

UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO
CENTRO DE FILOSOFIA E CIÊNCIAS HUMANAS
DEPARTAMENTO DE CIÊNCIAS SOCIAIS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ANTROPOLOGIA

**DIMENSÕES CULTURAIS NO TRATAMENTO REABILITADOR DO
CÂNCER BUCOMAXILOFACIAL**

Emanuelle Ribeiro de Oliveira

Recife – PE
2011

Emanuelle Ribeiro de Oliveira

**DIMENSÕES CULTURAIS NO TRATAMENTO REABILITADOR DO
CÂNCER BUCOMAXILOFACIAL**

Tese de Doutorado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Antropologia da Universidade Federal de Pernambuco como requisito para a obtenção do grau de Doutor em Antropologia, sob orientação da Prof. Dra. Danielle Perin Rocha Pitta.

Recife – PE
2011

Catálogo na fonte
Bibliotecária Maria do Carmo de Paiva CRB4 - 1291

O48d	Oliveira, Emanuelle Ribeiro de. Dimensões culturais no tratamento do câncer bucomaxilofacial / Emanuelle Ribeiro de Oliveira. – Recife: O autor, 2011. 407 f. : il. ; 30 cm. Orientadora: Prof^a. Dr^a. Danielle Perin Rocha Pitta. Tese (Doutorado) – Universidade Federal de Pernambuco, CFCH. Programa de Pós-Graduação em Antropologia, 2011. Inclui bibliografia e anexos. 1. Antropologia. 2. Imaginário. 3. Câncer. 4. Odontologia. 5. Humanização dos serviços de saúde. I. Pitta, Danielle Perin Rocha (orientadora). II. Título. 301 (CDD 22.ed.)	BCFCH2011-36

Emanuelle Ribeiro de Oliveira

DIMENSÕES CULTURAIS NO TRATAMENTO REABILITADOR DO CÂNCER BUCOMAXILOFACIAL

Tese de Doutorado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Antropologia da Universidade Federal de Pernambuco como requisito para a obtenção do grau de Doutor em Antropologia.

COMISSÃO EXAMINADORA

Prof. Dra. Altair M. Lahud Loureiro
(Universidade Católica de Brasília, UCB)

Prof. Dra. Danielle Perin Rocha Pitta
(Programa de Pós-Graduação em Antropologia, PPGA - UFPE)

Prof. Dra. Maria das Vitórias Negreiros do Amaral
(Unidade Acadêmica de Garanhuns - UFRPE)

Prof. Dra. Marion Teodósio de Quadros
(Programa de Pós-Graduação em Antropologia, PPGA - UFPE)

Prof. Dr. Russell Parry Scott
(Programa de Pós-Graduação em Antropologia, PPGA - UFPE)

Recife, ____ de _____ de 2011.

DEDICATÓRIA

Este trabalho é dedicado aos pacientes do câncer, que muito me ensinaram. O curto período de tempo que pude passar com eles tem para mim um valor incomensurável. Quando contemplo a natureza, “o céu”; “a cor da água que lembra o céu”; “o mar que é maravilhoso”; “o sol que queima a pele” seus relatos me vêm rapidamente à tona. Suas histórias de vida marcaram profundamente a minha.

AGRADECIMENTOS

A Deus.

A minha família sempre presente, não importa a distância.

A minha orientadora Danielle Perin Rocha Pitta, pela sua paciência e dedicação.

A Regina, que sempre me apoiou desde o início.

Aos funcionários do hospital do câncer que me receberam de braços abertos.

Aos meus colegas de pós-graduação, pela sua amizade e companheirismo.

Aos meus professores com quem tive a oportunidade de aprender muito.

A dona Marivone, que me proporcionou apoio logístico para que eu pudesse redigir a tese em sua casa em Salvador.

Aos meus colegas de trabalho de Salvador, que me permitiram cursar as disciplinas do PPGA e facilitaram minha vida trocando comigo seus plantões.

A todos que diretamente ou indiretamente contribuíram para a elaboração deste trabalho.

SUMÁRIO

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

RESUMO

ABSTRACT

1. INTRODUÇÃO	10
1.1. Do Racionalismo Científico ao Pensamento Mítico: a Dimensão Arquetípica	10
1.2. Angústia Existencial e o Corpo Diante do Câncer	15
1.3. O Campo do Imaginário	20
1.4. A Relação Médico-Paciente: Ampliando o Diálogo	29
1.5. Humanização nos Cuidados em Saúde: Projetos, Interpretações e Desafios	47
2. PROCEDIMENTO METODOLÓGICO	71
3. A LEITURA SIMBÓLICA DOS RELATOS E A INTERPRETAÇÃO MÍTICA DOS PROTOCOLOS DOS TESTES AT-9 DOS PACIENTES	98
4. A LEITURA SIMBÓLICA DOS RELATOS DOS CUIDADORES	239
5. ASPECTOS COLETIVOS DOS DADOS OBTIDOS	258
5.1. O Universo Mítico Através dos Diversos Elementos do Teste AT-9	258
5.2. Personagens e Ações no Universo Mítico dos Pacientes e Cuidadores	302
6. PERSPECTIVAS DE HUMANIZAÇÃO A PARTIR DA EXPRESSÃO SIMBÓLICA DA LUTA PELA VIDA NO <i>DEPTO.ODONTO-HCPE</i>	351
7. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	371
ANEXOS	

LISTAS DE SIGLAS E ABREVIATURAS

AT-9 - Arquétipo Teste com 9 elementos

Depto.Odonto-HCPE - Departamento de Odontologia e Próteses Reabilitadoras do Hospital de Câncer do Estado de Pernambuco

HCPE - Hospital de Câncer do Estado de Pernambuco

PNH - Política Nacional de Humanização

SUS - Sistema Único de Saúde

RESUMO

Esta tese apresenta os resultados de pesquisa realizada com um grupo de pacientes usuários do Departamento de Odontologia e Próteses Reabilitadoras do Hospital do Câncer do Estado de Pernambuco, bem como dos profissionais de saúde cuidadores relacionados ao seu tratamento reabilitador odontológico. Trata-se de um estudo do imaginário objetivando compreender as dimensões culturais em ação na elaboração do significado do tratamento reabilitador bucomaxilofacial na vida de pacientes afligidos pelo câncer de cabeça e pescoço, bem como apreender representações dos profissionais de saúde cuidadores com base em suas atuações no Depto.Odonto-HCPE, a fim de oferecer indicativos para propostas de humanização na relação profissional-paciente. A coleta de dados foi realizada através de aplicação do Arquétipo Teste com nove elementos (teste AT-9), elaborado por Yves Durand, de acordo com a Teoria do imaginário de Gilbert Durand, por entrevista de acordo com um roteiro previamente elaborado e também fez uso de depoimentos. O teste AT-9 permitiu o reconhecimento da estrutura do imaginário de cada paciente e foi utilizado como auxiliar na elaboração da mitocrítica, abrindo perspectivas para contribuir com a humanização.

PALAVRAS CHAVE: Imaginário, Câncer, Odontologia, Humanização

ABSTRACT

This thesis presents the results of research with a group of patients and health professionals of the Dentistry and Prosthetics Department of Cancer Hospital of Pernambuco State in Brazil, for oral and maxillofacial rehabilitation treatment. It is a study of imaginary and aims to understand the cultural dimensions in developing of elaboration of the meaning of oral and maxillofacial rehabilitation treatment in the lives of patients in treatment of cancer in head e neck, as well as to perceive representations of the health professionals based on their performances in the Depto.Odonto-HCPE to provide with pathways to the humanization in the professional-patient relationship. The data were obtained through the Archetype Tests of Nine Elements (AT-9), elaborated by Yves Durand, acknowledging the Theory of the Imaginary of Gilbert Durand, and by interview according to a previous script and testimonials. The AT-9 test allowed the acknowledge of the structure of the imaginary of each patient and was used as a support and great contribution for Mythcritic elaboration, showing ways to provide with humanization's system.

KEYWORDS: Imaginary, Cancer, Dentistry, Humanization

1. INTRODUÇÃO

1.1. DO RACIONALISMO CIENTÍFICO AO PENSAMENTO MÍTICO: A DIMENSÃO ARQUETÍPICA

Neste início do século XXI, podemos reconhecer que o mundo ocidental vinha sendo norteado por valores que direcionam para uma “ciência” cada vez mais racionalista, formadora de idéias que comumente transitam por caminhos antagônicos. Uma vez que esse racionalismo científico foi constituído sobre pilares dicotômicos (onde tudo se separa, se distingue) é no confronto das terminologias, na oposição dos caracteres, que se insere essa visão bipolar, dual.

Entretanto, não é difícil perceber que os parâmetros racionalistas conduzem a um direcionamento de rigidez de idéias, de imobilidade de pensamento, o qual não consegue abarcar toda a dimensão vivida, visto que há coisas que não se explicam dentro do frágil contorno da lógica racional.

Ora, a vida cotidiana apresenta sempre várias possibilidades de existência, pois não é unívoca (MAFFESOLI, 1988). Desta forma, uma atitude puramente intelectualista acaba por ser discriminatória, revelando em seu poder de discriminação que é incapaz de reconhecer o potente vitalismo que move, em profundidade, toda vida social. Age separando, esquece que a existência é uma constante participação mística, uma correspondência sem fim, na qual o interior e o exterior, o visível e o invisível, o material e o imaterial entram em sintonia. Totalmente outro é o caminhar do imaginário. Este culmina num saber raro; um saber que ao mesmo tempo, revela e oculta a própria coisa descrita por ele; um saber que encerra verdades múltiplas sob os arabescos das metáforas (MAFFESOLI, 2008).

Pode-se considerar que o racionalismo isolado torna-se um obstáculo à compreensão da vida em seu desenvolvimento. Para G. Durand (2008) os procedimentos reducionistas são todos monopolizantes e, portanto, totalitários que têm por consequência uma redução da unidade do saber; uma visão de universo fragmentada. Maffesoli (2008) bem menciona que o racionalismo, em sua pretensão científica, é particularmente inapto para perceber, ainda mais apreender, o aspecto denso, imaginético, simbólico, da experiência vivida. É preciso, imediatamente, mobilizar todas as capacidades que estão em poder do intelecto humano, inclusive as da sensibilidade, a fim de que possamos ampliar o nosso foco de compreensão do ser humano e da natureza ou do meio que nos cerca.

Nossa vida social corresponde a uma junção de aspectos relacionados ao inteligível e ao sensível, e nela encontram-se introduzidas as dimensões míticas e imaginárias, tão negligenciadas pelo racionalismo ocidental.

A vida e sua fecundidade superam largamente os mecanismos de redução, as injunções de identidade (MAFFESOLI, 1988). “É uma ilusão comum acreditarmos que o que sabemos hoje é tudo o que poderemos saber sempre. Nada é mais vulnerável que uma teoria científica, apenas uma tentativa efêmera para explicar fatos, e nunca uma verdade eterna” (JUNG, 1997, p. 92).

O conceito unifica, simplifica, reduz – mas a vida eclode, rebentando todas as coleiras que lhe tentam (im)pôr. Talvez fosse preciso considerar que nosso conhecimento do mundo é uma mistura de rigor e poesia, de razão e paixão, de lógica e de mitologia (MAFFESOLI, 1988), pois o que domina o pensamento simbólico é a pluralidade qualitativa, ao contrário da quantidade unificadora do idealismo matemático da ciência positivista (DURAND, G., 2008).

É sua dimensão mítica que torna dinâmica uma idéia, que permite a exaltação dos entusiasmos e que gera projetos e realizações (MAFFESOLI, 1988, p. 99). Ter imaginação é gozar de uma riqueza interior, de um fluxo ininterrupto e espontâneo de imagens, é ver o

mundo na sua totalidade; pois as imagens têm o poder e a missão de mostrar tudo o que permanece refratário ao conceito. O homem a quem “falta imaginação” ele é cortado da realidade profunda da vida e de sua própria alma (ELIADE, 2002, p. 16).

Buscando compreender as dimensões culturais em ação na elaboração do significado do tratamento reabilitador bucomaxilofacial na vida de pacientes afligidos pelo câncer de cabeça e pescoço, realizei um estudo qualitativo de um grupo de pacientes usuários do Departamento de Odontologia e Próteses Reabilitadoras do Hospital do Câncer do Estado de Pernambuco (*Depto.Odonto-HCPE*), bem como dos profissionais de saúde cuidadores relacionados ao seu tratamento reabilitador odontológico.

A abordagem qualitativa foi escolhida por ser a mais apropriada para explorar, interpretar ou obter uma compreensão mais profunda de um assunto clínico particular. De fato, a pesquisa qualitativa busca uma compreensão mais profunda, impossível de ser revelada por um estudo quantitativo, aprofundando-se no mundo dos significados das ações e relações humanas, um lado não perceptível e não captável em equações, médias e estatísticas (MINAYO, 1994).

Pude observar como os pacientes se representam e como resignificam suas vivências diante da doença e das deformidades que os afligem. Procurei apreender o significado do câncer e de sua forma de tratamento no setor reabilitador odontológico na vida destes pacientes. Com muita dificuldade, diante da demanda de trabalho no setor odontológico, procurei também apreender algumas das representações dos profissionais de saúde cuidadores com base em suas atuações no *Depto.Odonto-HCPE*, tudo isso em função de oferecer indicativos para propostas de humanização na relação profissional-paciente.

Os pacientes exprimem imagens sobre o entendimento de sua doença (câncer), sobre como se sentem com a doença, sobre o setor reabilitador odontológico aonde são tratados. Os cuidadores exprimem imagens de como se sentem diante da doença que aflige seus pacientes,

sobre como se sentem no seu trabalho com pacientes do câncer e sobre como se sentem diante dos mesmos.

A coleta de dados foi realizada através de aplicação do teste AT-9¹, seguido de entrevista de acordo com um roteiro previamente elaborado. Também foi dada a oportunidade aos indivíduos pesquisados de prestarem depoimentos, em conformidade com as suas vontades.

Os cuidadores são aqueles profissionais que participam do trabalho no setor odontológico de tratamento do Hospital de Câncer de Pernambuco, convivendo e sendo sensibilizados em seu dia-a-dia pela presença dos pacientes seqüelados pelo câncer. Os cuidadores puderam ter seus depoimentos coletados individualmente, nos quais procuramos compreender um pouco da experiência pessoal de cada um relacionada ao seu trabalho junto aos pacientes de câncer.

O Teste AT-9 (Arquétipo Teste com 9 elementos) refere-se a nove estímulos simbólicos e propõe a elaboração de um desenho e de um relato (ver anexos). Este teste apresenta uma base teórica antropológica de maneira que sua aplicação é permitida tanto em Sociologia como em Antropologia. Numerosas pesquisas têm empregado o AT-9, o que permite, inclusive, o estudo comparado entre grupos sócio-culturais de uma mesma cultura, ou de culturas diferentes.

Desenhar não é simplesmente, copiar a natureza: implica conhecer e apropriar-se do mundo. A expressão da arte também é uma forma de se compreender o sutil, o não dito, a metáfora, as intertextualidades do espaço-tempo e sociocultural. Pelo desenho se expressam sentimentos, conhecimentos e emoções implicados ao mundo interior e exterior (ORMEZZANO, 2009). O que sentimos na arte não é uma qualidade emocional simples ou única. Trata-se do processo dinâmico da própria vida (MAFFESOLI, 1995). A arte é cognição

¹ O Arquétipo Teste com 9 elementos (AT-9) foi desenvolvido por Yves Durand a partir da sistematização das Estruturas Antropológicas do Imaginário de Gilbert Durand (ver capítulo sobre procedimento metodológico).

e invenção; é criação efetivada. É inter-relação do sujeito e pode ser interpretada como uma das dimensões do ser humano – manifestação de uma pessoa criadora e inventiva de si e do mundo (FRANGE, 2005).

A imagem desenhada corresponde ao resultado de uma manifestação do inconsciente e da realização, até certo ponto consciente, dessa manifestação, podendo também incluir aspectos mais antigos da experiência humana. Neste caso estaremos lidando com a dimensão arquetípica constelada na imagem diante de nós (ZIMMERMANN, 2009).

Nise da Silveira (1992) observa que dos estratos mais profundos da psique também podem emergir imagens configuradas em disposições herdadas da psique, imagens arquetípicas, ricas em arcaísmos e motivos mitológicos reativados pela situação presente daquele que as visualiza ou as sonhas. Não existe somente o pensamento racional. Há também um tipo de pensamento em imagens e símbolos imemoriais. As imagens arquetípicas irromperão do inconsciente, inundando o consciente.

Dada a sua natureza universal, Jung denominou as camadas mais profundas da psique de inconsciente coletivo (que corresponde às experiências primordiais da humanidade revividas sob diferentes aspectos por todos os homens desde sempre) e de arquétipos as disposições inatas, apropriadas a gerar imagens específicas e pensamentos idênticos em todo o mundo (SILVEIRA, 2005).

Arquétipo é uma designação que diz respeito a imagens que se repetem de forma quase idêntica na mitologia e no folclore dos diversos povos; assim certas formas e imagens de natureza coletiva surgem por toda parte como elementos constitutivos dos mitos e ao mesmo tempo como produtos autóctones individuais de origem inconsciente (JUNG, 1995). Os arquétipos preexistem à consciência e não representam a única base da aparência das representações. Eles são apenas os fundamentos da parte coletiva de uma concepção (JUNG, 1986).

Para Jung (2000), além da consciência, deve existir uma disposição inconsciente universalmente disseminada, capaz de produzir em todos os tempos e lugares os mesmos símbolos, ou pelo menos, muito semelhantes entre si. Trata-se do inconsciente coletivo para o qual se postula a existência de imagens originárias - os arquétipos - como o fundamento de seus produtos simbólicos.

Os produtos da função imaginativa do inconsciente são como auto-retratos do que está acontecendo no espaço interno da psique, sem quaisquer disfarces ou véus. A energia psíquica faz-se imagem, transforma-se em imagem. E quando a imagem se configura, também a significação torna-se clara (SILVEIRA, 1992). Então o inconsciente, com seus arquétipos, nos oferece uma condição para conferir significação.

A noção de arquétipo permite elaborar satisfatoriamente o entrecruzamento entre razão e imaginação que estrutura nosso espaço mental (MAFFESOLI, 1988).

1.2. ANGÚSTIA EXISTENCIAL E O CORPO DIANTE DO CÂNCER

Cada época vai investir numa doença a sua angústia diante da fragilidade da condição humana, procurando por todos os meios negá-la, ocultá-la, afastá-la do seu horizonte. O cancro (câncer) tem sido considerado no final do século XX, o que a tuberculose e a sífilis representaram para o século XIX: o arquétipo da nossa impotência no controle da doença e da morte (IMBAULT-HUART, 1997).

De acordo com informações oficiais do INCA (Brasil. Instituto Nacional do Câncer, 2010), câncer é o nome dado a um conjunto de mais de 100 doenças que têm em comum o crescimento desordenado (maligno) de células que invadem os tecidos e órgãos, podendo espalhar-se (metástase) para diversas regiões do corpo. Dividindo-se rapidamente, estas

células tendem a ser muito agressivas e incontroláveis, determinando a formação de tumores (acúmulo de células cancerosas) ou neoplasias malignas.

Na visão de Servan-Schreireiber (2008) o organismo, tomado pelo câncer, vive uma guerra total, onde as células cancerosas se comportam como bandos armados sem fé nem lei. Com seus genes anormais, elas escapam aos mecanismos de regulação dos tecidos. As células perdem, por exemplo, a obrigação de morrer após certo número de divisões, tornando-se “imortais”. Fazem como se não escutassem os sinais dos tecidos circundantes que, alarmados pela falta de espaço, lhes pedem incessantemente que parem de se multiplicar.

O câncer é uma condição patológica que leva a um processo de multiplicação celular indefinidamente. As células proliferam e proliferam... Descontroladamente e desorganizadamente tendem a invadir os tecidos adjacentes e podem também ser carreadas para locais do corpo distantes do foco inicial. E, no âmago da sua condição patológica o ser humano percebe a sua doença, bem além dos seus alicerces biológicos.

Não se explica a complexidade do corpo somente pela relação mecânica de estímulos e respostas, ele também é afetado por relações imaginárias com o mundo, visto que nosso corpo não está aberto apenas a situações reais, está aberto também para o virtual, para o imaginário (MERLEAU-PONTY, 1999).

O corpo humano capta sensações, tem vivências, promove registros, constrói e reconhece conceitos, que são resultados de comparação e generalização de vivências particulares (STORNI, 1998).

É bem sabido que a imagem do corpo pertence ao registro imaginário. Essa imagem corporal é inconsciente e sua base é afetiva (FONSECA, 1985). Assim também ocorre com a imagem da doença.

A doença é um evento que ameaça ou modifica, às vezes irremediavelmente, nossa vida individual (HERZLICH, 1991), sobretudo quando se trata do câncer, que geralmente

mutila. Nunca percebi tão clara, tão verdadeira a descrição do que é um câncer como daquelas que recebi das próprias pessoas que tiveram a experiência de passar pela doença.

Estamos diante de pacientes com história atual ou pregressa de câncer de cabeça e/ou pescoço, usuários do Departamento de Odontologia e Próteses Reabilitadoras do Hospital de Câncer de Pernambuco (*Depto.Odonto-HCPE*).

Na cabeça encontra-se a face, marca de identidade de uma pessoa (QUEIROZ; OTTA, 2000), face que é privilégio humano (LE BRETON, 1992 *apud* MYAZHIOM 2003a). É através do rosto que estabelecemos o primeiro vínculo de comunicação com o outro, sendo aquilo que marca a singularidade de cada ser (PEREIRA, 2001).

O câncer é uma doença cujo estabelecimento geralmente só é percebido de forma repentina, inesperada; ou seja, é comum o paciente apresentar a doença latente em seu corpo sem ter a devida noção de sua presença oculta. O câncer em seus estágios iniciais pode tanto ser silencioso quanto pode mimetizar outros quadros de disfunção orgânica em virtude de poder causar alteração em diversos sistemas: endócrino, neural, digestivo... Por isso pode-se dizer que o câncer chega quase sempre sem avisar. Ele não reconhece limites morfológicos: cresce... Invade, cresce... Destrói, cresce... Mutila, cresce... E por fim mata.

O câncer é uma doença multidimensional que raramente cede a uma intervenção única, sendo indispensável combinar diversas abordagens para obter um efeito satisfatório (SERVAN-SCHREIBER, 2008, p. 66). Desta forma, todo paciente com câncer da cavidade oral requer uma avaliação por equipe multidisciplinar que inclua cirurgião de cabeça e pescoço, radioterapeuta, oncologista clínico, odontólogo, fonoaudiólogo, enfermeiro especializado, psicólogo e outros profissionais que possam oferecer apoio psicossocial (MARQUES, 2000).

Para o tratamento do câncer é imprescindível, então, uma abordagem multidisciplinar. O papel do setor odontológico do HCPE é atenuar o sofrimento resultante da doença e do

tratamento de combate ao câncer. Tratamento este que é extenuante: cirurgia, quimioterapia, radioterapia... O paciente oncológico trava inúmeros desafios cotidianos: o desafio de sobreviver ao câncer (e viver); o desafio de aceitar a doença; o desafio de ter de conviver com as seqüelas dos tratamentos, funcionais e/ou estéticas. A luta para continuar a viver, mesmo em meio às deficiências e limitações impostas pelo processo patológico subjacente. A luta contra a doença; a luta pela sobrevivência, pela vida! Agora descoberta tão frágil vida...

Dia a dia pude acompanhar o cuidado, a sensibilidade, a presteza, a suave desenvoltura com os quais os agentes cuidadores do *Depto.Odonto-HCPE* vivenciam o seu trabalho junto a pacientes seqüelados do câncer, alguns dos quais bastante debilitados, quer fisicamente, quer emocionalmente.

A arte odontológica sofreu modificações consideráveis através dos tempos, em busca da saúde, percebida simultaneamente como causa e consequência da qualidade de vida. Sem dúvida alguma a contribuição da Odontologia é inquestionável: comunicar, sorrir, saborear os alimentos são consequências da busca de conforto, da função e da estética (STARLING *et al.*, 2007). Um problema de saúde bucal pode implicar rupturas na vida de uma pessoa, nas suas relações pessoais e auto-imagem. Danos afetivos e feridas narcísicas colocam o paciente em situações de vulnerabilidade e de espera de uma reparação (MORAES; ONGARO, 1988).

Algumas vezes, estas deformidades atingem importantes funções, ultrapassando, desta forma, os efeitos puramente estéticos, entrando no domínio das restaurações fisiológicas, restabelecendo também funções corporais (RODE *et al.*, 2001). Para este propósito, são confeccionadas peças (próteses) que devolvem aos pacientes funções perdidas, como a de se alimentar sem terríveis problemas de deglutição ou uma nova aparência depois de prejuízos como a perda de um olho ou do nariz. De fato, associado aos problemas estéticos e psicológicos o paciente mutilado apresenta ainda alterações anatômicas e funcionais.

A Odontologia vai apresentar uma especialidade, a Prótese Bucomaxilofacial, que consiste no conjunto de meios protéticos empregados para reparar perdas de substâncias do esqueleto ou das partes moles da face (GRAZIANI, 1982) e que tem como objetivo a reabilitação anatômica, funcional e estética dos pacientes portadores de lesões bucomaxilofaciais (sediadas na boca, ossos maxilares e face), proporcionando aos mesmos a adaptação psico-sociológica em seu meio ambiente (SOUZA, 1977). Através da prótese bucomaxilofacial a Odontologia procura reabilitar um paciente que, devido a um tumor canceroso, submeteu-se a uma cirurgia que o curou, mas o deixou marginalizado da sociedade (GOES, Jr., 1977).

Entretanto, os defeitos resultantes da excisão de tumores são extremamente variados no que se refere à extensão, localização, complexidade e comprometimento funcional, refletindo os diversos tipos de comprometimento decorrentes do local e do grau de infiltração tumoral (MORAIS-BESTEIRO, 2000, p. 134). Particularmente eu percebo que o câncer, além de ser um acometimento extenuante, enquanto doença que fragiliza e debilita o corpo, tem em suas formas de tratamento também um processo bastante desgastante para o indivíduo acometido.

O tratamento cirúrgico do câncer oral acarreta seqüelas que irão variar de acordo com o tipo de cirurgia realizada. Quanto maior a ressecção (perda de tecido oral e/ou facial pela cirurgia) e mais estruturas estiverem envolvidas, mais significativas serão as dificuldades funcionais e as alterações estéticas (NEMR, 1997).

Compreende-se, então, que o tratamento reabilitador odontológico protético apresenta limitações que vão variar de acordo com o grau de comprometimento dos tecidos biológicos pela doença. Ou seja, a incapacidade funcional e/ou estética pode ser permanente para a vida de um paciente em virtude do grau de extensão de sua patologia. A ciência é limitada; limitadíssima.

Este é um trabalho de arte, não apenas de arte com as mãos, moldada, prensada, pintada, realidade que torna possível amenizar a vida de inúmeros pacientes seqüelados pós-tratamento de câncer, mas também me refiro à arte de vida: viver, sobreviver e conviver com a doença e com os múltiplos aspectos de suas seqüelas. É também o momento do cuidar: a arte de cuidar e de refletir neste cuidar.

O corpo e os usos que dele fazemos, inclusive os ornamentos corporais, constituem um universo no qual se inscrevem valores, significados e comportamentos (QUEIROZ; OTTA, 2000). Ao tentar situar o corpo enquanto lugar de saberes, crenças e práticas, podemos nos deparar com um labirinto de compreensões e abordagens – uma matriz de significados (VÍCTORA, 1995). O ser humano atribui significados que vão bem além da funcionalidade dos atos ou objetos. Nada para ele é insignificante. Dar significado implica entrar no plano simbólico. E simbolizar faz parte da própria condição humana (ROCHA PITTA, 2005).

1.3. O CAMPO DO IMAGINÁRIO

Para Gimenes; Silva; Benko (2004) o imaginário pode ser considerado como um mapa com o qual lemos o mundo, pois o real decorre de uma construção simbólica. Assim, conforme precisa Berthelot (1990) *apud* Maffesoli (2008, p. 127): “o mais especulativo discurso, por mais despojado que seja, dificilmente dispensa o recurso à imagem e aos dados sensíveis”.

Todo simbolismo é um processo de mediação por meio de um conhecimento concreto e experimental. A imagem simbólica é transfiguração de uma representação concreta através de um sentido para sempre abstrato. O símbolo é, pois, uma representação que faz aparecer um sentido secreto, é a epifania de um mistério (DURAND, G., 2000).

A consciência só pode existir através do permanente reconhecimento e respeito do inconsciente (JUNG, 2000). A imaginação é tão indispensável quanto o olhar, para que tomemos consciência da realidade. A imaginação põe a descoberto um real oculto e desconhecido, escondido sob o real conhecido, “natural”. Ela faz com que vejamos, escutemos e pensemos que existem, a um nível mais profundo, outras realidades a que não estamos habituados (MALRIEU, 1996).

Todo pensamento humano é uma re-presentação, isto é, passa por articulações simbólicas. Por consequência o imaginário constitui o conector obrigatório pelo qual forma-se qualquer representação humana (DURAND, G., 2004).

Ao privilegiar-se o pensamento sensível, aquele que se empenha o mais possível em evitar a separação, não se está de modo algum preconizando qualquer abdicação do intelecto, mas sim prevenindo contra um estreitamento da faculdade de compreender. A racionalidade aberta leva em conta a realidade em sua totalidade, através da iluminação ou do alargamento da consciência: é a vida em sua integralidade que se leva em conta. Trata-se de uma racionalidade mais ampla, flexível, inventiva, que exige uma audácia do pensamento. A racionalidade aberta integra o seu contrário. Assim se exprime a sinergia da razão e do sensível (MAFFESOLI, 2008).

Imaginação e intuição são auxiliares indispensáveis ao nosso entendimento, sendo igualmente vitais em todos os escalões da ciência. Mesmo a física, a mais rigorosa das ciências aplicadas, depende em proporção impressionante da intuição, que age através do inconsciente (JUNG, 1997) o qual irá conter o silencioso e imperturbável domínio da natureza (JUNG, 2000). Assim, de uma maneira mais precisa, observa-se que não existe uma corte entre o racional e o imaginário, não sendo o racionalismo, entre outras coisas, mais do que uma estrutura polarizante particular do campo das imagens (DURAND, G., 2000).

O inconsciente ocupa importante lugar no nosso cotidiano. Sem percebermos influencia a maneira segundo a qual vamos reagir a pessoas e fatos. Parte do inconsciente consiste de uma profusão de pensamentos, imagens e impressões provisoriamente ocultos e que, apesar de terem sido perdidos, continuam a influenciar nossas mentes conscientes (JUNG, 1997).

G. Durand (2000) ainda menciona que a consciência dispõe de duas maneiras para representar o mundo: uma *direta*, na qual a própria coisa parece estar presente (como na percepção, ou na simples sensação); outra *indireta*, quando a coisa não pode apresentar-se “em carne e osso à sensibilidade”, como nas recordações, na imaginação de paisagens de um planeta, na representação de um além da morte. Em todos estes casos de consciência indireta, o objeto ausente é re-presentado na consciência por uma imagem.

Para G. Durand (2002), o imaginário é o conjunto das imagens e relações de imagens que constitui o capital pensado do *homo sapiens* (p. 18). Situamos a imaginação entre a assimilação pura do reflexo e a adaptação limite da consciência à objetividade, verificamos que o imaginário constituirá a essência do espírito. O imaginário não só se manifestou como atividade que transforma o mundo, como imaginação criadora, mas sobretudo como transformação eufêmica do mundo (p. 432).

A teoria de Gilbert Durand considera a imaginação como uma representação simbólica da angústia humana diante da finitude e da certeza da morte, também abrangendo a representação de todos os meios de defesa contra a mesma. “A angústia, em nossos dias pode ser chamada de temor da insegurança total que vem a ser a morte” (DURAND, G., 2008, p.29) e da mesma forma irá criar várias imagens que triunfam sobre ela.

A imagem, em sua simplicidade, não precisa de um saber. Ela é a dádiva de uma consciência ingênua. E a imagem existe antes do pensamento (BACHELARD, 1993). O poder

da imaginação impõe visões, a imagem antes do pensamento e da narrativa, antes da emoção (FREITAS, 2001).

A imagem poética está associada ao ato de consciência criadora (BACHELARD, 1993, p. 4). Antes do conhecimento e das idéias a imagem vem e brilha.

O homem em sua integridade é um ser que não só pensa e fala, mas que primeiro imagina. Se a imaginação foi muitas vezes considerada como potência secundária, sabemos presentemente que ela é a função dinâmica maior do psiquismo humano. A imaginação gera a ação e a cognição. Para agir é preciso antes imaginar (PAUL, 2002).

O homem é um ser a imaginar. É pela intencionalidade da imaginação poética que a alma do poeta encontra abertura consciencial de toda verdadeira poesia (BACHELARD, 2006). A vida real caminha melhor se lhe dermos suas justas férias de irreabilidade (BACHELARD, 2002, p. 25).

“Sentido e intenção não são prerrogativas da mente; atuam em toda matéria vivente” (JUNG, 1997, p. 78). E a função do irreal se dá tanto diante do homem como diante do cosmos. Pela imaginação, graças às sutilezas da função do irreal, reingressamos no mundo da confiança, no mundo do ser confiante, no próprio mundo do devaneio (BACHELARD, 2006). O homem é um ser que não somente pensa, mas que em princípio imagina. Um ser que, desperto, é arrebatado por um mundo de imagens (CARDIM, 2008).

Bachelard (2006) menciona que talvez seja bom excitar uma rivalidade entre a atividade conceitual e a atividade da imaginação. A imagem não pode fornecer matéria ao conceito. O conceito, dando estabilidade à imagem, lhe asfixiaria a vida. Na visão de Bachelard (2003) as imagens não são conceitos, não se isolando em sua significação. Tendem precisamente a ultrapassar sua significação, posto que a imaginação é multifuncional.

Entretanto precisamos compreender que na própria realidade, a imagem a intuição e o conceito estão, justamente, fortemente unidos numa ciência criativa. Assim, não há mais uma

verdade única, geral, aplicável em qualquer tempo e lugar, mas ao contrário, uma multiplicidade de valores que se relativizam uns aos outros, se complementam, se nuançam, se combatem, e valem menos por si mesmos que por todas as situações, fenômenos, experiências que supostamente exprimem. Existe um papel cognitivo da imagem; imagem que não busca a verdade unívoca, mas que se contenta em sublinhar o paradoxo, a complexidade de todas as coisas (MAFFESOLI, 2008).

A imagem é “a chave que dá acesso ao aposento mais secreto e mais recalcado do psiquismo” (DURAND, G., 2004, p. 36). As imagens são produzidas entre as pulsões subjetivas e as intimações objetivas do meio cósmico e social, no qual se insere a importante noção do trajeto antropológico de Gilbert Durand (2002, p. 41): “ou seja, a incessante troca que existe ao nível do imaginário entre as pulsões subjetivas e assimiladoras e as intimações objetivas que emanam do meio cósmico e social”.

Este trajeto antropológico consegue articular o biopsíquico e o sócio-cultural, trata-se de um trajeto constante e reversivo entre as pulsões subjetivas assimiladoras (o biopsíquico) e as intimações objetivas que emanam do meio cósmico e sócio-cultural, de onde emergem como produto o símbolo e o imaginário. É neste trajeto onde a interação e a retroação reflexiva se entremesclam constituindo a base de uma concepção antropológica, cujos levantamentos de imagens permitem classificá-las em dois “regimes”: o diurno e o noturno, levando-se em conta a organização e o dinamismo próprios de cada cultura (DURAND, G., 2002).

No regime diurno do trajeto antropológico prevalece uma idéia de oposição: a luz que permite as distinções e o debate, a polêmica, determinando a estrutura heróica do imaginário. O regime noturno é caracterizado pela fusão e harmonia, a noite que unifica, o aspecto de conciliação, determinando duas estruturas do imaginário: a mística e a sintética. Na estrutura mística a harmonia ocorre pela vontade de união e pelo desejo da intimidade. Nela ocorre uma

busca por quietude através da eufemização e da inversão dos significados simbólicos. Na estrutura sintética encontra-se o movimento cíclico do destino e a harmonia é fruto de uma articulação, uma complementaridade das polaridades no tempo.

Todo imaginário humano está articulado pelas estruturas irredutivelmente plurais, mas limitadas a três classes, que gravitam em torno dos “*schèmes*” matriciais do “separar” (heróico), do “incluir” (místico) e do “dramatizar” (sintético). São as estruturas do imaginário (DURAND, G., 2004).

Então aos mitos diurnos conquistadores do século XIX, os da luta contra as trevas, do progresso da história, do soberbo *imperium* sobre a natureza e sobre os homens sucede um outro regime do imaginário, mais noturno, onde se reanimam a intimidade da libido, o regresso das infâncias passadas, a ligação à terra, a sede do grande regresso ao equilíbrio, ao repouso, antídoto vital da nossa civilização trepidante (DURAND, G., 1998b). São estas grandes estruturas do imaginário, consideradas na arquetipologia de Jung, que bem além de certo estreitamento individual, interessam à e encontram eco na espécie humana inteira (MAFFESOLI, 1988).

As funções da imaginação simbólica visam estabelecer, seja para o indivíduo, grupo ou cultura, uma constante reequilibração resultante da incidência desestruturadora dos fenômenos portadores da angústia original, sobre as já elaboradas produções simbólicas e imaginárias (GIMENES; SILVA; BENKO, 2004).

No outro extremo do “trajeto antropológico” existem as representações simbólicas vividas e experienciadas de maneiras diversas conforme as culturas, e a partir daqueles eixos classificatórios que poderiam também ser determinados por um inventário que seguiria um encaminhamento inverso (cultura vs. natureza) (DURAND, Y., 1988).

Graças ao imaginário, a imaginação é essencialmente aberta, evasiva. É ela, no psiquismo humano, a própria experiência da abertura, a própria experiência da novidade (BACHELARD, 1990).

Na concepção junguiana, existe uma interação de fenômenos intrapsíquicos, somáticos e interpessoais com o mundo, com o processo analítico e, não menos importante, com a vida. Todos os níveis de existência e experiência estão intimamente ligados; tudo é interligado (SALMAN, 2002).

O poder de maravilhar-se com o mundo será dado no momento em que observarmos a sua imensa integração entre o todo e as partes e, quando nos dispusermos a sonhar, já que a imaginação, os devaneios e os sonhos alargam a nossa vida dando-nos confiança no universo. Pela imaginação, graças às sutilezas da função do irreal, reingressamos no mundo da confiança, no mundo do ser confiante, no próprio mundo do devaneio. Um mundo sonhado e complexo cria possibilidades de engrandecimento do nosso ser, nesse universo que é o nosso (BACHELARD, 2006).

Para Silvestre (2003, p. 662), o que a vida tem de imaginário é o que tem de verdadeiramente real, porque o imaginário é a fonte secreta de toda a realidade: a realidade e a irrealidade; a possibilidade e a impossibilidade são filhos primogênitos da imaginação.

Em sua condição humana o homem é um ser cósmico um “ser, ao mesmo tempo, totalmente biológico e totalmente cultural” (MORIN, 2001, p. 40). Possui-se um corpo biológico e convive-se com este; porém a imagem que dele se constrói é estruturada também socialmente (CUNHA; EULÁLIO; BRITO, 2004). A imagem é uma função da representatividade humana de ser e de estar no mundo; como o ser percebe o mundo e como o ser se percebe no mundo.

A estética da imagem corresponde à sua função dinâmica, a de fazer experimentar junto emoções e, com isso, fortalecer o corpo social que é seu portador (MAFFESOLI, 2005).

O imaginário, essencialmente identificado com o mito, constitui o primeiro substrato da vida mental (WUNENBURGER, 2007). É no universo do imaginário que se subsumem imagens, símbolos, idéias, representações e depois sintaxes, topologias, retóricas e lógicas de todos os tipos. O imaginário é o reservatório concreto da representação humana em geral, onde se vem inscrever o trajeto reversível que, do social ao biológico e vice-versa, informa a consciência global, a consciência humana (DURAND, G., 1998a).

O imaginário dinamiza-se pela criação e contemplação de imagens simbólicas (ORMEZZANO, 2009). O símbolo, o mito, a imagem pertencem à substância da vida espiritual; podemos camuflá-los, mutilá-los, degradá-los, mas jamais poderemos extirpá-los. Eles revelam as mais secretas modalidades do ser (ELIADE, 2002, p. 7-9).

O mito é um “sistema dinâmico de símbolos, de arquétipos e de *schemes*”, sistema dinâmico” que tende a se compor em narrativa (DURAND, G., 2002, p. 62-63).

O mito é sempre uma anamnese dos fundamentos (MAFFESOLI, 2005). Trata-se de um relato fundante da cultura, que vai constituir as relações entre as diversas partes do universo, entre os homens e o universo, e entre os homens entre si (ROCHA PITTA, 2005, p.18).

O mito é narrativa simbólica, conjunto discursivo de símbolos. A matéria-prima do mito é existencial: é a situação do indivíduo e do seu grupo no mundo que o mito tende a reforçar, ou seja, a legitimar. O mito é simultaneamente modo de conhecimento e modo de conservação. E na integração semântica destes dados, o mito vai utilizar a metalinguagem dos símbolos (DURAND, G., 1998b).

Símbolo é um termo, um nome ou mesmo uma imagem que nos pode ser familiar na vida cotidiana, embora possua conotações especiais além de seu significado evidente e

² O *schème* é anterior à imagem e corresponde a uma tendência geral dos gestos, levando em conta emoções e afeições. Exemplo: à verticalidade da postura humana correspondem dois *schèmes*: o da subida e o da divisão; ao gesto de engolir, correspondem os *schèmes* da descida (percurso interior dos alimentos) e do aconchego na intimidade (o primeiro alimento do homem sendo o leite materno, a amamentação) (DURAND, G., 2002).

convencional (JUNG, 1997). O símbolo possui uma parte de invisível e de indizível, um mundo de representações indiretas (DURAND, G., 2000). Assim, uma palavra ou uma imagem é simbólica quando implica alguma coisa além de seu sentido manifesto e imediato (JUNG, 1997).

O homem nunca percebe plenamente uma coisa ou a entende por completo (JUNG, 1997). “Nada, nem ninguém jamais é exclusivamente aquilo que parece ser em um dado momento. É sempre mais (...).” (MAFFESOLI, 2008, p. 60).

A imaginação aparece como o resultado de um acordo entre os desejos do ambiente social e natural (DURAND, G., 2002). É ao nível das imagens “naturais” e dos símbolos sociais que o mito vai operar. O mito organiza homologicamente um sistema de pensamentos e de sentimentos, ele é cosmologia, teologia e filosofia pré-lógicas (DURAND, G., 1998b).

O imaginário é um direcionador e também um espaço de liberdade. Na visão de JUNG (1986) a imaginação se liberta do simples plano do objeto e tenta esboçar a imagem de uma entidade invisível, que existe atrás das aparências. G. Durand (2000) também vem mencionar o símbolo como a confirmação de um sentido a uma liberdade pessoal e é por isso que o símbolo não pode explicitar-se: a alquimia da transmutação, da transfiguração simbólica só pode, em última instância, efetuar-se na experiência de uma liberdade. Na experiência do símbolo a liberdade é criadora de um sentido: ela é a poética de uma transcendência.

O imaginário, esse espaço que permite a liberdade pela expressão de imagens, idéias multivalentes, vem fornecer um “terreno” privilegiado para a Antropologia, permitindo compreender as representações simbólicas presentes na prática cotidiana dos grupos (as quais interferem nestes e em outros grupos). Desta forma a apreensão do imaginário de um grupo permite também compreender a sua forma de organização.

1.4. A RELAÇÃO MÉDICO-PACIENTE: AMPLIANDO O DIÁLOGO

Em pouco mais de uma década de prática no atendimento profissional com pacientes tenho percebido diversas situações que me estimularam a buscar por uma prestação de serviço mais humana em saúde, algo que melhorasse qualitativamente as relações interpessoais neste setor.

Pude observar, por exemplo, o quanto a subjetividade do paciente é desconsiderada no atendimento em saúde, seja por falta de tempo ou desinteresse. Também não é incomum quando os profissionais tomam atitudes individualistas, ou mesmo antiéticas, desqualificando a equipe de saúde ou a presença do trabalho em grupo, quando pertinente. Isto me fez procurar por novas fontes do saber, além da minha mera formação tecnicista em saúde. Eu simplesmente não conseguia acreditar como uma área tão intimamente próxima de um ser humano, pela própria característica da prestação de serviço em saúde, pudesse ser tão ríspida no tratamento com seres humanos.

Na prática clínica a existência humana é habitualmente desprezada enquanto universo significativo, de saber e crença. Vivemos num mundo materialista e hierarquizado, onde as pessoas são desqualificadas e vinculadas aos adjetivos de produtor e consumista, longe de serem consideradas cidadãs e dotadas de subjetividade. Os aspectos de produtividade e do lucro são os que imperam, havendo demanda cada vez maior por ações eficientes: elas “têm que dar certo” e devem ocorrer “o mais rápido possível”. Tudo isto conduz os seres humanos a um estado de descontentamento e alienação que desanima, frustra e oprime. Assim é que a evidência do supra-sumo do saber ou da técnica mais atualizada coexiste com esse sentimento de mal-estar crescente.

Nosso mundo está em crise, fragilizado em seu convívio humano. Seu aspecto de globalização vai refletir no direcionamento da aplicação técnica também de forma “global”,

ou seja, a desconsiderar as diferenças sócio-culturais. O racionalismo médico científico quer impor sua forma objetiva, mensurativa e normativa como modelo padrão e universal, onde em geral o paciente é visto como a parte passiva, de autonomia limitada, quando não excluída.

Sherwin (1996) observa que a relação médico-paciente se encontra inserida em redes superpostas a outras relações que unem os pacientes e os médicos a membros das respectivas famílias, a outros profissionais da saúde, aos vizinhos, aos empregados aos administradores dos serviços de saúde e assim sucessivamente.

A participação ou presença do doente, na relação médico-paciente, é caracterizada enquanto possibilidade de realizar a subjetividade do enfermo, expressando seus desejos, expectativas ou receios pessoais.

Este encontro entre profissional e paciente revela agregar bem mais que técnicas racionais, uma vez que os dados subjetivos são de grande importância para o êxito de um tratamento, permitindo aflorar aspectos como a confiança, os receios e a compreensão, os quais estão relacionados, inclusive, à própria adesão do paciente ao método terapêutico.

Infelizmente, é comum a observação, na formação acadêmica, de que o atendimento médico se pauta em um diálogo estruturado e objetivo, direcionado para a formulação do diagnóstico. Para Gajardo-Ugas e Lavados-Montes (2010) nesta busca por um objetivo concreto - obter em um prazo de tempo razoável o máximo de informação relevante para tornar claro o diagnóstico - há o perigo de se tornar a entrevista médica essencialmente técnica, por não se levar em conta que, nessa relação médico-paciente, estão envolvidos tanto elementos racionais quanto emocionais, onde se incorporam sentimentos, princípios e vivências do paciente e do profissional.

De outro lado, o médico também deverá proceder de modo que o paciente lhe confie sua vida pessoal e entrega de sua subjetividade (SCHRAIBER, 1993, p. 160-161). É assim que do relacionamento humano pode nascer a confiança que o paciente deve ter em seu

médico, permitindo, a este último, reconhecer as expectativas do doente e atendê-las dentro de sua ciência (GODOY, 1992).

Encontramos atualmente duas grandes tendências opostas de relacionamento médico-paciente: o modelo paternalista, que enfatiza a primazia do médico nas decisões sobre o próprio paciente (no qual existe um papel de dominação do profissional da saúde sobre o doente) e o modelo autonomista ou da primazia da autonomia (que coloca em primeiro lugar o que o paciente quer solicitar ao médico sobre seus cuidados de saúde) (GAJARDO-UGAS; LAVADOS-MONTES, 2010). Então a visão autonomista propõe que o paciente esteja mais consciente de sua participação na intervenção médica uma vez que ele “deixa progressivamente de seguir cegamente a conduta que lhe é traçada e cada vez mais quer ser esclarecido e participativo nas decisões” (CENEVIVA; CASTRO E SILVA JUNIOR, 2008, p. 254).

As relações pessoais na área de saúde sofrem influência do aperfeiçoamento da técnica, uma vez que a tecnologia pode se transformar numa "barreira", um impedimento para as relações humanas quando os atos que aproximam e que permitem o acolhimento e a integração ao paciente são progressivamente substituídos pelo exame mais sofisticado, desconsiderando-se a subjetividade da relação médico-paciente.

Pitrez (2010) menciona que a extraordinária precisão e a eficácia dos métodos propedêuticos atuais ameaçam influir decisivamente na tradicional relação médico-paciente, uma vez que o médico mais recente, fruto do desenvolvimento científico e tecnológico, utiliza-se predominantemente de exames e procedimentos extremamente requintados e nesse contexto a arte de perguntar, da escuta e do toque, tão presentes no tradicional exame clínico que humaniza a postura frente ao doente, passou a ser desdenhada, tornando-se para alguns obsoleta e, como tal, perfeitamente dispensável.

A área médica está relacionada ao domínio da tecnologia e ao conhecimento aprofundado dos aspectos patológicos – a doença. A questão tecnológica pesa tanto na relação profissional-paciente, a ponto de ocultar a personalidade do doente que não é reconhecido pelo cuidador. O indivíduo é despersonalizado em detrimento de sua doença na abordagem biomédica. Helman (2003) chega a colocar que as mudanças anormais ou patologias são vistas como entidades, cada qual com uma “personalidade” própria de sinais e sintomas.

Os paradigmas norteadores do ensino médico tendem a assentar-se em pressupostos positivistas e mecânico-reducionistas, onde a doença constitui o resultado de um desvio de normas fixas, anatômicas, fisiológicas, estatísticas...

Luz (1981) observa que o saber institucional médico se exprime tanto em termos de ciência (currículos, programas, pesquisas) como em termos de normas. Com efeito, a normalização institucional médica é uma forma de regulação não só desta prática profissional, mas também do próprio saber médico, na medida em que traça os limites de atuação na medicina, inclusive em termos de clientela (quem atender e por que) e as decisões (por estabelecer as formas de terapêutica prioritárias ou permitidas). Por outro lado as normas também vão limitar o poder do médico enquanto instância institucional, delimitando direitos e deveres destes profissionais os quais funcionarão como agentes submetidos às regras da instituição.

É desta forma que muitos médicos se vêem obrigados a desempenhar um papel restrito mesmo contra suas vontades. Os usuários de saúde estão nas mãos, não apenas de profissionais incompletos de formação, mas de profissionais tolhidos, impedidos de ir contra os ditames preconizados pela instituição médica, a qual desconsidera e discrimina outros vínculos de elaboração e de percepção do saber, que não os ditames de sua “consagrada” biomedicina científica.

A medicina ocidental considera-se universal, porquanto se baseia na norma, a qual predispõe os valores normais e, portanto, os que “devem” ser considerados como vigentes. E pelo racionalismo da medicina, a tarefa do médico é identificar todo o processo lógico desencadeador da alteração no corpo, ou seja, será a procura pela objetividade *na* doença.

As ciências da saúde vão focar seu diagnóstico nas alterações fisiológicas e anatômicas do corpo uma vez que “a doença é considerada um desvio dos valores normais, acompanhado da anormalidade da estrutura e no funcionamento de sistemas e órgãos do corpo humano” (HELMAN, 2003, p. 111). Para a medicina “a doença é ainda norma de vida; ela é uma nova dimensão da vida” (CANGUILHEM, 1978, p. 146-149). Foucault (2008) observa que, para conhecer o fato patológico, o médico deve abstrair o doente: na clínica se encontram doenças cujo portador é indiferente; o doente é o acidente de sua doença, o objeto transitório de que ela se apropriou.

A maneira de elaborar o diagnóstico é um aspecto decisivo que vem se somar às interpretações divergentes dos doentes e dos profissionais do posto de saúde. Para os profissionais de saúde, as doenças são entidades universais, objetivamente identificáveis segundo critérios fundamentados em teorias científicas (SILVEIRA, 2004, p. 120-121). Na prática, a Medicina e os programas de controle de saúde quase sempre estão atentos apenas às dimensões físicas da mesma, não observando as diferentes representações e concepções dos pacientes (GOLÇALVES, 1998). De um modo geral, os serviços de Saúde não estão aptos a lidar com sentidos que extrapolam os códigos de compreensão e os conceitos da formação médico-psicológica. Parece óbvio, mas não é: as pessoas pensam. E se as pessoas leigas são capazes de pensar, também o são de construir conhecimento (CARVALHO, 2005).

Ora, uma vez que a medicina ocidental despersonaliza o paciente, cujas distintas formas de entendimento de mundo são relegadas e ironizadas como superstição e ignorância, o doente “não se sente nem respeitado, nem reconhecido” (LE BRETON, 2011 p. 299). O

afastamento do profissional de saúde de seus pacientes tem tornado a relação médico-paciente cada vez mais impessoal, despersonalizada, o que contribui bastante no aumento no número de queixas contra os profissionais junto aos órgãos de tutela médica – os conselhos regionais de saúde – no caso dos resultados não corresponderem às expectativas dos usuários (REZENDE, 2007). Fortes (1998) também aponta a desumanização nas relações entre profissionais de saúde e pacientes como uma das principais causas para o aumento no número de denúncias e processos de responsabilidade jurídica contra profissionais.

