Stela Duarte Pinto

Identificação da tipologia psicológica, resiliência e suporte social para melhora da qualidade de vida de pacientes com câncer colorretal

Tese apresentada à Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo para obtenção do título de Doutor em Ciências

Programa de Ciências em Gastroenterologia
Orientador: Prof. Dr. Ulysses Ribeiro Júnior

São Paulo

2022

Stela Duarte Pinto

Identificação da tipologia psicológica, resiliência e suporte social para melhora da qualidade de vida de pacientes com câncer colorretal

Tese apresentada à Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo para obtenção do título de Doutor em Ciências

Programa de Ciências em Gastroenterologia
Orientador: Prof. Dr. Ulysses Ribeiro Júnior

São Paulo

2022

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, resiliência e suporte social para melhora da qualidade de vida de pacientes com câncer colorretal / Stela Duarte Pinto. -- São Paulo, 2022.
Tese(doutorado)--Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo.
Programa de Ciências em Gastroenterologia.
Orientador: Ulysses Ribeiro Júnior.

Descritores: 1.Neoplasias colorretais 2.Teoria Junguiana 3.Resiliência psicológica 4.Apoio social 5.Qualidade de vida 6.Tipos psicológicos

USP/FM/DBD-346/22

Responsável: Erinalva da Conceição Batista, CRB-8 6755

Aos pacientes deste estudo e a todos os pacientes oncológicos que cruzaram o meu caminho, por meio de suas questões, pude exercitar o meu propósito e apurar meu olhar para redefinir minha jornada de vida.

AGRADECIMENTOS

À Deus e a tudo o que acredito, que me aproxima do Sagrado, e me amparou ao longo deste percurso.

Ao meu orientador Prof. Dr. Ulysses Ribeiro Júnior que permitiu a realização de mais esta etapa em minha trajetória profissional.

Aos meus pais, Ezilda e Reginaldo, que desde pequena me ofereceram o melhor a todo o momento, sobretudo por acreditar em mim e no que me faz sentido, não poupando esforços para que eu tivesse muitas facilidades na vida.

À minha irmã, Sabrina, que sempre teve as palavras de incentivo e força para não me fazer sucumbir ante aos desafios de finalizar os projetos que me propus.

Ao meu esposo, Rony, pelo auxílio técnico em tarefas que tenho pouca habilidade, mas, sobretudo, pela leveza, paciência e respeito, em momentos de puro desgaste.

Aos profissionais do Instituto do Câncer do Estado de São Paulo (ICESP), que facilitaram a execução deste trabalho.

Aos professores participantes do exame de qualificação: Dra Ana Catarina, Dr Caio e Dra Natália, seus apontamentos foram norteadores para a etapa de conclusão deste trabalho.

Aos pacientes que participaram, com dedicação e boa vontade da coleta de dados, os quais muitos agradeciam, sendo que sou eu a que mais carrega gratidão, por eles dedicarem um tempo para a realização deste estudo.

Que haja coragem para mergulhar na dor e força para receber o amor.

Que venha a sabedoria para vivenciar os acontecimentos e a leveza para aceitar a vulnerabilidade da vida.

Que tenhamos presença a todo instante para não viver de memórias e sim de momentos que aquecerão a eternidade.

SUMÁRIO

Lista de abreviaturas e siglas

Lista de tabelas

Lista de quadros

Resumo

Abstract

1. INTRODUÇÃO: 13

1.1 CÂNCER COLORRETAL E TRATAMENTO CIRÚRGICO 13

1.2 CÂNCER E TIPOLOGIA PSICOLÓGICA 15

1.3 DESCRIÇÃO DOS TIPOS PSICOLÓGICOS: 23

1.4 CÂNCER E QUALIDADE DE VIDA 26

1.5 RESILIÊNCIA E SUPORTE SOCIAL 30

2. OBJETIVO GERAL: 35

2.1 OBJETIVOS ESPECÍFICOS – VIRGENS DE TRATAMENTO: 35

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS - PÓS-OPERATÓRIO : 35

3. METODOLOGIA E ANÁLISE DOS DADOS: 36

3.1 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO: 36

3.2 CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO: 36

3.3 LOCAL DO ESTUDO: 37

3.4 COLETA DOS DADOS: 37

3.4.1 Pacientes sem tratamento prévio 37

3.4.2 Pacientes após a intervenção cirúrgica 38

3.5 DESCRIÇÃO DOS INSTRUMENTOS: 39

3.5.1 Questionário de Avaliação Tipológica (QUATI): 39

3.5.2 Escala de Resiliência de Connor-Davidson para o Brasil-10^{BRASIL} (CD-RISC10^{BRASIL}): 41

3.5.3 Escala de Satisfação com o Suporte Social (ESSS): 42

3.5.4 City of Hope - Qualityoflife - OstomyQuestionnaire (COH-QOL-OQ): 42
3.6 ANÁLISE ESTATÍSTICA 43
3.7 FLUXO DO ESTUDO 44
3.7.1 Pacientes sem tratamento prévio 44
3.7.2 Pacientes após a intervenção cirúrgica 45
4. RESULTADOS 46
4.1. DADOS QUANTITATIVOS 46
4.1.1 Dados demográficos: 46
4.1.2. Dados tipológicos: 47
4.1.3 Síntese análise quantitativa: 53
4.2 DADOS QUALITATIVOS 54
4.2.1 Síntese análise qualitativa: 56
4.3 QUADRO RESUMO: DADOS QUANTITATIVOS 57
4.4 QUADRO RESUMO: DADOS QUALITATIVOS 57
5. DISCUSSÃO 58
6. CONCLUSÕES 79
REFERÊNCIAS: 80
ANEXOS 86
Anexo 1: CDRISC-10 86
Anexo 2: ESSS 87
Anexo 3 - COH-QOL-OQ– City of Hope - Questionário de Qualidade de Vida para Estomizados 88
Anexo 4: RESPOSTAS DOS PACIENTES REFERENTE AS DUAS QUESTÕES DA AVALIAÇÃO PSICOLÓGICA + ANÁLISE DAS FUNÇÕES DA CONSCIÊNCIA 94
Anexo 5: MANUAL DE ORIENTAÇÃO À EQUIPE 134

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

CCR	Câncer colorretal
CFP	Conselho Federal de Psicologia
E	Extrovertido
ESSS	Escala de Satisfação com o Suporte Social
FA	Função auxiliar
FP	Função principal
I	Introvertido
ICESP-HCFMUSP	Instituto do Câncer do Estado de São Paulo – Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo
In	Intuição
INCA	Instituto Nacional do Câncer
MBTI	*Myers-BriggsType Indicator*
Organização Mundial de Saúde	OMS
Ps	Pensamento
QUATI	Questionário de Avaliação Tipológica
QV	Qualidade de vida
RIME	Relaxamento, Imagens Mentais e Espiritualidade
SATEPSI	Sistema de Avaliação de Testes Psicológicos
Ss	Sensação
St	Sentimento
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

LISTA DE TABELAS

Tabela 1: Análise descritiva das características qualitativas estratificadas de acordo com os grupos, incluindo frequência absoluta, relativa, intervalo de confiança de 95%.....46

Tabela 2: Análise descritiva das características qualitativas estratificadas de acordo com os grupos, incluindo frequência absoluta, relativa, intervalo de confiança de 95%.....47

Tabela 3: Análise descritiva das características qualitativas dos tipos psicológicos dos pacientes, incluindo frequência absoluta, relativa, intervalo de confiança de 95%.....48

Tabela 4: Análise descritiva das características qualitativas dos tipos psicológicos, com relação ao grau de resiliência e suporte social dos pacientes, virgens de tratamento e após o tratamento cirúrgico, incluindo frequência absoluta, relativa, intervalo de confiança de 95%.....52

Tabela 5: Análise descritiva das características quantitativas estratificadas de acordo com os grupos incluindo média.....53

LISTA DE QUADROS

Quadro 1: Dois principais tipos psicológicos encontrados na amostra pesquisada.....57

Quadro 2: Síntese dos 6 tipos de defesa identificados no discurso dos pacientes.....57

Quadro 3: Descrição do processo de luto pelo câncer, como proposto por Kubler Ross.....57

RESUMO

Pinto SD. Identificação da tipologia psicológica, resiliência e suporte social para melhora da qualidade de vida de pacientes com câncer colorretal [tese]. São Paulo: Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo; 2022.

O câncer é considerado um problema de saúde pública; o câncer colorretal (CCR) acomete grande número de homens e mulheres anualmente. É importante que a equipe de saúde tenha recursos técnicos para auxiliar o paciente quanto ao manejo da crise vivenciada pelo diagnóstico oncológico, contribuindo para a identificação de recursos para o enfrentamento desta vivência. O objetivo deste estudo é identificar aspectos da personalidade dos pacientes, através dos tipos psicológicos, pela aplicação do Questionário de Avaliação Tipológica (QUATI); o grau de resiliência, através da Escala de Resiliência CD-RISC10 e suporte social, por meio da Escala de Satisfação com o Suporte Social (ESSS), em 90 pacientes recém-diagnosticados com CCR. Pelo caráter prospectivo, todos os pacientes foram acompanhados via prontuário eletrônico por um ano, após a coleta de dados. Aqueles que realizaram o procedimento cirúrgico foram reavaliados, após seis meses ou até um ano da intervenção, quanto ao grau de resiliência e suporte social. Aos pacientes estomizados, foi aplicado um questionário de Qualidade de Vida, próprio a esta população, denominado *City of Hope- Quality of life – Ostomy Questionnaire*. Foram incluídos no trabalho pacientes maiores de 18 anos, sem tratamento prévio; com ensino fundamental completo. Foram excluídos da amostra pessoas com histórico de doenças que interferissem em seu entendimento para responderem os instrumentos; pacientes analfabetos e aqueles que não tinham compreensão sobre o diagnóstico oncológico. O estudo aconteceu no Ambulatório de Cirurgia do Aparelho Digestivo, no Instituto do Câncer do Estado de São Paulo, Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (ICESP-HCFMUSP). Houve prevalência do sexo masculino, casados e com ensino fundamental completo. A maioria dos pacientes tem uma atitude predominantemente introvertida. As funções da consciência que mais se destacaram foram o sentimento e a sensação. Do total da amostra, 70% dos pacientes foram reavaliados acerca da resiliência e suporte social, porém os resultados foram semelhantes nas diferentes etapas do tratamento. Referente à resiliência, a média foi de 26 e 28 pontos, antes e após o tratamento, respectivamente; quanto ao suporte social o escore de 54 antes do tratamento, teve um acréscimo para 55 após a realização da cirurgia. Somente 35,55% dos pacientes foram estomizados e o aspecto que obteve a maior pontuação foi o bem-estar espiritual, com média de 7,5. Conclui-se que no atendimento a esses pacientes, torna-se necessário uma postura empática, com o estabelecimento de confiança e vínculo significativo, respeitando os limites e as crenças da referida população. Cabe também aos profissionais de saúde comportar-se de forma prática e objetiva, procurando fornecer orientações a partir da realidade do indivíduo.

Descritores: Neoplasias colorretais. Teoria Junguiana. Resiliência psicológica. Apoio social. Qualidade de vida. Tipos psicológicos.

ABSTRACT

Pinto SD. Identification of psychological type, resilience and social support to improve the quality of life of patients with colorectal cancer [thesis]. São Paulo: "Faculdade de Medicina , Universidade de São Paulo"; 2022.

Cancer is considered a public health problem; colorectal cancer affects a large number of men and women every year. It is important that the health team has technical resources to assist the patient in the management of the crisis experienced by cancer diagnosis, contributing to the identification of resources to coping with this experience. The aim of this study is identify aspects of patients' personality, through psychological types, through the application of Typological Assessment Questionnaire; the degree of resilience, through the CD-RISC10 Resilience Scale and social support, through the Social Support Satisfaction Scale (ESSS), in 90 newly diagnosed patients with colorectal cancer. From a prospective nature, all patients were followed up via electronic medical records for one year after data collection. Those who underwent the surgical procedure were reevaluated, after six months or up to one year of the intervention, regarding the degree of resilience and social support. To the ostomized patients, a Quality of Life questionnaire was applied to this population, called City of Hope- Qualityoflife - OstomyQuestionnaire. Patients older than 18 years of age were included in the study, without prior treatment; with complete elementary school. They were excluded from the sample people with a history of diseases that interfered with their understanding to respond to the instruments; illiterate patients and those who had no understanding of cancer diagnosis. The study took place at the Digestive Surgery Clinic at the Cancer Institute of the State of São Paulo, linked to the Hospital das Clínicas of the School of Medicine of the University of São Paulo (ICESP-HCFMUSP). There was a prevalence of males, married and with complete elementary education. Most patients have a predominantly introverted attitude. The functions of consciousness that stood out the most were feeling and sensation. Of the total sample, 70% of patients were reassessed about resilience and social support, but the results were similar in the different stages of treatment. Regarding resilience, the mean was 26 and 28 points, before and after treatment, respectively; regarding social support, the score of 54 before treatment increased to 55 after surgery. Only 35.55% of the patients were stomized and the aspect that obtained the highest score was spiritual well-being, with an average of 7.5. It is concluded that in the care of these patients, it is necessary an empathic posture, with the establishment of trust and significant bond, respecting the limits and beliefs of this population. It is also up to health professionals to behave in a practical and objective way, seeking to provide guidance from the reality of the individual.

Descriptors: Colorectal neoplasms. Jungian theory. Resilience psychological. Social support. Quality of life. Psychological types.

1. INTRODUÇÃO:

1.1 CÂNCER COLORRETAL E TRATAMENTO CIRÚRGICO

De acordo com a Organização Mundial de Saúde (OMS), o câncer é considerado a principal causa de morte nas Américas. (INCA, 2019; OMS, 2022). Este fato se dá pelas condições de maior envelhecimento da população, pela incidência de nascimentos e por questões socioeconômicas, associadas aos hábitos de vida.

Em 2020 o número de casos na região das Américas foi estimado em quatro milhões, sendo responsável por 1,4 milhão de mortes. Há uma perspectiva de 57% de aumento nesta incidência em 2040, atingindo cerca de seis milhões de pessoas. O câncer colorretal (CCR) é o segundo tipo de câncer mais comum nos homens e o terceiro nas mulheres, nesta região do globo (OMS, 2022).

Foi estimado para 2020 no Brasil, 20.540 casos novos de câncer de cólon e reto em homens e 20.470 em mulheres. Esses números correspondem a um risco estimado de 19,64 casos novos a cada 100 mil homens e 19,03 para cada 100 mil mulheres (INCA, 2019).

Com exceção dos tumores de pele não melanoma, o CCR é o segundo tipo de câncer mais frequente nos homens da região Sudeste e Centro-Oeste do Brasil; na região Sul é o terceiro mais frequente; ocupa a quarta posição nas regiões Norte e Nordeste. No tocante ao sexo feminino, esse tipo de tumor é o segundo mais frequente nas regiões Sul e Sudeste; já nas regiões Centro-Oeste, Norte e Nordeste é o terceiro mais comum (INCA, 2019).

O CCR é considerado uma doença do “estilo de vida”, na medida em que é associado à dieta da população, especialmente rica em consumo de carnes vermelhas e processadas; baixa ingestão de frutas, legumes e verduras; sobrepeso e obesidade; sedentarismo; consumo de álcool e tabaco. Estão presentes, dentro dos fatores de predisposição a esse tumor: história familiar, predisposição genética a doenças crônicas no intestino, diabetes tipo 2 e exposição à radiação ionizante (Fortes et al., 2012; INCA, 2019).

Como fatores protetores ao CCR considera-se dieta rica em fibras e a prática regular de exercícios físicos. Além disso, é possível a detecção precoce do tumor através de exames laboratoriais e colonoscópicos. Devido a este fato, têm diminuído a ocorrência de CCR em países desenvolvidos, como os Estados Unidos, país com alta expectativa de vida e com serviços de saúde acessíveis a maior parte da população (Fortes et al., 2012).

O câncer provoca uma ruptura na vida habitual da pessoa. O modo como o paciente vivencia as exigências do tratamento e os cuidados inerentes a cada uma das etapas, está associado à forma como interpreta e responde ao processo da enfermidade (Almeida et al., 2010).

O diagnóstico do CCR associa-se a perdas reais e simbólicas, pois além do paciente lidar com a crise desencadeada em sua vida pelo diagnóstico oncológico, existe a possibilidade de usar uma estomia, isto é, dispositivo inserido na região abdominal, através de intervenção cirúrgica, para eliminação das fezes (INCA 2010), fazendo com que a ruptura da sua vida se concretize no corpo.

A presença da estomia pode contribuir para o isolamento psicológico e social, associados à vivência de sentimentos negativos que permeiam as relações interpessoais, assim como pela mudança de seu corpo e da vida, do temor da recidiva e rejeição social (Almeida et al., 2010; Attolini e Gallon, 2010; Sousa et al., 2012; Kimura et al., 2013).

Após a intervenção cirúrgica a qualidade de vida (QV) do paciente também poderá ser comprometida, devido a possíveis problemas físicos, alterações no desempenho sexual, nas funções urinárias e intestinais, além das questões psicológicas e emocionais decorrentes da doença e do tratamento (Pereira et al., 2012).

O suporte familiar e de amigos mais próximos é elemento fundamental para o paciente reagir ao impacto emocional e social decorrente do adoecimento e do uso da estomia. Isto pode exigir adaptações na vida do paciente, acarretando um declínio em sua QV, independente do estoma ser provisório ou definitivo (Almeida et al., 2010; Batista et al., 2011; Kimura et al., 2013). O amparo da família, assim como o suporte espiritual, incluindo o religioso, favorecem o enfrentamento dessa nova condição e podem contribuir para a diminuição do sofrimento dos pacientes (Sousa et al., 2012).

É possível que o estado emocional do paciente antes do procedimento cirúrgico e imediatamente após, seja marcado por sintomas de ansiedade e depressão, contribuindo para maior prevalência de sentimentos negativos como o medo e sofrimento. Diante disso, é imprescindível que a equipe de saúde tenha protocolos de avaliação pré-operatória, inclusive para verificar se o paciente tem condições para desempenhar o autocuidado após a intervenção (Batista et al., 2011).

Com o avanço dos tratamentos e a melhora da sobrevida dos pacientes, os profissionais contribuem para os sobreviventes do câncer resgatarem a sua vida e ter QV durante e após o tratamento oncológico (Chaves e Gorini, 2011). Para o paciente adaptar-se a essa nova condição, por vezes, é necessário uma assistência psicológica (Kiliç et al., 2007).

O cuidado proveniente da assistência da equipe de saúde precisa estar articulado ao que faça sentido para o paciente, isso pode ocorrer por meio da escuta dos profissionais às suas necessidades e demandas de vida (Almeida et al., 2010).

Para tanto é imprescindível que a equipe multiprofissional compreenda aspectos do mundo interno de cada paciente, pois além do cuidado ser pautado nas potencialidades da pessoa, deve-se tratar a crise desencadeada pelo câncer, e desta forma oferecer soluções aos possíveis dilemas que o processo de enfermidade suscita.

1.2 CÂNCER E TIPOLOGIA PSICOLÓGICA

Em decorrência de estudos minuciosos, Jung (1976) identificou certos aspectos semelhantes nos seres humanos, de modo que pôde nos mostrar certas conceituações que nos facilitam a percepção do funcionamento da pessoa, denominados tipos psicológicos.

Podemos considerar a tipologia psicológica como uma disposição geral do ser humano. A tipologia não objetiva padronizar as pessoas, trata-se de um instrumento de investigação crítica, ao buscar oferecer ordenação metódica de conteúdos psíquicos e auxílio para a compreensão das diferenças individuais (Zacharias, 2006). Cabe salientar que tal organização, teórica e conceitual, não visa generalizar a humanidade, ao

contrário, somente aponta o caminho mais provável que cada um poderá tomar, a partir de acontecimentos em sua vida.

Ao identificar aspectos semelhantes no funcionamento psíquico dos indivíduos e características específicas, Jung definiu a tipologia psicológica como um elemento constituinte da personalidade, isto é, a tipologia é inerente à pessoa e a sua personalidade não irá se alterar de forma drástica e/ou arbitrária, ou seja, um problema como um trauma ou uma doença potencialmente fatal como o câncer, não irão transformar a tipologia do paciente (Jung, 2012).

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 melhor adaptação ao ambiente. Desta forma umas das atitudes irá se diferenciar, assim como uma das funções, a qual será considerada a função principal ou dominante. Para auxiliá-la, uma outra função será desenvolvida, mas com uma intensidade menor, denominada função auxiliar. (Jung, 2012; Zacharias, 2006).

A função auxiliar permite um complemento às considerações da função principal; embora ela tenha um 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 (Jung, 2012; Zacharias, 2006).

As duas outras funções terão seus aspectos menos desenvolvidos, pois não se desenvolverão na consciência, poderão permanecer inconscientes. Devido a isso, uma delas é denominada de função terciária, com características que se assemelham à função auxiliar; e aquela diametralmente oposta à principal, é considerada como função inferior (Jung, 2012; Zacharias, 2006).

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

Tratando-se do foco de atenção individual, temos as atitudes opostas entre si: introversão (I) e extroversão (E) (Jung, 1985), consideradas "disposições da psique em reagir e agir de uma determinada forma, baseada em uma 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 seres, aspectos físicos e concretos; e por sujeito, o que pertence ao mundo interno, tais como: representações, ideias, sentimentos e 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. De tal forma, o extrovertido adota o ponto de vista da maioria das pessoas, pois o enfoque é dado ao objeto, às circunstâncias objetivas e não por opiniões subjetivas. Já a introversão trata-se de 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. Desta forma, o introvertido, por ser introspectivo, é mais voltado à autorreflexão; se comporta abstrativamente (Jung, 1976, 2012; Zacharias, 2006).

Pessoas com uma atitude extrovertida dirigem a energia psíquica de dentro para fora delas, tendo como foco o mundo exterior. Por este 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 uma 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 se nortear 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 se manifestar. Há quatro funções psicológicas: pensamento (Ps), sentimento (St), intuição (In) e sensação (Ss). Conforme já mencionado anteriormente, cada pessoa irá valer-se de uma função principal (mais próxima à consciência), uma

função auxiliar, uma função terciária e uma função inferior (diametralmente oposta à principal e geralmente inconsciente) (Ruby, 1998).

As funções pensamento e sentimento são consideradas 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 por que; processo subjetivo partindo do próprio referencial da pessoa (Jung, 1976 e 2008).

Um sujeito com função pensamento como principal, baseia-se em um 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 a ele fornecidos. De maneira oposta é uma pessoa com função predominante sentimento, à medida que faz seu juízo de valor de modo pessoal (partindo de seu referencial ou de outras pessoas), não se detendo em lógica formal; processo que atribui ao conteúdo um valor definido no sentido de aceitação ou rejeição subjetiva (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 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 com a função intuição como principal, valem-se da percepção global dos fatos, espécie de apreensão instintiva; são imaginativos, vislumbram as possibilidades. As pessoas com função sensação predominante dão valor as 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 tais polaridades de uma forma voluntária, tal manifestação será concretizada, inclusive de forma somática. Como exemplo, uma pessoa extrovertida em excesso pode se perder dentro do objeto e para haver tal compensação e a necessidade de vivenciar a introversão esta pessoa poderá adoecer, para que se volte a si mesma como referência (Ruby, 1998).

A função inferior é a menos diferenciada das quatro funções tipológicas, de modo que é a função mais distante da consciência, pois carrega conteúdos inconscientes, de difícil contato com a realidade do sujeito. Por carregar aspectos reprimidos e rejeitados, contrários ao que a pessoa adota e tem como aptidões, sempre será mais trabalhosa acessá-la. No entanto, como parte de um desenvolvimento mais amadurecido e harmônico, ao longo de nossa vida, acontecimentos, por vezes, nos exigem a integrá-la. 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).

Desta forma uma doença pode ser considerada uma busca de integrar a vida do sujeito a uma 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 e potencialidades (Ruby, 1998).

Ruby (1998) aponta que a função sensação inferior para tornar-se consciente poderá manifestar-se via soma, isto é, como é considerada a "função do real", para fazer-se presente na vida cotidiana do indivíduo, uma das maneiras seria através de uma doença.

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. Dito de outra forma, 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 acabam desconectando-se dessa realidade, por serem mais habilidosas em funções que não valorizem tal aspecto (Ruby, 1998). 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.

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 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 conseqüências de uma doença como o câncer, leva o sujeito a se deparar com grande intensidade de sofrimento. Acredita-se que esta busca pela totalidade não precisa somente ocorrer com o advento de uma enfermidade. Para tanto, julgamos pertinente nos aprofundarmos em características da personalidade dos pacientes e na possibilidade de tal integração ocorrer dentro de um *setting* protegido e auxiliado por um profissional psicólogo.

O Psicólogo brasileiro Dr José Jorge de Moraes Zacharias desenvolveu um teste de personalidade para identificar a tipologia psicológica das pessoas, baseado na teoria de Jung, denominado Questionário de Avaliação Tipológica - QUATI (Zacharias, 2003). O QUATI foi desenvolvido a partir do inventário *Myers-BriggsType Indicator* (MBTI), traduzido para o português pelo autor do QUATI. Ambos têm a finalidade de

identificar o funcionamento psíquico das pessoas, baseado na definição do seu tipo psicológico.

O tipo psicológico é o mesmo, independente do QUATI ser aplicado após a constatação diagnóstica do câncer ou antes disso, por exemplo. Desta forma os resultados tipológicos poderão ser reproduzíveis no mesmo grupo de pacientes independente do momento em que o teste for aplicado. De igual modo, a população geral, independente do momento vivido, se for submetida à aplicação deste teste de personalidade, será definido um tipo psicológico que permanecerá idêntico no decorrer de seu envelhecimento, assim como diante das vicissitudes e crises enfrentadas ao longo da vida (Jung, 1976 e 2012).

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 (SATEPSI, 2020).

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 de tratamento.

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.

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 nossa dissertação de mestrado esta proposta foi efetivada em pacientes com câncer de esôfago. Os resultados encontrados revelaram que o maior número de pacientes desse grupo são sensação introvertido, com função auxiliar sentimento (I Ss St) e valorizam as percepções concretas que recebem através dos órgãos dos sentidos (Pinto, 2016). Diferentemente do que o estudo de Ruby (1998) apontou (descrito anteriormente), os pacientes de nossa amostra conseguem atentar-se aos estímulos corporais e integrá-los em suas vidas. No entanto, fazem o julgamento de valor baseados nas próprias convicções, devido à função auxiliar sentimento (Pinto, 2016). 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).

Apesar dos dados resultantes de nossa dissertação, cabe salientar que a proposta de identificar conteúdos da personalidade de pacientes oncológicos, tem como principal

finalidade verificar como tais características podem favorecer (ou dificultar) o processo de enfermidade e as exigências do tratamento. Na medida em que consideramos os aspectos subjetivos do indivíduo como um fragmento de sua vida, considerando, inclusive, às exigências externas e do meio social.

Deste modo, não temos como objetivo definir um perfil tipológico do paciente oncológico, mas ao constatar a tipologia desse grupo de pacientes, poderemos estruturar um modelo de atuação voltada às potencialidades do sujeito, para contribuir com o modo de enfrentamento do período da doença e tratamento.

Há uma diversidade de 16 possíveis tipos psicológicos, descritos por Jung. Para compreensão da atuação comportamental dos indivíduos de cada tipologia, segue abaixo uma breve descrição deles.

1.3 DESCRIÇÃO DOS TIPOS PSICOLÓGICOS:

Sentimento extrovertido com intuição auxiliar (E St In): 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 das outras pessoas. Perseverantes, sofrem com manifestações de indiferenças dos que lhe são próximos (Zacharias, 2003 e 2006).

Intuição extrovertida com sentimento 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 as pessoas; têm facilidade para deduzir o que as pessoas estão pensando (Zacharias, 2003 e 2006).

