua vida, de tal modo que nos sugere valer-se de mecanismos defensivos adaptativos para minimizar a própria angústia.

Paciente 41: ENO (Função principal da consciência: sensação e sentimento como função auxiliar)

1) Reação emocional do paciente ao saber do diagnóstico do câncer.

Eu aceitei na boa, porque pelo exame que vinha fazendo eu imaginava o que seria; não foi um baque, já imaginava e tava me preparando do melhor jeito possível (pensamento).

2) Qual o sentido que o paciente atribui para o câncer na sua vida.

Eu esperava porque meu pai e tio já tiveram (pensamento), mas eu nunca esperei que ia acontecer comigo. Esperar coisa ruim, ninguém espera (sentimento); a gente até esquece.

Análise qualitativa: Pela função auxiliar e terciária (sentimento e pensamento, respectivamente), o paciente indica que, apesar do choque com o diagnóstico, de certo modo,

pelos seus antecedentes familiares, não descartava essa ocorrência em sua vida. Mostra-se resignado e disposto a adotar estratégias que o auxiliem no enfrentamento dessa vivência, apontando que a função terciária o favoreceu para defender-se desse sofrimento, de forma a adotar mecanismos defensivos adaptativos.

Paciente 42: JJG (Função principal da consciência: pensamento e sensação como função auxiliar)

1) Reação emocional do paciente ao saber do diagnóstico do câncer.

Eu me senti abalado (sentimento), no primeiro momento; dali 10 minutos, refletindo e pelo que eu tava sentindo, pensei: vamo tratar e acabou (sensação).

2) Qual o sentido que o paciente atribui para o câncer na sua vida.

Razão fisiológica (pensamento), não extracorpórea. Acho que é uma raiz que tá dentro da gente (sensação), que se manifesta ou não. Aí em algum momento, não um ambiente externo, mas interno, alguma sequenciuzinha falhou (pensamento).

Análise qualitativa: É somente no momento inicial à descoberta do câncer que o paciente se vale de sua função inferior (sentimento) para expressar o abatimento consequente a notícia. Logo após a reorganização psíquica, retoma as funções da consciência sobre as quais mais tem domínio (pensamento e sensação), de modo que indica estratégias de enfrentamento adequadas às exigências internas; de modo análogo, vale-se de sua praticidade para adaptar-se e diminuir seu sofrimento, dedicando-se ao tratamento.

Paciente 43: SVS (Função principal da consciência: sentimento e sensação como função auxiliar)

1) Reação emocional do paciente ao saber do diagnóstico do câncer.

Eu só fiquei preocupado, não foi uma reação assustadora (sentimento). Senti em procurar um recurso pra me ajudar e procurei parar de fumar e beber (sensação).

2) Qual o sentido que o paciente atribui para o câncer na sua vida.

A turma fala que é o cigarro (sensação), mas eu não acho, porque se fosse assim, tinha um monte de gente contaminada (sentimento).

Análise qualitativa: O paciente utiliza-se de suas funções da consciência de forma adaptativa e adequada diante da enfermidade. Embora desconfie de hábitos anteriores terem facilitado o desencadeamento da doença, procura cessar os hábitos como medida inicial para obter a própria melhora, o que nos aponta estratégias de enfrentamento pertinentes ao contexto vivenciado.

Paciente 44: JMP (Função principal da consciência: sensação e sentimento como função auxiliar)

1) Reação emocional do paciente ao saber do diagnóstico do câncer.

Me senti enfraquecido (sentimento) porque o tumor tá grande e o tumor dói, não passa nada (sensação), tem que comer na seringa; vem dor de cabeça, tontura (sensação), vem tudo. Procurei a medicina (sensação) em fevereiro, mas descobri só em agosto e hoje tô desse jeito.

2) Qual o sentido que o paciente atribui para o câncer na sua vida.

Eu não sou o primeiro não (sentimento).

Análise qualitativa: O paciente vale-se de suas funções conscientes para abarcar toda a angústia despertada pela doença, porém todas as privações sensoriais decorrentes, são geradoras de muito desconforto, o que o fragiliza ainda mais. No momento, ele somente consegue relatá-las, indicando defesas frágeis e pouco efetivas para minimizarem o sofrimento.

Paciente 45: ES (Função principal da consciência: sensação e pensamento como função auxiliar)

1) Reação emocional do paciente ao saber do diagnóstico do câncer.

Na realidade parece que eu já tinha certeza; não fiquei emocionado. Quando eu vi isso, logo imaginei o que era, pela história da minha mãe (pensamento).

2) Qual o sentido que o paciente atribui para o câncer na sua vida.

Todo mundo me fala do cigarro e da bebida (sensação), mas a minha mãe nunca bebeu e fumou e teve. Eu acho que o que tiver de ser, será (intuição).

Análise qualitativa: O paciente traz em seu discurso certa evitação quanto aos aspectos do adoecimento. Diante do histórico de sua mãe e dos hábitos praticados por esta, não consegue articular a possibilidade de certos comportamentos seus terem facilitado o surgimento da doença. De modo que, pela falta de sentido, atribui à destinação de cada pessoa os acontecimentos que lhe acometerão durante a vida, por meio da função inferior (intuição), que indica uma integração satisfatória, pois traz certo amparo para lidar com a enfermidade.

Paciente 46: GAS (Função principal da consciência: pensamento e intuição como função auxiliar)

1) Reação emocional do paciente ao saber do diagnóstico do câncer.

Normal; eu pensei em não deixar nada pra que minha mulher possa fazer; quero deixar tranqüila, sem dívida. Eu sou só alguém que será um cara a mais sem respirar (pensamento).

2) Qual o sentido que o paciente atribui para o câncer na sua vida.

Temos uma estrutura celular; no meu DNA devia tá embutido que eu ia ter essa doença (pensamento).

Análise qualitativa: Pela função dominante (pensamento) o paciente vem enfrentando a situação de forma puramente racional, desprovida de qualquer reflexão pessoal e sem entrar em contato com as repercussões emocionais inerentes ao adoecimento. Deste modo, preserva-se do sofrimento e da angústia possivelmente suscitados pela enfermidade.

Paciente 47: ALL (Função principal da consciência: sensação e sentimento como função auxiliar)

1) Reação emocional do paciente ao saber do diagnóstico do câncer.

Não fiquei chateado não, porque eu não coloco na cabeça as coisas, senão é aí que eu fico doente; se eu ponho na cabeça. Eu não posso ficar triste (sentimento).

2) Qual o sentido que o paciente atribui para o câncer na sua vida.

Não sei por ser exagerado; eu comia muito (sensação), porque ninguém mais na minha família teve isso (pensamento). Extravagância. Bebi vários tipos de bebida; fumar eu fumei (sentimento / sensação), mas parei mais de 15 anos. Pode ser que tenha pegado alguma bactéria no cemitério (sensação), na exumação, pode ser que tenha sido isso. Eu não sei, não entendo. Pode ter sido um feijão estragado (sensação).

Análise qualitativa: O discurso do paciente revela evitação para entrar em contato com sua dor, atribui-se da racionalidade para lidar com a doença. Apesar disso, consegue refletir sobre certos comportamentos que podem ter facilitado a ocorrência da enfermidade, mas expressa de modo impessoal, sugerindo dificuldade para apropriar-se do referido processo.

Paciente 48: EZ (Função principal da consciência: intuição e sentimento como função auxiliar)

1) Reação emocional do paciente ao saber do diagnóstico do câncer.

Senti que o médico exagerou e é intransigente (sensação). Eu não tenho medo do câncer e acredito na cura (sentimento). Frustração e decepção com o destino (intuição). Poxa vida, eu planejava ter força e eu não tenho (sensação / sentimento). Me senti como o Sansão quando cortaram o cabelo dele (sentimento).