Aos médicos são impostas muitas obrigações inclusive legais. A relação médico-paciente tornou-se de natureza contratual, em que a obrigação do médico não é mais de recursos, mas de resultado. A litigiosidade, bastante enfocada pelos meios de comunicação e de forma oportunista, tem sido vista como uma ameaça constante por parte do médico, o que faz criar um dilema: proteger os pacientes ou se proteger? (CHOUTET; BIRMELÉ, 2006). Os processos contra médicos são abundantes, sobretudo nos Estados Unidos, onde há a instauração da responsabilidade sem erro. Esta extensão da responsabilidade aos acidentes médicos vai obrigatoriamente transformar as condições da prática médica: a medicina vai se tornar defensiva. A evocação do risco ao qual um médico é confrontado vai entravar sua ação. O ousar (pelo bem do doente) corre o risco de desaparecer do vocabulário médico (MEYER, 2002). Isso vai direcionar o profissional de saúde cada vez mais a desconsiderar o enfoque do doente para além dos muros da biologia.

Percebe-se que os aspectos objetivos na racionalidade médica também se fazem presentes na concepção de pacientes, os quais têm procurado por sinais ou indicadores objetivos de sua sintomatologia e, desta forma, ocorrendo a “busca por um diagnóstico de doença física por parte do sofredor e uma negativa em aceitar qualquer influência psicossomática em seu adoecer” (GUEDES, 2009, p. 138). Os pacientes, embora reclamem da pouca atenção do médico, aceitam e chegam a sugerir a realização do maior número de

exames, influenciados que são pela divulgação sensacionalista dos meios de comunicação, especialmente da televisão sobre as “fantásticas” descobertas da tecnologia médica, criando a falsa impressão de onisciência e onipotência da medicina atual (REZENDE, 2007).

A tecnologia se sobrepõe à personalidade humana. Quem é o foco do tratamento? É o doente ou a doença? Gomes (2007) menciona a tecnologia como algo que tanto pode perturbar a relação médico-paciente, ameaçando a supremacia da condição humana, como algo que pode ser usado no aprimoramento do conhecimento científico em favor do paciente. Como bem salienta Koné (2011): o saber deve ser colocado a serviço do homem e não o homem ser colocado a serviço do saber.

Uma relação dialógica, de reciprocidade, entre paciente e cuidador tem sido dispensada na rotina clínica, onde o médico acostumado a se considerar o detentor do saber, toma apenas para si o direcionamento do tratar, impondo sua “disciplina” ao doente. No entanto, a relação médico-paciente pode representar mais que uma ação de protecionismo, uma relação abrangente, envolvente, diante da qual ocorre uma configuração de atenção e de cuidados passível de ser retro-alimentada, plena de solidariedade, e que poder vir a trazer conforto diante do sofrimento do paciente pelo adoecer e pelas tensões morais do cuidador, que transcendem a formação técnico-científica da prática médica, a qual desconsidera vínculos interpessoais.

O campo de saúde confronta-se usualmente com situações de limitações. O fato de os pacientes, de uma maneira geral, depositarem a responsabilidade do tratamento nas mãos do cuidador, gera uma influencia negativa para o profissional, traduzindo-se em ansiedade e insegurança, inclusive diante de sua própria limitação em face de situações mais críticas que vão dificultar o processo de cura.

Os adventos tecnocientíficos da biologia, diante de um complexo contexto sociocultural, vêm acrescentar novos questionamentos que são desconhecidos para a classe

médica, no que diz respeito à reafirmação da responsabilidade moral diante da relação médico-paciente. Por exemplo, as cirurgias de cabeça e pescoço ainda podem deixar incontornáveis seqüelas (às vezes mais mutiladoras que a própria doença em seu estágio inicial), rastros de sofrimento moral e físico, o que gera tensões suplementares diante do imperativo técnico de se exigir ações imediatas em contextos por vezes conflituosos de opiniões entre cirurgiões e pacientes: *“Ele tem essa mutilação na face, mas... Qual era a opção pra ele? Nenhuma. Se não fizesse essa cirurgia ele ia morrer... Mas mesmo assim, será que essa vida que ele leva agora, será que se ele soubesse anteriormente ele iria concordar?...”*.³ Observa-se que os princípios canônicos hipocráticos do *ethos* médico não mais se prestam ao intermédio da análise ou resolução dos conflitos morais emergentes e, para tanto, a hierarquia de valores, que tradicionalmente governa as decisões na medicina, tem sido considerada uma forma de defesa contra ansiedades resultantes do ofício e diante da sensação de impotência no meio médico. A realidade existencial dos pacientes constantemente desafia os médicos ao impor limites à ação instrumental, o que demanda por um apurado senso ético que transcende a perícia técnica, gerando tensões morais a optar entre várias abordagens, muito embora o imperativo técnico “facilite” [aspas minhas] a tomada de decisões pelo direcionamento aos protocolos (VASCONCELLOS-SILVA; NOLASCO, 2009).

Contemporaneamente, a relação médico-paciente tem sido focalizada como um aspecto-chave para a melhoria da qualidade do serviço de saúde e desdobra-se em diversos componentes, como a personalização da assistência, a humanização do atendimento e o direito à informação (CAPRARA; FRANCO, 1999). Considerando uma boa relação profissional-paciente, o médico pode revelar um poder de exercer influência sobre seus pacientes e desta forma seu comportamento não é indiferente, “suas atitudes podem favorecer

³ VASCONCELLOS-SILVA, Paulo Roberto; NOLASCO, Paula Travassos de Lima. Dialética da autonomia dos equilíbrios nos conflitos entre pacientes e cirurgiões oncológicos. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 43, n. 5, p. 839-845, out. 2009.

o bem estar e a cura ou, ao contrário, a piora e disfunção” (CENEVIVA; CASTRO E SILVA JUNIOR, 2008, p. 254), uma vez que o paciente é uma pessoa fragilizada, vulnerável, inquieta e que espera uma presença de escuta, carinho, apoio, alívio, conforto, sobretudo dos médicos, cuja responsabilidade é reunir experiências e traduzi-las em termos de apoio (CHOUTET; BIRMELÉ, 2006).

É importante a parceria entre profissional e cuidador no sentido de promover a escuta, avaliar os sentidos e refletir em conjunto no direcionamento por soluções. Pitrez (2010, p. 379) observa que o paciente espera receber, além de um atendimento competente e atualizado, uma palavra de conforto; quer ser ouvido com atenção e respeito, aspira ser examinado detidamente, deseja perceber uma demonstração espontânea de afetividade e interesse. Algumas vezes, um simples caso que, para o médico assistente, representa apenas um ato rotineiro, para o paciente afigura-se como algo tão marcante e decisivo que não será esquecido para o resto da existência.

A relação médico-paciente, ocorre através de um processo comunicador e, por isso, as formas de olhar, de falar, de escutar podem constituir a origem, causa e consequência de um melhor ou de um pior relacionamento estabelecido entre ambos (GAJARDO-UGAS; LAVADOS-MONTES, 2010). Através do olhar, da expressão verbal, do contato manual e da relação instrumental, médico e paciente comunicam-se entre si, um como uma "pessoa doente", outro como "uma pessoa capaz de fornecer assistência técnica" e, desta forma, se constitui o fundamento específico de uma mútua relação, uma versão médica da amizade, uma "amizade médica" (DORR, 2004). Um olhar que escuta e um olhar que fala: a experiência clínica representa um momento de equilíbrio entre a palavra e o espetáculo (FOUCAULT, 2008, p. 127).

Os consultórios de atendimento podem se transformar em momentos de encontro onde o cuidador escutará com todo o seu ser para ouvir e compreender o que o outro (o doente) diz

e o que ele não ousa dizer: seu medos, seus receios, suas dúvidas serão confiadas sem reservas. O lugar de encontro onde as pessoas falam de doença deve se tornar um lugar de confiança e, assim, um lugar tranquilizador, tanto para o paciente, quanto para o cuidador. Sentindo-se compreendido, o paciente estará aberto ao diálogo com o cuidador. E é nesse momento que se criará uma relação de confiança que neutralizará as angústias do cuidador e, portanto, ele será confortado diante de uma pessoa de cultura diferente que vem à procura de uma escuta, um suporte, um olhar, uma solução para seus problemas, para seu "mal estar" (KONÉ, 2011, p. 167).

Envolver os pacientes de forma participativa implica numa relação médico-paciente bem construída, a partir de um contato em que o médico transmita simpatia, acolhimento, confiança, segurança e apoio. O paciente que se encontre envolvido por essas qualidades certamente acolherá de forma receptiva o que lhe for informado e proposto. Também é necessário ao médico validar as informações trazidas pelo paciente, estar em sintonia com seu ritmo (o que significa não "atropelá-lo"), estar atento ao seu tempo. Outro passo importante é saber avaliar as expectativas do paciente em relação ao médico, a si mesmo e à doença, e procurar saber o grau de entendimento do paciente sobre sua doença. É importante observar que a relação médico-paciente estará prejudicada, dificultando a informação e o envolvimento do paciente em um processo terapêutico em que o médico se vê numa posição superior à do paciente, podendo assumir posturas autoritárias, prepotentes. Nisto haverá tendência à desatenção e desqualificação do paciente (SILVA, 2001).

Deve ser possível criar uma aliança terapêutica, um compromisso mútuo: do cuidador, para fornecer o cuidado explicado, compreendido e aceito; e do paciente, a se comportar como ator em seu próprio tratamento. Cuidadores e pacientes podem tornar-se ou manter-se verdadeiros parceiros. Os médicos devem ser capazes de tratar, mas também ajudar os pacientes a gerenciar sua saúde. O paciente, assim como a sociedade, não deve alienar a sua

liberdade e seu direito de decisão. Assim, com o envolvimento no sistema de saúde, pode-se construir uma relação que combina habilidade e respeito por parte do cuidador, confiança e consentimento do paciente, uma relação que permite um diálogo verdadeiro e justo (CHOUTET; BIRMELE, 2006).

As possibilidades de cura ou das melhoras dos sintomas não vão estar restritas apenas aos aspectos técnicos ou farmacológicos. Então, o ser humano pode se identificar com outras modalidades terapêuticas, como a procura por rituais, a benzedeira, o xamã... O processo ritualístico cura porque se acredita nele (existe a fé) e os mitos são revividos nos ritos, de forma que o processo de cura é simbólico. A dimensão simbólica do cuidar, embora possa ser ignorada, é perfeitamente nítida.

Silveira (2004, p. 121) observa que o diagnóstico sempre envolve uma negociação equilibrada com o doente e/ou familiares, como no caso do xamanismo. Nele o doente tem total autonomia na busca da cura, onde a enfermidade é nomeada e distinguida na família e quando não é percebida como um estado grave, exime a consulta com o xamã. Já o oposto ocorre nos atendimentos do posto de saúde, em que a decisão diagnóstica cabe exclusivamente ao profissional de saúde, o qual muitas vezes precisa atuar de forma coercitiva para conseguir a adesão ao tratamento. Esse aspecto da relação curador-doente espelha a diferença entre “olhar a doença como evento patológico” e “percebê-la como processo existencial”.

Se a medicina científica ocidental enfoca os mecanismos biológicos e os processos fisiológicos que produzem os sinais da doença, no xamanismo a preocupação principal é com o contexto sociocultural onde a doença ocorre (CAPRA, 1988). O que caracteriza as medicinas populares é, sobretudo, a imbricação estreita da questão do *como* etiológico-terapêutico e de uma *interrogação sobre o porquê* associada à subjetividade do doente, sem falar no papel do contato e da proximidade física de quem cura em um quadro familiar

("tocando" em você) e do caráter abrangente da percepção da terapia e da doença (a totalização homem-natureza-cultura, que se opõe à tendência à dissociação do homem, da natureza e da cultura) (LAPLANTINE, 2004, p. 219).

Entre os muitos problemas elencados por Helman (2003) na relação médico-paciente estão a dificuldade de adesão do paciente ao tratamento, a interpretação errônea da "linguagem do desconforto" dos pacientes, bem como problemas de terminologia (quando a linguagem técnica pode ser incompreensível para o público leigo). Para Uchôa e Vidal (1994) a percepção do que é relevante e problemático, do que causa ou evita um problema, do tipo de ação que esse problema requer é, para os profissionais de saúde, determinada pelo corpo de conhecimentos biomédicos, mas, para os indivíduos de uma comunidade, é determinada pelas redes de símbolos que articulam conceitos biomédicos e culturais e determinam formas características de pensar e de agir frente a um problema de saúde específico.

As pessoas vivem em um universo simbólico específico, segundo o qual percebem e vivenciam suas experiências corporais. Desta forma, distintos grupos, com seus sistemas simbólicos próprios, ressemantizam as informações a respeito do corpo, mesmo quando há uma utilização do discurso médico (PAIM, 1998).

Diferentes grupos sociais experimentam concepções diversificadas relativas à etiologia das doenças, respondendo a uma lógica diferente daquela do saber médico (WILLIAMS, 1990 *apud* CARDOSO; GOMES, 2000). Nisto, cada grupo vai desenvolver um significado próprio para uma mesma situação, o que poderá implicar em significações distintas para objetos, fenômenos ou situações idênticos.

"A doença se constitui também e principalmente em significação." (ALVES, RABELO, 1998, p. 107). A compreensão da doença se constitui num universo particular de saberes que muitas vezes escapa ou se contrapõe às regras que determinam a interpretação médico-científica (KREUTZ; GAIVA; AZEVEDO, 2006). O paciente e o médico podem

utilizar o mesmo termo, mas para cada um, esse termo tem um significado diferente (REDKO, 1993).

As práticas, comportamentos e sentidos estarão direcionados na repercussão social que cada estratégia deverá ter, o que irá variar bastante de acordo com a cultura e a dimensão simbólica. O que leva uma população a escolher uma determinada técnica paralela de cura diante de um sistema médico tido como oficial está intrinsecamente relacionado ao pensamento simbólico. E "o mundo do simbolismo é infinitamente diverso por seu conteúdo" (LÉVI-STRAUSS, 1975, p. 235).

Ao negar o discurso do paciente, o terapeuta corre o risco de perder toda a credibilidade sobre ele e sua terapia, que será colocada em risco de não ser levada em conta pelo paciente, perdendo uma boa parte de sua eficácia (UGEUX, 2011). Para Meyer (2002) um remédio age tanto por mecanismos químicos e orgânicos (que neutralizam os estragos induzidos por uma doença) quanto por mecanismo psíquico (o que ele denomina de efeito placebo), uma crença no efeito da prescrição medicamentosa, a qual não deve ser negligenciada, uma vez que essa crença ajuda o doente e o médico, pois o paciente é persuadido e se convence da eficácia de seu médico ou de seu tratamento. Le Breton (2011) observa que a noção de "efeito placebo" é a reformulação médica do vetor simbólico ligado ao procedimento terapêutico.

Laplanche e Rabeyron (1989, p. 34) destacam: "(...) toda técnica, ainda que medicinal, também tem uma dimensão ritual, e os rituais podem conter em si mesmos uma eficácia propriamente terapêutica." Lévi-Strauss (1975) já esclarecia isso, que a eficácia da cura é simbólica: "mito e operações formam um par, onde se encontra sempre a dualidade do doente e do médico. Na cura da esquizofrenia, o médico executa as operações e o doente produz seu mito; na cura xamanística, o médico fornece o mito e o doente executa operações" (LÉVI-STRAUSS, 1975, p. 232). "O xamã não toca no corpo da doente e não lhe administra

remédio" (LÉVI-STRAUSS, 1975, p. 221); por vezes faz uso de plantas medicinais. Não se trata de uma lógica científica ou "uma relação de causa e efeito" tal como concebida em relação aos micróbios e à doença; trata-se de "uma relação de símbolo à coisa simbolizada" ou "de significante a significado" (LÉVI-STRAUSS, 1975, p. 228).

Mesmo que seja a atitude simbólica responsável pela potencialização dos efeitos psicossomáticos nos tratamentos usuais da medicina, no entanto Le Breton (2011) evidencia que a eficácia simbólica é uma noção estrangeira ao saber médico. Não que a dimensão simbólica esteja ausente da relação médico-paciente: ela sempre estará lá. Mesmo que o cuidador não a reconheça pela sua posição social e cultural, pelo caráter, não raro, exclusivamente técnico dos cuidados dispensados. A distância social e cultural tende a ser grande entre o médico, possuidor de um saber que ele raro busca compartilhar, e o seu paciente, que é tido como destinado a não compreender.

O distanciamento social é característico da relação médico paciente onde, inclusive, “o médico adota um comportamento diferente conforme a classe social do doente”, o que inclui as explicações dadas pelo médico aos seus pacientes. Desta forma, para os membros de classes populares visualiza-se uma atitude autoritária do médico em sua reserva de fornecer informações, posto que o doente dessas classes é considerado detentor do “mais baixo nível de instrução, e que, fechado na sua ignorância e seus preconceitos, não está portanto em estado de compreender a linguagem e as explicações do médico, e a quem, se quer fazer compreender, convém dar ordens sem comentários, em vez de conselhos argumentados.” (BOLTANSKI, 2004, p. 38).

A relação médico-paciente, longe de ser fortuita, atende a interesses bem definidos, como a fundamentação das práticas sociais. Trata-se de um importante espaço para que a dimensão político-econômica possa ser introduzida como agente direcionador de condutas humanas.

A consulta clínica entre médico e paciente consiste numa transação entre duas partes separadas por diferença de poder, tanto social como simbólico (HELMAN, 2003). Fernandes (1993) destaca que a medicina desempenha o papel de legitimar o esforço e a preocupação do Estado com o bem-estar comum, cabendo-lhe o trabalho de conformação das classes não-hegemônicas à ordem social em vigor. Quando o médico atende um paciente com cefaléia, o examina e se limita a pedir exames e prescrever um analgésico, ele está dizendo a este paciente, dentro dos melhores preceitos clínicos, que aquele sintoma guarda uma coerência e uma causalidade circunscritas ao seu corpo e, portanto, passíveis de serem tratadas e curadas através daqueles procedimentos. Não aparece como coerente, na consulta médica, a relação deste sintoma com as condições de vida desta pessoa, ou se ela está desempregada, ou se está infeliz, ou se trabalha muito. Não há espaço, desta forma, para a emergência de conteúdos políticos contra-hegemônicos na consulta médica, isto é, dos aspectos subjetivos que compõem a cidadania e, em nome da neutralidade científica, o médico atua politicamente, conformando o paciente à ordem social em vigor.

Sherwin (1996), em sua ética feminista do cuidado da saúde, também destaca que existe uma tendência para reforçar a desigualdade de gêneros no diagnóstico da depressão e ansiedade social, quando a medicina ajuda a perpetuar a opressão das mulheres, desviando a atenção para situações de injustiça, exemplificando o fato de que alguns médicos e teóricos justificam práticas de violência sexista, o que inibe a avaliação destas práticas em termos morais e políticos. A Medicina, pela sua autoridade de definir o que é normal do que é patológico, reforça as desigualdades de poder existentes.

As relações de poder nas instituições em geral, e no sistema político e estatal em particular, estão condicionadas por certas representações e significações montadas num modelo hierarquizado (MARTINS, 2002). Temos uma dimensão política da medicina, encoberta por sua pretensa cientificidade e pela pretensa universalidade de seu saber, que a

leva a adotar uma posição totalitária quando confunde os aspectos quantificáveis da realidade com a realidade em si mesma (SOUZA, 2007). "Na verdade, o discurso médico acaba por ser uma forma bastante eficiente de manter o paciente alienado se sua própria situação." (CAMARGO Jr., 1992, p. 90).

As características propriamente técnicas da relação terapêutica evidenciam seu caráter assimétrico e de dependência do usuário, uma vez que o doente vai representar, efetivamente, o papel de objeto, o que favorece a manipulação moral do doente pelo médico (BOLTANSKI, 2004, p. 46). Existe uma noção histórica em que a posição desigual da relação médico-paciente seria uma necessidade derivada das características “naturais” do paciente e um imperativo técnico e, portanto, da prática (SCHRAIBER, 1993, p. 160-170). Illich (1975, p. 112) menciona o tratamento do doente como a repetição de uma experiência com probabilidade de êxito definida e, quanto mais a variável *paciente* é controlável, mais o resultado é previsível.

Para Guedes (2009), a formação médica impõe uma forte coerção na incorporação de premissas de objetividade da racionalidade biomédica e, por isso, os aspectos subjetivos dos pacientes doentes são praticamente desconsiderados e não incorporados ao atendimento médico. E desta forma tudo aquilo que não é entendido como doença no paradigma biomédico não tem relação com o atendimento médico. Assim surgem incômodas situações quando os médicos se deparam, por exemplo, com “uma doença sem lesão”, pois os pacientes sofredores de queixas indefinidas, ao apresentarem sintomas que fogem ao padrão de doença oferecido pelo modelo da biomedicina, acabam por dificultar o diagnóstico resultando no insucesso terapêutico, tornando os profissionais bastante inseguros e até mesmo revoltados com o que eles denominam de “pacientes funcionais”. Como diz Lolas Stepke (2006), sintomas e sinais que não estão nas gramáticas oficiais da medicina não podem ser reconhecidos; logo, “não existem”. Ademais, um ser humano só passa para a categoria de paciente uma vez que o

sistema oficial legitima o caráter de “portador” de uma “doença”, por tê-la (objetivamente) e não apenas senti-la.

O processo de medicalização da medicina vem permitir uma ampliação no leque de abordagem das relações humanas para a área médica, permitindo sua participação, por exemplo, em diversas etapas da vida humana^{4,5}, bem como impondo os conceitos médico-científicos aos comportamentos divergentes da norma.

Santos e Vieira (2008) mencionam que medicalizar o corpo e reduzi-lo ao seu aspecto meramente biológico têm sido estratégias comuns da prática médica, de forma a não se lidar com os aspectos afetivos, sociais e comportamentais envolvidos na relação com o paciente, para os quais os médicos sentem-se despreparados. As múltiplas facetas, social-comunitária, emocional e espiritual, que compõem o existir humano, além da dimensão biológica, encontram-se dissociadas, diluídas ou completamente negligenciadas na produção do saber médico.

O profissional de saúde deve estar consciente da importância do poder intrínseco da relação médico-paciente, que é parte integrante do cotidiano de milhares de profissionais e, longe de ser aleatória, esta relação pode ser vista como um instrumento de difusão e manutenção do poder do Estado e da instituição médica sobre a sociedade. A prática médica coloca-se, portanto, como um instrumento de consenso/coerção, assegurando a manutenção de uma determinada hegemonia de classe. A relação médico-paciente pode ser entendida, neste

⁴ Singer; Campos e Oliveira (1978) reconhecem a medicalização como uma invasão pela medicina de um número cada vez maior de áreas da vida individual, onde cada etapa da vida humana (desde recém-nascidos, crianças, mulheres grávidas, as que estão no climatério e os que chegaram à velhice), é tida como objeto de cuidados médicos específicos, ou seja, a perspectiva da medicalização direciona para que cada aspecto da vida seja cientificamente regulado, cabendo esta missão ao profissional especializado, ou seja, o agente dos serviços de saúde. (SINGER, Paul; CAMPOS, Oswaldo; OLIVEIRA, Elizabeth Machado de. Prevenir e curar: O controle social através dos serviços de saúde. Rio de Janeiro: Forense-Universitária, 1978).

⁵ Illich (1975) observa que todas as idades (pré-natal, primeira infância, puberdade, velhice...) são medicalizadas, assim como os aspectos inerentes ao sexo (menopausa, gravidez, aleitamento...). Grupos de pessoas são catalogados como anormais com direito a uma terapia a fim de reajustá-las às normas desejáveis estabelecidas nos ambientes especializados. Nessa medicalização também se inclui a depressão, o alcoolismo, a obesidade, entre outros. A profissão médica tornou-se um partido de administradores burocratas que aplicam princípios e métodos científicos a categorias inteiras de casos médicos. (ILLICH, Ivan. A Expropriação da Saúde: Nemesis da Medicina. 2 ed. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1975).

sentido, como uma relação de dominação da ordem médica sobre a sociedade, e de dominação do estado sobre as classes não-hegemônicas (FERNANDES, 1993).

Bem além de uma prática técnica que lida com os aspectos objetivos do corpo é necessário, para se humanizar a relação médico-paciente, lidar com vidas. Seguindo uma perspectiva antropológica, onde o universo sócio-cultural do doente não é visto mais como um obstáculo maior à efetividade dos programas e práticas terapêuticas, mas como um contexto onde se enraízam as concepções sobre as doenças, as explicações fornecidas e os comportamentos diante delas. Essa perspectiva reorienta a percepção dos aspectos relacionados à efetividade das intervenções em saúde (UCHÔA; VIDAL, 1994). Desta forma, explicita-se a necessidade de que uma verdadeira antropologia da saúde se volte também para o doente como "autêntico pólo de conhecimento" (LAPLANTINE, 2004, p. 17).

A capacidade das ciências da saúde na assimilação de novas tecnologias é notável; no entanto percebe-se um amplo despreparo médico em saber lidar com conflitos ético-morais advindos da ampliação tecnológica de acesso ao corpo, bem como de situações que fogem à conceituação usual do entendimento médico sobre doenças. A valorização dos aspectos subjetivos é tida como um entrave para a medicina, sobretudo em virtude da filosofia mecanicista que domina nas ciências da saúde ocidental.

A instituição médica impõe a tarefa do médico como uma atividade restrita (em seus ditames preconizados pela norma e pela técnica), reconhecendo-a como hegemônica, senão como exclusiva, revelando nesta prática seu poder de uniformizar as práticas sociais.

Os profissionais de saúde, pela sua formação e direcionamento filosófico ocidentalizado, vão caracterizar a saúde com o foco voltado para a doença, cujo conceito será científico, objetivo e idêntico (ou seja, em qualquer parte do mundo vai se manifestar da mesma maneira). Então o diagnóstico é condicionado aos aspectos físicos da doença e será

definido, na clínica médica, exclusivamente (e excludentemente) pelo profissional médico – o detentor do saber oficializado.

1.5. HUMANIZAÇÃO NOS CUIDADOS EM SAÚDE: PROJETOS, INTERPRETAÇÕES E DESAFIOS

A preocupação para com a humanização na área da saúde não é um processo recente⁶ e tem ganhado cada vez mais adeptos em virtude, inclusive, do estranhamento do ser diante do seu mundo. Esse processo de humanização busca também pela qualidade nos serviços de assistência, o que inclui a incorporação de novas propostas nos modelos de atenção à saúde.

Em 2003, a nova gestão do Ministério da Saúde no Brasil iniciou a condução de uma proposta de expansão da humanização para além do ambiente hospitalar e estabeleceu a Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão em Saúde no SUS – HumanizaSUS, uma política com pretensão de ter um caráter transversal, visando atingir a todos níveis de atenção à saúde, entendendo humanização como uma transformação cultural da atenção aos usuários e da gestão de processos de trabalho que deve perpassar todas ações e serviços de saúde (FORTES, 2004).

O antecedente da Política Nacional de Humanização (PNH) foi o Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar (PNHAH), que estava centrado no hospital como campo de intervenção privilegiado, lugar de relações verticalizadas orientadas por instrumentos normativos que deveriam ser operacionalizados na busca de realização de metas e índices, independentemente de sua resolutividade e qualidade. Já a PNH caracteriza-se por

⁶ Sendo constatada desde a Antiguidade na Grécia. Naquela época (em torno de 400 a.C.) o ensino da medicina para a tradição grega se introduzia como um aprendizado técnico (o saber agregado à observação racional dos sentidos e ao seguimento de regras) e Hipócrates já comentava em seus aforismos a preocupação com o aspecto humano dentro da área médica, o que incluía o reconhecimento da possibilidade de curar algumas vezes, de aliviar (o sofrimento) sempre que possível e de confortar sempre.

sua proposta transversal e abrangente, configurando-se como um conjunto de princípios e diretrizes traduzidas em ações nas diversas práticas de saúde e esferas do sistema, não apenas na assistência hospitalar (SOUZA; MOREIRA, 2008).

Para Minayo (2004), quando se fala em humanização é preciso, de início, questionar se alguma coisa feita pelo ser humano pode receber o nome de desumana.

Nos serviços de saúde, essa intenção humanizadora se traduz em diferentes proposições: melhorar a relação médico-paciente, organizar atividades de convívio, denunciar e criticar o processo de "mercantilização" da medicina; entre tantas outras proposições (PUCCINI; CECÍLIO, 2004).

Campos (2005) observa que a desumanização existente nos serviços de saúde pode ser resultado de uma combinação de problemas estruturais com posturas alienadas e burocratizadas de seus operadores. De qualquer modo, há uma tendência de se qualificar de desumanas as relações sociais em que há um grande desequilíbrio de poder e o lado poderoso se aproveita desta vantagem para desconsiderar interesses e desejos do outro, reduzindo-o à situação de objeto que poderia ser manipulado em função de interesses e desejos do dominante. É assim que “a ciência e a técnica aumentam o poder do homem sobre a natureza e, porque não dizer, o poder do homem sobre o próprio homem” (COSTA; COSTA, 2004, p. 472).

Ora, as ciências médicas têm se dirigido por uma ótica tecnicista onde a alta tecnologia contrasta com uma menor importância dada aos valores humanísticos. Existe um movimento de secularização dos cuidados em saúde, o qual negligencia o ser humano, desconsiderando suas crenças. Para Schraiber (1993, p. 89) na medicina tecnológica a prática perderá progressivamente essas dimensões de personalização e sacralização, à proporção que a medicina se estrutura progressivamente sobre as bases impessoais e objetivas da tecnologia material.

As profissões médico-biológicas são alvo de descrédito social, muito embora cada vez mais despontem em saber técnico-científico. “A medicina jamais teve a capacidade de fazer tanto pelo homem como hoje. No entanto, as pessoas nunca estiveram tão desencantadas com seus médicos” (MUCCIOLI *et al.* 2007, p. 897); o que faz com que o doente venha a contestar facilmente sua competência (MEYER, 2002).

Uma das características mais expressivas da humanização na área da saúde, sobretudo nas considerações sobre a prática médica, é a crítica à tecnologia (PUCCINI; CECÍLIO, 2004). Vivemos num contexto de saúde em que o paciente é amplamente visualizado e tratado como ser passivo, um “corpo”, objeto inerte e dividido em várias partes para a clínica médica.

O preço do progresso científico é o distanciamento. E o aumento da velocidade nas ações e nas ocupações humanas é inerente a esse progresso. Tudo é mais rápido; tudo tem que ser mais rápido. E é nesse contexto de decisões imediatistas que a tecnologia multiplica bens de saúde e acelera as ações assistenciais e, ao mesmo tempo, contribui para condutas de distanciamento do usuário enquanto participante de decisões das ações em saúde em seu próprio corpo, desconsiderando seus aspectos subjetivos e minimizando ou mesmo excluindo sua autonomia.

A incorporação tecnológica, de modo a não contemplar as subjetividades, resulta na fragmentação de pacientes, que são divididos em patologias, em órgãos, repartidos por diversos profissionais, diluindo-se a responsabilidade pela assistência às necessidades globais de sua saúde. A exacerbada especialização e tecnificação do trabalho de assistência à saúde culmina num progressivo afastamento do profissional de seus pacientes, tornando a relação entre eles cada vez mais distante, impessoal e despersonalizada (FORTES, 1998).

Para o médico, a doença é supostamente conhecida na apropriação do saber. No que diz respeito ao ato médico, fala-se de uma prática técnica e um saber científico que tem como base meios que delimitam e transformam o corpo doente relacionado a um conhecimento

sobre doenças “em que a realidade do doente passa a explicar-se como doença”, implicando operações de entendimento do real nas quais o modo de ser da vida social deverá ser explicado e orientado por normas biológicas, apreendidas e definidas por uma ordem científica (SCHRAIBER, 1993, p. 164-185); a tecnobiologia avança em seu direcionamento desumanizante, alheio ao respeito pela personalidade humana, seu múltiplos aspectos de olhar a doença e sua diversidade terapêutica.

Enquanto a tecnologia científica avança, a confiança nos médicos diminui, pois o médico não é mais aquela pessoa com quem se tem um contato mais “humano”. Então o paciente quase sempre trata com um sistema reticular onde o clínico é um ponto de entrada para uma rede rumo a outros clínicos mais ou diversamente especializados (SFEZ, 1996, p. 52). Trata-se de uma medicina mecanizada e materialista, que tenta ser universal, esquecida da diversidade humana e da unicidade de cada homem (MEYER, 2002).

O pensamento “científico” mantém a ilusão de uma ruptura entre a doença e o social. No entanto o “progresso” da “ciência médica” diz respeito também aos aspectos sociais da doença (LAPLANTINE, 2004). O saber sobre a doença não é efeito de uma aprendizagem separada, mas, antes de tudo, uma experiência vivida da doença (LE BRETON, 2011). A instituição médica, voltada para a hegemonia de seu saber, presume a ignorância do paciente.

A categoria médica defende que a medicina se realiza a partir de um exercício de interpretação, cuja matéria-prima são as informações, sinais e histórias contadas pelos pacientes e seus familiares. Alguns médicos já reconhecem que é preciso fortalecer o viés humanista da medicina. Todavia, não se reconhece que essa "hermenêutica" se produz hegemonicamente a partir de uma troca desigual, entre cliente e médico, gozando este último a prerrogativa hierárquica de conduzir o relato do doente (DESLANDES, 2004).

As práticas especificamente de saúde necessitam da compreensão específica do corpo humano. Base da educação dos profissionais de saúde, tradicional ciclo básico da formação, o

ensino da anatomia e da fisiologia humanas e a dissecação do corpo em seus órgãos são os percursos para o aprendizado da clínica. No ciclo profissional, o corpo já dissecado em órgãos surge como o território onde evoluem as doenças. Este tem sido o corpo “pouco humano” da clínica, limitado a seus órgãos e aos modos de evoluir da doença como uma história natural (CECCIM; MERHY, 2009).

Na medicina científica contemporânea é a representação etiológica que, com mais frequência, comanda a representação terapêutica: “para intervir eficaz e duradouramente acredita-se, com efeito, que é preciso conhecer, de início, a causa da doença” (LAPLANTINE, 2004, p. 207), onde a objetivação da doença é a metodologia científica para a obtenção da cura.

Para Souza e Moreira (2008) a necessidade de humanizar a atenção à saúde é decorrente da observação de que, em algum momento, no desenvolvimento da prática clínica tradicional, a perspectiva da relação entre o agente da terapêutica e o paciente foi orientada essencialmente pela dimensão da patologia e pelos diversos fatores a ela relacionados. Isto porque que a Medicina é considerada, pelos seus membros, um saber definitivo, uma ocupação engajada no diagnóstico e no tratamento das doenças, sendo dotada de um monopólio aprovado oficialmente sobre o direito de definir o que é saúde, o que é doença e como tratá-la (FREIDSON, 2009).

A imensa maioria dos médicos são práticos, mas raramente teóricos (LAPLANTINE, 2004). Isso se deve ao fato de que a grade curricular nos cursos de saúde é eminentemente técnico-prática; já a parte teórico-humanista corresponde a uma carga horária que, além de reduzida, é quase sempre ministrada de forma desvinculada das ações de saúde. Então o aluno não compreende, não consegue fazer a conexão entre os aspectos humanistas e as atividades técnicas da clínica, o que dificulta também o atendimento multidisciplinar, uma abordagem

clínica que leve em consideração outros aspectos além do técnico-biológico, que permita ampliar seu olhar sobre os cuidados em saúde.

Desta forma, a doença é interpretada pela concepção biomédica como um desvio de variáveis biológicas em relação à norma. Este modelo, fundamentado em uma perspectiva mecanicista, considera os fenômenos complexos como constituídos por princípios simples, isto é, por uma relação de causa-efeito, distinção cartesiana entre mente e corpo, análise do corpo como máquina, minimizando os aspectos sociais, psicológicos e comportamentais (CAPRARA; FRANCO, 1999). Existe uma “dicotomização” hierárquica, onde os aspectos do saber “objetivo” (empírico, técnico, de etiologia natural, biomédico) são privilegiados em relação ao saber “metodológico” (simbólico, ritualístico, de etiologia mágico-religiosa, sociomédico) (LAPLANTINE, 2004).

A abordagem mecanicista conduziu a idealização de uma ciência médica tecnicista de forma a enfatizar os aspectos físicos do diagnóstico e um sistema de tratamento que estimula o desenvolvimento da indústria farmacológica.

O uso de drogas na terapêutica médica é incentivado e perpetuado pela indústria farmacêutica, a qual tem exercido uma enorme influência sobre médicos e pacientes, condicionando-os a acreditar que o corpo humano precisa de supervisão médica constante e de tratamentos com drogas para permanecer sadio (CAPRA, 1988). A lógica médico-mercantil reduz as práticas médicas a um jogo de interesses econômicos e utilitários entre médicos capitalistas e doentes-consumidores. A mercantilização das práticas de cura leva, crescentemente, a medicina oficial a uma problemática visão utilitarista sobre o doente e a doença, na qual a distância metodológica entre médicos e doentes converte-se, progressivamente, numa separação entre produtores e consumidores (MARTINS, 2003). A medicina esquece que o homem é um ser de relação e de símbolo, e que o doente não é somente um corpo que precisa ser consertado (LE BRETON, 2011, p. 290).

O capitalismo médico impõe, assim, um modelo de saber técnico especializado sobre as doenças, o qual obedece a dois padrões: de um lado, uma rígida divisão disciplinar do campo científico e, de outro, uma compreensão utilitário-econômica do corpo humano, que dispensa as dimensões imagéticas, afetivas e emocionais (despreza, logo, a dinâmica do simbólico e das representações que organizam o imaginário humano). Por esta visão utilitário-econômica, a doença é representada como um inimigo a ser combatido e destruído, e não como uma manifestação de um desequilíbrio sistêmico relacionado com o contexto social, cultural, psicológico e ambiental (MARTINS, 2003, p. 147). E o profissional de saúde trava uma verdadeira “batalha” contra a doença.

Lima (2009), em sua experiência com alunos ingressantes na graduação em Enfermagem, identificou que os principais motivos que levam alunos a buscarem cursos na área de saúde são "cuidar das doenças dos órgãos e de pessoas fragilizadas sofrendo com alguma doença". O que mais os estimula é fazer a "disciplina anatomia", pela possibilidade de conhecerem as peças, os órgãos que compuseram um dia um corpo, um ser humano. Nesse momento, estão interessados nas partes, a referência é a doença e o olhar é distante do doente (sujeito), recorte que poderá ou não ser resgatado ao longo de suas trajetórias, seja como estudantes seja como trabalhadores de saúde.

A humanização implica numa mudança de ações em saúde, da forma de trabalhar e também das pessoas, interferindo na prática realmente existente nos sistemas de saúde (CAMPOS, 2005). Humanizar, para além das suas implicações na formulação das políticas de saúde, para a gestão dos serviços, para a formação e supervisão técnica e ética dos profissionais, significa transformar as ações assistenciais propriamente ditas (AYRES, 2004). O objetivo da proposta de humanização engloba a criação de uma nova cultura do atendimento, fundada na comunicação (ARTMANN; RIVERA, 2006), abrindo o espaço das

relações entre paciente e cuidadores, bem como da relação interdisciplinar entre profissionais e também com gestores.

Dias e Deslandes (2006) mencionam que a questão da humanização na assistência ao parto e nascimento envolve aspectos complexos, tanto do ponto de vista da estrutura dos serviços, da decisão política e da formação e capacitação profissional, quanto aspectos sociais e culturais das mulheres e famílias atendidas. Ações como adequação do espaço físico para permitir e facilitar a presença do acompanhante, mudanças nos protocolos de assistência e participação mais ativa das mulheres dependem do comprometimento e do apoio do gestor local. Consideram de muita importância o diálogo com obstetras na redefinição do seu papel na assistência ao parto, uma vez que o espaço do pré-parto tem sido motivo de disputa entre enfermeiras e médicos no estabelecimento de condutas em relação à parturiente. Destacam também que conseguir a integração na atuação de diferentes profissionais, estabelecendo o respeito entre as diversas práticas e saberes, constitui mais uma das etapas da qualificação da assistência.

Uma assistência humanizada em saúde remete a uma visão integrante dos aspectos de vida do ser humano. Para Campos (2005), a integração de saberes e de técnicas pode abrigar várias discussões, uma vez que integral significa "total, inteiro e global"; ou seja, o mundo. De fato, vários sentidos são atribuídos à integralidade. Gomes e Pinheiro (2005) mencionam a integralidade como forma de se organizar as práticas, direcionando-as para uma certa "horizontalização" dos programas anteriormente verticais, desenhados pelo Ministério da Saúde, superando-se a fragmentação das atividades no interior das unidades de saúde. A integralidade é também visualizada como um conjunto de respostas governamentais a problemas específicos de saúde, que afligem certo grupo populacional e, por fim, a integralidade pode ser interpretada como uma resposta ao sofrimento do paciente que procura o serviço de saúde em um cuidado que não o reduza ao seu aparelho ou sistema biológico,

pois tal redução cria silenciamentos. Este direcionamento para a integralidade remete à crítica da compartimentalização costumeira dos portadores de conhecimento médico ao direcionar o tratamento a órgãos e doenças específicas (SCOTT, 2001).

A introdução de uma forma de tratamento médico que vise um atendimento integral do sujeito com seu ambiente familiar, social e cultural deveria compensar a educação médica, a qual se encontra tão fragmentada, compartimentada em especialidades, tendo portanto uma percepção de mundo bastante restrita, o que dificulta o estabelecimento de conexões.

Se enfocarmos a relação profissional de saúde/paciente, delimitada no contexto do exercício da racionalidade médico-científica, perceberemos que as bases desta comunicação de fato se estreitam progressivamente. A objetividade positivista, modelo por excelência da medicina científica, vai defender a idéia da neutralidade e exterioridade do profissional em face do objeto de estudo (que não mais será o doente, mas a doença) (DESLANDES, 2004). O saber anatômico e fisiológico sobre o qual repousa a medicina consagra a autonomia do corpo e a indiferença em relação ao sujeito que ele encarna. Para melhor compreendê-la a medicina despersonaliza a doença, tratando-a como uma alteração que concerne apenas ao seu organismo (LE BRETON, 2011, p. 285-286).

Rattner (2009) observa que as mudanças preconizadas pela política de humanização estão ocorrendo, sobretudo, no sistema de saúde, em detrimento das escolas de formação, o que constitui um sério problema, uma vez que o aparelho formador continua preparando profissionais dentro de um modelo intervencionista considerado inadequado.

Um dos grandes problemas da lógica dominante contemporânea é o esquecimento das pessoas. Em saúde é comum a redução de pessoas a objetos a serem manipulados pela clínica ou pela saúde pública (CAMPOS, 2005). Como bem menciona Minayo (2004), o modelo médico continua tecnicista e instrumental. A formação dos profissionais de saúde, em que pesem todos os esforços dos projetos de integralidade e de humanização, continua fortemente

marcado pela hegemonia do positivismo e das teorias mecanicistas que tratam o doente como um corpo e um corpo como um dispositivo bioquímico e funcional. No mais profundo das práxis do setor persiste um menosprezo pelo enfermo como um ser portador de liberdade e de auto-determinação.

Uma vez que há uma assimetria hierárquica entre paciente e cuidador, a personalização dessa relação “é muito mais obra do médico do que do doente” (BOLTANSKI, 2004, p. 47). Entretanto, o médico tende a assumir uma atitude cômoda de indiferença em relação a seus usuários, o que constitui um entrave ao atendimento e sua humanização. Pacientes que esperaram longo tempo para serem atendidos recebem, por vezes, um novo encaminhamento, quando aquele profissional, com um pouco de boa vontade, poderia resolver a situação (SOARES, 1999). O sistema de cura dessa medicina utilitário-mercantil legitima-se, então, sobre a radicalização das distâncias e rupturas nas relações entre médicos e enfermos, desvalorizando as relações interpessoais na cura (MARTINS, 2003, p. 147), o que culmina numa perda de cidadania por parte dos usuários, tratados como seres passivos diante de atitudes paternalistas e autoritárias.

Deve ser entendido que as instituições de formação profissional são partes imprescindíveis do processo humanizador, uma vez que são os grandes aparelhos formadores que possibilitam a transmissão não somente da técnica e da informação quanto da ideologia que sustenta sua operacionalização concreta. Um dos grandes desafios da Humanização é incidir na reformulação curricular, de forma a permitir uma visão mais abrangente do processo de prevenção e assistência, que toma o nome de “clínica ampliada”. Ampliada, na medida em que se entende qualquer procedimento clínico como também produtor de subjetividade sendo, portanto, uma ferramenta importantíssima tanto na formação de cidadãos ativos e responsáveis, quanto para propor espaços alternativos aos da passividade e inércia presentes no processo de adoecimento e cura. Isto constitui uma reviravolta de porte, não

somente para os pacientes, instados a "não incomodar o médico", quanto para os profissionais, que foram ensinados a não escutar o paciente, pois parte-se do princípio de que ele próprio "não sabe" do seu mal-estar (REIS, MARAZINA; GALLO, 2004).

A medicina não deve ser compreendida de maneira única ou universal, como se pudesse ser igualmente reproduzida em qualquer parte do mundo; existe uma diversidade em termos de cultura que permite o entendimento de distintas concepções de saúde. Cada cultura, como um sistema de significados, tem uma coerência interna que não deve ser negligenciado pelo cuidador.

Um paciente é considerado doente de acordo com as imagens que ele tem de saúde e doença, e estas são em grande parte culturais. Saúde não é apenas um estado subjetivo, uma sensação física ou mental, trata-se também de um fato social, um estado de construção, um fato de cultura. É o grupo social, de acordo com sua cultura que define o normal e o patológico e também oferece etiologias e terapias específicas, conforme apropriado. Atualmente a formação médica ocidental é orientada a desconsiderar a dimensão antropológica, cultural, do paciente. Este não é o caso na medicina tradicional na África, Ásia (medicina indiana, chinesa, tibetana, etc.), que têm sido utilizadas com eficácia por milênios, em que na relação terapêutica, a personalidade do paciente, seu caráter, seu físico e psicológico, suas relações interpessoais, sua moral, suas crenças são tidas em conta, além de sintomas clínicos (UGEUX, 2011). A saúde é considerada na África tradicional como um estado de bem-estar inestimável, um estado de harmonia com o ambiente natural. Então, diferentemente da visão ocidental, trata-se de uma relação equilibrada e saudável do homem com o seu ambiente, o qual é bem destacado. Na África diz-se que o doente é uma pessoa que compreende uma disfunção como sendo considerada um conjunto integrado (corpo-alma-espírito), condicionado por forças visíveis e invisíveis, internas e externas. A doença é definida como qualquer coisa que venha romper o equilíbrio, o qual permite a um indivíduo

viver em harmonia com seu meio ambiente. A doença se inscreve dentro da história singular da pessoa, a qual está inscrita numa rede de relações com seu meio ambiente, seus valores e suas crenças (KONÉ, 2010).

No ocidente o médico tem a tendência a ser especialista, adquirindo um conhecimento detalhado de uma parte do corpo. Já a medicina chinesa reconhece o médico como um sábio que visualiza a maneira como os padrões do universo se correlacionam e leva em consideração o estado global da mente e do corpo do paciente e sua relação com o ambiente natural e social (CAPRA, 1988).

A medicina ocidental quer situar-se fora do quadro social e cultural como palavra de verdade, única “científica”, e por isso mesmo intocável. O corpo é transmutado em substituto da pessoa e o doente é reduzido a um evento fisiológico (a doença) que advém em seu corpo. Essa visão de doença direciona o paciente a dispor-se passivamente entre as mãos do médico e a esperar que o tratamento recebido faça seu efeito (LE BRETON, 2011). No entanto, a saúde não se reduz ao binômio queixa-conduta, uma vez que aponta para a multiplicidade de determinantes da saúde e para a complexidade das relações entre os sujeitos trabalhadores, gestores e usuários dos serviços de saúde (BENEVIDES; PASSOS, 2005).

Os profissionais, em busca de uma ação mais integral do ser humano para uma humanização da assistência à saúde, precisam compreender que suas práticas não constituem o único recurso para o tratamento de doenças, uma vez que a eficácia deste tratar “é social e culturalmente delimitada”, assim os cuidadores podem “refletir sobre seu papel, ao encarar a doença como um evento que acomete a vida e não só o corpo da pessoa”. A doença, para ser tratada em um contexto direcionado para a humanização, deve ser concebida como um processo construído socioculturalmente, como “conjunto de experiências associadas por redes de significado e interação social”, assumindo seu caráter individualizante, e não o universal da concepção biomédica de enfermidade (ou patologia) (PELLEGRINI, 2004, p. 237).

Enorme é o desafio de desconstruir paradigmas hegemônicos na formação de profissionais de saúde e de modificar práticas e lógicas culturais cristalizadas num processo de trabalho voltado para a concretude do biológico e para as necessidades institucionais (DIAS; DESLANDES, 2006). Obviamente não se muda uma cultura de assistência unicamente com capacitações dirigidas aos profissionais. Mas, certamente, um investimento sério na formação (inclusive desde a graduação) pode, de fato, fortalecer idéias outrora consideradas utópicas ou fora do âmbito e do "papel" da assistência. Isso pode dar subsídios para que no campo da negociação da ordem política de gestão, os agentes de uma determinada organização constituam novos parâmetros para a ação, introduzindo mudanças na cultura da assistência (DESLANDES, 2004).

Fernandes (1993) levanta a questão da necessidade de uma formação específica para o campo de atuação profissional médica, cuja ampliação teria, como consequência, a assimilação e compreensão dos aspectos subjetivos do paciente na consulta.

Na perspectiva humanista, as mudanças apontam para o surgimento de um modelo de gestão mais complexo, no qual o imaginário da saúde significa, prioritariamente, o doente e não a doença, a relação entre os sujeitos (médico x doente) e não, a relação com a doença (MARTINS, 2003, p. 139).

Observa-se que o conceito de humanização comporta diversos enunciados sendo, portanto, polissêmico. Em um estudo sobre a percepção de representantes da imprensa escrita de São Paulo a respeito da humanização dos serviços de saúde, observou-se que, para o conceito de humanização, foram considerados como aspectos relevantes: o respeito à dignidade humana, o atendimento integral (holístico) e a boa relação médico-paciente (VICENTINI, 2010). Já para Fortes (2004), humanizar na atenção à saúde é entender cada pessoa em sua singularidade, tendo necessidades específicas e, assim, criando condições para que os usuários tenham maiores possibilidades de exercer sua vontade de forma autônoma.

Outro estudo vem focalizar a proposta de humanização da assistência de enfermagem pediátrica, identificando que o processo de humanizador envolve princípios da Política Nacional de Humanização (PNH) e está relacionada à assistência biopsicossocial, ao trabalho em equipe e ao respeito à individualidade (COSTA; HIGA; MELO, 2010).

Para Heckert; Passos e Barros (2009), os modos de abordar ou compreender a humanização não se dissociam das propostas/práticas de humanização. Quando se discute com profissionais de saúde e usuários, encontram-se aqueles que designam humanização como: tratar com respeito e carinho, amor, empatia, capacidade de colocar-se no lugar do outro, acolhimento, aceitação do outro, diálogo, tolerância, tratar do outro com respeito e educação, aceitar as diferenças, resgatar a dimensão humana nas práticas de saúde.

A humanização seria, pois uma proposta de estratégia política e gerencial que, por sua abrangência, apresenta as possibilidades do acolhimento e do vínculo, como dispositivos práticos relacionados às formas de cuidado social e individual (ARTMANN; RIVERA, 2006). O compromisso com o acolhimento das demandas e necessidades dos usuários, além da constituição de vínculos guiados pelo respeito à autonomia ou às diferenças constituem princípios indispensáveis em um projeto de humanização em saúde (TRAD, 2006).

Os obstáculos à solidariedade e à produção do cuidado em saúde não residem apenas na precariedade das condições materiais, tecnológicas e na insuficiência de pessoal da grande maioria dos serviços, nem somente nas características dos modelos assistencial biomédico e gerencial funcionalista dominantes. Somam-se a esses fatores, os padrões de sociabilidade e os modos de subjetivação na sociedade contemporânea que também impõem sérias limitações ao trabalho em saúde e à sua qualidade (SÁ, 2009).

Outros significados também são evocados pela proposta de humanização, tais como: acolhimento resolutivo, participação no SUS, co-responsabilidade, inclusão, controle social,

ética, não discriminação, transformação do SUS, valorização do trabalhador, dentre outros (HECKERT; PASSOS; BARROS, 2009).