Pensamento extrovertido com intuição auxiliar (E Ps In): são pessoas lógicas, racionais, gostam de executar tarefas e de fazer planos a longo prazo; capazes de crítica

objetiva e analíticas. 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 auxiliar (E In Ps): são inovadoras, imaginativas, disponíveis a pensar e executar novos projetos, além de objetivas. São incansáveis na busca de resolver o que crêem como solucionável (Zacharias, 2003 e 2006).

Sentimento extrovertido com sensação 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 auxiliar (E Ss St): amistosas, adaptáveis, realistas e concretas; focalizam sua atenção no momento presente; têm dificuldade para tolerar frustração (Zacharias, 2003 e 2006).

Pensamento extrovertido com sensação 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 serem um pouco rígidas (Zacharias, 2003 e 2006).

Sensação extrovertida com pensamento 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 auxiliar (I In St): sentem-se 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 auxiliar (I St In): vulneráveis; baseiam-se em seus ideais e valores pessoais. Tendem a serem tolerantes, abertas, compreensivas e adaptáveis, desde que não se sintam internamente ameaçadas (Zacharias, 2003 e 2006).

Intuição introvertida com pensamento 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 auxiliar (I Ps In): 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 um modo lógico e racional (Zacharias, 2003 e 2006).

Sensação introvertida com sentimento auxiliar (I Ss St): são pessoas realistas, práticas e respeitam o que lhes parece concreto. Buscam serem o mais claras possíveis, 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 auxiliar (I St Ss): julgamento a partir de seus referenciais; são influenciáveis por pessoas que gostam. Geralmente tendem a serem tolerantes, flexíveis e adaptáveis desde que não sintam suas próprias ideias

ameaçadas, tornando-se inflexíveis. Dificilmente expressam suas emoções mais profundas (Zacharias, 2003 e 2006).

Sensação introvertida com pensamento 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 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 seus princípios pessoais não sejam violados (Zacharias, 2003 e 2006).

1.4 CÂNCER E QUALIDADE DE VIDA

A Qualidade de Vida (QV) é considerada multidimensional, abarcando o aspecto pessoal e subjetivo, como o grau de satisfação da pessoa com a sua vida, assim como por fatores objetivos e externos, tais como: bem-estar material e relação familiar saudável. Ao ser avaliada, a finalidade é que possa trazer tranquilidade, confiança, bem-estar e segurança ao indivíduo (Chaves e Gorini, 2011; Fortes et al., 2012).

Muitos estudos são feitos sobre a temática da QV com pacientes com CCR, pois eles permitem compreender aspectos do resultado clínico após a cirurgia, tendo em vista a perspectiva do paciente quanto à decisão terapêutica e continuidade do tratamento (Pereira et al., 2012).

Um estudo prospectivo acompanhou, após um ano da cirurgia, 947 pacientes em tratamento oncológico de CCR, em nove hospitais da Espanha. Identificou que os pacientes que têm suporte social satisfatório e são independentes para as atividades cotidianas, apresentaram nível melhor de QV e menores índices de sintomas de ansiedade e depressão, após a intervenção cirúrgica (Tejada et al., 2017).

Uma pesquisa realizada em instituições de saúde no Reino Unido acompanhou por até dois anos 871 pacientes que tiveram CCR e submeteram-se ao tratamento cirúrgico. Verificou um declínio no suporte social recebido em um terço da amostra; tal dado denota um fator de risco para a melhora da QV do grupo. Devido a isso, recomenda-se o acompanhamento especializado desde a descoberta do diagnóstico, para auxiliar no incremento da QV após o tratamento (Haviland et al., 2017).

Em centro especializado em Singapura, 400 pacientes participaram de estudo de coorte e percebeu-se que o cuidado individualizado e a relação estabelecida entre o médico e o paciente favoreceram o seguimento após a vigência do tratamento. Identificaram-se aspectos socioeconômicos como significativo para a QV nesta amostra, tais como: estar empregado, ter acesso à educação e o tipo de moradia (Seow-En et al., 2021).

Outro estudo de coorte, com 294 pacientes no Marrocos, buscou avaliar a QV de pacientes em estágio inicial de CCR, antes e após o tratamento oncológico. Constatou-se escores de fadiga, funções emocionais e sociais prejudicadas, com certa melhora após o tratamento quimioterápico, nos escores relacionados às dimensões funcionais (Mrabti et al., 2016).

Uma pesquisa realizada com 151 americanos negros com diagnóstico de câncer e também com seus familiares, responsáveis em auxiliar nos seus cuidados, foi evidenciado fadiga, dificuldade para dormir, dor e distresse. Os pacientes e seus cuidadores familiares apresentaram níveis semelhantes de distresse, porém houve o acréscimo do sofrimento físico nos pacientes; em ambos os grupos houve prejuízo na QV e bem-estar (Ellis et al., 2021).

Attolini e Gallon (2010) realizaram um estudo transversal, com 20 pacientes com CCR colostomizados, acompanhados no Ambulatório Central da Universidade de Caxias do Sul, para avaliar a QV, valendo-se da escala *WHOQOL-Bref*. Identificaram que as relações sociais apresentaram o pior índice de QV entre os entrevistados. Deste modo, as autoras propuseram que toda a equipe de saúde atue de maneira ativa e assertiva na readaptação desses pacientes à sociedade, procurando auxiliá-los a se reintegrar em programas familiares e com a sociedade de modo geral.

Outro estudo transversal, utilizando o *WHOQOL-Bref* para verificar a QV de 48 pacientes com CCR em quimioterapia ambulatorial em um hospital do Sul do Brasil, com ou sem estomia, identificou os piores índices de QV nos domínios psicológico e das relações sociais. Esse estudo verificou, ainda, que na medida em que os pacientes estão próximos ao término do tratamento quimioterápico, eles percebem uma melhora em sua QV. Apesar de avaliarem positivamente a sua QV, os pacientes do estudo não estavam satisfeitos com a saúde (Chaves e Gorini, 2011).

Tal resultado pode ser atribuído ao momento delicado em suas vidas, pois embora o tratamento tenha uma conclusão predeterminada, os temores sobre recidivas e metástases são uma realidade constante na prática clínica com esse público. O estudo evidenciou que pacientes estomizados (mesmo que temporariamente) apresentaram respostas mais negativas dos não estomizados, sobretudo referente a aspectos da autoestima, ligados a autoimagem e aparência. De modo proporcional, os pacientes sem estomia deram respostas mais positivas no domínio das relações sociais (Chaves e Gorini, 2011).

Uma pesquisa, transversal e descritivo, realizada somente com pacientes estomizados (54 no total), também utilizou o *WHOQOL-Bref*, no Departamento de Saúde do Distrito Federal, apontou que 48% dos pacientes perceberam a sua QV como ruim e 11% dos pacientes a consideraram como muito ruim. Nesse estudo foi identificado que pacientes com câncer e estomizados lidam com muitas perdas, incluindo boas condições de vida, podendo causar isolamento social, impacto psicológico, alteração em autoimagem, rebaixamento de autoestima e vivência de sentimentos negativos, podendo afetar os relacionamentos interpessoais (Kimura et al., 2013).

Na revisão de literatura do estudo de Pereira et al. (2012), selecionaram-se 28 artigos e observou-se ampla utilização do *WHOQOL-Bref* para identificar a QV dos pacientes estomizados. Os domínios mais afetados foram o psicológico, social e físico. O sexo feminino, pessoas com menor renda e que não foram orientadas sobre o estoma no pré-operatório tiveram maior alteração no domínio psicológico. Constatou-se que as mulheres sofreram mais com a transformação da imagem corporal, manifestando vergonha pela exposição de uma parte de seu corpo, por temer o afastamento das pessoas e diminuir a sua interação social. No tocante ao domínio social, houve mais

comprometimento nos pacientes que não tinham parceiros sexuais e que apresentavam metástase. Quanto ao domínio físico, observou-se que aqueles que não foram orientados no pré-operatório e que não tinham parceiros sexuais, sofreram maior impacto (Pereira et al., 2012).

Em estudo transversal e descritivo em um hospital público do Distrito Federal, 39 pacientes com estomia, provisória ou definitiva, tiveram sua QV avaliada. Os resultados apontaram que os colostomizados temporários vivenciaram angústias semelhantes àqueles que usam estomia definitiva, afetando igualmente a QV nos dois grupos. Esse estudo foi composto pela maioria de pacientes do sexo masculino (76,9%). A média de idade dos estudados foi de 53 anos, conforme estimativas da prevalência da doença. Os estomizados permanentes referiram maiores índices de dor, sugerindo que não estavam adaptados à bolsa coletora. Reforça-se a necessidade desse grupo de pacientes sobre a urgência de se adaptarem a essa condição eterna em suas vidas. Já os pacientes com estomia provisória, mostraram-se mais ansiosos (Fortes et al., 2012).

Diante da estomia, há impacto na vida sexual do paciente, sendo que a sexualidade passa a ser encarada com preocupação, angústia, medo, vergonha, isolamento, inferioridade e controle de seus desejos. Identificaram-se tais aspectos através de entrevistas semi-estruradas, com 10 pacientes atendidos em hospital público em Belo Horizonte (Batista et al., 2011). Àqueles que não tinham parceiro, evitavam entrar em nova relação, por receio da rejeição de sua atual condição (Fortes et al., 2012).

Diante dos desafios relatados, torna-se crucial nos aprofundarmos em conteúdos que visam o enfrentamento destas vivências, pois recursos adaptativos para o manejo da crise desencadeada pelo diagnóstico e tratamento oncológico, contribuirão para o aumento da QV dos pacientes com CCR. Para isso, é de vital importância que busquemos elementos internos, por meio de características comportamentais dos pacientes, como a resiliência e o que pode ampará-los no meio externo, derivado do suporte social.

1.5 RESILIÊNCIA E SUPORTE SOCIAL

Ao fortalecer-se elementos saudáveis em nossa personalidade, favorece-se a mobilização de aspectos inconscientes como possíveis recursos para enfrentar uma situação de crise (Pinto, 2016). O fato nos remete a resiliência, que pode ser conceituada como a capacidade da pessoa lidar com situações adversas, potencialmente angustiantes, de modo adaptativo (Bianchini e Dell'Aglio, 2006). Relaciona-se a processos psicossociais, já que contribui para o desenvolvimento sadio do sujeito, chegando a favorecer maior fortalecimento interno, após a vivência de uma crise. Por meio da resiliência, torna-se possível maior flexibilidade e equilíbrio diante dos acontecimentos da vida (Bianchini e Dell'Aglio, 2006; Rudnicki, 2007; Sória et al., 2009).

Por meio dos resultados encontrados em nossa dissertação de mestrado, considerou-se 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, considerados fatores de risco a etiologia do câncer de esôfago. 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 (Pinto, 2016).

Desta maneira, considerou-se pertinente compreender o grau de resiliência dos pacientes por meio de mensuração objetiva e sistemática, na medida em que isto nos permite uma visão mais ampla sobre o enfrentamento do sujeito diante das exigências decorrentes das recomendações terapêuticas. Julgou-se importante entender como o indivíduo percebe a sua capacidade de lidar com os acontecimentos da vida e controlar seus resultados (Peres et al., 2005).

A resiliência é considerada um processo dinâmico e evolutivo; caracteriza-se pela capacidade da pessoa responder de forma adaptativa e positiva, frente à vivência de acontecimentos desfavoráveis, que poderiam comprometer a saúde mental do indivíduo (Gurgel et al., 2013; Araújo et al., 2015). Nela atuam, simultaneamente, influências ambientais (provenientes de seu meio familiar, social e cultural) e características da personalidade de cada pessoa, que contribuem para que diante de situações difíceis e

adversas o sujeito as vivencie com certa competência, indicando capacidade para enfrentar, vencer, se fortalecer e até se modificar diante de um acontecimento considerado desafiador e angustiante. É através desse conceito que podemos entender porque diante de situações semelhantes, em que há um mesmo nível de estresse, há comportamentos diferentes entre os indivíduos (Lopes e Martins, 2011; Gurgel et al., 2013; Araújo et al., 2015).

Recomenda-se estudar a resiliência para compreendermos a resposta das pessoas às situações de estresse e adversidade (Lopes e Martins, 2011), elementos tão presentes diante do diagnóstico oncológico. Os resultados desses estudos poderão contribuir para a prevenção de problemas psicossociais e na promoção da saúde mental (Gurgel et al., 2013). Além disso, por se tratar de vislumbrar as potencialidades das pessoas e seus aspectos saudáveis, há um incremento às contribuições da Psicologia tradicional, que visava as alterações psicopatológicas (Araújo et al., 2015).

Sabe-se que contribui para a resiliência de pacientes com doenças graves, a confiança subjetiva em um Deus bom e amoroso (Peres et al., 2005). No tocante à diferença entre os gêneros, as pesquisas apontam que não há diferenças estatisticamente significativas entre homens e mulheres e os seus níveis de resiliência (Gurgel et al., 2013).

A resiliência é considerada um fator protetor a integridade emocional do sujeito, protegendo-o contra o estresse, depressão, ansiedade e traumas. Acredita-se que uma maior resiliência favorece um melhor enfrentamento às doenças (Araújo et al., 2015) e, consequentemente, poderá contribuir para melhor QV.

Em pacientes oncológicos observou-se que os considerados com melhor QV, são aqueles com recursos de enfrentamento positivos e resiliência. Também foi definido que os fatores de resiliência estão associados à maior ambiente familiar e social de apoio (Araújo et al., 2015).

Os autores Connor e Davidson desenvolveram um instrumento para mensurar a resiliência, denominado CD-RISC, composta por 25 questões. Após alguns estudos, criaram uma versão resumida, com 10 questões, a CD-RISC10. Este instrumento procura avaliar a percepção da pessoa diante de sua capacidade de adaptação à mudança, de superar obstáculos, se recuperar após o surgimento de doenças ou outras

dificuldades. Considerou-se uma escala com qualidades psicométricas adequadas e uma medida eficiente para mensurar a resiliência, com índice de confiabilidade acima de 0,80. O percentual de variância foi de 38%, aproximadamente; este índice é considerado satisfatório no campo das ciências sociais e do comportamento (Lopes e Martins, 2011; Araújo et al., 2015).

É recomendável que a assistência ao paciente abarque as contribuições da resiliência como um fator protetor ao enfrentamento da vivência da enfermidade, inclusive para a recomendação terapêutica e do prognóstico do paciente (Araújo et al., 2015). Devido a isso, julga-se pertinente compreender esse fator na vivência da crise oncológica vivenciada pelo CCR e possibilidade de estomia, aliado a isso, tal compreensão pode contribuir com uma avaliação pré-operatória voltada às potencialidades e dificuldades dos pacientes, facilitando a equipe de saúde na definição do processo de tratamento, respeitando as peculiaridades de cada indivíduo.

Tal como mencionado anteriormente, sabe-se que outro fator protetor diante do enfrentamento de uma enfermidade é o suporte social recebido, pois ele alivia o distresse e é considerado um elemento positivo para o paciente recuperar-se. Caracteriza-se pela disponibilidade de pessoas no qual há um vínculo significativo, de confiança e amparo (Ribeiro, 2011).

O suporte social é considerado multidimensional e pode se dar de várias maneiras: informativo (por meio de ações educativas), emocional e prático (com ajuda material); transmitido de maneira formal, através de instituições ou profissionais, ou informal, decorrente de amigos e familiares (Ribeiro, 2011).

O suporte social recebido tem impacto peculiar baseado no ciclo de vida do indivíduo. Estudo evidencia que saúde debilitada foi mais frequente entre as pessoas que tinham suporte social escasso. Em consonância a esse dado, há evidências em pacientes oncológicos de maior índice de sobrevivência àqueles que apresentaram adequado suporte social, assim como tiveram menor impacto ao diagnóstico e tratamento, decorrente desse suporte. A partir disso, pode-se entender que não ter suporte social, contribui para o desencadeamento de estresse e tê-lo, é percebido como um fator protetor, considerado um moderador de estresse (Ribeiro, 2011).

O suporte social é considerado, portanto, um recurso de enfrentamento, auxiliando as pessoas a lidar de forma mais adaptativa aos desafios inerentes a vida (Santos et al., 2003; Ribeiro, 2011). Avaliar o suporte social recebido pelo paciente pode nos permitir acessar aspectos de sua QV e bem-estar.

Estudo com 385 pessoas recém-diagnosticadas com câncer, em dois hospitais em Portugal, utilizando a Escala de Satisfação com o Suporte Social (ESSS), identificou aplicabilidade dessa escala a esse grupo de pacientes (Santos et al., 2003). Esta população manifestou-se razoavelmente satisfeita com o suporte recebido de sua família, na medida em que tal dado apontou a desorganização vivenciada por todo o ambiente familiar, diante da existência de uma doença em um de seus membros. As mulheres (maioria do estudo) referiram menor satisfação ao suporte social, na esfera da intimidade, do que os homens (Santos et al., 2003).

Em síntese, selecionaram-se a resiliência e o suporte social neste estudo, pois ambos são considerados fatores protetores diante de uma crise (tal como o desencadeamento de um câncer) e também porque a resiliência foi um dado encontrado em nossa dissertação, através da análise das entrevistas realizadas, de forma qualitativa. Devido a isso, julgamos relevante utilizarmos instrumentos mensuráveis e validados, para aprofundarmos os achados sob o ponto de vista quantitativo, como mais um elemento para nortear os cuidados a esse grupo de pacientes.

Ao logo dessa explanação pôde-se observar uma busca em trazer conteúdos positivos e saudáveis da dinâmica e funcionamento do sujeito, integrando a elementos de sua constituição, derivadas de suas características de personalidade. Temos como finalidade identificar esses elementos em um grupo de pessoas acometidas de uma grande crise em suas vidas: o desencadeamento de um câncer. Embora essa vivência se dê com a possibilidade de sofrimentos de diversas ordens, acredita-se que o ser humano carrega um potencial interno para se fortalecer e lidar com as vicissitudes da enfermidade, assim como por meio do amparo externo, proveniente de seu mundo social.

Este trabalho visa auxiliar os pacientes e a equipe multiprofissional a compreenderem que elementos saudáveis podem ser (re)descobertos ou fortalecidos devido ao diagnóstico. Através disso, também pode haver a ressignificação da vida dos pacientes, na medida em que, nos atendimentos clínicos, eles próprios referiram suas

reflexões decorrentes do porque do adoecimento, na qual, por vezes, havia uma postura unilateral para lidar com as exigências sociais, sobretudo um comportamento polarizado para dar conta das incumbências externas, ligadas às pessoas ou funções de sua responsabilidade. Por meio desse trabalho, desejamos sinalizar o quanto o ser humano ao valorizar-se e cuidar de si próprio, poderá estar mais inteiro e disposto para dedicar-se as outras demandas, porém de forma inteira e equilibrada, valorizando-se.

2. OBJETIVO GERAL:

- Identificar a tipologia psicológica, o grau de resiliência, o suporte social e a qualidade de vida em pacientes com diagnóstico de CCR.

2.1 OBJETIVOS ESPECÍFICOS – VIRGENS DE TRATAMENTO

- 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;
- Comparar a reação emocional e o sentido dado ao câncer com o tipo psicológico do paciente, observando se há correlação.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS – PÓS-OPERATÓRIO (somente aos pacientes submetidos à intervenção cirúrgica, após seis meses ou até um ano posterior ao procedimento):

- Reavaliar o grau de resiliência e suporte social dos pacientes;
- Compreender aspectos da QV dos pacientes ostomizados.

3. METODOLOGIA E ANÁLISE DOS DADOS:

Trata-se de estudo longitudinal, com característica prospectiva, pelo fato de alguns pacientes (conforme será detalhado abaixo) serem reavaliados após seis meses ou até um ano posterior à intervenção cirúrgica.

O estudo é considerado exploratório à medida que levantou informações sobre a tipologia psicológica, resiliência, suporte social e qualidade de vida, delimitando o campo de trabalho (Severino, 2013).

Considera-se um trabalho descritivo, pois houve um campo de trabalho no qual foi realizado a análise, o registro e a interpretação dos dados (Severino, 2013). Foram incluídos 90 pacientes, derivados de análise estatística.

O referido trabalho foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, por meio da Plataforma Brasil, em janeiro de 2020; foi anexado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), por se tratar de estudo que envolve seres humanos, além das demais documentações solicitadas. Foi obtido parecer favorável, tendo sido aprovado pelo CEP na Plataforma Brasil no mesmo mês, com o número de parecer 3.807.522.

3.1 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO:

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

3.2 CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO:

Pacientes com histórico de doenças que interferissem em seu entendimento para responderem os instrumentos, tais como deficiências mentais ou síndromes demenciais; pacientes analfabetos e aqueles que não tinham compreensão sobre o diagnóstico oncológico.

A partir do início da coleta de dados, 45 pacientes, preenchiam os critérios do estudo e foram encaminhados pela equipe médica. No entanto, ao serem convidados à participação, não o fizeram devido às razões explicitadas abaixo:

- Falta de interesse: 22 pacientes;
- Desconhecimento do diagnóstico: 8 pacientes;
- Ostomizados antes do início do tratamento oncológico: 6 pacientes;
- Analfabetos (critério de exclusão do teste QUATI): 3 pacientes;
- Comprometimento cognitivo: 3 pacientes;
- Deficiência visual: 1 paciente;
- Deficiência auditiva: 1 paciente;
- Intensa vulnerabilidade psicológica: 1 paciente.

3.3 LOCAL DO ESTUDO:

Ambulatório de Cirurgia do Aparelho Digestivo, no Instituto do Câncer do Estado de São Paulo, do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (ICESP-HCFMUSP).

3.4 COLETA DOS DADOS:

3.4.1 Pacientes sem tratamento prévio

A psicóloga, pesquisadora executante do projeto, apresentou aos pacientes o objetivo do estudo, na sala de espera da consulta médica. À medida que os pacientes aceitaram participar da pesquisa, foi aplicado TCLE e, posterior a isso, foram aplicados os instrumentos para a coleta dos dados.

Em uma sala individualizada, os pacientes responderam o Questionário de Avaliação Tipológica (QUATI); a Escala de Resiliência (CD-RISC10^{BRASIL}) (Anexo 1) e a Escala de Satisfação com o Suporte Social (ESSS) (Anexo 2).

Além disso, avaliaram-se de acordo com a rotina do Serviço de Psicologia da instituição, no tocante ao primeiro atendimento psicológico; a qual incluiu compreender

aspectos demográficos dos pacientes e duas questões visando conhecer algumas particularidades, 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 foram analisados individualmente, observando as funções da consciência (pensamento, sentimento, sensação e intuição) implícitas no discurso dos pacientes, associada ao seu tipo psicológico proveniente do QUATI.

Tal análise contém uma breve explanação acerca do modo de funcionamento emocional de cada participante do estudo. Assim como, buscou-se identificar conteúdos referentes ao processo de adoecimento dos pacientes, através da reação a essa crise e o possível sentido a essa vivência.

Desta forma, objetivou-se acessar o tipo de defesa do ego adotada pelo paciente, para minimizar o seu sofrimento, as estratégias de enfrentamento utilizadas e aspectos ligados à adesão ao tratamento oncológico.

Após essa primeira avaliação, todos os participantes da pesquisa foram acompanhados por prontuário eletrônico. Os pacientes que realizaram o procedimento cirúrgico, como parte do tratamento oncológico, foram reavaliados após seis meses até um ano, da realização da cirurgia.

3.4.2 Pacientes após a intervenção cirúrgica

No segundo encontro, seguindo os critérios de avaliação pós-operatória da instituição, os pacientes foram atendidos individualmente, ou seja, procurou-se compreender como o paciente se sentiu nesse período; como lidou com as mudanças inerentes à sua recuperação e, por vezes, ao uso da ostomia; como vivenciou essa fase, com a finalidade de acessar a sua rotina de vida.

Além disso, foram reaplicados a Escala de Resiliência (CD-RISC10^{BRASIL}) e a Escala de Satisfação com o Suporte Social (ESSS). Àqueles que necessitaram do dispositivo de ostomia, somados a esses instrumentos, foi aplicado um questionário de

QV próprio aos pacientes ostomizados, intitulado *City of Hope - Qualityoflife – OstomyQuestionnaire* (COH-QOL-OQ) (Anexo 3).

3.5 DESCRIÇÃO DOS INSTRUMENTOS:

3.5.1 Questionário de Avaliação Tipológica (QUATI):

Teste psicológico desenvolvido por Zacharias (2003); composto de 93 questões. Tais 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 "Vida pessoal". Cada uma das situações têm 15 questões, exceto o item pessoal, com 18; todos com duas possibilidades de resposta. Este teste visa identificar o tipo psicológico predominante na pessoa, a atitude adotada para o sujeito relacionar-se no mundo e com os demais seres, e também as funções psicológicas dominante e auxiliar.

A partir da aplicação deste questionário, pode-se extrair 16 tipos psicológicos, todos com uma atitude, uma função principal e uma auxiliar, conforme descritos na introdução: I SsPs; I PsSs; I In Ps; I St In; I Ps In; I SsSt; I StSs; I In St; E SsPs; E PsSs; E SsSt; E In St; E In Ps; E Ps In; E StSs; E St In.

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 à função principal e o auxilia.

A partir dessa definição, há melhor compreensão da estrutura de personalidade do paciente, à medida que ele responde as 93 perguntas, muitas delas se complementam ou se contradizem, isto é, ao longo da aplicação do teste, o paciente 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 menor pelo maior 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 à função principal; o de menor valor é considerado como função auxiliar.

Por se tratar de teste psicológico, é instrumento de uso restrito aos psicólogos. O mesmo 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; sua reprodução é proibida.

O Conselho Federal Psicologia (CFP) na resolução 09/2018 menciona que realiza pesquisas para verificar a qualidade técnica, científica e ética dos testes psicológicos, exigindo-os que mantenham adequado padrão para a continuidade de sua aplicação (Rueda e Zanini, 2018).

De acordo com a Resolução CFP 005/2012 referente aos testes psicológicos, está descrito que "são procedimentos sistemáticos de observação e registro de amostras de comportamentos e respostas de indivíduos com o objetivo de descrever e/ou mensurar características e processos psicológicos, compreendidos tradicionalmente nas áreas emoção / afeto, cognição / inteligência, motivação, personalidade, psicomotricidade, atenção, memória, percepção". No caso do QUATI ele se inclui no quesito personalidade (CFP, 2003).

Seguindo os requisitos do CFP diante de testes como o QUATI, torna-se preciso a apresentação da fundamentação teórica e uma síntese de conteúdos necessários que englobam o instrumento, tais como: a sua finalidade, público alvo, normas para aplicação e correção, exemplos de mensuração, análise e correção dos dados (Rueda e Zanini, 2018).

O QUATI obteve parecer favorável, para a continuidade de sua aplicação, pela Comissão Consultiva em Avaliação Psicológica, desenvolvida para que psicólogos especialistas nessa temática possam autorizar ou pontuar critérios a serem aprimorados para a continuidade de uso de um teste psicológico.

Os escores do QUATI são interpretados a partir do referencial teórico da Psicologia Analítica. As evidências empíricas da interpretação dos resultados, estudos sobre a sua validade e precisão deverão ser apresentados ao SATEPSI em 2023. A última atualização foi enviada em 2018 (SATEPSI, 2020).

Sabe-se que a precisão é um item valioso a ser considerado em um teste psicológico, porém pelo QUATI tratar-se de teste de personalidade mesmo ele sendo reaplicado em outro momento na mesma pessoa, por outro psicólogo, utilizando-se de outro instrumento que identifique a tipologia psicológica, o resultado seria equivalente, pois a pessoa tem somente um tipo psicológico (Keirsey e Bates, 1984; Jung, 2012).

Foi escolhido o instrumento brasileiro por este se adequar à realidade do país no qual foi realizado o estudo. Entretanto, os resultados apresentados com essa amostra, seriam semelhantes se aplicássemos o MBTI, na medida em que os dois testes avaliam as escolhas situacionais que o sujeito faz, decorrente de sua tipologia.