2) Qual o sentido que o paciente atribui para o câncer na sua vida.

Você conhece aquele livro ou viu o filme “O Segredo”. Eu procuro estudar e compreender o livro; já até ganhei na loteria (sensação). Não é besteira, é uma criação de sincronicidade (intuição), como o Jung fala; nós criamos o nosso destino (intuição). Eu fiquei combatendo tanto os médicos e dizia que doença não existia ou era bobagem (sentimento). Não pensa nas coisas que você quer, só pensa no que você não quer (sensação). Eu falo que isso é uma miragem. Sei que estou me enganando, mas não sei como acordar. Isso é a minha vida (sentimento).

Análise qualitativa: O paciente traz em seu discurso características de sua função dominante, auxiliar e inferior (intuição, sentimento e sensação, respectivamente). Indica um grande sofrimento psíquico diante do processo de adoecimento, procurando, por meio de um uso desadaptativo de sua função auxiliar e inferior, minimizar a realidade, chegando, por vezes, a valer-se da negação como mecanismo para defender-se dessa vivência tão dolorosa que, além de enfraquecê-lo fisicamente, traz severos impactos em seu psiquismo, fragilizando-o em demasia e, inclusive, chegando a dificultar a relação com a equipe assistencial.

Paciente 49: IVS (Função principal da consciência: sensação e sentimento como função auxiliar)

1) Reação emocional do paciente ao saber do diagnóstico do câncer.

Não senti nada; recebi a notícia numa boa. Não pensei nada; só pensei em fazer o tratamento e sarar (sensação).

2) Qual o sentido que o paciente atribui para o câncer na sua vida.

Não atribuo nada.

Análise qualitativa: Por meio de sua resposta, o paciente indica dificuldade para simbolização de suas emoções e sentimentos, apesar de a função sentimento ser sua função auxiliar. Procura, graças à função dominante (sensação), adotar uma postura prática e objetiva para alcançar a finalidade de melhorar, de forma a não se aprofundar nas possíveis repercussões desta ocorrência em sua vida.

Paciente 50: MDFA (Função principal da consciência: sensação e sentimento como função auxiliar)

1) Reação emocional do paciente ao saber do diagnóstico do câncer.

Eu fiquei firme (sensação) e confiei em Deus; seja o que Deus quiser. Tô disposta pro que Deus quiser fazer comigo (intuição), tô disposta. Só não quero sofrer dores (sensação).

2) Qual o sentido que o paciente atribui para o câncer na sua vida.

Há 20 anos atrás eu tive uma bronquite e o médico me tratou e ele disse que eu ia ficar boa (sensação); mas ele disse que se não tratasse ia virar câncer (sensação), se não curasse.

Análise qualitativa: Pode-se perceber a integração da função inferior (intuição), associada à função principal (sensação), para permitir uma adaptação favorável e um enfrentamento adequado da paciente acerca do adoecimento. Isso porque, além de a paciente buscar postura ativa diante do diagnóstico, consegue adotar uma expectativa positiva que traz paz e confiança, através do poder divino.

Paciente 51: AGS (Função principal da consciência: sentimento e sensação como função auxiliar)

1) Reação emocional do paciente ao saber do diagnóstico do câncer.

Senti triste, abalado com essa doença. É uma doença muito chata. Minha mãe e uma tia minha morreram com essa doença. Imaginei que podia morrer (sentimento).

2) Qual o sentido que o paciente atribui para o câncer na sua vida.

Não associa a nada.

Análise qualitativa: O paciente utiliza-se de sua função dominante (sentimento) para manifestar toda a angústia desencadeada pelo diagnóstico oncológico; assim como, por meio de seu repertório de vida e pelas experiências de membros da família, liga-se às histórias de outrem e associa à sua vida um desfecho semelhante, de modo que sugere mecanismos defensivos frágeis.

Paciente 52: MJDM (Função principal da consciência: intuição e sentimento como função auxiliar)

1) Reação emocional do paciente ao saber do diagnóstico do câncer.

Achei que era uma situação que eu teria que passar por ela e teria que ter coragem pra enfrentar, porque sei que não é fácil (sentimento / sensação). A gente sente um sentimento de perda própria; você tá perdendo a si mesmo (sentimento / sensação); você tá sabendo que tá

chegando uma hora que você vê que ou tem ou não tem mais esperança de alguma coisa e você tem que ser muito frio pra encarar e ver até onde vai.

2) Qual o sentido que o paciente atribui para o câncer na sua vida.

De acordo com a própria orientação médica, o mal maior foi o cigarro (sensação), mas não sei se foi só por isso. Eu fumo desde os 12 anos, há 54 anos; claro que eu sei que se eu parar, vai melhorar. Creio que a razão principal foi isso aí. Eu bebia muito (sensação), tanto que tentaram me internar, mas aí teve um dia e disse que eu não precisava mais e parei.

Análise qualitativa: A partir da função inferior e da auxiliar (sensação e sentimento, respectivamente), o paciente manifesta angústia e ambivalência; demonstra, ainda, buscar estratégias para enfrentar todo o sofrimento pela via racional, em paralelo à insegurança inerente a esse processo. Por meio da função inferior, consegue verbalizar fatores que podem ter facilitado o desencadeamento do diagnóstico, mas de forma impessoal, sem indicar que a resposta lhe faça um sentido pessoal.

Paciente 53: SAS (Função principal da consciência: sensação e sentimento como função auxiliar)

1) Reação emocional do paciente ao saber do diagnóstico do câncer.

Há muito tempo não achava que fosse tão difícil e complicado, dá até nervosismo e ansiedade (sentimento) porque a comida que a gente gosta não dá pra comer (sensação). Preocupação no caso de se tornar uma doença mais grave (sentimento), mas depois que fiz endoscopia a médica (sensação) falou que não era tão grave quanto pensaram; aí fiquei mais tranquilo (sentimento).

2) Qual o sentido que o paciente atribui para o câncer na sua vida.

Há mais de 15 anos eu parei de beber, mas eu bebia e fumava (sensação) e acho que foi por isso.

Análise qualitativa: Pelas funções conscientes, o paciente consegue defender-se da realidade marcada pela doença de uma forma adaptativa, pois ao obter os esclarecimentos médicos, tranquiliza-se e renova as esperanças em sua melhora.

Paciente 54: JLN (Função principal da consciência: sentimento e sensação como função auxiliar)

1) Reação emocional do paciente ao saber do diagnóstico do câncer.

Me senti que o corpo ia fugir, agitou o sangue (sensação), mas eu vi que tem jeito e que vai curar (intuição). Eu me preocupei não por mim, mas pelos meus filhos, em dar trabalho (sentimento).

2) Qual o sentido que o paciente atribui para o câncer na sua vida.

Eu acho que veio de família, porque minha mãe morreu de câncer de esôfago (pensamento); ela não cuidou (sensação) e veio tarde. Eu não fiz mal a ninguém (sentimento) pra essa doença cair em mim.

Análise qualitativa: Pode-se perceber um grande sofrimento decorrente da enfermidade, porém o paciente vislumbra e confia em sua melhora; vale-se, ainda, de mecanismos defensivos adaptativos, oriundos, sobretudo, de sua função terciária (intuição).

Paciente 55: JRF (Função principal da consciência: sentimento e sensação como função auxiliar)

1) Reação emocional do paciente ao saber do diagnóstico do câncer.

Normal, não fiz estardalhaço; não fiquei pensando (sentimento), porque não sei se eu já previa isso; porque fazia muita extravagância (sensação / sentimento), quer dizer já estava previsto (intuição).