Reis, Marazina e Gallo (2004) assinalam ainda que, embora a discursividade médica, com sua lógica centrada no profissional, na ação curativa e focada na queixa, produza efeitos presentes numa prática de saúde desumanizada, não é possível, contudo, atribuir-lhe uma total responsabilidade na manutenção das condições de precariedade do sistema de atenção à saúde. Ayres (2004) menciona o cuidado em saúde em diversos níveis, desde aquele de construção de vínculos serviço-usuário, de garantia do controle social das políticas públicas e da gestão dos serviços. Instituir novas rotinas para atender aos usuários pensando em uma perspectiva mais abrangente torna o processo de trabalho ainda mais complexo e é uma decisão gerencial que necessita de apoio de políticas nesse sentido (DIAS; DESLANDES, 2006). Mais do que políticas, torna-se imprescindível a ação popular ativa. Podemos observar, por exemplo, que a assimilação da perspectiva de gênero por gestores vem a favorecer decisões por ações de saúde para a mulher em situação de violência, o que se deve ao compromisso político da gestão com o movimento feminista e, principalmente, pela pressão exercida por esse movimento (PORTO *et al.*, 2003).

Ayres (2005) descreve a importância de se entender a humanização em sua politicidade e socialidade e, por conseguinte, em suas importantes implicações institucionais, uma vez que a problemática de que trata a humanização não se restringe ao plano das relações pessoais entre terapeutas e pacientes, embora chegue até ele. Não se detém em rearranjos técnicos ou gerenciais das instituições, embora dependa deles. Trata-se de um projeto existencial de caráter político, trata-se de uma proposta para a "polis".

A Política Nacional de Humanização (PNH) (BRASIL, 2004) tem o seguinte entendimento acerca da humanização: valorização dos diferentes sujeitos implicados no processo de produção de saúde (usuários, trabalhadores e gestores); fomento da autonomia e

do protagonismo desses sujeitos; aumento do grau de co-responsabilidade na formação de recursos humanos em saúde; estabelecimento de vínculos solidários e de participação coletiva no processo de gestão; identificação das necessidades sociais de saúde; mudança nos modelos de atenção e gestão dos processos de trabalho tendo como foco as necessidades dos cidadãos e a produção de saúde; compromisso com a ambiência, melhoria das condições de trabalho e de atendimento. Trata-se de uma política pública que objetiva o fortalecimento do SUS direcionando-os para os modos de relação dos distintos atores de saúde que deverão ser colocados em contato.

A Política Nacional de Humanização (PNH) relaciona o processo de humanização a um modo de se fazer inclusão, como uma prática social ampliadora dos vínculos de solidariedade e co-responsabilidade, uma prática que se realiza pela inclusão, nos espaços da gestão, do cuidado e da formação. Humanizar é incluir e, portanto, requer a presença dos diferentes sujeitos que participam das práticas de gestão e de cuidado, desde o planejamento, implementação e avaliação dos processos de produção de saúde e de formação do trabalhador de saúde. A inclusão vem produzir novos sujeitos capazes de ampliar suas redes de comunicação, alterando as fronteiras dos saberes e dos territórios de poder, e de conectar suas práticas de produção de saúde ao campo da gestão (PASCHE; PASSOS, 2010). Uma questão fundamental é o entendimento de que os temas da inclusão e da participação em saúde implicam em conhecer, comunicar, dialogar e deliberar com o outro, estando aberto e receptivo para este outro (NOGUEIRA-MARTINS; BOGUS, 2004). A Política Nacional de Humanização procura trabalhar com a tecnologia do encontro, através do estabelecimento de vínculos entre os diversos atores da saúde, o que visa também a uma corresponsabilização entre usuários, trabalhadores e gestores. A PNH “não vê o homem como ideal”, mas observa cada sujeito procurando incluir as diferenças no sistema único de saúde (BERNARDI, 2010,

p. 171). A Humanização deve levar em conta a democratização das relações interpessoais e, conseqüentemente, a democracia nas instituições (CAMPOS, 2005).

Santos Filho; Barros e Gomes (2009) observam que a humanização, tal como nos indica a Política Nacional de Humanização (PNH), efetiva-se nas práticas em saúde a partir delas, ou seja, das formas como agimos no cotidiano dos serviços. O trabalhador em saúde deve incorporar em sua prática diária, o ato de humanizar as suas ações de cuidado. Portanto, humanizar é um verbo que precisa ser conjugado cotidianamente e continuamente (KLOCK *et al.*, 2006). A política de humanização em saúde se constrói no encontro entre os distintos atores que compõem o SUS: trabalhadores, usuários e gestores, na produção do dia-a-dia dos serviços de saúde.

No que tange às condições de trabalho, Soares (1999) lembra da necessidade de se realizar um esforço de sensibilização das autoridades gestoras de que o exercício da Medicina é variado e não-uniforme: muda de região para região e de especialidade para especialidade. Klock *et al.* (2006) destacam que, para uma efetivação da Política de Humanização, o trabalhador deve ser acolhido, cuidado e educado em condições de trabalho compatíveis com a filosofia desta Política, uma vez que a humanização pode também ser compreendida como a democratização das relações entre os trabalhadores, usuários e gestores. Assim, a humanização não deve ser vinculada apenas à qualidade do cuidado prestado, mas deve reconhecer os aspectos de subjetividade do trabalhador e criar possibilidades para a expressão das potencialidades do mesmo.

Na perspectiva dos trabalhadores, a humanização da saúde tem relação direta com a valorização do trabalho e do trabalhador, o que inclui o democratizar das relações de trabalho, bem como o enfrentamento de temas fundamentais referentes às condições concretas de trabalho (inerentes a temas como a remuneração, as relações contratuais, as condições de trabalho, etc.) (PASCHE, 2010).

Deslandes (2004), que analisa o discurso oficial sobre a humanização da assistência hospitalar, observa que embora constitua o alicerce de um amplo conjunto de iniciativas, o conceito de "humanização da assistência" ainda carece de uma definição mais clara, configurando-se mais como uma diretriz de trabalho, um movimento de uma parcela dos profissionais e gestores, do que um aporte teórico-prático. Entre os significados associados à humanização pode-se destacar: a) a humanização como oposição à violência, seja física ou psicológica que se expressa nos "maus-tratos", ou simbólica, que se apresenta pela dor de não ter a "compreensão de suas demandas e suas expectativas"; b) a humanização vista como a capacidade de oferecer atendimento de qualidade, articulando os avanços tecnológicos com o bom relacionamento; c) a humanização como melhoria das condições de trabalho do cuidador; d) a humanização vista como ampliação do processo comunicacional.

No que se refere à produção acadêmica, Heckert; Passos e Barros (2009) observaram que persiste o aspecto polissêmico do termo humanização, o qual é abordado numa pluralidade de sentidos: um eixo compreende a humanização como vínculo entre profissionais e usuários, efetuado a partir de ações pautadas na compreensão e valorização dos sujeitos (incluindo os sentidos que interpretam a humanização como atitude ética e humanitária a partir de uma escuta sensível e compreensiva e uma ação ética). Nestas acepções a humanização circunscreve-se, prioritariamente, no domínio das relações interpessoais. Num segundo eixo, a humanização é associada à qualidade do cuidado, que incluiria a valorização dos trabalhadores, e ao reconhecimento dos direitos dos usuários. Neste eixo, as ações de humanização dizem respeito: às melhorias na estrutura física dos serviços de saúde; à presença do acompanhante nas consultas e internação; à capacitação/formação dos profissionais de saúde; às ações pontuais dirigidas aos trabalhadores, tais como atividades comemorativas; à contratação de maior número de profissionais, entre outras. Cabe ressaltar que algumas produções acadêmicas sinalizam que a humanização do SUS envolve: condições

de trabalho, modelo de assistência, formação permanente dos profissionais de saúde, direitos dos usuários e avaliação do processo de trabalho.

Gastaldo (2005) observa que a política de humanização, no Brasil, tem diante de si um desafio incomensurável: o de humanizar uma sociedade em que prevalecem tantas e tão profundas formas de injustiça e violência no cotidiano, a desumanidade à brasileira, onde o colonialismo, transformado no último século em um acentuado classismo, e as persistentes expectativas de subserviência da população economicamente e socialmente desfavorecida permeiam as relações do cotidiano (não esquecendo que no Brasil vivemos em uma sociedade com marcados valores patriarcais).

As práticas de atenção à saúde, quando de acordo com os cânones da lógica utilitária, refletem não apenas uma ordem autoritária, como produzem sujeitos cerceados, fragmentados e incapazes. A humanização em saúde é considerada uma possibilidade política de se alterar essa lógica e de instaurar, no interior das instituições, espaços de liberdade capazes de acolher, amparar, sustentar e dar significado à presença e às ações de profissionais de saúde, gestores e pacientes, ao considerar suas dimensões subjetivas e singulares (REIS, MARAZINA; GALLO, 2004).

Os debates e agendas de base do SUS também vêm reforçar temáticas de humanização, onde se invoca a idéia de um modelo assistencial de amplo e cotidiano investimento comunicacional entre gestores, profissionais e usuários, que seja capaz de valorizar os diferentes atores envolvidos no processo de produção de cuidados (DESLANDES, 2006). Desta forma, por humanização também se entende a busca contínua do conforto físico, psíquico e mental diante das necessidades dos pacientes, de suas famílias e da própria equipe de saúde que os assiste. O cotidiano de trabalho é o foco privilegiado para se pensar a articulação entre qualidade laboral, saúde no trabalho e a humanização no cuidado, reconhecendo que as organizações não são apenas estruturas, mas também processos

cotidianamente conduzidos e construídos (LACAZ; SATO, 2006). O processo de humanizar implica desafios diante das demandas dos trabalhadores e usuários: “não se trata de humanizar o humano, senão de enfrentar e lidar com relações de poder, de trabalho e de afeto”, relações estas em que podem se estabelecer práticas desumanizadas (PASCHE, 2010, p. 65).

Deslandes e Mitre (2009) observaram que a humanização do cuidado passa por uma (re) definição da atitude subjacente do profissional em relação a ele mesmo e ao seu mundo. O debate da humanização abre, também, uma série de discursos sobre o cuidado, constituindo um quadro de elaboração conceitual e valorativo e participando, assim, de uma visão de mundo sobre a saúde. Contudo, a humanização das práticas de saúde só se consolidará como visão de mundo se for tomada como instituinte de práticas cotidianas e por elas sustentada; se alimentada por mecanismo de reprodução dentre os praticantes do cuidado (via formação acadêmica e pela força poderosa dos exemplos); se reconhecida como exercício que envolve uma avaliação especializada coletiva e individual.

Uma formação profissional abrangente poderá contribuir para a humanização das práticas em saúde, de modo a adaptar o profissional às diversas demandas inerentes a esta área, onde “o raciocínio fisiopatológico mostra-se freqüentemente limitado” (FERNANDES, 1993, p. 21). O sentido reformador de uma medicina voltada para o doente é dado pela busca de um novo sistema de saúde que resgate tanto a dimensão simbólica como a interpessoalidade no sistema de cura (perdida com a desvalorização do sujeito pensante e com a maquinização do corpo) (MARTINS, 2003).

Mattos (2009) ao examinar as relações entre os princípios do SUS e a perspectiva de transformações das práticas em saúde evidencia que não basta garantir o acesso universal e igualitário aos brasileiros. As práticas de cuidado devem estar fortemente voltadas para dar a

resposta ao sofrimento das pessoas ou para evitar esse sofrimento⁷, o que representa um desafio para um SUS mais humano; um desafio de todas as políticas que se voltem especificamente para as transformações das práticas; um desafio, também, da política de humanização.

Podemos falar da humanização do SUS como processo de subjetivação que se efetiva com a alteração dos modelos de atenção e de gestão em saúde, isto é, novos sujeitos implicados em novas práticas de saúde (BENEVIDES; PASSOS, 2005). A reflexão humanística não enfoca somente problemas e necessidades biológicas, mas abrange as circunstâncias sociais, éticas, educacionais e psíquicas presentes nos relacionamentos humanos existentes nas ações relativas à atenção em saúde. Humanizar refere-se à possibilidade de uma transformação cultural da gestão e das práticas desenvolvidas nas instituições de saúde, assumindo uma postura ética de respeito ao outro, de acolhimento do desconhecido, de respeito ao usuário entendido como um cidadão e não apenas como um consumidor de serviços de saúde (FORTES, 2004).

No que diz respeito à ética, entretanto, precisamos estar atentos ao seu direcionamento, uma vez que os campos da ética profissional em saúde podem se apresentar estreitos e tendenciosos. Sherwin (1996) destaca que a ética aplicada tem uma forte tendência a justificar as práticas sociais. As conferências, os livros texto e as publicações da ética médica têm se ocupado, primordialmente, em estabelecer uma razão que fundamente as experiências existentes dentro do campo de cuidado com a saúde, criticando novas práticas que violam as normas sociais vigentes ou práticas politicamente polêmicas.

⁷ Martins e Fontes (2008) observam que o sofrimento emerge como tema sociológico relevante, quando se percebe que o mal funcionamento dos mecanismos de socialização interfere diretamente sobre as representações que os indivíduos fazem de si mesmos e de seu grupo social, sobre o valor dado ao pertencimento coletivo (a uma família, a uma comunidade, a uma nação, a uma espécie humana), criando ou destruindo alianças e práticas de solidariedade. Assim, quando as instituições funcionam adequadamente (seja ela a família, o trabalho ou outra qualquer), são geradoras de bem-estar. Ao contrário, quando funcionam inadequadamente, engendram mal-estar social. (MARTINS, Paulo Henrique; FONTES, Breno. *A Sociologia e a Saúde: Caminhos Cruzados*. In.: _____. **Redes Sociais e Saúde: Novas Possibilidade Teóricas**. 2 ed. Recife: Ed. Universitária da UFPE, 2008).

A possibilidade de diálogo entre o profissional de saúde e o paciente tem sido de destacada relevância nas propostas de humanização da saúde: o acolhimento (AYRES, 2004). Observa-se que a cura não se esgota em procedimentos burocráticos e instrumentais, mas depende também de algo que não é mensurado pela utilidade nem pelo preço: os vínculos. Desse modo, ao vislumbrar o paciente como um ser total, resgatando as relações de proximidade, e acolhendo as demandas simbólicas dos usuários, as instituições relevam a complexidade do adoecer e a necessidade de o conhecimento científico racional estar atrelado a laços de solidariedade e afetividade (LIMA, 2010).

A humanização do SUS depende também do aperfeiçoamento do sistema de gestão compartilhada, de sua extensão para cada distrito, serviço e para as relações cotidianas. Envolve também outras estratégias direcionadas ao aumento do poder do paciente ou da população em geral perante o poder e a autoridade do saber e das práticas sanitárias (CAMPOS, 2005). Oportunizar a reflexão ao usuário, solicitar e ouvir seu ponto de vista frente à situação que vivencia, significa colocá-lo frente a um espaço para lhe conferir poder de decisão, o que implica no seu fortalecimento e construção de uma consciência reflexiva, impregnada de autonomia, esperanças, perspectivas de vida e de acesso aos direitos (KERN, 2003).

A prioridade dada ao caráter interativo (pela valorização da família ou dos aspectos simbólicos, éticos e afetivos na relação entre profissional e paciente) no processo de cura e, também, a intenção de priorizar os aspectos relacionais em detrimento das inovações tecnológicas, permite o florescimento de uma cultura de cuidados na saúde mais plural e humana que se revela em algumas idéias: atenção primária à saúde, interdisciplinaridade e participação popular na organização do bem-estar social (MARTINS; FONTES, 2008). Um tratamento humanitário abrange simultaneamente técnicas racionais e calculadas; relações de proximidade e sentimentos (LIMA, 2010).

Deslandes e Ayres (2005) evidenciam, então, que novas propostas da atenção à saúde são potencializadas sob o amplo e polissêmico termo de "humanização", pondo em destaque o respeito à diferença, a valorização do protagonismo dos sujeitos (profissionais e pacientes) e a centralidade do diálogo. O debate que envolve a humanização aposta em processos relacionais re-significados, tendo como horizonte uma maior reciprocidade entre as expectativas de vida, de felicidade e a produção dos cuidados. O processo terapêutico, neste sentido, ganha em validade cultural e afetiva, ampliando sua legitimidade.

Considerando que as ações da saúde em sua forma utilitarista e mecanicista despersonalizam e desvalorizam a relação profissional-paciente, o descontentamento do ser humano diante do mundo tem se evidenciado nas relações em saúde, onde o ser é fragmentado, dividido em compartimentos, negligenciado enquanto doente dotado de subjetividade e como cidadão dotado de autonomia e direitos. Diante da descrença dos usuários, do desrespeito ao ser (doente) humano nas diversas práticas de saúde utilitaristas, os profissionais precisam ampliar o foco da percepção clínica, através da interconexão a outras áreas do conhecer humano e científico, a fim de poder desenvolver atuações laborais que privilegiem um olhar diferenciado em saúde, que não se prenda às estreitezas oriundas das noções anátomo ou fisiopatológicas.

A presença das ciências humanas no ensino médico pode atuar prevenindo as tendências de globalização das doenças e de seus tratamentos e do movimento de secularização dos cuidados em saúde (BIRMELÉ; LEMOINE, 2010). Como bem menciona Gallian (2000), as ciências humanísticas têm muito a contribuir para o desenvolvimento das ciências da saúde e da medicina em particular. Mas tal contribuição só pode se efetivar quando médicos, cientistas da saúde, historiadores, filósofos, antropólogos, psicólogos, literatos, pedagogos e alunos, perceberem a necessidade de, sem pré-conceitos e com o espírito aberto, se constituir canais comuns de estudo, discussão e troca de experiências.

As transformações das práticas em saúde são necessárias para a criação de vínculos que aproximem os profissionais cuidadores dos usuários pacientes de forma a fazer surgir relações personalizadas, solidárias, ricas em diálogos e que levem em conta as necessidades e as particularidades do ser doente.

O processo de humanização está vinculado a inúmeros aspectos, dos quais posso destacar: a incorporação de uma perspectiva humanística (levando em conta a subjetividade e autonomia do ser) na grade curricular das instituições de formação em saúde, incluindo a mudança nos paradigmas positivistas; a construção de vínculos do usuário com as instituições de saúde, fortalecendo a relação profissional-paciente; o compartilhamento nas decisões em saúde (via ação democrática com abertura e ampliação do diálogo entre trabalhadores de saúde, usuários e gestores) e uma maior atenção dada ao usuário na prestação de serviços quer pelo profissional, quer pelos sistemas de gestão.

É importante mencionar que o processo de humanização essencialmente é político e social uma vez que atende a interesses mais que gerenciais e também pode ser direcionado pela participação ativa dos usuários (movimentos de reivindicação popular).

Uma vez que o processo de humanização é democratizador de relações, ele é capaz de aproximar os distintos atores da saúde (profissionais, pacientes, instituições e gestão).

Deixando um pouco de lado as questões burocráticas que sustentam os gerenciamentos institucionais, considero importante a observação da relação dialógica entre profissionais de saúde e pacientes, relação esta abrangente que permite o envolvimento capaz de gerar vínculos.

No que concerne a humanização na área da saúde percebe-se, na literatura aqui revista, que o enfoque simbólico não tem sido priorizado, o que me motiva ao aprofundamento dessa temática, onde procuro estudar a saúde sob a perspectiva da dimensão simbólica de pacientes afligidos pelo câncer de cabeça e pescoço e de seus profissionais cuidadores.

2. PROCEDIMENTO METODOLÓGICO

Este trabalho tem como base a Teoria Antropológica do Imaginário de Gilbert Durand (2002) que considera o imaginário como subjacente aos modos de ser e de agir presentes em nível individual e coletivo por meio da cultura. O estudo do imaginário nos permite compreender o dinamismo que regula a vida social e suas manifestações culturais.

A pesquisa de campo foi realizada de dezembro de 2009 a junho de 2010, no Departamento de Odontologia e Próteses Reabilitadoras do Hospital do Câncer do Estado de Pernambuco (*Depto.Odonto-HCPE*) que é um setor ambulatorial prestador de serviços de atendimento odontológico a pacientes com seqüelas do câncer.



Fachada do Departamento de Odontologia e Próteses Reabilitadoras do HCPE.

O setor odontológico do HCPE inicialmente era chamado Centro de Reabilitação Bucomaxilofacial, sendo responsável, de início, apenas pela confecção das próteses orofaciais como forma de atendimento ao público do HCPE. Com o passar do tempo o setor cresceu, ganhou consultórios com cadeiras odontológicas passando a atender também a uma demanda por serviços odontológicos básicos e de alívio da dor e hoje se configura como o um departamento: o *Depto.Odonto-HCPE*.



Na foto superior uma visão do laboratório do *Depto.Odonto-HCPE*, local de confecção das próteses. Pelas paredes do departamento há tanto cartazes com instruções preventivas em saúde quanto imagens que remetem ao sagrado (melhor visualizado nas fotos central e inferiores).



Foto à esquerda: porta do laboratório do *Depto.Odonto-HCPE* em que há uma prece fixada (ampliada na foto à direita). Na parede ao lado ainda se observa parte de um cartaz com instruções preventivas em saúde bucal.

Esta pesquisa foi realizada com:

- 1) Pacientes afligidos pelo câncer de cabeça e pescoço, usuários do *Depto.Odonto-HCPE*.
- 2) Profissionais de saúde cuidadores relacionados ao tratamento reabilitador odontológico no *Depto.Odonto-HCPE*.

Os participantes, todos acima da idade de 18 anos, pacientes e cuidadores do *Depto.Odonto-HCPE*, após tomarem conhecimento da pesquisa, assinaram termo de consentimento livre e esclarecido, o qual foi lido e explicado aos entrevistados na presença de testemunhas.

O grupo dos pacientes consistiu em usuários do *Depto.Odonto-HCPE*, pessoas de ambos o sexos com idade entre 37 e 84 anos em sua maioria de origem operária, de baixo nível de instrução e pobre.⁸

⁸ Dados obtidos através da ficha de dados complementares dos entrevistados (ver anexos).

QUADRO INFORMATIVO SÓCIO-CULTURAL DOS PACIENTES						
	Idade	Sexo	Classe social	Profissão	Escolaridade	Religião
LR.	76	Masc.	não informado	agricultor	ignorada	católico
I.	41	Masc.	não informado	pedreiro	fundamental incompleto	católico
A.	84	Fem.	média	dona de casa	ensino médio	católica
L.	60	Fem.	rica	aposentada pensionista	analfabeta	evangélica
M.	61	Masc.	pobre	borracheiro e vendedor aposentado	fundamental incompleto	católico
IN.	37	Fem.	média	recepcionista	ensino médio	evangélica
C.	65	Fem.	pobre	doméstica e agricultora aposentada	analfabeta	católica
S.	39	Masc.	média	garçom, balconista, açougueiro e caseiro aposentado	fundamental	católico
AP.	54	Fem.	pobre	monitora de ensino da FUNAI aposentada	fundamental	católica
E.	55	Masc.	média	agricultor aposentado	ignorada	católico
CR.	38	Fem.	pobre	professora	ensino médio	católica
JR.	68	Masc.	pobre	aposentado	ignorada	evangélico

Quadro informativo sócio-cultural dos pacientes

As origens pessoais e familiares dos pacientes são, em grande maioria, do interior de Pernambuco. Dos pacientes que nasceram no Recife, na maioria dos casos seus ascendentes são oriundos de cidades interioranas de Pernambuco. Constatou-se a presença isolada de uma origem e ascendência familiar relacionada ao interior do estado da Paraíba. Então toda a amostra de pacientes é originária do Nordeste brasileiro.

O grupo dos cuidadores do *Depto.Odonto-HCPE* abrangeu apenas 4 pessoas. Em virtude desse número limitado e considerando que a ética em pesquisa preza pelo resguardo do anonimato dos indivíduos pesquisados, procurando não expô-los ou macular-lhes a imagem, optamos pelo sigilo de dados que pudessem explicitar informações a respeito do direcionamento sócio-cultural individualizado neste grupo, inclusive o teste AT-9.

Podemos afirmar a respeito destes cuidadores que são todos do sexo feminino, com idade entre 42 e 49 anos, de bom nível de instrução, pertencentes economicamente à classe média, nascidos no Recife e cuja ascendência é predominantemente remetida tanto ao Recife

quanto ao interior de Pernambuco, embora também tenha sido encontrada uma referência isolada de ascendência familiar de origem no estado do Rio Grande do Norte. Desta forma toda a amostra de cuidadores também é originária do Nordeste brasileiro.

Nesta pesquisa foi utilizado um conjunto de técnicas metodológicas que se complementam entre si a fim de compreender, de forma mais consistente, o universo simbólico dos grupos estudados.

A coleta de dados foi realizada primeiramente através de entrevista de acordo com um roteiro previamente elaborado e, posteriormente, a aplicação do teste AT-9. Em alguns casos também puderam ser coletados depoimentos (ocasionais) em momentos nos quais os entrevistados exprimiram suas opiniões de forma espontânea.

1) AS ENTREVISTAS:

As entrevistas foram realizadas, registradas (por escrito e/ou gravação) e transcritas pessoalmente pela própria pesquisadora, seguindo-se um roteiro de perguntas previamente elaborado. O local da entrevista foi o próprio *Depto.Odonto-HCPE*, seja em seu laboratório, na recepção ou em um dos seus consultórios odontológicos.



Consultórios odontológicos do *Depto.Odonto-HCPE*.



Sala de recepção do *Depto.Odonto-HCPE* onde os pacientes costumavam aguardar o atendimento: um limitado e pouco ventilado espaço cúbico. Atualmente a recepção se encontra ampliada, adquirindo além de mais espaço, climatização e novos móveis.

1.1) Roteiro de entrevista previamente elaborado para os pacientes:

- O que o (a) senhor (a) entende sobre a doença (o câncer)?
- Como o (a) senhor (a) se sente/se sentiu com a doença (sentimento)?
- O que o (a) senhor (a) acha do atendimento no setor de odontologia (Depto.Odonto-HCPE)?
- O(a) senhor (a) acha que pode melhorar alguma coisa nesse atendimento no Depto.Odonto-HCPE? / Tem alguma sugestão que possa facilitar ou melhorar o atendimento aqui na odontologia?
- Como está sua vida?

Roteiro de Entrevista dos Pacientes

1.2) Roteiro de entrevista previamente elaborado para os cuidadores:

- Como você sente o câncer no seu trabalho com pacientes do câncer?
- Como você se sente no seu trabalho com pacientes do câncer?
- Como você se sente diante dos pacientes do câncer?
- Como está sua vida?

Roteiro de Entrevista dos Cuidadores

Também procuramos contextualizar os indivíduos coletando informações precisas a respeito de sua origem pessoal e familiar, idade, formação, além de obter o seu discurso oficial a respeito do câncer e do seu tratamento. Para isto foi utilizada uma ficha com dados complementares dos entrevistados (ver em anexos).

Ao se transcrever a fala dos pacientes, procurou-se suprimir as interjeições demoradas, substituindo-as por reticências entre parêntesis, embora isso nem sempre tenha ocorrido. Ademais, procurou-se na transcrição prezar pelo relato em seu aspecto integral.

Uma das dificuldades encontrada na realização desta pesquisa diz respeito à limitação pessoal do paciente. Como em alguns casos é extremamente difícil compreender a fala (quando há comunicação por fenda palatina entre a boca e o nariz ou algum comprometimento das estruturas relacionadas à voz) houve um momento em que precisei solicitar ao paciente que me respondesse a entrevista por escrito. Em situações semelhantes também ocorreu eu necessitar pedir várias vezes que os pacientes repetissem as respostas quando os entrevistados eram analfabetos e não podiam escrever.

Um dos pacientes apresentava fixado ao seu corpo uma sonda nasogástrica através da qual se alimentava e precisou da ajuda de um parente para segurar o recipiente do alimento (o qual estava anexado à sonda) para que ele pudesse realizar o desenho.

Também posso relatar que um dos pacientes se emocionou e chorou durante a entrevista, dificultado a compreensão de algumas palavras momentaneamente.

Uma grande dificuldade em relação à coleta de dados dos cuidadores foi a sobrecarga de trabalho desses profissionais. Ocorreram muitas vezes momentos em que eu pretendia entrevistá-los e isto não ter sido possibilitado porque eles não tinham tempo: a demanda de pacientes era alta e havia muito trabalho a se fazer. Por conta disso os cuidadores foram os últimos a serem pesquisados.



Mãos que trabalham: a confecção de próteses pelos cuidadores do *Depto.Odonto-HCPE*.

2) APLICAÇÃO E INTERPRETAÇÃO DO TESTE AT-9:

O AT-9 (Arquétipo Teste com 9 elementos) foi desenvolvido por Yves Durand (1988) a partir da sistematização das Estruturas Antropológicas do Imaginário de Gilbert Durand como um instrumento de levantamento de imagens capaz de revelar o imaginário. Cemin e Souza (2005) acrescentam que o AT-9 permite estudar as representações, os sentidos e as configurações simbólicas resultantes da contínua interação entre o homem e o seu meio.

Este teste refere-se a nove estímulos simbólicos (ou arquétipos), propondo a elaboração de um desenho e de um relato. Os arquétipos são: uma queda, uma espada, um

refúgio, um monstro devorador, algo cíclico, um personagem, água, um animal e fogo (DURAND, Y., 1988). A escolha destes elementos por Yves Durand não foi aleatória, uma vez que decorreu das bases antropológicas colocadas em evidência por Gilbert Durand (2002) nas Estruturas Antropológicas do Imaginário: assim foram considerados os significados mais profundos dos nove elementos, funcionando como estímulos, fazendo emergir a problemática da angústia diante do tempo mortal, bem como os mecanismos e meios que o sujeito encontra para enfrentar ou resolver cada situação.

O AT-9 constitui um “instrumento privilegiado capaz de levantar/conhecer imagens individuais ou grupais” (LAHUD LOUREIRO, 1988 *apud* GIMENES, 2005). O indivíduo faz um desenho utilizando os elementos propostos e depois um relato sobre o desenho. Um questionário adicional colhe as informações complementares. Assim obtém-se um micro-universo mítico onde é possível atualizar e identificar as imagens e sentidos referentes à angústia existencial, ponto de partida da teoria do antropólogo Gilbert Durand (NEVES, 2001).

O teste AT-9 tem como base os arquétipos para estimular o ato criativo. Os nove arquétipos empregados no teste assim elencados: o *monstro devorante* e a *queda*, que dizem respeito à angústia existencial frente à passagem do tempo e da morte; a *espada*, o *refúgio* e o *elemento cíclico*, que conduzem à ação, também interpretados como estímulos de resolução da ansiedade; o *personagem* é o suporte onde o indivíduo se projeta (no qual deve ocorrer a projeção do autor no desenho); a *água*, o *animal* e o *fogo* são os elementos polissêmicos e polimorfos (servem para auxiliar os demais arquétipos) (DURAND, Y., 1988).

Assim podemos descrever, então, cada elemento do teste AT-9:

O elemento da queda talvez seja considerado como o primeiro arquétipo de angústia experimentado por um ser humano (DURAND, Y., 1988, p. 50). Para Bachelard (1990, p. 92) a queda “pura” é rara, tendo as imagens da queda uma riqueza de associação. Na visão de G.

Durand (2002) a queda pode ser retratada como a primeira experiência do medo; cair é perder o equilíbrio, descer, ir ao fundo. O elemento queda trata, então, da angústia humana diante da temporalidade.

O monstro devorador vem trazer à tona o problema da angústia diante do tempo e da morte. Está relacionado “ao simbolismo da animalidade ansiogênica e/ou ao simbolismo da noite inquietante” (DURAND, Y., 1988, p. 52).

A espada é uma arma dentro do universo heróico; a arma de que se encontra munido o herói, representando ao mesmo tempo símbolo de potência e de pureza (DURAND, G., 2002, p. 161).

O refúgio é um elemento místico⁹, que abriga, que protege. É toda cavidade; concavidade. Vai do oco à taça; é constituído pelo conjunto caverna-casa, habitat, continente, abrigo, colo, gruta, caverna... (DURAND, G., 2002, p. 241).

O elemento cíclico, que gira, se reproduz ou progride, apesar de sugerir o imaginário sintético, pode ser colocado tanto no regime diurno, como no noturno. G. Durand (2001, p. 249) vem mencionar que “(...) o elemento cíclico se reparte entre os fenômenos naturais (sol, lua, estações do ano) ou atribuídos aos seres vivos (postura de ovos, acasalamento) e objetos construídos pelo homem”.

O personagem é o autor da estória criada, na qual em geral se projeta, se identificando com o protagonista da estória imaginada.

Então “ao ator, indivíduo, pessoa (homem ou mulher) nós vamos preferir (o termo) *personagem* porque de uma parte sua etimologia remonta à noção de máscara/expressão e de outro lado ao distanciamento o qual evoca, leva em conta, a dimensão mítica, literária, teatral,

⁹ A palavra “místico” aqui nada tem a ver com um sentido religioso, devendo ser interpretada como o significado de uma “construção de harmonia”, havendo uma inversão do valor afetivo atribuído às faces do tempo. Ou seja, existe uma eufemização na representação do destino e da morte, o que direciona para uma atmosfera de paz, de quietude.

quer dizer: a fabulação graças àquele imaginário que o sujeito possa exprimir” (DURAND, Y., 1988, p. 49).

A água, o animal e o fogo, devido às suas características polissêmicas e polimórficas, são tidos como auxiliares para a construção da trama, podendo estar relacionados a qualquer das estruturas do imaginário (DURAND, Y., 1988).

A água é o símbolo mais comum do inconsciente (JUNG, 2000). A água é um elemento passível de ser associado a qualquer regime do imaginário. Vamos encontrar desde a água mística útil até a água heróica, ressaltada pelo seu aspecto de pureza; e a água sintética, vivificada no ciclo estabelecido através da chuva que fertiliza.

O elemento animal também pode remeter a qualquer das estruturas do imaginário: o peixe e a pomba em geral são pertencentes à estrutura mística; já as aves de rapina (águia, gavião) remetem à estrutura heróica. A serpente, por sua vez, está associada à estrutura sintética, estando relacionada à transformação do tempo pela muda de pele, à fecundidade e à perenidade ancestral. Assim, evidencia G. Durand (2002, p. 320): “o simbolismo ofídico contém o triplo segredo da morte, da fecundidade e do ciclo”.

Por fim temos o elemento fogo, símbolo polivalente onde vamos encontrar desde sua nuance purificadora (estrutura heróica); o calor que nutre, alimenta e aquece (fogo místico) e o fogo sintético (aquele que tem um papel mediador entre natureza e cultura). A fogueira, “aquele fogo que se recorda periodicamente à consciência imaginante sob a forma de cataclismas: incêndios, vulcões, guerras, o sol devorante e tenebroso, seca” (DURAND, Y., 1988, p. 66). Na visão de G. Durand (2002) o fogo está relacionado a gestos humanos muito diferentes: o fogo pode ser purificador ou então sexualmente valorizado ou associado ao cozimento culinário.

O fogo simboliza o espírito. É transformador e regenerador. O fogo existe em três níveis: o terrestre, o intermediário e o celeste. O fogo terrestre é aquele que se obtém por fricção, o intermediário é o raio e o celeste é o próprio sol (FIGUEIREDO, 2006).

O imaginário é um equilíbrio dinâmico fruto de uma tensão entre as forças de coesão presentes em dois regimes: o diurno e o noturno. Os nove elementos do teste AT-9 são associados, acoplados entre si de modo a fazer emergirem certas formas de organização que trazem informações a respeito da estrutura do imaginário (heróica, mística ou sintética) organizada pelo sujeito-autor. Este teste possibilita a criação de um micro-universo usualmente qualificável por um destes motivos temáticos em torno do qual se encontram ordenados os nove elementos.

O regime diurno corresponde à **estrutura heróica** e é representado pelo enfrentamento do monstro devorador, caracterizado pelo combate ou pela fuga. Nele observa-se bem o enfrentamento da angústia humana diante do tempo que passa e da morte. Está relacionado a símbolos ascensionais e de separação, evidenciando “a dominante postural, a tecnologia das armas, a sociologia do soberano mago e guerreiro, os rituais da elevação e da purificação” (DURAND, G., 2002, p. 58).

A temática heróica está caracterizada por um subconjunto monstro-espada-personagem através do qual se define o combate do personagem contra o monstro (DURAND, Y., 1988). E neste universo a função do monstro consiste em representar um perigo existencial, uma ameaça para o personagem: seja um obstáculo, perigo para a vida, para os seus, para sua habitação, etc. Frente a estes perigos o personagem trava um combate heróico. O enfrentamento do monstro devorador pode ocorrer através do combate (ir em direção ao monstro) ou da fuga (sair em oposição ao monstro). Para se defender ou atacar o monstro, o personagem em geral se serve funcionalmente de uma espada. Em certos casos o combate será de vantagem para o personagem, mencionando a vitória do herói. Em outros

casos, o antagonismo monstro-personagem pode ser fatal para este último. O instrumento heróico (espada) pode trair o personagem condicionando seu fracasso. Nestes casos o herói morre ou foge (DURAND, Y. 1988).

Já o regime noturno é representado por duas estruturas: a **estrutura mística** (que eufemiza a angústia relacionada ao tempo e à morte) e a **estrutura sintética** (que pela harmonização dos caracteres opostos, concilia as intenções de luta e aconchego).

Para G. Durand (2002) o universo místico está relacionado à simbologia da descida e da intimidade. Estão presentes os arquétipos (imagens primordiais) da inversão (dos valores diurnos) e do conteúdo e do continente contido. A angústia diante da morte o do tempo é minimizada ou eufemizada pela negação. Caracteriza-se pela dominante digestiva, subsumindo as técnicas do continente e do habitat, os valores alimentares e digestivos, a sociologia matriarcal e alimentadora. É o redobramento e a perseverança: continentes e conteúdos se confundem numa espécie de integração ao infinito do sentido verbal do encaixamento. Materialmente, esta emocionante ligação à pátria materna, à morada e à capital traduz-se pela frequência das imagens da terra, da profundidade e da casa. A estrutura mística também está relacionada à miniaturização e aos valores que agregam e incluem.

Nos universos sintéticos as seqüências heróicas e místicas são atualizadas como subconjuntos distintos em uma estrutura unificada (DURAND, Y., 1988). Caracteriza-se pela dominante sexual, “agrupando as técnicas do ciclo, do calendário agrícola e da indústria têxtil, os símbolos naturais e artificiais do retorno, os mitos e os dramas astrobiológicos” (DURAND, G., 2002, p. 58).

Os testes AT-9 foram aplicados pessoalmente pela própria pesquisadora. A cada entrevistado foi entregue um lápis e um protocolo de teste AT-9 (ver anexos), sendo-lhe explicado que compusesse um desenho com os 9 elementos procurando estabelecer uma conexão entre os mesmos, para posteriormente elaborarem a estória deste desenho.

Tendo em vista a necessidade de se resguardar os agentes cuidadores diante de seu ambiente profissional, os testes AT-9 individuais do grupo dos profissionais não foi explicitado, tendo sido utilizados como auxiliar na elaboração da mitocrítica¹⁰.

No caso dos pacientes, cada protocolo do teste AT-9 individualizado é apresentado explicitamente e nos parágrafos de sua análise se intercalam o pensamento simbólico de autores relacionados à literatura do imaginário (Yves Durand; Gilbert Durand, Gaston Bachelard, Mircea Eliade) e outros.

A interpretação do Teste AT-9 foi obtida através de: análise estrutural, análise dos elementos (representação, função, simbolismo) e da análise actancial.

2.1) Análise estrutural:

O AT-9 como instrumento de leitura do imaginário “projeta”, através de seu simbolismo, situações da existência do indivíduo, permitindo a leitura do universo mítico com a criação de mensagens compostas de símbolos, dispostos de forma organizada e inter-relacionada, associados sob o efeito de uma “energia” imaginária, a qual permite a emergência de uma forma de organização (heróica, mística ou sintética).

A análise estrutural permitiu avaliar a forma de organização simbólica presente no teste, passo a passo, através do desenho, do relato e do questionário do teste AT-9 (ver protocolos do AT-9 nos anexos) buscando elementos que permitam direcionar para um dos regimes de imagens.

¹⁰ Método de crítica literária dos relatos, desenvolvido por Gilbert Durand, em que há uma busca pelos mitemas, ou seja, os pontos fortes, repetitivos da narrativa, também considerados as menores unidades significantes (DURAND, G., 1983). A Claude Lévi-Strauss devemos prestar homenagem pela sua exploração do mito. Lévi-Strauss chama de “mitema” a menor unidade semântica significativa num discurso e que é marcado pela redundância (DURAND, G., 2004). A mitocrítica evidencia, num autor, os mitos diretivos, regentes, e suas transformações significativas (DURAND, G., 1985).

Ex.: o personagem de espada na mão lutando contra um monstro dragão remete a uma estrutura heróica (luta). Já quando o sujeito está perto de uma grande casa, pescando ao lado de um rio ou dormindo enquanto o monstro é um peixinho bonito, corresponde a uma estrutura mística (paz, tranquilidade, repouso). Quando o personagem está dialogando com o monstro, já remete à estrutura sintética (conciliação).

O questionário permitiu que se retirassem todas as dúvidas a fim de poder definir o caminho do trajeto antropológico do micro-universo criado dentro do Teste AT-9.

2.2) **Análise dos elementos:** representação, função, simbolismo.

Os 9 arquétipos solicitados para a compor o micro-universo mítico no Teste AT-9 permitem a projeção do sujeito autor, a expressão da sua angústia existencial (principalmente através do monstro devorador e da queda), a expressão de meios de defesa (espada, refúgio ou elemento cíclico) e também a complementação do quadro por elementos considerados ambivalentes: animal, água e fogo.

Objetivando aprofundar o conhecimento do imaginário de um grupo torna-se necessário analisar as representações, funções e simbolismo atribuídos a cada elemento. Rocha Pitta (1995) comenta que cada um desses nove arquétipos universais foram traduzidos através de uma sensibilidade individual inserida em uma cultura específica, individualidade e cultura que se expressaram através da representação de cada elemento. Esta análise procurar perceber quais são as características atribuídas a cada um dos nove elementos pelo sujeito-autor, cuja observação é feita em três dimensões:

- a) A **representação** (também mencionada de morfologia: a maneira como o elemento foi representado). Ex.: se o refúgio é uma casa ou uma caverna.

- b) A **função** (o papel que o elemento criado vai desempenhar no micro-universo mítico). Ex.: se a espada serve para lutar ou para cortar comida.
- c) O **simbolismo**: trata-se da coluna "C" do questionário que compõe o teste (ver anexos), em que um simbolismo é atribuído, pelo autor do teste, a cada elemento.

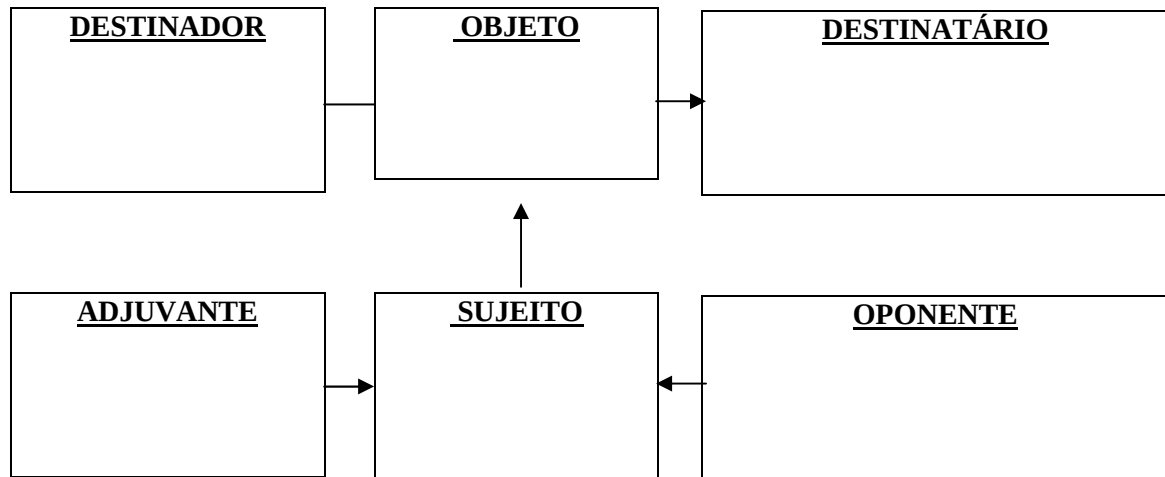
Neste trabalho a análise estrutural, a análise dos elementos bem como a análise actancial, nosso próximo item, foram apresentadas de forma individual (apenas para os pacientes¹¹) e coletiva (para pacientes e cuidadores).

2.3) Análise actancial

Visando um aprofundamento da leitura do teste AT-9, utilizamos a análise actancial cujo modelo é baseado em Greimas (1966), que possibilitou identificar o processo organizador do imaginário sob o ponto de vista da ação desenvolvida pelo personagem e que permitiu esclarecer a dinâmica de ação dos elementos atuantes em cada protocolo. Ao propiciar o entendimento de cada ação, esta análise actancial nos evidenciou a dinâmica relacional presente em cada universo mítico, auxiliando na compreensão do mesmo. Para isto esta análise apresenta seis categorias de actantes funcionais, as quais vão apresentar uma dinâmica de ação, porque tais categorias se relacionam entre si permitindo a elaboração de um modelo esquemático: de "sujeito" para "objeto", de "destinador" para "destinatário" e de "adjuvante" para "oponente".

¹¹ Como já mencionado, em virtude do limitado número de cuidadores e visando resguardá-los, optamos pelo sigilo de dados individualizados para este grupo. Desta forma, para os profissionais, os protocolos do Teste AT-9 bem como suas análises individuais não foram expostos neste trabalho.

MODELO ESQUEMÁTICO DA ANÁLISE ACTANCIAL



Cada universo mítico isolado designa um sistema de elementos diferenciados e implica um processo de ordem estruturante, qualificado de força de coesão, significando uma entidade (dinâmica) que orienta uma categoria mítica dada de acordo com uma ordem simbólica determinada. Desta forma, as estruturas antropológicas do imaginário constituem sistemas de elementos organizados em torno de uma força actancial constitutiva do campo do imaginário (DURAND, Y., 1988).

A Análise Actancial permite um detalhamento preciso do modo de agir do sujeito-personagem e das expectativas do sujeito-autor do desenho. Graças ao reconhecimento das categorias actantes (sujeito, objeto, destinador, destinatário, adjuvante e oponente), foi possível estabelecer o verdadeiro conhecimento sobre as possibilidades de ação dos pacientes e cuidadores.

Para facilitar a compreensão metodológica, outros detalhes acerca desta análise serão vistos mais adiante em capítulo específico sobre a análise actancial. Para o momento, procuramos explicitar de forma detalhada cada uma de suas categorias actantes:

1) **SUJEITO** – diz respeito ao personagem identificado no desenho do AT-9, aquele que vai agir dentro daquele micro-universo criado.

Esta categoria compreende 9 itens¹², em um dos quais esse sujeito será classificado:

1.1 - **Herói mitológico ou histórico:** um personagem histórico e/ou mitológico presente ou do passado. Ex.: Jesus Cristo, Dom Quixote.

1.2 - **Personagem homem não herói:** trata-se aqui de um personagem comum. Ex.: um trabalhador, um operário, um estudante, José,

1.3 - **Vários personagens atores**

1.4 - **Personagem central feminino**

1.5 - **Personagem central criança**

1.6 - **Personagem velho ou doente**

1.7 - **Nenhum sujeito**

1.8 - **Herói mitológico ou atual, mas alegórico:** a representação de um personagem herói mitológico, tal como descrito no item 1.1, porém aqui apresentando um outro sentido, além do explícito. Ex.: a natureza (personalizada), personagem personificando o bem.

1.9 - **Diversos:** caso o personagem não possa ser incluído em nenhuma das alternativas acima mencionadas.

2) **OBJETO** – trata-se do motivo da ação do sujeito e remete à resolução da ansiedade, a maneira como o sujeito-autor traduz no desenho a função do personagem. Podem ser considerados os seguintes itens na categoria objeto:

2.1 – **Combate simples:** a ação do personagem consiste essencialmente na luta contra o monstro. Ex.: O homem se depara com um leão e luta contra ele.

¹² Com base no manual de aplicação e interpretação do Arquétipo Teste de 9 elementos de Yves Durand - Padronização do Teste AT-9, elaborado por Danielle Perin Rocha Pitta (Referência: ROCHA PITTA, Danielle Perin. **Padronização do Teste AT-9**. Recife, inédito, 1984).

2.2 – **Necessidade de paz e devaneio, de ação tranqüila:** elaboração de contextos harmoniosos como forma de superação da angústia. Ex.: o personagem quer se refugiar em uma ilha paradisíaca, descansando embaixo da sombra de uma palmeira, sentindo o conforto da brisa que bate em seu corpo.

2.3 – **Necessidade de outra coisa, atingir outro plano:** percebe-se no desenrolar da narrativa uma necessidade do personagem ir além da situação imediata presente no teste. Ex.: a casa estava pegando fogo e o personagem sufocado com a fumaça e desesperado pelo calor das chamas, consegue fugir descendo as escadas e se refugiar em um abrigo protetor, ficando aliviado.

2.4 – **Nenhum objeto:** quando a narrativa não expõe qualquer indício de atitude desenvolvida pelo personagem.

2.5 – **Vigilância, participar e observar:** o personagem participa indiretamente da ação, através da observação. Ex.: O personagem está vigilante de tudo aquilo que o cerca: todos aqueles seres e aqueles objetos inanimados.

2.6 – **Morrer ou mostrar incapacidade de seguir seu destino:** as tentativas do personagem em superar sua angústia falham, podendo levá-lo à morte. Ex.: O herói caiu na boca do dragão, sendo consumido de imediato. Seu tempo acabou.

2.7 – **Combater: exaltação do herói que liberta e purifica:** no caso do sujeito autor conferir ao personagem um caráter de herói redentor. Ex.: Bravo rapaz salva uma pequena criança das garras de um urso feroz, a multidão o aplaude e o aclama “o libertador”. A ele é concedida a chave da cidade e o título de cidadão número um da província.

2.8 – **Fazer o mal, prejudicar:** o objetivo do personagem vinculado à prática de alguma maldade ou de destruição. Ex.: João mata José; fulano quer ver a desgraça de cicrano.

2.9 – **Ação alegórica: ilustra uma concepção da vida e da morte** – quando o conteúdo da narrativa refere-se a aspectos antagônicos bem/ mal, ou qualquer outro conteúdo

que possa ser incluído numa perspectiva de vida e morte. Ex.: O homem precisa ser forte para lidar com a mediocridade humana. Ele se fortalece e prossegue. Mais adiante ele se sente confuso e cai. Precisa aprender a se levantar de novo. No reerguer surge a esperança de um novo dia. É preciso ter cuidado com o monstro, ele causa pavor, é traiçoeiro e vingativo. Mas vamos continuar a viver...

2.10 – **Diversos**: caso o objeto não possa ser incluído em nenhuma das alternativas acima mencionadas.

3) **DESTINATÁRIO** – Trata-se do próprio sujeito-autor do desenho que é a fonte, a origem da mensagem. Este destinatário vai ser designado pela resposta à questão “e”, presente na primeira parte do questionário do Teste AT-9: “**Se você mesmo tivesse de participar da cena que você compôs, aonde você estaria? E o que faria?**”. Esta resposta do sujeito-autor é comparada com a ação desenvolvida pelo sujeito-personagem e, desta forma, podem ser considerados os seguintes itens de destinatários¹³:

3.1 – **Conscientemente aceita de imediato**: o sujeito-autor se identifica de imediato com o personagem criado, em termos de sentimento, ação e objetivo.

3.2 – **Projeção inconsciente e assumida conscientemente**: existe um indicativo de identificação inicialmente inconsciente pelo sujeito-autor com o personagem, e a identificação se torna consciente no momento da narrativa ou na resposta ao questionário.

3.3 - **O sujeito-autor diz que faria outra coisa, mas a ação proposta está ligada à do personagem**. Percebe-se um distanciamento do sujeito-autor com o personagem, mas existe uma relação entre um e outro que pode se evidenciar, por exemplo, por uma ajuda. Ex.: Seria um contador de histórias ajudando o palhaço que se maquia a superar o medo de enfrentar o palco.

¹³ ROCHA PITTA, Danielle Perin. **Padronização do Teste AT-9**. Recife, inédito, 1984.

3.4 – O que faz o personagem não diz respeito ao sujeito, ou muito pouco. Mas este participa do "micro-universo": a inclusão do sujeito-autor no “micro-universo” demonstra uma certa indiferença em relação ao personagem, podendo manter a distancia considerada necessária.

3.5 – Aceita estar implicado como observador: indica um comportamento passivo do sujeito-autor que se coloca como expectador e limita na cena construída seu próprio desenvolvimento e sua participação.

3.6 – O sujeito-autor é implicado como afiliado ao personagem (membro da família, ou age como o personagem para a sua família): quando a cena construída evidencia um membro do núcleo familiar. Ex.: estaria no lugar do avô do personagem.

3.7 – Tudo está implicado: cada sub-conjunto é reconhecido como parte do eu do sujeito: o sujeito-autor percebe um reconhecimento de si em todo o universo representado. Ex.: eu estaria em toda a cena: na casa, na beira do mar, no lago, nas nuvens, como as pessoas da rua, etc.

3.8 - Aceita o papel do personagem indo além: representa um papel exemplar: o sujeito-autor além de se identificar com o personagem, vai mais além e escolhe para esta representação um papel exemplar.

4) DESTINADOR - Trata-se do pesquisador, o experimentador, a quem a mensagem do destinatário é endereçada. É o pesquisador, aquele que aplica e analisa o teste AT-9, quem estabelecerá o tipo de ordem presente no micro-universo do Destinatário, o sujeito-autor.