3.5.2 Escala de Resiliência de Connor-Davidson para o Brasil-10^{BRASIL} (CD-RISC10^{BRASIL}):

Composta por 10 afirmações em que a pessoa é solicitada a pensar sobre sua realidade do mês anterior à avaliação ou, caso não tenha ocorrido uma situação semelhante, é pedido que imagine como teria se sentido se algo parecido lhe tivesse acontecido.

Existem cinco possibilidades de resposta: 0 (nem um pouco verdadeiro), 1 (raramente verdadeiro), 2 (às vezes verdadeiro), 3 (frequentemente verdadeiro) e 4 (quase sempre verdadeiro). Os itens contidos nessa escala avaliam a capacidade de adaptação da mudança a partir da própria percepção da pessoa, inclusive a possibilidade de superar desafios e de se recuperar diante de enfermidades (Lopes e Martins, 2011).

Essa escala apresenta boas características psicométricas, na medida em que apresenta índice de confiabilidade acima de 0,80. “O percentual de variância explicada pelo instrumento foi de aproximadamente 38%, índice este considerado satisfatório no campo das ciências sociais e do comportamento” (Lopes e Martins, 2011, p. 45).

O escore pode variar de 0 a 40, decorrente da soma de todas as respostas do paciente. Valores mais aproximados da pontuação máxima indicam boa capacidade de resiliência.

3.5.3 Escala de Satisfação com o Suporte Social (ESSS):

Desenvolvida por Ribeiro para mensurar a satisfação com o suporte social fornecido através de familiares, amigos e atividades sociais desenvolvidas. Contém 15 frases afirmativas e o entrevistado precisa definir o grau em que a afirmação se aplica a ele, em uma escala de tipo *Likert* com cinco possibilidades: "concordo totalmente", "concordo na maior parte", "não concordo nem discordo", "discordo na maior parte" e "discordo totalmente" (Ribeiro, 2011).

Essa escala subdivide-se em quatro dimensões: satisfação com amigos, intimidade (suporte social íntimo), satisfação com a família e atividades sociais (que o sujeito realiza).

A pontuação final pode ser entre 15 e 75; quanto maior o valor, maior é a percepção de suporte social. Esse dado deriva-se de cinco pontuações, isto é, uma de cada dimensão e a quinta resultante do agrupamento de todas elas. A pontuação de cada dimensão deriva das somas dos itens de cada fator; a pontuação total resulta da soma da totalidade dos itens. A consistência interna é de 0,85 (Ribeiro, 2011).

3.5.4 *City of Hope - Qualityoflife – Ostomy Questionnaire* (COH-QOL-OQ):

De autoria da americana Grant e outros colaboradores, este instrumento mensura a QV da pessoa ostomizada. Foi traduzido para o Brasil por Gomboski (2010) e obteve desempenho satisfatório referente à sua confiabilidade, assim como é o instrumento mais utilizado para medir a QV dessa população, aparecendo em inúmeras publicações americanas.

Para medir a QV vale-se de 43 afirmações, divididas em quatro domínios: bem-estar físico, bem-estar psicológico, bem-estar social e bem-estar espiritual. O paciente é solicitado a definir de 0 a 10 a sua percepção acerca de sua QV, sendo explicitado nomeações em ambas as extremidades (0 e 10), de acordo com a pergunta feita. O escore total dessa escala foi de 0,95, a partir do coeficiente Alfa de Cronbach (Gomboski, 2010).

3.6 ANÁLISE ESTATÍSTICA

Calculou-se o tamanho amostral de 90 indivíduos a partir da definição do valor 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 no maior valor possível de variância. A análise de dados consistiu na construção de intervalos de confiança 95% para os percentuais de tipologia psicológica e utilização do teste de Fisher para verificar associação entre variáveis de interesse.

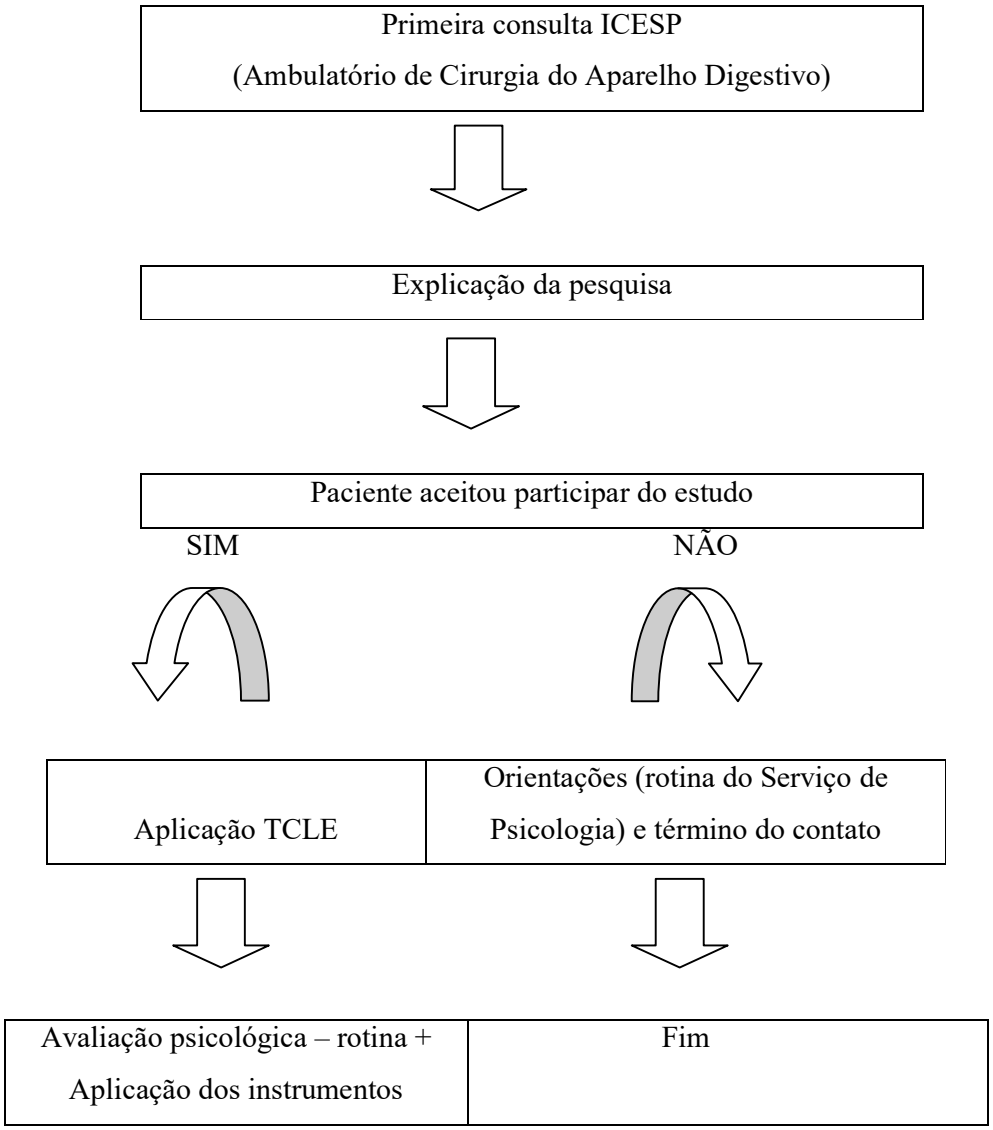
Para avaliar se as variáveis seguiam distribuição normal, utilizou-se o teste de Shapiro-Wilk. Para testar a hipótese de não modificação dos diferentes atributos entre a intervenção no tempo "Virgem de tratamento" e "Pós-operatório", utilizou-se um modelo de ANOVA de medidas repetidas não paramétrica.

O processo de análise de dados da presente pesquisa iniciou-se com uma exploração descritiva resultando em tabelas de frequência para variáveis qualitativas que contaram ainda com a inclusão do intervalo de confiança para a proporção (IC95%). Estatísticas descritivas incluindo média, desvio padrão, mediana, mínimos e máximos foram calculadas para resumir as variáveis quantitativas contínuas e discretas.

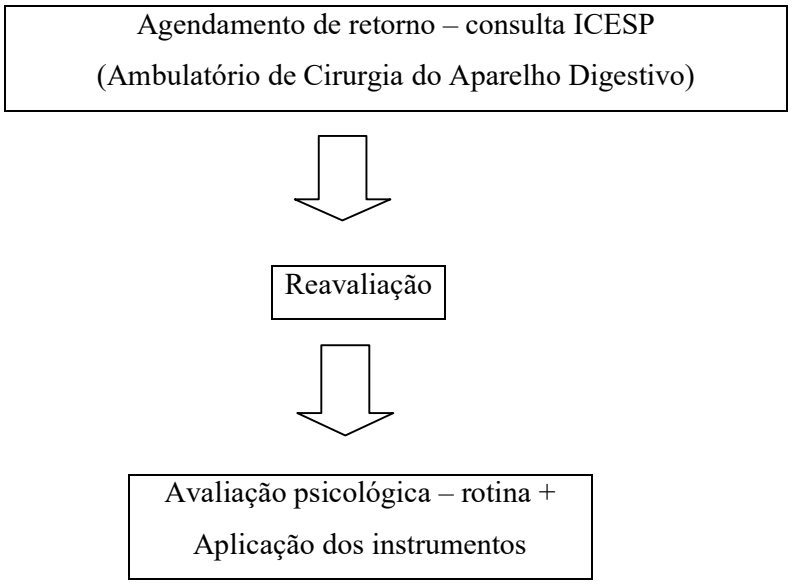
Todos os testes levaram em consideração um α bidirecional de 0.05 e um intervalo de confiança (IC) de 95% e foram realizados com apoio computacional dos softwares R (https://www.r-project.org/) pacote nparLD, IBM SPSS 25 (Statistical Package for the Social Sciences) e Excel 2016 ® (Microsoft Office).

3.7 FLUXO DO ESTUDO:

3.7.1 Pacientes sem tratamento prévio – virgens de tratamento



3.7.2 Pacientes após a intervenção cirúrgica



4. RESULTADOS

4.1. DADOS QUANTITATIVOS

4.1.1 Dados demográficos:

A partir da análise do tamanho amostral, estabeleceu-se um número de 90 pacientes para a realização deste estudo.

Aos participantes do estudo, coletaram-se os dados através de aspectos da avaliação psicológica realizada na instituição, da aplicação do QUATI e das escalas de resiliência e suporte social, em um primeiro momento, antes do início do tratamento oncológico.

Referente aos dados demográficos da amostra de pacientes, houve prevalência do sexo masculino, com ensino fundamental completo e casados (incluiu-se união estável e casais amasiados). Os dados demográficos estão apresentados na tabela 1.

Tabela 1: Análise descritiva das características qualitativas estratificadas de acordo com os grupos, incluindo frequência absoluta e relativa

	N	%
Sexo		
Masculino	**51**	**56,7%**
Feminino	39	43,3%
Grau de instrução		
Fundamental	**51**	**56,7%**
Médio incompleto	1	1,1%
Médio completo	25	27,8%
Superior incompleto	5	5,6%
Superior completo	7	7,8%
Pós-graduação	1	1,1%
Estado civil		
Solteiro	5	5,6%
Casado	**62**	**68,9%**
Divorciado	13	14,4%
Viúvo	10	11,1%

Dados demográficos dos participantes do estudo.

4.1.2. Dados tipológicos:

A maioria dos pacientes do estudo tem uma atitude predominantemente introvertida. As funções da consciência que mais se destacaram no grupo dos pacientes foram o sentimento e a sensação, tal como se verifica na tabela 2.

Tabela 2: Análise descritiva das características qualitativas estratificadas de acordo com os grupos, incluindo frequência absoluta, relativa, intervalo de confiança de 95%

	N	%	IC95%	
			Inferior	Superior
Atitude - QUATI				
Introvertido	**60**	**66,7%**	**56,5%**	**75,8%**
Extrovertido	30	33,3%	24,2%	43,5%
Função principal - QUATI				
Sentimento	**43**	**47,8%**	**37,7%**	**58,0%**
Pensamento	8	8,9%	4,3%	16,1%
Sensação	**35**	**38,9%**	**29,3%**	**49,2%**
Intuição	4	4,4%	1,5%	10,2%
Função auxiliar - QUATI				
Sentimento	**31**	**34,4%**	**25,2%**	**44,6%**
Pensamento	8	8,9%	4,3%	16,1%
Sensação	**32**	**35,6%**	**26,2%**	**45,8%**
Intuição	19	21,1%	13,7%	30,4%

Dados tipológicos da amostra pesquisada.

Há a possibilidade de 16 variações para compor o perfil tipológico do ser humano. Nosso estudo encontrou entre os 90 pacientes, 14 tipos psicológicos; sete entre os introvertidos e sete com atitude extrovertida.

Os pacientes com predominância à introversão apresentaram os seguintes tipos: I St Ss, I St In, I Ps Ss, I Ps In, I Ss St, I Ss Ps, I In Ps. Já aqueles que têm atitude extrovertida, foram: E St Ss, E St In, E Ps Ss, E Ps In, E Ss St, E Ss Ps, E In St.

Nesta amostra não houve pacientes com dois tipos psicológicos, que são: I In St e E In Ps.

Os tipos psicológicos que mais se destacaram entre os pacientes introvertidos foram dois: I St Ss e I Ss St; totalizando 43,30% da amostra. Referente aos pacientes extrovertidos, o tipo psicológico mais frequente foi o E Ss St, com 12,20% do total dos pacientes avaliados.

Em síntese, reunindo os três tipos psicológicos mais prevalentes temos 55,50% da análise total. Estes dados estão detalhados na tabela 3.

Tabela 3: Análise descritiva das características qualitativas dos tipos psicológicos dos pacientes, incluindo frequência absoluta, relativa, intervalo de confiança de 95%

Tipo Psicológico			N	%	IC95%	
					Inferior	Superior
Atitude	**Função principal**	**Função auxiliar**				
Introvertido	***Sentimento***	***Sensação***	**21**	**23,30%**	**14,40%**	**33,30%**
		Intuição	9	10,00%	1,10%	19,90%
	Pensamento	*Sensação*	2	2,20%	0,00%	12,20%
		Intuição	3	3,30%	0,00%	13,3
	Sensação	***Sentimento***	**18**	**20,00%**	**11,10%**	**29,90%**
		Pensamento	5	5,60%	0,00%	15,50%
	Intuição	*Sentimento*	0	0,00%	0,00%	1,80%
		Pensamento	2	2,20%	0,00%	12,20%
Extrovertido	*Sentimento*	*Sensação*	7	7,80%	0,00%	17,70%
		Intuição	6	6,70%	0,00%	16,60%
	Pensamento	*Sensação*	2	2,20%	0,00%	12,20%
		Intuição	1	1,10%	0,00%	11,00%
	Sensação	***Sentimento***	**11**	**12,20%**	**3,30%**	**22,20%**
		Pensamento	1	1,10%	0,00%	11,00%
	Intuição	*Sentimento*	2	2,20%	0,00%	12,20%
		Pensamento	0	0,00%	0,00%	1,80%

Tipologia psicológica dos pacientes do estudo.

Do total de pacientes avaliados (90), 37 destes foram ostomizados como consequência do tratamento cirúrgico, sendo que 32 pacientes foram avaliados em todas as variáveis do estudo, são elas: QUATI, escala de resiliência e suporte social enquanto eram virgens de tratamento; e após a intervenção cirúrgica, foram reavaliados acerca da resiliência e suporte social. Além disso, neste segundo momento, foram avaliados quanto a aspectos de sua QV atrelada ao uso da ostomia. Quanto aos demais pacientes desse grupo, dois se recusaram a participar da segunda fase do estudo; dois pacientes faleceram e um paciente deu continuidade ao tratamento oncológico em outro estado.

Temos ainda 34 pacientes que fizeram a cirurgia para a retirada do tumor, porém não tiveram a necessidade de serem ostomizados. No entanto, três destes foram a óbito. Deste modo, o restante (31) foi reavaliado após a intervenção cirúrgica, no tocante à resiliência e suporte social.

Ainda quanto ao grupo de participantes do estudo, 14 pacientes, após a avaliação inicial, foram acompanhados pelo período de um ano, via prontuário eletrônico, porém não tiveram a cirurgia, como integrante da proposta de tratamento oncológico. Além disso, cinco pacientes foram a óbito, após a avaliação na primeira etapa do estudo.

Ao analisarmos a normalidade das variáveis "Grau de Resiliência" e "Suporte Social" no pré e no pós-tratamento pelo teste de Shapiro, foram obtidos valor de P-valor de 0,002 e 0,033, respectivamente. Tal dado demonstra que essas variáveis não possuem uma distribuição normal. Assim, uma abordagem "não paramétrica" se fez necessário, através da técnica da ANOVA de medidas repetidas não paramétricas.

Como observado na tabela IV, tivemos alguns tipos psicológicos que apresentaram somente um indivíduo na referida categoria, o que impediu o uso da ANOVA de medidas repetidas não paramétricas. Também foi realizado ANOVA de medidas repetidas não paramétricas para testar se os grupos de atitudes possuíam diferença entre o "Grau de Resiliência" e "Suporte Social" enquanto os pacientes eram virgens de tratamento e após o tratamento cirúrgico, o que resultou em valores de P-valor de 0,388 e 0,764, respectivamente.

Conforme os dados mencionados anteriormente, 70% dos pacientes (63) foram reavaliados acerca da resiliência e suporte social, após o tratamento cirúrgico, no período máximo de um ano.

A pontuação máxima que designa uma pessoa resiliente são 40 pontos. Nos dois momentos da avaliação a média foi muito semelhante, com 26 e 28 pontos, sobre a avaliação antes e após o tratamento, respectivamente.

Referente ao suporte social também houve semelhança nos resultados entre os momentos distintos da avaliação; com pontuação média de 54 ao suporte social dos pacientes enquanto eram virgens de tratamento e 55 pontos, após a realização da cirurgia. Cabe salientar que o valor máximo atribuído ao referido suporte não pode exceder 75 pontos.

Incluem-se no suporte social as seguintes variáveis: satisfação com amigos e com a família, intimidade e atividades sociais. A média dos dois momentos da avaliação no tocante à intimidade e satisfação com a família foram idênticas, com escore 15 e 13, respectivamente.

No tocante à satisfação com amigos e atividades sociais, houve uma pequena diferença na média, de somente um ponto. No que se refere aos amigos, inicialmente a média era 18; após o tratamento cirúrgico, a média foi para 19. Concernente às atividades sociais, a média antes do tratamento foi nove e após a realização da cirurgia, houve uma queda para oito.

Ao procurar associar o tipo psicológico, aos escores de resiliência antes e depois do tratamento cirúrgico, podem-se perceber quatro pacientes, cada um com um tipo psicológico específico, mais resilientes quando comparado aos demais, a saber: pensamento introvertido, com função auxiliar intuição (I Ps In); pensamento extrovertido, com função auxiliar intuição (E Ps In); sensação extrovertido, com função auxiliar pensamento (E Ss Ps) e intuição extrovertido, com função auxiliar sentimento (E In St). Os quatro pacientes apresentaram 38 pontos enquanto eram virgens de tratamento; após a sua realização, obtiveram a pontuação máxima, com 40 pontos.

Em contrapartida, seis pacientes mostraram-se menos resilientes na primeira etapa do estudo, com pontuação média de 22,7 e dividiram-se em dois tipos psicológicos, que são: sensação introvertido, com função auxiliar pensamento (I Ss Ps) e sentimento extrovertido, com função auxiliar intuição (E St In). No entanto, após o período do tratamento, ambos os tipos foram os que mais aumentaram a pontuação, com média de 31,7; um acréscimo de nove pontos.

Outro tipo psicológico – sentimento introvertido, com função auxiliar intuição (I St In), com quatro pacientes, também teve um aumento considerável referente à resiliência, com pontuação média de 25,3 na primeira avaliação e 32,3 no segundo momento.

Atrelado ao suporte social, dois tipos psicológicos referiram um maior suporte anterior ao tratamento, com média de 63,5 no tipo pensamento extrovertido, com função auxiliar sensação (E Ps Ss), que contempla dois pacientes; e 64, o tipo

intuição extrovertido, com função auxiliar sentimento (E In St). Sendo que este último foi um dos pacientes que também se mostrou com maior nível de resiliência.

Os tipos psicológicos com menor suporte social enquanto não haviam feito tratamento, obtiveram média de 49 e 50 pontos. No primeiro caso, têm-se dois pacientes, com tipologia intuição introvertido, com função auxiliar pensamento (I In Ps). No segundo, há somente um paciente, com o tipo pensamento introvertido, com função auxiliar intuição (I Ps In), que foi um dos pacientes considerado mais resiliente. Além disso, este último paciente referiu aumento em seu suporte social após a cirurgia, apresentando a maior média nesta segunda etapa da avaliação.

Referente ao suporte social após o tratamento cirúrgico, dois tipos psicológicos consideraram ter menor suporte social, são eles: pensamento extrovertido, com função auxiliar sensação (E Ps Ss), com média 5, que abarca dois pacientes. E o tipo sensação introvertido, com função auxiliar pensamento (I Ss Ps), com média de 5,1 e três pacientes correspondentes. Cabe salientar que este último grupo, foi o que aumentou consideravelmente a resiliência, na reavaliação após o tratamento.

Os resultados correspondentes ao que acabou de ser explicitado encontram-se na tabela 4.

Tabela 4: Análise descritiva das características qualitativas dos tipos psicológicos, com relação ao grau de resiliência e suporte social dos pacientes, virgens de tratamento e após o tratamento cirúrgico, incluindo frequência absoluta, relativa, intervalo de confiança de 95%.

Tipo Psicológico			N	Grau de Resiliência		Suporte Social	
Atitude	**Função principal**	**Função auxiliar**		**virgem de tratamento**	**pós-operatório**	**virgem de tratamento**	**pós-operatório**
				média (±DP)	**média (±DP)**	**média (±DP)**	**média (±DP)**
Introvertido	*Sentimento*	*Sensação*	*17*	*26,6 (±9,1)*	*25,4 (±0,0)*	*52,3 (±8,8)*	*8,8 (±17,0)*
		Intuição	*4*	*25,3 (±6,8)*	*32,3 (±3,4)*	*58,5 (±9,3)*	*9,3 (±4,0)*
	Pensamento	*Sensação*	*2*	*30,0 (±1,4)*	*28,0 (±5,7)*	*59,5 (±9,2)*	*9,2 (±2,0)*
		Intuição	*1*	*38,0 (±0,0)*	*40,0 (±0,0)*	*50,0 (±0,0)*	*54,0 (±0,0)*
	Sensação	*Sentimento*	*13*	*24,2 (±10,2)*	*28,5 (±7,2)*	*56,5 (±9,5)*	*9,5 (±13,0)*
		Pensamento	*3*	*22,7 (±10,1)*	*31,7 (±3,8)*	*59,7 (±5,1)*	*5,1 (±3,0)*
	Intuição	*Sentimento*	*-*	*-*	*-*	*-*	*-*
		Pensamento	*2*	*30,0 (±1,4)*	*28,0 (±5,7)*	*49 (±18,4)*	*18,4 (±2,0)*
Extrovertido	*Sentimento*	*Sensação*	*5*	*29,2 (±4,4)*	*25,4 (±12,2)*	*51,2 (±9,6)*	*9,6 (±5,0)*
		Intuição	*3*	*22,7 (±10,1)*	*31,7 (±3,8)*	*56,3 (±8,5)*	*8,5 (±3,0)*
	Pensamento	*Sensação*	*2*	*30,0 (±1,4)*	*28,0 (±5,7)*	*63,5 (±5,0)*	*5,0 (±2,0)*
		Intuição	*1*	*38,0 (±0,0)*	*40,0 (±0,0)*	*59,0 (±0,0)*	*29,0 (±0,0)*
	Sensação	*Sentimento*	*8*	*27,5 (±6,8)*	*30,3 (±3,1)*	*57,3 (±7,2)*	*7,2 (±8,0)*
		Pensamento	*1*	*38,0 (±0,0)*	*40,0 (±0,0)*	*53,0 (±0,0)*	*52,0 (±0,0)*
	Intuição	*Sentimento*	*1*	*38,0 (±0,0)*	*40,0 (±0,0)*	*64,0 (±0,0)*	*51,0 (±0,0)*
		Pensamento	*-*	*-*	*-*	*-*	*-*

Correlação entre a tipologia psicológica, o grau de resiliência e o suporte social antes e após o tratamento cirúrgico.

Somente 35,55% dos pacientes (32) foram ostomizados e devido a isso, foram avaliados quanto a aspectos de sua QV, que se dividem em quatro dimensões: bem-estar físico, bem-estar psicológico, bem-estar social e bem-estar espiritual, além da pontuação total. O aspecto que obteve a maior pontuação foi acerca do bem-estar espiritual, com média de 7,5.

A dimensão bem-estar físico obteve média de 6,3; associado ao bem-estar psicológico, encontrou-se a média de 6,8 e 5,8 foi a média de acordo ao bem-estar social. Em todos os domínios a pontuação máxima são 10 pontos, assim como referente ao escore total da QV. Atrelado a este último escore, a média alcançada foi 6,5.

Podem-se verificar os dados mencionados, de forma detalhada, na tabela 5.

Tabela 5: Análise descritiva das características quantitativas estratificadas de acordo com os grupos incluindo média.

	Virgem de tratamento Média	Pós operatório Média
Idade	59	59
Resiliência	26	28
Suporte social	54	55
Satisfação com amigos (SA)	18	19
Intimidade (IN)	15	15
Satisfação com família (SF)	13	13
Atividades sociais (AS)	9	8
Qualidade de vida ostomizados (escore total)	-	6,5
Bem estar físico (BEF)	-	6,3
Bem estar psicológico (BEP)	-	6,8
Bem estar social (BES)	-	5,8
Bem estar espiritual (BEE)	-	7,6

4.1.3 Síntese análise quantitativa:

Todos os dados anteriormente citados foram derivados da análise estatística a partir dos cruzamentos oriundos do QUATI, aos dados gerais da população pesquisada. Associou-se cada tipo psicológico, isto é, uma atitude (introversão e/ou extroversão), uma função principal e uma auxiliar, ao grau de resiliência e suporte social dos pacientes estudados.

Tais dados nos indicam os aspectos quantitativos do estudo, isto é, a mensuração do QUATI proveniente de análise estatística, a qual se pode extrair a frequência absoluta, relativa, intervalo de confiança e a média dos resultados.

Houve predominância de pacientes do sexo masculino, casados e com ensino fundamental.

Como anteriormente citado, dos 16 tipos psicológicos, foram extraídos 14 tipos na amostra pesquisada. Percebeu-se uma prevalência da atitude **introvertida** e do tipo psicológico **sentimento introvertido**, com sensação enquanto função auxiliar. O segundo tipo psicológico mais frequente foi a variação do primeiro, ou seja, **sensação introvertido**, com função auxiliar sentimento. Esses dois tipos juntos, equivalem a 43,30% do total dos participantes; o que indica mais de um terço da população pesquisada, tal como apontado no quadro 1, referente ao item 4.4 deste capítulo.

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 atribuiu 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. Vale lembrar que as funções da consciência são: pensamento, sentimento, sensação e intuição. Cabe salientar que o tipo psicológico identificado pelo QUATI foi descrito após as iniciais dos nomes de cada um dos participantes do estudo. Os conteúdos das respostas dos pacientes e da análise de seus discursos encontram-se no anexo 4 deste trabalho.

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 os possíveis recursos de enfrentamento e aspectos relacionados à adesão ao tratamento.

Pode-se notar grande diversidade de comportamentos que cada paciente adotou diante da constatação do diagnóstico de câncer. Uma parte dos pacientes valeu-se de 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 poucos 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 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.