2) Qual o sentido que o paciente atribui para o câncer na sua vida.

A razão fui eu mesmo que causei por causa do abuso do álcool e do cigarro (sensação); já tava prevendo, mas não queria que acontecesse. Não sei explicar, mas que eu já previa, previa (intuição), porque a gente vê acontecendo com os outros.

Análise qualitativa: Apesar de o paciente conseguir integrar a função terciária às funções conscientes, ao compreender e aceitar a enfermidade, inclusive por comportamentos anteriores facilitarem o seu surgimento, o paciente em si não indica uma postura assertiva na busca de uma vida mais saudável, em termos orgânicos e emocionais. Sugere que não

consegue apropriar-se dessa situação, tampouco refletir sobre a própria postura e a própria responsabilidade para transformar a realidade vivenciada, indicando valer-se do mecanismo defensivo de recalque.

Paciente 56: LCVN (Função principal da consciência: intuição e pensamento como função auxiliar)

1) Reação emocional do paciente ao saber do diagnóstico do câncer.

Caiu a parede em cima de mim (sensação), fiquei chocado. Na hora não aceitei não (sentimento). De vez em quando caio no marasmo, fico pensando, porque comigo, mas depois melhora (sentimento). Fiquei preocupado de não poder comer mais, de sofrer com a dor (sensação).

2) Qual o sentido que o paciente atribui para o câncer na sua vida.

Comecei sentindo dificuldade para engolir (sensação); acho que tinha que passar por isso, como uma prova na vida (intuição).

Análise qualitativa: O discurso do paciente revela certa ambivalência, mas ele consegue acessar a função terciária e a inferior (sentimento e sensação, respectivamente), bem como expressar toda a angústia decorrente da doença. Por sua função dominante (intuição) busca um mecanismo para se adaptar à nova realidade e a esta aceitar, permitindo uma diminuição do sofrimento.

Paciente 57: MJS (Função principal da consciência: sensação e pensamento como função auxiliar)

1) Reação emocional do paciente ao saber do diagnóstico do câncer.

Me senti preocupado (sentimento), a gente vê que realmente não é normal pra gente (sentimento), porque a gente não espera essas coisas e vêm de repente. Medo (sentimento) a gente tem, cisma, porque a gente vê muitas coisas que passam na vida das pessoas.

2) Qual o sentido que o paciente atribui para o câncer na sua vida.

Só pode ser pelos procedimentos das comidas que a gente come Às vezes você fuma, bebe, come coisa com gordura. (sensação).

Análise qualitativa: Por meio de sua função principal e terciária (sensação e sentimento, respectivamente), o paciente manifesta toda a dor emocional diante da enfermidade, mas não demonstra um mecanismo adaptativo para reduzir o próprio sofrimento, sugerindo valer-se de defesas frágeis e pouco eficazes.

Paciente 58: RCL (Função principal da consciência: sentimento e intuição como função auxiliar)

1) Reação emocional do paciente ao saber do diagnóstico do câncer.

Primeiro dia peguei medo (sentimento), depois que eu soube da doença que eu tinha eu pensei, todo mundo passa, eu vou ter que passar(sentimento). Não me entreguei; tô me cuidando. Sou um cara ativo (sensação) e aí fiquei chateado quando me mandaram parar o serviço, porque eu nunca fiquei parado, isso me deixou deprimido; fiquei pasmo, os pensamentos são outros porque tô doente (sentimento). Não quero ficar contando pra quem não entende, não sou de ficar rodeando, conto pra todo mundo e já acaba a especulação.

2) Qual o sentido que o paciente atribui para o câncer na sua vida.

Acho que devido meu pai ter; acho que é hereditário (pensamento). Meu pai morreu com isso.

Análise qualitativa: O paciente manifesta sofrimento, inclusive pelas repercussões suscitadas pelo adoecimento, mas – graças à função dominante e terciária (sentimento e sensação, respectivamente) e apesar de certa ambivalência – tem a confiança de que pode superar essa doença; adota mecanismos defensivos adaptativos, sobretudo pela objetividade característica de sua função terciária. Consegue integrar a função inferior (pensamento), ao definir o porquê da enfermidade.

Paciente 59: HS (Função principal da consciência: sentimento e sensação como função auxiliar)

1) Reação emocional do paciente ao saber do diagnóstico do câncer.

Fiquei muito preocupado; pensei numa coisa séria, perigosa, que pode levar a morte. Quando falou que é tipo câncer, eu fiquei mais preocupado ainda. Ainda fico preocupado (sentimento).

2) Qual o sentido que o paciente atribui para o câncer na sua vida.

Eu acho que é por causa do cigarro (sensação); eu fumo há 42 anos, diminuí, mas ainda fumo. Eu fumava um maço por dia e agora um maço pra quatro dias. Agora vou ter que parar (sensação).

Análise qualitativa: Por meio de suas funções conscientes, o paciente discorre sobre a angústia desencadeada pelo diagnóstico oncológico. Graças à função auxiliar (sensação), identifica a importância de alterar certos hábitos, para que possam contribuir para o êxito de seu tratamento, o que indica que o paciente buscará, de forma ativa e racional, estratégias para enfrentar a enfermidade e minimizar o sofrimento.

Paciente 60: VBS (Função principal da consciência: pensamento e sensação como função auxiliar)

1) Reação emocional do paciente ao saber do diagnóstico do câncer.

Sinceramente como uma doença qualquer (sensação), sem medo dela, como encaro um resfriado, mas também não tô desfazendo dela, respeitando que ela é séria. Respeitando, mas sem medo.

2) Qual o sentido que o paciente atribui para o câncer na sua vida.

Coisa comum da vida; doença é doença. Talvez pela extravagância que a gente faz, eu fumo, eu já bebi (sentimento / sensação), mas não tem lógica, não tem uma razão para ela acontecer. É uma coisa comum da vida (pensamento).

Análise qualitativa: Paciente sugere mecanismo defensivo de recalque, pois não entra em contato com a realidade da doença, de forma que se distancia da possibilidade de sofrer pela descoberta do tumor e todas as consequências.

Paciente 61: SCC (Função principal da consciência: pensamento e intuição como função auxiliar)

1) Reação emocional do paciente ao saber do diagnóstico do câncer.

Como sendo uma doença normal (pensamento). Fiquei um pouco preocupado. Fiquei pensativo (sentimento), se tem cura, se não tem (sensação), como será que vai fazer (intuição).

2) Qual o sentido que o paciente atribui para o câncer na sua vida.

Na minha família geralmente fala que é o cigarro, mas tem gente que nunca fumou e tem a doença (pensamento). Pode ser que é porque eu fumo muito (sensação).

Análise qualitativa: O paciente demonstra certa evitação e desejo para não entrar em contato com a angústia suscitada por essa vivência, por meio do mecanismo defensivo de recalque, com certa contribuição de sua função predominante (pensamento). Apesar disso, utiliza-se de todas as funções da consciência para expressar-se diante do câncer. No entanto, seu discurso sugere que ainda não conseguiu adaptar-se psiquicamente a essa nova realidade, de forma que não tem uma ideia concreta do processo necessário à sua melhora.

Paciente 62: ACN (Função principal da consciência: pensamento e intuição como função auxiliar)

1) Reação emocional do paciente ao saber do diagnóstico do câncer.

Eu me senti pra achar um remédio pra combater isso (sensação) e sarar qualquer coisa. Meu negócio é resolver a parada (sensação), pra ver como eu consigo fazer pra vencer essa briga. Começar e terminar. Ou tudo ou nada (sensação).