4.1 – Ordem do acaso: quando a ordem descrita é consequência de um caso das circunstancias. Ex.: o cachorro está prestes a atacar os habitantes da aldeia, porém como está ferido um dos aldeões o ajuda e assim se estabelece um vínculo de amizade entre o animal e o grupo.

4.2 – **Ordem determinada:** quando a ordem não depende do personagem, mas de uma força “suprema misteriosa”. Ex.: a onipotência tem se perpetuado mundo, não há mais ação possível e o homem se resigna.

4.3 – **Ordem aceita e podendo se perpetuar:** quando existe uma situação de fato tranqüila ou pelo menos aceita e sem perspectiva de modificação imediata. Ex.: os problemas estão todos resolvidos e o homem está convicto disto.

4.4 – **Desordem que se desencadeia:** quando havia uma ordem adquirida e esta é rompida. Ex.: O homem dormia sossegado em uma praia paradisíaca, mas depois o monstro apareceu cuspidando fogo, incendiando tudo e matando a todos.

4.5 – **Ordem a manter (desordem potencializada) visto que está ameaçada:** quando existe a descrição de situação tranqüila e depois surge uma ameaça. Ex.: o homem estava caminhando em torno das montanhas quando se depara com um leão.

4.6 – **Ordem revelada ou que vai ser** (sonho encontro, explicitação): quando a ordem está baseada em fatos independentes do querer do personagem. Ex.: em virtude da seca o personagem se encontra como um retirante

4.7 – **Ordem incomunicável:** quando a ordem contida não é perceptível. Ex.: dois monstros brigam entre si (sem mais comentários).

4.8 – **Ausência de ordem:** quando a ordem não é especificada, nem compreensível. Ex.: eram amigos, mas hoje são inimigos.

4.9 – **Ordem dominada:** quando os obstáculos são vencidos e utilizados. Ex.: havia um grande incêndio, mas o personagem conseguiu se salvar. Ou ainda: o homem é surpreendido por um lobo, mas consegue matá-lo e ainda usa sua pele como roupa.

4.10 – **Diversos:** quando não há enquadramento do destinador em nenhum dos itens acima descritos.

Dentro do micro-universo criado pelo AT-9, o personagem desenvolverá uma ação, a qual vai apresentar oponentes e adjuvantes:

5) Oponente(S) – trata-se dos elementos que irão se opor à ação do personagem. “Usualmente” os oponentes são: o **monstro devorador** e a **queda**. Esta categoria compreende as seguintes definições:

5.1 – **Monstro real ou animal representando este papel. Homem (precisar a natureza do monstro)**: então a ameaça do monstro será representada ou por um monstro real (ex.: monstro dragão) ou por um animal qualquer ao qual é dado o papel de monstro (ex.: o cão devorador) ou ainda por um ser humano vinculado à figura do monstro (ex.: fulano matou cicrano). Nesta categoria torna-se necessário definir a natureza do monstro (antropomorfo, zoomorfo, terrestre, feroz).

5.2 – **Dificuldades retóricas; monstro ou espada-monstro reconhecidos heterogêneos**: refere-se aos casos em que o elemento espada e/ou monstro não têm a função normalmente definida para cada um deles (o auxílio do personagem pela luta e a angústia, respectivamente) e/ou não são vistos como tendo uma relação entre si. Ou seja, a espada ao invés de auxiliar o personagem na realização de sua ação, aparece como um elemento que a impede ou dificulta; ou ainda o monstro parece como amigo do personagem ou como um brinquedo.

5.3 – **A natureza desencadeada**: demonstra um tipo de oposição onde a natureza entrava ou dificulta o desenvolvimento da ação do personagem no micro-universo.

5.4 – **Perigo impreciso**

5.5 – **Nenhum perigo ou obstáculo**

As categorias 5.4 e 5.5 de oponentes estão colocadas de forma clara, sendo desnecessárias considerações explicativas.

5.6 – **Uma forma de espaço que deve ser vivida pacificamente. Ex.: vida no refúgio + perigos potencializados:** embora se perceba uma certa harmonia no micro-universo, este deixa transparecer algum indício de perigo. Ex.: a família vive feliz em sua tranqüila casa, mas o pai precisa ficar atento, pois há relatos de ladrões desordeiros rondando a área.

5.7 – **Monstros múltiplos**

5.8 – **Absurdo, loucura, acidente e morte**

As categorias 5.7 e 5.8 de oponentes estão colocadas de forma clara, sendo desnecessárias considerações explicativas.

5.9 – **Monstro alegórico:** caracteriza um tipo de opositor-monstro por meio de metáforas, ou seja, o monstro ou opositor é representado de modo figurado. Ex.: ele achou que aquela situação de dificuldade era um monstro devorador. Ou ainda: o mundo insano como monstro devorador.

6) ADJUVANTE(S) – elementos que irão favorecer a ação do personagem. “Usualmente” os adjuvantes são a espada, o refúgio e o elemento cíclico.

Esta categoria compreende nove itens definidos:

6.1 – **Espada mais elementos diversos**

6.2 – **Refúgio ou natureza mais elementos diversos**

6.3 – **Espada mais refúgio, cada um sendo funcional**

As categorias 6.1, 6.2 e 6.3 de adjuvantes estão colocadas de forma bastante clara, sendo desnecessárias considerações explicativas.

6.4 – **Ciclo: noção de retorno, reprodução:** é caracterizada por uma situação de repetição, em relação ao homem como também em relação à natureza. Pela possibilidade de retorno a uma situação inicial. Ex.: a possibilidade de se recomeçar uma trajetória de vida, como fizeram nossos antepassados.

6.5 – Inteligência (mais espada eventualmente), dom criador: habilidade, espírito, pensamento: refere-se aos conteúdos onde o personagem utiliza dons espirituais ou capacidade intelectual buscando, durante a ação, desenvolver soluções através da habilidade e criatividade. Ex.: a espada estava quebrada, mas o personagem, utilizando-se de suas habilidades com o metal, consegue forjar uma nova espada bem maior e mais afiada.

6.6 – Procura de um adjuvante: o personagem expressa seu desejo de recorrer a ajuda de outra(s) pessoa(s), por se sentir incapaz. Ex.: o menino não sabia o que fazer e recorreu ao grupo para ajudá-lo na defesa contra o monstro.

6.7 – Outros personagens

6.8 – Providenciam ou fuga

As categorias 6.7 e 6.8 de adjuvantes estão colocadas de forma clara, sendo desnecessárias considerações explicativas.

3) Mitocrítica:

Uma vez que todas estas expressões do ser humano se caracterizam por um conteúdo simbólico, e com a intenção de evitar uma interpretação superficial ou reducionista dos relatos, optamos por uma análise dos textos dos relatos que nos permitisse compreender em profundidade, por meio do uso de uma leitura simbólica através da mitocrítica, a qual busca compreender o fundamento subjacente ao relato.

A mitocrítica é “um método de crítica literária ou artística que centra o processo compreensivo sobre o relato mítico inerente ao significado de todo relato. A mitocrítica se quer um método de crítica que seja síntese construtiva entre as diversas críticas literárias e artísticas, novas e antigas, que até agora se afrontavam esterilmente” (DURAND, G., s/d *apud* ROCHA PITTA, 1995).

O pensamento simbólico é um verdadeiro doador de sentido (ELIADE, 2006) e a mitocrítica é um método de leitura crítica que objetiva um conjunto compreensivo ou significativo de um relato estudado, por meio do uso do simbólico. Este método permite a compreensão do relato mítico inerente ao significado de um relato como um todo, evidenciando em um determinado autor, numa obra ou em um conjunto de dados os mitos que direcionam.

Através do levantamento simbólico, a mitocrítica identifica em uma narrativa as imagens e temas redundantes (recorrentes nos relatos dos entrevistados), permitindo apreender o Imaginário do autor do texto, conferindo à pesquisa uma abordagem de processos míticos, imagéticos e simbólicos presentes na produção literária ou em um relato.

Na mitocrítica, grupos de imagens se expressam de maneira intensa: a narrativa mítica vai apresentar pontos fortes, repetitivos, que se intensificam e se tornam mais significativos quanto mais se repetirem. Trata-se dos mitemas, os quais são estudados enquanto valores simbólicos. Esses mitemas (as menores unidades de significação míticas presentes no discurso) são identificados a partir de um levantamento dos "elementos" que vão se repetir de maneira obsessiva e significativa na narrativa.

No estudo das imagens, observa-se que os símbolos constelam, ou seja, se reagrupam de maneira específica, numa dinâmica própria. Para abordar a maneira como esses símbolos constelam, utiliza-se o método de convergência, que tende a localizar, a perceber vastas constelações¹⁴ de imagens.

Uma vez que as imagens "constelam" em torno de um tema central, as constelações de imagens estruturadas por um certo isomorfismo dos símbolos convergentes podem ser delineadas. É através desse método que vão ser encontrados os eixos do "trajeto

¹⁴ As imagens constelam: existem núcleos organizadores correspondentes a grandes imagens em torno das quais as outras imagens se agrupam. Pelo isomorfismo, a maneira pela qual as imagens convergem, observamos as imagens que apresentam características em comum dentro de uma lógica simbólica.

antropológico", o dinamismo subjacente à organização destas imagens, o vetor dinâmico que orienta a maneira pela qual as imagens vão convergir, constelar, e vai tender em direção a dois pólos antagônicos, correspondentes a maneiras opostas de organização do mundo (ROCHA PITTA, 2004).

O "trajeto antropológico" surge da articulação entre o biopsíquico e o sócio-cultural e como dinamismo organizador é formador de sentido, constituindo elemento indissociável da conformação do imaginário. Através desse trajeto pode ser evidenciada uma classificação das imagens levantadas permitindo inseri-las em um dos regimes (diurno ou noturno), determinando a presença no relato de uma das três estruturas antropológicas do imaginário: heróica, mística ou sintética.

3. A LEITURA SIMBÓLICA DOS RELATOS E A INTERPRETAÇÃO MÍTICA DOS PROTOCOLOS DOS TESTES AT-9 DOS PACIENTES

LR.

1) Entrevista: vivências, representações, percursos e imagens da doença, do adoecer, do tratamento.

LR. é agricultor, referindo-se a si mesmo como um *trabalhador da enxada*. Acha bom demais o seu trabalho: “*tou dentro do sítio, trabalho com a enxada e é dentro da cidade*”. Afirmar ser católico e não lembrar a respeito de seu nível de escolaridade. Nasceu em Bengala (atual município de Limoeiro), local também aonde nasceram seus pais e avós. Atualmente mora em Brejo da Madre de Deus. Para trabalhar usa chapéu de palha; nunca óculos de sol. Tem 77 anos e refere ter se submetido a tratamento de câncer de pele, o qual destruiu parte de sua orelha esquerda. LR. fala que sai para o sol (pela manhã) e vê, com surpresa, as folhas queimadas (apenas a parte de cima, enquanto a debaixo está verde): “*a mesma coisa é a pele: fica queimada*”.

Ao ser indagado sobre o que entende sobre a doença câncer ele menciona:

- “*Eu entendo que começa a queimar a pele da gente, né? Só isso que conheço e pronto; outra coisa, não sei não. Eu digo assim porque ele¹⁵ é quem diz e vejo as outras coisas dos outros por aí. Aí diz: “não, mas é porque leva sol muito”; não, tá certo isso: eu levo um solzinho. Mas eu vejo tanta gente, meu Deus, que não*

¹⁵ Referindo-se ao médico.

gosta nem de pisar no chão, não quer pisar pra não se sujar; e o sol e a chuva não vê e é uma situação é pesada¹⁶”.



LR. – 76 anos – Câncer de pele destruiu parte de sua orelha esquerda.

Como o Senhor se sente em relação à doença?

- Não tou me sentindo mal. Negócio de queimar a pele é normal. Porque tem gente aqui em Recife que nem o sol vê, às vezes é pior¹⁷. Desde criança que tenho “queimado” no corpo e nunca me importei. Com o passar dos anos arruinou mais. Aí Dr. L. falou: você tem que tirar a orelha porque demorou mais”.

Sobre o atendimento no Depto.Odonto-HCPE, LR. esclarece:

- “O atendimento daqui pra mim é primeira qualidade, tá ouvindo? Tanto da senhora, como eu chamo a minha outra doutora também; muito bem. Essa menina, a enfermeira, é pra mim é tudo na vida também e eu sempre gosto de ouvir o respeito da pessoa que tem pelo um pobre ou pelo um rico; eu quero saber o respeito e a educação; que eu não sei nem ler... Às vezes assinar um nome. Do mesmo jeito é com Dr. L.; é com as meninas que é as funcionárias dele. Tudo pra mim são bom demais.”.

Eu perguntei a LR. se ele tem alguma sugestão que possa facilitar ou melhorar o atendimento. Ele me responde:

¹⁶ LR. aqui se refere ao fato de pessoas que sofrem da doença maligna, mesmo que não se exponham ao sol.

¹⁷ Também aqui se refere à complicação da doença.

- “*Eu penso que aqui tem todo o direito pra mim de ter um bom atendimento, que eu não sei nem falar, mas a senhora tá compreendendo; porque a gente, não vou lhe dizer, tem gente, tem doutor, tem enfermeira, tem tudo; às vezes pra atender a pessoa, atende muito desmantelado, muito abusado*¹⁸”.

- Como está sua vida?

- *Pra mim tá boa, graças a Deus. Também nunca senti uma doença pra dizer que caí numa cama e não me levantei. A minha doença que tenho é essa.*

Mitocrítica:

Quando LR fala de câncer, observa-se uma repetitividade em torno das palavras sol; queimar/queimado(a); pele. Na representatividade do paciente, existe a ação do sol que queima e agride a pele. E ao mesmo tempo em que o sol agride, ele pode provocar a doença, muito embora LR mencione que há quem não leve sol, mas mesmo assim fica doente, seriamente doente: é a “*situação pesada*” mencionada no relato “*nem o sol vê, às vezes é pior*”.

O sol é um símbolo da fonte da vida e da totalidade definitiva do ser humano (JUNG, 1994). O simbolismo do sol é tão diversificado quando é rica de contradições a realidade solar. O sol é a fonte de luz, do calor e da vida. Ao mesmo tempo em que é considerado fecundador, é o mesmo que também pode queimar e matar. Então, sob outro aspecto, o sol tem um papel destruidor. A produção e a destruição cíclicas fazem do sol um símbolo relacionado às formas e à ilusão cósmica. De outra maneira, a alternância vida-morte-renascimento é simbolizada pelo ciclo solar (CHEVALIER; GHEERBRANT, 2009). Trata-se de uma morte ritual do sol, seguida de sua ressurreição (ELIADE, 2002). Para Gilbert Durand (2002) a imagem solar é a principal representação dos símbolos espetaculares: “tal como o esquema da ascensão se opõe ponto por ponto, nos seus desenvolvimentos simbólicos, ao da queda, também aos símbolos tenebrosos se opõem os da luz e especialmente o símbolo solar.” (p. 146). O leste é o lugar da brancura, brancura luminosa. Há uma constelação simbólica

¹⁸ LR. aqui fala como se estivesse se referindo a outros locais que não o *Depto.Odonto-HCPE*.

onde convergem o luminoso, o solar, o puro, o branco, o real e o verdadeiro (p. 147). A cor do ouro também tem um pronunciado caráter solar. É a luz dourada: “o dourado é, assim, sinônimo de brancura” (p. 148). O sol significa antes de tudo luz, e luz suprema. (p. 149).

O significado da palavra “queimar” é destruir ou ferir(-se) pela ação do fogo ou do calor excessivo. O termo também foi utilizado como relacionado a tornar-se mais escura a pele em virtude da exposição aos raios solares; desprender ou emitir muito calor; secar(-se) uma planta pela ação do calor ou do frio excessivo. O ato de queimar é vinculado ao fogo, que purifica e regenera, por ser o motor da regeneração periódica (CHEVALIER; GHEERBRANT, 2009), um símbolo de transformação e regeneração (CIRLOT, 2005). O fogo expressa um intenso processo de transformação. Tudo o que o fogo consome ascende ao trono dos deuses (JUNG, 2000). Gilbert Durand (2002, p. 173-174) aponta para o significado do fogo ser também um dos elementos utilizados nos ritos de purificação. E o fogo purificador é assimilado ao sol, fogo de elevação, de sublimação de tudo o que se encontrava exposto aos seus ardores.

Sobre a pele “lembramos que o tegumento permite ao grão existir. Pêlos, pele, penas, escamas... Garantem proteção e revitalização do corpo” (MAFFESOLI, 2005, p. 168). A simbologia da pele está associada a idéias de nascimento e renascimento. O simbolismo da pele pode ratificar-se pelo rito denominado “passagem pela pele”, que os faraós e sacerdotes celebravam para rejuvenescer-se, rito que mais tarde se substituiu por um simulacro, reduzindo-se ulteriormente à cauda de pantera amarrada à cintura do rei (CIRLOT, 2005) aonde vestir a pele é apropriar-se de poder ou *mana* do animal e de sua sabedoria instintiva. A pele representa os graus de iniciação, renascimento e de garantia de imortalidade (COOPER, 1978). É a muda de pele como símbolo de transformação temporal: é a muda que faz regenerar a si mesmo (DURAND, G., 2002, p. 316).

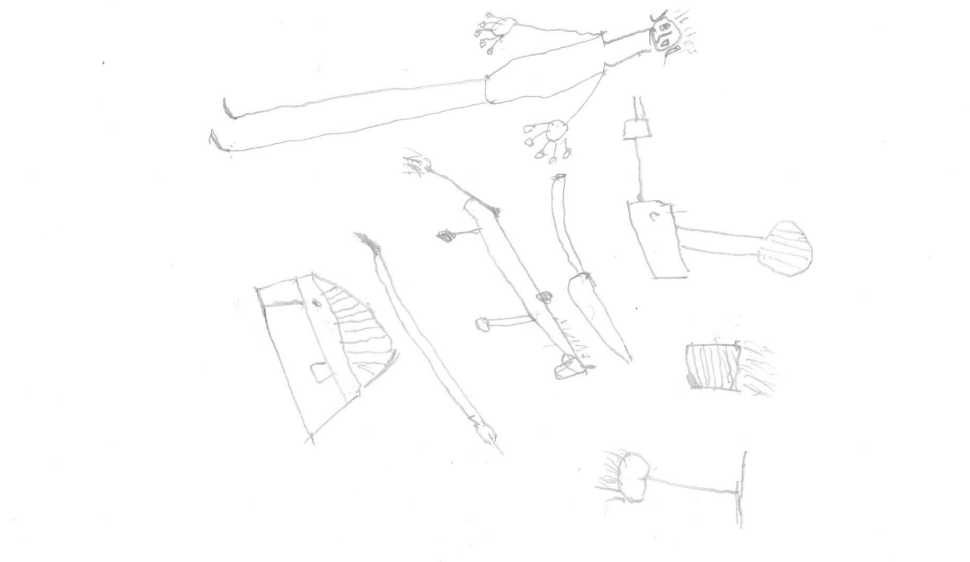
Nisso vemos o *schème* cíclico de mudança, de renovação contínua. “Tal como a serpente se liberta anualmente de sua pele e de sua idade ao mesmo tempo, a trajetória anual também se renova e rejuvenesce, por assim dizer, trajetória esta gerada pela rotação do cosmos à medida que se transforma” (HORUS APOLLO, 1597 *apud* JUNG, 2000).

O sol queima e a pele fica queimada. O simbolismo solar mostra-se diversificado e, ao mesmo tempo, contraditório. O ato de queimar que regenera, transforma e purifica, associado à ciclicidade do sol e da pele que se renova. A dinâmica da pele também confere um esquema cíclico. Desta forma, o relato de LR. vem a indicar uma estrutura sintética do imaginário.

Em relação ao setor odontológico do hospital notam-se expressões bastante positivas diante do atendimento prestado (primeira qualidade, muito bem, bom demais). A palavra “respeito” foi colocada também como fator de positividade. O “respeito” nas argumentações de LR. refere-se à consideração e ao reconhecimento do valor de algo ou de alguém. Observa-se que na crítica sobre os pontos de melhora no atendimento não há um direcionamento para o setor odontológico, e sim ao meio hospitalar, ao próprio modo de atender de um hospital como um todo. E nesta crítica está apontada a forma de atender “abusada”, “desmantelada”. Podemos reconhecer que um hospital pode ser fabuloso do ponto de vista tecnológico e ser desumano em sua forma de atendimento.

2) O teste AT-9 de LR.

Componha um desenho com:
Uma queda, uma espada, um refúgio, um monstro devorador, alguma coisa cíclica (que gira, que se reproduz ou que progride), um personagem, água, um animal (pássaro, peixe, réptil ou mamífero), fogo.



Desenho do teste AT-9 de LR.

I. História do desenho de LR.:

- “Uma pessoa; uma faca. Não é uma espada¹⁹ não; é uma faca. Um cavalo, uma cascavel (essa é sem pé) e isso aqui é a lingüinha dela. O abrigo é uma casa. Isso aqui é um ventilador, viu? Isso é as tomadas, viu? Isso é uma fogueira. Uma pessoa, um animal, uma peixeira, o ventilador, uma cobra, a casa, água: chuveiro. O monstro eu não sei fazer não. Esse eu não vou fazer não. Cobra é cuidado pra ela não... A pessoa tá aqui pra cortar o que quiser. O ventilador pro calor.”

Respostas à primeira parte do questionário:

¹⁹ L. distingue claramente a espada da faca, já que menciona que a espada é pra brigada militar e a faca é para cortar o que quiser.

I. a) Em torno de que idéia central você construiu a sua composição? Você ficou indeciso entre 2 ou mais soluções? Caso for, quais?

Não teve. Não.

b) Você foi por acaso, inspirado por alguma leitura, filme, etc.? Quais?

Não.

c) Indicar entre os 9 elementos da sua composição:

1º) Os elementos essenciais em torno dos quais você construiu o seu desenho.

A pessoa.

2º) Os elementos que você gostaria de eliminar. Por quê?

A fogueira. Porque não tá certa ainda.

d) Como termina a cena que você imaginou?

-

e) Se você mesmo tivesse de participar da cena que você compôs, aonde você estaria? E o que faria?

Deitado, dormindo e sentindo aquele friozinho.

LR. construiu os elementos do desenho em torno da pessoa. Se tivesse que eliminar algo, eliminaria a fogueira, porque não a considera bem desenhada: “*não está certa ainda*”. Ele não sabe dizer como termina a cena nem o local aonde estaria. Mas sobre o que faria ele mencionou que estaria *deitado, dormindo e sentindo aquele friozinho* (do ventilador).

ANÁLISE ESTRUTURAL

O desenho é realizado de maneira lateral, de forma que o personagem é observado, juntamente aos outros elementos, exceto o monstro que não é desenhado. E este desenho se

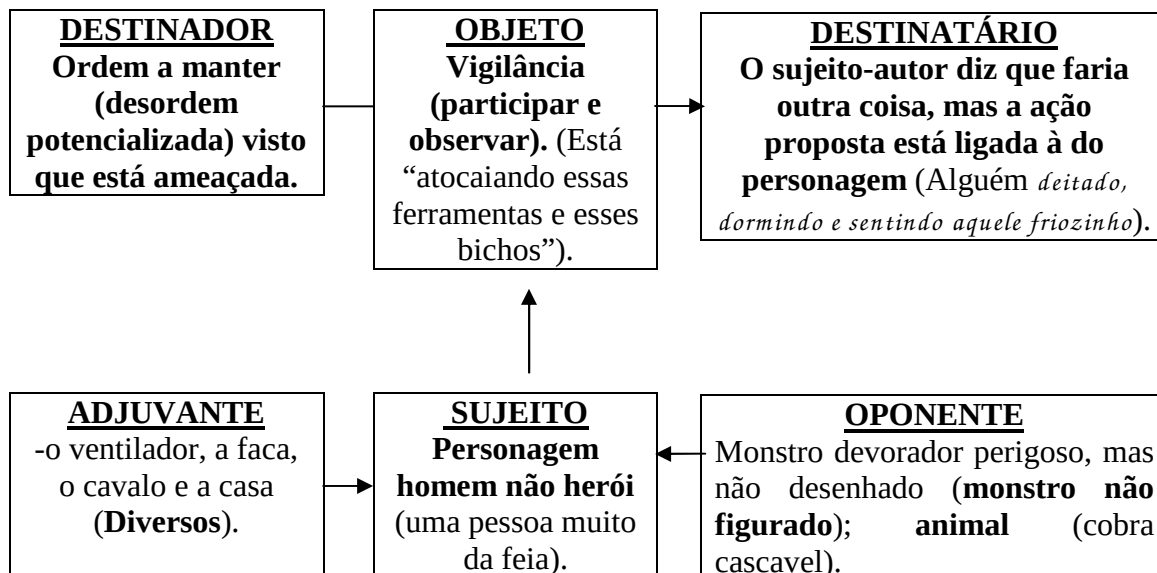
apresenta de forma desestruturada, uma vez que os elementos aparecem soltos no cenário desenhado.

O texto mostra a presença de uma casa como abrigo. Revela que o monstro não foi desenhado: “*esse eu não vou fazer não*”. Não há uma espada, e sim, uma faca para que a pessoa possa cortar o que quiser. Os demais elementos permanecem dispersos. Persiste um aspecto de desestruturação embora possamos considerar a existência de uma referência ao Regime Noturno de Imagens pela ausência do monstro; pelo fato do personagem estar deitado, dormindo e no conforto (o friozinho); em virtude da presença da casa como abrigo e de uma espada/faca que está desfuncionalizada, pois é para cortar, caracterizando uma pseudo-desestruturação.²⁰

No questionário a queda é eufemizada em água que cai: trata-se de uma água útil que serve para o banho ou encher recipiente. A espada/faca é tanto citada como objeto utilitário, servindo para cortar seja alimento ou outra coisa qualquer, como é mencionada como algo que também pode servir até para matar outro (espada funcional). O monstro não foi desenhado, mas seu papel foi citado no questionário como “pra eu correr com medo”, simbolizando algo muito perigoso. A casa serve de moradia. O elemento água também é funcional: água de um chuveiro que serve pro banho. O elemento cíclico aqui evoca conforto: um ventilador que é citado para o calor. Ele dá importância ao conforto... estar no fresquinho está bom. Os animais são: um cavalo para montaria e uma cobra cascavel, da qual se corre de medo e que está ali para morder. O elemento fogo aqui serve para assar o milho, trata-se de um fogo culinário. Percebe-se no cenário uma ambientação mística ladeando uma evocação esquizomorfa, onde o personagem é o centro em torno do qual figuram os animais e os objetos. Tudo isso vem a revelar um micro-universo de estrutura sintética sincrônica.

²⁰ Na desestruturação os elementos no desenho e na narrativa não se articulam: o desenho é “explodido” (cada elemento estando desenhado separadamente) e o discurso não exprime nenhum cenário, nenhum agrupamento de elementos (DURAND, Y., 1988, p. 132). Já na pseudo-desestruturação, embora não haja uma articulação entre os elementos do desenho, já se percebe uma articulação na narrativa.

ANÁLISE ACTANCIAL



A análise actancial centra a observação na ação e nos atores do micro-universo criado. Teremos nesta análise do AT-9 de LR. o personagem visto como um homem não herói e que tem por ação a vigilância, objeto que diz respeito à resolução da ansiedade. O sujeito-autor tenciona ficar “deitado, dormindo e sentindo aquele friozinho”, ação esta que difere, mas que está ligada à do personagem. Os elementos adjuvantes são representados pelo cavalo para montaria, a faca para cortar o que quiser, mas que também serve para matar, o ventilador para o calor e a casa como abrigo para moradia. Os oponentes são citados como o monstro devorador (monstro não figurado) e a cobra cascavel (animal). Neste caso estamos diante de uma ordem a ser mantida ou uma desordem potencializada, visto que está ameaçada.

II. Análise morfológica, funcional e simbólica dos elementos:

Então, para LR.:

- A **queda** é representada pela água caindo do chuveiro e que serve para o banho. Simboliza *algo para tomar banho ou encher vasilha*. A água daqui é tanto para limpeza quanto para acomodação dentro de um continente. O elemento da queda se traduz por “qualquer coisa que cai” (DURAND, Y., 1988, p. 147). A queda pode ser retrata como a primeira experiência do medo (DURAND, G., p. 112). Considerando a queda um elemento sobre o qual se projeta a angústia da passagem do tempo e da morte, observa-se uma certa diminuição da angústia pela função da queda pertencer, aqui, à categoria de utilidade diversa, o que configura um universo místico em 20,9% da amostragem de Y. Durand (1988). Bem especifica, pois água de banho é prazer e, logo, de significado místico.
- A **espada** é uma faca. Serve “*pra cortar a carne, um pau ou outra coisa qualquer; e serve até para matar outro*”. A simbolização aqui é omitida. Observa-se uma duplicidade funcional da espada: a faca que corta é a mesma faca que mata.
- O **refúgio** é a casa que serve para morar. A casa que é uma construção, mas que é também uma habitação, um lar (DURAND, G., 2002, p. 244). A simbolização aqui é omitida.
- O **monstro** não é desenhado: “*esse eu não vou fazer não*”. Seu papel seria “*pra eu correr com medo*”, simbolizando algo “*muito perigoso também*”. Trata-se de um monstro não figurado que embora não desenhado é citado e simbolizado e nele vai se refletir angústia.
- O elemento **cíclico** é um ventilador que serve para o calor: “*deitado, dormindo e sentindo aquele friozinho*.” Evoca uma idéia de conforto, de acomodamento. Neste caso o ventilador faz parte da categoria dos “objetos construídos” (DURAND, Y., 1988). Gilbert Durand (2002, p. 249) vem mencionar que “(...) o elemento cíclico se reparte entre os fenômenos naturais (sol, lua,

estações do ano) ou atribuídos os seres vivos (postura de ovos, acasalamento) e objetos construídos pelo homem” e neste caso, refere-se a este último.

- O **personagem** é uma pessoa “*muito da feia*” que está “*atocaiando essas ferramentas e esses bichos*”.

A simbolização aqui é omitida. É com este personagem que o sujeito-autor se identifica em sua ação de vigilância. Para Cirlot (2005) olhar, ou simplesmente ver, identifica-se com conhecer (saber, mas também possuir). Por outro lado, o olhar é, como os dentes, a barreira defensiva do indivíduo contra o mundo circundante; as torres e a muralha, respectivamente, da “cidade interior”.

- A **água** é um chuveiro e está caindo muito. Sua função e simbolização estão relacionados ao banho. Trata-se de uma água utilitária, água que banha; e água de banho é prazer: “o banho não passa de um esporte.” (BACHELARD, 2002a, p. 36).

- O **animal** é um cavalo que serve “*pra eu andar montado. E pra eu andar montado tem que dar de comer a ele.*” O cavalo, símbolo da fuga do tempo, é transformado numa montaria domada e dócil (DURAND, G., 2002, p. 81-83), pois o cavalo não é um animal como os outros; ele é montaria, veículo, nave, e seu destino, portanto, é inseparável do destino do homem (CHEVALIER; GHEERBRANT, 2009, p. 203). Também tem a cascavel que está ali para morder: “*eu corro com medo. E a perigosa ainda não é essa, é a coral.*” O cavalo aqui é um elemento adjuvante, pois que serve de montaria. Já a cobra, é um oponente, representativa do medo e do perigo.

A serpente é um dos símbolos mais importantes da imaginação humana. Remete à transformação humana, à fecundidade e à perenidade ancestral. Vive debaixo da terra, possui os segredos da morte e do tempo: é um animal mágico. A serpente tem assim um lugar simbolicamente positivo no mito do herói vencedor da morte (DURAND, G., 2002, p. 316-320).

- O **fogo** é representado pela fogueira que serve para assar milho. É, portanto um fogo indispensável à nutrição. Sobre sua simbolização LR. menciona que “*se botar a mão ou pisar queima*”. O fogo que nutre pela ação culinária também oferece riscos, sendo elemento de valor e de temor. Para Bachelard (2008) dentre todos os fenômenos, o fogo é realmente o único capaz de receber tão nitidamente as duas valorizações contrárias: o bem e o mal; é doçura e tortura.

LR. considera a doença, o "queimar a pele" como algo normal. Sua vida é descrita como boa e sua maneira de encarar a doença ocorre através da aceitação: "a minha doença que tenho é essa." A presença do imaginário sintético na mitocrítica e no teste AT-9 vem conciliar os opostos e evidenciar o esquema cíclico, podendo ser interpretado como aceitação de sua condição no cotidiano. A queda é eufemizada pela água que cai para banho e encher vasilha (água utilitária). A faca “para cortar” também pode servir para “matar outro” e o monstro que não foi desenhado é simbolizado como algo muito perigoso, cujo papel é "correr com medo"; percebe-se aí um traço de angústia. Entretanto o fato da sua participação na cena ser descrito como "deitado, dormindo e sentindo aquele friozinho" denota seu posicionamento diante da vida como algo bastante agradável. Em sua vida LR. está vigilante; atento, porém tranqüilo.

I.

1) Entrevista: vivências, representações, percursos e imagens da doença, do adoecer, do tratamento.

I. é pedreiro e tem 41 anos. Nasceu no Recife, onde atualmente mora no bairro de Vasco da Gama. Seu pai é natural de São Benedito-PE e sua mãe nasceu em Gravatá-PE. Sobre os seus avós não lembra a naturalidade, mas acredita que tenham nascido na mesma localização dos pais.

Sobre a doença alega que *“foi uma afta que saiu embaixo da língua. A gente sabe que é pra lavar com bicarbonato de sódio, né? Então eu lavei com pedra ume. Então o buraco foi aumentando. De instante em instante eu estava lavando”*.

Menciona que sofreu duas cirurgias de cabeça e pescoço, além de ter se submetido a 34 sessões de radioterapia, o que alega ter comprometido seriamente sua dentição: *“vai extrair os cacos dos dentes, porque devido à radioterapia acabou tudinho. Eu fui a uma dentista. A mulher constatou 19 pedaços de dentes. Mas o médico daqui falou: “não faça isso particular não; faça aqui, porque aqui a gente tem cobertura.” Se acontecer alguma coisa já está aqui (no hospital); já tem as pessoas competentes para ajudar e lá (no particular) não tem.”*

Refere o Depto.Odonto-HCPE como *“um lugar que eu seja bem atendido, que as pessoas têm afeto pelo paciente. Pra mim já é uma grande coisa.”* A irmã do paciente, que o acompanha, fala que o atendimento é ótimo e I. concorda.



Em decorrência do câncer I. passou por duas cirurgias de cabeça e pescoço, além de ter se submetido a sessões de radioterapia, o que alega ter comprometido seriamente sua dentição.

I. está sem trabalhar em decorrência da doença que lhe causa tonturas e dores nas pernas (alega que não agüenta mais o peso do corpo e por isso tem que estar sempre acompanhado). Refere que a segunda cirurgia atingiu as cordas vocais e que já foi marcada nova cirurgia no mês seguinte. Também menciona que a visão está curta: *“não enxergo de dia, estou vendo muito claro”*. Está também, momentaneamente, fora da seguridade social. Diz que sua vida: *“sempre tem seus bons momentos e seus ruins; no caso agora não a convivência, mas a minha situação que está ruim, devido à cirurgia, não posso exercer minhas funções”*.

Perguntado como ele sentia a doença diz que: *“A doença eu ainda tenho, começou com uma afta, mas ainda vou fazer cirurgia”*. Eu reforcei pedindo que ele mencionasse qual o sentimento que ele tinha por ter a doença e I. me perguntou: *“Eu vou dizer uma coisa à senhora: eu posso ser sincero?”* – respondi que sim, claro – e ele continuou o relato: *“Eu não sinto constrangido, não sinto medo. Isso aqui quem procurou fui eu. Foi o que papai e mamãe diziam: “deixe de beber, deixe de fumar...”. Foram quase trinta anos de cigarro. O tratamento, eu não ter morrido, primeiramente entreguei a Jesus. Eu me sinto normal... Eu só não faço mais rir, pois nem mais dentes eu tenho! E devido ao vazamento da garganta eu também não posso dar as gargalhadas que eu dava.”*

Mitocrítica:

Para I. a prevenção da doença está relacionada à ação de limpeza. Observa-se a repetitividade dos aspectos verbais lavar, lavei, lavando. De fato, a primeira intenção da água é lavar (DURAND, G., 2002, p. 222) e o que é impuro pode ser uma impureza física ou moral, da consciência (CHEVALIER; GHEERBRANT, 2009). Para Cirlot (2005) a lavagem simboliza menos a purificação do mal objetivo e exterior, que os males subjetivos. “A água esquizomorfa será atualizada pelo arquétipo da limpeza. Esta água lustral comporta um valor moral: ela não age por lavagem quantitativa, mas se torna a substância mesma da pureza (...) água para purificar um mundo”. (DURAND, Y., 1988, p. 64). E nestas intenções purificadoras assiste-se mesmo à passagem de uma substância a uma força irradiante, porque a água não só contém a pureza, como irradia a pureza (DURAND, G., 2002). O contato com a água comporta sempre uma regeneração. Tanto no plano cosmológico como no plano antropológico, a imersão nas águas equivale a uma reintegração passageira no indistinto, seguida de uma criação, de uma nova vida ou de um “homem novo”, conforme se trate de um momento cósmico, biológico ou soteriológico. As águas conservam invariavelmente sua função: desintegram, abolem as formas, “lavam os pecados”, purificam e, ao mesmo tempo, regeneram (ELIADE, 1992). I. percebe este significado de impureza e de regeneração diante do ato de lavar ao mesmo tempo em que ele compreende a sua doença câncer como uma espécie de castigo, como algo sobre o qual ele assume a culpa totalmente, por ele não ter obedecido a papai, mamãe “*Isso aqui quem procurou fui eu. Foi o que papai e mamãe diziam: ‘deixe de beber, deixe de fumar...’. Foram quase trinta anos de cigarro.*”

O aspecto da perda dental também parece ser bastante significativo para o paciente diante da repetitividade dos termos relacionados: são “os cacos dos dentes” os “19 pedaços de

dentes” que lhe foram retirados e que o impedem de sorrir, pois “*nem mais dentes eu tenho*”, como ele mesmo informa.

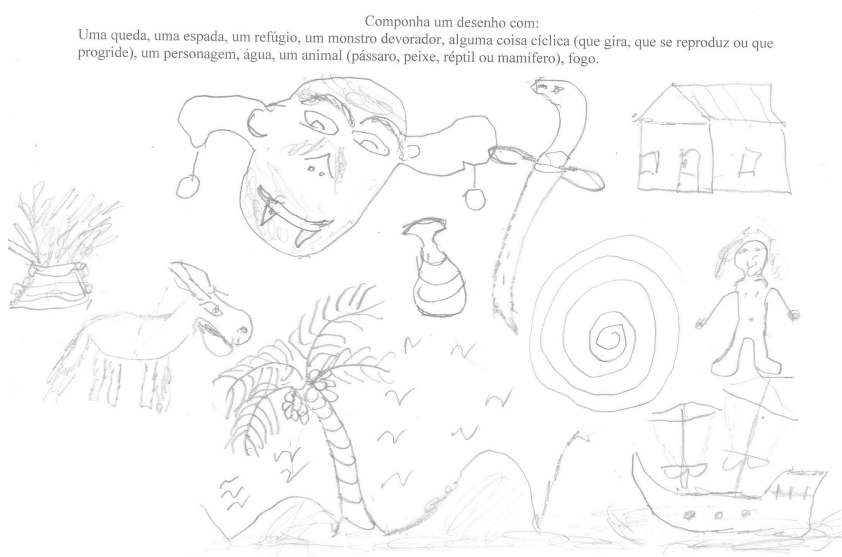
Os dentes são a parte mais resistente do corpo humano (COOPER, 1978). Em um todo o “caco” corresponde à parte que fica separada após uma queda ou quebra. Os dentes são as armas de ataque mais primitivas e expressão de atividade, havendo um simbolismo negativo da queda dos dentes ou de sua quebra (CIRLOT, 2005). Estes dentes foram reduzidos a fragmentos: os cacos, os pedaços de dentes. Para Chevalier; Gheerbrant (2009, p. 330) “o dente é um instrumento de tomada de posse, tendendo à assimilação: é a mó que esmaga para fornecer um alimento ao desejo. Perder os dentes é perder força agressiva, juventude, defesa. É um símbolo de frustração, de castração, de falência. É a perda da energia vital, enquanto a mandíbula sadia atesta a força viril e confiante em si mesma”. Gilbert Durand (2002) menciona entre os ritos de corte o das mutilações dentárias “para não se ter dentes como os dos animais”, significando uma vontade de se distinguir da animalidade (p.170). É “a boca dentada no monstro animal” que vem a reforçar o temor do abismo (p. 119).

Na entrevista I. ressalta a importância do atendimento odontológico ser feito na circunscrição do hospital do câncer, em detrimento do particular: “*Mas o médico daqui falou: 'não faça isso particular não; faça aqui, porque aqui a gente tem cobertura.' Se acontecer alguma coisa já está aqui (no hospital); já tem as pessoas competentes para ajudar e lá (no particular) não tem.*”

Expressões positivas são percebidas em relação ao atendimento no setor odontológico do hospital, onde a questão da afetividade pelo paciente é mencionada. De acordo com Pessini; Bertachini (2004), diante de um cotidiano desafiador pela indiferença crescente, a solidariedade e o atendimento digno com calor humano são imprescindíveis. Nisto observo que o *Depto.Odonto-HCPE* tem conseguido atender as expectativas de acolhimento do paciente, em prol de sua dignidade.

Os argumentos de I. giram em torno da limpeza da lesão no início (momento em que acabava de se instaurar) e dos dentes destruídos ou perdidos (reflexo do tratamento para o câncer) direcionando para o regime diurno das estruturas do imaginário. Percebe-se também uma atitude heróica quanto ao seu sentimento em relação à doença: *“Isso aqui quem procurou fui eu”*. Existe a negação do medo e do constrangimento em relação à doença, porém a falta de dentes o impede de sorrir.

2) O teste AT-9 de I.



Desenho do teste AT-9 de I.

I. História do desenho de I.:

Embora, inicialmente, I. mencione os elementos de seu desenho em separado, como se “fragmentado e desenhado separadamente” (DURAND, Y. 1988) posteriormente ele consegue compô-los numa mesma história: *“O tornado é o vento; vento vai empurra, move o navio: o caravelo; o menino pra se esconder do vento monta no burro e vai para o refúgio e através do vento se*

derruba o jarro e se apaga a fogueira. Aí vem a espada. O monstro está descartado. A espada também. A paisagem... Agora me pegou... A lâmina tá aqui para descascar o coco. Agora vem a gaivota. A gaivota pra comer os peixes da água.”

Respostas à primeira parte do questionário:

I. a) Em torno de que idéia central você construiu a sua composição? Você ficou indeciso entre 2 ou mais soluções? Caso for, quais?

Não.

b) Você foi por acaso, inspirado por alguma leitura, filme, etc.? Quais?

Não. Foi na mente.

c) Indicar entre os 9 elementos da sua composição:

1º) Os elementos essenciais em torno dos quais você construiu o seu desenho.

A montanha com o coqueiro, o monstro devorador e o caravelo.

2º) Os elementos que você gostaria de eliminar. Por quê?

O monstro devorador.

d) Como termina a cena que você imaginou?

Eu eliminaria ele (o monstro devorador).

e) Se você mesmo tivesse de participar da cena que você compôs, aonde você estaria? E o que faria?

Aqui no coqueiro. Subindo, descendo, tirando coco.

Os elementos em torno dos quais I. construiu o desenho são: a montanha com o coqueiro, o monstro devorador e o *caravelo*. Relata que não se inspirou em nada: *foi na mente*. Se tivesse que eliminar algo do desenho I. eliminaria o monstro devorador mas não explicou o

porquê. E a cena terminaria assim: eliminando o monstro devorador. I. se tivesse que participar da cena estaria no coqueiro, *subindo, descendo, tirando coco...*

ANÁLISE ESTRUTURAL

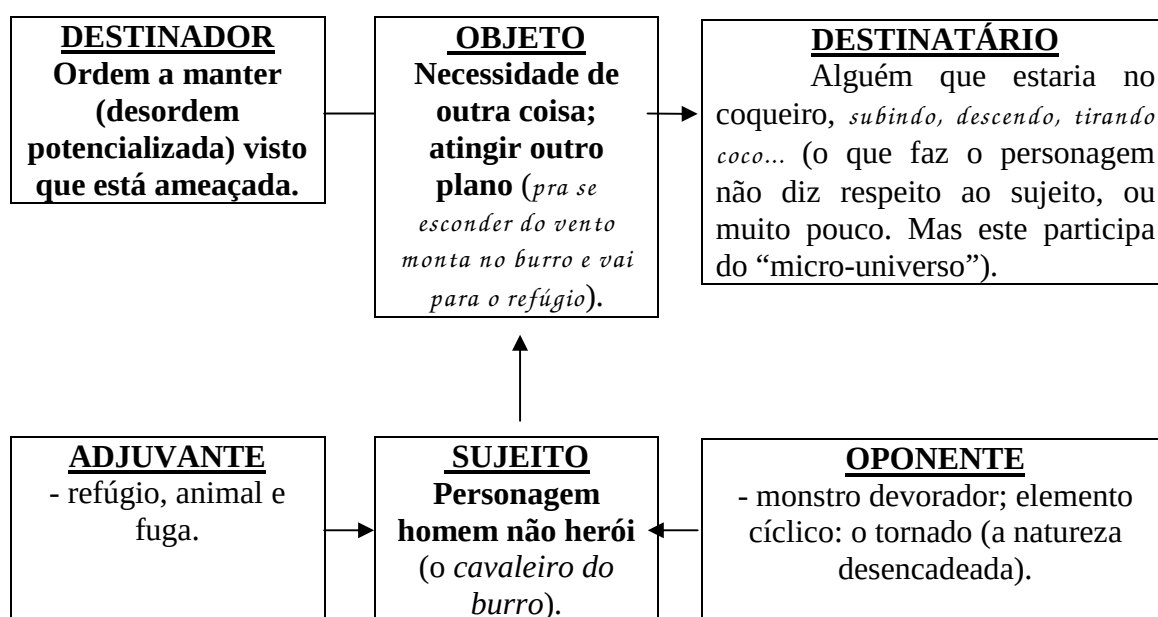
No desenho a luta, representativa da estrutura heróica, não se encontra representada. O refúgio, representativo da estrutura mística está presente e é de tamanho mediano. Os demais elementos aparecem soltos no cenário desenhado, determinando um aspecto de desestruturação.

No texto observa-se uma referência predominante ao elemento cíclico (o vento do tornado), o qual empurra a embarcação e do qual o personagem se esconde, indo para o refúgio. Este mesmo vento é que derruba o jarro e apaga a fogueira. “O vento, em seu excesso, é a cólera que está em toda parte e em nenhum lugar, que nasce e renasce de si mesma, que gira e se volta sobre si mesma. O vento ameaça e uiva, mas só toma forma quando encontra a poeira: visível, torna-se uma pobre miséria.” (BACHELARD, 1990, p.231-232). O monstro e a espada são mencionados como que descartados. A lâmina da espada é desfuncionalizada servindo como elemento utilitário: descascar o coco. Há também referência à gaivota para “comer os peixes da água”. Percebe-se um indicativo sugestivo de um regime noturno de imagens.

No questionário a montanha com o coqueiro, o monstro devorador e o *caravelo* são os elementos que centralizam o desenho. O refúgio tem papel e simbologia de lazer. A queda eufemiza-se em descida pelo jarro que, em sua concavidade, vem para cair e quebrar. A espada está desfuncionalizada para cortar o coco. No entanto há angústia diante do aconchego que é perturbado em seu imaginário pela presença do monstro (que não ataca), que “*não serve para nada*”, mas que ao mesmo tempo também centraliza a cena e se destaca como o

elemento a ser eliminado. Esse mesmo monstro devorador é dotado de grandes dentes, reforçando sua animalidade. Percebe-se que há uma presença perturbadora do monstro, dentro do cenário místico no teste AT-9 de I. Tudo isso leva a concluir que se trata de um Micro-universo de estrutura mística impura.

ANÁLISE ACTANCIAL



A análise actancial centra a observação na ação e nos atores do micro-universo criado. Teremos nesta análise actancial do AT-9 de I. o personagem como homem não herói (o cavaleiro do burro) e que tem por ação montar no burro e ir para o refúgio para se esconder do vento, objeto que diz respeito à resolução da ansiedade. O sujeito-autor tenciona estar no coqueiro “*subindo, descendo, tirando coco...*”, ação esta que não diz respeito ao personagem, mas participa do “micro-universo”. Os elementos adjuvantes são representados pelo refúgio, pelo animal e pela fuga. Os oponentes são citados como o monstro devorador e o elemento cíclico: o tornado. Neste caso estamos diante de uma ordem a ser mantida ou uma desordem potencializada, visto que está ameaçada.

II. Análise morfológica, funcional e simbólica dos elementos:

Então, para I.:

- A **queda** é representada pelo “jarro”, elemento côncavo, continente cujo papel é quebrar. A simbolização foi omitida. O simbolismo da jarra remete à abundância: o vaso de onde um líquido corre inesgotável, como que de uma fonte, sendo considerado na Índia atributo das divindades fluviais. A jarra é também a bebida da imortalidade e conseqüentemente, a vida. Para os chineses, a jarra continha uma imagem do céu: rachada, a jarra deixava escapar o raio pelas fissuras, à imagem do céu em dia de tempestade. A urna ou a jarra pode simbolizar a matriz, a fonte da vida, física e intelectual (CHEVALIER; GHEERBRANT, 2009). Então a quebra do jarro é também quebra de fluido vital.
- A **espada** é morfológicamente uma espada. A arma aqui, embora desenhada como sendo uma espada típica e bem definida, não está representando combate. Trata-se de um instrumento de utilidade para o personagem, embora tendo uma lâmina que corta, ela serve para cortar o coco... A simbolização foi omitida.
- O **refúgio** é uma casa, com papel de lazer e simbolizando lazer.
- O **monstro** no desenho tem figura de homem (representação antropomórfica). Mesmo sendo desenhado *não serve para nada; está descartado, é só imaginação*. Simboliza algo que está descartado (só imaginação). O desenho do monstro evidencia seus grandes dentes. Essa boca dentada é ameaçadora e reforça o seu terror da animalidade. Trata-se aqui da “boca armada com dentes acerados, pronta para triturar e morder” (DURAND, G., 2002, p. 84). Para I. ele eliminaria do desenho o monstro devorador.
- O elemento **cíclico** aqui é um fenômeno da natureza, mencionado como um tornado (que simboliza o vento), cujo papel é o de *apagar o fogo e fazer andar o caravelo*. Este elemento

vai fazer parte da categoria dos “fenômenos naturais” (DURAND, Y., 1988). Devido ao vento o personagem foge para o refúgio. Jung (1994) considera o ar como um elemento puro, que não se estraga, especialmente leve e invisível, porém pesado, visível e firme no seu interior. Para Bachelard (1990) o vento para o mundo e o sopro para o homem manifestam a “expressão das coisas infinitas”. Trata-se de um elemento ambivalente, que é doce e violência, pureza e delírio; a rajada é selvagem e pura; morre e renasce.

- O **personagem** é uma “pessoa” que está de pé cujo papel é de ser “*o cavaleiro do burro*” sendo citado também como “*ele foi devido ao vento para o refúgio*”. A simbolização foi omitida. Para Chevalier e Gheerbrant (2009, p. 201) o cavaleiro expressa a imagem de um perfeito autodomínio e do domínio das forças naturais. No entanto Jung, citado por esses mesmos autores, observa ao contrário que “a imagem do cavaleiro, na arte moderna, passou a exprimir já não mais a tranquilidade, mas sim um medo torturante e um certo desespero, como uma espécie do pânico diante de forças cujo controle o homem, ou a consciência teriam perdido”.

- A **água** é morfologicamente representada pela “água do barco”, que serve para “*mover o caravelo*”. A simbolização foi omitida. “A barca, esse berço que dorme sobre as águas que respiram” (BACHELARD, 2006, p. 174). As águas que correm são as mesmas águas que fazem correr. “A água que é um órgão do mundo, um alimento dos fenômenos corredios” (BACHELARD, 2002a, p. 12).

- O **animal** é assinalado no questionário como sendo o burro, que “carrega o menino, o cavaleiro”. O motivo animal simboliza habitualmente a natureza primitiva e instintiva do homem (JUNG, 1997, p. 232) e de acordo com Chevalier e Gheerbrant (2009) existe o reconhecimento do jumento relacionado à humildade: monta a jumenta aquele que se exercita nas práticas da humildade verdadeira; montar o filhote da jumenta é mostrar-se atento aos deveres da humilhação verdadeira, diante do próximo.

- O **fogo** aqui é elemento passivo, representado pelas “*chamas*” da fogueira, sendo apagado pelo vento. “Quando o fogo se vai, ele se vai no vento” (BACHELARD, 1990). Chega então o momento em que o fogo enfraquece. Não é mais que um fragmento de calor visível ao olho (BACHELARD, 2006). Sobre o papel do fogo I. menciona que é “*pra vida mesmo. É apagado todo o fogo, justamente este é o motivo para o cavaleiro montar no burro e ir para o refúgio*”. No questionário o fogo simboliza “vida”.