A maioria dos pacientes (65,55%) manifestou o uso de mecanismos defensivos adaptativos para minimizar o sofrimento desencadeado pela doença, pois foram utilizadas 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 todas as funções psíquicas à consciência para auxiliar no enfrentamento da situação. No quadro 2 encontra-se esses dados melhor explicitados.

O restante dos pacientes, de maneira diversificada, manifestou mecanismos defensivos frágeis (23,33%), de forma a não reduzir o sofrimento vivenciado; outros se valeram de mecanismos defensivos para evitar a realidade vivenciada, através do recalque (8,89%) (repressão de conteúdos ansiógenos no inconsciente) e pela projeção (2,22%) (ato de colocar no outro, características, pensamentos e ações que carregamos, mas não queremos aceitar como nosso).

A psiquiatra Elizabeth Kubler Ross ficou mundialmente conhecida ao descrever fases para a elaboração do luto, tanto para o falecimento de uma pessoa significativa, quanto para enfrentar uma perda em vida, decorrente de uma doença crônica e potencialmente fatal, como o câncer. Essas fases são: negação, raiva, barganha, depressão e aceitação (Kubler-Ross, 2008).

Procurou-se identificar tais fases no discurso dos pacientes. Em sua grande parte (36,67%) manifestaram ambivalência, com a associação de mais de uma fase do luto, tais como: raiva e depressão (9), depressão e aceitação (9), raiva e aceitação (4), negação e aceitação (4), barganha e depressão (3), raiva, depressão e aceitação (1), negação e raiva (1), negação e depressão (1) e barganha e aceitação (1).

Importante salientar que 26,67% dos pacientes demonstraram aceitar a realidade decorrente da enfermidade; 13,33% indicaram depressão reativa, que não é considerada uma patologia, mas como decorrente dos desdobramentos e consequentes alterações na vida, em razão da enfermidade. Atrelado a isso, 10% dos pacientes trouxeram a raiva como forma de simbolizar a referida vivência. Tais dados encontram-se no quadro 3.

4.2.1 Síntese análise qualitativa:

Em cada relato dos participantes da amostra, buscou-se realizar a análise do discurso associado às funções psíquicas, isto é, diante da resposta dos pacientes, detivemo-nos a aspectos implícitos das funções da consciência, para, posteriormente, serem associados à tipologia definida pelo QUATI.

A partir disso, buscou-se definir as defesas psicológicas adotadas por cada um diante da crise gerada pela enfermidade, de modo que percebemos a trajetória emocional do paciente durante o processo de adoecimento.

Em sua maioria, os pacientes manifestaram defesas adaptativas através do uso de suas funções conscientes (principal e/ou auxiliar) ou através da função terciária e inferior.

Decorrente da perda do corpo saudável em razão do câncer, grande parte dos pacientes, no tocante a fase de elaboração do luto, mostrou-se ambivalente, com discurso, por vezes, contraditório, acerca da referida vivência. No entanto, o segundo maior grupo de pacientes, manifestou aceitação sobre o processo de enfermidade.

4.3 QUADRO RESUMO: DADOS QUANTITATIVOS

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

TIPO PSICOLÓGICO	I St Ss	N= 21 (23,30%)
TIPO PSICOLÓGICO	I Ss St	N= 18 (20,00%)

4.4 QUADRO RESUMO: DADOS QUALITATIVOS

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

DEFESAS ADAPTATIVAS PELAS FUNÇÕES CONSCIENTES	N= 27 (30,00%)
MECANISMOS DEFENSIVOS FRÁGEIS	N= 21 (23,33%)
FUNÇÃO INFERIOR DE FORMA ADAPTATIVA	N= 20 (22,22%)
DEFESA ADAPTATIVA PELAS QUATRO FUNÇÕES	N= 12 (13,33%)
MECANISMO DEFENSIVO DE RECALQUE	N= 8 (8,89%)
MECANISMO DEFENSIVO DE PROJEÇÃO	N= 2 (2,22%)

Quadro 3: Descrição do processo de luto pelo câncer, como proposto por Kubler Ross.

NEGAÇÃO	N= 6 (6,67%)
RAIVA	N= 9 (10,00%)
BARGANHA	N= 0
DEPRESSÃO REATIVA	N= 12 (13,33%)
ACEITAÇÃO	N= 24 (26,67%)
AMBIVALÊNCIA	N= 33 (36,67%)
SEM CONTEÚDO	N= 6 (6,67%)

5. DISCUSSÃO

Esta proposta de trabalho derivou-se da prática assistencial de acompanhamento psicológico aos pacientes acompanhados em ambulatório de psicoterapia breve e unidade de internação cirúrgica em hospital público de São Paulo.

No decorrer desta experiência profissional identificaram-se alguns comportamentos semelhantes nos pacientes, sobretudo nas mulheres, número predominantemente maior no ambulatório e, na maioria dos atendimentos, discorreraam sobre aspectos de sua vida de forma mais detalhada.

Ao longo deste tempo compartilhado, escutando conteúdos tão diversificados, no qual o problema inerente ao tratamento, por vezes, tornava-se menor do que outras dificuldades verbalizadas, percebeu-se que muitos pacientes deram-se conta, somente com o advento do diagnóstico, de que haviam passado a maior parte de suas vidas, vivendo em função das necessidades externas a si mesmos, isto é, seguindo as exigências familiares, laborais e todas as demais solicitações do mundo exterior para garantir uma vida adequada aos olhos daqueles que a rodeavam ou até mesmo da sociedade de forma geral.

Com a notícia avassaladora do câncer e um novo universo descortinado pela equipe médica, ao ser definido as recomendações para a realização do tratamento e a busca da cura, muitos pacientes verbalizaram que foi somente pelo diagnóstico e necessidade de seguirem um tratamento intenso, que reconheceram que nunca haviam se voltados para si mesmos, para suas necessidades e, tampouco, aos seus desejos.

O presente trabalho identificou o tipo psicológico, o grau de resiliência, o suporte social, a reação emocional, o sentido atribuído ao diagnóstico de câncer colorretal e a fase do luto decorrente desta enfermidade em toda a amostra. Àqueles que tiveram a cirurgia como um dos tratamentos para o combate ao câncer, após seis meses (ou até um ano) foram reavaliados quanto ao grau de resiliência e suporte social. Além disso, os participantes que, em razão da intervenção, tiveram o trânsito intestinal desviado para uma ostomia, foi aplicado um questionário de QV próprio ao referido grupo. Todos os dados têm como finalidade nos auxiliar a encontrarmos pontos focais para auxiliar os pacientes oncológicos ao enfrentamento do diagnóstico e tratamento, na

medida em que esta doença exige, por um período da vida do sujeito, que o acompanhamento médico esteja presente em sua vida cotidiana.

Valemo-nos da tipologia psicológica justamente para verificar, sob o ponto de vista científico, se há um predomínio de características subjetivas que justifiquem o diagnóstico.

Apesar desta busca, objetivada pela racionalidade e exigências técnicas para garantir que uma Psicóloga consiga sustentar sua formação e contribuição a um ambiente médico, temos consciência de que ninguém da espécie humana, salvo pessoas com condições patológicas com certos transtornos mentais, escolhe conscientemente passar por um problema na vida. Afinal, por mais que cada indivíduo se preserve, as dificuldades chegam a todos independente de suas ações.

A internet possibilitou um vasto acesso a informação e quase que a maioria das pessoas têm acesso a ela, as notícias ligadas a saúde e cuidados para garantir-nos uma vida saudável e livre de doenças. Em contrapartida, para a efetivação de certos hábitos sugeridos, a população precisa de certos recursos e, infelizmente, na realidade de nosso país nem sempre é possível garantir o básico a muitas famílias.

Este trabalho não tem por foco desmembrar tais circunstâncias, porém encontrou-se os pacientes oncológicos em qualquer classe social e, mais uma vez, racionalmente ninguém deseja lidar com um problema desta proporção, mas a confirmação diagnóstica fala por si e o paciente é exigido a fazer algo a partir de tal definição.

Pelos achados deste estudo, somados aos dados de nossa dissertação e de outros conteúdos da literatura, entende-se que o câncer vem com uma obrigatoriedade ao sujeito: realizar o tratamento e a forma como este irá vivenciar o período do tratamento poderá facilitar ou dificultar o seu enfrentamento.

Acredita-se que o vínculo entre paciente e a equipe de saúde é o primeiro passo para a adesão ao tratamento. Desta forma, objetivamos auxiliar com uma proposta de atuação à equipe assistencial para ter instrumentos para o manejo do tratamento a partir das habilidades e facilidades dos pacientes.

Cabe salientar que ao identificar o tipo psicológico não temos a pretensão de generalizarmos este grupo de sujeitos, mas, ao contrário, termos um ponto de partida para ajudar pessoas que descobrem doenças como o câncer e que têm suas vidas alteradas.

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, na medida em que esta abordagem identifica conteúdos da personalidade das pessoas. Os tipos caracterizam as potencialidades da pessoa e suas preferências, assim como indica aspectos a serem desenvolvidos.

Uma das intenções de Jung ao elaborar a teoria dos tipos psicológicos era propor algo de geral, atributo da ciência, para a composição de uma teoria, mas sempre considerando aspectos singulares do sujeito na prática clínica. Através da tipologia haveria a possibilidade de certa predição do comportamento, isto é, demonstração concreta de conteúdos subjetivos, e uma aplicabilidade a toda a população, levando à compreensão e sua multiplicidade, dados encontrados em métodos científicos (Wahba, 2019).

A proposta de Jung era ampliar a visão que se tem do homem, incluindo a racionalidade, mas integrando outros fatores presentes no ser humano. Na medida em que há evidências da confluência entre a razão e experiências intuitivas; atreladas para conhecermos com mais profundidade a natureza humana e não as discriminando como lados opostos e dissociados. Devido a isso, torna-se recomendável que o sujeito procure ampliar suas atividades, de modo a não deter-se em um extremo, seja a racionalidade ou intuição, mas sim procurar equilibrar ambas as polaridades (Lenta e Cucu, 2017).

O tipo psicológico pode ser sintetizado como uma busca do ser humano para tomar decisões em sua vida e/ou se relacionar, a partir de habilidades inatas, conduzidas pelos seus julgamentos e percepções (Senna e Fialho, 2016).

A partir da definição do tipo psicológico, pode-se inferir da pessoa aspectos de seu funcionamento cognitivo; como percebe o mundo que a cerca; como interage com as pessoas ao seu redor e com as informações que recebe do meio circundante (Maria, 2014).

As funções da consciência (sentimento, pensamento, sensação e intuição) são recursos do ego para dar direcionamento ao indivíduo e meios para que este se adapte ao mundo e para se relacionar com quem o cerca, como exemplo, podemos pensar nas funções como uma espécie de bússola (Muller e Freire, 2015).

Vale lembrar que a função principal garante um comportamento mais eficiente, por ser a função mais consciente para a pessoa. A função auxiliar, embora seja de natureza contrária à principal, complementa esta última, trazendo maior equilíbrio, na medida em que através das duas, temos acesso a função de julgamento e outra de percepção. Já a função inferior é considerada a nossa sombra, ou seja, a nossa parte mais precária e primitiva, contida no inconsciente; ela pode se manifestar quando o sujeito está estressado ou emocionalmente desorganizado (Muller e Freire, 2015).

Para Jung a meta do ser humano é entrar em seu processo de individuação, procurando integrar aspectos do seu ego consciente, com conteúdos inconscientes, de forma que considera a integração entre a consciência e o inconsciente como a totalidade psíquica. No entanto, considera tal busca como uma possibilidade e não um destino, podendo sofrer interferências de aspectos do mundo interno da pessoa e da realidade externa (Ramos, 2002).

Do mesmo modo que há a dualidade entre consciente e inconsciente, as atitudes que norteiam o foco de atenção do homem são antagônicas, porém agem de forma compensatória, de tal forma que não há um tipo psicológico puro; o objetivo é auxiliar o sujeito a adaptar-se à realidade, por isso há uma atitude consciente, mas seu polo oposto continua agindo no inconsciente do indivíduo (Ramos, 2002).

Estudos demonstram que a forma como nos comunicamos, nos comportamos, aprendemos e/ou ensinamos, associa-se a nossas habilidades, motivações, interesses e a características da personalidade. Deste modo, apesar da importância de encontrarmos um equilíbrio entre as polaridades, algumas características essenciais permanecerão inalteráveis no decorrer do desenvolvimento e envelhecimento do indivíduo (Ortenblad, Koris e Pihlak, 2017).

Através da tipologia identificam-se as habilidades e dificuldades do ser humano; aspectos que podem servir como ferramenta para uma vida mais integral ou para nos

manter lidando com conflitos. Desta forma, a própria pessoa poderá escolher qual caminho irá trilhar (Beebe, 2017).

Uma pessoa ideal conseguiria equilibrar os pares opostos de atitudes e funções psíquicas de forma equivalente, mas não é isso o mais comum; isto será uma possibilidade àquele que valer-se de um intenso trabalho interno para seu autoconhecimento, através do processo de individualização, que propicia uma maior integração de conteúdos inconscientes à consciência (Ramos, 2002).

Cada vez mais encontram-se estudos sobre a personalidade das pessoas; observações e pesquisas realizadas com pacientes com doenças somáticas permitiram vislumbrar certas peculiaridades a alguns grupos de doenças; assim como em populações de profissionais algumas especificidades.

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 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 QV e maior repigmentação da pele naqueles que estavam em psicoterapia (fosse individual ou em grupo) em relação àqueles que estavam somente sob o 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).

O perfil tipológico de funcionários atuantes em unidades de informação (ou bibliotecas) em uma população pesquisada foi: sentimento extrovertido, com função auxiliar sensação (E St Ss). No referido grupo houve um predomínio da extroversão, em 62% do total da amostra (Maria, 2014).

Referente a um estudo com alunos do quinto ano de medicina, verificou-se que 53,5% eram introvertidos. Os tipos psicológicos mais frequentes da amostra foram: sensação introvertido (I Ss) e sentimento extrovertido (E St), totalizando 32,9% e 22,5%, respectivamente (Settineri et al.,2018).

Pesquisas indicam que o tipo psicológico mais frequente da equipe médica que atua na emergência, é sensação extrovertida, com sentimento enquanto função auxiliar (E Ss St). Um estudo buscou identificar se esta tipologia é uma tendência entre a equipe médica. Deste modo, foram incluídos 68 médicos. O tipo psicológico mais comum em 17,7% da amostra foi intuição extrovertida, com pensamento como função auxiliar (E In Ps). O segundo tipo mais frequente foi intuição introvertida, com função auxiliar pensamento (I In Ps), correspondendo a 14,7% da amostra. O terceiro tipo com 10,3% de participantes foi intuição introvertida, com função auxiliar sentimento (I In St). Também com 10,3% teve o tipo sensação introvertida, com pensamento enquanto função auxiliar (I Ss Ps) (Boyd e Brown, 2005).

Estudo realizado com 109 estudantes de enfermagem para identificar o tipo psicológico, atrelado ao desempenho acadêmico e a satisfação dos alunos, revela as preferências individuais dos alunos. 97% da amostra era do sexo feminino. Neste grupo a maioria teve a extroversão como foco de atenção, correspondendo a 65,1% de toda a amostra. A tipologia mais frequente, em 21,1%, foi sensação extrovertida, com função auxiliar sentimento (E Ss St). O segundo tipo mais comum foi sensação extrovertida, com pensamento como função auxiliar (E Ss Ps), com 12,8%. A função de julgamento mais encontrada foi o sentimento, com 58,7% e a função perceptiva foi a sensação com 74,3% (Kim e Han, 2014).

Pesquisa com 368 estudantes de cinco áreas diferentes em uma pequena universidade do Sudeste dos Estados Unidos, teve sua maioria do sexo feminino, com 97%. 28% dos participantes têm o tipo psicológico semelhante, quando excluído o foco de atenção individual, isto é, 14,13% tem o tipo sensação introvertido, com função

auxiliar sentimento (I Ss St) e os outros 14,13% tem o tipo sensação extrovertido, com sentimento enquanto função auxiliar (E Ss St) (Rushton, Mariano e Wallace, 2012).

Profissionais da área do design e marketing também se valem das contribuições da tipologia psicológica de Jung, na medida em que conseguem identificar os hábitos, preferências e dificuldades de cada tipo, que poderão influenciar sobre a relação com o objeto que querem difundir para a sociedade (Senna e Fialho, 2016).

Os tipos psicológicos também podem ser utilizados como ferramenta para análise de pessoas consideradas instáveis e que são julgadas em tribunais. Além disso, para uma pessoa exercer uma função neste local, é preciso qualidades pessoais específicas e muita determinação, o que exige daqueles que irão selecioná-la o conhecimento de métodos psicológicos para verificar se o candidato corresponde ao perfil da função em aberto (Kaidashev e Romanenko, 2017).

Percebeu-se pela experiência de alguns autores que quando a tipologia dos professores é semelhante a dos alunos, estes últimos ficam mais realizados e aprendem de forma mais satisfatória. Em contrapartida, os alunos com dificuldades nas disciplinas, sentem-se mais frustrados e desmotivados em manter-se no estudo. Apesar desse dado, na pesquisa de Ortenblad, Koris e Pihlak (2017) não houve tal corroboração. Ao contrário, verificou-se que diferentes tipologias não comprometeram o ensino-aprendizagem do grupo estudado.

Retomando a associação entre aspectos da personalidade e doenças somáticas. Acredita-se que está presente na etiologia do câncer, como 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.

No presente trabalho 66,7% do total da amostra apresentou como foco de atenção individual a introversão. Em nossa dissertação de mestrado, buscou-se identificar a tipologia psicológica de pacientes com câncer de esôfago e também houve predomínio de pacientes introvertidos (75%) (Pinto, 2016).

Assim como as pessoas mais contidas, que evitam qualquer tipo de conflito, os introvertidos tornam-se mais suscetíveis 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 (Pinto, 2016).

Diante disso, é importante conceituarmos a diferença entre "atitude introvertida" e "timidez", pois qualquer indivíduo, inclusive um extrovertido, pode ser tímido. A introversão constitui o temperamento da pessoa, traços definitivos de seu tipo psicológico. Já a timidez é uma característica comportamental e situacional, marcada por circunstâncias vivenciais e, por vezes, momentâneas, tais como: medo da rejeição, 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 nosso estudo, julgamos válido pontuar a distinção para que o comportamento não seja associado somente aos introvertidos (Pinto, 2016).

No tocante à função principal, quase metade da amostra (47,8%) vale-se da função sentimento, uma função atrelada ao julgamento, para adaptar-se ao meio social e nas relações intra e interpessoais. Em contrapartida, a segunda função que mais se destacou neste item, foi a função perceptiva da sensação em (38,9%) dos participantes.

Referente à função auxiliar, houve variação dos achados ligados à função principal, isto é, a função que mais apareceu foi a sensação em 35,6% dos pacientes e em segundo lugar, a função sentimento, com 34,4%.

Isto nos aponta que a população estudada julga o mundo que a cerca e suas próprias tendências pelo seu juízo de valor, isto é, pelo que julga correto ou não; assim como se baseia no aqui-e-agora, com dificuldade para adiar gratificação e enfatiza a obtenção de prazer pelos órgãos dos sentidos (Zacharias, 2006).

Segundo Meira Penna (1974), o tipo psicológico predominante do povo brasileiro é o extrovertido sentimento, com função auxiliar intuição. 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 do sentimento e sensação; dados que convergem com a função principal típica dos brasileiros e com a realidade da população geral internacional, respectivamente.

O tipo psicológico predominante nos pacientes deste estudo foi o sentimento introvertido, com função auxiliar sensação - I St Ss. A partir desta tipologia, sabe-se que 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).

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).

Os segundo maior grupo de pacientes da amostra foi a variação do primeiro: 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).

No grupo mencionado acima, 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 (Zacharias, 2006).

Ruby (1998), em sua dissertação de mestrado, realizada com pacientes em consultório particular, apreendeu o resultado divergente ao encontrado nesta pesquisa, pois identificou, nos pacientes com problemas somáticos, a extroversão e a função intuição como predominante.

Um grupo de brasileiros se debruçou para verificar a tipologia psicológica de deuses da mitologia. O tipo mais frequente do nosso estudo (I St Ss) equivale ao tipo psicológico da deusa grega Héstia (na mitologia romana, chamada de Vesta) (Lima, 2010).

Héstia é representada pelo fogo; seu símbolo é a lareira, presente no centro do lar, protegendo o espaço interior, inclusive o próprio círculo familiar. Ela não teve família; destacou-se pelas escolhas feitas com sabedoria. Foi intitulada de "arquétipo de significado"; não se limitava ou se reduzia ao tempo cronológico. Proporciona equilíbrio entre a circularidade e a linearidade (o modelo de amadurecimento psicológico é visualizado como um espiral). Esta deusa está ligada a união, congregação, hospitalidade; ilumina, ampara situações difíceis e dolorosas, favorecendo-lhes, posteriormente, a elaboração e ressignificação. Ela representa o centro da vida psíquica; associada à estabilidade, conforto e familiaridade; contribui para a pessoa achar um "centro" em meio ao caos. Preserva a continuidade e intimidade; facilidade para reflexões silenciosas e meditativas; mostra certa flexibilidade. É considerada a protetora da vida psíquica; equilibra-se entre as suas aceitações e recusas (Lima, 2010).

"Durante situações de adversidade, algumas pessoas, quando regidas pela parceria Héstia-Hermes, abrigam-se, fortalecem-se e centram-se na casa psíquica da deusa e depois saem guiadas por Hermes, num movimento ativo de enfrentamento e reconstrução. Héstia é a matéria-prima, a fonte de todas as coisas e Hermes é o arauto

do novo tempo" (Lima, 2010, p. 153). A título de curiosidade o tipo psicológico de Hermes é intuição extrovertida, com pensamento como função auxiliar (Ex In Ps).

O segundo tipo psicológico mais prevalente entre nossos pacientes, é o mesmo da deusa Ártemis (I Ss St). Ártemis é a irmã gêmea de Apolo (I In Ps), de forma que representam a ambivalência do ser humano e também as complementaridades opostas. Esta deusa se liga ao princípio solar e tem grande capacidade de discriminação; não se diminui para submeter-se aos mandos de um homem invasor, mas é extremamente obediente aos desígnios patriarcais (é filha de Zeus). Confere ao corpo elemento estruturante da consciência (Amaral, 2010).

Como é considerada a "caçadora divina", simboliza a luta interior e, por vezes, inconsciente, contra aspectos violentos e agressivos que dificultam o desenvolvimento de potencialidades inatas da pessoa. Pode-se perceber as características de Ártemis humanizadas em momentos em que o sujeito invalida um masculino dominador; quando procura conectar-se ao seu oposto de uma forma igualitária e desprovida de autoritarismo. Também pode ser humanizada de uma forma criativa ou defensiva; neste último caso pode comprometer o processo de individuação ao deixar a pessoa fixada em alguns aspectos e até por agir de forma preconceituosa (Amaral, 2010).

"Ártemis trilha o caminho para totalidade e integridade do indivíduo. Sendo a própria natureza instintiva, não segue um plano lógico. Relaciona-se com os movimentos cíclicos da natureza, onde nascer, crescer, reproduzir-se e morrer alternam-se, expressando a renovação de todas as coisas" (Amaral, 2010, p.251).

Acrescentamos à reação emocional ao diagnóstico, as fases descritas por Kubler-Ross (2008) diante de um diagnóstico que pode desencadear uma condição terminal e a morte do sujeito, tal como o câncer. As fases que mais se destacaram, baseadas no discurso dos pacientes foram: depressão e aceitação. No entanto, uma grande parte dos pacientes mostrou-se ambivalente, com discurso contraditório diante da elaboração das perdas inerentes à enfermidade.

É importante considerar que estas reflexões foram compiladas na fase diagnóstica e que a vigência do tratamento ainda estava em fase de definição, ou seja, apesar do diagnóstico ser recente, já haviam pacientes que aceitavam tal realidade em

suas vidas; os demais ainda vivenciavam o processo gradativo e peculiar para elaborar o luto da perda da saúde, assim como os desdobramentos subsequentes.

Tal processo de luto é esperado e considerado parte do período de tratamento, conforme a pessoa entra em contato progressivo com a recomendação terapêutica e as alterações em sua rotina de vida.

Os aspectos mencionados evidenciam que a maior amostra do nosso trabalho tem certo desafio para se priorizar, tal como identificado na prática clínica que inquietou-nos a buscar este aprofundamento. Devido ao adoecimento, foi possibilitado que os pacientes se aprofundassem em si mesmos, na medida em que a proximidade da morte convoca o ser humano a uma reflexão de sua vida pregressa e como deseja projetar seu futuro em caso de obter a melhora.

Nossos pacientes conseguiram enfrentar as exigências do tratamento e suas funções da consciência, derivadas de sua tipologia psicológica, os auxiliou nisso, pois o discurso dos pacientes apontou que através dessas funções conseguiram reagir ao diagnóstico de forma adaptativa, por meio de suas habilidades e até de suas dificuldades internas, quando acessaram a função inferior.

Dito de outro modo, na vivência da crise pelo câncer, os pacientes não se deixaram dominar pelas dificuldades e temores, ao contrário, conseguiram recorrer ao seu mundo interno para dar sentido a essa vivência e manter a confiança de que era possível a resolução desse problema.

Assim como a deusa mitológica Héstia, a maioria da amostra conseguiu encontrar um ajuste para lidar com o tratamento, equilibrando-se, por vezes, em outras tarefas de sua vida, tais como as relações familiares, laborais e interpessoais; almejaram dar um significado a esse período, como algo transitório em sua história. E, assim como Ártemis, recorreram ao mundo interno, isto é, aos próprios instintos para enfrentar essa crise, não se deixando dominar pelo câncer, mas procurando superá-lo.

Há outro elemento interno que também surge como auxiliar para o enfrentamento de nossos pacientes: a resiliência; esta última foi encontrada no discurso dos pacientes e também mensuradas por um instrumento.

Embora o “mergulho” no mundo interno seja indispensável para que haja o amadurecimento psíquico e a individuação, isto é, que a pessoa conseguiu se apropriar de sua vida, vivendo a sua destinação e propósito que a traga sentido próprio; elementos que podem ser facilitados pelo autoconhecimento de sua tipologia psicológica e o desenvolvimento ou aprimoramento da resiliência, é inegável que o mundo externo seja de grande valia para o enfrentamento de um problema como o câncer.

Da mesma forma que internamente é saudável evitarmos as polaridades, ou seja, os extremos, não podemos desconsiderar a contrapartida externa que auxilia-nos a lidar com os desafios e dar sentido à vida, tais como o suporte familiar e das pessoas ao entorno.

Devido a isso, foi aplicada também uma escala para quantificar o suporte social percebido pelos nossos pacientes. Nesta escala e referente ao escore de resiliência, houve uma média moderada entre nossos pacientes no tocante a estes fatores protetores.

Estudo com 178 pacientes com câncer (94 homens e 84 mulheres) procurou associar a resiliência, com recursos de enfrentamento e a autoavaliação da QV. Destes pacientes, 16,29% tinham o diagnóstico de CCR. Referente a resiliência e ao escore de enfrentamento, os pacientes apresentaram índices elevados (78,10 e 18,33, respectivamente). Esta pesquisa também evidenciou que a resiliência influencia na autopercepção da QV do paciente oncológico. De forma que consideram pertinente integrar nos protocolos psicoterapêuticos de atendimento, intervenções que estimulam o comportamento resiliente, na medida em que ela pode prosperar através de intervenções psicológicas (Popa-Velea et al., 2017).

Acredita-se que contribui para a diminuição do sofrimento causado pelo câncer: otimismo, pensamento positivo, senso de coerência e ter orientação espiritual. Com o tempo, além disso, a resiliência e os recursos de enfrentamento ativos também passaram a influenciar e auxiliar os pacientes (Popa-Velea et al., 2017).