2) Qual o sentido que o paciente atribui para o câncer na sua vida.

Eu acho que não porque eu não fui o primeiro e não serei o único, por isso não adianta desanimar (sentimento); tem que ser firme e quanto mais rápido melhor (sensação).

Análise qualitativa: Pelas funções terciária e inferior (sensação e sentimento, respectivamente), sobretudo pela terciária, o paciente adota uma postura ativa e assertiva para

combater a enfermidade; sugere disposição, assim como demonstra ansiedade e objetividade (típicas da função sensação) para lidar com as exigências do tratamento.

Paciente 63: ADS (Função principal da consciência: sensação e sentimento como função auxiliar)

1) Reação emocional do paciente ao saber do diagnóstico do câncer.

Ele me falou que eu tava com problema sério (sensação). Me senti normal, fiquei tranquilo, porque não podia fazer nada né (sentimento).

2) Qual o sentido que o paciente atribui para o câncer na sua vida.

Coisa que queimou por dentro, porque quando eu comia coisa quente doía, ou a bebida porque aí eu bebia e fazia força pra vomitar e doía (sensação).

Análise qualitativa: O paciente utiliza-se de suas funções conscientes para lidar com o diagnóstico oncológico. Sugere passividade e dificuldade para apropriar-se do processo de enfermidade, na condição de membro determinante para o sucesso do próprio tratamento. Entretanto, as mesmas funções auxiliam-no a minimizar a angústia suscitada pela referida vivência.

Paciente 64: AFC (Função principal da consciência: intuição e pensamento como função auxiliar)

1) Reação emocional do paciente ao saber do diagnóstico do câncer.]

Levei um baque tremendo, senti que acabou o mundo (sentimento).

2) Qual o sentido que o paciente atribui para o câncer na sua vida.

Sem resposta. Eu não esperava (sentimento).

Análise qualitativa: Pela função terciária (sentimento), o paciente manifesta todo o sofrimento e indignação diante da constatação da doença. De uma forma objetiva e sintética se expressa, de modo que não dá mostras de aspectos que possam auxiliá-lo no enfrentamento da situação, sugerindo o uso de mecanismos defensivos frágeis e pouco eficazes.

Paciente 65: CO (Função principal da consciência: sentimento e sensação como função auxiliar)

1) Reação emocional do paciente ao saber do diagnóstico do câncer.

Não me abalei nenhum pouco (sentimento), mas ela parece que se abalou e que queria começar a chorar. Na hora que ele falou pensei nela e na minha mãe que tem 88 anos (sentimento).

2) Qual o sentido que o paciente atribui para o câncer na sua vida.

Pode ser; eu bebia muito, eu fumo (sensação); acho que tudo foi uma consequência (pensamento).

Análise qualitativa: O paciente utiliza-se das funções dominante, auxiliar e inferior (sentimento, sensação e pensamento, respectivamente) para verbalizar a constatação do diagnóstico. Devido à função principal, tende a priorizar o bem-estar das pessoas que o cercam, de modo que não manifestou-se pessoalmente no que se refere as suas impressões ao impacto da enfermidade. Adota o mecanismo defensivo de projeção para atribuir seu possível sofrimento à esposa e à mãe idosa.

Paciente 66: AAS (Função principal da consciência: sensação e pensamento como função auxiliar)

1) Reação emocional do paciente ao saber do diagnóstico do câncer.

Fiquei preocupado com a doença (sentimento).

2) Qual o sentido que o paciente atribui para o câncer na sua vida.

Falam que é de família (pensamento); outros diz que é cigarro (sensação).

Análise qualitativa: De forma sintética e objetiva, o paciente expressa preocupação, com o auxílio de sua função terciária (sentimento), a qual permite que se possa entrar em contato com as repercussões suscitadas pelo adoecimento. No entanto, não consegue manifestar um sentido pessoal ao diagnóstico oncológico, valendo-se de informações genéricas e racionais, definidas pela sociedade.

Paciente 67: JCGN (Função principal da consciência: pensamento e sensação como função auxiliar)

1) Reação emocional do paciente ao saber do diagnóstico do câncer.

Fiquei triste (sentimento); pensei em operar (sensação), não tenho medo de operação (sentimento); quero sarar logo (sensação) e que dê tudo certo (intuição).

2) Qual o sentido que o paciente atribui para o câncer na sua vida.

Não sei porque essa doença não é só aí, não tem lógica (intuição), aparece em toda parte do corpo. Na época eu bebia muito, eu fumo; eu tomava café quente e em cima tomava água gelada (sensação).

Análise qualitativa: O paciente consegue integrar a função inferior (sentimento) de uma forma adaptativa, ao conseguir manifestar toda a angústia desencadeada pela doença. Graças a essa função, assim como pelas funções auxiliar e terciária (sensação e intuição, respectivamente), o paciente demonstra uma postura ativa para enfrentar as necessidades de combate à doença. Apesar disso, não consegue ter uma noção clara sobre o desencadeamento da enfermidade; embora refira certos hábitos anteriores, sem defini-los como corresponsáveis ao favorecimento para o surgimento do tumor.

Paciente 68: IDS (Função principal da consciência: sentimento e sensação como função auxiliar)

1) Reação emocional do paciente ao saber do diagnóstico do câncer.

Muito mal, pensei porque que aconteceu isso justo comigo, se eu faço tanta coisa de bom pros outros e acontece isso (sentimento).

2) Qual o sentido que o paciente atribui para o câncer na sua vida.

Não associa a nada.

Análise qualitativa: Pela função dominante (sentimento), o paciente verbaliza toda a sua intensa angústia pelo diagnóstico oncológico, manifestando certa revolta e indignação, além de sentir-se punido por tal ocorrência. Não é possível identificar os recursos de que o paciente

dispõe para minimizar seu sofrimento, de modo que indica o uso de mecanismos defensivos frágeis.

Paciente 69: MMFR (Função principal da consciência: intuição e sentimento como função auxiliar)

1) Reação emocional do paciente ao saber do diagnóstico do câncer.

Eu senti horrível; achei que ia morrer. Cheguei em casa, não quis falar com ninguém. Achava que tudo que falavam comigo era mentira (sentimento).

2) Qual o sentido que o paciente atribui para o câncer na sua vida.

Consequência; é uma coisa que vem para todos, só que eu nunca me imaginei com ela (sentimento). É uma consequência de tudo que acontece hoje em dia, a alimentação; exagero em tudo que você faz. Exagerei muito na comida. A bebida (sensação), mas não era todo dia; na represa eu exagerava na bebida.

Análise qualitativa: Por meio de sua função auxiliar (sentimento), o paciente discorre sobre o choque, o medo, a insegurança, a fragilidade e a indignação após a confirmação do diagnóstico. Pela função inferior (sensação), consegue identificar certos fatores e hábitos pessoais que possam ter facilitado o desencadeamento do tumor. O movimento sugere uma integração da referida função, porém não há menção sobre estratégias para fortalecer-se e buscar mecanismos adaptativos para minimizar o sofrimento, indicando defesas frágeis e pouco eficientes.

Paciente 70: MRJ (Função principal da consciência: sentimento e sensação como função auxiliar)

1) Reação emocional do paciente ao saber do diagnóstico do câncer.

Me emocionei muito; gritei, chorei, me desesperei. Eu não queria essa doença em cima de mim e não quero. Não posso ouvir falar dessa doença, não quero. Fico muito triste (sentimento / sensação).

2) Qual o sentido que o paciente atribui para o câncer na sua vida.