A vida de I. oscila como tendo momentos bons e ruins; revelando-se, no momento, como ruim devido ao fato dele não poder exercer suas funções, em virtude do comprometimento do corpo. A própria imagem do jarro quebrado sugere perda de vitalidade, de energia. Essa restrição imposta pela doença no corpo é referida ser aceita sem constrangimento, sem medo. I. não tem mais dentes, não pode mais rir, mas diz se sentir “normal” diante da doença. Ele se culpa por não ter ouvido seus pais, que lhe aconselharam a parar de beber e de fumar, tendo passado anos, quase trinta anos fazendo uso de cigarro: “Isso aqui quem procurou fui eu”. O tornado (elemento cíclico) é um perigo que conduz o personagem a se refugiar. Por mais ações que o tornado possa exercer (empurrar o barco, derrubar o jarro, apagar a fogueira e conduzir a fuga do menino para o refúgio), não é o elemento cíclico quem centraliza a cena, e sim a montanha com o coqueiro, o monstro devorador e o caravelo. O monstro devorador está sendo referido como presente na imaginação, sendo também o elemento escolhido para ser eliminado do desenho. A própria cena termina com a eliminação do monstro devorador, traduzido aqui pela angústia existencial de I. A espada é desfuncionalizada, o cenário é místico (a doença é aceita por I.), mas um traço de angústia se revela neste “monstro devorador”: a doença.

A.

1) Entrevista: vivências, representações, percursos e imagens da doença, do adoecer, do tratamento.

A. tem 84 anos, refere ser católica e ter muita fé em Deus. Nascida no Recife, hoje mora em Olinda, Rio Doce. Seus pais nasceram na cidade do Cabo. Quanto a seus avós, não se recorda aonde nasceram. A. é uma pessoa instruída e gosta muito de ler: *“sempre gostei de estudar; só não estudei mais porque não teve jeito: casei, tive 4 filhos, era muita luta.”*. Teve câncer de pele e foi operada (sofrendo perda da região nasal) e submeteu-se também à radioterapia.



A. teve perda do nariz em virtude de câncer e está para refazer a prótese nasal.

Sobre o que entendia sobre a doença A. mencionou: *“Em mim eu acho que foi excesso de sol. Até os médicos acham também. Mas não sei se vem de alguma coisa ou não; porque eu nunca fui de beber nem de fumar nem de nada; nunca fiz isso. Agora uma coisa que eu fiz muito foi apanhar sol sem ter cuidado na pele. Eu acho que é por isso que eu tenho hoje. Enquanto fui moça não tinha; agora na idade apareceu. Meu problema de pele é muito por causa do sol, apanhei muito sol.”*.

Sobre o seu sentimento diante da doença A. expõe: *“é... eu sinto uma tristeza, eu toda noite rezo, tenho muita fé em Deus e rezo muito, peço a Ele pra me curar definitivamente, pra não ter mais; é isso.”*.

A respeito do tratamento no *Depto.Odonto-HCPE*, A. revela bastante satisfação: *“Aqui é uma maravilha! Adoro a doutora, as auxiliares dela, tudo. É excelente a doutora B.”*.

Neste momento eu questiono:

- Tem alguma coisa que a senhora ache que pode melhorar o atendimento dos pacientes daqui?

A. responde:

- *Não. Até aqui não. Porque a gente espera porque tem muita gente, mas isso é necessário em todo canto. Não acho que deva melhorar porque aí não vão cortar as pessoas.*

Sobre como está sua vida A. responde apenas que *“tá boa”*.

Mitocrítica:

Percebe-se uma redundância do termo “sol” quando A., influenciada pela opinião médica, menciona a etiologia de sua doença. Mas não o sol simplesmente, e sim, o seu excesso, o apanhar muito sol. O sol é ambivalente, ao mesmo tempo em que é “resplandecente” em um de seus aspectos, também é “negro” (quer dizer, invisível) (ELIADE, 2002). O sol está no centro do céu e tanto irradia luz que fecunda (luz do conhecimento e fonte de energia), quanto castiga e destrói, queima e mata. O ciclo solar simboliza a alternância vida-morte-renascimento (CHEVALIER; GHEERBRANT, 2009). O sol, em seu simbolismo espetacular, vence os símbolos tenebrosos; sua luz dourada irradia brancura e pureza. (DURAND, G., 2002). O sol também é uma estrela, um germe radioso no oceano do céu e o caminho da renovação do Sol ocorre através de morte e escuridão para uma nova

ascensão (JUNG, 2000). Por isto a morte do sol implica necessariamente a idéia de sua ressurreição e chega mesmo a não ser concebida como uma morte verdadeira (CIRLOT, 2005). A imagem do Sol mostra que, mesmo em se pondo, no crepúsculo, continua além, na aurora, e sua morte é aparente, na verdade, mudança de registro, dimensão e hemisfério (PAULA CARVALHO, 1999). O “pôr do sol” não é percebido como uma “morte”, mas como uma descida do astro às regiões inferiores, ao reino dos mortos; atravessa a cada noite o império da morte e reaparece no dia seguinte (ELIADE, 2002). O ritual cíclico tem o papel de domesticar o tempo e a morte e de assegurar no tempo, aos indivíduos e à sociedade a perenidade e a esperança (DURAND, G., 2002, p. 405).

Também se percebe uma repetitividade em função do diálogo de A. com um ente sagrado diante de sua doença “*eu toda noite rezo, tenho muita fé em Deus e rezo muito, peço a Ele”*. A prece é um rito religioso diretamente relacionado com as coisas sagradas, um dos fenômenos centrais da vida religiosa, participando ao mesmo tempo da natureza do rito e na natureza da crença. É um rito, pois se trata de atitude tomada, um ato realizado diante de coisas sagradas. O rito está aí unido à crença (MAUSS, 1979).

A prece é um pedido verbal a um ser considerado sobrenatural, geralmente é feita simultaneamente com sacrifício e tenta obter a intervenção de forças do universo nos assuntos dos homens (WINICK, 1969). A prece é, primeiramente, o lugar da palavra e da conversação entre os homens e as divindades, um meio de contato por excelência com o divino. A prece é também um ato em que se busca ser abençoado, ou seja: através da prece, o fiel recebe a bênção e a proteção do divino, estando o homem sacralizado, porque abençoado (REESINK, 2009).

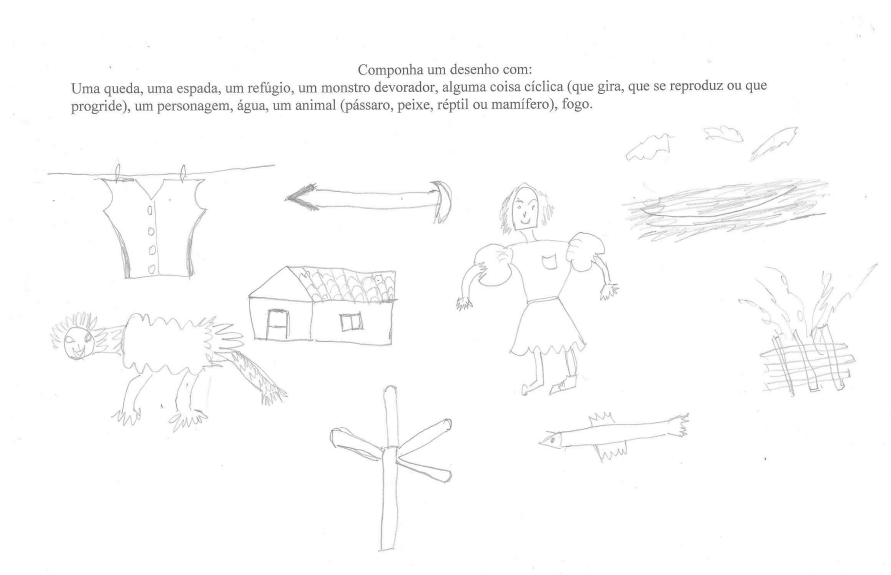
A prece é antes de tudo um meio de agir sobre os seres sagrados, e nela o fiel age e pensa: a prece pertence ao mesmo tempo à crença e ao culto, pensamento e ação são estreitamente unidos, fluindo em um mesmo momento religioso. Como um ato realizado

diante das coisas sagradas, a prece é cheia de sentido como um mito e cheia de força e de eficácia como um rito. Todo o mito e todo o rito aí convergem. Quando se reza, espera-se geralmente algum resultado da prece, para alguma coisa, ou para alguém, ainda que apenas para si mesmo (MAUSS, 1979). A cura pode vir do ritual, onde a eficácia se dá pela crença (LÉVI-STRAUSS, 1989).

Eliade (1998, p. 39) cita o direcionamento de preces em caso de doenças e afirma a quase universalidade das crenças num ser divino celestial, criador do universo e assegurado da fecundidade da Terra, sendo a prece mais popular de todo o mundo aquela que se dirige ao “Pai Nosso que está no Céu”. Jung (1999) menciona um árabe que estava sofrendo de malária: e durante toda a noite eu o ouvia chamar “Alá!”, e então, depois de um intervalo, “Alá!”. Esta era uma invocação do nome de seu Deus para sua cura.

A. justifica sua enfermidade ao fato de ter se exposto muito ao sol sem ter tido cuidado com a pele. Diante de sua doença A. menciona a figura mítica de Deus, no qual ela tem fé, atribuindo a ele sua reza em busca de uma cura definitiva. Na visão de Jung e Wilhelm (2001, p. 51) servir a um Deus é extremamente significativo e promissor, por tratar-se de um ato de submissão a um poder mais alto, invisível e espiritual. A ciclicidade do sol, que é ambivalente, e o diálogo da prece vão indicar uma estrutura sintética do imaginário no relato de A.

2) O teste AT-9 de A.



Desenho do AT-9 de A.

I. História do desenho de A.:

“1 peça de roupa que pode cair do varal, 1 espada de brigar, 1 casa que serve de abrigo, 1 figura de horror, 1 pessoa bem disposta, peixinho bonitinho, também 1 catavento sem movimento, 1 pedaço de mar e 1 fogueira em chamas do fogo.”

Respostas à primeira parte do questionário:

I. a) Em torno de que idéia central você construiu a sua composição? Você ficou indeciso entre 2 ou mais soluções? Caso for, quais?

Casa que é um abrigo da pessoa. Não

b) Você foi por acaso, inspirado por alguma leitura, filme, etc.? Quais?

Não. Na minha cabeça somente. No que eu já vi. No que eu vejo da vida.

c) Indicar entre os 9 elementos da sua composição:

1º) Os elementos essenciais em torno dos quais você construiu o seu desenho.

Casa primeiramente que é o abrigo. O mar que serve pra muitas coisas. O fogo também porque aquece.

2º) Os elementos que você gostaria de eliminar. Por quê?

Não. Eu acho que é na vida. Mas se eu tivesse que tirar, tirava esse bicho feio daqui. Mas ele faz parte da vida. Mas eu não tiraria porque acho que tudo faz parte da vida. É feio mas é preciso na vida; faz parte da vida.”

d) Como termina a cena que você imaginou?

Uma mostra da vida. Tudo aqui é da vida mesmo.

e) Se você mesmo tivesse de participar da cena que você compôs, aonde você estaria? E o que faria?

Eu estaria aqui mesmo, em casa. Fazia os serviços que teria de fazer e depois sentar pra descansar e ler.

Seu desenho foi inspirado apenas no que ela já viu: “no que eu vejo na vida”. A idéia central do seu desenho foi a casa, que “é um abrigo das pessoas”, sendo considerada, então o primeiro elemento essencial. A. esclarece verbalmente que quando pensou em refúgio veio logo em sua mente a casa, pois “a gente corre logo pra dentro da casa”. Depois vem o mar “que serve para muitas coisas” e o fogo também “porque aquece”.

A habitação humana é assimilada ao Universo e, por outro lado, a casa é vista como situada no Centro do Mundo. Tudo isto parece provar que o homem não pode viver senão num espaço sagrado, no “Centro”, em outras palavras, na sua própria casa, o “Centro do Mundo” (ELIADE, 2002).

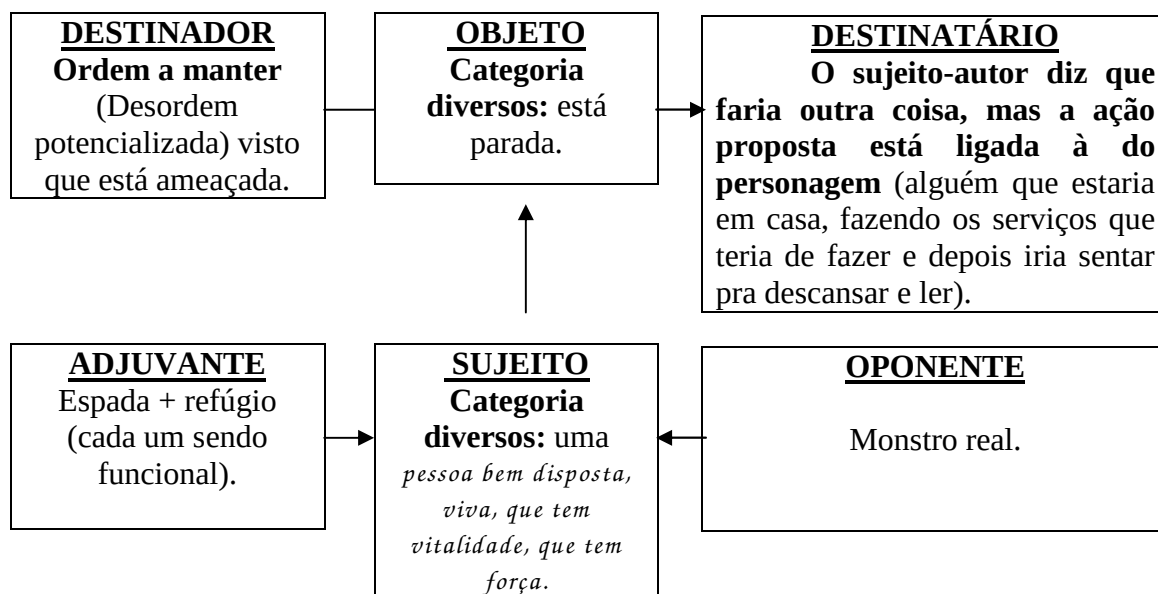
ANÁLISE ESTRUTURAL

No desenho, não se observa a presença da luta, representativa da estrutura heróica. O refúgio, característico da estrutura mística, é de tamanho mediano e está próximo ao personagem. Entretanto os elementos encontram-se dispersos, revelando um aspecto de desestruturação.

No texto a espada funcional “*de brigar*” e uma “*figura de horror*” coexistem com uma casa que serve de abrigo, uma pessoa bem disposta, um peixinho bonitinho, um elemento cíclico (catavento) sem movimento, um pedaço de mar e uma fogueira “*em chamas do fogo*”, além de uma “*peça de roupa que pode cair do varal*” O aspecto inicialmente desestruturado vem a dar indícios sugestivos de um regime noturno de imagens, notadamente de estrutura sintética.

No questionário o enredo se estabelece diante da centralização de caracteres místicos: a casa que abriga, simbolizando descanso, relaxamento, algo para viver; o peixinho bonitinho, um pedaço de mar que simboliza alegria, um fogo que é bom e aquece. A queda é eufemizada em descida. A espada aqui é funcional e serve para luta ou esporte. O monstro existe e é “*um bicho qualquer, feioso, feio*” que está parado, olhando para a autora, a qual revela que não gosta dele e que não o suporta. A. menciona que não iria eliminar nenhum elemento do cenário, mas que se tivesse de fazer, tiraria o monstro. Mas ela declara que na verdade não o tiraria porque ele faz parte da vida: “*Mas eu não tiraria porque acho que tudo faz parte da vida. É feio, mas é preciso na vida; faz parte da vida.*” Percebe-se que há uma conciliação sincrônica de elementos místicos junto da espada heróica e do monstro (bicho feioso), elementos representativos de angústia existencial. O conjunto desses caracteres vai revelar um micro-universo de estrutura sintética sincrônica.

ANÁLISE ACTANCIAL



A análise actancial centra a observação na ação e nos atores do micro-universo criado. Teremos nesta análise do AT-9 de A. o personagem como “uma *pessoa bem disposta, viva, que tem vitalidade, que tem força*”. A atitude do personagem frente ao monstro (o qual representa um perigo existencial) reflete o enfrentamento da angústia humana diante do tempo e da morte. Neste caso a ação de estar parada é objeto que diz respeito à resolução da ansiedade. O sujeito-autor tenciona ficar em casa, fazendo os serviços que teria de fazer e depois iria sentar pra descansar e ler, ação esta que mesmo distinta está ligada à do personagem. Os elementos adjuvantes são representados pela espada e pelo refúgio, ambos sendo funcionais. O oponente é citado como o monstro devorador (monstro real). Neste caso estamos diante de uma ordem a ser mantida ou uma desordem potencializada, visto que está ameaçada.

II. Análise morfológica, funcional e simbólica dos elementos:

Então, para A.:

- A **queda** é representada pela roupa que “*está secando, mas pode cair*”, simbolizando “*uma das coisas que eu faço às vezes, alguma coisa de cuidado quando eu faço aconteceu isso.*” O elemento queda é representado por “qualquer coisa que cai” (DURAND, Y. 1988, p. 147) e neste caso é representado aqui pela queda de uma peça de roupa. Para Chevalier e Gheerbrant (2009, p. 947-950) a roupa é um símbolo exterior da atividade espiritual, a forma visível do homem interior, podendo também ser interpretada como símbolo do próprio ser do homem. A iminência da roupa cair pode também ser interpretada como a própria iminência de queda do homem. Neste contexto a queda da roupa pode representar um perigo iminente para A., ou seja, a roupa no varal que pode cair, pode se traduzir na própria iminência de queda de A. representando um perigo para a mesma: ela está em perigo.
- A **espada** é representada pela própria espada que serve para “*briga ou esporte*”. A simbolização aqui é omitida. Trata-se de uma espada funcional, desenvolvida para luta. É a espada que “separa o bem do mal, golpeia o culpado” (CHEVALIER; GHEERBRANT, 2009, p.392)
- O **refúgio** é a casa que para A. “*serve para tudo, pra descansar, pra viver, é necessário a pessoa ter uma casa*”, simbolizando “*muito descanso, relaxar, viver*”. O elemento refúgio vem estimular o arquétipo do aconchego e da paz (DURAND, Y., 1988). A casa significa o ser interior, seus andares, seu porão e sótão simbolizam diversos estados da alma. A casa é também um símbolo feminino, com o sentido de refúgio, de mãe, de proteção, de seio maternal. Um lugar para proteger-se e proteger os seus sonhos. A casa abriga o sonho, o devaneio e permite sonhar em paz. E sempre, em nossos devaneios, a casa é um grande berço (BACHELARD, 1993). Para A. a casa é o abrigo da pessoa e está presente como a idéia central no teste AT-9,

sendo também considerado um dos elementos essenciais em torno do qual foi construído o desenho, juntamente com o mar e o fogo que aquece.

- O **monstro** é representado por um bicho qualquer feioso, feio, o qual está olhando para a autora, que não o suporta, não gosta e tem horror a ele: “*está parado, olhando pra mim, que eu não gosto dele*”. Sobre a simbolização A. menciona: “*sou eu que não suporto ele. Horror. Não gosto, feio demais*”. Neste caso vamos ter a representação de um monstro animal ou zoomorfo (monstro real) (DURAND, Y., 1988, p. 156-157). O monstro devorador de A. é o "bicho feio" que incomoda, mas que faz parte da vida.

- O elemento **cíclico** é representado pelo catavento, que “*aqui está parado, mas ele gira: eu acho muito bonito, admiro muito*” e simboliza algo que “*é útil*”. Entra na figuração dos “objetos construídos” (DURAND, Y., 1988). O catavento gira em função do vento captando dele sua energia. Destaca-se, chamando a atenção ao longe com suas hélices que giram, deslizam sob a ação eólica.

- O **personagem** é uma “*pessoa viva, que tem vitalidade, que tem força*” que no desenho “está parada”, simbolizando “*uma vivacidade, uma pessoa viva*”, o que para uma mulher de 84 anos, é extraordinário. A força de viver está amplamente relacionada ao nosso simbolismo; é através do nosso pensamento simbólico que direcionamos nossos impulsos, nossas perspectivas, nossos horizontes e referências.

- A **água** é “*o mar que é maravilhoso*”, tendo o papel de ser “*só parte do mar*”, simbolizando “*muita coisa, gosto do mar, sinto alegria; alegria*”. É o mar que se alegra em festa. As pessoas vão ao mar e se renovam. Sentem o mar; o deslizar rítmico das ondas do mar, que se formam e se desfazem na areia. Compartilham de sua energia, do vislumbra de suas espumas... A água mística ambientando reflexões plácidas.

- O **animal** é “*o peixinho*” que no desenho “*tá paradinho. Tá sentindo a falta da água*”, simbolizando “*um bichinho que eu gosto. Gosto dele*”. O peixe em geral está relacionado à

estrutura mística: “símbolo do continente redobrado e do continente contido” (DURAND, Y., 1988, p. 65) (DURAND, G., 2002, p. 214).

- O **fogo** é representado pela fogueira que “*aquece, pra dar vida. É bom aquecer*”, simbolizando calor. O fogo de A. diz respeito àquele fogo suave, doce, que dá conforto. O mundo do calor é o mundo da doçura generalizada (BACHELARD, 2006, p. 186). Para Gilbert Durand (2002) é um ‘calor doce’, interpretado como um calor suave e lento (p. 201). O antídoto do tempo será procurado na segura e quente intimidade da substância (p. 194). Certamente o fogo aquece e reconforta (BACHELARD, 2008, p. 23).

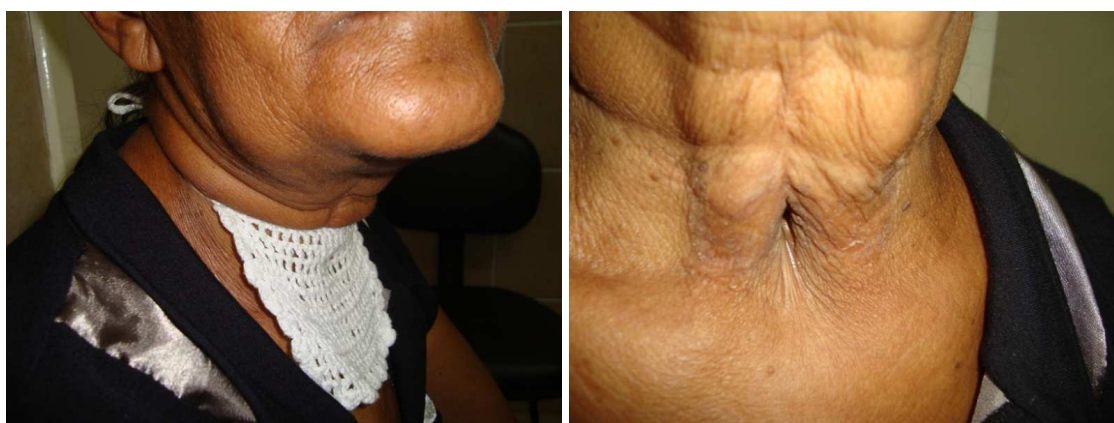
A. refere sua tristeza diante da doença e que sua fé a faz rezar, pedindo pela sua cura definitiva. Entretanto A. consegue conciliar a angústia da iminência de uma queda, a presença do bicho feioso (o monstro devorador) e de uma espada, a “arma dos conquistadores vitoriosos” (DURAND, G., 2002, p. 168), com o aconchego de uma casa para descansar, relaxar e viver; com o mar maravilhoso, que a faz sentir alegria e com o fogo que aquece e dá vida. O fato de referir sua vida como estando boa, bem como a aceitação do “monstro feioso” como fazendo parte da vida denota um certo conformismo. O monstro devorador, por mais que lhe provoque horror, é aceito como parte integrante da vida. A angústia diante da doença coexiste com a sua aceitação. E tudo se integra na vida, da qual tudo faz parte. A. transmite vida e força em sua vivência, revelando-se uma pessoa com bastante vitalidade, não obstante os seus mais de oitenta anos.

L.

2) Entrevista: vivências, representações, percursos e imagens da doença, do adoecer, do tratamento.

L. tem 60 anos, nasceu em Aliança e atualmente mora em Itaquitinga-PE (município situado depois de Goiana). Seu pai e sua mãe também nasceram em Aliança-PE. Quanto à origem de seus avós, não se recorda. L. alega que não sabe ler e que estudou pouco: “*meu pai me criou só limpando cana*”. Sobre sua religião, declara ser evangélica. Atualmente se diz aposentada (recebe pensão por ser viúva).

L. teve um tumor na região mediana (central) do pescoço, um câncer de laringe e relata estar em tratamento há 20 anos: “*fiz 4 cirurgias*”. Em decorrência da cirurgia na laringe há uma alteração na sua voz (dificuldade na fala).²¹



L. procura esconder sua alteração no pescoço com um artefato de tecido.

²¹ Na laringe encontram-se as cordas vocais, responsáveis pela emissão da voz. Notadamente, pessoas que se submetem a cirurgias nessa região tendem a apresentar alterações no padrão da voz.

Sobre o tumor L. diz que: “*era um monte bem grande; depois foi secando, secando*”. Na experiência com a doença a L. menciona: “*isso é uma coisa muito ruim. Mas a vida é assim mesmo, né? Começa a sentir dores e sentir dor e depois a pessoa vai pra o médico, passa remédio e depois piora de novo e termina até morrer. A pessoa vai mudando até morrer, ficando amarela, pálida da cor, magra, caindo, descaindo. É uma doença muito séria. É séria, né brincadeira não. Só Jesus! Muito difícil a pessoa ter essa doença e escapar.*”

Eu lhe pergunto:

- Como a senhora se sente tendo a doença?

L. me responde:

- *Eu me sinto bem. Não me entristeço por nada, nada na minha vida. Ando pra todo lugar, pra todo canto. Faço tudo dentro de casa, graças a Deus. Hoje eu tenho vergonha de andar nos carros porque as pessoas ficam mangando d'eu. Olhar pra ver o que é.*

- A senhora acha que pode melhorar alguma coisa aqui no atendimento?

- *É bem.*

- É?

- *É bem.*

- A senhora acha que pode melhorar alguma coisa aqui?

- *Pode melhorar mais.*

- Em que?

- *Tudo na vida, de médico tudo. De médico.*

- Eles podem melhorar como?

- *Botar mais médico pra atender “os povo”.*

- Mais alguma coisa que os médicos podem fazer para melhorar?

- *Possa salvar... Salvar muita vida. Salvar.*

Eis que lhe pergunto: - Como está sua vida?

- *Tá bem, porque eu tenho Jesus.*

Mitocrítica:

Uma grande repetitividade ou redundância é observada em relação ao termo “médico” cuja necessidade é bastante sentida para atender as pessoas e salvar vidas. É um médico clínico que se ocupa diretamente com o ser humano enfermo (Jung; Wilhelm, 2001) e o doente espera dele além de tudo o que a razão pensante e a ciência podem lhe dar (JUNG, 2003).

Há redundância do termo “pessoa”: a que vai para o médico piora de novo e termina até morrer; que vai mudando até morrer, ficando amarela, pálida da cor, magra, caindo, descaindo. A mesma pessoa que é muito difícil ter essa doença e escapar. Também há menção às pessoas que ficam zombando de L., curiosas a olhar para ver o que é (referindo-se ao artefato usado no pescoço para encobrir a cicatriz).

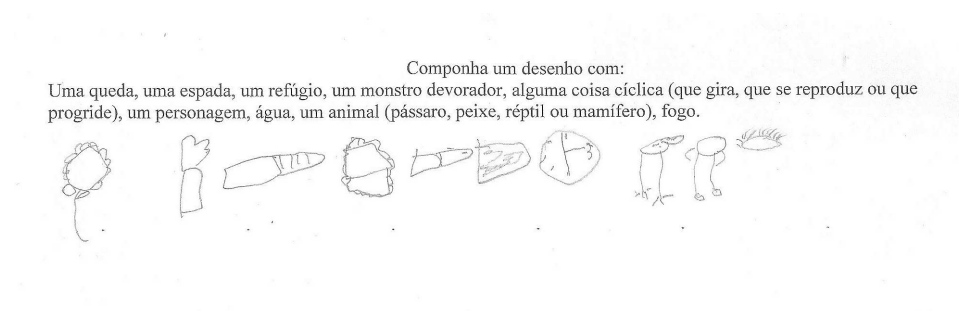
A doença para L. “*é uma coisa muito ruim*”; no entanto é aceita: “*Mas a vida é assim mesmo, né?*”. Observa-se uma grande relevância quanto ao aspecto de seriedade da doença: “*doença muito séria. É séria, né brincadeira não. Só Jesus!*”. Um aspecto de negatividade é vislumbrado na experiência com a doença que se inicia com dores as quais pioram, terminando com a morte: “*começa a sentir dores e sentir dor*”; “*depois piora de novo e termina até morrer. A pessoa vai mudando até morrer, ficando amarela, pálida da cor, magra, caindo, descaindo.*”; “*muito difícil a pessoa ter essa doença e escapar.*”

O relato de L. fala de uma doença que faz a pessoa ficar fraca, descorada, e a pessoa muda até morrer. A morte na observação de L. é tida como um ponto final.

A palavra vida também se observa em redundância. A vida pode ser considerada um “conceito global” material e espiritual (SFEZ, 1996). Na visão de L. a vida pode ter experiências ruins, mas não causar tristeza e pode sempre melhorar. Na opinião de Jung (1999) a idéia da vida completa é o enorme vaivém de alto a baixo, de baixo a alto; de extroversão para introversão e vice-versa. Gilbert Durand (2004) também citou a continuidade da existência como tecida por contradições, por descontinuidades da vida.

Temos, então, a figura heróica do médico, o qual passa remédio, atende “*os povo*” e que pode salvar “*muitas vida*”. A pessoa que adoece, sente dor, muda... Muda de cor, se enfraquece, até a morte. E o adoecer faz parte do ritmo da vida; é um ciclo: ciclo de vida. Vida esta também presente como a própria existência do ser. A vida pode ter seus aspectos ruins, mas L. se sente bem e não se entristece por nada. É também a vida que pode ser melhorada. Tudo isto direciona o relato de L. para um regime noturno de imagens, um regime que agrega opostos e os harmoniza, resultando num micro-universo de estrutura sintética sincrônica.

2) O teste AT-9 de L.



Desenho do AT-9 de L.

Inicialmente L. alegou que não sabia fazer o desenho, mas por fim acabou por fazê-lo.

I. História do desenho de L.:

De início L. apenas seqüenciou os elementos: “*a flor, uma mão, a faca, casa, peixe, água, relógio, tucano, pessoa*”. Posteriormente ela conseguiu me explicar melhor: “*uma rosa, uma planta pra cair, uma planta caindo; uma faca; uma casa, casinha. Um bicho: um peixe. Água: cheia de pau, cheia de monturo, lixo. Um relógio, alguma coisa que gira. Monstro devorador: um bicho: tucano. Pessoa. O fogo, a labareda.*”.

Respostas à primeira parte do questionário:

I. a) Em torno de que idéia central você construiu a sua composição? Você ficou indeciso entre 2 ou mais soluções? Caso for, quais?

A faca e a flor. Porque acho bonito. Não.

b) Você foi por acaso, inspirado por alguma leitura, filme, etc.? Quais?

Não. Nada.

c) Indicar entre os 9 elementos da sua composição:

1º) Os elementos essenciais em torno dos quais você construiu o seu desenho.

A flor e a faca.

2º) Os elementos que você gostaria de eliminar. Por quê?

Não.

d) Como termina a cena que você imaginou?

Termina bem.

e) Se você mesmo tivesse de participar da cena que você compôs, aonde você estaria? E o que faria?

Na minha casa, fazendo comida na cozinha

ANÁLISE ESTRUTURAL

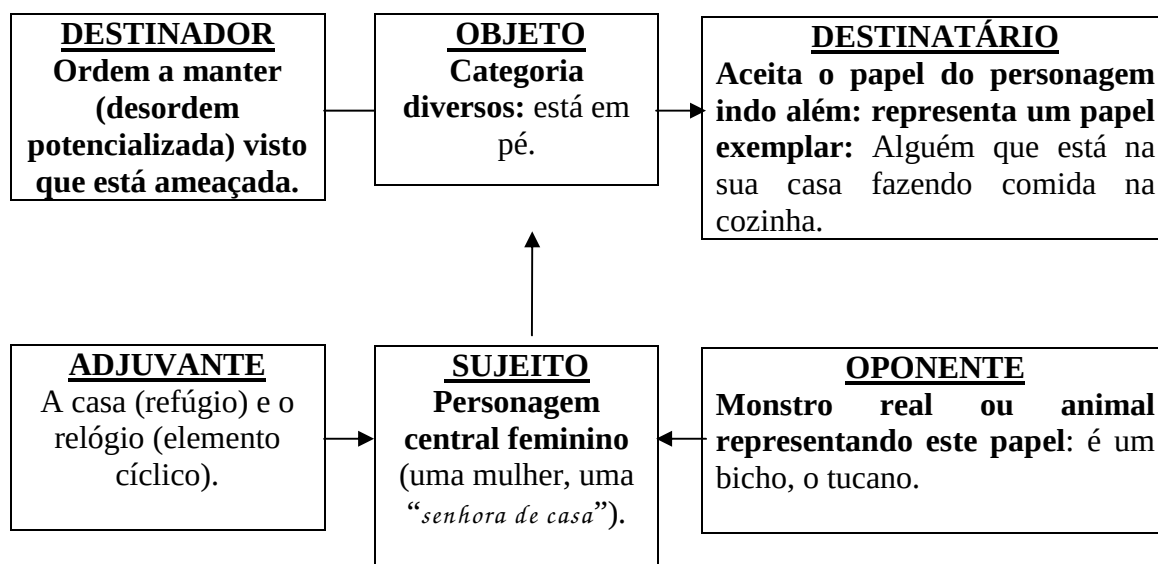
No desenho se encontram os nove elementos dispostos alinhados e de forma desestruturada. A luta, representativa da estrutura heróica, não se encontra representada. O refúgio, representativo da estrutura mística está presente e se encontra alinhado aos demais elementos. Não se revela no desenho uma coerência mítica.

No texto a queda encontra-se eufemizada em descida (planta que cai) e há presença de alguns elementos de simbolismo místico: uma casa (casinha), peixe e água cheia de monturo. O monstro devorador se evidencia sob a forma de um tucano; a faca apenas é mencionada, mas não se encontra contextualizada. O elemento cíclico é mencionado como um relógio. O fogo é representado pela labareda. Percebe-se que há um indicativo sugestivo de um regime noturno de imagens.

No questionário o elemento queda vai ser representado tanto pela planta que cai fazendo sombra quando pela água limpa que cai e é boa para beber (água útil, mística), sendo que esta água limpa não se encontra no desenho nem no relato, sendo observada apenas no questionário. A presença de mais elementos místicos se confirma: a casa como moradia; a água suja, trazendo lixo; o elemento animal descrito como o peixe para a alimentação e o fogo culinário. Os elementos centrais são: a faca e a flor. “Cada flor é uma confissão, discreta ou retumbante, intencional ou involuntária, exprimindo às vezes revolta, às vezes submissão, desgosto, desespero. A flor nascida no devaneio poético é então o próprio ser do sonhador, seu ser florescente. Já no devaneio, as flores coordenam imagens generalizadas. Não simplesmente imagens sensíveis, cores e perfumes, mas imagens do homem, delicadezas de sentimentos, de calores de lembrança, tentações de oferenda, tudo o que pode florescer numa alma humana.” (BACHELARD, 2006). A faca é representativa da espada, que é eufemizada e

transformada em objeto utilitário porque serve para cortar mato e é boa porque corta. Entretanto existe a presença do monstro, que é um tucano, do qual a autora tem medo e que serve “*para pegar a gente*”. Observa-se um predomínio de elementos místicos, ao lado da presença do monstro devorador, revelador de angústia, que é traduzido pela figura de um bicho: o tucano, que na visão de Lahud Loureiro (2004) é um monstro caricaturado, permitindo evidenciar um micro-universo de estrutura mística impura.

ANÁLISE ACTANCIAL



A análise actancial centra-se na ação e nos atores do micro-universo criado. Teremos nesta análise do AT-9 de L. o personagem central feminino como uma mulher, uma “*senhora de casa*” e que tem por ação estar em pé, objeto que diz respeito à resolução da ansiedade. O sujeito-autor tenciona ficar na sua casa fazendo comida na cozinha, ação esta que aceita o papel do personagem indo além: representa um papel exemplar. Os elementos adjuvantes são representados pela casa (refúgio) e pelo relógio que dá as horas (elemento cíclico). O oponente é citado como um bicho, o tucano (monstro real ou animal representando este

papel). Neste caso estamos diante de uma ordem a ser mantida ou uma desordem potencializada, visto que está ameaçada.

II. Análise morfológica, funcional e simbólica dos elementos:

Então, para L.:

- A queda remete a dois elementos. O primeiro é a água cujo papel é *“cai e fica mexendo, derramando água”* e que simboliza algo bom porque L. diz que *“é muito boa a água porque água limpa é muito boa, bonita. É muito boa porque é água pra beber”*. Trata-se então de uma água útil. Essa água não se encontra desenhada, mas é mencionada no questionário. A água é o símbolo da vida; todos vêm na água o elemento vital primordial (CHEVALIER; GHEERBRANT, 2009). L. também fala sobre a queda da planta (avenca) que cai e é boa *“porque faz sombra”*. *“Uma das funções do vegetal é produzir sombra da mesma forma que a sépia produz a tinta”* (BACHELARD, 2002a, p.57). A planta simboliza energia e também crescimento: a planta, primeiro estágio da vida, simboliza, acima de tudo, o nascimento perpétuo, o fluxo incessante da energia vital (CHEVALIER; GHEERBRANT, 2009).
- A espada é representada pela espada que serve para cortar mato; é boa *“porque corta”*. Então a espada aqui está desfuncionalizada, sendo transformada em objeto utilitário.
- O refúgio é uma casa, que serve *“pra morar”*. A simbolização faz referência a algo bom: *“É muito bem. Pra morar, pra dormir de noite”*. O refúgio de L. é moradia, *“imagem da intimidade repousante”* (DURAND, G., 2002, p. 244).
- O monstro é *“um bicho: o tucano”* que *“faz medo; pega a gente”*; sobre a simbolização L. menciona o medo do tucano. O temor pelo tucano pode ser evidenciado pela animalidade angustiante. A boca animalesca é o bico do tucano, que mordica, que grunhe.

- O elemento cíclico é o relógio, com papel de “*saber dar a hora*” e sobre a simbolização é mencionada como “*muito bom o relógio porque dá a hora*”. De fato, o relógio é a simbolização do tempo (JUNG, 1995). Para Cirlot (2005) sua forma circular com elementos internos pode ser interpretado de forma mandálica. E se o essencial nele são as horas assinaladas, domina na imagem um caso particular de simbolismo numérico. A imagem do relógio revela a passagem do tempo. “O tempo cíclico e fechado afirma no múltiplo o número e a intenção no uno” (DURAND, G., 2002, p. 283).

- O personagem é uma mulher que está em pé e representa uma “*senhora de casa*”. Trata-se aqui da projeção da autora dentro da estória. O termo senhora representa domínio, posse, conquista, pois sua etimologia deriva dos proprietários feudais (CUNHA, 2010). Ela não é apenas proprietária da casa, é ela quem domina na casa.

- A água do desenho é “*água com monturo*”, simbolizando “*a cheia trazendo lixo pela água*”. A água vai escurecer e para isso vai absorver materialmente sombras (BACHELARD, 2002a, p. 56). Água turva, mística. Ao mesmo tempo em que perde limpidez a água “*espesa-se*”. Essa água espessa, colorida está ligada diretamente às constelações noturnas: à natureza, à feminilidade, à valorização da mulher, ao centro, à fecundidade. É o eufemismo com que as cores noturnas constituem em relação às trevas (DURAND, G., 2002, p. 222-224).

- O animal: o peixe está “*parado no canto, parado*”. Para Y. Durand (1988) o peixe nos remete a uma estrutura mística, símbolo de fecundidade, do continente redobrado, do continente contido. Simboliza para L. algo muito bom “*porque ele é gostoso*”. O peixe é um arquétipo de alimentação por excelência, o primeiro alimento do homem.

- O fogo, por fim, é representado pela labareda que no desenho simboliza algo bom: “*Muito bom o fogo porque cozinha comida*”. Assim, L. retrata um fogo para a nutrição. “O fogo culinário, ele que permite a alquimia alimentar e que condiciona o calor indispensável à intimidade do lar, será provavelmente o fogo isomorfo da estrutura mística” (DURAND, Y., 1988, p. 67).

O teste AT-9 de L. se direciona para uma atmosfera mística: o elemento queda é eufemizado na água útil para beber e na planta que cai (avenca) fazendo sombra; a espada também é eufemizada em objeto utilitário "*para cortar mato*". Há uma casa "*pra morar, pra dormir de noite*"; o elemento água também é água mística, por ser espessa, cheia de monturo; há também o peixe e o fogo nutridor. Entretanto percebe-se nessa atmosfera mística um componente impuro: é a angústia pela presença do tucano (monstro devorador) que "*faz medo, pega a gente*". Existe um temor sentido por L., que menciona a experiência com a doença como algo muito ruim, com dores e quadros de piora, alterações no corpo: "*A pessoa vai mudando até morrer, ficando amarela, pálida da cor, magra, caindo, descaindo.*" L. observa a doença como muito séria, que termina com a morte e refere a vergonha de andar nos carros, em virtude da curiosidade e da zombaria por parte das pessoas. No entanto, as expressões "*mas a vida é assim mesmo, né?*" e "*eu me sinto bem. Não me entristeço por nada, nada na minha vida*" referidas por L. evidenciam uma aceitação ou conformismo diante da convivência com o quadro estabelecido pela doença. A experiência com a doença pode ser ruim, mas L. não se entristece e vislumbra na figura heróica do médico um aspecto de melhora para a vida. São os médicos que atendem "*os povo*" e salvam muitas vidas, e precisam ter seu número ampliado.

M.

1) Entrevista: vivências, representações, percursos e imagens da doença, do adoecer, do tratamento.

M. nasceu no Recife onde ainda mora no bairro de Casa Amarela. Tem 61 anos e considera-se católico. O Pai nasceu em Bezerros - PE; a mãe, em Escada - PE. Quanto aos avós, não lembra aonde nasceram. No passado já foi borracheiro e trabalhou em loja de sapato. Hoje está aposentado. Estudou até a terceira série. Apresenta fenda nasopalatina (comunicação entre o céu da boca e o nariz) em virtude de retirada de um tumor e por isso necessita alimentar-se através de uma sonda nasogástrica (que vai do nariz ao estômago).

Quando pergunto sobre o que M. entendia sobre a doença câncer ele me respondeu:

- *“Eu não entendo nada; o que eu entendo é que é uma doença que vai corroendo né? Até chegar a um limite. Chega no fim da vida né? E a cura só Deus mesmo.”*



M. utiliza uma máscara protegendo o rosto e escondendo a fixação da sonda nasogástrica através da qual se alimenta, pois apresenta fenda palatina, em virtude de cirurgia para tratamento de câncer.

- Como o senhor se sente com a doença?

- *Um homem sem mais serventia pra nada, né? Não trabalha mais; não faz mais nada. No meu caso, né? Não sei no dos outros, né? Não trabalha. Uma pessoa parada. Eu acho que ninguém fica satisfeito com a*

doença, né? Não faz mais como devia fazer, não come mais como devia comer. Isso aí perturba o paciente, né? A pessoa. Você quer se alimentar direito não pode. Quer fazer as coisas, não pode. É esperar, pedir a Deus pra essa prótese dar certo porque essa sonda é a pior coisa do mundo.

- O que o senhor acha aqui do atendimento? O senhor acha que pode melhorar alguma coisa aqui no atendimento?

- O atendimento pra mim tá ótimo. Melhorar é: as pessoas que precisam principalmente para a prótese, ser um negócio mais rápido. Demora muito para sair a prótese. Quer dizer a prótese. A placa não; a placa sai rápido. Agora pra sair a prótese demora mais; sempre falta material, aí demora. Demora por causa do material que falta sempre; sempre falta.

Eis que lhe pergunto: - Como está sua vida?

- Tá muito boa não. O problema é a doença, né?

Mitocrítica:

Percebe-se no depoimento de M. um sentimento de incapacidade e insatisfação diante da vida, em decorrência do quadro de doença. O sentimento de negatividade é intensamente observado nas repetições: “mais nada”; “não”; “não mais”. Trata-se de termos que negam uma condição. É o não poder trabalhar, não poder mais fazer as coisas, não se alimentar direito. Durand (2002, p. 268) menciona os processos de negação dupla que integra o movimento negativo. A eufemização utilizando a dupla negação e o seu poder de redobramento (p. 217; 269). A estrutura de perseverança encontra-se no plano da ligação das imagens por redobramento, dupla negação e repetição (p. 271).

A redundância também é observada no termo “demora” relacionado à palavra “prótese”, esta última também redundante, se apresentando repetidas vezes e indicando um rastro de esperança, de melhora da condição atual de M. O verbo demorar, nas formas em que

foi empregado no texto, significa: levar tempo, tardar, custar; tardar a vir, tardar a ser feito; ser de execução demorada (FERREIRA, 1975). Existe uma preocupação de M. com a questão do tempo. O tempo é extensão e criação da realidade humana e surge como orientação significativa do ser (AUGRAS, 2008) “Não somos devorados pelo Tempo porque vivemos no Tempo, mas porque acreditamos na realidade do Tempo (ELIADE, 2002, p. 88). E no contexto cultural de M. o tempo é linear. Há um fio de meada que faz com que o tempo tome forma. A linearidade da história enraíza-se em tantas pequenas histórias que servem de referenciais (MAFFESOLI, 2005, p. 261).

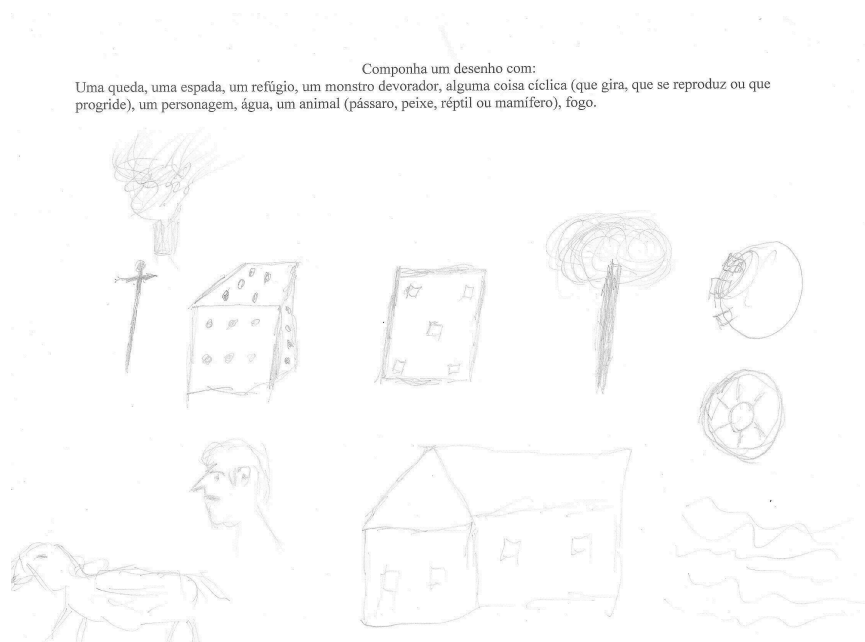
Já a prótese, a qual se espera, pode ser interpretada como algo que irá complementar, que irá se encaixar em seu corpo, substituindo partes perdidas, obturando o desvio e, ao mesmo tempo, sanando suas seqüelas. Aqui reside o desejo de resolução dos problemas corporais via auxílio pela ciência e aparatos da tecnologia. E mudando o corpo, pretende-se mudar sua vida: suprimir a doença, todos os entraves ligados ao fardo do corpo (Le BRETON, 2003, p. 22-25).

Para M. a doença é algo que corrói até o limite do fim da vida, e cuja cura somente é atribuída a figura mítica de Deus. A imagem de algo do corroer implica uma simbologia devoradora que retrata o terror da animalidade, que mastiga, que morde, que tritura. Terror diante da mudança da morte devoradora (DURAND, G., 2002, p. 84-89). Em virtude da doença M. se sente incapaz para realizar suas atividades habituais, como as de trabalho ou de alimentação. Mesmo com a evidente negatividade percebida diante de seu quadro de enfermidade, revela-se uma esperança através da prótese, a qual demora a ficar pronta em função da falta de material. E mesmo diante do reconhecimento do câncer como uma doença que corrói até chegar no fim da vida também há a descrição de esperança de cura.

Uma vez que a prótese não pode ser uma coisa imediata, pois que demanda tempo para ficar pronta, nisso temos uma atitude de espera, associada também à esperança de melhora

diante de tantas privações. Esta conciliação de contrastes direciona para um regime noturno de imagens, notadamente a um Micro-universo de estrutura sintética sincrônica.

2) O teste AT-9 de M.



Desenho do AT-9 de M.

I. História do desenho de M.:

Inicialmente M. enumera os elementos do seu desenho: *a espada, um dado, uma carta de baralho, pé de árvore, uma roda de carro, pessoa e um cavalo e água*. Também menciona *casa e fogo*. Não fez o monstro devorador: disse que não conseguia fazer. Mais adiante menciona que não quis fazer o monstro devorador e que *a roda era para o carro, pois o carro sem roda não anda. O fogo era para assar a alimentação, para cozinhar a alimentação. Baralho pro jogo, o dado também pra jogar; jogo de azar todos os dois*.

Respostas à primeira parte do questionário:

I. a) Em torno de que idéia central você construiu a sua composição? Você ficou indeciso entre 2 ou mais soluções? Caso for, quais?

Casa, a árvore, a pessoa e o cavalo.

b) Você foi por acaso, inspirado por alguma leitura, filme, etc.? Quais?

Eu já vi muitos filmes de faroeste. Acho que por isso fiz o cavalo.

c) Indicar entre os 9 elementos da sua composição:

1º) Os elementos essenciais em torno dos quais você construiu o seu desenho.

Casa, árvore, pessoa, cavalo.

2º) Os elementos que você gostaria de eliminar. Por quê?

Dado, carta de baralho, roda e a espada e o fogo e o monstro devorador. Esse tira mesmo!

d) Como termina a cena que você imaginou?

A casa é para a pessoa morar, viver. O cavalo serve de transporte no sertão; a água a gente passa a sede. A árvore faz a gente respirar mais,

e) Se você mesmo tivesse de participar da cena que você compôs, aonde você estaria? E o que faria?

Na árvore, embaixo da árvore. Ia respirar, ia ter a respiração, a sombra, respirar mais. Respirando o ar.

Para BACHELARD (2006) no ditoso peito humano, o mundo se respira, o tempo se respira; este mesmo autor vem citar François Dagognet: “O ar que respiramos sem lhe prestar atenção e pensando em outra coisa não vivifica tanto como aquele que respiramos para respirá-lo”. Também cita Schultz “o mundo vem respirar em mim, eu participo da boa respiração do mundo, estou mergulhado num mundo que respira. Tudo respira no mundo. A boa respiração, aquela que me há de curar da minha asma, da minha angústia, é uma respiração cósmica”.

ANÁLISE ESTRUTURAL

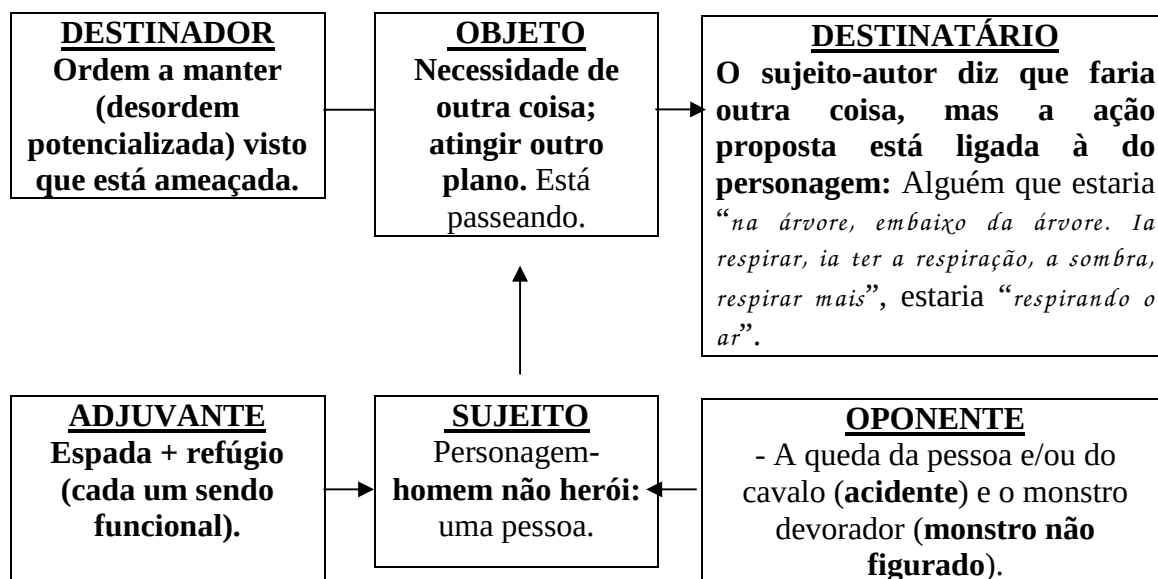
No desenho não se evidencia luta, relacionada à estrutura heróica. O abrigo, relacionado às estruturas místicas é observado como uma casa. O monstro devorador não foi desenhado. Os elementos parecem estar dispersos no cenário, configurando um aspecto de desestruturação.