Sabe-se que as estratégias de enfrentamento quando utilizadas, contribuem para o aumento da QV. Acrescidos a alta resiliência, indicam que o suporte social é mais eficiente (Popa-Velea et al., 2017).

Julga-se que quanto mais resiliente for o paciente, melhor será a sua QV. O suporte social é considerado um fator protetor e fundamental estar presente para que a resiliência do sujeito se evidencie (Zhang et al., 2017).

Um estudo realizado sobre a resiliência e QV em mulheres chinesas com câncer de mama, concluiu que o suporte social é um importante preditor para elevados índices de resiliência e QV; fornecidos pelos familiares, sobretudo seus parceiros conjugais, e também a equipe de saúde. Os escores para resiliência e suporte social foram, respectivamente, 54,68 e 61,73, que consideraram um valor moderado (Zhang et al., 2017).

Comumente adolescentes e jovens adultos com câncer têm suporte psicossocial insuficiente. Em estudo com esse público, foram acompanhados por certo período e após seis meses, apresentaram um nível melhor de resiliência e QV, além da diminuição do distresse (Rosenberg et al., 2018).

Ao pensarmos em termos de prevenção e enfrentamento, sabe-se que contribui para um melhor suporte e QV, ter comportamentos saudáveis e positivos, atenção ao autocuidado, estar disponível para receber ajuda e orientação técnica por profissional habilitado (Yilmaz, Piyal e Akdur, 2017).

Estudo realizado com 364 pacientes (217 mulheres e 147 homens) com câncer revelou que os índices de QV foram mais elevados em pacientes sem metástase. A QV global foi mais elevada em pacientes com tumores ginecológicos e colorretais, do que os demais. Neste estudo, o suporte social além de contribuir com a melhora da QV dos pacientes, também favoreceu a diminuição dos índices de ansiedade e depressão (Yilmaz, Piyal e Akdur, 2017).

Outro estudo realizado em pacientes com câncer, associado ao suporte social, identificou-se como contribuintes ao referido suporte: o desejo de estar acompanhado (45%), serem tratados de forma empática (33%), terem suporte e cuidados adequados em casa (28%), informações adequadas (16%), serem tratados sem diferença às demais pessoas do convívio (15%) e ajuda em seus compromissos (13%). Os pacientes com maior nível de ansiedade, eram os que mais desejavam estar acompanhados e os pacientes mais jovens foram os que mais salientaram a importância do cuidado em seus

lares. Participaram deste estudo 82 pacientes, com média de idade de 57,5 anos; em sua maioria do sexo masculino. 11% tinham o diagnóstico de CCR (Korotkin, 2019).

Consideram-se os tipos psicológicos e a resiliência como fatores protetores internos ao indivíduo; já o suporte social como fator externo. Todos os três contribuíram para o enfrentamento de nossos pacientes frente ao processo de adoecimento e tratamento, de forma que possibilitou aos pacientes vivenciarem o temor da morte e inutilidade, mas não se paralisarem, ao contrário, cada um, ao seu modo, ultrapassou essa crise.

Verificou-se que os escores de resiliência e suporte social praticamente não se alteraram após a cirurgia. Somente o item atividade social, referente a uma subescala do suprote social, teve queda de um ponto, posterior ao tratamento. Porém, tal dado é justificável pelo fato da recuperação operatória, ser necessário certa readaptação à alimentação e, em alguns pacientes, ao uso da ostomia.

Cabe citar que a este último grupo de pacientes (que em decorrência do tratamento cirúrgico precisaram utilizar a ostomia) foi aplicado um questionário de QV peculiar a esta população. A média da QV global foi moderada e o domínio mais significativo para a QV dos pacientes, refere-se ao bem-estar espiritual.

Jung acredita que a espiritualidade é um aspecto importante para o indivíduo ter uma vida saudável. Embora em muitas correntes científicas seja inaceitável uma conexão entre ciência e religião, ao longo de seus estudos, Jung procurou ter uma postura dialética entre essas duas vertentes que acessam o homem, interligando-as (Ramos, 2002).

O uso da ostomia exige que o paciente encontre uma nova forma de se relacionar com o mundo, de modo que passa a ser exigido a perceber uma nova concepção de seu corpo, para dar-lhe um novo significado (Almeida et al., 2010).

Este dispostivo pode despertar sentimentos conflituosos, preocupações e dificuldade para lidar com essa atual situação, pois há alteração no humor do paciente, sensação de mutilação e possível rejeição de si mesmo (Batista et al., 2011). Diante das transformações concretas na imagem corporal e pela perda da integridade do corpo decorrente da ostomia, as reações dos pacientes podem se assemelhar a de pessoas que

sofreram amputação de algum membro do corpo, como pernas e braços (Kiliç et al., 2007).

Um estudo quali-quantitativo realizado com 21 pacientes em hospital público de São Paulo em pós-operatório mediato de colocação de estomia, através de uma técnica denominada RIME (Relaxamento, Imagens Mentais e Espiritualidade), identificou a melhora do bem-estar e a diminuição do sofrimento emocional e, em alguns pacientes, até físico, por permitir o acesso ao mundo interior, direcionado pela pesquisadora, de forma a garantir o alívio da angústia em razão da ostomia (Ribeiro et al., 2014).

Embora a literatura aponte muitas necessidades de cuidado aos pacientes ostomizados, em nossa população o fato da eliminação completa do câncer foi mais significativo, do que as implicações emocionais pelo uso da ostomia.

No decorrer deste trabalho observou-se o quanto foi possível aos sujeitos da amostra a apropriação do processo de enfermidade, um enfrentamento saudável e adaptativo frente às mudanças na rotina de vida e as exigências do tratamento.

Os pacientes valeram-se de fatores protetores internos, como o seu tipo psicológico, a resiliência e sua religiosidade, assim como de fatores externos, como o suporte familiar e dos amigos. Embora um diagnóstico de câncer seja difícil, não foi uma sentença do término da vida dos pacientes.

Tais achados nos fazem pensar de que diante das vicissitudes da vida, o ser humano consegue acessar o seu potencial interno e abrir-se para as possibilidades de auxílio de seu meio social, como forma de minimizar a angústia desencadeada pelo adoecimento.

Em quase a totalidade dos pacientes houve o acesso de mecanismos defensivos adaptativos por meio das ferramentas mencionadas acima. Acreditamos que para haver o fortalecimento dessas defesas é fundamental que o paciente seja escutado em suas necessidades, temores e desejos, que haja um diálogo horizontal com a equipe de saúde, de modo que o paciente se sinta o principal condutor do tratamento.

Sabe-se que houve pacientes em processo de elaboração do luto pela perda da saúde, porém essa elaboração requer tempo, paciência e flexibilidade da equipe e da família do paciente, na medida em que a vida deste último sofreu alterações e, por

vezes, torna-se necessário a suspensão de papéis e atividades que correspondem ao propósito de vida da pessoa.

Cabe a equipe de saúde assessorar o paciente e, em alguns casos, a sua família, a reconhecer a importância de vivenciar esse processo, seguindo os dados de realidade fornecidos pelos profissionais.

Para o uso adaptativo das defesas do ego, cabe estimular o paciente a recordar etapas anteriores à enfermidade, cercadas de desafios e exigências, e como foi conduzida pelo sujeito. De igual modo, cabe frisar que o tratamento fará parte da vida do paciente e das pessoas ao seu redor, mas que o mesmo não deve ser o único objetivo de preencher os seus dias; é preciso encontrar um caminho que alterne as exigências do tratamento, aos demais setores da vida do paciente, pois não podemos reduzi-lo ao problema de saúde.

Cada indivíduo assim como tem suas habilidades e fraquezas, potencial e temor, pode identificar novas ferramentas para lidar com a perda da saúde e a exigência do tratamento para recuperá-la.

Um dos papéis dos Psicólogos é contribuir para que o paciente retorne a etapas anteriores de sua vida, sem deixar-se paralisar por elas, mas para recordar os recursos de enfrentamento que utilizou em desafios passados. A relação dual, do paciente e do Psicólogo, é cercada pelo diálogo, no qual este procura auxiliar na reflexão e tomada de consciência daquele.

Esta relação tem várias finalidades, uma delas é o autoconhecimento, que confere ferramenta indispensável ao fortalecimento do ego e que possibilita com que o sujeito consiga lidar de forma mais madura (e resiliente) com as dificuldades de sua vida.

Sabe-se que em certa proporção o Psicólogo ainda tem papel estigmatizado na sociedade e que detém acesso à pequena parcela da população, porém embora caiba a este profissional o manejo de técnicas que promovam maior aprofundamento do mundo interno das pessoas, todos os profissionais de saúde, de uma forma ou outra, escolheram trabalhar para auxiliar quem precisa de ajuda.

Devido a isso, uma escuta ativa e acolhimento empático de qualquer profissional poderá auxiliar o paciente a conectar-se com suas próprias ferramentas para manejar tamanha crise, assim como existem técnicas que também facilitam nesta (re)descoberta.

A Psicóloga Dra Ana Catarina Araújo Elias após sucessivos estudos com pacientes em fase final de vida criou uma técnica de Relaxamento, Imagens Mentais e Espiritualidade, denominada RIME, que mostrou ser aplicável a pacientes com possibilidades terapêuticas de cura. Esta técnica, que pode ser direcionada por qualquer profissional de saúde, desde que instruído para este fim, propicia mudanças socioemocional e espiritualmente positivas, com melhora no bem-estar e QV e, consequentemente, diminuição do sofrimento psíquico (Elias et al., 2006; Ribeiro et al., 2014).

O ser humano é complexo, de forma que os avanços tecnológicos foram promovendo a especialização minuciosa e o olhar integral gradativamente se perdeu. Em Psicologia o homem é visto em sua totalidade, assim como em sua singularidade; os tipos psicológicos e técnicas como a RIME poderão facilitar essa fusão, com uma fundamentação científica para sustentar o trabalho dos Psicólogos.

A ciência nos exige certa generalização, para que os achados sejam universalmente validados. Devido a isso, constatamos que características de personalidade podem ser agrupadas nos tipos psicológicos, assim como a resiliência e a espiritualidade podem ser fatores internos que protegem o indivíduo para enfrentar os maiores desafios de sua vida, mas que não podemos excluir todo o suporte externo que também contribui para o enfrentamento de um problema e o consequente fortalecimento interno, pela pessoa ter este suporte externo.

Os dados da literatura mostram que além da família, o suporte social é relevante e não podemos excluir o quanto o auxílio da equipe de saúde pode ser o precursor para todo o fortalecimento da rede de apoio ao paciente e ao seu próprio encorajamento para acreditar que pode e consegue enfrentar o tratamento oncológico.

Para tanto, procuraremos disponibilizar algumas orientações básicas para instrumentalizar a equipe assistencial que atende um paciente oncológico a ter como referencial alguns pontos chave que identificamos como importantes para o enfrentamento e fortalecimento dos pacientes.

Este estudo, por ter sido um recorte no tempo do diagnóstico do paciente, teve a limitação de somente descrever os achados identificados nos pacientes com CCR. Embora os dados tenham sido semelhantes no grupo com pacientes com câncer de esôfago, há a possibilidade de surgirem outros achados em pacientes com outros tipos de neoplasias, assim como em outro grupo de enfermidade e também na população geral.

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 (Pinto, 2016).

Uma das maiores finalidades ao acompanhar um paciente é garantir a 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.

Embora nosso estudo carregue suas limitações, conforme descritas anteriormente, julgamos que a amostra de 90 pacientes e o acompanhamento prospectivo permitiu um olhar mais amplo sobre esta população, sobretudo por termos verificado o grau de resiliência e suporte social anterior ao tratamento oncológico e posterior a intervenção cirúrgica.

Anteriormente a este estudo, acreditava-se, por exemplo, que haveria prejuízo no suporte social de um paciente oncológico que fez cirurgia e colocou ostomia, de igual modo, que uma pessoa ostomizada iria sofrer frente à alteração corporal e de sua vida, o que poderia diminuir o grau de sua resiliência, pois com a realização do tratamento oncológico, os desafios elevam-se exponencialmente. Contudo, os dados deste trabalho revelam o oposto, é por isso que as pesquisas são o passaporte para a melhoria da realidade vivenciada, pois os dados mostram o que realmente ocorre com um grupo de pessoas.

Frente a isso, como perspectivas para futuras pesquisas, julgamos a relevância do estudo dos tipos psicológicos a outras amostras da população, inclusive sem comorbidades, assim como treinamentos voltados ao incremento da resiliência dos pacientes; a aplicação da Intervenção RIME aos pacientes, inclusive aos ostomizados, para aprofundamento da dimensão espiritual como fortalecimento das mudanças oriundas do tratamento; treinamento da equipe de saúde quanto ao manejo do suporte individual aos pacientes, ferramenta indispensável ao estabelecimento do vínculo e para o uso das habilidades do paciente para o enfrentamento e adesão ao tratamento.

Diante disso, segue em anexo uma proposta de manual de orientação à equipe de saúde, como forma de instrumentalizar os profissionais para atentarem-se em alguns aspectos identificados neste estudo (Anexo 5).

Acreditamos ser válido pontuar que durante a elaboração dissertativa deste trabalho, a humanidade foi obrigada a lidar com uma enfermidade coletiva, a pandemia da Covid-19.

Nossos pacientes e todos os demais seres humanos foram exigidos a lidar com o isolamento social, o temor pelo contágio do vírus e a perda, por vezes, concreta de pessoas significativas, que vieram a falecer.

Este problema de saúde pública foi marcado por intensos problemas emocionais em boa parte da população, mas também foi um período de descobertas de novas potencialidades, inclusive de novas formas de interação e possibilidades de manter nossos pontos de interesse ativos para lidarmos com tamanha crise.

A pandemia deflagrou que não há um caminho único para o enfrentamento de um problema, assim como, marcou a certeza de que há um potencial interno em cada pessoa para lidar com as adversidades, notadamente por seus fatores de proteção, mas, inclusive, pela capacidade de ressignificação dos momentos difíceis, voltando-se para dar um sentido ao presente, com as ferramentas do passado e almejando um futuro melhor.

Neste mesmo movimento, é assim que agem os pacientes oncológicos, em sua maioria, não se deixam reduzir pela doença, mas procuram ultrapassá-la, após encontrar um sentido para enfrentá-la e poder retornar a tão almejada saúde; sempre haverá dúvidas; os retornos médicos e a realização dos exames de rotina conferem as mesmas

angústias e temores de outrora, já não há mais a ilusão de uma vida perfeita, sem desafios, porém há a esperança da continuidade, da perpetuação de sua coragem e confiança para a resolução do tratamento e continuidade na crença de que a vida é difícil, mas preenchida de sentido e de pessoas ao redor, pode ser vivida em sua inteireza e profundidade.

6. CONCLUSÕES

Dentro das condições de realização desta pesquisa pode-se concluir que: a atitude predominante dos pacientes com CCR foi a introversão (66,7%), com mais de dois terços dos pacientes manifestando este foco de atenção individual.

O tipo psicológico que mais se destacou foi o introvertido sentimento, com função auxiliar sensação (23,30%) e em segundo lugar, foi o tipo introvertido sensação, com a função auxiliar sentimento (20,00%). Tais dados nos mostram que houve uma variação entre as funções sentimento e sensação, alternando-se enquanto função principal e auxiliar no maior número de pacientes (43,30%); o que equivale a mais de um terço de toda a amostra.

Verificou-se que não houve alteração significativa entre o grau de resiliência e suporte social dos pacientes, comparando-os antes de iniciar o tratamento oncológico e após a realização da intervenção cirúrgica, inclusive nos casos em que foi necessário o uso de estomia. Dados extraídos sobre a QV deste último grupo, indicaram que o fator que mais contribuiu para a manutenção da QV concerne-se ao bem-estar espiritual.

Frente às questões qualitativas, verificou-se que os pacientes, em sua maioria, utilizaram estratégias adaptativas para o enfrentamento do processo de adoecimento, por meio de sua tipologia psicológica, fatores de proteção internos e externos.

Diante desses resultados, no atendimento a esses pacientes, torna-se necessário uma postura empática, com o estabelecimento de confiança e vínculo significativo, respeitando os limites e as crenças da referida população. Cabe também aos profissionais de saúde comportar-se de forma prática e objetiva, procurando fornecer orientações a partir da realidade do indivíduo.

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.

Almeida SSL, Rezende AM, Schall VT, Modena CM. Os sentidos da corporeidade em ostomizados por câncer. Psicologia em Estudo. 2010 Out;15(4):761-9.

Amaral MTMB. Ártemis Sagitária. In: Maria Zélia de Alvarenga. Mitologia simbólica: estruturas da psique e regências míticas. 2ªed. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2010.

Araújo LF, Teva I, Bermúdez MP. Resiliencia em adultos: uma revisión teórica. Terapia Psicológica. 2015 Jul;33(3):257-76.

Attolini RC, Gallon CW. Qualidade de vida e perfil nutricional de pacientes com câncer colorretalcolostomizados. Revista Brasileira de Coloproctologia. 2010 Jul;30(3):289-98.

Beebe J. Diversity:a problem in common. Psychological Perspectives. 2017;60:274-80.

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

Boyd R, Brown T. Pilot study of Myers Briggs Type Indicator personality profiling in emergency department senior medical staff. Emergency Medicine Australia. 2005;17:200-3.

Brasil. Ministério da Saúde. Estimativa 2020: incidência de câncer no Brasil / Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. Rio de Janeiro: INCA; 2019. 120 p.

Brasil. Resolução do Conselho Federal de Psicologia 002/2003. Brasília: CFP; 2003. 9p.

Chaves PL, Gorini MIPC. Qualidade de vida do paciente com câncer colorretal em quimioterapia ambulatorial. Revista Gaúcha de Enfermagem. 2011 Dez;32(4):767-73.

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

Elias ACA, Giglio JS, Pimenta CAM, El-Dash LC. Therapeutical intervention, relaxation, mental images, and spirituality (RIME) for spiritual pain in terminal patients. A training program. Scientific World Journal. 2006;6(21):58-69.

Ellis KR, Oh S, Heckt HK, Northouse L. Symptom distress and quality of life among Black Americans with cancer and their family caregivers. Psychooncology. 2021 Aug;30(8):1356-65.

Fortes RC, Monteiro TMRC, Kimura CA. Quality of life from oncological patients with definitive and temporary colostomy.J Coloproctol. 2012 Jul;32(3):253-9.

Gomboski, G. Adaptação cultural e validação do *Cityof Hope-Qualityof Life-OstomyQuestionnaire* para a língua portuguesa no Brasil [dissertação]. São Paulo: Universidade de São Paulo, Escola de Enfermagem; 2010.

Gurgel LG, Plentz RDM, Joly MCRA, Reppold CT. Avaliação da resiliência em adultos e idosos: revisão de instrumentos. Estudos de Psicologia Campinas. 2013 Out;30(4):487-96.

Haviland J et al. Social support following diagnosis and treatment for colorectal cancer and association with health-related quality of life: results from the UK colorectal weelbeing (CREW) cohort study. Psychooncology. 2017 Dec;26(12):2276-84.

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.

Instituto Nacional de Câncer (Brasil). Divisão de Comunicação Social. Cuidados com a sua estomia: orientações aos pacientes. Rio de Janeiro: INCA; 2010.

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.

Kaidashev RP, Romanenko YA. Psychological types in the specifics of the court activity. Scientific bulletin of Polissia. 2017;3(11):177-83.

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

Kim MR, Han SJ. Relationships between the Myers-Briggs Type Indicator personality profiling, academic performance and student satisfaction in nursing students. International Journal of Bio-Science and Bio-Technology. 2014;6(6):1-12.

Kimura CA, Kamada I, Guilhem D, Monteiro PS. Quality of life analysis in ostomized colorectal cancer patients. JournalofColoproctology. 2013 Agosto;33(4):216-21.

Korotkin BD, Hoerger M, Voorhees S, Allen CO, Robinson WR, Duberstein PR. Social supportin cancer: how do patients want us to help? Journal of Psychosocial Oncology. 2019;37(6):699-712.

Kubler-Ross, E. Sobre a morte e o morrer: o que os doentes terminais tem para ensinar a médicos, enfermeiras, religiosos e aos seus próprios parentes. Tradução de Paulo Menezes. 9ª Ed., São Paulo: Martins Fontes, 2008.

Lenta OE, Cucu MC. The Jungian concept of complex psychology. Postmodern Openings. 2017;8(3):59-67.

Lima G. Héstia. In: Maria Zélia de Alvarenga. Mitologia simbólica: estruturas da psique e regências míticas. 2ªed. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2010.

Lopes VR, Martins MCF. Validação fatorial da escala de resiliência de Connor-Davidson (Cd-Risc-10) para brasileiros. Revista Psicologia: Organizações e Trabalho. 2011 Jul;11(2):36-50.

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.

Maria CC. XVIII Seminário nacional de bibliotecas universitárias. 2014.

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

Mrabti H et al. Quality of life of eraly stage colorectal cancer patients in Morocco. BMC Gastroenterol. 2016 Oct;16(1):131.

Muller JM, Freire PS. Tipologias e arquétipos: a psicologia profunda como base para uma hermenêutica (resenha). R. Inter. Interdisc. INTERthesis. 2015 Jun;12(1):382-8.

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

Organização Mundial de Saúde. Site: https://www.paho.org (acesso em 19.03.2022).

Ortenblad AR, Koris R, Pihlak U. Does it matter who teaches you? A study on the relevance of matching students´and teachers´personalities. The International Journal of Management Education. 2017;15:520-7.

Pereira APS, Cesarino CB, Martins MRI, Pinto MH, Netinho JG. Associação dos fatores sociodemográficos e clínicos à qualidade de vida dos estomizados. Revista Latino-Americana de Enfermagem. 2012 Jan;20(1):1-8.

Peres JFP, Mercante JPP, Nasello AG. Promovendo resiliência em vítimas de trauma psicológico. Rev Psiquiatr. 2005 Maio;27(2):131-8.

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

Popa-Velea O, Diaconescu L, Popescu MJ, Trutescu C. Resilience and active coping style: effects on the self-reported quality of life in cancer patients. The International Journal of Psychiatry in Medicine. 2017;52(2):124-36.

Ramos LMA. Apontamentos sobre a psicologia analítica de Carl Gustav Jung. ETD – Educação Temática Digital. 2002 Dez;4(1):110-44.

Ribeiro JLP. Escala de satisfação com o suporte social. Portugal: Placebo; 2011. 22 p.

Ribeiro ROB et al. A intervenção RIME como recurso para o bem-estar de pacientes ostomizados. Psicologia Hospitalar. 2014;12(2):83-102.

Rosenberg AR *et al.* Promoting resilience in adolescents and young adults with cancer: results from the PRISM randomized controlled Trial. Wiley online library – cancer. 2018:3909-17.

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.

Rueda FJM, Zanini DS. O que muda com a Resolução CFP nº 09/2018? Psicologia: Ciência e Profissão. 2018;38(n.spe):16-27.

Rushton S, Mariano JM, Wallace TL. Program selection among pre-service teachers: MBTI profiles within a college of education. Scientific Research. 2012;3(1):1-8.

Santos CSVB, Ribeiro JLP, Lopes C. Estudo de adaptação da escala de satisfação com o suporte social (ESSS) a pessoas com diagnóstico de doença oncológica. Psicologia, Saúde & Doenças. 2003;4(2):185-204.

Satepsi.cfp.org.br/lista_teste_completo.cfm (acessado em outubro de 2020).

Senna CE, Fialho FA. Personas: a teoria junguiana dos tipos psicológicos e sua utilidade para o design. Projética. 2016 Jun;7(1):37-52

Seow-Em I et al. Long-term quality of life, sexual health and gastrointestinal function following colorectal cancer resection in na Asian cohort. Colorectal Dis. 2021 Sep;23(9):2348-60.

Settineri S *et al.* Psychological types and learning styles in medical education. Mediterranean Journal of Clinical Psychology. 2018;6(3):1-22.

Severino AJ. Metodologia do trabalho científico. 1ª Ed. São Paulo: Cortez, 2013.

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.

Tejada MGS et al. Association between social support , functional status, and change in health-related quality of life and changes in anxiety and depression in colorectal cancer patients. Psychooncology. 2017 Sep;26(9):1263-69.

Wahba LL. A criação de sensibilidades: epistemologia e método na Psicologia Analítica. Psicologia:teoria e pesquisa. 2019;35:1-7.

Yilmaz MS, Piyal B, Akdur R. Social support and quality of life in a group of cancer patients. Turkish Journal of Medical Sciences. 2017;47:732-7.

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.

Zhang H, Zhao Q, Cao P, Ren G. Resilience and quality of life: exploring the mediator role of social support in patients with breast cancer. Med Sci Monit. 2017;23:5969-79.

ANEXOS

Anexo 1: CDRISC-10

ANEXO B – ESCALA DE RESILIENCIA DE CONNOR-DAVIDSON PARA O BRASIL-10^{BRASIL} (CD-RISC10^{BRASIL}) ©

Quanto as afirmações abaixo, avalie quais são verdadeiras para você, pensando no **mês passado**. Se algumas dessas situações não ocorreram no mês passado, responsa como você acha que teria se sentido se elas tivessem ocorrido.

Leia com atenção cada afirmativa e utilize a escala apresentada a seguir para dar sua opinião sobre cada uma delas.

0	1	2	3	4
Nem um pouco verdadeiro	**Raramente verdadeiro**	**Às vezes verdadeiro**	**Frequentemente verdadeiro**	**Quase sempre verdadeiro**

1	Eu consigo me adaptar quando mudanças acontecem	0	1	2	3	4
2	Eu consigo lidar com qualquer problema que acontece comigo.	0	1	2	3	4
3	Eu tento ver o lado humorístico das coisas quando estou com problemas	0	1	2	3	4
4	Ter que lidar com situações estressantes me faz sentir mais forte.	0	1	2	3	4
5	Eu costumo me recuperar bem de uma doença, acidentes e outras dificuldades.	0	1	2	3	4
6	Eu acredito que posso atingir meus objetivos mesmo quando há obstáculos.	0	1	2	3	4
7	Fico concentrado e penso com clareza quando estou sob pressão.	0	1	2	3	4
8	Eu não desanimo facilmente com os fracassos.	0	1	2	3	4
9	Eu me considero uma pessoa forte quando tenho que lidar com desafios e dificuldades da vida.	0	1	2	3	4
10	Eu consigo lidar com sentimentos desagradáveis ou dolorosos como tristeza, medo e raiva.	0	1	2	3	4

Solano JP, Bracher E, Pietrobon R, Carmona MJ. Adaptação cultural e estudo de validade da escala de resiliência de ConnorDavidson para o Brasil. Nenhuma parte deste documento pode ser reproduzida ou transmitida por qualquer meio, eletrônico ou mecânico, incluindo fotocópias simples e digitalização, sem permissão escrita de Dr. Davidson – www.cd-risc.com; mail@cd-risc.com. Direitos reservados. Copyright © 2001, 2003, 2007, 2009, 2012, 2016 by Kathryn M. Connor, M.D., and Jonathan R.T. Davidson, M.D.

Anexo 2: ESSS

ESCALA DE SATISFAÇÃO COM O SUPORTE SOCIAL

A SEGUIR VAI ENCONTRAR VÁRIAS AFIRMAÇÕES, SEGUIDAS DE CINCO LETRAS. MARQUE UM CÍRCULO À VOLTA DA LETRA QUE MELHOR QUALIFICA A SUA FORMA DE PENSAR. POR EXEMPLO, NA PRIMEIRA AFIRMAÇÃO, SE VOCÊ PENSA QUASE SEMPRE QUE POR VEZES SE SENTE SÓ NO MUNDO E SEM APOIO, DEVERÁ ASSINALAR A LETRA **A**, SE ACHA QUE NUNCA PENSA ISSO DEVERÁ MARCAR A LETRA **E**.