Apareceu por uma causa, mas que eu nem pensava (sensação / sentimento); nunca imaginei ter uma doença dessas (sentimento). Apareceu do nada, porque foi que apareceu, o que aconteceu pra isso comigo. Nunca fui dessas mulheres (sentimento), nunca fumei, nem bebi; nunca tive essa vida. Minha vida era tão legal (sensação); agora tô abandonando tudo (sentimento).

Análise qualitativa: A paciente utiliza-se de suas funções conscientes (sentimento e sensação) para manifestar toda a angústia e revolta suscitadas pelo diagnóstico. Consegue expressar a dor emocional, mas vale-se de mecanismos defensivos frágeis e ainda não vislumbra possibilidades de diminuir o sofrimento, inclusive por não identificar um motivo concreto e plausível para explicar o porquê do surgimento da doença. Considera-se como prejudicada; sugere humor deprimido e não se mostra disponível para lidar com o processo de adoecimento e tratamento.

Paciente 71: EAB (Função principal da consciência: sentimento e sensação como função auxiliar)

1) Reação emocional do paciente ao saber do diagnóstico do câncer.

Me senti normal (sentimento).

2) Qual o sentido que o paciente atribui para o câncer na sua vida.

Eu acho que foi por causa de eu me alimentar pouco; por causa que eu fumava e bebia (sensação).

Análise qualitativa: Embora o paciente se utilize das funções conscientes para expressar-se, manifesta racionalidade e evitação para entrar em contato com as possíveis repercussões suscitadas pela enfermidade. Valendo-se da praticidade de sua função auxiliar (sensação), consegue identificar possíveis comportamentos que possam ter favorecido o desencadeamento da doença.

Paciente 72: MB (Função principal da consciência: sensação e pensamento como função auxiliar)

1) Reação emocional do paciente ao saber do diagnóstico do câncer.

Normal, não fiquei preocupado. O problema é que se tiver que fazer uma operação, no esôfago é por onde você se alimenta (sensação); é essa preocupação que eu tenho (sentimento).

2) Qual o sentido que o paciente atribui para o câncer na sua vida.

Sim, por causa que eu era fumante durante muito tempo. Parei faz um ano e também eu bebia às vezes (sensação), mas eu não sei se a bebida influencia o esôfago (pensamento).

Análise qualitativa: O paciente demonstra-se angustiado, valendo-se do mecanismo defensivo de racionalização que favorece um distanciamento do contato com a enfermidade. Indica preocupação com a obtenção de satisfação pela alimentação, proveniente de sua função principal, voltando-se a essa realidade de uma forma prática e concreta, características também peculiares de sua função dominante (sensação).

Paciente 73: EAS (Função principal da consciência: sentimento e sensação como função auxiliar)

1) Reação emocional do paciente ao saber do diagnóstico do câncer.

Fiquei triste. Me preocupou muito. Chorava; dava risada de tão nervoso (sentimento).

2) Qual o sentido que o paciente atribui para o câncer na sua vida.

Diz o povo que foi por causa do cigarro (sensação). Eu não acho que foi o cigarro não, porque tem um monte de gente com esse problema. Será que todo esse povo fuma? (sentimento)

Análise qualitativa: Através de sua função principal (sentimento) o paciente manifesta a sua angústia e a indignação pelo seu diagnóstico, inclusive por não lhe fazer sentido a justificativa dada pelas pessoas de seu convívio, o que sugere mecanismos defensivos frágeis para a diminuição de seu sofrimento.

Paciente 74: MLS (Função principal da consciência: sensação e sentimento como função auxiliar)

1) Reação emocional do paciente ao saber do diagnóstico do câncer.

Pra te falar a verdade na hora eu não me assustei, só perguntei pro doutor se eu tô com câncer e ele disse que achava que sim, e disse que ia me encaminhar para a oncologia (pensamento / sensação). Confesso que depois, três, quatro dias depois a ficha caiu que eu estaria com isso. Aí caiu a ficha e a casa também (sentimento), porque aí eu fui me dar conta que eu não queria passar por isso. Veio preocupação, achei, por que eu? (sentimento) Uma coisa que eu só ouvia falar, nunca nem tinha visto. Foi aí que o sentimento baixou de verdade (sentimento).

2) Qual o sentido que o paciente atribui para o câncer na sua vida.

Talvez de eu ter fumado tanto tempo (sensação), 20 e tantos anos, possa ter ajudado e o problema do esôfago, megaesôfago (sensação).

Análise qualitativa: Pela função principal, auxiliar e terciária (sensação, sentimento e pensamento, respectivamente) o paciente demonstra todo o percurso emocional inicial ao diagnóstico. Consegue entrar em contato como seu sofrimento e refletir sobre fatores que possam ter favorecido o surgimento da doença. Demonstra-se com angústia esperada à vivência e com possibilidade de lidar com as exigências para o tratamento, por conseguir entrar em contato com as repercussões dos acontecimentos e expressá-las, valendo-se de defesas adaptativas para redução do sofrimento, sobretudo pelas funções conscientes.

Paciente 75: OTM (Função principal da consciência: sentimento e sensação como função auxiliar)

1) Reação emocional do paciente ao saber do diagnóstico do câncer.

Na hora fiquei meio bobona; procurei não pensar muito. Até hoje eu faço isso, quando eles começam a falar, eu mudo de assunto (sentimento).

2) Qual o sentido que o paciente atribui para o câncer na sua vida.

Acho que não. Nunca pensei em ter essa doença (sentimento). Achava que podia ter problema de coração, por causa da minha família, mas essa doença nunca pensei ter.

Análise qualitativa: Pelo diagnóstico inesperado, a paciente indica certa evitação, o que aponta um grande sofrimento pelo desencadeamento da doença. Apesar de adotar a função

dominante (sentimento) para se expressar, não demonstra mecanismos defensivos adaptativos para diminuir a sua angústia; pelo contrário, não dá mostras de recursos para enfrentar a situação, indicando intensa vulnerabilidade.

Paciente 76: SSS (Função principal da consciência: sensação e sentimento como função auxiliar)

1) Reação emocional do paciente ao saber do diagnóstico do câncer.

Normal. Aceitei normal. Procurei me controlar, porque é coisa da vida. Temos que aceitar o que vier da vida (pensamento).

2) Qual o sentido que o paciente atribui para o câncer na sua vida.

À toa não foi, teve alguma razão. Extravagância da vida, do corpo (sentimento / sensação). Uma doença provocada através de extravagância da vida; o vício do cigarro (sensação). Se eu não tivesse esse vício talvez não tinha acontecido.

Análise qualitativa: Pelas funções principal, auxiliar e terciária (sensação, sentimento e pensamento, respectivamente), o paciente procura justificar o porquê da enfermidade, assim como os meios racionais para enfrentá-la. Desse modo, indica certo afastamento de suas emoções, porém disposição para conviver com as necessidades do tratamento.

Paciente 77: JGP (Função principal da consciência: sentimento e sensação como função auxiliar)

1) Reação emocional do paciente ao saber do diagnóstico do câncer.

Minha reação foi normal. Me abalou quando a médica disse que eu tava com câncer, aí me abalou, mexeu com meu psicológico. Já sei que tô arriscado mesmo a perder a vida (sentimento), então tenho que aceitar (sensação), porque ninguém nasceu pra semente (sentimento), mas eu tô tentando evitar (sensação).

2) Qual o sentido que o paciente atribui para o câncer na sua vida.

A razão foi eu mesma, eu fui o causador (sentimento); eu que procurei, comendo e bebendo (sensação); praticando o mal (sentimento), coisa errada tá saindo (sensação).