No texto menciona-se que não foi feito o desenho do monstro devorador. Além do desenho da espada, também há citação no texto de um “pé de árvore” e de uma casa, mas sem nenhuma correlação. Há menção de um dado e de uma carta de baralho, ambos para jogo de azar. O jogo é, sobretudo, um elemento lúdico (SANTOS, 2002). O lúdico é uma dimensão humana por excelência. E na opinião de Huizinga (1938) *apud* Anjos (2005) o jogo é simultaneamente liberdade, invenção, fantasia e disciplina e todas as manifestações culturais são deles originadas. Ainda na história do desenho o fogo tem o papel de assar ou cozinhar a alimentação e o elemento cíclico é uma roda utilitária: serve para o carro andar. Entretanto, permanece ainda um aspecto de desestruturação.

No questionário são declarados como elementos centrais a casa, a árvore, a pessoa e o cavalo. M. também menciona o elemento água como sendo também importante. Em relação aos elementos que o autor gostaria de eliminar, estes são elencados: o dado, a carta de baralho, a roda, a espada, o fogo e, com ênfase, o monstro devorador: “*Esse tira mesmo!*” A espada é funcional. O monstro embora não desenhado é citado no questionário como algo que “*tá viajando; tá lá pros cafundó dos Judas*”, sendo referenciado como algo que incomoda, pois o autor menciona a simbolização: “*eu não quero nem ver!*”. A figura do monstro é tão perturbadora que mesmo estando longe atemoriza. Nisso reside um grande evidência de angústia. A queda aqui pode representar desde um perigo iminente (a pessoa que cai por descuido ou o cavalo

que cai porque pisa no buraco) ou é refreada em descida: seja da água que escorre, formando a correnteza, o rio; ou mesmo pode representar o ciclo da natureza ou da vida: a árvore que cai quando está podre ou quando é cortada. “A árvore é vertical, cresce e é regenerativa, contendo em si a fonte da vida, repetindo a paisagem cósmica” (ELIADE, 1998). O elemento queda traduz a dinâmica das trevas, resumindo e condensando os aspectos temíveis do tempo (DURAND, G., 2002, p. 111-112). A ênfase observada nos aspectos negativos da queda direciona para ansiedade humana. O cavalo serve de transporte, a água é para matar a sede e a árvore tem o papel de auxiliar a respiração: “*faz a gente respirar mais*”. A árvore dá sombra e oxigena os pulmões. Já o refúgio é uma moradia, um local aonde o autor se sente protegido. “A casa é, portanto, sempre a imagem da intimidade repousante” (DURAND, G., 2002, p. 244). O fogo é para nutrição. A água é o mar para tomar banho e para o navio andar e que pela sua cor advém sua simbolização que “*lembra o céu*”. A descrição de M. no questionário traz à tona também outras lembranças: “*lembro os desenhos que meu irmão fazia*”; “*lembro o sertão; os vaqueiros*”. Lembrar é voltar atrás, ao passado. A lembrança incita ao retorno. O personagem está passeando... Todos esses componentes remetem a um Micro-universo de estrutura sintética sincrônica.

ANÁLISE ACTANCIAL



Teremos nesta análise do AT-9 de M. o personagem como uma pessoa (personagem-homem não herói) e que tem por ação estar passeando, objeto que diz respeito à resolução da ansiedade. O sujeito-autor tenciona ficar “na árvore, embaixo da árvore. Ia respirar, ia ter a respiração, a sombra, respirar mais; respirando o ar”, ação esta que difere, mas está ligada à do personagem. Os elementos adjuvantes são representados pela espada e pelo refúgio (ambos funcionais). Os oponentes são citados como o elemento queda e o monstro devorador (monstro não figurado). Neste caso estamos diante de uma ordem a ser mantida ou uma desordem potencializada, visto que está ameaçada.

II. Análise morfológica, funcional e simbólica dos elementos:

Então, para M.:

- O elemento **queda** aqui está representado por vários elementos:

1) a “água”, com papel de estar “escorrendo para baixo” e simbolizando “formar correnteza, o rio”. Essa é a água que escorre e se esvai para não mais voltar. A água que escorre é o amargo convite à viagem sem retorno: nunca nos banhamos duas vezes no mesmo rio e os cursos de água não voltam à nascente. A água que corre é figura do irrevogável (DURAND, G., 2002, p. 96). Esta queda tem a função semelhante à decorativa explicitada por Y. Durand (1988), contribuindo para formar o rio. “A água é, então, um ornamento de suas paisagens” (BACHELARD, 2002a, p. 6).

2) a árvore que cai quando ela está podre ou quando ela é cortada; a árvore aqui simboliza “*respirar o ar*”. Simbolicamente a respiração está relacionada a assimilação do poder espiritual (CIRLOT, 2005). Além de estar relacionado à vida, respirar também é “assimilar o poder do ar; se o ar é símbolo do espiritual do fogo, respirar será assimilar um poder espiritual” (CHEVALIER; GHEERBRANT, 2009, p. 778).

3) a pessoa cai, porque ela se descuidou; e o cavalo cai quando ele pisa no buraco. “O andar passa de uma queda corretamente utilizada como suporte de postura vertical, e cuja falha é provocada por quedas reais, choques, pequenos ferimentos que agravam o caráter pejorativo da dominante reflexa.” (DURAND, G., 2002, p. 112-113). A queda aqui representa um perigo real para o personagem.

- A **espada** é “*pra os guerreiros romanos usar. Os soldados romanos ou os guerreiros. Os guerreiros se defendiam com ela*”, numa referência de guerra de tempos remotos. A simbolização aqui é omitida. Trata-se de uma espada funcional, relacionada à luta.

- O **refúgio** é a casa para a “*pessoa morar e se proteger do tempo*”. Quanto à simbolização menciona que “*minha casa é boa, ter um teto pra morar. Me sinto bem, protegido.*” Para Bachelard (1993) na vida do homem a casa afasta contingências, multiplica seus conselhos de continuidade. Sem ela o homem seria um ser disperso. Ela mantém o homem através das tempestades do céu e das tempestades da vida. É corpo e é alma. É o primeiro mundo do ser humano. A vida começa bem, protegida, agasalhada no regaço da casa. A casa de M. protege do tempo, logo, da passagem do tempo e do monstro que ele quer ver bem longe.

- O **monstro** não se encontra no desenho. Sobre seu papel M. fala que “*tá viajando; tá lá pros cafundó dos Judas*²²”, quando pergunto se simboliza alguma coisa ele me responde: “*eu não quero nem ver!*”. “Se os monstros representam uma ameaça exterior, eles revelam também um perigo interior. (...) Eles procedem de uma certa angústia, da qual são as imagens” (CHEVALIER; GHEERBRANT, 2009, p. 616). O monstro não é figurado, mas está nitidamente representando um fator de perturbação: o monstro para M está longe, no entanto perturba.

- O elemento **cíclico** é a roda, cujo papel é “girar, movimento do carro”. A simbolização aqui é omitida. A presença da roda aqui está representada pela sua funcionalidade (ela existe para o carro andar). E de acordo com G. Durand (2002) temos na roda a tecnologia do ciclo, um dos objetos representativos do tempo e do destino. Chevalier e Gheerbrant (2009) relacionam a roda com o mundo do vir a ser, da criação contínua, simbolizando ciclos, os reinícios, as renovações. O mundo é como uma roda numa roda, como uma esfera numa esfera.

- O **personagem** é uma pessoa cujo papel é estar passeando. Trata-se da identificação do autor com o personagem. É com ele que M. se identifica. Quando à simbolização ele lembra os desenhos que seu irmão – desenhista – fazia.

- A **água** é o mar que serve “*pra pessoa tomar banho, o navio andar, o navio navegar*”. Quanto à simbolização M. diz que “*lembra o céu*”, pois “*a cor da água lembra o céu*”. O reflexo é

²² Cafundó dos Judas: expressão popular que designa lugar ermo e distante.

naturalmente fator de redobramento, onde o fundo do lago torna-se céu (DURAND, G., 2002, p. 208). Temos uma água que simultaneamente nos transporta e que nos purifica; uma água que reflete, da cor do céu. “Não é porque o mar é azul que nós o amamos, ainda que demos essas razões para a nossa atração; é porque algo de nós, de nossas lembranças inconscientes, no mar azul encontra um meio de se reencarnar” (BACHELARD, 2002a). Essa água do mar vem e nos apazigua, nos embala e nos faz adormecer. “Numa vida cósmica imaginada, imaginária, os mundos diferentes não raro se tocam, se completam. O devaneio de um puxa o devaneio de outro. A água que reflete o céu é uma profundidade do céu. O redobramento do céu no espelho das águas convida o devaneio a uma lição maior. O céu encerrado na água não é a imagem de um céu encerrado em nossa alma?” (BACHELARD, 2006).

- O **animal** é o cavalo, que no seu desenho “está parado”. Quanto à simbolização: “*lembro o sertão, os vaqueiros.*” O cavalo é montaria, veículo e seu destino, portanto é inseparável do destino do homem (CHEVALIER e GHEERBRANT, 2009). O cavalo apresenta uma simbologia ambígua, símbolo da vida e da morte, solar e lunar (COOPER, 1978). Para G. Durand (2002, p. 75-83) o cavalo é isomorfo das trevas e do inferno. O simbolismo eqüestre está relacionado a uma angústia que motiva, uma angústia diante da mudança, da fuga do tempo, a partida sem retorno e a morte. O cavalo é, ao mesmo tempo, percurso solar e fluvial. A eufemização do cavalo solar, tenebroso, torna o cavalo transformado em montaria domada e dócil. Para M. esse cavalo é especial, atrelado às recordações do sertão e dos vaqueiros, lembranças provavelmente da infância.

- O **fogo** é representado pelo próprio fogo, cujo papel é o de cozinhar e torrar. M. vai escrever no questionário que o fogo para ele está simbolizando “*incêndio*”. Entretanto, é no contexto da história que se dará significação dentro do universo mítico. E dentro do texto da história do desenho é bem mencionado o papel do fogo para a alimentação, nutrição.

Para M. o câncer é interpretado como uma doença que corrói até chegar ao limite: o fim da vida. M. se sente incapacitado diante de vida, em virtude da doença que o impede de trabalhar, de fazer as coisas, de comer adequadamente. Reside em seu íntimo ainda a esperança através da prótese para que lhe seja retirada a sonda nasogástrica que considera como "*a pior coisa do mundo*". Desta forma, a questão da prótese que demora a sair é bastante enfocada. Sair na forma como foi empregada por M. é função de temporalidade e equivale à expressão "*ficar pronto*". Existe uma preocupação com o tempo, que pode ser refletida na figura do animal, representado pelo cavalo, um dos elementos que centralizam o desenho, o qual evoca uma angústia diante do tempo que se esvai. Esse mesmo tempo também se reflete na roda que gira para movimentar o carro. A espada para combate é um sinalizador de angústia, assim como o elemento queda se reflete em ansiedade diante do quadro de doença. Angústia também se observa pelo monstro, cuja percepção como uma figura bastante assustadora pode ser observada nas palavras de M: "*eu não quero nem ver!*" "*tá viajando; tá lá pros cafundó do Judas*". Esse monstro, que M. quer ver bem longe, é representativo não apenas da doença, mas de sua pior consequência: a morte. A casa para morar e se proteger do tempo remete à proteção contra a passagem do tempo, logo do monstro, que é a morte consequência do câncer. A água é o mar para banho e para o navio navegar; sua cor lembra o céu. O fogo é o culinário. Esta ambientação da estrutura sintética permite conciliar os caracteres opostos. A árvore vai simbolizar para M. a respiração do ar e o personagem está passeando... Diante do quadro de sofrimento imposto pela doença (angústia diante da doença, diante do processo de adoecer, que debilita, incapacita, mutila, perturba e pode levar a morte), M. percorre pelo mundo, inquietando-se com o tempo. M. vislumbra na prótese o seu desejo de superar a doença. Refere sua insatisfação com o seu quadro atual e revela, pelo seu desejo de respirar mais, de respirar o ar, o seu anseio de se encher de energia, de se restabelecer e se revigorar.

IN.

1) Entrevista: vivências, representações, percursos e imagens da doença, do adoecer, do tratamento.

IN. tem 37 anos, é evangélica, trabalhava como recepcionista e tem o segundo grau completo. Nasceu e mora em Paulista - PE. Seus pais são naturais do interior de Pernambuco, não lembra qual cidade. Quanto à naturalidade dos avós, não lembra. No momento não está trabalhando, estando sob benefício da seguridade Social: *“estou em tratamento, resolvendo essas coisas ainda, resolvendo a prótese ainda”*. IN. sofreu perda de parte do osso da face (mandíbula) em decorrência do câncer.



IN. passou por cirurgia de remoção de parte da mandíbula (lado esquerdo), em decorrência de tumor oral.

Sobre a doença câncer IN. menciona:

- *O que eu penso da doença? Que é uma célula que a gente tem que é negativa, né? Tem ela benigna e tem ela... A benigna e a maligna, né? E assim: ela é uma célula que ela se desenvolve muito rápido, né? Eu também sei que todo mundo tem ela, agora uns se manifesta e em outros não, né? E quando a gente... Ela se*

manifesta, a gente tem que cuidar logo, porque se for no início ainda pode ter cura e se não for... Ela vai tomando, né? Conta assim de outros órgãos. É isso que eu entendo dele, né? Do câncer.

Mais adiante IN. detalhou mais a história de sua doença:

Foi um... Um dente. Um terceiro molar que nasceu, né? Que a gente chama de queiro. O dente queiro. Começou a inflamar, só que ele não tinha espaço. Ele não tinha espaço, então ele inflamou. Com essa inflamação ele inchou e nunca desinchava. Aí eu achava que ele ia sair normal como todo dente queiro. Só que quando ele parou de doer ele não desinchou porque ele não tinha espaço: tinha uma carnosidade por cima dele, aí foi quando eu vim perceber o tumor por trás e esse tumor não doía. Já tava assim, “mais ou meno” feito uma bola de gude já; o tamanho. E eu não sentia. Eu vim perceber depois porque como o dente tava inchado aí eu não conseguia perceber ele por trás. Como ele não doía, aí foi quando o dente parou de doer e eu percebi, né? Aí comecei a palpar e vi que tava alguma coisa diferente na gengiva.

Sobre como a IN. se sentiu com a doença:

-A gente se sente mal, né? A gente não sabe como é que vai... Se vai ter muito tempo, se não vai, se... O que é que vai acontecer quando abre... Se vai tar agravado ou não. A gente se sente muito mal, né? Mas como eu tenho Jesus, eu tive muita fé, assim eu sei que nos momentos difíceis eu senti a força d'Ele, né? Não me deixou cair não. Eu ia sozinha, voltava pra radioterapia, nunca tive tontura. Eu tinha assim: eu sabia que não era eu aquele momento, era Deus me carregando. Mas no momento quando a gente sabe que é, a gente se sente mal porque é uma coisa desconhecida pra gente e... Pra o ser humano, todo mundo tem medo né? Todo mundo tem medo dessa doença. Quando sabe pensa logo que vai morrer, né? Não sabe como é que tá a situação, se tá no início, se tá no... Como é que tá? Só os médicos depois pra dizer.

Sobre o tratamento no Hospital de Câncer e no Depto.Odonto-HCPE, IN. menciona:

- Acho todos aqui muito bom. Pelo menos aonde eu passei; graças a Deus todos me atenderam muito bem, os profissionais, os médicos. Aqui também (referindo-se ao setor de Odontologia); as meninas. Tudo legal, muito bom. Pra ser uma coisa assim... É... Sem ser particular, elas atendem muito bem mesmo, tanto como profissional, como pessoas.

Para melhorar o tratamento no setor IN. menciona a necessidade de se “fazer restauração, que ainda não tem”:

- *Pra restaurar os dentes, né? Que não tem aqui ainda. Elas não fazem ainda restauração. Pelo menos foi o que disseram, né? Que eu tou precisando de uma restauração que ela diz que não fazia! E o otorrino, que não tem.*

Eu lhe pergunto como está sua vida?

- *Assim: eu estou me sentindo bem. Agora tenho que vir aqui ainda. Depois de tudo que passei... Sofri muito, mas estou cantando vitória.*

Mitocrítica:

Uma maior repetitividade ou redundância gira em torno do verbo “saber” (seja o saber reconhecer uma determinada situação ou contexto de sua vida durante a experiência com a doença ou o não saber distinguir a gravidade da doença por desconhecê-la). Este “saber” pode se associar ao verbo “perceber”, também redundante. Observa-se a citação repetida da expressão verbal “não saber como é”, como sinônimo da palavra “desconhecer” também inserida no texto, mostrando um dos motivos de preocupação expresso por IN. em relação ao seu acometimento pelo câncer. Saber é deter poder e discernimento e não saber é estar desprovido destes atributos.

Também há redundância do verbo “ir”, este último expressando a forma de como se conduzir a doença ou a sintomatologia: “que ele ia sair normal”; “ai foi quando o dente parou de doer”; “não sabe como é que vai... Se vai ter muito tempo, se não vai, se... O que é que vai acontecer quando abre... Se vai tar agravado ou não.” Também na expressão “Eu ia sozinha” cujo significado é dirigir-se ou mover-se (a algum lugar); freqüentar ou comparecer (a um lugar). Trata-se aqui de um verbo de ação, de continuidade ou direcionamento.

O verbo ser também é enfatizado: “*porque se for no início ainda pode ter cura e se não for...*”; “*Foi um... Um dente.*”; “*não era eu naquele momento, era Deus*”; “*quando a gente sabe que é a gente se sente mal porque é uma coisa desconhecida*”; “*Pra ser uma coisa assim... É... Sem ser particular*”. Ser é estar, ficar, tornar-se. Ser é ter consciência de si. Trata-se de uma forma de permanecer, de estar no mundo.

A redundância relacionada ao termo “dente” também é presenciada e pode estar associada aos termos “terceiro molar” e “queiro”, este último também se apresentando de forma repetida. O dente queiro é o último dos molares, também chamado de dente do siso ou dente do juízo (FERREIRA, 1975). Como já mencionado, o dente simboliza agressividade, energia vital.

Percebe-se também uma redundância na expressão “muito bom” agrupada juntamente com a expressão “muito bem”, que dizem respeito à forma de atendimento percebida por IN. dentro do setor de Odontologia do Hospital do Câncer (Depto.Odonto-HCPE).

As formas verbais “inchar” e “desinchar” também se repetem e apresentam o mesmo núcleo de formação (inchar), podendo ser agrupadas juntas, no mesmo contexto de redundância. Os verbos inchar e desinchar, aplicados ao dente, denunciam um aspecto rítmico do corpo humano: o ciclo corporal.

O verbo sentir foi observado em redundância, seja na forma da expressão “*se sente mal*”, citada três vezes, seja na forma verbal isolada: “*E eu não sentia.*”; “*A gente se sente mal,*”; “*A gente se sente muito mal,*”; “*eu senti a força d’Ele,*”; “*a gente se sente mal*” Sentir é perceber por meio de qualquer órgão dos sentidos (FERREIRA, 1975). Sentir é desvendar ou se sensibilizar a algo. IN. não percebia o tumor. Ao mesmo tempo, IN. sentia-se mal com a doença e se tornava sensível à força de Jesus, no qual ela acreditava influenciar em seus momentos difíceis.

Há redundância relacionada ao verbo “doer”. Era o dente que doía e que parou de doer, enquanto o tumor, encoberto, não doía. A dor é um acometimento de padecimento e está relacionado ao regime diurno, pela simbologia estar relacionada à queda.

Observa-se redundância também em relação à palavra “restauração”, estando associada à forma verbal “restaurar”, também citado no relato. IN. menciona a necessidade de se restaurar os dentes. Restaurar é voltar a um estado que era antes, o que remete a um esquema cíclico.

Outras formas de redundância que ocorrem em menor intensidade dizem respeito: a expressão “*ele não tinha espaço*”, aplicado ao dente; ao termo “momento” e ao verbo “inflamar”, também relacionado ao dente; este último verbo está associado à palavra “inflamação”.

O simbolismo espacial é anterior ao simbolismo verbal. Orientar-se no espaço é, antes de tudo, dar-lhe sentido em relação a si. O espaço aparece então como um sistema de linhas convergentes, cujo ponto de encontro é o homem (AUGRAIS, 1967).

O espaço, inseparável do tempo, é não somente o lugar dos possíveis, mas também o das realizações. O espaço é como uma extensão incomensurável, cujo centro se ignora e que se dilata em todos os sentidos; simboliza o infinito, onde se move o universo. No sentido de situação de um objeto ou de um acontecimento, o espaço simboliza um conjunto de coordenadas ou de indicações que constitui um sistema móvel de relações, a partir de um ponto. Assim sendo, de um modo geral o espaço simboliza o meio – exterior ou interior – no qual todo ser se move, seja ele individual ou coletivo (CHEVALIER; GHEERBRANT, 2009). “Assiste-se, de certo modo, à contração do tempo em espaço. O tempo torna-se espaço.” Como em Einstein, onde o tempo é apenas uma dimensão do espaço (MAFFESOLI, 2005, p. 261). O espaço é uma cristalização do tempo (MAFFESOLI, 2005, p. 279). O espaço é vivido e apreendido pela imaginação. Concentra o ser no interior dos limites que protegem

(BACHELARD, 1993). Essa ênfase no termo espaço pode denotar uma necessidade de espaço real na vida de IN., espaço no qual se revela uma angústia diante do tempo.

A função de temporalidade está presente na repetição do termo “momento”. Outros termos inseridos no texto que também evocam o tempo são as palavras "rápido"; "logo"; "início" e "tempo".

Há também redundância do verbo inflamar, que ao pé da letra significa converter em chamas, fazer arder, relacionado ao termo inflamação, também citado no relato de IN. em que podemos observar uma simbologia diurna.

IN. fala de sua doença com a simbologia de uma "célula" benigna ou maligna, de rápido desenvolvimento, célula esta que todos vão ter, porém nem todos vão manifestar; e caso haja sua manifestação é preciso cuidar logo, pois no início pode haver cura (denota-se uma preocupação com o tempo). Essa representação é o próprio discurso médico. Em sua história de doença IN. mencionou a presença de um dente terceiro molar – o dente queiro – que não tinha espaço e por isso inflamou e inchou e que nunca desinchava pois lhe faltava espaço. Posteriormente veio perceber o tumor por trás desse dente. IN. evidencia uma doença que a faz sentir-se mal pela falta de conhecimento diante da patologia, o que lhe gera medo. O medo aqui enfatizado é o medo diante do desconhecido, de não saber como a doença vai proceder, de como o corpo vai se comportar diante da enfermidade. Daí o sentimento ruim em relação ao quadro. IN. passa por momentos difíceis, momentos de se sentir mal, mas ao mesmo tempo por momentos compartilhados com a figura mítica de Deus, como um deus complacente e que consola: “*era Deus me carregando*”, no qual ela teve fé e sentiu “*a força d’Ele*”. Esta união de contraditórios associada à expectativa diante da restauração dos dentes, restauração esta que incorpora o esquema cíclico de renovação e também de continuidade da vida, direciona para um regime noturno de imagens, notadamente evidenciando um Micro-universo de estrutura sintética sincrônica.

2) O teste AT-9 de IN.



Desenho do AT-9 de IN.

I. História do desenho de IN.:

“Jesus autor da minha vida o único salvador. A Bíblia minha espada aonde encontro todas as respostas da vida. Meu pai exemplo na minha vida. Água que só Deus pode fazer. Animais criaturas feitas por Deus. A Terra criação de Deus. O inimigo abaixo dos pés de Deus. Fogo só Deus pode controlar”.

Respostas à primeira parte do questionário:

I. a) Em torno de que idéia central você construiu a sua composição? Você ficou indeciso entre 2 ou mais soluções? Caso for, quais?

A inspiração que eu tive através do que Deus fez. Pois tudo foi Deus quem fez. Tudo está no controle do Senhor; tudo está no controle de Deus e que foi inspirada no próprio Deus. Não. Veio logo na mente.

b) Você foi por acaso, inspirado por alguma leitura, filme, etc.? Quais?

Não. No próprio Deus.

c) Indicar entre os 9 elementos da sua composição:

1º) Os elementos essenciais em torno dos quais você construiu o seu desenho.

Jesus, meu pai e a bíblia. A água também é muito importante, mas tendo Jesus não vai faltar água, não. A terra, os animais, tudo é necessário. Alguns animais, porque a cobra, só a misericórdia.

2º) Os elementos que você gostaria de eliminar. Por quê?

O inimigo e a cobra porque essas tristezas na vida da gente, se eu pudesse não existia não.

d) Como termina a cena que você imaginou?

Enquanto existir a terra temos que conviver com tudo isso, confiando só em Deus, confiando só em Jesus.

e) Se você mesmo tivesse de participar da cena que você compôs, aonde você estaria? E o que faria?

Na Terra, como estou na Terra ainda. Estaria aqui mesmo na Terra. Viver. Só viver.

IN. relata que sua composição foi inspirada na figura mítica de Deus: “*Inspiração que eu tive através do que Deus fez. Pois tudo foi Deus quem fez. Tudo está no controle do Senhor; tudo está no controle de Deus*”. refere que não ficou indecisa na idéia “*veio logo na mente*”.

Os elementos essenciais incluem: “*Jesus, meu pai e a bíblia. A água também é muito importante, mas tendo Jesus não vai faltar água, não. A terra, os animais, tudo é necessário.*” Mais adiante ela adiciona retificando que “*alguns animais (são necessários) porque a cobra, só a misericórdia!*”. Para Beirnaert (1951) *apud* Eliade (1979), a serpente, as trevas, Satanás vêm designar aquilo a que se renuncia. A serpente remete à transformação humana, à fecundidade e à perenidade ancestral (DURAND, G., 2002). Por trocar de pele é símbolo da ressurreição e por ser perigosa pode representar o aspecto maligno da natureza (CIRLOT, 2005). Já a serpente que morde a cauda é o símbolo da eternidade viva (BACHELARD, 2003).

ANÁLISE ESTRUTURAL

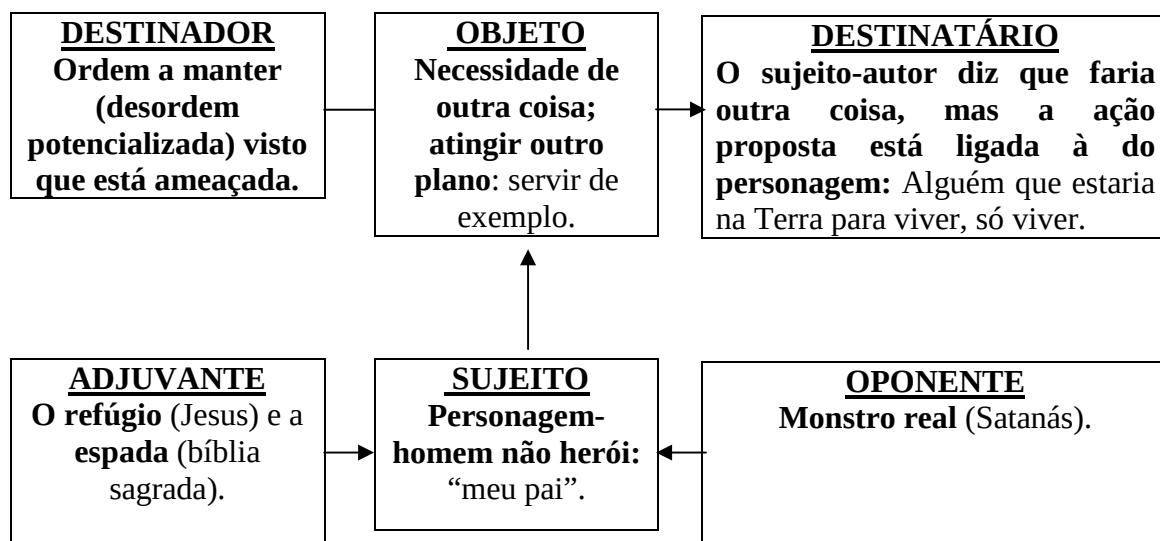
No desenho observa-se um personagem acima do qual está escrito “meu pai”. O elemento “espada” é tanto desenhado como uma espada literal quanto como relacionado ao desenho da “bíblia sagrada”, assim descrita. O refúgio está referido por escrito como sendo representado por “Jesus”. Por escrito também é citado “inimigo de nossas vidas (Satanás)”, o qual também se apresenta desenhado. Observa-se no canto esquerdo do cenário uma ampla cachoeira, na qual podem ser visualizados peixes. Há também o desenho de outros animais dispersos no cenário: uma serpente, um pássaro, um leão e uma vaca. Não se observa representação de luta. O aspecto geral é de desestruturação.

No texto a bíblia é descrita como a “*minha espada*”, sendo considerada como fonte de sabedoria “*aonde encontro todas as respostas da vida*”. Há a citação do pai da autora como exemplo em sua vida e da figura mítica de “Jesus” como sendo o “*autor*” de sua vida e “*o único Salvador*”. A água, a terra e os animais são referidos como obras feitas pelo mito de Deus: “*água que só Deus pode fazer. Animais criaturas feitas por Deus. A Terra criação de Deus*”, assim como o fogo é descrito como controlado apenas por ele: “*Fogo só Deus pode controlar*”. Ainda persiste o aspecto de desestruturação.

No questionário os elementos centrais são relacionados como “*Jesus, meu pai e a bíblia*” remetendo respectivamente ao refúgio, ao personagem e ao elemento espada. Também vem mencionar que a água é muito importante e que a terra, os animais, tudo é necessário. No entanto adiante IN. retifica seu comentário excetuando a cobra entre os animais necessários. Inclusive os elementos cobra e monstro devorador (o “*inimigo*”) são os elementos escolhidos a serem eliminados do cenário, uma vez que representam “*tristezas na vida*”. Aqui temos que a face trágica da angústia diante do tempo e da morte é minimizada pela negação. O refúgio

aqui é remetido à dimensão do sagrado da autora sendo representado por Jesus, com papel funcional de “*tudo*” e simbolizando “*tudo*”. O personagem aparece como o pai da autora, com papel de exemplo para ela e simbolizando também um exemplo de vida. A espada de IN., a bíblia sagrada, simboliza “*a palavra de Deus*” e tem o papel de “*resposta para tudo*”. A bíblia sagrada é uma arma dentro da mitologia cristã. A espada, representativa de força, vai munir o herói cristão de um caráter espiritual/intelectual necessário para o combate. Então a espada é um instrumento de luta contra o monstro; trata-se de um instrumento que busca a sabedoria para o combate. O elemento queda aqui se encontra eufemizado pela água que cai da cachoeira, simbolizando algo “*muito lindo*”, uma “*obra de Deus*”. A presença do monstro aqui se traduz em angústia existencial, sendo representada pelo “*inimigo*”, com função de destruir e simbolizando algo terrível. A ciclicidade é representada pela terra que gira, simbolizando uma obra de Deus feita em 7 dias. Quanto ao elemento animal ele será representado por vários assim citados: o passarinho que transmite e simboliza paz; a vaquinha que amamenta e mama; o leão, um animal forte, simbolizando Jesus, que é o leão da tribo de Judá; a cobra que rasteja e com simbolização de ser traiçoeira. O fogo é a fogueira que simultaneamente queima, transmite luz e clareia. E a cena de IN. termina com uma aceitação de integração dos elementos: “Enquanto existir a terra temos que conviver com tudo isso”, revelando a existência de um micro-universo de estrutura sintética sincrônica.

ANÁLISE ACTANCIAL



A análise actancial centra a observação na ação e nos atores do micro-universo criado. Teremos nesta análise do AT-9 de IN. o personagem como o pai da autora (personagem-homem não herói) e que tem por ação servir de exemplo, objeto que diz respeito à resolução da ansiedade. O sujeito-autor tenciona estar na Terra para viver, só viver, ação esta que difere, mas está ligada à do personagem. Os elementos adjuvantes são representados pelo refúgio (Jesus) e pela espada (bíblia sagrada). O oponente é citados como o inimigo, o Satanás (monstro real). Neste caso estamos diante de uma ordem a ser mantida ou uma desordem potencializada, visto que está ameaçada.

II. Análise morfológica, funcional e simbólica dos elementos:

Então, para IN.:

- A **queda** é representada pela cachoeira (água caindo), produzindo água. Simboliza algo muito lindo: *uma obra de Deus*. O frescor impregna a primavera por suas águas corredias

(BACHELARD, 2002a, p. 34). Uma vez que “a queda resume e condensa os aspectos temíveis do tempo” (DURAND, G., 2002, p. 113), percebe-se aqui que o elemento da queda encontra-se eufemizado.

- A **espada** é representada pela “*bíblia sagrada*”, onde “*a gente encontra resposta para tudo. A palavra é resposta pra tudo*” (papel funcional), simbolizando “*A palavra de Deus. O que ele deixou pra gente conhecer mais ele*”. Para Ortelio (1702) *apud* Jung (1994) a palavra não é senão fogo, a vida e o espírito; há dois tesouros: um é a palavra escrita (*scriptum verbum*); o outro é a palavra tornada realidade (*factum verbum*). A espada é um estereótipo simbólico da força (DURAND, Y., 1988, p. 198). No caso da bíblia, a força provém da sabedoria. “A arma de que o herói se encontra munido é assim, ao mesmo tempo símbolo de potência e de pureza. O combate se cerca mitologicamente de um caráter espiritual, ou mesmo intelectual” (DURAND, G., 2002, p. 161). E na simbologia dos mitos cristãos é comum relacionar a *bíblia sagrada* como um “instrumento de combate”, pois “o herói cristão para vencer o monstro nem sempre utiliza os meios expeditos do gládio” (DURAND, G., 2002, p. 166-167).

- O **refúgio** é Jesus, cujo papel funcional é “*tudo*” e simboliza “*tudo*”. Assim, o abrigo aqui é personificado, dentro do mito cristão, sob a forma do “filho de Deus”, cujo papel e simbolização estão relacionados a um aspecto de onipotência.

- O **monstro** é o “*inimigo. O inimigo que atenta muito*” cuja função é “*destruir*” simbolizando algo “*terrível*”. Este monstro devorador é antropomorfo (com forma humana real e fantástica). A vida cristã tem muitas dimensões (ELIADE; COULIANO, 1999), sendo uma delas a representação do Satanás como sendo o *inimigo*, representado aqui pela figura do “destruidor”. O cristianismo atribuiu lugar, na sua mitologia, ao espírito do mal: Satã é uma peça essencial do sistema cristão, que se trata de um ser impuro, dotado de vastos poderes (DURKHEIM, 1989, p. 498). Usualmente o diabo é representado como sendo o inimigo, o enganador (Satanás) que, como senhor do inferno se opõe a Deus, senhor do céu.

- O elemento **cíclico** é a terra, que gira, simbolizando “*obra de Deus feita em 7 dias*”. Figurando um “movimento cíclico contínuo”. Para MAFFESOLI (1988, p. 183) o ciclo nos faz ingressar no movimento sem fim do cosmos e da relação com o outro. O círculo é um símbolo da psique. Ele expressa a totalidade da psique em todos os seus aspectos, incluindo o relacionamento entre o homem e a natureza. Ele indica sempre o mais importante aspecto da vida - sua extrema e integral totalização (JUNG, 1997, p. 240).

- O **personagem** é “*meu pai*”, com o papel de “*meu exemplo*”, simbolizando “*meu exemplo mesmo: um exemplo de vida*”. Para Cirlot (2005) a imagem do pai, associada intimamente à do princípio masculino, corresponde ao consciente, por contraposição ao sentido maternal do inconsciente. Este representa o mundo dos mandamentos e proibições morais.

- A **água** está “*junto com a cachoeira*” e “*não podemos viver sem ela. Alimenta os peixinhos, dá vida aos peixinhos; sem água eles não vivem*”. A água aqui vai simbolizar “vida”. Foi à água, antes de tudo, que foi ordenado que produzisse criaturas vivas... Foi a água a primeira a produzir o que tem vida. A água alimenta tudo o que impregna (BACHELARD, 2002a). A água aqui simboliza vida. As águas simbolizam a soma universal das virtualidades; elas são *fons et origo*, o reservatório de todas as possibilidades de existência (ELIADE, 2002; ELIADE, 1998). Tudo quanto é forma se manifesta sobre as Águas, destacando-se das Águas (ELIADE, 2002). Então, antes da água, nada existe. Acima da água, nada existe. A água é o todo do mundo (BACHELARD, 2006).

- O **animal** é representado por vários:

- o **passarinho** cujo papel é o de transmitir uma paz, simbolizando paz. Para Cirlot (2005) todo ser alado é símbolo de espiritualização, já desde os egípcios. Conforme Ronecker (1997) os pássaros simbolizam os estados espirituais. De fato, Jung (2000) cita que o pássaro, como ser aéreo, é um conhecido símbolo do espírito. O pássaro é um símbolo de ascendência, capaz de visitar o espaço divino. Sua animalidade é deixada de lado em proveito de sua função, que é a

capacidade de voar (DURAND, G., 2002, p. 131-132). O pássaro é o ar livre personificado. Quando um sentimento se eleva no coração humano, a imaginação evoca o céu e o pássaro. O corpo do pássaro é feito do ar que o cerca, e sua vida do movimento que o arrebatava. O pássaro é uma força ascensional que desperta a natureza inteira. O pássaro, de todos os seres voantes, só ele continua e realiza a imagem que pode ser chamada imagem primeira: aquela que vivemos nos sonhos profundos de nossa juventude feliz. É porque vivemos pela imaginação um voo feliz, um voo que nos dá a impressão de juventude; por isso atribuem-se tantas qualidades morais ao pássaro que atravessa o céu dos nossos dias (BACHELARD, 1990, 65-78).

- a *vaquinha*, que “dá de mamar e mama. Ela se torna agressiva por causa do próprio homem, mas se cuidar ela é dócil”; a simbolização foi omitida. Para Biedermann (1993) a vaca (como bovino domesticado) é sempre considerada uma força positiva, simbolizando as forças maternas e nutritivas da terra.

- o *leão*, cujo papel é ser “um símbolo de Jesus, porque ele é um animal forte.” Sobre a simbolização: “Jesus” que “é o leão da tribo de Judá.” O leão, poderoso e soberano, símbolo da força e da realeza: “rei dos animais”; é a encarnação do poder, da sabedoria e da justiça. A simbólica cristã estabelece um paralelo entre Jesus – o leão celeste – o leão símbolo de Cristo (RONECKER, 1997).

- a *cobra*, que é uma “coisa que rasteja” cuja simbolização é “traíçoeira”. O significado simbólico deste animal associa idéias de morte e vida de um modo tão específico que se pode dizer que não existe uma cultura que tenha ignorado a serpente (BIEDERMANN, 1993). Para Ronecker (1997) a serpente conserva pelo mundo afora valores simbólicos variados e contraditórios. Benéfica para uns, maléfica para outros, não cessou de fascinar os homens. É tida como forma de vida arcaica, reduzida à sua mais simples expressão. Intimamente associada à terra,

ela encarna as correntes subterrâneas. É a força da natureza: a cólera da terra, o furor dos oceanos e o desencadeamento da tempestade.

- O **fogo** é representado pela “fogueira”, que “queima, transmite luz, clareia”. A simbolização foi omitida. O anseio de luz é o anseio da consciência: a luz faz referência à luz da consciência. A luz indica sempre o consciente (JUNG, 1994). A luz não é apenas um símbolo, mas um agente de pureza. Às vezes o fogo brilha sem queimar; então seu valor é todo pureza (BACHELARD, 2008, p. 156).

Os elementos centrais da composição de IN. são “*Jesus, meu pai e a bíblia*”, respectivamente: o refúgio, o personagem e o elemento espada. IN. busca por sabedoria através da bíblia sagrada, “*a palavra de Deus*”, para saber como se conduzir diante da vida e da doença (essa é sua forma de se defender).

Ao mesmo tempo em que vivencia a sua doença IN. refere sua fé no mito de Jesus, referindo ter sentido sua força e que por isso não se deixou abater, levando adiante o tratamento. Para IN. Jesus é o seu refúgio onipotente que tudo pode fazer, sua proteção diante da doença e seu provedor de forças. IN. busca por refúgio na figura mítica de Jesus procurando, assim, minimizar sua angústia diante do câncer, angústia esta também refletida em sua preocupação com a temporalidade, bem como em relação ao espaço, inseparável do tempo.

A ênfase dada por IN. ao termo “espaço” reflete uma necessidade em sua vida, de melhor se situar diante da mesma. Ora, se o seu refúgio, Jesus, simboliza tudo, se o seu pai vai lhe servir de “*meu exemplo*”, simbolizando um exemplo de vida e se a espada, a “bíblia sagrada”, tem o papel de “resposta para tudo”, então é como se tudo o que tem significado estivesse fora dela.

A idéia central do desenho revela que tudo provém de Deus e está no controle dele: “*eu sabia que não era eu aquele momento, era Deus me carregando.*” IN. refere que se sente mal com a doença pelo seu desconhecimento em relação à mesma, por não saber o que vai suceder, por desconhecer desde a gravidade ao prognóstico da patologia. E esse desconhecimento gera medo. É a angústia diante do desconhecido: “*todo mundo tem medo, né? Todo mundo tem medo dessa doença. Quando sabe pensa logo que vai morrer, né?*”.

O medo da doença está correlacionado ao temor pelo monstro devorador, um dos elementos escolhidos para ser eliminado do desenho, junto com a cobra “*traíçoeira*”. E o monstro devorador é a doença que vem para destruir, terrível, denotando angústia diante da passagem do tempo e do medo da morte. E a cena termina com a integração de todos os elementos, assim como na vida: IN. tem de conviver com tudo isso, apegando-se à dimensão do sagrado: “*confiando só em Deus, confiando só em Jesus*” a fim de viver na Terra.

C.



C. teve câncer na cavidade oral, cujo tratamento culminou na perda de seus dentes.

1) Entrevista: vivências, representações, percursos e imagens da doença, do adoecer, do tratamento.

C., 65 anos, é aposentada e mora em Igarassu. Nível de instrução: analfabeta. Nasceu no município de Sapé – Pernambuco. E relata que se criou sem pai e sem mãe, por isso não sabe a origem deles.

Trabalhou em casa de família e na roça, “*mas nunca fui fichada*”, “*trabalhava clandestina na roça*”, referindo-se ao fato de que nunca teve carteira assinada. Refere que teve câncer de língua, fez cirurgia e radioterapia e teve perda de todos os dentes. “*Os meus dentes eram perfeitos, só faltava 2 queixar²³: um inferior outro superior. Aí depois que eu fiz a radioterapia, foi se estragando, se estragando. Quando foi com um ano eu não tinha 1, tudo só tinha os tocos na minha boca. Aí a doutora tirava aqueles tocos pretos; torou-se tudinho, fiquei assim banguela*”.

²³ O termo “queixar” refere-se ao terceiro molar, comumente conhecido como o dente do siso.

O que é o câncer pra senhora?

- *Minha fia, eu vou dizer uma coisa a você: esse câncer começou em mim um carocinho na minha língua devido a um machucão de pipoca que eu comi, machuquei a língua. Com seis anos apareceu uma coceira, aí eu fui pra o posto da minha residência, aí o doutor... Me esqueci o nome dele, meu Deus. Dout... Me esqueci o nome dele. Aí ele me tirou pra cá. Aí chegou aqui fui diretamente para o médico, doutor E. e no dia em que ele fez a... Como é que é aquilo que a gente faz? Que ele fez a biópsia! Foi fazer uma biópsia e no dia em que ele fez, ele operou. Aí me costurou minha boca, fui embora pra casa. Aí passei muito mal, muito mal mesmo; fiquei sem poder comer, fiquei sem poder andar, mas depois, depois, Jesus me levantou e eu comecei; aí passaram essa radioterapia pra eu ir fazer; quando eu fiz, quando foi com um mês que eu acabei de fazer já tava melhor. É graças a Deus, primeiramente Jesus, segundo os médicos daqui de dentro que cuidou de mim. E eu tou boa. Eu tenho fé em Deus que eu tou boa, viu? Agora tirei os dentes. Aí depois dos dentes tirados aí apareceu agora aqui uma dor aqui e aqui que eu não posso fechar a boca. Aí a médica, eu vim mês passado, ela marcou pra eu vir hoje, eu vim. Ela vai ver se vai carecer de eu tirar um raio-X pra ver se é caco ou se é raiz ou não. É o que eu sei explicar daqui.*

A senhora sabe explicar como é o câncer?

- *Minha fia, eu não sei explicar não, só sei que ele apareceu e eu me tratei, agora eu não sei explicar porque, minha fia, eu não tenho leitura pra entender nada. Eu vejo assim, ói: eu vejo assim, eu sinto e me trato. Mas vê se eu tenho leitura? Ler aquelas coisas, tudinho; entende, né? Eu não sei não, minha fia, lhe explicar não; como é ele não. Só sei que eu senti e me tratei e tou aqui. E todo mês fazendo revisão; todo mês tou na revisão. Agora tou fazendo revisão da boca. E aí eu creio que... A Deus no céu e os médicos na terra que tratam de nós, viu? É o que sei explicar.*

Como a senhora sentiu quando estava com câncer, (explicando melhor) dentro assim, de sentimento?

- *De sentimento? Minha fia, desculpe eu lhe dizer: eu não senti nada de emoção, de emoção, de emoção de nada. Me operei. Eu vinha todo dia fazer a radioterapia, eu não tinha emoção de nada. Eu nem tive e nem tenho. Eu tenho pra mim que eu nunca tive ele. O que eu penso é isso, acredita? Eu não boto aquilo na*

minha cabeça “ai, que eu tou com isso”; “eu vou morrer porque tou com isso”, não. Eu nunca botei na minha cabeça. Arranquei meus dentes todinho aqui, pode perguntar as médicas aqui. Eu venho sozinha e Jesus. Arranquei tudinho, meus dentinhos todinho! Vou pra casa sozinha; venho; hoje eu tou aqui sozinha! Não sei o que é que vão fazer comigo, mas eu tou aqui sozinha e Jesus. Aí quando eu sair daqui vou pra casa sozinha, eu moro em Igarassu. E... E assim vou levando... Eu não sei mais explicar mais nada. Só isso mesmo.

Sobre o tratamento no Hospital de Câncer e no Depto.Odonto-HCPE, C. menciona:

- Ô mia fia, porque... Eu acho que os médicos que sempre vem cuidando de mim eles sempre são boa... Bom... Especial. Eles são bom especial pra cuidar. Não se de hoje por diante, agora em 2010, né? Eu não sei... Não saberá se vai entrar algum... Eu vou entrar pra algum médico que num cuide de mim direito. Mas até aqui, todos os médicos que eu tenho entrado aqui todos eles são especial. Tem cuidado muito bem de mim. De médico, de dentista, de exame... Exame só não fiz aquele, foi exame de mama. Eu... Eu pedi ao médico pra eu fazer porque eu tou sentindo, assim, uma dorzinha por aqui por debaixo das axila, eu tenho que cuidar, né?

Sobre o tratamento específico no setor de odontologia C. fala:

- É muito bom. Aqui pra mim tá sendo muito bom, viu? Muito bom porque me atende direito, se eu preciso de qualquer exame, eles me dão, eu faço. Agora tou fazendo a peça²⁴ da minha boca. Poderá ser que eu não possa usar agora porque tou com esse problema, ela voltou a cuidar de mim, né? A não ser... Tenho fé em Deus que não seja nada de mal, que teja aqui na minha boca de novo. Mas eu tou sentindo. Daqui, nesse lado aqui mesmo, viu?

Como está sua vida?

- Tá como Deus quer e consente: lisa²⁵. Eu me sinto bem, graças a Deus, tou com um pouquinho de saúde, né?

²⁴ Fazendo referência à prótese dentária.

²⁵ Termo coloquial que significa estar sem dinheiro.

Dentro do *Depto.Odonto-HCPE* presenciei inúmeros momentos de descontração dos profissionais junto aos pacientes e sobre este aspecto C. chegou a mencionar em um segundo tempo o seguinte:

- Tem que levar a vida assim, né? Assim o tempo passa mais rápido, não demora. Senão a pessoa fica muito séria, fica chata.

E a senhora gosta das brincadeiras, da descontração aqui no setor?

- Eu acho um 10! Eu gosto. Sabe há quanto tempo eu estou aqui? Estou há 7 anos! Aqui dentro! (referindo-se ao Hospital de Câncer como um todo). Na radioterapia, cabeça e pescoço e aqui; aqui no "dente". E assim vou levando...

Mitocrítica:

Existe uma repetição bastante enfatizada ou redundância nos verbos ir e fazer, que são verbos de ação e movimento. Observa-se também uma redundância do verbo estar, sobretudo na forma abreviada coloquial: "tou" ou "tá". De acordo com o dicionário Aurélio (Ferreira, 1975), estar é um verbo de ligação que exprime aspecto transitório nos predicados nominais: “*E eu tou boa*”; estar é ser presente, permanecer: “*tou aqui*”; “*tou na revisão*”; “*tou fazendo revisão*”; "estar com", no sentido em que foi empregado no texto significa "ter, sentir": “*tou com isso*”; “*tou com esse problema*”. A palavra estar pode indicar também continuidade de ação: “*tou sentindo*”. Enfim, estar é um verbo que demonstra um posicionamento do ser diante da vida.

Outra palavra bastante repetida foi “sozinha” relacionada ao modo como a paciente se conduz para o hospital, lá permanece e de lá vai para casa. O termo sozinho diz-se de quem embora precise de uma companhia, se encontra só; que não tem nenhuma ajuda ou assistência; sem ação exterior voluntária, sem intervenção de ninguém (FERREIRA, 1975). A ênfase nesta postura individualista direciona para um regime diurno de enfrentamento da

doença. Também corrobora para esta linha de pensamento o fato de C. utilizar-se predominantemente do pronome "eu" (primeira pessoa do singular) quando se refere a alguma ação ou atitude própria, em detrimento da terceira pessoa do plural (nós). Também podemos salientar a forma de seu enfrentamento da doença que relata ser desprovido de emotividade.

O termo emoção, que foi citada também em repetição, porém em menor intensidade, refere-se à ação de sensibilizar afetivamente: uma alteração intensa do ânimo provocada por determinadas situações e que às vezes tem repercussões somáticas (DÍAZ PARDO; FREIXANES; MASCATO, 2007). Para Jung (1999) as emoções são como matéria-prima, como diamantes não polidos. A emoção de um homem é um produto natural e como um sonho, ela acontece. No entanto, C. refere uma perfeita ausência de emotividade diante do quadro de enfermidade em si estabelecida.

Os mitos de “Deus” e de “Jesus”, como parte da crença cristã, foram encontrados de forma redundante, estando associados.

Observa-se nos relatos de C. que sua crença de melhora é primeiramente atribuída a elementos do sagrado (Deus e Jesus) e secundariamente aos médicos da terra. Para Franz (1975) a imagem de Deus, em termos psicológicos, é uma manifestação do terreno da psique e há tendências curativas emanando desse mesmo terreno da psique. No relato de C. Jesus também é mencionado como sua “companhia” no momento em que se desloca sozinha para o hospital aonde se trata. Companhia esta que vem quebrar um pouco o caráter de isolamento e conseqüentemente o seu posicionamento heróico.

Na mitologia hebraica e cristã, Deus é concebido como o Criador da natureza, autor de criaturas imperfeitas que erram e pecam e, ao mesmo tempo, é o seu juiz e capataz. Deus seria, assim, não só a essência da luz espiritual, não só a meta espiritual da redenção na qual culmina toda a criação, não só o fim e o alvo derradeiro, mas também a causa mais obscura e ínfima das trevas da natureza (JUNG. 1990). O Deus ocupa o terreno antes do homem, ele

“informa-o”, portanto, da maneira como deve se comportar aqui e agora, como deve viver e pensar (MAFFESOLI, 2005, p. 272).