	Concordo totalmente	Concordo na maior parte	Não concordo nem discordo	Discordo na maior parte	Discordo totalmente
1-Por vezes sinto-me só no mundo e sem apoio	A	B	C	D	E
2-Não saio com amigos tantas vezes quantas eu gostaria	A	B	C	D	E
3-Os amigos não me procuram tantas vezes quantas eu gostaria	A	B	C	D	E
4-Quando preciso de desabafar com alguém encontro facilmente amigos com quem o fazer	A	B	C	D	E
5-Mesmo nas situações mais embaraçosas, se precisar de apoio de emergência tenho várias pessoas a quem posso recorrer	A	B	C	D	E
6-Às vezes sinto falta de alguém verdadeiramente íntimo que me compreenda e com quem possa desabafar sobre coisas íntimas	A	B	C	D	E
7-Sinto falta de actividades sociais que me satisfaçam	A	B	C	D	E
8-Gostava de participar mais em actividades de organizações (p.ex. clubes desportivos, escuteiros, partidos políticos, etc.)	A	B	C	D	E
9-Estou satisfeito com a forma como me relaciono com a minha família	A	B	C	D	E
10-Estou satisfeito com a quantidade de tempo que passo com a minha família	A	B	C	D	E
11-Estou satisfeito com o que faço em conjunto com a minha família	A	B	C	D	E
12-Estou satisfeito com a quantidade de amigos que tenho	A	B	C	D	E
13-Estou satisfeito com a quantidade de tempo que passo com os meus amigos	A	B	C	D	E
14-Estou satisfeito com as actividades e coisas que faço com o meu grupo de amigos	A	B	C	D	E
15-Estou satisfeito com o tipo de amigos que tenho	A	B	C	D	E

Anexo 3 - COH-QOL-OQ– City of Hope - Questionário de Qualidade de Vida para Estomizados

Instruções: Estamos interessados em saber como ter uma estomia afeta sua qualidade de vida. Por favor, responda a todas as perguntas a seguir, com base na sua vida neste momento.

Circule, por favor, o número de 0-10 o que melhor descreve suas experiências. Por exemplo:

Quanto é difícil para você subir escadas?

sem nenhuma dificuldade 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 extremamente difícil

Circular a resposta 2, significa que não sente muita dificuldade para subir escadas.

Com relação à estomia, até que ponto os itens a seguir são um problema para você?

1. Força física

Não é problema 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 problema grave

2. Fadiga

Não é problema 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 problema grave

3. Pele ao redor da estomia

Não é problema 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 problema grave

4. Interrupções de sono

Não é problema 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 problema grave

5. Dores ou sofrimentos

Não é problema 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 problema grave

6. Gases

Não é problema 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 problema grave

7. Odor

Não é problema 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 problema grave

8. Constipação (dificuldade para evacuar)

Não é problema 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 problema grave

9. Diarréia

Não é problema 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 problema grave

10. Vazamentos da bolsa (ou ao redor da bolsa)

Não é problema 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 problema grave

11. Bem estar físico geral

Não é problema 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 problema geral

12. Quanto tem sido difícil para você se adaptar à estomia?

nem um pouco 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 bastante (muito difícil)

13. Quanto você se sente útil?

Nem um pouco 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 extremamente útil

14. Quanta satisfação ou prazer você sente pela vida?

Nenhuma 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 muita

15. Quanto você se sente constrangido por causa de sua estomia?

Nem um pouco 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 extremamente constrangido

16. Quanto é boa sua qualidade de vida no geral?

Extremamente Ruim 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 excelente

17. Como está sua memória?

Extremamente Ruim 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 excelente

18. Quanto é difícil para você olhar para sua estomia?

Nem um pouco 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 extremamente difícil

19. Quanto é difícil para você cuidar de sua estomia?

Nem um pouco 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 extremamente difícil

20. Você sente que tem controle sobre as coisas na sua vida?

Nem um pouco 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 completamente

21. Quanto você está satisfeito com sua aparência?

Nem um pouco 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 extremamente satisfeito

22. Quanta ansiedade você tem?

Nenhuma 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 extrema

23. Quanta depressão você tem?

Nenhuma 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 extrema

24. Você tem receio que sua doença volte?

Nem um pouco 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 receio extremo

25. Você tem dificuldade para conhecer novas pessoas?

Nem um pouco 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 dificuldade extrema

26. Quanto encargo financeiro resultou de sua doença ou tratamento?

Nenhum 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 extremo

27. Quanto a sua doença tem sido angustiante para a sua família?

Nem um pouco 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 extremamente angustiante

28. Quanto a sua estomia interfere na sua capacidade para viajar?

Nem um pouco 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 completamente

29. A sua estomia tem interferido nas suas relações pessoais?

Nem um pouco 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 completamente

30. Quanto isolamento é causado pela sua estomia?

Nenhum 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 muito

31. O apoio de seus amigos e família é suficiente para atender suasnecessidades?

Nem um pouco 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 extremamente

32. A sua estomia tem interferido nas suas atividades recreativas/esportivas?

Nem um pouco 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 bastante

33. A sua estomia tem interferido nas suas atividades sociais?

Nem um pouco 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 bastante

34. A sua estomia tem interferido na sua intimidade?

Nem um pouco 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 bastante

35. Você tem privacidade suficiente em casa para cuidar de sua estomia?

Nem um pouco 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 bastante

36. Você tem privacidade suficiente, quando viaja, para realizar os cuidados

com sua estomia?

Nem um pouco 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 bastante

37. Quanta incerteza você sente com relação ao seu futuro?

Nem um pouco 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 muita

38. Você sente que tem uma razão para estar vivo?

Nem um pouco 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 muita

39. Você tem um sentimento de paz interior?

Nem um pouco 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 muito

40. Quanto você se sente esperançoso?

Nem um pouco 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 extremamente

41. O apoio que você recebe de suas atividades espirituais, tais como rezar oumeditar, é suficiente para atender suas necessidades?

Nem um pouco 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 completamente

42. O apoio que você recebe de atividades religiosas, tais como ir a algumtemplo religioso (igreja ou sinagoga), é suficiente para atender suas necessidades?

Nem um pouco 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 completamente

43. Ter uma estomia tem trazido mudanças positivas na sua vida?

Nem um pouco 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 bastante

Anexo 4: RESPOSTAS DOS PACIENTES REFERENTE AS DUAS QUESTÕES DA AVALIAÇÃO PSICOLÓGICA + ANÁLISE PELAS FUNÇÕES DA CONSCIÊNCIA

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

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

Eu senti vontade de chorar, mas não chorei; me senti pequena, um nada (sentimento), porque eu estava com meu marido e ele é uma pessoa muito fria (sensação). Eu esperava um abraço, mas ele é frio e me deu as costas (sentimento e sensação).

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

Eu pensei, porque comigo (intuição)? Não sou de me encostar em ninguém, em ser agressiva; eu ajudo (sentimento), a pessoa me derruba e eu ajudo outra vez. Eu pensei que isso foi pra me deixar mais forte e pra olhar mais pra mim; pra eu lembrar que tem eu também (sentimento).

Análise qualitativa: Apesar de o paciente demonstrar desorganização egóica, revolta, necessidade de acolhimento e amparo, em decorrência do diagnóstico; indica defesa adaptativa, com o uso das funções psíquicas conscientes (sensação e sentimento). Acrescido a isso, manifesta possibilidade de ressignificar a sua vida, com o despertar para a importância de se apropriar sobre seu potencial de autocuidado e autoacolhimento.

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

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

Fiquei perplexo (sentimento), mas a princípio não foi um choque; o choque veio depois, quando a rotina mudou (sensação).

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

Eu sou uma pessoa muito estressada (sentimento); e com a morte da minha esposa (há nove anos) eu fiquei muito fechado (sentimento). Eu acho que esse período eu me arrependo (sentimento); depois que eu fiquei sabendo do problema (sensação).

Análise qualitativa: O discurso do paciente sugere depressão reativa, em razão do sofrimento inerente a crise gerada pelo diagnóstico, associado à dificuldade para lidar com o falecimento da esposa. Utiliza-se de suas funções conscientes (sentimento e sensação) para descrever os aspectos suscitados pela enfermidade, no entanto, indica defesa frágil e pouco eficaz para minimizar a angústia vivenciada. Pode-se inferir que a

partir do diagnóstico, o paciente poderá ressignificar o seu comportamento, transformado pela morte da cônjuge.

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

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

Fiquei triste (sentimento), só no primeiro momento em que recebi a notícia; comecei a chorar (sentimento), mas aos poucos, aceitei normal (sensação).

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

Eu penso que não sou melhor do que ninguém (sentimento), a doença tá aí, com jovem, criança, porque eu posso me sacrificar, eu já tenho 63 anos; criei meus filhos. Eu aceitei porque o que Deus deu pra eu fazer, eu fiz (intuição).

Análise qualitativa: O paciente indica defesa adaptativa e aceitação diante do adoecimento, por meio das funções mais próximas à sua consciência (sentimento, sensação e intuição). Demonstra, ainda, uma visão empática acerca do sofrimento despertado por uma enfermidade e sensação de dever cumprido, associando com conteúdos de suas crenças.

Paciente 4: ARP (Função principal da consciência: sensação e sentimento como função auxiliar)

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

Me senti normal (sentimento); aceitei a realidade (sensação).

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

Não encontrou sentido.

Análise qualitativa: Apesar da resposta do paciente ser de caráter impessoal e ter uma pobreza de conteúdos subjetivos, indica aceitação diante do diagnóstico. Através de suas funções psíquicas conscientes (sensação e sentimento) denota defesa adaptativa; além de comportamento característico de sua função principal, ao deter-se a aspectos concretos da realidade e do momento de sua vida.

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

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

Fiquei tranquilo (sentimento) porque vinha fazendo exames há quase um ano e já estava preparado (sensação); até pelo conhecimento que a gente tem, pelos exames que pediam (pensamento). É claro que a gente fica preocupado (sentimento), mas não foi surpresa, dado ao penfico (*paciente tem penfico vulgar há 12 anos*) e a medicação, e a tudo que me acontece por isso (pensamento). Então não fiquei chocado, apavorado (sentimento).

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

Ele apareceu pela sequência de medicamentos, pelo tratamento (pensamento); nada emocional (sentimento).

Análise qualitativa: Indica defesa adaptativa, valendo-se das funções mais acessíveis à consciência (sensação, sentimento e pensamento). A partir da comorbidade, o paciente procura contextualizar o desencadeamento do câncer, valendo-se do mecanismo defensivo de racionalização para enfrentar essa nova enfermidade. De tal forma, manifesta aceitação acerca do diagnóstico oncológico.

Paciente 6: AB (Função principal da consciência: pensamento e sensação como função auxiliar)

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

Me senti terrível, foi ruim demais; por burrice minha (sentimento), por nunca ter descoberto isso antes (sensação), fazendo o exame; enquanto não resolver isso (sensação), eu ainda fico abalado (sentimento).

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

Não tenho razão nenhuma; uma coisa que eu nunca esperava (intuição).

Análise qualitativa: O paciente indica defesa frágil e pouco eficaz para diminuir seu sofrimento; vale-se da função inferior (sentimento) para descrever a sua reação emocional, porém não vislumbra meios de fortalecer-se internamente e minimizar a sua angústia, ao contrário, concentra a sua expectativa na realização do tratamento e resolução do câncer. Seu discurso sugere ambivalência, entre raiva pelo diagnóstico e depressão reativa, decorrente de todo o sofrimento desencadeado pela enfermidade.

Paciente 7: NVS (Função principal da consciência: sensação e sentimento como função auxiliar)

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

Fiquei normal, não me assustei não (sentimento); o que tiver de ser, será (intuição). Tem que tratar (sensação) ué.

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

Não sei, não sentia nada (sensação).

Análise qualitativa: O paciente vale-se da função inferior (intuição), entregando-se à imprevisibilidade da vida, mas sem demonstrar angústia; o que denota defesa adaptativa. Além disso, a partir de sua função principal (sensação), reconhece no tratamento a possibilidade de resolução da crise gerada pelo câncer. No entanto, indica comportamento ambivalente, ao manifestar, por vezes, barganha e aceitação da realidade.

Paciente 8: JCS (Função principal da consciência: sentimento e intuição como função auxiliar)

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

Triste, chorei; no momento fiquei triste (sentimento), mas depois eu comecei a reagir bem (sensação). Mas quando tô só em casa e começa a doer muito (sensação), me sinto lá embaixo; triste (sentimento).

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

Aquela coisa, às vezes eu penso que se no início os médicos tivessem me tratado melhor (sentimento), eu não estaria com isso agora (sensação), porque tem mais de um ano que eu me tratava de hemorroida (pensamento).

Análise qualitativa: O paciente vale-se da função principal (sentimento) e também entra em contato com o sofrimento pela função inferior (pensamento), mas indica defesa frágil para minimizar a sua angústia. Por meio de características marcantes de sua função principal, tal como a necessidade de amparo, confiança e acolhimento em figuras de cuidado (como médicos, por exemplo), percebe-se certa revolta pela demora em obter seu diagnóstico.

Paciente 9: RNA (Função principal da consciência: sensação e sentimento como função auxiliar)

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

Fiquei tranquilo (sentimento), o que tiver de ser é; não tem como a gente escapar (intuição).

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

Eu penso que não sei, se foi porque eu fumei (sensação); tá com 15 anos que larguei o fumo, fumei uns 40 anos.

Análise qualitativa: O discurso do paciente denota defesa adaptativa, inclusive por integrar a sua função inferior (intuição), sem suscitar angústia; ao contrário, sugere

aceitação e resignação. Entretanto, por sua fala ser desprovida de aprofundamento, não se pode inferir acerca de sua postura diante do processo de tratamento e suas exigências.

Paciente 10: JSP (Função principal da consciência: intuição e pensamento como função auxiliar)

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

Eu já vim procurar o diagnóstico tendo quase certeza do que eu tinha (pensamento). O impacto maior é um processo que envolve o sofrimento (pensamento), não necessariamente a morte; você se prepara pra enfrentar o temor da doença (pensamento). Eu não gosto de sofrer (sentimento), de agulhada (sensação), mas tem um monte de coisa que não tá no controle (intuição).

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

Não creio em punição por eu fumar (sensação); acredito que é uma coisa que não tem controle; acontece. Aconteceu (intuição).

Análise qualitativa: Percebe-se defesa adaptativa, inclusive por defender-se através das quatro funções da consciência. Embora o paciente tenha receio do sofrimento, o que é indicativo de compreender a realidade do processo de enfermidade; indica lidar de forma adequada com a ausência de controle deste processo. Deste modo, sugere encontrar-se na fase de aceitação, tal como proposto por Kubler Ross.

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

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

Na hora já veio o pensamento maligno, aquela doença forte, vou viver por pouco tempo (sensação); só vou botar fé depois que fizer esse tratamento (sensação e pensamento), porque eu vivo cheio de dor (sensação). Eu desanimei da vida (sentimento), era forte, gordo (sensação); tô só o chassis de grilo, bem magrinho (sensação).

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

É isso que eu queria saber, de onde surgiu (intuição).

Análise qualitativa: Vale-se de todas as funções da consciência, porém evidencia a necessidade de um parâmetro concretamente perceptível, tal como o tratamento oncológico, para minimizar o seu sofrimento, o que sugere defesa frágil. Até o momento, não vislumbra recursos próprios para diminuir a sua angústia. Manifesta, ainda, alteração em autoimagem e depressão reativa.

Paciente 12: GPA (Função principal da consciência: sentimento e sensação como função auxiliar)

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

Não senti nada (sensação); depois com o passar dos dias (sensação), a gente vai assimilando (pensamento).

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

O fumante tem medo de morrer de câncer de pulmão; não tem sentido lógico (pensamento).

Análise qualitativa: Indica defesa frágil e pouco eficaz, sobretudo pela forma como se vale da função inferior (pensamento). O paciente não consegue entrar em contato com a enfermidade de uma forma pessoal, através de sua função principal. Busca uma explicação racional e coerente para lidar com o diagnóstico; o que sugere certa negação da realidade constatada pelo diagnóstico de tumor de intestino.

Paciente 13: JSP (Função principal da consciência: sentimento e sensação como função auxiliar)

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

Não senti mal; me senti normal (sentimento e sensação).

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

Acho que não.

Análise qualitativa: O discurso do paciente contém aspectos de suas funções conscientes (sentimento e sensação), porém sua resposta é impessoal; não se coloca e não reflete sobre o impacto da enfermidade em sua vida. Tal comportamento nos sugere dificuldade para lidar com aspectos inerentes ao diagnóstico, através do mecanismo defensivo de recalque e certa negação frente à realidade vivenciada.

Paciente 14: AL (Função principal da consciência: sensação e sentimento como função auxiliar)

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

Senti mal (sentimento), mas fazer o que (intuição); fiquei preocupado (sentimento).

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

Não. Apareceu do nada.

Análise qualitativa: O paciente tem um discurso empobrecido; sugere passividade diante do processo de enfermidade. Assim como comportamento ambivalente, oscilando entre depressão e aceitação. Embora seu discurso contemple sua função inferior (intuição), não indica ter integrado todas as possibilidades decorrentes do diagnóstico, o que suscita defesa frágil.

Paciente 15: AP (Função principal da consciência: sentimento e intuição como função auxiliar)

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

Fiquei muito triste; chorei muito, muito, muito. Fiquei muito triste; é desagradável (sentimento).

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

Não sei como foi aparecer isso (intuição).

Análise qualitativa: Vale-se das funções em que mais tem habilidade para expressar a ressonância do diagnóstico em sua vida; o que denota defesa adaptativa, apesar do intenso sofrimento inerente a lidar com tal problemática. Traz em seu discurso certa ambivalência entre a raiva e a depressão reativa ao adoecimento.

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

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

Fico desanimado (sentimento), achando que não vou melhorar mais (sensação). Eu era tão bom de saúde (sentimento) e agora não consigo mais fazer nada; não saio, não jogo bola (sensação), mas já que peguei a vaga de alguém (sensação), agora eu vou até o final (intuição).

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

Não sei, sempre fiz exames nas firmas, nunca deu nada e agora tô com isso (sensação).

Análise qualitativa: O paciente vale-se, sobretudo, das funções conscientes (sensação e sentimento); denota sofrimento psíquico diante das alterações em sua vida, decorrentes do adoecimento. Indica ambivalência entre as fases de raiva e depressão reativa, pela angústia desencadeada por toda a crise desde o diagnóstico. No entanto, pelo imediatismo típico de sua função principal, consegue acessar sua função inconsciente (intuição) e se apropriar para enfrentar o processo de tratamento. Tal aspecto sugere defesa adaptativa e a possibilidade de elaboração das perdas inerentes à enfermidade.

Paciente 17: ERC (Função principal da consciência: sentimento e intuição como função auxiliar)

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

Eu levo na brincadeira, eu tiro de letra (sensação); eu não tenho medo de morrer (intuição), eu não quero misericórdia de ninguém; eu sou um cara tranquilo (sentimento). Eu tô consciente do problema (pensamento), porém se fosse alguma coisa que não tivesse cura, pode ser que eu teria entrado em parafuso (sensação), mas eu sei que posso melhorar (intuição). Quando descobre e ainda dá tempo de salvar, é o que importa (sentimento e sensação); porque tem tecnologia pra superar (pensamento).

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

Isso aí é só uma desculpa pra morte (intuição); nunca vi ninguém morrer sem motivo (pensamento). Não sei não, porque eu faço, já fumei (sensação), mas larguei; o que não me interessa, eu risco da agenda (sensação). A minha vida se resume a ter uma vida razoável e ser bom pras pessoas; antes eu era mais explosivo (sentimento), não quero mais que o assunto renda quando não me interessa.

Análise qualitativa: Vale-se de todas as funções psíquicas, de modo que indica defesa adaptativa e possibilidade de integração das polaridades, na medida em que recorre as quatro funções para justificar seu enfrentamento acerca do adoecimento. Assim como, demonstra aceitação e possibilidade de elaboração adequada pelo luto decorrente da enfermidade.

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

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

Não senti nada (sensação).

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

Não sei.

Análise qualitativa: O paciente dá uma resposta evitativa, sem expressar afeto. Vale-se de sua função principal, porém não demonstra ter integrado o problema de saúde em sua vida. Deste modo, não indica ter se apropriado das exigências do processo de enfermidade; o que sugere uma defesa frágil e possibilidade de comprometer a sua adesão ao tratamento.

Paciente 19: EGL (Função principal da consciência: pensamento e sensação como função auxiliar)

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

Me senti normal, mas preocupada com a reação da família, que ficou preocupada (sentimento).

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

Não sei.

Análise qualitativa: Defesa frágil; o paciente não se apropria do problema em sua vida, através da crise despertada pelo adoecimento. Vale-se do mecanismo defensivo de projeção, voltando-se ao impacto no meio familiar, com dificuldade para expressar os próprios sentimentos. Apesar desta manifestação ocorrer por meio da função inferior, não sugere integração dessa polaridade; ao contrário, demonstra uma postura com certa negação da realidade atual.

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

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

O médico não me disse diretamente, eu abri o exame e vi o resultado (sensação). Mostrei pra minha vizinha, porque o médico não me disse nada e aí ela me disse pra pesquisar na internet (pensamento). Quando soube, entrei em desespero, comecei a chorar; achei que ia morrer, que ia ficar sem cabelo, que não conseguiria andar. Entrei em um desespero tão grande que parecia que eu ia morrer naquele instante (sentimento e sensação).

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

O que veio na minha cabeça, eu senti que foi um alerta pra eu acordar pra vida, pra ficar atenta que o que pode acontecer com os outros, também pode acontecer comigo (sensação).

Análise qualitativa: Apesar de a reação inicial ser de intenso sofrimento psíquico e o acesso à função inferior ser de forma desadaptativa, o que aponta falta de autoconhecimento e autopreservação; sugere ambivalência entre depressão reativa e aceitação. Na medida em que manifesta possibilidade de ressignificação da vida e importância para voltar-se para si própria, indica possibilidade para fortalecer-se egoicamente.

Paciente 21: ICS (Função principal da consciência: sensação e sentimento como função auxiliar)

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

Não foi o médico que falou, foi minha neta que me contou, porque trabalha na área (pensamento). Na hora eu chorei (sentimento), pensei que o mundo tinha desabado na minha cabeça (sensação) (tem artrite reumatoide há 15 anos).

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

Não sei.

Análise qualitativa: Devido à comorbidade o seu sofrimento e desorganização interna se intensificam, sobretudo por todas as limitações decorrentes da artrite que a compromete há 15 anos, caracterizando um alto grau de dependência. Tal manifestação nos remete à raiva acerca do diagnóstico oncológico e a uma defesa frágil, embora utilize-se de suas funções conscientes.

Paciente 22: VMS (Função principal da consciência: sentimento e intuição como função auxiliar)

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

Eu não esperava (sentimento), fiquei sem saber o que dizer; penso que vou morrer por isso (intuição).

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

Não sei.

Análise qualitativa: Vale-se das funções conscientes, porém não aprofunda o seu discurso. Apesar disso, indica sofrimento e angústia de morte em razão do diagnóstico, o que sugere defesa frágil, assim como certa ambivalência entre a raiva e a depressão reativa, isto é, tristeza decorrente de toda a vivência.

Paciente 23: MVA (Função principal da consciência: sensação e pensamento como função auxiliar)

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

Na verdade fui pesquisar, eu fui até o laboratório e paguei um sangue oculto porque havia evacuado sangue (pensamento). Eu senti que o Ricardo (*marido falecido*) estava me punindo porque eu não cuidei dele no final. Eu me senti culpada e aí veio a doença (sentimento e sensação).

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

Só se for pra me culpar pelo Ricardo, porque eu me acho uma pessoa boa, não faço mal pra ninguém; sou dura com as palavras, mas sou amiga das pessoas; tento sempre falar algo de

bom, uma brincadeira, mesmo falando a minha opinião (sentimento e sensação), dou uns toques, mas com jeito.

Análise qualitativa: Vale-se da função principal, auxiliar e terciária (sensação, pensamento e sentimento, respectivamente). Compreende o diagnóstico, associado ao estigma do câncer, reconhecendo-o como punição. Percebe-se ligada às exigências e recomendações culturais, culpando-se por não corresponder às mesmas. Deste modo, sugere manter-se na fase da raiva, conforme proposto por Kubler Ross, além de uma defesa frágil, por projetar toda a problemática em outro aspecto da sua vida, que ainda não foi elaborado (enfermidade e morte do cônjuge).

Paciente 24: PDJ (Função principal da consciência: sentimento e intuição como função auxiliar)

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

Bastante triste (sentimento), me senti incapaz, inútil (sensação); pensei na minha família, na preocupação com os netos, esposa e filhos (sentimento), pensando o que será de mim; o que vai acontecer daqui pra frente (intuição).

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

Não sei porque aconteceu isso, eu passei raiva e muito nervoso (sensação), não sei se foi por isso (sentimento). Porque meu filho me deu muito trabalho, me deu raiva e eu sou explosivo e não sei se foi por isso (sentimento e sensação).

Análise qualitativa: Vale-se da função principal, função auxiliar e terciária (sentimento, intuição e sensação, respectivamente); indica angústia pela falta de controle em sua vida e na vida dos familiares. Em razão da função principal, nota-se que dá ênfase ao comportamento dos outros; com dificuldade para se autopreservar. Em relação ao luto decorrente pela enfermidade, sugere manter-se em depressão reativa, na medida em que manifesta angústia e tristeza pelo diagnóstico.

Paciente 25: ASM (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 tive reação; vim ter reação ruim quando me falaram que eu ia ficar internado (sensação) e aí quando vi tanta gente junta, me senti constrangido (sentimento). Hoje sinto a revolta de querer fazer as coisas e não conseguir (sentimento e sensação).

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

Fui evangélico por muitos anos e fiquei muito tempo afastado da igreja (sensação) e acho que um dos propósitos foi esse (intuição), porque aí voltei pra igreja, pro caminho que havia me afastado (sensação).

Análise qualitativa: Vale-se da função principal, auxiliar e terciária (sentimento, sensação e intuição, respectivamente); indica defesa adaptativa, por encontrar um propósito para ressignificar a sua vida. No entanto, manifesta sofrimento inerente às restrições provenientes da enfermidade, permeada por raiva, por não conseguir executar suas tarefas como outrora.

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

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

Fiquei tranquilo (sentimento).

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

Eu bebia quando era novo, não sei se isso é por causa da bebida (sensação).

Análise qualitativa: Vale-se das funções da consciência que tem maior domínio, porém não aprofunda o impacto do diagnóstico em sua vida. Apesar disso, associa o adoecimento com comportamentos prévios. Sugere aceitação acerca da enfermidade, porém precisaríamos de mais aspectos do seu discurso para comprovar tal inferência.

Paciente 27: MCS (Função principal da consciência: sensação e sentimento como função auxiliar)

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

Eu pensei que ia morrer amanhã já (sensação), mas atualmente não penso mais nisso (intuição).

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

Não sei.

Análise qualitativa: Vale-se da função principal e função inferior (sensação e intuição, respectivamente); indica defesa adaptativa, na medida em que inicialmente teve angústia de morte, mas, provavelmente, com o início do processo de cuidados, diminuiu o seu sofrimento; conseguindo acessar sua função inconsciente desprovido de conflitos. Sugere aceitação acerca da enfermidade, entretanto, precisaríamos de mais conteúdos do seu discurso para comprovar tal suposição.

Paciente 28: AAAAR (Função principal da consciência: sentimento e sensação como função auxiliar)

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

Eu pensei, chorei na hora; uma tristeza (sentimento). Pensei que ia morrer (intuição), que doença.

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

Não sei, por isso que eu tive dois abortos (sensação), um aviso pra eu me cuidar mais da saúde (intuição); se eu não tenho nada grave de saúde, útero infantil, nada (sensação).