Análise qualitativa: O paciente manifesta intensa angústia diante do câncer, inclusive o associa à morte próxima, conseguindo entrar em contato com as repercussões da enfermidade pela sua função principal (sentimento). Graças a essa facilidade e pela objetividade característica de sua função auxiliar (sensação), consegue refletir sobre comportamentos que possam ter favorecido o desencadeamento da doença. Apesar de todo o sofrimento, pelo uso de suas funções conscientes, defende-se do sofrimento de forma adaptativa; busca estratégias para se fortalecer e lidar com as exigências do tratamento, de forma que sugere uma adequada apropriação da vivência, com uma postura ativa e assertiva para o combate da doença.

Paciente 78: EMS (Função principal da consciência: sensação e sentimento como função auxiliar)

1) Reação emocional do paciente ao saber do diagnóstico do câncer.

Me senti meio estranho, quando ele chegou pra mim, bem sério, pra falar com brutalidade, você tá com uma úlcera e um nódulo no pâncreas, mas ele tá no esôfago e disse: “Você tem que parar de fumar agora (sensação)!”; mas eu só fiquei pensativo (sentimento). Eu não fiquei baixo astral por tá com um tumor maligno; quem vai me proteger é Deus (intuição) e os médicos (sensação). O meu problema, que eu tô achando ruim, é porque não posso comer (sensação), mas não tô achando ruim essa doença. Eu já tive dois derrames e nem sabia o que era depressão, foi uma doutora que me explicou. Mas isso aí, graças a Deus, eu não tenho. A minha boca ficou torta, mas eu me achava um príncipe. Eu tô com esse problema, mas não me afetou em nada e não vai afetar. Eu vou lutar para ficar bom desse problema (sensação).

2) Qual o sentido que o paciente atribui para o câncer na sua vida.

Eu era alcoólatra, bebia muito (sensação). Agora tô moderado, mas tomava café muito quente, isso afeta o seu estômago, mas principalmente a bebida; eu tomava um copo de pinga às 6h da manhã e só depois ia trabalhar (sensação).

Análise qualitativa: Por meio de sua função dominante (sensação), o paciente manifesta que a privação de prazer pela alimentação é geradora de sofrimento, assim como seguir as

recomendações médicas no combate a hábitos anteriores, sobretudo cessar o tabagismo. Ainda sob influência dessa função consciente, o paciente revela assertividade para enfrentar as exigências do tratamento e para alcançar a melhora. Pela função mencionada e pela integração da função inferior (intuição), pode-se perceber uma estrutura de defesa adaptativa e positiva, recorrendo-se à ajuda de Deus e dos homens, através da figura do médico.

Paciente 79: MJS (Função principal da consciência: sentimento e sensação como função auxiliar)

1) Reação emocional do paciente ao saber do diagnóstico do câncer.

Eu me senti normal, porque isso acontece com qualquer um. Eu não fiquei com medo e nem irritada (sentimento).

2) Qual o sentido que o paciente atribui para o câncer na sua vida.

Acho que foi pelo começo de gastrite, porque eu não sentia nada. Acho que foi a gastrite que virou isso aí (sensação).

Análise qualitativa: Por suas funções conscientes, a paciente demonstra-se conformada com a enfermidade, procurando defender-se da possível angústia suscitada pela mesma, recorrendo à possibilidade de que qualquer pessoa está sujeita a ser acometida pelo câncer.

Paciente 80: SAS (Função principal da consciência: sensação e sentimento como função auxiliar)

1) Reação emocional do paciente ao saber do diagnóstico do câncer.

Eu perguntei se era perigoso e se demorar pode dar câncer (sensação). O doutor disse que podia aumentar. Mas eu fico pensando que eu trato, chego lá. Só não quero parar, pra piorar; quero resolver. Vamos à luta (sensação)! Com fé em Deus, eu chego lá (intuição)!

2) Qual o sentido que o paciente atribui para o câncer na sua vida.

Só se for nervoso, pode ser (sentimento)? Minha irmã morreu de câncer e meu irmão tava com suspeita, mas meu pensamento é assim. Acho que tem tendência na família

(pensamento); os médicos falam. Se eu não cuidar, posso ir pro mesmo caminho que eles (sensação / sentimento).

Análise qualitativa: O paciente demonstra-se conformado com a doença e confiante com a melhora; revela uma postura ativa e assertiva para realizar o tratamento, valendo-se da integração de sua função inferior (intuição) de forma adaptativa, indicando uma expectativa positiva, pela confiança em Deus para o auxílio na concretização de seu objetivo. Desse modo, indica recursos de enfrentamento adequados e sugere uma adesão ao tratamento satisfatória.

Paciente 81: JB (Função principal da consciência: sensação e pensamento como função auxiliar)

1) Reação emocional do paciente ao saber do diagnóstico do câncer.

A primeira coisa que pensei foi na minha filha, nem cheguei a pensar em mim (sentimento). A palavra assusta: câncer no esôfago. O médico me explicou direitinho (sensação), mas a palavra assusta (sentimento).

2) Qual o sentido que o paciente atribui para o câncer na sua vida.

Acredito que apareceu em mim foi porque Deus quis (intuição), ou se eu fiz algo de errado (sentimento) que acusou agora; na adolescência, juventude. Mas eu acho que se apareceu em mim essa doença foi porque Deus determinou (intuição).

Análise qualitativa: Por meio da função terciária (sentimento) e pela realidade da vida do paciente, inicialmente este pensa em sua filha, sem se permitir entrar em contato com as possíveis repercussões em sua vida, decorrentes do diagnóstico. Adota características de sua função inferior (intuição) para justificar o surgimento da doença, buscando um modo adaptativo para minimizar o seu sofrimento, associando o adoecimento a uma vontade de Deus.

Paciente 82: MIPC (Função principal da consciência: sentimento e sensação como função auxiliar)

1) Reação emocional do paciente ao saber do diagnóstico do câncer.

Eu fiquei muito nervosa (sentimento). Eu queria falar que eu não tô agüentando mais isso (sentimento), de ficar só fazendo comida pro povo e não poder comer (sensação). Será que eu merecia isso, eu acho que não; já aconteceu tanta coisa comigo (sentimento).

2) Qual o sentido que o paciente atribui para o câncer na sua vida.

É como o meu marido fala que é castigo (sentimento). Mas eu acho que não, mas não sei. Acho que é culpa do cigarro (sensação), sempre fumei e olha que quando tive o AVC fiquei um ano sem fumar.

Análise qualitativa: Por meio de suas funções conscientes, a paciente manifesta intenso sofrimento, revolta e indignação pela doença; sente-se prejudicada e sobrecarregada por tantos acontecimentos difíceis em sua vida. Aliado a isso, decorrente da função sensação, outro fator importante para a paciente, suspenso pelo adoecimento, é a privação da alimentação como fonte de prazer oral. No relato, percebem-se o uso de mecanismos de defesa frágeis e a ausência de recursos de enfrentamento que possam ser fatores de apoio para minimizar a angústia.

Paciente 83: JAL (Função principal da consciência: sentimento e sensação como função auxiliar)

1) Reação emocional do paciente ao saber do diagnóstico do câncer.

A minha emoção foi, se foi pra encarar, vamo encarar! Tem que cortar logo o mal (sensação). Eu recebi como uma obrigação mesmo; tem que fazer o que tiver de ser feito (sensação); nem perguntei se era maligno ou benigno.

2) Qual o sentido que o paciente atribui para o câncer na sua vida.

Da minha família ninguém teve doença grave; na minha família eu sou o primeiro caso. Não sei se foi abuso, pelo cigarro mesmo ou se foi de nascença. Se apareceu pra mim, eu acho que foi o maldito cigarro que acabou de colaborar (sensação / sentimento).