O arquétipo de Deus é de grande significado e poderosa influência. Trata-se de um Deus que se manifesta na sua criação, cuja imagem é ambivalente, de poder benéfico ou destruidor. Deus é a posição efetivamente mais forte da psique. Isto significa que o fator mais poderoso e decisivo da psique individual provoca, forçosamente, fé ou medo, submissão ou entrega, que um deus poderia exigir do homem. O dominante e inevitável é, neste sentido, "Deus", que é absoluto (JUNG, 1995). As quatro letras do nome de Deus designam manifestamente a sacratíssima Trindade e a matéria (JUNG, 2000). Na citação de Ferreira (1975) Deus é ser infinito, perfeito, criador do Universo. Deus é uma figura espiritual (geométrica), cujo centro se encontra em toda a parte e cuja periferia não está em lugar nenhum (BAUMGARTNER, 1896 *apud* JUNG, 1995). Deus é um círculo cujo centro está em todo lugar, cuja circunferência, porém, em nenhum lugar (BAUMGARTNER, 1896 *apud* JUNG, 1991). "Deus" e sua "*omniscientia*", "*omnipotentia*" e "*omnipraesentia*" é o símbolo da totalidade por excelência, um redondo, um completo, um absoluto (JUNG, 1995). Assim como o Criador é uma totalidade, Sua criatura, e, conseqüentemente Seu filho, deve também ser total (JUNG, 1986). A união de Deus e do homem acha-se traduzida no símbolo de Cristo (JUNG, 1995). G. Durand (2004) menciona a imagem de Deus encarnada na pessoa visível do seu Filho, Jesus, figura concreta da Santidade de Deus, o protótipo vivo da imagem do homem transfigurado pela santidade.

Houve redundância também em relação ao termo “médicos”. Este termo foi bastante explanado por C., seja como categoria – o(s) médico(s) – ou como exemplo personificado (doutor tal). Na opinião de C. o tratamento é visto sob um aspecto bastante positivo, destacando os médicos como agentes especiais no processo do cuidar. São os médicos quem fazem a biópsia e operam; que cuidam, que tratam, que são especiais para cuidar. Desta

forma, a figura do médico representa um personagem heróico, personagem este que vem em segundo lugar como ente direcionador de cura, pois o primeiro lugar é atribuído às divindades: “*E é graças a Deus, primeiramente Jesus, segundo os médicos daqui de dentro que cuidou de mim*”.

Redundância também foi percebida em relação aos “dentes”. Dentes estes que eram perfeitos e foram se estragando e tiveram de ser tirados, arrancados. Desde a Antiguidade atribuía-se poder e força aos dentes. Não só ao dente humano, mas também ao dentes de animais, que por suas virtudes eram indicados na forma de amuletos para aliviar ou impedir o aparecimento da dor de dente (STARLING *et al.*, 2007). Como já mencionado anteriormente, os dentes são símbolo de energia vital, de atitude, de agressividade e também de defesa, havendo, portanto um simbolismo negativo pela sua perda ou quebra.

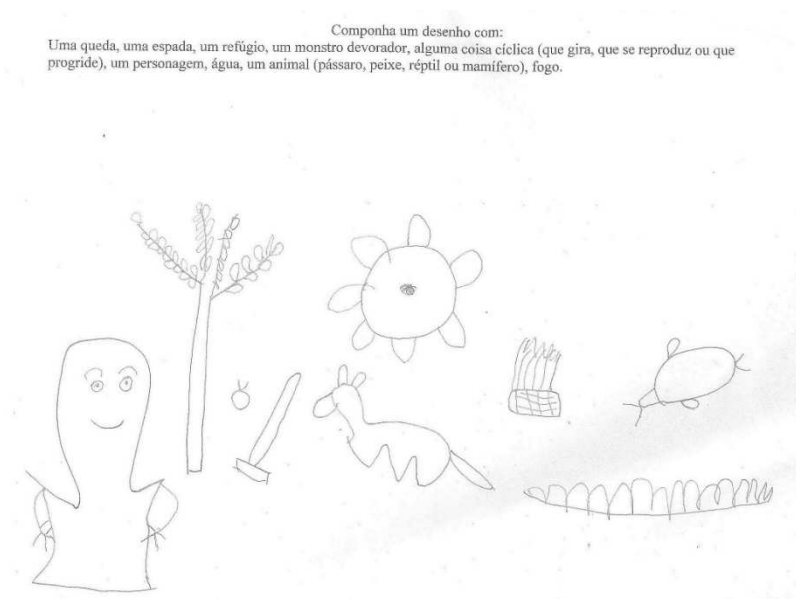
Houve redundância também em relação à palavra “boca”, parte do corpo afligida pela doença e tratada, a qual sofreu modificações pós-tratamento e que ainda é objeto de revisão e reabilitação. Guénon (1941) *apud* Cirlot (2005) menciona que a boca é a consciência integral, a propósito do estado de sonho profundo. Para Cirlot (2005) já no antigo testamento, boca e fogo se associam, daí os adjetivos freqüentes para este último: “devorador” ou “consumidor”, que aludem à função da boca. Não se trata de coincidência nem causalidade que os dois fatos principais que distinguem o homem sejam a linguagem e o uso do fogo. Conseqüentemente, o simbolismo da boca aparece ambivalente, como o fogo, criador (verbo) e destruidor (devoração); como ponto de união entre dois mundos, exterior e interior. Na concepção criadora temos que o Buda, por exemplo, “engendrava” por “sua boca”, quer dizer, pela comunicação de sua doutrina, cujo conhecimento supremo revelado fazia o discípulo nascer para uma vida nova, capaz de conduzi-lo até o limiar do nirvana (ELIADE, 1992). No aspecto destruidor “é assim a boca que passa a simbolizar toda a animalidade, que se torna o arquétipo devorado”. Trata-se aqui da “boca armada com dentes acerados, pronta a triturar e a morder”

O esquema pejorativo da animação vê-se reforçado pelo traumatismo da dentição. É assim uma goela terrível, sádica e devastadora (DURAND, G., 2002, p. 84-85). A boca e os dentes estão relacionados à animalidade, direcionando para um regime diurno de imagens.

Também no relato de C., o verbo “tratar” apresenta-se repetido ou redundante e pode ser associado às formas verbais do “cuidar” e ao termo “cuidado”. Tais palavras vão se relacionar ao *schème* da intimidade. No sentido em que foi empregado no texto, tratar é fazer por curar, cuidar de, medicar; dedicar-se a; manusear, manejar. Cuidado: atenção; precaução, cautela; diligência; desvelo, zelo (FERREIRA, 1975). O interessante é que C. cita 3 vezes a expressão verbal “*me tratei*” ou “*me trato*” indicando como se ela mesma estivesse à frente da situação do tratar e apenas 1 vez “*Deus no céu e os médicos na terra que tratam de nós*” como se outras pessoas estivessem tratando dela. Apenas neste último caso ela delega à Deus e aos médicos a função do tratar. Temos aí um indicativo de posicionamento heróico. No entanto, mais adiante C. vai associar o aspecto do cuidar e do cuidado, diretamente aos médicos: “*cuidando de mim eles sempre são especial pra cuidar*” e “*Tem cuidado muito bem de mim*” direcionando neste último caso para um regime noturno de imagens.

Como forma de tratamento realizado, a radioterapia é bastante referida. Trata-se do tratamento das enfermidades mediante radiações (DÍAZ PARDO; FREIXANES; MASCATO, 2007). Percebe-se que a presença de C. no serviço médico hospitalar tomou e ainda toma a forma de um ritual. E o ritual está relacionado à simbologia do ciclo: é ritual cíclico de todo dia ter ido fazer a radioterapia. Também a rotina cíclica de todo mês estar na revisão. Revisão esta que caracteriza uma sucessão de ações, uma continuidade, apontando para um esquema cíclico. O relato de C. consegue revelar sincronicamente características de um regime diurno e de um regime noturno de imagens, revelando um Micro-universo de estrutura sintética sincrônica.

2) O teste AT-9 de C.



Desenho do AT-9 de C.

I. História do desenho de C.:

- *Esse boneco vai se esconder nesse pé de pau. Essa fruta caiu do pé de pau. A espada é pra guerra. O cachorro pra devorar o que for chegar. A roda gigante pra o pessoal brincar. O fogo pra o pessoal se esquentar. A água pra socorrer o peixe. O peixe quanto tiver no seco, "blupt" cai dentro e se socorre.*

Respostas à primeira parte do questionário:

I. a) Em torno de que idéia central você construiu a sua composição? Você ficou indeciso entre 2 ou mais soluções? Caso for, quais?

Eu pensei na roda gigante, pra eu brincar. Eu vou pra festa, só é o que eu procuro: é roda gigante.

b) Você foi por acaso, inspirado por alguma leitura, filme, etc.? Quais?

Eu pensei nos meus infantis, quando eu era criança, quando eu brincava na água, brincava com o cachorro, brincava na fogueira pra fazer milho assado

c) Indicar entre os 9 elementos da sua composição:

1º) Os elementos essenciais em torno dos quais você construiu o seu desenho.

O cachorro, que se alimenta com o peixe. O fogo pra nós assar o peixe pra nós se alimentar. O pé de árvore pra fazer sombra; faz uma sombra pra nós se amparar quando o sol está quente.

2º) Os elementos que você gostaria de eliminar. Por quê?

Essa figura²⁶ porque tá muito feio. Tá mais feio que eu.

d) Como termina a cena que você imaginou?

Se vir alguma coisa perigosa, o cachorro corre atrás e bota pra correr e ele sobe no pé de árvore pra (se) socorrer. Pode ser de uma coisa perigosa, de uma pessoa, ou senão pode ser outro cachorro mais perigoso que ele. Bota pra correr.

e) Se você mesmo tivesse de participar da cena que você compôs, aonde você estaria? E o que faria?

Eu tava na roda gigante. Eu ficar sentadinha e ela correndo comigo e eu me divertindo nela.

C. mencionou oralmente fazer um coqueiro como abrigo “um pé de pau pra se esconder”. Falou também da onda da água e o peixe está mergulhado para dentro da água. A roda como as cadeiras de sentar o povo e o eixo.

Sobre o elemento que gostaria de eliminar, C. apontou para o personagem, o qual denominou de “*essa figura*”; eliminaria “*porque tá muito feio. Tá mais feio que eu*”.

A idéia central foi a roda gigante. Seu desenho é inspirado na infância. Há devaneios de infância que surgem com o brilho de um fogo. A memória é um campo de ruínas psicológicas, um amontoado de recordações. Toda a nossa infância está por ser re-imaginada. Ao re-imaginar, temos a possibilidade de reencontrá-la na própria vida dos nossos devaneios de criança solitária. Cada arquétipo é uma abertura para o mundo, um convite ao mundo.

²⁶ C. aqui se refere ao personagem.

Como os arquétipos do fogo, da água e da luz, a infância, que é uma água, que é um fogo, que se torna uma luz, determina uma superabundância de arquétipos fundamentais. Nos nossos devaneios voltados para a infância, todos os arquétipos que ligam o homem ao mundo, que estabelecem um acordo poético entre o homem e o universo, todos esses arquétipos são, de certa forma, revivificados. A água da criança, o fogo da criança... Quantos princípios verdadeiros para uma análise do mundo (BACHELARD, 2006).

ANÁLISE ESTRUTURAL

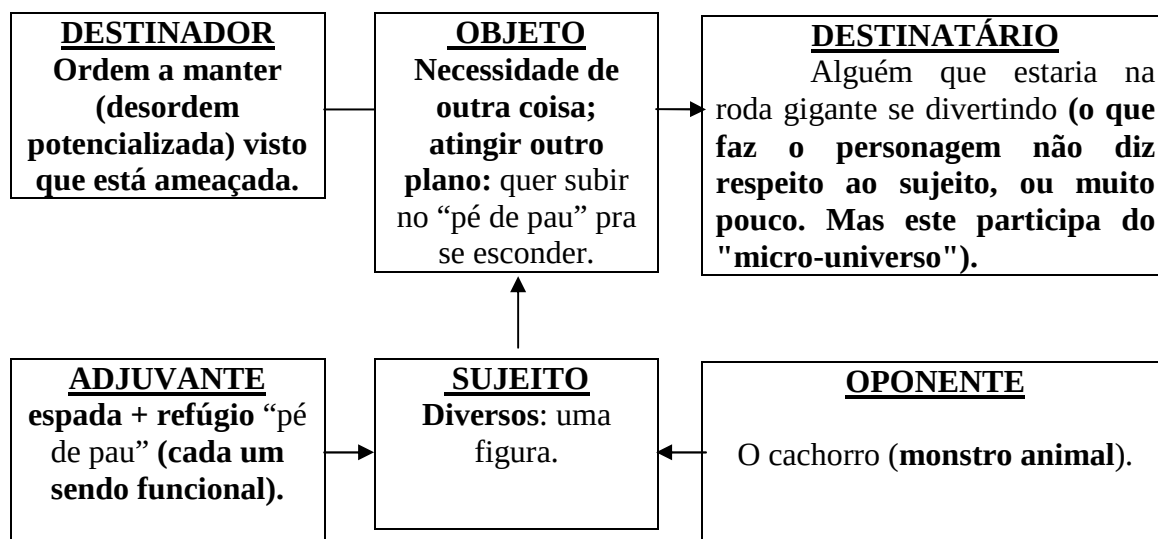
No desenho não se observa representação de luta, característico da temática heróica. Os elementos se apresentam dispersos, de modo desestruturado.

No texto há a citação de um boneco para se esconder no “*pé de pau*”, uma fruta que cai do “*pé de pau*”. O elemento espada é indicado para a guerra. O cachorro para devorar. Uma roda gigante para brincar. O elemento fogo é para se esquentar. A água é para socorrer o peixe, quando ele estiver no seco ele cai dentro e se socorre. Percebe-se um indicativo sugestivo de um regime noturno de imagens.

No questionário a idéia central do desenho foi relacionada à roda gigante (o elemento cíclico) para brincar. Os elementos essenciais do cenário são: o cachorro, que se alimenta com o peixe; o fogo para assar o peixe que servirá de alimentação e o pé de árvore pra fazer sombra quando o sol está quente. Para Bachelard (2002, p. 57) “todo dia a árvore produz e abandona uma sombra do mesmo modo que todo ano ela produz e abandona uma folhagem”. A árvore representa o “cosmos vivo”, regenerando-se incessantemente (ELIADE, 2002, p. 215). O cachorro aqui tem função dupla: é o animal brabo que “a gente cria ele porque a gente gosta, mas ele é devorador” e ao mesmo tempo é o monstro devorador: o cachorro que é muito bom, mas que também é muito covarde “*tanto faz ele tá bem com a pessoa, como ele correr*

atrás e morder.” O elemento queda é representado pela laranja que cai do pé, fruta que amadurece, vai ficando velha, murcha e cai. A espada é um elemento de defesa e serve pra guerra. O refúgio é “*o pé de pau*” pra se esconder. O personagem é alguém que quer subir no pé de pau. A água é uma onda, um pedaço de mar cujo papel ironicamente é salvar a sede e também criar peixinho e apagar o fogo. O elemento fogo é para fazer a alimentação e para se esquentar durante o frio, mas também é citado como um fogo que “*serve pra acabar com a vida da gente*” também “*o fogo devora a gente. Um incêndio não é com fogo? Não acaba com tudo?*”. No teste AT-9 de C. percebe-se uma integração de símbolos heróicos aos místicos ressaltando-se a ciclicidade: a roda gigante, o ciclo de vida do fruto verde que amadurece, envelhece e cai. Tudo isso vem a revelar um micro-universo de estrutura sintética sincrônica.

ANÁLISE ACTANCIAL



A análise actancial centra a observação na ação e nos atores do micro-universo criado. Teremos nesta análise do AT-9 de C. o personagem como uma figura e que tem por ação ter vontade de subir no “pé de pau” pra se esconder, objeto que diz respeito à resolução da ansiedade. O sujeito-autor tenciona ficar na roda gigante se divertindo, ação esta que não diz

respeito ao personagem, ou muito pouco. Os elementos adjuvantes são representados pela espada e pelo refúgio (ambos funcionais). O oponente é citado como o cachorro (ao mesmo tempo elemento animal e monstro devorador). Neste caso estamos diante de uma ordem a ser mantida ou uma desordem potencializada, visto que está ameaçada.

II. Análise morfológica, funcional e simbólica dos elementos:

Então, para C.:

- A **queda** é representada pela laranja que cai do pé. Na simbolização, C. menciona que *“Enquanto ela tá verde, tá segura no pé. Quando ela amadurece cai. Enquanto ela tá boa fica atrepadinha quando fica velha, murcha e cai.”* É o ciclo da natureza. O fruto que se tem na mão dá provas de sua maturidade. Sua maturidade é transparente (BACHELARD, 2006). A árvore, símbolo da vida, também simboliza o aspecto cíclico da evolução cósmica (CHEVALIER; GHEERBRANT, 2009, p. 84). Os ritmos da vegetação revelam o mistério da Vida e da Criação, e também da renovação, da juventude e da imortalidade. A experiência religiosa da renovação (recomeço, recriação) do Mundo precede e justifica a valorização da primavera como ressurreição da Natureza. É o mistério da regeneração periódica do Cosmos que fundou a importância religiosa da primavera (ELIADE, 1992). Desta forma, a morte não é mais fim, mas um recomeço, um renascimento (ROCHA PITTA, 2005, p. 34).

- A **espada** serve pra guerra, pra gente se defender com ela. Sobre a simbolização C. menciona: *“às vezes a gente tá num abismo pesado, a gente quer se defender, ter a espada.”* Eu perguntei a C. o que representava um “abismo pesado” e C. me respondeu: *“quando alguém quer dar (bater) na gente, a gente quer se socorrer, pega um pedaço de pau. No lugar do pau pega essa espada aqui”*. Trata-se aqui de uma espada literal, heróica, elemento bélico para se defender em situações de conflito.

- O **refúgio** é “o pé de pau” que serve pra se esconder, simbolizando a “*minha salvação*”. C me menciona: “*se eu vejo um bicho atrás de mim, eu corro e subo nele e tou salva*”. O refúgio é uma árvore, cosmo vivo em perpétua regeneração, símbolo da vida, em perpétua evolução e ascensão para o céu, ela evoca todo o simbolismo da verticalidade (CHEVALIER; GHEERBRANT, 2009).

- O **monstro** é o cachorro: “*ele aqui tá quietinho, tá mansinho, porque ninguém buliu com ele. Tá manso. Agora, se chegar alguém...*” sobre a simbolização C. fala que “*ele é muito bom, mas ele é muito covarde. Tanto faz ele tá bem com a pessoa, como ele correr atrás e morder.*” O monstro aqui evoca um animal cuja agressividade está latente. Ele está manso, mas a qualquer momento pode atacar. E sua simbologia é contraditória (manso ou feroz; bom ou covarde).

- O elemento **cíclico** é a roda gigante que no desenho está parada porque não chegou ninguém ainda pra sentar pra ela correr. Sobre a simbolização: “*Ela só é armada em tempo de festa; a pessoa arma ela pro pessoal brincar*”. É o esquema da repetição. No que concerne à roda retenhamos o seu sentido primordial de emblema do devir cíclico, resumo mágico que permite o domínio do tempo (DURAND, G. 2002).

- O **personagem** é “essa figura” que “*está com vontade de subir no pé de pau, mas tá achando muito alto. Tá com medo da altura. Abotizou um olho!*”. Para Jung (2000), o olho representa provavelmente a consciência (uma vez que é um órgão da percepção). Sobre a simbolização C. refere que “*quando eu era criança, que subia em pé de pau eu caia muito*”.

- A **água** é “uma onda, um braço de mar”. Sobre o papel: “*salva a sede de nós, banho, cria peixinho, apaga o fogo*”. Sobre a simbolização C. refere gostar da água “*pra tomar banho*” e “*pra beber*”. O elemento água, mesmo sendo representado pelo mar, evoca em seu devaneio seu papel de água-que-mata-a-sede. Para Bachelard (2002), o devaneio natural reservará sempre um privilégio à água doce, à água que refresca, à água que dessedenta. Além de ser água para

beber, C. refere também outras utilidades para a água mística: água útil para banho, para criar peixe e também para apagar o fogo, o que lhe confere uma característica mística.

- O **animal** é o cachorro, “a duplicação mais ou menos doméstica do lobo” (DURAND, G., 2002, p. 86), que está “*olhando pra essa figura (o personagem) com vontade de dar um bote nela. Mas a figura está quietinha e ele se aquietou também.*” Simboliza algo “*muito brabo: a gente cria ele porque a gente gosta, mas ele é devorador*”.

- O **fogo** é a fogueirinha que “*é pra nós fazer comida, pra nós se alimentar, se esquentar quando tá com frio*”. Para Bachelard (2006) o fogo habita a casa, torna a casa habitável. O fogo transmite sua amizade à casa inteira e assim faz da Casa um Cosmos do calor. C. menciona sobre o fogo que também “*ele serve pra acabar com a vida da gente. Uma queimadura braba a pessoa morre, né? E também o fogo devora a gente: um incêndio não é com fogo? Não acaba com tudo?*” A simbolização aqui é omitida. O fogo é prazer e, no entanto castiga. O fogo é bem estar e respeito é um Deus tutelar e terrível, bom e mau (BACHELARD, 2008). Esta representação dúbia do fogo trás à tona a conciliação de opostos.

C. refere não sentir emoção durante o processo de adoecer ou durante o tratamento. No entanto, o personagem do AT-9 revela alguém que tem medo; medo da altura, cuja simbolização remete às quedas de sua infância. Um aspecto de perigo entra na figura do cachorro, ao mesmo tempo animal e monstro devorador, cuja simbologia é dúbia e está olhando para o personagem, tencionando lhe “*dar um bote*”. Nesta representação configura-se angústia: a figura do animal simboliza algo “*muito brabo*”, pois “*ele é devorador*”. Este monstro devorador está quieto e manso, mas representa um perigo iminente uma vez que ele pode “*correr atrás e morder*”. E a simbologia do monstro, com sua animalidade mordicante, está associada à da doença, que está latente, mas que a qualquer momento pode se manifestar. Essa doença tem submetido C. a um tratamento durante 7 anos, dentro do Hospital de Câncer, e já lhe fez sentir muito mal, deixando-a temporariamente incapacitada para comer e para

andar, são as situações de “*abismo pesado*”, pelas quais C. teve que passar, situações difíceis, de conflito, em que se corre em busca de um socorro utilizando a espada heróica como meio de defesa. E para as intempéries da vida existe o refúgio, que é um abrigo, simbolizando a salvação de C., pra se esconder de um perigo. C. se sente bem por estar com “*um pouquinho de saúde*” e menciona bastante sua fé em um ente sagrado: “*mas depois, depois, Jesus me levantou*”. Após a radioterapia C. já se sentiu melhor. Refere sua fé em Deus de que está boa, muito embora lamente ter perdido os dentes, representativos de energia vital, dentes estes que foram tirados, arrancados, que se “*toraram todos*”. Ela agradece sua melhora às figuras míticas de Deus e de Jesus; sempre creditando em primeiro lugar ao sagrado, e depois aos médicos que cuidaram dela, estes últimos que ela considera “*bom especial pra cuidar*”. C. menciona empatia com o clima de descontração presente no *Depto.Odonto-HCPE*. Administrar sua permanência de forma mais agradável, dentro do tempo faz parte de sua realidade: “*Assim o tempo passa mais rápido, não demora*”. O tratamento é longo, e precisa ser levado adiante, sem que a pessoa tenha que ficar muito séria ou chata. Diante de sua participação na cena, a vida para C. se torna uma eterna roda gigante que a faz correr de forma divertida. O ritual de tratamento iniciado com a radioterapia (diária) se continua com a revisão (mensal). É o ciclo da vida que se traduz nos elementos queda, além do próprio elemento cíclico, que centraliza a cena: a roda gigante.

S.



S. teve câncer oral e cervical.

1) Entrevista: vivências, representações, percursos e imagens da doença, do adoecer, do tratamento.

S. tem 39 anos, é católico, nasceu no Recife e atualmente mora em Paulista. Seus pais e avós são todos naturais do Recife-PE. Atualmente encontra-se aposentado pela doença, mas já trabalhou como garçom, balconista, açougueiro e caseiro. Estudou até a oitava série. Relata que teve câncer que começou no lábio e que se “*enraizou*” pro pescoço, os dois lados. Submeteu-se a cirurgia (na boca e pescoço), radioterapia e tem feito revisão a cada 6 meses.

O que o senhor entende do câncer?

- *Não entendo muito não, mas isso é genético né? De... Hereditário, que na minha casa tem o que? Foi minha mãe que teve câncer, assim, né? Família, né? Minha mãe... E o primeiro fui eu na boca, depois foi minha mãe que perdeu a mama, né? Minha mãe... É... Minha tia que perdeu a mama também... Na família, lá no caso tem... Nossa família tem 3 casos, né? Mas isso é genético, né? Do sangue, né? Não entendo muito bem não, mas acho que é... Não genético?*

Mais adiante S. menciona:

- Já fumei muito; mas no caso aqui foi porque eu levei sol muito. Tava dando uma “geral” na piscina com aço, pra tirar a sujeira; dando um “grau” na piscina. Aí nesse dia eu tava fumando, eu tava com o cigarro aqui – apontando para o meio do lábio inferior – só que tava pequenininho, pequeno. Tava pequenino, meu irmão diz: vai-te embora pro médico. Aí eu não ia, né? Aí vai... Aí não: vai pro hospital. Um médico pegou, falou assim... É... Um médico de pele. Rapaz, com um pouco de tempo porque afundou um bocado, né? Parecia uma cacimba, pequenininho assim. Aí ele pegou e me mandou pro médico de pele. Aí o médico de pele ele pegou e disse pra mim assim... Eu só vim pra cá pro hospital do câncer porque ele fez medo a mim. Ele fez: “você só tem 3 meses de vida”. Eu saí com o pé no chão pisando... Aí eu cheguei em casa... Por coincidência do destino, um médico que ele me encaminhou, o mesmo médico que tava aqui (no hospital do câncer), o doutor Z. Por coincidência do destino, né? Aí eu cheguei aqui o médico pegou, encaminhado por ele. Foi isso aí que eu disse à senhora. Se eu tivesse cuidado antes, não tinha acontecido isso. Tava pequenininho, no caso, tava aqui assim (gesticulando com os dedos da mão evidenciando o tamanho pequeno do tumor). Se eu tivesse cuidado não tinha acontecido isso. Não tinha crescido tanto

Como o senhor se sente com a doença?

- Não começo foi um negócio assim é... A pessoa fica sem vontade de viver no começo, né? Perde a vontade de viver, né? Porque tem muita diferença: a pessoa é um pouco é... Recuado, né? Tem um pouco de... Como é que se chama? Discriminação, né? Não começo, né? Depois é que vão... Chegando tudo de novo. Tem o preconceito da doença, né? Não começo. Mas com o tempo volta ao normal; com o tempo assim: anos, né?

S. acha que o tratamento no Depto.Odonto-HCPE sempre foi bom mesmo, que o atendimento foi ótimo. No entanto ressaltou várias vezes a necessidade de se ter no setor de Odontologia o tratamento de restauração de dentes:

O que o senhor acha do tratamento aqui no setor de Odontologia?

- “O atendimento aqui sempre foi bom mesmo”; “aqui sempre foi bom mesmo, o atendimento foi ótimo”.

E o que é que pode melhorar aqui pra vocês?

- *É o problema de restauração, né? Negócio de obturação de dente, né? Isso aqui, tendo isso aqui pra gente é o principal, acho que é isso mesmo. Tendo isso aqui a gente acaba o aperreio.*

- *É o principal depois da radioterapia, quando terminar a carga, né? Os dentes começam a... Ficar sensível, né. A gente precisa muito de um dentista que faça obturação nos dentes; tá muito difícil mesmo pra conseguir; já andei muito já, muito. Pedindo assim: eu conheço um dentista: aí fala com um; encaminha pra outro e assim vai, né? É difícil. Eu acho que o principal é esse. É o principal de quem tá fazendo esse tratamento de rádio.*

- *A carga... A gente passa um tempo, fica sofrendo. Os dentes ficam tudo doendo quando come, né? É... Fica... É... Assim: a pessoa perde totalmente o gosto do sal e do açúcar, né? Passa 3 meses sem o gosto do sal e do açúcar e aí vem a dor de... O dente doendo, fica... O dente fica sensível, não pode tocar que dói. É isso o que eu quero dizer à senhora. Era o principal é isso: terminou passou pra o setor (de obturação). A gente não ficava sofrendo tanto o tanto que a gente sofre, né?*

E eu lhe pergunto como está sua vida?

- *Mais ou menos, dá pra levar.*

Mitocrítica:

O termo “médico” é o que mais se repete, e trata-se de “*médico de pele*.”, expressão também redundante. O médico diagnostica, prescreve, executa operações: essa é sua forma de tratar da saúde das pessoas. Portanto, o simbolismo médico é heróico. A pele cobre e protege o corpo das pessoas e dos animais, e sua simbologia evoca, renovação, transformação, ciclicidade.

Percebe-se uma redundância dos termos “genético” e “família”. O câncer é entendido como algo genético, hereditário, de “família”, “do sangue”. Todos esses termos são citados por como relacionados à hereditariedade, que alude à Genética, o ramo da biologia que estuda as leis de transmissão dos caracteres hereditários nos indivíduos e as propriedades das partículas que asseguram essa transmissão (FERREIRA, 1975). A expressão do código genético é uma imagem, mas ela fala: e pretende simplesmente indicar que a vida pré-existe, que é pré-formada (MAFFESOLI, 2001). O termo “família” pode se referir às pessoas do mesmo sangue ou a um grupo de seres ou coisas que apresentam características comuns; os descendentes de um indivíduo, a linhagem, a estirpe (FERREIRA, 1975). Para Lévi-Strauss (2003, p. 69) um sistema de parentesco não consiste nos laços objetivos de filiação ou de consangüinidade entre os indivíduos. Ele só existe na consciência dos homens. Apesar de haver um discernimento na Antropologia de que o parentesco é social e não, biológico. S. quando cita a “família” está associando a palavra à questão genética, hereditária. E aquilo que é genético presume uma transmissão de pais para filhos em sucessivas gerações. O caráter hereditário pressupõe algo sucessivo, que se perpetua ao longo do tempo. A simbologia é a da preservação de características na descendência, evoca, assim, uma ação de continuidade e por isso vai se relacionar ao regime noturno pela ritmicidade do ciclo de vida e pela permanência ou perpetuação dos caracteres.

O termo “mãe”, também é encontrado de forma redundante. O arquétipo da mãe remete ao aconchego ao ato de proteger. Em todas as culturas os homens imaginaram uma Grande Mãe, uma mulher materna para a qual regressam os desejos da humanidade (DURAND, G., 2002, p. 235). A mãe, que acalenta e amamenta, é o símbolo da intimidade repousante. A mãe é a segurança do abrigo, do calor, da ternura e da alimentação (CHEVALIER; GHEERBRANT, 2009). A mãe também é a representação do inconsciente coletivo, a fonte da água da vida (JUNG, 1994).

Observa-se redundância do termo “pequenininho”, que é empregado para designar o tamanho da lesão no momento em que S. não cuidou, estando essa palavra também associada aos termos “pequenino” e “pequeno” citados por S. como também relacionados à reduzida dimensão da patologia. Àquilo que é pequeno, em geral não é dada muita importância; foi o que aconteceu com S. em relação à sua doença. O elemento minúsculo, assim como a miniaturização da imagem direciona para o regime noturno. Encontramos na estrutura mística “uma reviravolta completa dos valores: o que é inferior toma o lugar do superior, os primeiros tornam-se os últimos, o poderio do polegar vem escarnecer a força do gigante e do ogro” (DURAND, G., 2002, p. 276-277).

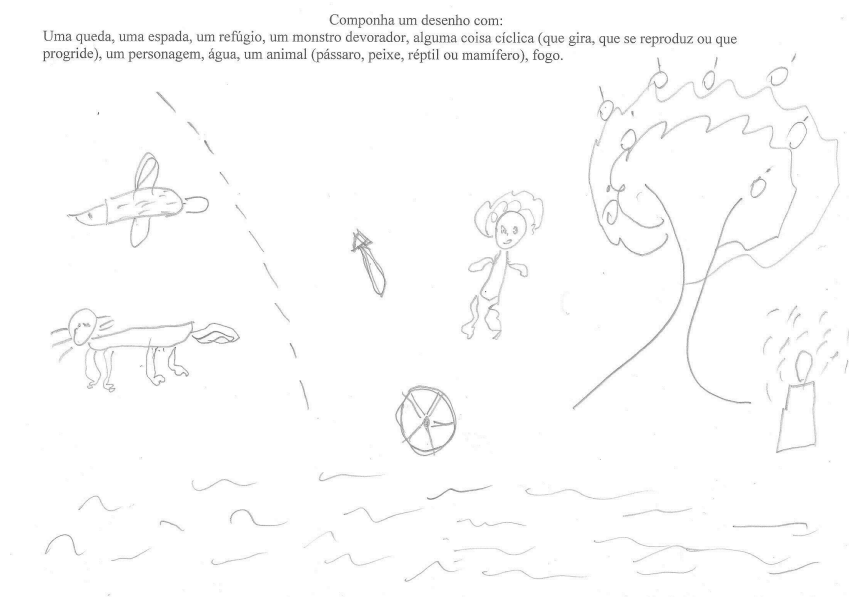
A expressão “no começo” também foi encontrada de forma redundante, denotando um aspecto de temporalidade. S. revela que perdeu a vontade de viver, no começo, em virtude da discriminação que o fez se sentir “*recuado*”. De acordo com S. “*depois é que vão... Chegando tudo de novo.*”, ou seja, o preconceito diante da doença, que recua o indivíduo, isola e aparta, só acabou “*com o tempo*”; “*com o tempo assim: anos, né?*”. Os termos discriminação, diferença e preconceito, citados por S. podem ser agrupados conjuntamente e estão relacionados a um *schème* de divisão ou de separação. Para G. Durand (2002, p. 186) o doente repete incansavelmente “tudo está separado...”; é “o muro de gelo” que separa o doente de “tudo e de todos”.

O termo “principal”, apresentado também em redundância, é relacionado ao tratamento odontológico de fazer restauração/obturação nos dentes. O termo principal denota um caráter heróico, pela sua significação relacionada a um aspecto de importância, primordialidade, notabilidade, essencialidade, evidenciando a importância dada por S. ao tratamento odontológico restaurador, após a radioterapia: “*É o principal de quem tá fazendo esse tratamento de rádio*”.

A palavra dente(s) também se encontra redundante, dentes esses que vão se apresentar doloridos, sensíveis. Correlacionado aos dentes está também o verbo “doer” se apresentando redundante, podendo ser agrupado em conjunto com a palavra “dor” e com a expressão “ficar sensível”, sendo todas relacionadas à dentição. Neste mesmo aspecto encontrarmos a redundância do verbo “sofrer” relacionada à sintomatologia oral após S. ter se submetido à radioterapia, ou seja, à “carga”. É o sofrimento diante da sensibilidade dos dentes: “*os dentes ficam tudo doendo quando come, né?*”. S. menciona que se pudesse terminar a radioterapia e imediatamente passar a um setor que pudesse ter seus dentes restaurados, obturados, o sofrimento seria minimizado. A dor e o sofrimento relacionam-se à simbologia da queda, remetendo ao regime diurno.

Como já mencionado, os dentes simbolizam energia vital; uma desestabilização do aparato dentário implica em redução de vitalidade. Já a dor é um tormento, um incômodo. A sintomatologia da dor, assim como o sentimento de sofrimento são elementos subjetivos; o limiar de tolerância para a dor é individual, e a sensação ou caracterização do sofrer é algo personalíssimo. O sofrimento pode advir da dor, que pode ser física e/ou psicológica. Sentir dor é uma atitude que pode ser incorporada ao universo heróico. Sofrer é suportar, seja com resignação ou com bravura, e esse gesto também está direcionado para uma atitude heróica. Percebe-se uma conciliação entre os regimes noturno e diurno, no relato de S., remetendo a uma estrutura sintética do imaginário.

2) O teste AT-9 de S.



Desenho do AT-9 de S.

I. História do desenho de S.:

O gato se alimenta do peixe. O raio que cai. O rio. A espada que serve para tirar fruto. A roda que serve para colocar em uma carroça como meio de transporte e o pé de maçã serve como abrigo. A vela serve pra iluminar a casa. Uma pessoa que tá num sítio. É tempo de chuva, caindo um raioO.

Respostas à primeira parte do questionário:

I. a) Em torno de que idéia central você construiu a sua composição? Você ficou indeciso entre 2 ou mais soluções? Caso for, quais?

Não caso é uma pessoa que tá num sítio. É tempo de chuva caindo um raio. Um pouquinho. pensando em paisagem.

b) Você foi por acaso, inspirado por alguma leitura, filme, etc.? Quais?

Não.

c) Indicar entre os 9 elementos da sua composição:

1º) Os elementos essenciais em torno dos quais você construiu o seu desenho.

A pessoa, o pé de maçanheira, o peixe, a vela, a roda e o rio.

2º) Os elementos que você gostaria de eliminar. Por quê?

A espada. Porque é um objeto que leva à violência

d) Como termina a cena que você imaginou?

Amor e paz.

e) Se você mesmo tivesse de participar da cena que você compôs, aonde você estaria? E o que faria?

Debaixo do pé de maçanheira, no pé de maçã. Me proteger do raio.

Então, já não é o tempo dos homens que reina sobre a memória, nem tampouco o tempo dos santos, mas o tempo das quatro grandes divindades do céu: as estações. A lembrança pura não tem data. Tem uma estação. É a estação que constitui a marca fundamental das lembranças. Que sol ou que vento fazia nesse dia memorável? Eis a questão que dá a justa tensão da reminiscência (BACHELARD, 2006).

ANÁLISE ESTRUTURAL

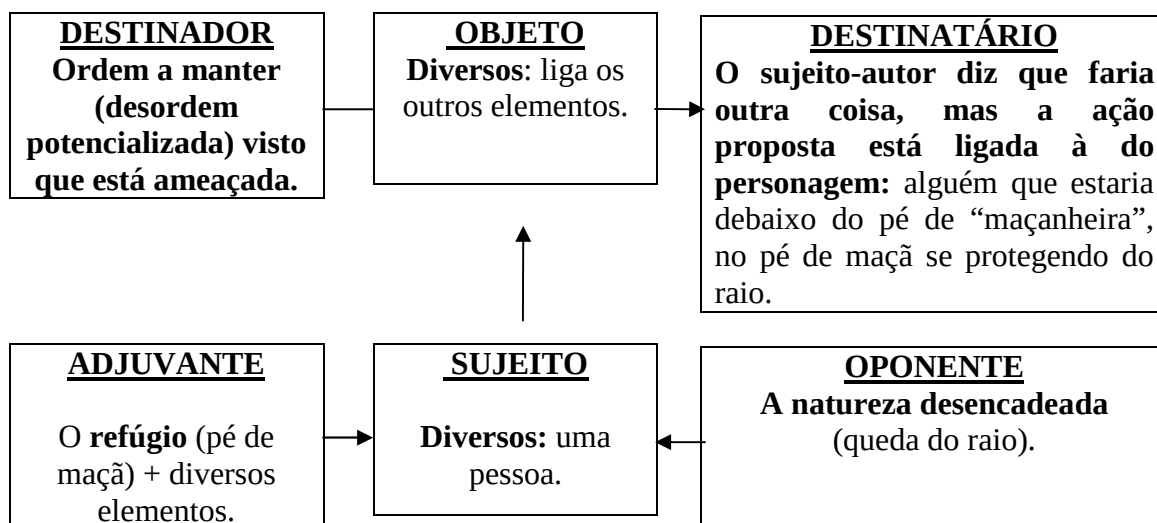
No desenho não há evidência de luta, característico da temática heróica. Visualiza-se uma estrutura semelhante a uma roda na parte central do cenário, acima da qual há uma flecha e um personagem. Uma árvore e uma vela no canto direito; um peixe e um gato no canto esquerdo. Na porção inferior do desenho: água. Observam-se os elementos dispersos no cenário configurando um aspecto de desestruturação.

No texto há referência do gato se alimentando com o peixe, um raio que cai, uma espada desfuncionalizada e convertida em objeto utilitário: “*serve para tirar fruto*”. Uma roda para colocar em uma carroça (meio de transporte). O abrigo é o “*pé de maçã*”. A vela ilumina a casa. O personagem se encontra num sítio em tempo de chuva, quando está caindo um raio. Então pelo texto há um direcionamento para uma temática noturna, um micro-universo místico.

No questionário os elementos essenciais são elencados como: a pessoa (personagem), o pé de “maçanheira” (abrigo), o peixe, a vela (o fogo), a roda (elemento cíclico) e o rio (água). O elemento a ser eliminado é a espada, por ser um objeto que leva à violência. Esta mesma espada é desfuncionalizada, servindo para cortar alimento. A queda é representada pelo raio o qual simboliza claridade. O raio que cai é gerador de energia e clareia. Trata-se de elemento simultaneamente destruidor e criador. A figura do monstro é eufemizada, sendo representada pelo gato que se alimenta do peixe, animal que remete à infância do autor de uma forma positiva. A água é corrente: um rio que vai apresentar peixes para consumo. O fogo é a vela que ilumina e simboliza paz. Percebe-se uma atmosfera de equilíbrio, um certo ar harmonioso, característico de um ambiente místico. O universo místico está centrado na ação de vida apaziguadora do personagem. Esse contexto juntamente com os demais dados da

análise morfológica, funcional e simbólica dos elementos permite evidenciar um micro-universo de estrutura mística.

ANÁLISE ACTANCIAL



A análise actancial centra a observação na ação e nos atores do micro-universo criado. Teremos nesta análise do AT-9 de S. o personagem como uma pessoa que tem por ação ligar os outros elementos, objeto que diz respeito à resolução da ansiedade. O sujeito-autor tenciona ficar debaixo do pé de “maçanheira”, no pé de maçã se protegendo do raio, ação esta que difere, mas está ligada à do personagem. Os elementos adjuvantes são representados pelo refúgio (pé de maçã), e pela vela (fogo) que ilumina. O oponente é citado como o elemento queda, representado pelo raio. Neste caso estamos diante de uma ordem a ser mantida ou uma desordem potencializada, visto que está ameaçada.

II. Análise morfológica, funcional e simbólica dos elementos:

Então, para S.:

- A **queda** é representada pelo raio que gera energia, eletricidade, simbolizando claridade. E tudo o que faz ver vê. O relâmpago que ilumina olha (BACHELARD, 2002a, p. 33). Do raio, revelação do movimento divino, nasce a luz; ele tem o poder da transformação (JUNG, 2000). O raio representa um exemplo de queda fulgurante, uma queda reluzente. De acordo com Chevalier e Gheerbrant (2009) o feixe de raios consiste numa espécie de grande fuso, de cujo centro saem vários dardos em ziguezague. O raio é fogo celeste de uma violência irresistível e simboliza tanto o poder criador, quanto o destruidor da divindade, sendo considerado como o instrumento e armas divinos. O raio gera e destrói ao mesmo tempo, ele é vida e morte. Evoca, portanto a estrutura sintética do imaginário, conciliando os opostos.
- A **espada** é representada pela própria “espada” que “serve para cortar alimento”. A simbolização foi omitida. Trata-se, então, de uma espada desfuncionalizada, transformada em objeto utilitário.
- O **refúgio** é o “pé de maçã”, que serve de “abrigo”. Sobre a simbolização S. menciona: “*sensação de proteção*”. A macieira é a árvore da vida e do conhecimento do bem e do mal, cujo fruto confere conhecimento unificador, que confere a imortalidade, ou então conhecimento desagregador (CHEVALIER; GHEERBRANT, 2009). Aqui a árvore vai proteger o autor contra um suposto perigo, o raio, configurado pelo elemento queda.
- O **monstro** é “o gato” cujo papel é “ele se alimenta do peixe”. Sobre a simbolização S. menciona: “*sempre eu tive gato na infância; sempre gostei de bicho.*” Podemos dizer que nada nos é mais familiar, desde a infância, que as representações animais (DURAND, G., 2002, p. 69). Para Chevalier e Gheerbrant (2009) o simbolismo do gato é muito heterogêneo, pois oscila entre as tendências benéficas e maléficas, o que pode se explicar pela atitude, a um só tempo,

terna e dissimulada do animal. O papel de alimentação exercido pelo gato remete à descida e à intimidade. A simbolização faz recordar a infância de S. e sua afetividade por animais. O mundo do devaneio da infância é grande. No outono da vida, experimentamos uma espécie de exacerbação do devaneio quando tentamos fazer reviver os devaneios da infância. Essa exacerbação, esse aprofundamento do devaneio que experimentamos quando pensamos na nossa infância explica por que, em todo devaneio, mesmo naquele que nos embala na contemplação de uma grande beleza do mundo, logo nos encontramos no declive das lembranças; insensivelmente, somos conduzidos para devaneios antigos, de repente tão antigos que já nem pensamos em datá-los (BACHELARD, 2006).

- O elemento **cíclico** é um pneu, com “*sentido de transporte, carroça, assim: que vai encaixar, não é ele sozinho*”. A simbolização foi omitida. A roda vai se conjugar ao simbolismo do carro e da viagem sideral, estando relacionada à apreensão, ao domínio da função temporal (DURAND, G., 2002). Além do tempo, temos também a questão do encaixe da roda. O encaixamento também é uma forma de “engolir”, daí configurar na simbologia da inversão. “Pode-se acrescentar que a roda e todas as suas variantes, movimento na imobilidade, equilíbrio na instabilidade, antes de ser tecnicamente explorada e de se profanar em simples instrumento utilitário, é acima de tudo engrenagem arquetípica essencial na imaginação humana” (DURAND, G., 2002, p. 328). É no regime noturno de imagens que o jogo dos encaixes sucessivos vai se configurar, dentro de uma estrutura mística do imaginário (DURAND, G., 2002, p. 276-279).

- O **personagem** é uma “*pessoa*”. Cujo papel é definido como: “*Ele liga os outros elementos, uma coisa com a outra: a roda, a vela, a macieira, a espada, o gato, o peixe. Menos o raio*”. Sobre a simbolização S. menciona “*uma pessoa que tá perto de um rio, com a macieira, com seu gato se alimentando do peixe*”. O papel explicitado por S. direciona para uma estrutura sintética, pelo seu caráter conciliador.

- A **água** é “água corrente”. “*Tem peixe nela, serve pra consumir*” quanto a simbolização da água S. lembra um pouco da época em que tomava banho de rio, “*se sentindo em paz, liberdade*”. “O homem mira-se em seu passado, toda imagem é para ele uma lembrança” (BACHELARD, 2002a, p. 69). Água aqui é para consumir: se trata de uma água útil cujos peixes em seu interior, juntamente com o sentimento de paz e liberdade direcionam para uma estrutura mística.

- O **animal** é o gato cujo papel é se alimentar do peixe. A simbolização foi omitida. Para Ronecker (1997) o simbolismo do gato varia consideravelmente, oscilando entre as tendências benéficas e maléficas: a sua beleza, flexibilidade e graça naturais se opõem à sua fama injusta, de crueldade e fingimento. O gato é associado à fertilidade e também ao outro mundo (p. 322-324).

- O **fogo** é a “vela” que “ilumina” e simboliza “paz”. A luz é uma supervalorização do fogo (BACHELARD, 2008); e do tormento do fogo gera-se a iluminação (JUNG, 2000). Há diversas espécies de calor. Entre as quais o calor já mais elaborado do cintilar da chama e o das iluminações e dos entusiasmos (DURAND, G., 1998c, p. 31). A chama da vela, doadora de luz, é um modelo de vida tranqüila e delicada. Então a mesma paz está no coração do sonhador e no da chama. A chama da vela podia ser um sensível manômetro de tranqüilidade da alma, uma medida da calma fina, de uma calma que desce até os detalhes da vida – de uma calma que dá uma graça de continuidade à duração que segue o curso de uma fantasia pacífica (BACHELARD, 2002b, p. 27).

S. tem o entendimento da doença como algo genético, hereditário, relacionado à família, “do sangue”. Neste contexto familiar, S. ressalta bastante a citação da mãe, termo que direciona para uma atmosfera mística, de aconchego e proteção. Não há uma espada funcional, pois este elemento “*serve para cortar alimento*”. A escolha pela eliminação da espada, por ser um objeto que leva à violência, assim como o término da cena com “*amor e paz*” são

pontos que também direcionam para uma ambientação mística. O monstro devorador é um animal que remete à sua infância de uma forma positiva: “*sempre eu tive gato na infância; sempre gostei de bicho*”, daí a angústia ser minimizada. Se estivesse participando da cena S. estaria no abrigo, o “*pé de maçã*”, se protegendo do raio. Então o raio, definido como elemento queda, que “*gera energia, eletricidade*” e simboliza “*claridade*”, vai representar uma ameaça para o autor, configurando aí um traço de angústia para S. Essa angústia pode estar relacionada ao fato de S. assumir a culpa pelo avançar da doença, por não ter cuidado antes “*Se eu tivesse cuidado antes, não tinha acontecido isso. Tava pequenininho*”; “*Se eu tivesse cuidado não tinha acontecido isso. Não tinha crescido tanto*”. Também a doença o fez perder “*no começo*” a vontade de viver, por se sentir recuado diante da discriminação. No entanto essa situação foi normalizada com o passar do tempo: “*Mas com o tempo volta ao normal; com o tempo assim: anos, né?*”. O mesmo tempo que trás o raio, trás a chuva. E a chuva associada ao raio representa um aspecto claramente benéfico desta ação (CHEVALIER; GHEERBRANT, 2009). S. enfatiza a necessidade primordial de se fazer tratamento restaurador (obturações) dentro do setor odontológico após a radioterapia, quando os dentes ficam sensíveis e doloridos, trazendo-lhe sofrimento. S. refere que o sofrimento pelo quadro da doença poderia ser minimizado caso houvesse a prestação de serviços de restauração dos dentes “*Tendo isso aqui a gente acaba o aperreio*”; “*A gente não ficava sofrendo tanto o tanto que a gente sofre, né?*”. A vida de S. é definida como estar “*mais ou menos, dá pra levar*” o que sugere um quadro de aceitação ou conformismo. A ameaça diante do quadro de doença é minimizada, não obstante a culpa que carrega pelo fato da doença ter assumido proporções maiores. E a vida se continua, como a roda faz girar, se encaixando ao meio de transporte, encaixamento esse configurado na simbologia da inversão.

AP.

1) Entrevista: vivências, representações, percursos e imagens da doença, do adoecer, do tratamento.

AP. tem 54 anos, é de origem indígena, nasceu na aldeia Pankararú, onde reside até hoje, no município de Tacaratu, interior de Pernambuco. Seus pais e avós também têm a mesma origem. Com muito esforço e por conta própria AP. estudou até o primeiro grau (já que o pai lhe proibia estudar). Quando questionada quanto à religião e condição social, afirma ser católica e pobre, pois segundo ela “*não tem índio rico*”. Atualmente está aposentada por tempo de serviço, quando trabalhou como “*monitor de ensino pela FUNAI*”, ensinando crianças.

AP. teve um tumor que começou a ser tratado em sua fase inicial. A cirurgia deixou uma comunicação entre a fossa nasal (nariz) e a cavidade oral ou boca, uma fenda nasopalatina, ou seja, uma “*abertura no céu da boca*” que dificulta tanto a fonação, quanto a alimentação (uma vez que os alimentos são empurrados para as vias aéreas durante a mastigação e/ou deglutição). Estava em tratamento há uns 3 meses já no setor odontológico. Durante sua entrevista ela já estava com a prótese obturadora do palato instalada, tendo restabelecida sua fonação e sua alimentação via oral, vindo para o setor Odontológico para realizar alguns ajustes de rotina. Em seu primeiro contato comigo ela me apareceu sorridente: já tinha confeccionado sua prótese obturadora, que veio apenas para ajustar.



Na foto à esquerda temos AP. com a prótese instalada. Na foto à direita visualiza-se a prótese obturadora confeccionada para restabelecer sua condição funcional e estética.

Quando pergunto sobre o que AP. entende sobre a doença, o câncer, no início ela se confunde "é uma doença transmissível", mas logo depois ela mesma se corrige e diz que "transmissível não: ela não é transmissível. Muito perigosa, que se a pessoa não se cuidar morre." Mais adiante ela explica: "porque ela não transmite nada pra ninguém; vem da pessoa mesmo, né?".

AP. sente a doença da seguinte forma:

"Eu me sinto... Sinto muito medo, tristeza... Medo que ela volte de novo (...) me sinto assim uma pessoa rejeitada; assim, pelas pessoas, não pelos meus, né? Rejeitada assim: pelo medo, sei lá, das pessoas... Sinto só isso. Até que agora não tou muito mais não, tou mais alegre, tou ficando mais conformada, mas no começo eu sofri muito assim, do medo, né? Quando eu comecei a andar pra cá eu fiquei com medo, muito medo mesmo. Mas depois de tudo agora já tou mais alegre, já tou mais achando que vou ficar boa (risos)".

Sobre o setor de Odontologia AP. relata:

- Nossa! Eu achei muito bom; é muito bom mesmo, gostei. Agora se eu não tivesse me tratado eu nem sei o que seria de mim, adorei! As pessoas aqui tratam a gente muito bem; muito bem mesmo. Eu tanto que... Quando eu... Acho que o medo meu tá perdendo... Eu tou perdendo mais o medo por causa disso aí, porque as pessoas tratam a gente ótimo, muito bom mesmo. Não tenho o que falar, desde o começo até agora.

E eu lhe pergunto: como está sua vida?

- *Muito boa.*

Dias depois, num segundo momento AP., ao conversar com uma das cuidadoras do setor de Odontologia mencionou: *“Você não sabe a felicidade que eu sinto de chegar até aqui com vocês. Eu sou muito bem atendida. A minha família fica muito feliz de eu ser atendida tão bem com vocês.”*

Alguns meses depois, após se submeter a tratamento de radioterapia na cavidade oral, AP. comparece ao setor Odontológico. Percebo seu semblante fragilizado, a pele envelhecida, uma face emagrecida (pela perda de tecido adiposo facial). Seus olhos brilhavam e se destacavam como o principal expoente em seu rosto enfraquecido; ainda lhe sobrevinha o sorriso em sua face debilitada. Eram os efeitos colaterais do tratamento radioterápico para o câncer...