Análise qualitativa: Vale-se da função principal, auxiliar e terciária (sentimento, sensação e intuição, respectivamente); indica defesa adaptativa e possibilidade de elaboração psíquica em decorrência do diagnóstico. Pelo impacto desencadeado pela enfermidade, pode-se perceber-se depressão reativa, decorrentes da tristeza e sofrimento vivenciados.

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

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

Por incrível que pareça eu não me abalei tanto, eu me abalei na hora (sentimento) que eu caí na real, quando minha barriga tava inchada e aí eu vi que tenho que cuidar da minha saúde (sensação).

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

Não sei porque na minha família ninguém tem (pensamento), acho que é uma provação de Jesus pra ver se eu tenho fé Nele, mas eu tenho (intuição).

Análise qualitativa: Vale-se de todas as funções psíquicas, com predomínio de sua função auxiliar (sensação), para concretizar a necessidade de cuidados em razão do diagnóstico. Indica defesa adaptativa, com recursos, inclusive, de cunho espiritual. Sugere comportamento ambivalente entre a barganha e depressão reativa pelo impacto dos sinais concretos da doença.

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

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

Fiquei tranquilo (sentimento).

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

Não, apareceu, porque apareceu (sensação).

Análise qualitativa: Vale-se de suas funções conscientes, porém não aprofunda na simbolização dos sentimentos e emoções despertados pelo advento do diagnóstico; indica comportamento evitativo. Pelo discurso desprovido de detalhes, sugere aceitação acerca da enfermidade, porém precisaríamos de mais conteúdos para comprovar tal inferência.

Paciente 31: CHKA (Função principal da consciência: sentimento e intuição como função auxiliar)

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

Muito mal; foi um choque grande (sentimento), mas eu li o resultado (sensação) e o choque foi maior (sentimento).

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

Isso tá me abalando demais (sentimento), ligado a uma série de coisas, pra eu tentar entender as razões (pensamento); ela está coligada a minha vida, não foi por acaso (intuição). Eu tô tentando entender, porque sou portador de HPV, talvez seja isso (pensamento).

Análise qualitativa: Vale-se de todas as funções da consciência; denota intenso sofrimento psíquico diante da enfermidade e depressão reativa. Indica possibilidade de apropriação de todo o processo de adoecimento, na medida em que, através de sua função inferior, vislumbra uma compreensão de toda a vivência; o que nos sugere defesa adaptativa.

Paciente 32: ITFB (Função principal da consciência: sentimento e intuição como função auxiliar)

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

Eu senti que eu precisava cuidar (sentimento), que eu tinha que ir atrás (sensação) e procurar ajuda (pensamento).

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

Passei por um período grande de estresse e associo a isso (pensamento).

Análise qualitativa: Vale-se da função principal, terciária e inferior (sentimento, sensação e pensamento, respectivamente), indica defesa adaptativa, na medida em que consegue integrar a função inconsciente (pensamento) de modo adequado. Além disso, demonstra postura ativa e assertiva para buscar os recursos necessários à sua melhora.

Paciente 33: DFDD (Função principal da consciência: sentimento e sensação como função auxiliar)

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

Senti muita tristeza, porque é uma notícia ruim; fiquei preocupada (sentimento).

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

Não sei.

Análise qualitativa: Vale-se de sua função principal (sentimento), no entanto, denota angústia e depressão reativa ao diagnóstico. Pela brevidade em seu discurso, sugere pouca disponibilidade interna para entrar em contato com os possíveis recursos para minimizar o seu sofrimento.

Paciente 34: EMF (Função principal da consciência: intuição e sentimento como função auxiliar)

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

Senti que já estava morrendo (intuição), como eu ia deixar o plano funerário (sensação).

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

Pra um aprendizado, um crescimento (intuição); Deus tá querendo puxar a minha orelha, porque Ele quer que eu mostre pras pessoas (sensação) que é mais fácil do que a gente imagina passar por essas coisas (intuição).

Análise qualitativa: Vale-se de sua função principal e inferior (intuição e sensação, respectivamente); denota defesa adaptativa, na medida em que vislumbra um sentido espiritual para o diagnóstico, com alcance para sensibilizar outras pessoas. Apesar disso, manifesta ambivalência entre as fases de depressão e aceitação.

Paciente 35: LMS (Função principal da consciência: sensação e pensamento como função auxiliar)

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

Fiquei tranquilo (sentimento), mas tive um irmão que já faleceu com essa doença (pensamento). Demoraram pra descobrir (intuição); a gente é desprezado pelo governo. Mas eu tô tranquilo (sentimento).

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

Eu acho que não.

Análise qualitativa: Defesa adaptativa, valendo-se da função auxiliar, terciária e inferior (pensamento, sentimento e intuição, respectivamente). Manifesta ambivalência entre a raiva e aceitação, assim com não descreve o impacto de ter a mesma doença do irmão já falecido. Tal fato nos sugere a busca em preservar-se internamente, evitando lidar com ainda mais fontes de sofrimento, somadas ao diagnóstico.

Paciente 36: MNAG (Função principal da consciência: sensação e pensamento como função auxiliar)

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

Eles só falavam que é pólipo (pensamento) e que tinha que tirar (sensação). Deu um choque; eu chorei um pouquinho, mas disse "não vou chorar não" e fiquei tranquila (sentimento).

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

Fiquei pensando no que, mas não cheguei à conclusão nenhuma (intuição).

Análise qualitativa: Vale-se de todas as funções psíquicas e demonstra defesa adaptativa. Entretanto, em decorrência da função auxiliar, tem dificuldade em permitir-se dar vazão ao seu sofrimento decorrente do diagnóstico. Atrelado a isso, demonstra certa ambivalência entre a raiva e depressão reativa, acerca da elaboração do luto pela enfermidade.

Paciente 37: JFC (Função principal da consciência: sensação e sentimento como função auxiliar)

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

Me senti normal, não me abalou muito (sentimento), mas depois você vem pra cá e vê o pessoal aqui (sensação) e fica preocupado um pouco; com medo (sentimento).

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

Imagino que eu não merecia, mas tem que enfrentar porque eu quero viver (intuição).

Análise qualitativa: Vale-se da função principal, auxiliar e inferior (sensação, sentimento e intuição, respectivamente); denota ambivalência entre a raiva e depressão reativa, sobretudo, pelo predomínio da função dominante, ao iniciar o acompanhamento institucional e conviver com outros pacientes, identificando as possíveis consequências que poderá enfrentar. Apesar disso, indica defesa adaptativa, pois consegue integrar a sua função inconsciente de forma ativa e assertiva, vislumbrando no tratamento a forma para resolver o problema de saúde.

Paciente 38: CAC (Função principal da consciência: sentimento e intuição como função auxiliar)

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

Não me senti nervosa; fiquei com medo da doença, que é perigosa (sentimento), mas me senti forte na hora (sensação).

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

Não sei, acho que tinha que acontecer (intuição).

Análise qualitativa: Defesa adaptativa; indica compreensão sobre o diagnóstico e esperança pela sua resolução. Sugere aceitação em seu processo de lidar com essa nova realidade.

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

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

Chorei (sentimento), achava que ia morrer (intuição); foi chocante (sentimento), pegou de surpresa porque a gente não tá preparado (intuição).

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

Eu acho que é porque é hereditário; meus pais e primos tiveram (pensamento).

Análise qualitativa: Manifesta ambivalência entre a raiva e depressão reativa ao desencadeamento do diagnóstico. Indica defesa frágil e intenso sofrimento psíquico. Embora a sua função auxiliar vislumbre um sentido racional para a doença, a constatação traz grande vulnerabilidade, inclusive por tal concretização ser característica de sua função menos desenvolvida (sensação), de forma que ao ser ativada, sugere ser potencialmente geradora de desorganização interna, pois não foi integrada à consciência.

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

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

Fiquei sem ação (sensação) e a resposta que dei foi "vamos em frente" (intuição). Fiquei desconcentrada (sentimento), sem coordenar as ideias, estranha; como se tivesse dopada (sensação). A noite, pensando em casa, meu primeiro sentimento foi de revolta (sentimento),

porque em janeiro tô me aposentando (sensação) e aí fiquei revoltadíssima porque apareceu isso. Mas depois me acalmei, porque preciso ficar bem pra resolver as coisas (pensamento e sensação).

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

Acho que são consequências de coisas que fiz na vida, ou uma razão espiritual (sensação e intuição) ou uma atitude naqueles momentos de rebeldia (sensação); mas ainda não encontrei o sentido, tô em busca (intuição).

Análise qualitativa: Vale-se de todas as funções psíquicas e denota defesa adaptativa. Apesar do comportamento ambivalente, do intenso sofrimento psíquico, da raiva despertada pela constatação da enfermidade e consequente frustração, pela suspensão de seus projetos futuros; manifesta postura ativa e assertiva, valendo-se de sua racionalidade para buscar formas objetivas de obter a sua melhora.

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

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

Fiquei tranquilo, porque se ficar preocupado é pior (sentimento).

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

Não penso nisso (sensação).

Análise qualitativa: Comportamento evitativo, ambivalente; sugere a fase de negação acerca do luto diante da enfermidade. Indica defesa frágil, através do mecanismo de recalque, como forma de reprimir os possíveis conteúdos ansiógenos, despertados pelo diagnóstico oncológico e para evitar o contato com aspectos que despertem o seu sofrimento.

Paciente 42: BS (Função principal da consciência: sentimento e intuição como função auxiliar)

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

Me senti no chão, caído; tenho família, filho pequeno, ele tem nove anos (sensação); aí penso neles, aí isso faz com que você tenha ânimo pra viver (sentimento).

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

Gosto sempre de assistir a jornal (pensamento), a gente vê tanta tragédia (sentimento); Deus sabe o que faz, Ele pode ter me prevenido de algo pior, pra evitar algo pior (intuição).

Análise qualitativa: Vale-se de todas as funções psíquicas e indica defesa adaptativa. Embora traga toda a angústia (esperada) diante do diagnóstico, vislumbra um amparo divino para se resignar diante da enfermidade, assim como indica uma postura ativa para apropriar-se dos recursos indispensáveis à sua melhora. Manifesta ambivalência entre a depressão reativa ao desencadeamento da doença, associada à aceitação.

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

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

Me senti um pouco preocupado no momento (sentimento); eu cheguei a falar comigo mesmo que eu não esperava o que me veio (intuição), mas estou pronto pra enfrentar (sensação), porque não é uma notícia agradável (sentimento), mas se tem que tá pronto pra encarar . Depois do fato, não tem mais como fugir (sensação).

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

Não sei.

Análise qualitativa: Vale-se da função principal, auxiliar e terciária (sentimento, sensação e intuição, respectivamente); denota defesa adaptativa para enfrentar a enfermidade. Manifesta ambivalência entre depressão reativa à angústia despertada pelo diagnóstico e aceitação diante da realidade. Além disso, indica adequado processo de elaboração e postura ativa para lidar com o tratamento.

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

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

Muito bem (sentimento); não me preocupo com a doença, mas com a cirurgia (sensação).

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

Não, apesar que a minha irmã faleceu de câncer no esôfago (sensação).

Análise qualitativa: Manifesta negação acerca do luto desencadeado pela perda de seu corpo saudável. Indica defesa frágil, através do mecanismo de recalque, pois demonstra comportamento evitativo para aprofundar o impacto e as repercussões do diagnóstico em sua vida. Pelo uso de sua função dominante (sensação), volta-se ao imediatismo e a concretude do tratamento cirúrgico.

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

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

Eu me senti meio abatido; chorei muito escondido (sensação e sentimento). Pensei muito na minha vida e na minha família, mas conforme foi passando, eu encarei (sensação); encarei com fé (intuição).

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

Não sei dizer.

Análise qualitativa: Indica defesa adaptativa, valendo-se, sobretudo, de sua função principal e inferior (sensação e intuição, respectivamente). Pode-se perceber que conforme o choque inicial foi se dissipando, o paciente conseguiu se fortalecer e passar a enfrentar às exigências do tratamento. De tal modo, demonstrou encontrar-se na fase de aceitação pelo diagnóstico. Além disso, nota-se a integração de sua função inconsciente de forma adequada; coadjuvante, inclusive, em favorecer sua apropriação ao referido processo.

Paciente 46: VAO (Função principal da consciência: pensamento e sensação como função auxiliar)

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

Não tive muita reação (sensação); eu recebi como se fosse uma doença normal (sentimento). Eu sei que é grave e que eu preciso tratar (pensamento), mas não fiquei pensando no que vai acontecer depois não (intuição).

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

Eu sempre acho que as coisas aparecem pra dar um ensinamento; eu penso que se eu tenho é porque eu tinha que passar por isso (intuição).

Análise qualitativa: Defesa adaptativa; vale-se de todas as funções psíquicas para lidar com a crise desencadeada pela enfermidade, reconhecendo-a como uma oportunidade para ampliar seu repertório de vida e amadurecer internamente. Demonstra aceitação acerca do diagnóstico oncológico e uma postura ativa para encarar as exigências do processo de tratamento.

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

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

Não tive reação nenhuma (sensação); não chorei, não reclamei, não questionei (sentimento). Cheguei em casa e continuei com a minha rotina normal (sensação).

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

Nada vem na nossa vida sem ter um sentido (intuição) e tudo o que vem de ruim na nossa vida, vem pra melhorar (sentimento). Melhorar pra depois que passar (sensação); parar de reclamar (sentimento), ver que tem gente pior do que eu (sensação).

Análise qualitativa: Manifesta ambivalência entre a negação inicial ao diagnóstico, permeada pela aceitação. Indica defesa adaptativa, pois consegue acessar a sua função inferior (intuição) e reconhecer um propósito oriundo do câncer. Assim como, sugere possibilidade de ressignificação em decorrência da doença, através de uma postura mais prática e consciente da realidade e de modos de viver a vida.

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

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

Me senti achando que era o fim do mundo pra mim (sentimento), porque eu tive vários casos na família que tiveram esse problema e faleceram (pensamento) e eu pensei que isso ia acontecer também e aí como ficaria (sensação) – *referiu-se ao tumor no cérebro diagnosticado em 2013; nesse ano foi descoberto o tumor no intestino, considerado um segundo tumor primário*. Agora eu aceitei mais, é lógico que eu pensei "de novo passar por essa situação" (sentimento), mas se deu certo da primeira vez (sensação).

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

Não sei.

Análise qualitativa: O discurso do paciente traz ambivalência entre depressão reativa ao diagnóstico de um segundo tumor primário e aceitação, justamente por ter tido a primeira experiência bem sucedida. Deste modo, denota defesa adaptativa e uma postura assertiva para enfrentar as exigências do tratamento atual. Valendo-se da função terciária (sensação), percebe concretamente as possibilidades de melhora e cura; sentindo-se mais seguro e esperançoso.

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

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

Eu fiquei calmo, tranquilo. Não fiquei alegre, fiquei triste, mas compreendi (sentimento).

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

Eu guardei o que meu filho fez; não falei pra ninguém e acho que por isso, tô com isso (sensação).

Análise qualitativa: Vale-se de suas funções conscientes (sentimento e sensação); indica defesa adaptativa. Demonstra ambivalência entre depressão reativa ao surgimento da doença e aceitação para lidar com o referido processo. No entanto, manifesta crença pelo desencadeamento da doença, como consequência da impossibilidade de compartilhar os atos inadequados do filho com alguém; tal fato nos sugere a incorporação do estigma de responsabilizar unicamente dificuldades emocionais ao desencadeamento do câncer.

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

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

A sensação que eu fiquei sem chão (sensação). Porque comigo? Uma zero a esquerda, porque era uma coisa que eu não podia fazer nada por mim naquele momento; uma coisa muito ruim (sentimento).

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

Eu sou uma pessoa que leio muito; eu vou na igreja católica, eu leio livro espírita e vou em centro espírita (pensamento); e no meu entendimento o câncer é uma mágoa, um rancor que você não colocou pra fora e eu associei a uma separação, o divórcio, que eu nunca tinha me visto nessa situação. A gente se separou (sentimento), ele saiu de casa (sensação).

Análise qualitativa: O paciente traz ambivalência em seu discurso, oscilando entre a raiva e a depressão reativa à angústia pelo diagnóstico. Apesar de valer-se maciçamente de suas funções dominantes (sentimento e sensação) e acessar a função inferior (pensamento) de forma coerente, indica defesa frágil, intenso sofrimento psíquico e sensação de impotência; sem demonstrar meios para se fortalecer egoicamente e enfrentar essa crise em sua vida. Acrescido a isso, associa unicamente às dificuldades emocionais, o desencadeamento do câncer; o que potencializa o seu sofrimento e intensifica a sua desorganização interna pela enfermidade, na medida em que atrela-se à responsabilização e culpa.

Paciente 51: CMS (Função principal da consciência: sentimento e intuição como função auxiliar)

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

Me senti horrível (sentimento), a gente fica sem chão (sensação); a primeira coisa que você pensa é que vai morrer (intuição). Tudo que se vê na televisão é que a pessoa morreu com câncer (pensamento).

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

Na realidade não tem razão; ninguém espera (intuição).

Análise qualitativa: O paciente demonstra intenso sofrimento, atrelado ao estigma da doença; manifesta depressão reativa à angústia de morte desencadeada pelo diagnóstico. Apesar de valer-se de todas as funções psíquicas, indica defesa frágil e dificuldade para encontrar recursos para fortalecer-se egoicamente e, consequentemente, minimizar o seu sofrimento.

Paciente 52: OAS (Função principal da consciência: pensamento e intuição como função auxiliar)

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

Foi contado pra minha filha (pensamento) e aí em casa tinha os três (*esposa e casal de filhos*) e logo perguntei: "O que é?". Me disseram e eu perguntei: "Tem cura?" (pensamento). Então eu vou lutar pra ser curado (sensação).

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

Eu não queria que tivesse aparecido (sentimento), mas já que apareceu (sensação) vamo enfrentar (intuição).

Análise qualitativa: Vale-se de todas as funções da consciência e denota defesa adaptativa; com disponibilidade para enfrentar o processo de adoecimento e integração da função inconsciente (sentimento) de modo adequado. Manifesta objetividade e praticidade para encarar o diagnóstico, sugerindo aceitação da referida vivência.

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

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

Deu um choque (sensação), fiquei preocupado (sentimento); uma coisa que a gente espera que não vai ter nada e aparece né (sensação) .

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

A razão é que é de família; é hereditário (pensamento).

Análise qualitativa: Vale-se da função principal, auxiliar e inferior (sentimento, sensação e pensamento, respectivamente), indica defesa adaptativa e condizente com suas funções mais habitualmente utilizadas. Além disso, consegue acessar a função inferior de modo adequado e isento de conflito interno, pois, inclusive, é através dessa

função que vislumbra o porquê do diagnóstico oncológico. Entretanto, sugere depressão reativa, decorrente da angústia despertada pela crise da enfermidade em sua vida.

Paciente 54: ASC (Função principal da consciência: pensamento e sensação como função auxiliar)

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

Não tinha caído a ficha, não tinha me tocado (sensação), pra mim não era uma coisa tão grave (sentimento). Agora a ficha tá caindo, por causa da cirurgia amanhã (sensação) e também pelas explicações que o médico vem dando (pensamento).

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

Tudo tem um propósito de Deus (intuição); tem o problema de família, hereditário (pensamento), mas tudo tem um propósito de Deus (intuição), às vezes pra mim acordar mais, às vezes pra ajudar alguém lá na frente ou algo do tipo (sensação).

Análise qualitativa: Inicialmente o paciente manifesta certa negação de aspectos do processo de adoecimento. Vale-se de todas as funções psíquicas e por meio de suas funções dominantes (pensamento e sensação), consegue apropriar-se de fragmentos da sua realidade atual. Demonstra defesa adaptativa, inclusive com um sentido e propósito diante da enfermidade, mostrando-se resignado pela crise vivenciada e fortalecendo-se pelo seu suporte religioso.

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

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

Na primeira vez que a doutora falou, eu fiquei parada, não senti nada. Acho que foi um efeito retardado (sensação); depois eu chorei um pouco (sentimento), mas pensei que tem um monte de gente com isso (pensamento); briguei com Deus, procurando saber o porquê disso (intuição).

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

Não sei o porquê.

Análise qualitativa: Embora utilize todas as funções da consciência e busque valer-se da objetividade e racionalidade, características de sua função principal e terciária (sensação e pensamento), indica defesa frágil e pouco eficaz para minimizar o seu sofrimento psíquico. Manifesta raiva e dificuldade para fortalecer-se internamente diante da crise pelo desencadeamento pelo diagnóstico.

Paciente 56: SASB (Função principal da consciência: sentimento e intuição como função auxiliar)

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

Quando eu fiz a colono (sensação), saiu o resultado e eu fui na médica (pensamento); ela foi sincera. Me senti muito mal (sentimento), porque eu esperava que não tava com aquilo (sensação). Eu chorei (sentimento), mas aí ela me explicou (pensamento) e aí eu fiquei mais calma (sentimento).

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

Fiquei três anos morando em Minas Gerais e lá tive dengue e pneumonia e aí depois me deu sangramento, fiquei internada mais de uma semana, na UTI (sensação), aí quiseram saber a causa (pensamento). Talvez porque sou meia ressecada; já operei de hemorroida (sensação).

Análise qualitativa: Manifesta ambivalência entre a depressão reativa ao sofrimento decorrente do diagnóstico, atrelada à possibilidade de aceitação e elaboração do luto ocasionado pela perda do seu corpo saudável. Indica defesa adaptativa, uso maciço de sua função principal (sentimento) e acesso a sua função inferior (pensamento) de forma amadurecida e isenta de conflitos internos. Pode-se perceber o quanto o suporte e acolhimento da médica, somado à sua compreensão sobre a doença, contribuiu para a diminuição de sua angústia.

Paciente 57: ALLCB (Função principal da consciência: sensação e sentimento como função auxiliar)

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

A primeira vez foi no exame (sensação), o médico falou pro acompanhante e ele me disse (pensamento). Peguei o resultado e fui no meu médico (sensação) e ele me falou (pensamento). Não fiquei surpreso, pra baixo (sentimento), simplesmente encarei a realidade; tem, tem, então vamo tratar (sensação).

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

Nenhum, é como uma gripe, se você nunca teve, você vai ter (sensação).

Análise qualitativa: O paciente indica defesa adaptativa, por meio de um enfrentamento mais prático e concreto, pautando-se na realidade dos fatos de forma objetiva e racional, típicos de sua função dominante (sensação). No entanto, manifesta certa ambivalência ao negar a complexidade de sua doença, oscilando entre a aceitação da referida vivência.

Paciente 58: DAC (Função principal da consciência: sensação e sentimento como função auxiliar)

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

No momento parece que o chão afundou (sensação), não sabe o que vai acontecer (intuição), se tem em mais algum lugar (sensação), mas aí depois que os exames deram bons, aí fui ficando tranquila (sentimento).

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

Pra mim melhorar mais e mudar a minha vida pra melhor; parar de ficar reclamando, ficar nervosa por causa de problemas (sentimento). Depois disso fiquei mais forte (sensação).

Análise qualitativa: Indica defesa adaptativa, por meio da função principal e auxiliar (sensação e sentimento) que habitualmente contribuem para a elevação de sua confiança e busca por encontrar um propósito diante da enfermidade, através da possibilidade de ressignificar a sua vida após o enfrentamento do câncer. Pela função inferior (intuição) identificamos toda a vulnerabilidade e desamparo em acessar suas limitações conscientes. De tal modo, manifesta ambivalência entre depressão reativa ao sofrimento do diagnóstico, associado a uma possível aceitação ao concretizar sua real situação, por meio da realização dos exames.

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

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

Eu já desconfiava pelos exames que o médico pediu (sensação). Agora, eu reagi bem (sentimento), uma coisa a ser encarada e resolvida (sensação).

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

Eu acho que tem a lei do carma; tudo que você faz, volta pra você (intuição). Eu acho que é consequência da vida que eu tive, com bebida, cigarro, um pouco de droga, comida (sensação). Eu acho que foi isso. Eu aproveitei a vida (sentimento), tô com 70 anos; tem tanta gente que tem isso com 20 (sensação).

Análise qualitativa: Vale-se da função principal, auxiliar e inferior (sensação, sentimento e intuição, respectivamente); indica defesa adaptativa, inclusive por integrar a função inconsciente para auxiliá-lo a ressignificar esse período em sua vida. Manifesta aceitação e possibilidade de utilizar recursos de enfrentamento pertinentes para o fortalecimento do ego durante a vivência da enfermidade.

Paciente 60: MJFF (Função principal da consciência: sentimento e sensação como função auxiliar)

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

A princípio fiquei sem ação, não sabia o que fazer; demorou um pouco pra cair a ficha. Depois que eu consegui assimilar as coisas (sensação), eu consegui lidar com tudo de uma forma boa (sentimento), mas aí quando não consegui mais trabalhar (sensação), veio o abalo psicológico (sentimento).

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

Alguns pontos na nossa vida acho que acontece porque tem um propósito, porque Deus colocou pra você; acho que nada vem por acaso (intuição). Por mais que a gente tenha afinidade na família, sempre tem umas desavenças, acho que o ponto é de tentar unir a família (sentimento).

Análise qualitativa: Embora o paciente se utilize da função principal, auxiliar e terciária (sentimento, sensação e intuição, respectivamente), indica defesa frágil. Percebe-se grande vulnerabilidade quando as restrições do adoecimento concretizam-se em seu cotidiano e certa dificuldade em se apropriar de suas questões pessoais, pois vislumbra um propósito de cunho familiar, característico de sua função principal. Manifesta ambivalência entre a barganha e depressão reativa ao sofrimento inerente à vivência.

Paciente 61: EAS (Função principal da consciência: sentimento e sensação como função auxiliar)

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

Na frente dele fiquei sem ação (sensação); quando saí do consultório eu desabei e não conseguia me controlar de tanto chorar. Achei que ia morrer logo, que ia ter pouco tempo de vida, essas coisas (sentimento).

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

De tanto ouvir as pessoas falarem (sentimento), religiosamente falando, acho que Deus quer que eu me apegue a alguma coisa (intuição). Apesar de ser católica, eu vou na igreja uma vez na vida e outra na morte; não rezo. Comecei a frequentar a igreja evangélica da minha irmã (sensação); quando tem oração na casa de alguém eu vou, me dá mais força (sentimento).

Análise qualitativa: Vale-se da função principal, auxiliar e terciária (sentimento, sensação e intuição, respectivamente). Pelas funções conscientes descreve toda a sua angústia diante da descoberta do diagnóstico e a facilidade em valorizar a opinião de pessoas que confia; indica uma busca para fortalecer-se internamente e diminuir o sofrimento inerente à vivência, inclusive através de maior contato com sua vertente

religiosa, para encontrar um propósito acerca da doença. Manifesta ambivalência entre a barganha e depressão reativa à angústia gerada pela enfermidade.

Paciente 62: JIS (Função principal da consciência: sensação e sentimento como função auxiliar)

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

Não tive surpresa nenhuma não (sentimento), porque eu desde 2009 tinha um cisto no intestino (pensamento) e de lá pra cá as coisas foram piorando. Fiquei triste quando começou a incomodar (sentimento).

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

Acho que não.

Análise qualitativa: O discurso do paciente indica sofrimento e fragilidade, na medida em que os sinais da enfermidade tornaram-se mais concretos e limitantes ao seu cotidiano, aspectos característicos de sua função principal (sensação). Manifesta depressão reativa a constatação diagnóstica.

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

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

Normal (sentimento).

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

Eu quero a cura (sentimento). Que eu saiba não.

Análise qualitativa: Discurso empobrecido, mais superficial e evitativo; valendo-se de sua função auxiliar (sentimento). Sugere o mecanismo defensivo de recalque, isto é, evita entrar em contato com o impacto da enfermidade em seu psiquismo; o que nos sugere defesa frágil.