Análise qualitativa: Graças à praticidade e à objetividade características da função auxiliar (sensação), o paciente vale-se de mecanismos defensivos adaptativos. Adota, ainda, uma

postura ativa e assertiva para lidar com a enfermidade e para submeter-se as exigências do tratamento. De modo análogo, consegue refletir sobre comportamentos anteriores que possam ter favorecido o surgimento da doença.

Paciente 84: MOM (Função principal da consciência: sensação e pensamento como função auxiliar)

1) Reação emocional do paciente ao saber do diagnóstico do câncer.

Normal. Na hora que o médico falou se leva aquele choquinho (sensação), mas agora normal. Não vejo essa coisa de outro mundo, como eu vou morrer. Tem tanto cara que tem isso e não morre (pensamento).

2) Qual o sentido que o paciente atribui para o câncer na sua vida.

Não sei se foi por alguma razão (pensamento) ou por alguma estupidez (sentimento); se foi por causa da bebida e do cigarro (sensação), aí a culpa é minha (sentimento), ou se foi vontade de Deus (intuição); e aí a gente já nasce com o que tem que passar traçado.

Análise qualitativa: Por suas funções conscientes, o paciente manifesta uma reação esperada diante da notícia, cercada de objetividade e racionalidade. Diante do surgimento do câncer, mostra-se ambivalente: apesar de apontar possíveis comportamentos facilitadores, não os associa ao desencadeamento, valendo-se inclusive de uma possível destinação na vida.

Paciente 85: JAF (Função principal da consciência: sensação e sentimento como função auxiliar)

1) Reação emocional do paciente ao saber do diagnóstico do câncer.

Fiquei na minha. Fiquei pensando em como ia ser pra poder tirar. A preocupação é ver se desce comida (sensação).

2) Qual o sentido que o paciente atribui para o câncer na sua vida.

Essa doença foi mim mesmo, por causa da bebida e do cigarro. A razão é que eu trabalhava direto, não me alimentava bem; também teve isso. Chegava em casa tarde e, às vezes, nem comia (sensação).

Análise qualitativa: Por meio de sua função dominante (sensação), o paciente verbaliza sobre o adoecimento; demonstra-se assertivo para realizar as exigências do tratamento e consciente sobre seus comportamentos que possam ter favorecido o desencadeamento do câncer. Indica defesa adaptativa e recursos de enfrentamento para lidar com a situação.

Paciente 86: JEGM (Função principal da consciência: sensação e pensamento como função auxiliar)

1) Reação emocional do paciente ao saber do diagnóstico do câncer.

Tranquilo. Já tive dois disso na família; eu tô preparado pra tudo (pensamento), até pra morte. Sou duro na queda (sensação). Aceitei naturalmente (sentimento), porque nós todos têm que ir embora, de uma forma ou de outra. Eu não tenho medo da morte.

2) Qual o sentido que o paciente atribui para o câncer na sua vida.

Eu imagino que seja hereditário. Imagino não, é (pensamento)!

Análise qualitativa: Graças às próprias funções conscientes, o paciente adota uma estrutura defensiva adaptativa, entrando em contato com a realidade, mas de uma forma objetiva e racional.

Paciente 87: JAG (Função principal da consciência: sensação e pensamento como função auxiliar)

1) Reação emocional do paciente ao saber do diagnóstico do câncer.

Pra mim eu pensei que tinha terminado tudo pra mim; os planos, projetos, acabou tudo. Perdi a vontade de fazer. Pouco tempo de vida, a morte. Preocupação em deixar a família (sentimento).

2) Qual o sentido que o paciente atribui para o câncer na sua vida.

Pode ter sido o cigarro e o álcool (sensação). Hoje faz anos que não uso, mas pode ter sido uma das razões pra isso.

Análise qualitativa: O paciente integra sua função terciária (sentimento) para expressar toda a angústia e o temor por crer que está próximo da morte. Apesar de conseguir valer-se de sua função principal para refletir sobre o surgimento do câncer, não demonstra condições do ego para enfrentar toda a vivência, sugerindo frágeis recursos para lidar com a doença.

Paciente 88: MMR (Função principal da consciência: sensação e sentimento como função auxiliar)

1) Reação emocional do paciente ao saber do diagnóstico do câncer.

Tive emoção de alegria, eu gostei dele ser real, de falar a verdade (sensação). Eu gosto das coisas direto; do jeito que ele falou (sentimento).

2) Qual o sentido que o paciente atribui para o câncer na sua vida.

Apareceu porque tinha que aparecer (intuição).

Análise qualitativa: Devido à função principal, com sua característica de objetividade, é importante para o paciente uma explicação concreta e direta acerca de sua doença, tranquilizando-o, pois passa a compreender o que tem. Desse modo, defende-se da realidade vivenciada de forma adaptativa. Para explicar o surgimento da doença, de modo pouco consciente, integra a função inferior (intuição) e não expressa o próprio ponto de vista.

Paciente 89: CPC (Função principal da consciência: sentimento e sensação como função auxiliar)

1) Reação emocional do paciente ao saber do diagnóstico do câncer.

Surpreso, mas não desesperador (sentimento). Com 72 anos muitas coisas passaram, muita coisa aconteceu, muitas pessoas morreram dessa doença e outras não. Me assustei porque não pensei que era isso, mas não assustado ao ponto de pensar em suicídio ou morrer (sentimento).

2) Qual o sentido que o paciente atribui para o câncer na sua vida.

Acho que foi exatamente os dois casos: essa fumacinha maldita e aquela caipirinha (sensação). Não tem muita gente na família com esse problema, principalmente o meu (pensamento).

Análise qualitativa: Por meio de suas funções conscientes, o paciente demonstra-se em certa angústia, porém valendo-se de mecanismos defensivos adaptativos para minimizá-la; chega, inclusive, a identificar comportamentos realizados que possam ter favorecido o surgimento da enfermidade.

Paciente 90: BMF (Função principal da consciência: sensação e sentimento como função auxiliar)

1) Reação emocional do paciente ao saber do diagnóstico do câncer.

Fiquei assustado, mas tem que ter paciência (sentimento). Acho que geralmente quem tem uma saúde melhor, fica preocupado. Minha preocupação é de morrer mais rápido, pelo problema da doença a gente fica com medo né (sentimento / sensação).

2) Qual o sentido que o paciente atribui para o câncer na sua vida.

Acontece né, não é só em mim; é quase em todos né (pensamento).

Análise qualitativa: Através de suas funções conscientes, o paciente manifesta preocupação e temor quanto à morte, dado o diagnóstico; essas demonstrações associam-se a mecanismos defensivos frágeis, que comprometem a diminuição de seu sofrimento.

ANEXO B - Aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo

APROVAÇÃO

O Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, em sessão de **16/04/2014**, **APROVOU** o Protocolo de Pesquisa nº **037/14** intitulado: **"CONTRIBUIÇÃO DA PSICOLOGIA JUNGUIANA NA HISTÓRIA NATURAL DE PACIENTES COM CÂNCER DE ESÔFAGO"** apresentado pelo Instituto do Câncer do Estado de São Paulo "Octávio Frias de Oliveira."

Cabe ao pesquisador elaborar e apresentar ao CEP-FMUSP, os relatórios parciais e final sobre a pesquisa (Resolução do Conselho Nacional de Saúde nº 466/12).

Pesquisador (a) Responsável: Ulysses Ribeiro Junior

Pesquisador (a) Executante: Stela Duarte Pinto

CEP-FMUSP, 22 de Abril de 2014.

Prof. Dr. Paulo Eurípedes Marchiori
Vice-Coordenador
Comitê de Ética em Pesquisa

Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Medicina
e-mail: cep_fm@usp.br

ANEXO C - TCLE

FACULDADE DE MEDICINA DA UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

DADOS DE IDENTIFICAÇÃO DO SUJEITO DA PESQUISA OU RESPONSÁVEL LEGAL

1. NOME: :.....

DOCUMENTO DE IDENTIDADE Nº : SEXO : .M ☐ F ☐

DATA NASCIMENTO:/...../.....

ENDEREÇO Nº APTO:

BAIRRO: CIDADE

CEP:..... TELEFONE: DDD (.....)

2.RESPONSÁVEL LEGAL

NATUREZA (grau de parentesco, tutor, curador etc.)

DOCUMENTO DE IDENTIDADE :.....SEXO: M ☐ F ☐

DATA NASCIMENTO.:/...../.....

ENDEREÇO: Nº APTO:

BAIRRO: CIDADE:

CEP: TELEFONE:DDD (.....).....

DADOS SOBRE A PESQUISA

TÍTULO DO PROTOCOLO DE PESQUISA: “Identificação da tipologia psicológica em pacientes com câncer de esôfago”.

PESQUISADOR: Stela Duarte Pinto

CARGO/FUNÇÃO: Psicóloga **INSCRIÇÃO CONSELHO REGIONAL (CRP) Nº** 89039

UNIDADE DO HCFMUSP: Instituto do Câncer do Estado de São Paulo – ICESP

3. AVALIAÇÃO DO RISCO DA PESQUISA:

RISCO MÍNIMO X	RISCO MÉDIO	☐
RISCO BAIXO ☐	RISCO MAIOR	

4.DURAÇÃO DA PESQUISA: 24 meses

☐

FACULDADE DE MEDICINA DA UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO

1 – Desenho do estudo e objetivos: Você está sendo convidado a participar deste estudo que tem como objetivo conhecer algumas de suas características de personalidade, ou melhor, a maneira como você se relaciona com você mesmo e com as pessoas ao seu redor, suas preferências, seus gostos, pois buscamos conhecer o seu jeito e os seus tipos de escolhas.

2 – Descrição dos procedimentos que serão realizados, com seus propósitos e identificação dos que forem experimentais e não rotineiros: Caso aceite participar desta pesquisa, você terá que responder um questionário chamado QUATI, que contém questões com duas possibilidades de resposta; você terá que dizer aquela que mais se aproxima ao que você faria na situação levantada na questão. Além disso, responderá a algumas perguntas que eu farei para te conhecer melhor e te dar espaço para falar do que quiser, tal como nas avaliações psicológicas realizadas na instituição. Tudo isso levará, aproximadamente, uma hora e meia. E tudo isso ocorrerá no dia em que você estiver no hospital, antes ou depois de ser atendido por algum profissional, ou ter feito algum exame.

3 – Relação dos procedimentos rotineiros e como são realizados

A sua participação nesta pesquisa não implica em nenhum procedimento além da rotina desta instituição.

4 – Descrição dos desconfortos e riscos esperados nos procedimentos dos itens 2 e 3;

Não haverá coleta de exames, nem materiais biológicos, nem será feito nenhum procedimento invasivo em você. Mas ao você se lembrar de momentos de sua vida, você poderá ter lembranças tristes e isto te deixar chateado. Por isso, estaremos sozinhos em uma sala, nenhuma outra pessoa irá nos ouvir e a partir do que você me falar, tentarei te ajudar a lidar com as lembranças que tiver, buscando encontrar um novo olhar para a situação que foi difícil lembrar de novo.

5 – Benefícios para o participante há algum benefício direto para o participante de pesquisa? Conforme você for pensando em momentos da sua vida e naquilo que você faria em certas situações que o questionário for perguntando, você pode ter algumas novas ideias sobre si mesmo. Por causa disso, este estudo poderá ajudá-lo a se conhecer um pouco mais, ou melhor, do que você já acredita. Além disso, após serem analisadas suas respostas, poderemos te informar sobre algumas de suas habilidades e também algumas dificuldades que você tem no seu dia-a-dia e no relacionamento com as pessoas.

6 – Relação de procedimentos alternativos que possam ser vantajosos, pelos quais o paciente pode optar; - se o paciente não aceitar participar deste estudo, o que acontecerá? Caso você não queira participar desta pesquisa, não haverá qualquer prejuízo para o seu tratamento. A qualquer momento do seu tratamento, você poderá ter acompanhamento psicológico, conforme a rotina da instituição.

7 – Garantia de acesso: em qualquer etapa do estudo, você terá acesso aos profissionais responsáveis pela pesquisa para esclarecimento de eventuais dúvidas. O principal investigador é o Prof. Dr. Ulysses Ribeiro Junior, que pode ser encontrado no endereço – Av. Dr. Arnaldo, 251 - Telefone: 3893-2820. Se você tiver alguma consideração ou dúvida sobre a ética da pesquisa, entre em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) –Av. Dr. Arnaldo, 455 – Instituto Oscar Freire – 2º andar– tel: 3061-8004, FAX: 3061-8004– E-mail: cep.fm@usp.br

8 – É garantida a liberdade da retirada de consentimento a qualquer momento e deixar de participar do estudo, sem qualquer prejuízo à continuidade de seu tratamento na Instituição;

09 – Direito de confidencialidade – As informações obtidas serão analisadas em conjunto com outros pacientes, não sendo divulgada a identificação de nenhum paciente; isto significa que tudo o que você me contar, eu não contarei a ninguém.

10 – Direito de ser mantido atualizado sobre os resultados parciais das pesquisas, quando em estudos abertos, ou de resultados que sejam do conhecimento dos pesquisadores;

11 – Despesas e compensações: não há despesas pessoais para o participante em qualquer fase do estudo, incluindo exames e consultas. Também não há compensação financeira relacionada à sua participação. Se existir qualquer despesa adicional, ela será absorvida pelo orçamento da pesquisa. A participação no estudo não acarretará custos para você e não será disponível nenhuma compensação financeira adicional. Você terá o direito de solicitar indenização no caso de eventuais danos decorrentes da pesquisa.

12 - Compromisso do pesquisador de utilizar os dados e o material coletado somente para esta pesquisa. As informações obtidas para esta pesquisa não serão utilizadas em nenhum outro estudo.

Acredito ter sido suficientemente informado a respeito das informações que li ou que foram lidas para mim, descrevendo o estudo “Identificação da tipologia psicológica em pacientes com câncer de esôfago”

Eu discuti com o profissional, responsável pela coleta dos dados, sobre a minha decisão em participar nesse estudo. Ficaram claros para mim quais são os propósitos do estudo, os procedimentos a serem realizados, seus desconfortos e riscos, as garantias de confidencialidade e de esclarecimentos permanentes. Ficou claro também que minha participação é isenta de despesas e que tenho garantia do acesso a tratamento hospitalar quando necessário. Concordo voluntariamente em participar deste estudo e poderei retirar o meu consentimento a qualquer momento, antes ou durante o mesmo, sem penalidades ou prejuízo ou perda de qualquer benefício que eu possa ter adquirido, ou no meu atendimento neste Serviço.

Assino 2 (duas) vias deste documento, as quais uma ficará com o médico e sua equipe e a outra via será entregue para mim.

Data / /

Assinatura do paciente/representante legal

Data / /

Assinatura da testemunha

(para casos de pacientes menores de 18 anos, analfabetos, semi-analfabetos ou portadores de deficiência auditiva ou visual.)

Declaro que obtive de forma apropriada e voluntária o Consentimento Livre e Esclarecido deste paciente ou representante legal para a participação neste estudo.

Data / /

Assinatura do profissional que obteve o consentimento