Paciente 64: EAS (Função principal da consciência: sentimento e sensação como função auxiliar)

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

Eu já sabia, eu só precisava de uma confirmação (sensação). Eu aceitei muito bem, uma responsabilidade; lidei bem; não chorei; pensa, mas de uma forma madura, sem alarde. Acho mais engraçado a reação das pessoas, do que a minha (sentimento).

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

Acho que a doença é sempre transformadora (intuição); nos faz pensar na relação do corpo (sensação) com o espírito, o quanto estamos aqui de passagem; o que podemos fazer quando estamos com saúde (intuição). A doença vem pra despertar uma força que desconhecemos (intuição); ela vem como um aprendizado, a superação. Como a gente lida com a situação é o que faz a diferença (sentimento); trabalha tantas coisas dentro de nós: a fé, a paciência e também nos faz pensar a vida como um todo (intuição). Ela, queira ou não, interfere em todas as áreas da vida (sensação); te faz pensar, refletir e o que isso é encarado pode ser positivo ou negativo (sentimento).

Análise qualitativa: Denota defesa adaptativa, através da função principal, auxiliar e terciária (sentimento, sensação e intuição, respectivamente), além de apontar um processo de ressignificação da vida em decorrência do diagnóstico. Manifesta aceitação acerca da enfermidade e a capacidade de acessar seu potencial curativo para apropriar-se de sua história e dar sentido ao processo de adoecimento. Busca um aprofundamento interior e consequente amadurecimento interno.

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

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

Não senti. Normal (sentimento), não tive reação (sensação); não sei se sou muito seca, mas reagi normal (sentimento).

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

Não tem, tinha que aparecer, fazer o que? (intuição) Acontece com todo mundo; não sou a primeira e não serei a última (sentimento).

Análise qualitativa: Apesar de um discurso evitativo e sem conteúdo subjetivo; atribui ao diagnóstico um acontecimento passível de acontecer com qualquer indivíduo. Indica mecanismo defensivo de recalque, por demonstrar dificuldade para expressar seus sentimentos e emoções mobilizados pelo diagnóstico. Tal dificuldade pode ser potencializada pelo autoconhecimento deficitário acerca de características de sua personalidade e meios para simbolização de afetos.

Paciente 66: FA (Função principal da consciência: sentimento e intuição como função auxiliar)

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

Fiquei meio abismado (sentimento); nunca pensei na vida que eu teria isso (sensação). Agora tô na expectativa (intuição), mas foi um choque (sentimento). Nunca tive nada na vida (sensação).

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

Não tem, apesar que tem hora que a gente faz extravagância na vida, com comida (sensação); dizem que pode ser genético (pensamento).

Análise qualitativa: Utiliza-se de todas as funções da consciência. Por meio da função principal (sentimento), manifestou todo o impacto pelo diagnóstico, acrescido pela função terciária (sensação) na qual intensifica o seu sofrimento, pela realidade atual. Demonstra raiva ante a descoberta, porém pela função auxiliar (intuição) indica que vem conseguindo, de certa forma, entrar em contato com toda a dificuldade.

Paciente 67: RFW (Função principal da consciência: sentimento e sensação como função auxiliar)

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

Antes do médico falar eu já sabia, eu suspeitava (sensação). Quando ele falou foi um desespero, choque (sentimento); vontade de meter a cabeça na parede (sensação). O desespero já passou (sentimento).

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

Genética; minha vó, mãe do meu pai, meu pai e eu. Tive no mesmo lugar que meu pai (pensamento).

Análise qualitativa: Inicialmente manifestou todo o sofrimento por meio de suas funções conscientes (sentimento e sensação), mas pela função inferior (pensamento), consegue encontrar um motivo para a doença; o que indica possibilidade de elaboração ante o diagnóstico e integração da função inconsciente de forma adequada. Deste modo, indica defesa adaptativa. No entanto, sugere ambivalência entre a raiva, depressão reativa e a aceitação.

Paciente 68: PMN (Função principal da consciência: pensamento e intuição como função auxiliar)

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

Eu vi antes do resultado (sensação), tentando entender o motivo (pensamento). Eu não me abalei (sentimento), mas como é possível ter acontecido? (intuição).

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

Pra ver se eu consigo superar, se eu sou forte mesmo; se eu consigo ser um exemplo pras outras pessoas, exemplo pra alguém. Tudo tem o seu motivo, pra eu repensar a minha qualidade de vida (intuição). Antes eu trabalhava muito, de domingo a domingo (pensamento); pra pensar na minha saúde (sensação). Tem coisas que servem pra pensar na mudança e deixar pra trás certos costumes (intuição).

Análise qualitativa: Manifesta ambivalência entre a raiva e a aceitação. Vale-se de todas as funções psíquicas e denota defesa adaptativa, na medida em que manifesta resiliência e vislumbra um propósito diante da doença, inclusive para repensar a sua vida e definição de prioridades.

Paciente 69: SAPV (Função principal da consciência: sentimento e sensação como função auxiliar)

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

Foi uma coisa que eu já tava preparada pro negativo. Fiquei chocada, meio preocupada; não fiquei abalada (sentimento), mas aos poucos fui assimilando a ideia (sensação).

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

A gente nunca aceita na boa, porque comigo? Sempre fui preocupada com a minha saúde; nunca fiz nada de errado. Não me revoltei, mas eu pergunto, porque comigo (sentimento). Tinha a predisposição por causa do meu pai (pensamento).

Análise qualitativa: Apesar de manifestar certa raiva e ambivalência em razão do diagnóstico, consegue integrar a sua função inferior (pensamento) de forma adaptativa, ao buscar uma explicação racional para o desencadeamento do câncer. Além disso, suas funções conscientes (sentimento e sensação) permitem a expressão dos seus sentimentos e indicam uma provável elaboração para o enfrentamento da vivência.

Paciente 70: OVN (Função principal da consciência: sensação e sentimento como função auxiliar)

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

Sinceramente a gente pensa que é uma coisa muito ruim, mas não tive um susto desesperado. É uma coisa ruim, ninguém quer ter uma notícia dessas, mas eu tive paciência (sentimento) graças a Deus (intuição). Eu acho que se desesperar não adianta (sentimento); tem que ter fé (intuição).

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

Não tenho explicação. Deus não quer nada de ruim para ninguém; não sei o que explicar (intuição).

Análise qualitativa: Indica defesa adaptativa, por meio da função principal, auxiliar e inferior (sensação, sentimento e intuição, respectivamente), com manifestação de sua espiritualidade, como recurso de enfrentamento para dar significado para tal crise e minimizar o seu sofrimento. Manifesta aceitação acerca do diagnóstico, postura ativa e resiliência.

Paciente 71: AFS (Função principal da consciência: sentimento e intuição como função auxiliar)

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

Pra mim foi normal, não esperava, mas aconteceu (sentimento); tenta lutar pra tratar e curar (sensação).

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

Não sei dizer.

Análise qualitativa: Discurso sintético, com pouco conteúdo subjetivo; sugere aceitação diante do processo de adoecimento. Indica defesa adaptativa, pois manifesta uma postura ativa para aderir às exigências do tratamento, na medida em que objetiva a sua cura, através do uso de sua função dominante e terciária (sentimento e sensação, respectivamente).

Paciente 72: NAC (Função principal da consciência: sensação e sentimento como função auxiliar)

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

Eu nem levei muito a sério porque eu achei que era engano, não era verdade (sentimento), mas aí vi que tem que tratar (sensação). Eu aceito bem as coisas; não blasfemo; não ponho a culpa em ninguém (sentimento).

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

O médico disse que esse remédio que eu tomo, costuma provocar isso aí (pensamento) (*fez transplante renal há seis anos, devido insuficiência renal crônica).*

Análise qualitativa: Defesa adaptativa e postura racional, por meio da função principal, auxiliar e terciária (sensação, sentimento e pensamento, respectivamente), sobretudo pela praticidade da função principal. Acrescido a isso, manifesta resiliência e recursos internos para lidar com situações potencialmente estressantes. No entanto, aponta ambivalência entre a negação, em um primeiro momento, e aceitação.

Paciente 73: CMS (Função principal da consciência: sensação e sentimento como função auxiliar)

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

Normal (sentimento), como eu tô aqui agora (sensação).

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

Quando Deus quer ninguém empata (intuição).

Análise qualitativa: Discurso sintético, mas vale-se das funções conscientes com praticidade e certo imediatismo. Por meio da função inferior, atribui a um desejo divino para o desencadeamento do diagnóstico; o que sugere integração de conteúdos inconscientes à sua personalidade. Deste modo, denota defesa adaptativa e aceitação acerca do processo de enfermidade.

Paciente 74: CSF (Função principal da consciência: sentimento e sensação como função auxiliar)

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

Na hora eu tava com efeito da anestesia da colono (sensação), eu não sei precisar o que eu tava sentindo. Contar pra minha esposa foi o mais difícil; me senti destruído por dentro, foi difícil, ainda mais porque estávamos passando por coisas difíceis e as coisas com a doença, só ficaram piores (sentimento).

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

Pra dar mais valor a vida; a doença veio pra mostrar que eu quero muito viver (intuição).

Análise qualitativa: Embora manifeste angústia e depressão reativa ao diagnóstico, valendo-se da função principal (sentimento) para expressar todo o sofrimento ao compartilhar o problema com a esposa, vislumbra um propósito pelo qual enfrentar o processo de adoecimento, através da função terciária (intuição), caracterizando uma defesa adaptativa. Devido a isso, acredita-se que, paulatinamente, o paciente consiga apropriar-se das exigências do tratamento.

Paciente 75: JAS (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.

Não pensei nisso não (sensação).

Análise qualitativa: Discurso superficial; vale-se das funções conscientes, mas não traz aprofundamento acerca dos seus sentimentos. De tal forma, evita entrar em contato com aspectos potencialmente ansiógenos e desorganizadores decorrentes do diagnóstico, ou seja, sugere mecanismo defensivo de recalque.

Paciente 76: ZRS (Função principal da consciência: intuição e sentimento como função auxiliar)

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

Me senti péssima (sentimento); que um buraco abriu e eu me enfiei dentro (sensação).

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

Não soube referir.

Análise qualitativa: Seu discurso manifesta depressão reativa a descoberta da doença e intenso sofrimento, verbalizados pelas funções auxiliar e inferior (sentimento e sensação, respectivamente). Denota defesa frágil e pouco eficaz para minimizar a sua angústia; não tem integrada ao seu psiquismo a sua função inconsciente, de modo a acessá-la com conflito, carregada de dor emocional.

Paciente 77: MVF (Função principal da consciência: sensação e pensamento como função auxiliar)

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

Foi um choque; foi uma coisa que eu senti muito (sentimento); me faltou areia nos pés (sensação). Chorei muito (sentimento); me deram água. Liguei pras minhas filhas (sensação); quando cheguei em casa chorei mais ainda (sentimento).

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

Nós já nasce com ela, dizem os médicos. Então como eu tenho vários tipos de problema, e todo mundo diz que a gente tem ela no corpo (pensamento). Eu fiz os exames no fim do ano e não deu nada e porque agora veio descobrir isso (sensação) (*após o diagnóstico do tumor no reto, descobriu um tumor na próstata).*

Análise qualitativa: Indica intensa angústia, permeada por raiva e depressão reativa ao diagnóstico. Apesar disso, demonstra possibilidade de elaboração e adaptação frente à crise gerada pela enfermidade, por meio da função auxiliar (pensamento), pois busca racionalizar o desencadeamento da doença.

Paciente 78: FFS (Função principal da consciência: sentimento e sensação como função auxiliar)

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

Me senti mal, porque olhei a minha filha e ela já tava chorando (sentimento). Aí eu entreguei a Deus e Nossa Senhora, porque se pensar é uma coisa e se não pensar, é a mesma coisa. Aí eu tenho fé em Deus que eu seja bem feliz (intuição).

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

Não soube referir.

Análise qualitativa: Apesar de manifestar depressão reativa ao sofrimento desencadeado pelo diagnóstico, sobretudo pela função principal (sentimento), ao contribuir para o sofrimento das pessoas que ama; por meio da função terciária (intuição), vislumbra uma forma de se adaptar à crise do câncer, ao fortalecer-se pelo suporte espiritual.

Paciente 79: SAAR (Função principal da consciência: sensação e sentimento como função auxiliar)

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

Eu fiquei assustada com a médica, achei que ela não foi sincera, não sei explicar o que foi aquilo. Eu fiquei meio pasma, assustada com o que ela disse (sentimento); não passava na minha cabeça que eu poderia estar com esse problema de saúde (sensação).

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

Eu acho que não. Sempre gostei de fazer esporte; a minha alimentação não é inadequada. Eu sempre me exercitei (sensação), mas eu sempre tive problema de nervosismo (sentimento), mas, ainda assim, acho que não justifica (pensamento).

Análise qualitativa: O paciente indica defesa frágil, certa negação e raiva, além do mecanismo defensivo de deslocamento. Embora se utilize das funções conscientes para se expressar e descrever seus sentimentos, demonstra dificuldade para elaborar e aceitar a atual realidade.

Paciente 80: VSS (Função principal da consciência: sensação e pensamento como função auxiliar)

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

Muita gente não acredita, eu fiquei tranquilo; eu recebi a notícia normalmente (sentimento), porque na minha família é hereditário. Eu tô ciente de que pode voltar (pensamento). Eu tô tranquilo, não me desespero (sentimento).

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

Não soube referir.

Análise qualitativa: Denota defesa adaptativa, por meio da função auxiliar e terciária (pensamento e sentimento, respectivamente); indica elaboração e aceitação do processo de adoecimento, inclusive com certa praticidade, típica de sua função principal (sensação).

Paciente 81: JAF (Função principal da consciência: sentimento e sensação como função auxiliar)

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

No momento ali (sensação), foi difícil; fiquei preocupado (sentimento).

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

Não soube referir.

Análise qualitativa: Vale-se das funções conscientes (sentimento e sensação) para se expressar sobre o advento do diagnóstico, porém de forma mais superficial e com pouco conteúdo subjetivo. Sugere mecanismo defensivo de recalque, na medida em que evita entrar em contato com as repercussões da vivência da doença.

Paciente 82: BV (Função principal da consciência: sentimento e intuição como função auxiliar)

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

Eu fiquei apreensivo (sentimento); fiquei na expectativa pra saber como ia ser o tratamento (intuição). Agora eu já sei (pensamento), aí eu tô tranquilo (sentimento).

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

Eu acho que o imprevisto vem pra todos; veio pra mim, podia não ter acontecido (intuição). Acho que pode ser hereditário; meu pai teve, meu irmão que teve e agora sou eu (pensamento).

Análise qualitativa: Defesa adaptativa e aceitação acerca do processo de adoecimento. Vale-se, sobretudo, das funções conscientes (sentimento e intuição). O uso da função inferior (pensamento) sugere a possibilidade de elaboração diante do advento da

enfermidade, assim como uma integração adequada de aspectos inconscientes à sua realidade objetiva.

Paciente 83: SFK (Função principal da consciência: pensamento e intuição como função auxiliar)

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

Se ele tivesse me dito que eu estava gripado (sensação), eu ficaria mais preocupado. É impressionante a frieza com que eu lidei com essa informação; não fiquei preocupado, desesperado, minha reação foi extremamente fria. Mas isso me estranho, porque eu devia me preocupar (sentimento) porque é uma doença grave (pensamento).

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

Isso veio dos excessos que eu fiz, muito cigarro, muita bebida; eu acho que é consequência disso (sensação). Mas eu não acredito que foi algo que eu fiz no passado, na vida passada (intuição).

Análise qualitativa: Embora utilize-se todas as funções da consciência, indica defesa frágil e dificuldade para acessar a função inferior (sentimento), desprovido de conflito interno. Vale-se de certa ambivalência entre negação e aceitação, assim como impossibilidade para entrar em contato com as repercussões da enfermidade em sua vida, de tal modo que possa ter uma adesão ao tratamento inadequada e ineficaz.

Paciente 84: DSG (Função principal da consciência: sentimento e sensação como função auxiliar)

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

Quando eu fiz o exame, por causa dos sintomas que eu sentia (sensação), eu já imaginava que eu tava com câncer. A médica do posto já tinha me falado da possibilidade (pensamento), então eu já tava desconfiada (sentimento). O médico só afirmou (pensamento) o que eu já desconfiava. Não levei aquele susto que muitos levam (sentimento).

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

Não pensei nisso não, porque na minha família, não vou dizer que não tem porque minha família é grande e eu não sei a resposta, mas eu não conheço outra pessoa na família que tenho essa doença (pensamento). Será que é algum tipo de alimentação? (sensação) A gente quer saber o que fez de errado pra ter essa doença (sentimento).

Análise qualitativa: Manifesta ambivalência entre raiva e aceitação. Por meio de sua função principal (sentimento) associa o desencadeamento da enfermidade ao estigma cultural de comportamentos impróprios e castigo, mas com características dúbias, já que

tal questionamento poderá auxiliar o paciente a criar uma rotina e hábitos de vida mais saudáveis, que contribuam para o bom funcionamento do seu organismo. Demonstra integração adequada à função inferior (pensamento), pois entrou em contato com a constatação diagnóstica de forma objetiva e racional.

Paciente 85: DBS (Função principal da consciência: sensação e sentimento como função auxiliar)

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

Eu não me abalei (sentimento) porque eu estava sustentado, apoiado por Deus (intuição).

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

Todas as coisas têm um propósito pra Deus. Eu pergunto para que Deus quer que eu passe por isso? (intuição) A única coisa que eu sei (sensação), é que existe um problema na minha família (pensamento).

Análise qualitativa: Vale-se de todas as funções da consciência e indica defesa adaptativa; fortalecendo-se, sobretudo, por sua crença religiosa e comportamento resiliente. Indica aceitação diante da enfermidade e integração, isenta de conflitos internos, com a sua função inferior (intuição), pois justamente é através dela que o paciente consegue dar sentido e reconhecer um propósito a todo o problema de saúde.

Paciente 86: ZMR (Função principal da consciência: sentimento e sensação como função auxiliar)

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

Normal (sentimento).

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

Não sei.

Análise qualitativa: Vale-se da função principal (sentimento), porém tem discurso superficial, sem manifestar as suas emoções e sentimentos decorrentes do diagnóstico. Indica comportamento evitativo e impossibilidade de acessar as implicações psicológicas oriundas da enfermidade de forma consciente, evidenciando o mecanismo defensivo de recalque.

Paciente 87: MASK (Função principal da consciência: sensação e sentimento como função auxiliar)

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

Achei engraçado; achei que ele tava brincando (sentimento). O médico era engraçado, nordestino, e o jeito de falar dele me lembrou minha mãe, que era baiana (sensação). Conforme eu fui vendo o olhar das pessoas que me entregavam os papéis, eu via que não era brincadeira e aí caiu a ficha (sensação). Aí eu chorei (sentimento), mas não pensei (sensação), eu só falei e agora? (intuição) Respirei fundo e pedi pra chefe pra eu ir embora pra casa e ela não perguntou nada, mas eu falei (sensação). Aí no ônibus chorei um pouquinho e aí eu comecei a pensar em como eu iria contar pras pessoas. O médico me deu muita esperança e isso me ajudou muito (sentimento).

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

No primeiro momento eu achei que era pra eu ser menos egoísta, pra eu pensar mais antes de falar; considerar mais os outros (sentimento).

Análise qualitativa: O paciente manifesta ambivalência entre a negação inicial e depressão reativa às implicações do diagnóstico oncológico. Apesar de demonstrar dificuldade para apropriar-se do processo de adoecimento, todo o acolhimento fornecido pelo médico (importante para sua função auxiliar – sentimento), contribuirá para uma maior compreensão acerca das exigências do tratamento e necessidade de adesão ao esquema recomendado.

Paciente 88: ECC (Função principal da consciência: sensação e sentimento como função auxiliar)

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

Achei que ia morrer (sentimento), mas aí falei "Deus, isso não vai acontecer; eu não posso morrer, eu tenho uma filha que precisa de mim". Eu acredito muito em Deus; Ele habita em mim e Ele vai me ajudar a vencer essa batalha, essa guerra (intuição).

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

Depois de uns dias do diagnóstico (sensação), eu fiquei me perguntando isso (pensamento). Pensei que eu acho que se for pra eu passar, é pra eu passar. Essa experiência é comigo (intuição).

Análise qualitativa: Manifesta ambivalência entre a raiva e aceitação. Denota defesa adaptativa, valendo-se de todas as funções da consciência. Pode-se perceber que consegue integrar a sua função inferior (intuição) de modo adequado e isento de conflito interno, pois através dela demonstra resignação e resiliência, fortalecendo-se por sua crença religiosa.

Paciente 89: RPBG (Função principal da consciência: sentimento e sensação como função auxiliar)

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

Não senti nada (sentimento).

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

Eu acho que é por causa familiar. Minha mãe teve; minha irmã morreu disso; meu avô também (pensamento). Eu acho que é por isso que eu não fiquei surpresa (sentimento).

Análise qualitativa: Indica defesa adaptativa, valendo-se do mecanismo defensivo de racionalização para lidar com a realidade decorrente do diagnóstico; demonstra aceitá-lo, inclusive. Apesar de ter sido pouco evitativo para manifestar o impacto emocional ocasionado pela doença, sugere adequada integração com sua função inferior (pensamento), pois foi através dela que vislumbrou um sentido para a referida vivência.

Paciente 90: FDT (Função principal da consciência: sensação e sentimento como função auxiliar)

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

A pessoa sempre fica surpresa (sentimento), porque nunca espera por isso (intuição); mas eu não vou baixar minha cabeça (sensação) e nem pensar besteira (sentimento). Seja o que Deus quiser (intuição).

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

Apareceu por aparecer. Eu não vejo algum motivo (sensação).

Análise qualitativa: Defesa adaptativa, com demonstração de resiliência e aceitação, por meio de sua crença religiosa e disponibilidade para enfrentar o problema. Vale-se da função principal, auxiliar e inferior (sensação, sentimento e intuição, respectivamente) e indica o acesso a função inconsciente de forma saudável, por conseguir integrá-la à consciência como um fator protetor para a angústia suscitada pela enfermidade.

Anexo 5: MANUAL DE ORIENTAÇÃO À EQUIPE

Caro profissional de saúde, a proposta deste manual derivou-se de uma tese de doutorado; onde buscou-se identificar algumas particularidades de pacientes com CCR e que foram submetidos, em sua maioria, a tratamento cirúrgico. Tais orientações serão descritas por tópicos para facilitar o entendimento e a percepção de diferentes formas de auxílio ao paciente.

No entanto, cabe frisar que apesar da ciência buscar a universalidade de conceitos, o ser humano, apesar de suas semelhanças, sempre terá particularidades que o diferenciam entre si, isto é, além de ater-se a tais proposições, procure conectar-se em cada encontro com o paciente, como um momento único, no qual, por vezes, você terá que suprimir seus conhecimentos prévios, para somente ofertar sua escuta ativa e acolhimento empático.

Em meio ao domínio de tantas técnicas, pode parecer pouco, mas a fala, por si só, é um ato terapêutico e pode promover, a diminuição da angústia do paciente. E lembre-se, a sua verdadeira disponibilidade é o combustível primordial para auxiliar quem te procurou.

- Estabeleça um vínculo de confiança com o paciente; seja disponível, fale somente a verdade, inclusive se não souber uma resposta ou não possa garantir algo ao paciente.

- Use termos que sejam compreensíveis pela pessoa, os termos técnicos devem ser usados em discussões com a equipe multidisciplinar.

- Não emita julgamentos de valor; dê a sua opinião somente se for solicitado; não se deixe levar pela curiosidade, pergunte-se sempre: “Isso é relevante que eu saiba?”, antes de emitir uma pergunta.

- Procure dar sugestões e/ou orientações baseando-se na realidade da vida da pessoa, para isso, antes de dar as recomendações para o início de um tratamento, pergunte sobre a rotina do sujeito; naturalmente há pessoas prolixas e sabemos da exigência de

produtividade em instituições de saúde, mas seja objetivo com o paciente e peça que ele lhe conte, brevemente, sobre um dia de sua vida, por exemplo.

- Se a pessoa não manifestar uma questão que você julga como algo fundamental, dentro de aspectos emocionais e de enfrentamento, atente-se ao fato de que você está diante de quem precisa da sua ajuda e pode ser que o que você considera fundamental ainda não tenha sido identificado pelo paciente; sempre que possível, respeite o tempo da pessoa.

- Diante de recomendações objetivas, tais como alimentação e uso de medicamentos em casa, você poderá ser mais explícito quanto ao que é importante e até necessário ser praticado; por vezes, sugerir o uso de bloco de notas ou agenda (física ou no celular), lembrete na geladeira, por exemplo, pode ser uma forma do paciente atentar-se a cumprir o recomendado.

- Normalmente o paciente tem algum fator de proteção em sua vida, isto é, algo que o ampare em um momento desafiador, procure ajudá-lo a relembrar qual é – você pode questioná-lo sobre o que já o ajudou a enfrentar outra dificuldade em sua vida, inclusive de outra ordem que não seja relacionada à saúde. Isto será uma maneira de auxiliá-lo a acessar o seu potencial de resiliência.

- Procure verificar se alguma pessoa, seja um familiar ou pessoa do meio social (como amigo) oferece suporte social ao paciente, pois este também é considerado um fator de proteção e auxílio ao enfrentamento de doenças.

- Questione sobre a crença do paciente, não se atente a religião, mas sim se a pessoa acredita em algo superior a ela, na medida em que a espiritualidade, além de ser outro fator protetor, também é um poderoso recurso para o enfrentamento do câncer.

- Questione o que a pessoa gosta de fazer; em caso do paciente relatar que tudo o que lhe dava prazer está impossibilitado pelo tratamento, verifique os pontos de interesse, inclusive frente a novas atividades que nunca puderam ser experimentadas em razão das circunstâncias da vida.

- Em caso da inexistência de fatores protetores que possam fortalecer o paciente para lidar com as exigências do tratamento, verifique quais são os seus desejos e projetos

futuros, pois pode ser uma forma do paciente reconhecer seu potencial interno para lidar com adversidades.

- Cabe citar que todas as pessoas que admiramos por sua força, coragem, determinação e até fé nelas mesmas ou em algo divino, existem como potenciais latentes dentro de cada um de nós – vale, por vezes, (re)lembrar os pacientes (e até nós mesmos) disso.

- Lidar com os limites do corpo e do tratamento força os pacientes a vivenciar a frustração; aqueles que têm dificuldade para tolerar a frustração serão mais desafiados no enfrentamento do tratamento, pois terão que identificar seus limites, mesmo que inicialmente somente pelos sinais físicos do corpo, e respeitá-los para poder concluir o tratamento como recomendado.

- Procure compreender com clareza e objetividade as atribuições do Psicólogo, pois, em muitos casos, será preciso que o paciente seja encaminhado a este profissional; a forma como você contextualiza a atuação deste profissional, poderá ser o diferencial para o aceite ou a recusa pelo suporte.

- Um paciente só deve ser encaminhado ao Psicólogo se aceitar o referido acompanhamento; nenhum profissional de saúde ou membro da família poderá exigir esse seguimento, pois se não houver sentido ao paciente, não será efetivo o atendimento especializado.

- As possibilidades de encaminhamento para suporte psicológico são inúmeras, mas cabe mencionar algumas mais comuns, diante do tratamento oncológico:

- Necessidade de fortalecimento do ego;
- Dificuldade para lidar com as mudanças decorrentes do adoecimento;
- Dificuldade para elaborar o luto pela perda do corpo saudável;
- Alterações significativas do humor, como humor deprimido e ansiedade;
- Temor para vivenciar as exigências do tratamento;
- Vulnerabilidade emocional que interfira no relacionamento interpessoal e familiar.

Mais uma vez cabe citar que o ser humano é multifacetado e estas linhas não tem a pretensão de esgotar as infinitas possibilidades de enfrentamento e a resolução das dificuldades.