Eu lhe pergunto: como a Sra. está se sentindo?

-*Muito bem, feliz. Tou ótima, né? Eu nunca esperei, né? Eu achei que não ia me livrar desse, porque esse problema é muito difícil, né? Minha família também, tá muito satisfeita comigo. Porque foi uma surpresa, né? Porque nunca esperavam, né? Minha família nunca teve esse problema (de câncer). A primeira fui eu.*

Neste momento pós-radioterápico, AP. também me falou sobre seu sentimento diante da doença:

- *Eu pensei que ia perder o juízo. Eu fiquei em tempo de enlouquecer. A gente fica com medo. Fica com muito medo mesmo. Nossa! Tinha noite que eu nem dormia. Eu quase peguei depressão. Não conseguia dormir direito, né? Também no começo eu fiquei triste porque eu perdi um pedacinho do palato, né? Mas agora me conformei. Pior se fosse a doença, né? Agora tem a prótese! Agora já tou bem, graças a Deus.*

Mitocrítica:

A palavra “medo” é encontrada em redundância no relato de AP. Trata-se do medo de que a doença “*volte de novo*”; ou o medo supostamente sentido por parte das pessoas que a fazem sentir-se rejeitada. O medo é um sentimento de grande inquietação e gerador de angústia. E é através do imaginário, faculdade de simbolização, de onde todos os medos, todas as esperanças e seus frutos culturais jorram continuamente (DURAND, G., 2004). Para Jung (1984) embora nenhum ser humano possa poupar-se às experiências más, todos nós temos medo de nos arriscar nelas (p. 13). O temor e a resistência são marcos indicadores que balizam a via régia em direção ao inconsciente. Nada mais natural que, de um sentimento de medo, se deduza a existência de algo perigoso e da sensação de repulsa a existência de uma coisa repelente (p. 36). O medo está associado a uma simbologia catamórfica, remetendo ao regime diurno.

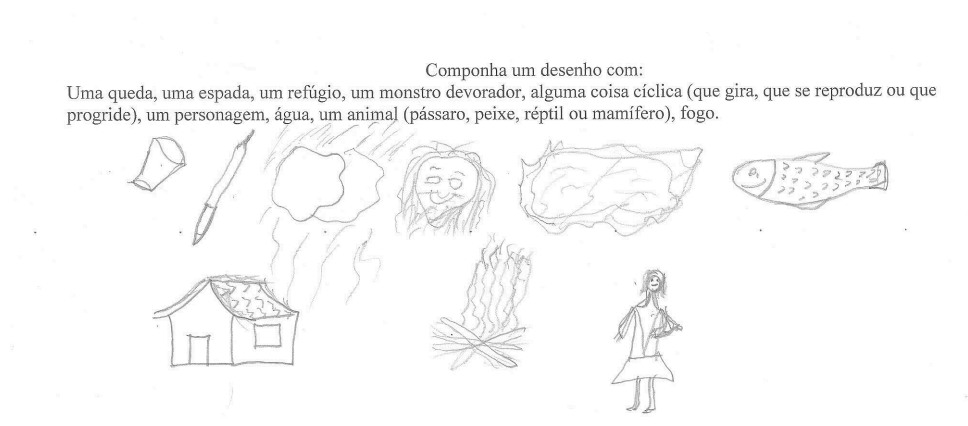
O verbo tratar, redundante, evidenciado no relato como a forma de tratamento recebida pela paciente: “*se eu não tivesse me tratado*”; “*tratam a gente muito bem; muito bem mesmo*”; “*as pessoas tratam a gente ótimo, muito bom mesmo*” pode ser agrupado em conjunto com a forma verbal do verbo atender “*Eu sou muito bem atendida. A minha família fica muito feliz de eu ser atendida tão bem com vocês*”. Esses verbos vão evidenciar um aspecto noturno pela evocação ao cuidado, ao zelo, à prestatividade, evocando uma simbologia mística.

As expressões “muito bom” e “muito bem” encontram-se redundantes e se referem ao tratamento prestado no setor de odontologia do HCPE, demonstrando que o setor é muito positivamente percebido por AP. indo até a modificar o “medo” tão enfocado pela paciente, fazendo com que o mesmo seja reduzido, deixando-a até “mais alegre”, criando-lhe boas expectativas.

Observa-se uma repetitividade em relação ao termo “transmissível” percebido seja no engano, “*é uma doença transmissível*”, seja na correção, explicando o quanto a doença não revela esse caráter de transmissibilidade: “*transmissível não: ela não é transmissível*”. O adjetivo “transmissível” é agrupado ao verbo *transmitir*, também explicitado por AP.: “*porque ela não transmite nada pra ninguém; vem da pessoa mesmo, né?*”. A transmissibilidade implica em propagação, transferência, seja de um lugar para outro; ou de uma pessoa para outra, o que remete a uma simbologia cíclica, mediante a ritmicidade.

Observa-se também uma redundância do verbo estar, sobretudo na forma abreviada coloquial: “*tou*” o verbo estar vai demonstrar um posicionamento do ser diante da vida: é o “*tou mais alegre*”; “*tou ficando mais conformada*”; “*já tou mais achando que vou ficar boa*”; “*Eu tou perdendo mais o medo*” é o não estar com muito mais medo não. Isso vai evidenciar um quadro de aceitação de AP. diante da doença. Meses depois a redundância ainda se evidencia: “*Tou ótima, né?*”; “*Minha família também, tá muito satisfeita comigo*”; “*Agora já tou bem, graças a Deus*”. As características do relato de AP., que permitem conciliar os regimes noturno e diurno, direcionam para uma estrutura sintética do imaginário.

2) O teste AT-9 de AP.:



Desenho do AT-9 de AP.

I. História do desenho de AP.:

O copo caiu por descuido, a espada os lutadores precisaram, este monstro não deixa as pessoas em paz. A terra produz os nossos alimentos como feijão, mandioca, arroz, o milho, o peixe nos alimenta, esta é a casinha aonde a gente se esconde, o fogo destrói a natureza e a senhora sofre com este problema.

Respostas à primeira parte do questionário:

I. a) Em torno de que idéia central você construiu a sua composição? Você ficou indeciso entre 2 ou mais soluções? Caso for, quais?

Fiquei porque eu sou assim ruinzinha de desenho. Só isso.

b) Você foi por acaso, inspirado por alguma leitura, filme, etc.? Quais?

Não.

c) Indicar entre os 9 elementos da sua composição:

1º) Os elementos essenciais em torno dos quais você construiu o seu desenho.

A casa, o peixe e a terra.

2º) Os elementos que você gostaria de eliminar. Por quê?

O monstro, o fogo, a espada, porque são coisas ruins

d) Como termina a cena que você imaginou?

O copo quebrou; a espada serviu para o lutador, a água foi para matar nossa sede; o monstro que é o devorador, a terra que serve pro nossos plantios, o peixe para alimentação da pessoa; e a casa pras famílias morarem. O fogo só destrói a natureza e serve também para as pessoas que têm fogo de lenha pra cozinha e a senhora, como sempre, sofrendo conseqüências dos acontecimentos da natureza.

e) Se você mesmo tivesse de participar da cena que você compôs, aonde você estaria? E o que faria?

Casa. Ficar sossegada; só no sossego mesmo.

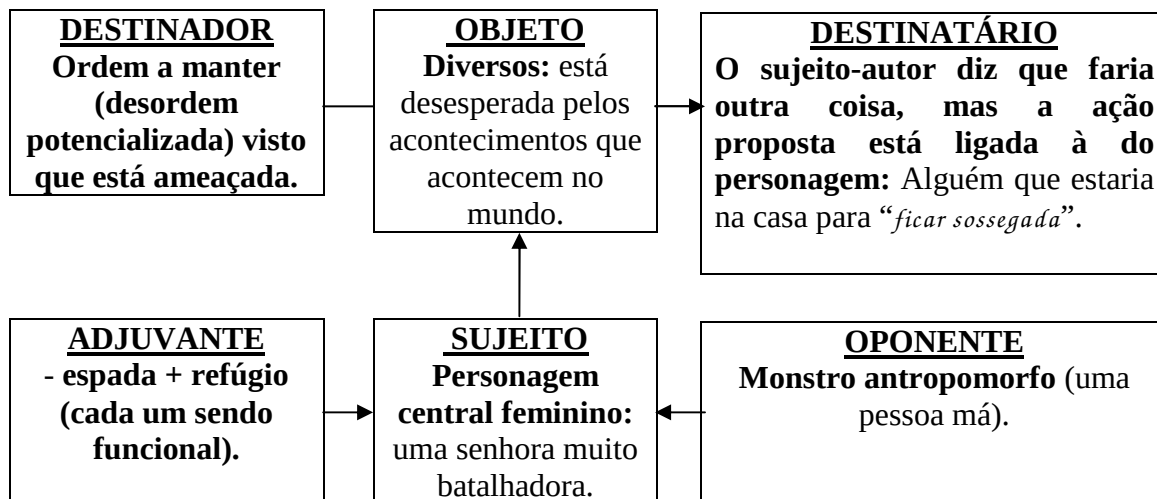
ANÁLISE ESTRUTURAL

No desenho não se observa evidência de luta, representativa da estrutura heróica. O refúgio, representativo da estrutura mística, é uma casa de tamanho mediano, localizada no canto inferior esquerdo do desenho. Os demais elementos aparecem soltos no cenário desenhado, configurando um aspecto de desestruturação.

No texto há menção de um copo que cai por descuido e de uma espada para os lutadores. Também fala do monstro que não deixa as pessoas em paz. A terra é mencionada como produtora dos nossos alimentos “*como feijão, mandioca, arroz, o milho*” e o peixe para alimentação. A casinha para se esconder. O elemento fogo é tido como destruidor da natureza e há uma personagem, uma senhora, sofrendo com este problema. Aqui se percebe uma conciliação de elementos heróicos junto a místicos, havendo, então uma inferência mítica relacionada ao Regime Noturno de Imagens, notadamente o Sintético.

No questionário os elementos essenciais são: a casa (refúgio), o peixe (animal) e a terra (elemento cíclico). O refúgio é a casa para moradia. O animal é o peixe que está nadando e simboliza alimento. O elemento cíclico é a terra com papel de plantações: “*ela dá nossos alimentos*”. A água é representada pelos riachos e fontinhas cheias de água com papel de lavar roupas, tomar banho, levar água pras casas. Já os elementos a serem eliminados são: o monstro, o fogo (labaredas que destroem a natureza) e a espada porque são coisas ruins. O término da cena também menciona o fogo culinário. A espada é funcional, simbolizando lutas. Há um monstro devorador representado por uma pessoa má que não deixa as pessoas em paz. O elemento da queda é representado pelo copo cujo papel é o de servir para “*tomar água*”. O aspecto de polarização dos universos heróicos e místicos vem a configurar a presença de um micro-universo de estrutura sintética sincrônica.

ANÁLISE ACTANCIAL



A análise actancial centra a observação na ação e nos atores do micro-universo criado. Teremos nesta análise do AT-9 de AP. o personagem central feminino como uma senhora muito batalhadora e que tem por ação desesperada pelos acontecimentos que acontecem no mundo, objeto que diz respeito à resolução da ansiedade. O sujeito-autor tenciona estar na casa para “ficar sossegada”, ação esta que difere, mas está relacionada à do personagem. Os elementos adjuvantes são representados pela espada e pelo refúgio (ambos funcionais). O oponente é citado como monstro antropomorfo (uma pessoa má). Neste caso estamos diante de uma ordem a ser mantida ou uma desordem potencializada, visto que está ameaçada.

II. Análise morfológica, funcional e simbólica dos elementos:

Então, para AP.:

- A **queda** é representada pelo “*copo*” que tem o papel de servir para “*tomar água*”. A simbolização foi omitida. A simbologia do copo remete ao aberto, ao receptivo, ao passivo, à forma feminina (COOPER, 1978). Trata-se de um elemento místico cujo formato acolhe: um utensílio côncavo ou continente.
- A **espada** é representada pelo próprio instrumento heróico: a “*espada*” propriamente dita, com papel “*para lutar*” e simbolizando “*lutas*”. A espada, símbolo de bravura e de poder vem para o combate, expondo um conflito.
- O **refúgio** é “*a casa*” que serve para “*morar, moradia*”. A simbolização foi omitida. E de acordo com os relatos (história do desenho e questionário) a casinha de AP. é um refúgio para se esconder e para morar, dando uma conotação de proteção, de abrigo.
- O **monstro** é antropomorfo, sendo representado por uma “*pessoa má*”, cujo papel é estar “*querendo fazer o mal pras pessoas*”. A simbolização foi omitida.
- O elemento **cíclico** é “*a terra*”. Seu papel é dito como “*plantações; é de onde ela dá nossos alimentos*” e quanto à simbolização ela menciona “*quando a gente ia pra roça plantar, eu com minha família*”. “A Natureza nunca é exclusivamente “natural”. Existe um o valor religioso que faz com que uma planta seja cuidada e cultivada. Existem os ritos relativos ao cultivo de plantas alimentares, que não são mais do que a reiteração dos gestos exemplares dos deuses. Com efeito, os indígenas têm consciência de que reproduzem, nos mais ínfimos pormenores, os atos exemplares dos deuses, tais como foram executados *in illo tempore*.” (ELIADE, 1992).
- O **personagem** é representado por “*uma senhora muito batalhadora*”. Cujo papel é citado como “*ela está desesperada pelos acontecimentos que acontecem no mundo*”, simbolizando “*tristeza, de não poder fazer nada*”. AP. se sente triste diante de sua impotência pelos fatos no mundo.

- A **água** é representada pelos “*riachos, fontinhas, cheias de água*”. Serve pra “*lavar roupas, tomar banho, levar água pras casas*”. Sobre a simbolização: “*é o meio da gente. Só utiliza assim: a água do riacho*” (referindo-se ao seu meio indígena). “A água... A água é uma matéria que vemos nascer e crescer em toda parte. É ela quem comanda a Terra. É o sangue da Terra. A vida da Terra. É a água que vai arrastar toda a paisagem para seu próprio destino. A fonte é um nascimento irresistível, um nascimento contínuo; um caminho aberto... A origem legendária do rio é sua fonte longínqua. O rio tem em sua fonte a responsabilidade e o mérito de todo o curso. A força vem da fonte” (BACHELARD, 2002a). “Sonha-se diante de uma fonte, e a imaginação descobre que a água é o sangue da terra, que a terra tem uma profundidade viva” (BACHELARD, 2006).

- O **animal** é representado pelo “*peixe*”, símbolo místico, cujo papel é o de estar “*nadando*”, simbolizando “*nosso alimento*”. Para Ronecker (1997) o simbolismo primeiro do peixe é o do elemento água, no qual ele vive. O peixe ainda é símbolo da sabedoria, de vida e de fecundidade, por causa de sua grande facilidade de reproduzir-se e da quantidade importante de seus ovos.

- O **fogo** é representado pela “*lenha, madeira e as lavas do fogo subindo, labaredas*”. Seu papel é “*destruidor da natureza; destrói*”. A simbolização foi omitida, mas na visão de CHEVALIER; GHEERBRANT (2009, p. 441) o aspecto destruidor do fogo implica, evidentemente, um lado negativo. Para Jung (1994) o fogo representa o espírito escondido na matéria; o fogo destrói todo o composto e leva de novo ao ar, na fumaça, as imagens da composição.

Em seu relato AP. menciona sentir medo e tristeza, seja o medo de que a doença “*volte de novo*”; ou o medo das pessoas que a fazem se sentir rejeitada. A personagem do AT-9 sofre: trata-se de uma senhora que está desesperada pelos acontecimentos no mundo e triste por se sentir impotente diante dos mesmos “*sofrendo conseqüências dos acontecimentos da natureza*”. O monstro devorador que não deixa as pessoas em paz é relacionado à doença que perturba, que

não é transmissível, mas muito perigosa “*que se a pessoa não se cuidar morre.*” A espada é para combater e remete à luta contra a doença. O monstro, o fogo (labaredas que destroem a natureza) e a espada remetem a coisas ruins, revelando ansiedade e são os elementos escolhidos para serem eliminados. Porém os elementos que centralizam a cena são: a casa (refúgio para moradia), o peixe (animal que está nadando e que serve de alimento) e a terra (elemento cíclico relacionado às plantações que geram alimento). Isso confere uma minimização da angústia existencial. AP. menciona estar ficando mais conformada com o quadro de doença e enfatiza bastante a importância do tratamento “*muito bom*” recebido no setor de Odontologia, aonde se sente muito bem tratada e devido a essa forma de tratar, considera que está perdendo o medo: “*Acho que o medo meu tá perdendo... Eu tou perdendo mais o medo por causa disso aí, porque as pessoas tratam a gente ótimo, muito bom mesmo*”. O conformismo e aceitação se revelam na alegria expressa por AP. em decorrência do tratamento que lhe é conferido no setor de Odontologia: “*Você não sabe a felicidade que eu sinto de chegar até aqui com vocês. Eu sou muito bem atendida. A minha família fica muito feliz de eu ser atendida tão bem com vocês.*” Evidentemente o processo de cuidar vai muito além da parte tecnicista, ampliando suas fronteiras através da humanização. O ser tratado “bem” ou “ótimo” é um aspecto que vai além dos parâmetros materiais e tecnológicos. Pouco a pouco o processo do cuidar vai trazendo mudanças na vida da paciente. O desespero de AP. diante da doença e sua tristeza, iniciais, por ter perdido um pedacinho do palato, foram substituídos pelo conformismo e também pela prótese obturadora e estética; e porque não dizer: pelo sentimento de felicidade. AP. considera sua vida “*muito boa*” e em nossa última conversa disse estar “*muito bem, feliz. Tou ótima*”.

E.



E. foi submetido a inúmeras cirurgias em decorrência do câncer, causando-lhe desfiguração do rosto e inúmeras alterações funcionais.

1) Entrevista: vivências, representações, percursos e imagens da doença, do adoecer, do tratamento.

E. tem 55 anos, considera-se católico e refere estar aposentado por causa da doença. Enquanto trabalhava era agricultor. Nasceu no município de Aliança – PE e atualmente mora em Condado, interior de Pernambuco. Diz não lembrar a origem dos pais e dos avós. Relata que não estuda e não lembra sobre seu nível de escolaridade.

Sobre o seu entendimento sobre a doença câncer E. menciona:

- Eu não sei nada, sei nada. Só sei ficar definhando. Fui ficar doente, doente muito. Se eu soubesse que eu ia ficar assim, eu tinha feito não essa cirurgia não. Eu já fiz 7 cirurgias aqui ói: 7 cirurgias e uma radio, uma radioterapia. Doutora, eu não sei não; que isso aqui foi um sinal e desse sinal se transformou, já fez surgir doença. Aí eu não sei não, como é isso não.

Sobre o seu sentimento a respeito da doença:

- Eu me sinto mal, me sinto mal. Porque não posso comer, me alimentar. Doendo; a dor doendo. Aí pronto; aí tudo isso é... Essa situação. Daqui pra baixo eu tou bom, daqui pra cá (apontando do pescoço pra

baixo). *Lá pra cima, daqui pra cima tá ruim, viu? (referindo-se acima do pescoço). Daqui pra cima tá... Eu me sinto desgostoso, desgostoso.*

Desgostoso? – eu indago.

- *É, do que eu era, do que eu sou agora. Trabalhador... Eu gostava de trabalhar e hoje em dia. Um moço parálitico... Parálitico... Tou parálitico. Cego, aleijado e doente.*

Sobre o tratamento no setor Odontológico E. menciona:

- *O atendimento tá bom: bem atendido, bem informado. Agora eu quero um remédio, né? Eu quero um remédio. Se tivesse um remédio pra tirar essa dor, sarar isso aqui, que isso aqui é tudo esfolado aqui debaixo (apontando para a ferida do rosto), tudo esfolado. Aqui dói: aí fica difícil pra eu. Eu queria um remediozinho; um remédio pra eu ficar bom.*

E. não quis fazer o desenho do AT-9 de jeito nenhum: “*não sei fazer isso não*”, impacientou-se: “*dá não*”.

Sobre sua vida, E. refere: “*Não tá boa não. Muita dificuldade com essa doença. Muita dificuldade. Se eu tivesse cego, aleijado, mas tivesse bom, tava bom. Aí tou cego, aleijado e doente. Aí fica difícil.*”

Mitocrítica:

Os argumentos de E. revelam sua dificuldade em lidar com a doença, bastante evidenciada na redundância dos termos “difícil” e “dificuldade”. Para JUNG (1984) é improvável que haja uma terapia que elimine todas as dificuldades, pois o homem precisa de dificuldades; elas são necessárias à sua saúde. É somente a sua excessiva quantidade que parece desnecessária. Esse é o ponto da questão de E., onde as dificuldades em virtude da doença e de suas seqüelas têm ocupado uma posição bastante significativa em sua vida. As

dificuldades de E. estão atreladas ao seu sofrimento, remetendo à simbologia da queda e, portanto, ao regime diurno.

Destaca-se o arrependimento de E. por ter se submetido às inúmeras cirurgias que contribuem para o seu estado de dor e de incapacidade diante das ações da vida, fazendo-o sentir desgostoso, parálítico/aleijado, cego e doente. Nisto evidencia-se a busca por um remédio que tire sua dor, que sare suas feridas, que o faça “ficar bom”.

A palavra “paralítico” está relacionada ao termo “aleijado” e ambas se apresentam redundantes. O adjetivo “doente” também se apresenta repetidamente e está associado ao substantivo “doença”, também citado no relato. É a doença que para E. iniciou com um sinal que se transforma e ele não compreende como isso acontece. Este quadro de doença evoca perda de vitalidade e reporta-se a sensações de desconforto e incômodos vivenciados pelos pacientes, “aquilo que não permite o corpo ou a mente usufruir sua vitalidade” (HAHNEMANN, 2002 *apud* SILVA, 2006). A deficiência remete a uma incapacidade e, assim como a doença, também se relaciona a sofrimento na vida de E.

As idéias em torno do termo “remédio” têm sido bastante repetitivas no transcorrer do relato de E., remédio este que é para sanar sua dor, representando “a solução” para os seus problemas, o controle da situação e, portanto, remete à estrutura heróica.

A presença da dor também é bastante evidenciada pela redundância do verbo “doer” e da própria palavra “dor”, que também remete a sofrimento e, portanto, à simbologia da queda e ao regime diurno.

Para E. a doença e sua condição pós-cirúrgica, as quais se associam a dor, vêm inviabilizar bastante a sua desenvoltura pessoal e social. Ele se sente mal tanto pela dor quanto pela incapacidade para desenvolver suas ocupações habituais diante do quadro estabelecido pela doença.

É a doença que lhe trás muita dificuldade e o faz se sentir mal, que lhe causa dores, que prejudica sua capacidade para o trabalho, que faz com que ele se considere um ser paralítico/aleijado e que também o impossibilita de ter uma alimentação normal (em virtude da comunicação buco-nasal). Diante disso tudo ele sente a necessidade de um remédio que lhe cesse dos seus males, desde a dor ao mal estar geral, que o faz se sentir doente, incapaz.

As impossibilidades que a doença confere à vida pessoal e também social de E. o tornam desgostoso. Para Fassheber (2001), o corpo físico é o *locus* privilegiado como ponto de convergência da dualidade entre indivíduo e sociedade. Existe, pois uma continuidade entre o que é físico e o que é social, assim como menciona Mauss (2003): no fundo, corpo, alma, sociedade, tudo se mistura.

As restrições impostas pela doença no corpo e na vida social de E. se traduz em bastante sofrimento, remetendo ao *schème* da queda e, portanto, à estrutura heróica. A dificuldade diante do processo da doença, de estar doente e de toda a sua incapacidade física e social, incluindo a sintomatologia dolorosa estão centralizando o tema de argumentação de E., que anseia por uma solução, um remédio que resolva seus problemas. Desta forma o relato de E. se direciona ao regime diurno das estruturas do imaginário.

CR.

1) Entrevista: vivências, representações, percursos e imagens da doença, do adoecer, do tratamento.



CR. teve câncer orofacial deixando seqüela aparente e comprometendo seu aspecto funcional, inclusive a fonação.

CR. é professora, tem 38 anos, nasceu em Desterro, bairro do município de Abreu e Lima – PE e tem como escolaridade o ensino médio. Seus pais também têm a mesma origem. Refere ser católica e menciona que no momento não está exercendo nenhuma profissão. Quanto à condição social, considera-se pobre. Teve câncer iniciado no céu da boca e que depois se estendeu mais pela face. Sofreu vários tratamentos e em decorrência da cirurgia para retirada do tumor apresenta uma alteração na fonação, o que dificulta sua fala.

Sobre sua doença CR. me relatou:

- O câncer para mim foi como se estivesse assinando meu atestado de óbito, no momento da descoberta; hoje percebo que não, pois me recorre a Deus pra me fortalecer, sei que é uma doença traiçoeira, quando menos espera ela torna a voltar; a primeira cirurgia não houve seqüela aparente, perdi parte do céu da boca, não fiz nenhum tratamento na época, com um ano e três meses o tumor voltou na mesma região, só que desta vez mais agressivo, fiquei com seqüela aparente, comecei fazendo quimioterapia, fiz vários exames de tomografias e fui submetida a várias mesas-redondas (é uma junta médica, uma reunião), foi quando percebi que o caso era sério, mas nunca desisti de lutar, entreguei minha vida a Deus. Meu atual médico, Dr. X. abandonou meu caso, fiquei desamparada, mas Deus sabe o que faz, fiquei nas mãos do Dr. Z. a quem sou bastante grata a ele por tudo que fez, faz e fará por mim. Ele realizou minha cirurgia, onde ressaltou as seqüelas que haveria decorrente da cirurgia: poderia perder meu olho, mas Deus colocou as mãos e meu olho não precisou ser retirado. Fiz radioterapia, na época do tratamento apareceu um novo nódulo, onde me deixou desesperada, mas felizmente este foi benigno. Durante todo esse tempo fui acompanhada por dentista, fonoaudióloga, nutricionista, pois fui submetida a usar sonda pra me alimentar.

Sobre o tratamento recebido no Depto.Odonto-HCPE CR. menciona:

- Acho ótimo, os profissionais são excelentes, tratam os pacientes super bem. O que acho que deve melhorar é o número de profissionais, pois é muito pouco, a demanda é grande, e mais recursos para a área.

E eu lhe pergunto: como está sua vida?

- Com Deus estou crente na minha vitória.

Mitocrítica:

No depoimento de CR. observa-se uma redundância nas palavras “Deus”, “seqüela” e “cirurgia”, assim como são vislumbradas inúmeras repetições do verbo fazer.

O termo “Deus” aqui relatado se trata de um mito hebreu e cristão, o qual é comumente referido como ser supremo, formador e sustentador da vida e do homem, dotado de atributos sobrenaturais e sobre-humanos (BAZTÁN, 1993). Uma vez que a concepção geral do homem e do mundo é verdadeiramente religiosa e não, mágica (ELIADE, 2002), está completamente fora de dúvida a quase universalidade das crenças num ser divino celestial, criador do universo e assegurador da fecundidade da terra (ELIADE, 1998), pois que o Céu é transcendente e único, exatamente como o é o Soberano Universal (ELIADE, 2002). A imagem de Deus é sempre uma projeção da experiência interior vivida, pois nossa psique é estruturada à imagem da estrutura do mundo, e o que ocorre num plano maior se produz também no quadro mais ínfimo e subjetivo da alma. É assim que, desta forma, o homem cristão faz habitualmente a representação de Deus: como um Pai onipotente, onisciente, cheio de bondade, o Criador do mundo. Não é “Deus” que é um mito, mas o mito que é a revelação de uma vida divina no homem (JUNG, 1986).

E assim, de acordo com os mitos hebraicos e também dos cristãos, os justos, os sábios e as suas obras, estão nas mãos de Deus, considerado o “Todo-Poderoso”, aquele para o qual todas as coisas são possíveis; aquele que sara, que santifica e que é refúgio. Aquele que fortalece, que ajuda e que sustenta com a destra da sua justiça. Os hebreus e cristãos também o denominam de “o Senhor dos exércitos, exaltado na terra e entre as nações”, aquele que criou os céus e a terra; que chamou à luz dia, e às trevas noite; que fez a separação entre águas e o chamou o firmamento céu; que criou os monstros marinhos, e todos os seres vivos aquáticos e toda ave que voa e que produziu também na terra seres vivos, segundo as suas espécies: animais domésticos, répteis, e animais selvagens. Ainda nos aspectos míticos hebraicos e cristãos também se menciona esse Deus como aquele que fez o homem à sua imagem e semelhança e que a todos abençoou para que se multiplicassem.

G. Durand (2004) também evidencia este aspecto de mítico em que a criatura se sujeita ao seu criador: toda a representação da natureza, da Criação, é um convite ao itinerário rumo ao Criador. Toda a contemplação, todo ato de ver a Criação, mesmo no seu grau mais baixo, é “vestígio” (*vestigium*) de Toda Bondade do Criador (DURAND, G., 2004). Jung (2000) mostra Deus em amor e ira: que também há um Deus do "fogo da ira", cuja visão não condiz com a imagem de Deus no Novo Testamento, a do Pai amoroso e celeste, que para G. Durand (2008) é o Deus ciumento, feroz, terrível dos escritos bíblicos anteriores ao Livro de Jó.

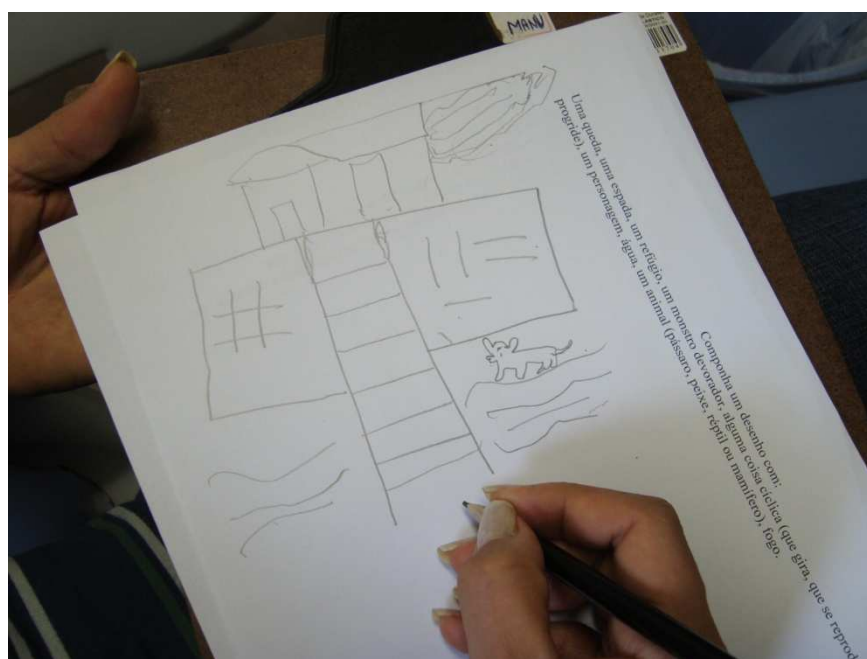
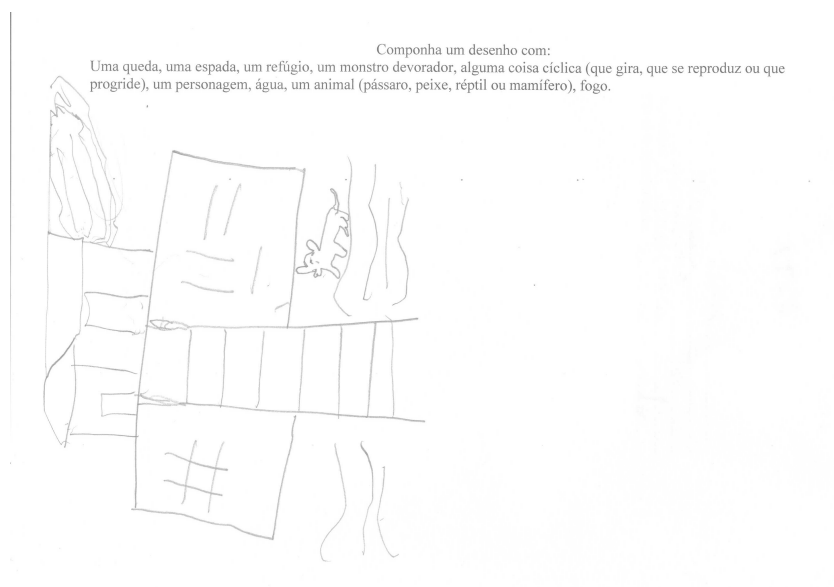
Então dentro desse mito de divindade hebraica e cristã, Deus é o Criador de criaturas imperfeitas, constituindo ao mesmo tempo seu juiz e capataz, e sua imagem é ambivalente: de poder benéfico ou destruidor. Jung (1995) acrescenta que Deus é a posição efetivamente mais forte da psique provocando forçosamente, fé ou medo, submissão ou entrega e que pelo seu caráter onisciente, onipotente e onipresente representa a totalidade.

Já o termo “seqüela” denota consequência, continuidade, faz parte do fluxo de vida que não se interrompe. Assim, o termo seqüela remete a uma estrutura cíclica. A seqüela a que CR. se refere é a aparente, aquela que está visível aos olhos.

A cirurgia é uma especialidade médica intrinsecamente relacionada à anatomia, que corta em partes, estando atrelada ao simbolismo da separação, pois os tecidos são cortados e separados. A cirurgia não deixa de ser uma espécie de agressão ao corpo: mesmo que não mutila, o ato cirúrgico por si só traumatiza, necessitando-se de um tempo pós-operatório até que se proceda a recuperação do paciente, que é o esperado.

O verbo fazer é verbo de ação, de velocidade, de dinâmica remetendo à estrutura heróica. As expressões “lutar” e “fortalecer” citadas por CR. também direcionam o relato para um regime diurno de imagens.

2) O teste AT-9 de CR.



Primeira figura: desenho do AT-9 de CR. Segunda figura: fotografia de CR. no momento do término do desenho.

I. História do desenho de CR.:

A casa estava pegando fogo, na casa havia um cão, pra fugir do fogo o cão desceu a escada que havia na casa e se refugiou na piscina da casa, ele achou que aquilo que estava acontecendo era um monstro

devorador, com a fumaça e calor exercido pelo fogo o cãozinho sentiu que estava com a espada no pescoço, se ficar na casa morre queimado, se for na piscina morre afogado, mas decidiu a segunda alternativa, pois poderia conseguir nadar. E fez uma excelente escolha, conseguiu se salvar, na hora sentiu o mundo girar em sua volta, mas agora está aliviado.

Respostas à primeira parte do questionário:

I. a) Em torno de que idéia central você construiu a sua composição? Você ficou indeciso entre 2 ou mais soluções? Caso for, quais?

Da vida, duas, há de saber a que rumo levar.

b) Você foi por acaso, inspirado por alguma leitura, filme, etc.? Quais?

Não, me inspirei pelo momento que estou vivenciado.

c) Indicar entre os 9 elementos da sua composição:

1º) Os elementos essenciais em torno dos quais você construiu o seu desenho.

Cão e a busca pela sobrevivência.

2º) Os elementos que você gostaria de eliminar. Por quê?

Fogo, porque foi a causa do tormento do cão

d) Como termina a cena que você imaginou?

Feliz.

e) Se você mesmo tivesse de participar da cena que você compôs, aonde você estaria? E o que faria?

Não lugar do cão, o mesmo que ele fez.

ANÁLISE ESTRUTURAL

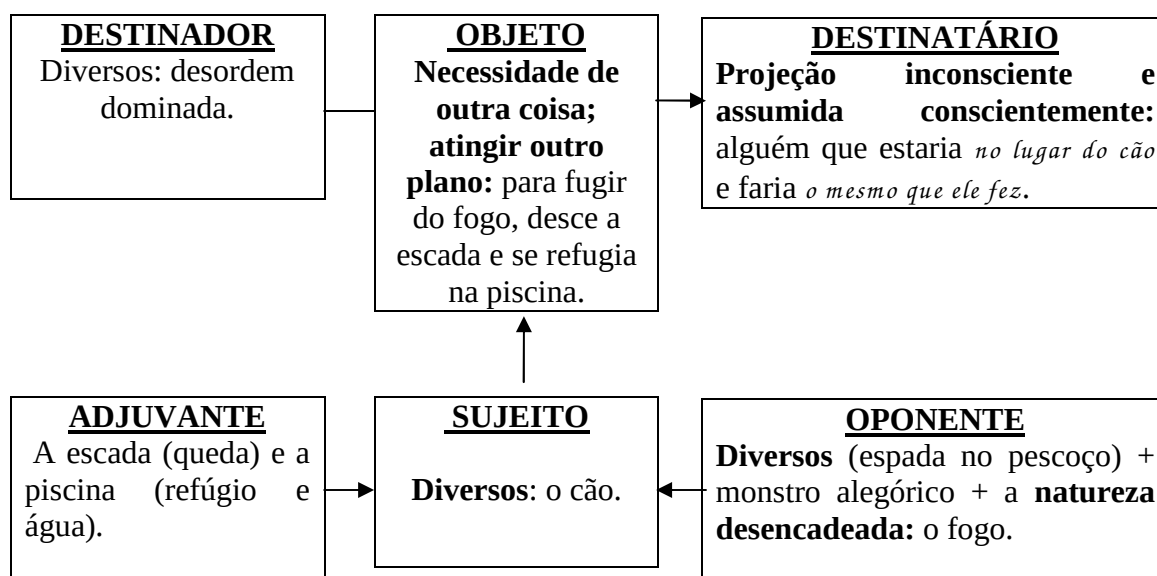
No desenho não há evidência de luta, representativa da estrutura heróica. Não são observados todos os elementos. Percebe-se que há uma casa e um animal. Algo semelhante a uma escada ou um caminho partindo da casa. Configura-se aqui um aspecto de desestruturação.

No texto havia um cão dentro de uma casa que estava pegando fogo. O cão desceu a escada que havia dentro da casa e se refugia na piscina. Tudo isso que estava acontecendo era mencionado como “*um monstro devorador*”. A fumaça e o calor do fogo fizeram o cão se sentir com “*a espada no pescoço*,” entre o dilema de morrer queimado (se ficasse na casa) ou afogado (se fosse para a piscina). No entanto decidiu pela segunda opção, pois conseguiria nadar e assim conseguiu se salvar. “A água e o fogo permanecem inimigos até no devaneio” (BACHELARD, 2008, p. 132). Chegou a sentir o mundo girar a sua volta, mas depois ficou aliviado. Persiste um aspecto de desestruturação.

No questionário a idéia central de sua composição foi a vida, havendo “*de saber a que rumo levar*”, sendo inspirada no momento que estava vivenciando. Os elementos essenciais em torno dos quais foi construído o desenho são “*o cão e a busca pela sobrevivência*”, que no caso irá se traduzir pela fuga para a piscina. “Fundir-se no elemento fundamental é um suicídio humano necessário para quem deseja viver um surgimento em um novo cosmos” (BACHELARD, 2006). O elemento a ser eliminado é o fogo, por ser considerado “*a causa do tormento do cão*.” Para Y. Durand (1988, p. 187) a função de perigo do fogo se ordena imediatamente após aquela do monstro. A queda é eufemizada em descida pela escada que socorre. A espada é representada pela *sensação de sufoco*, simbolizando *aflição*. A situação de conflito vivenciada pelo personagem era representada pelo monstro devorador, que embora não esteja caracterizado morfologicamente (não havia a figura de um monstro real ou animal),

esse “monstro devorador” era valorizado por se traduzir na reprodução gráfica de toda a cena, a situação pela qual o personagem estava passando. Então, no teste AT-9 de CR. há uma situação de conflito representada por toda a cena (monstro devorador), uma sensação de sufoco, simbolizando aflição (a espada) e também um refúgio contra um perigo (a piscina). O monstro aqui é bastante valorizado, sendo representado por toda a situação em que se encontrava o personagem, representando “um perigo existencial, uma ameaça, obstáculo, perigo para a vida” (DURAND, Y., 1988, p. 75) e, assim o personagem trava um combate heróico caracterizado por um micro-universo de estrutura heróica integrada.

ANÁLISE ACTANCIAL



A análise actancial centra a observação na ação e nos atores do micro-universo criado. Teremos nesta análise do AT-9 de CR. o personagem como o cão e que tem por ação descer a escada e se refugiar na piscina para fugir do fogo, objeto que diz respeito à resolução da ansiedade. O sujeito-autor tenciona ficar “*no lugar do cão*” e fazer “*o mesmo que ele fez.*”, ação esta que se trata de uma projeção inconsciente e assumida conscientemente. Os elementos

adjuvantes são representados pela escada (elemento queda) e pela piscina que representa ao mesmo tempo o elemento água e o refúgio. Os oponentes são citados como classificação diversa, traduzida pela espada (a sensação de sufoco por se sentir “*com a espada no pescoço*”) e o pelo monstro alegórico (situação em que se encontrava), além da natureza desencadeada (o incêndio que representa o fogo). Neste caso estamos diante de uma desordem dominada, uma vez que o personagem encontrou a solução (alívio e proteção) refugiando-se na água da piscina.

II. Análise morfológica, funcional e simbólica dos elementos:

Então, para CR.:

- A **queda** é representada pela escada, instrumento ascensional, cujo papel é socorrer. Considerando a queda um elemento sobre o qual se projeta a angústia da passagem do tempo e da morte, observa-se uma diminuição da angústia pela função da queda que é socorrer, a qual auxilia o personagem. “A escada apresenta um simbolismo extremamente rico sem deixar de ser perfeitamente coerente: ela representa plasticamente a ruptura de nível que torna possível a passagem de um modo de ser a um outro” (ELIADE, 2002). No âmbito cristão a escada é o símbolo da união entre o céu e a terra, isto é, da possibilidade de ascender ao céu. Faz-se uso do símbolo da escada para representar a ligação com uma esfera superior (acima/abaixo) (BIEDERMANN, 1993). O desejo de verticalidade implica a crença na sua realização (DURAND, G., 2002, p. 130). A função da queda se insere aqui na categoria de utilidade de combate para o personagem, auxiliando o mesmo. Esta representação mostra-se em congruência com o contexto observado no relato, o qual direciona para uma atmosfera de combate.

- A **espada** não se encontra desenhada, é algo não visível. Porém nos relatos ela está no pensamento do cão, é a “espada no pescoço”, que está representando uma *sensação de sufoco*. De acordo com Y. Durand (1988, p. 175) a função da espada aqui é tratada simbolicamente (função alegórica simbólica). E neste contexto vai simbolizar *aflição*. É interessante destacar que aqui a espada não é instrumento de luta e nem está relacionada à força.
- O **refúgio** é a piscina, cujo papel é de *proteção*. Aqui a piscina também atua como um “receptáculo” (aquilo que contém). É uma água que protege. Em seu continente abundante de líquido, a piscina é fonte de vida protetora. O contato com a água comporta sempre uma regeneração: a imersão fertiliza e multiplica o potencial da vida. Tanto no plano cosmológico como no plano antropológico, a imersão nas águas equivale a uma reintegração passageira no indistinto, seguida de uma nova criação, de uma nova vida ou de um homem novo, conforme se trate de um momento cósmico, biológico ou soteriológico (ELIADE, 2002, p. 151-152).
- O **monstro** é a *situação em que se encontrava*, caracterizando-se como um monstro alegórico (observa-se um modo indireto de representar uma coisa, uma idéia sob a aparência de outra). É uma *projeção* (do pensamento). Simboliza *conflito*. O monstro devorador remete a fantasias de destruição e estimula a simbolização da morte (DURAND, Y., 1988). Para JUNG (2000), o termo “projeção” não é muito apropriado, pois nada foi arrojado fora da alma; o que ocorre é que a psiquê atingiu sua complexidade atual através de uma série de atos de introjeção.
- O elemento **cíclico** é representado por CR. como o *pensamento decorrente da situação* e tem como o papel o da *reflexão*. É o pensamento que circula em sua mente e o faz refletir.
- O **personagem** é o cão, tanto no desenho quanto no relato o personagem identificado é um animal, um cão, cujo papel é participar do acontecimento. Simboliza um animal. Interessante é que a autora do desenho se representa neste personagem (animal), uma vez que no questionário ela se coloca no lugar dele e faz as mesmas coisas que ele. Jung (1985) menciona que na mitologia de Hermes o cão é visto como um agente protetor contra o fogo, estando o

cão relacionado a coisas que protegem os corpos da combustão do fogo e do calor dele. Já entre os murutus de Borneu, além de seu papel de guardião, o cão é considerado um antepassado mítico e herói civilizador, ensinando à nova humanidade pós-dilúvio o segredo do fogo (RONECKER, 1997).

- A **água** é representada pela piscina. Seu papel é citado como o de *alívio*. A simbologia aqui é omitida. A água protetora alivia e nos faz repousar. A imaginação aquática consegue sempre exorcizar os seus terrores e transformar toda amargura em embaladora e repouso: é a água que nos embala e nos adormece: a água devolve-nos a uma mãe (DURAND, G., 2002, p. 234).

- O **animal** é o cão cujo papel é o de autor da cena, simbolizando o personagem. O cão apresenta simbolismo complexo: foi associado quase universalmente à morte e aos infernos, bem como à trilogia simbólica Terra-Água-Lua, que se refere a uma significação oculta, feminina, sexual, divinatória. O cão é um guia e um condutor de almas no além e também é o intercessor entre nosso mundo e o outro (RONECKER, 1997)

- O **fogo** é o incêndio, cujo papel é o causador da casa pegando fogo. “O fogo é, sobretudo, o motor da regeneração periódica” (CHEVALIER; GHEERBRANT, 2009, p. 441). O fogo sugere o desejo de mudar, de apressar o tempo, de levar a vida a seu termo, a seu além. Então o devaneio é arrebatador e também dramático, amplifica o destino humano, une o pequeno ao grande, a lareira ao vulcão, a vida de uma linha à vida de um mundo. O ser fascinado ouve o apelo da fogueira. Para ele, a destruição é mais do que uma mudança, é uma renovação (BACHELARD, 2008), o que aponta para uma situação de renovação em que se encontra o autor do texto.

CR. deixa bem claro no questionário do AT-9 que o seu desenho foi inspirado no momento que estava vivenciando. A representação do monstro devorador em toda a cena evidencia um conflito intenso. A sensação de sufoco evocada pelo personagem na representação da espada vai simbolizar aflição. Isso remete ao fato da doença de CR. ser

nitidamente valorizada, configurando uma grande ameaça. É a doença traiçoeira que “*quando menos espera ela torna a voltar*”. Uma doença que representa luta para CR., que a fez passar por cirurgias e que lhe deixou com seqüela aparente. O elemento queda trata-se da escada, que é um elemento ascensional, capaz de unir dois mundos ou duas situações distintas: reflete a passagem de uma situação para outra, o que está de acordo com a história da doença: hoje CR. não vislumbra mais a doença como no início. A sua representação inicial (no momento da descoberta) era o da assinatura do seu atestado de óbito e deixou de ser. CR. recorre à dimensão do sagrado: “*Deus pra me fortalecer*”, “*Com Deus estou crente na minha vitória*”, a fim de continuar a trajetória de luta, ou seja, a forma como ela representa a doença. A queda como elemento de socorro para o personagem remete a diminuição da ansiedade. A escolha pelo refúgio (piscina) permite a salvação do cão-personagem trazendo alívio. A água da piscina é protetora, protege o personagem do monstro devorador, a situação em que se encontrava, a representação de toda a cena heróica. Trata-se, então de uma água que regenera e potencializa a vitalidade. Isso remete a uma necessidade de CR. de se renovar, de se encher de vida para superar o conflito, a saber: a própria doença que a aflige: o câncer. Bachelard (2008) bem evidencia que o próprio fogo que causa o incêndio também evoca desejo de mudança e de apressar o tempo, angústia diante da morte. As chamas que brilham e ardem também trazem consigo renovações. Afinal o fogo é, ao mesmo tempo, vida e morte; queima, destrói, faz mudar e renova. É a ação do fogo que faz com que CR. “caia” e se socorra através da escada, que evidencia o seu desejo de verticalidade, alcançando o refúgio aonde se sente aliviada, o que remete a um desejo de mudança em sua vida, que pode se traduzir numa mudança de perspectiva em relação à sua doença.

JR.



JR. teve câncer na cavidade oral atingido o palato (céu da boca) o que lhe acarretou seqüela. A foto à esquerda apresenta JR. com a prótese instalada. Na foto à direita observa-se a prótese obturadora confeccionada para restabelecer sua condição funcional e estética.

JR. tem 68 anos e nasceu em Caiçara na Paraíba. Pais e avós também são todos nascidos em Caiçara na Paraíba. Atualmente se encontra aposentado por tempo de serviço. Sua religião declarada é a evangélica e considera-se pobre, em relação à classe social.

1) Entrevista: vivências, representações, percursos e imagens da doença, do adoecer, do tratamento.

- JR. entende o câncer da seguinte maneira: *“O câncer é uma doença... É... Ela é muito “desgastível” para o corpo humano, né? Ela mata silenciosamente. É... Quando a gente não sente nada, mas quando ela aparece já tá bem avançada; e se não cuidar tão rápido ela leva a pessoa à cova, entendeu? E, no caso de tratamento, primeiramente Jesus, segundo o médico da terra, né? Os médicos fazem as diligências deles e Jesus faz a cobertura, né? E o paciente também tem que se cuidar, porque se for esperar somente pela medicina... De acordo com os tratamentos que a gente recebe, a gente tem que ajudar também pra dar andamento melhor. Dar uma cobertura suficiente pra combater o mal. O câncer é uma doença incurável, né?*

Quer dizer, quando ela tá nova , né? Ela tem cura. Ela é incurável e não incurável, né? Quando ela tá nova, vai se trabalha pra combater ela, né? E limpar o campo aonde ela quer se alojar. E quando ela tá avançada aí só Jesus, entendeu? Só Jesus, que tem, que pode dar o diagnóstico total pra combater.”

- Sobre o sentimento em relação à doença JR. refere:

Agora eu estou maravilhoso bem. Tem pessoas que quando têm a noticia assim do mal fica logo aperreada, alvoroçada. Eu não; eu me senti calmo, consciente do que tava acontecendo e... Nada me abalou não. Continuei o barco pra frente e cuidar, trabalhar... É... Cuidar do tratamento contra o mal, né? Pra voltar ao normal. Em nome de Jesus Ele me curou e eu tou aqui: firme e forte. Não me abalei nada não. Eu já sabia. Eu já sou preparado pra isso: não tem nada de... De repente, assim, que chegue a mim pra me abalar não; eu sou preparado.

- Perguntado se está curado, JR. menciona:

Em nome de Jesus. Foi primeiramente Jesus, segundo o doutor A. é o meu médico. E agora, na parte da doença, do câncer, foi esses dois “objetivos” que me salvou. E agora na questão da prótese é com doutora B., é quem tá agindo.

- O que acha do atendimento no Depto.Odonto-HCPE?

Sensacional formidável. O atendimento aqui é formidável, é maravilhoso. As auxiliares da doutora são ótimas criaturas e a doutora é excelente

- Existe alguma forma interessante que poderia facilitar ou melhorar a forma de atendimento?

Não. Aqui nós já somos muito bem atendidos. No meu conhecimento tá muito bem, tá tudo bem. Eu acho que o atendimento aqui ta bom: em questão de equipamento tá tudo normalizado. Se precisa mais de alguma coisa não tenho conhecimento.

- Como está sua vida?

Minha vida agora está primeiramente nas mãos de Deus. Agora está maravilhoso. Estou bem, tou me sentindo muito bem de saúde. É... Primeiramente Deus, segundo os médicos daqui, doutor A. que é o meu médico, né? E o outro, parece que é doutor... Esqueci o nome dele agora. E doutora B., né? Pronto: esses aí são as pessoas é... Abaixo de Jesus, são as minhas, minha vida.

Mitocrítica:

Observa-se uma redundância dos substantivos “Jesus”; “médico” e “o mal” e das formas verbais “combater”, “cuidar” e “abalar”. Também a expressão “incurável” foi citada repetidamente, estando associada ao substantivo “cura” e ao verbo “curar” citados no texto.

Jung (1984) recorda o princípio fundamental segundo o qual a sintomatologia de uma doença, é, ao mesmo tempo, uma tentativa natural de cura. Franz (1975) evidencia que não há cura psíquica, nem somática, sem uma profunda mudança de atitude. Neste aspecto Jung (1984) cita, inclusive, que o otimismo tem sido sempre capaz de relatar curas definitivas. Lévi-Strauss (1989) bem evidencia que a eficácia da cura se dá pela crença. A cura em JR remete ao sagrado e está relacionada à purificação: “*E, no caso de tratamento, primeiramente Jesus, segundo o médico da terra, né? Os médicos fazem as diligências deles e Jesus faz a cobertura, né?*”; “*vai se trabalha pra combater ela, né? E limpar o campo aonde ela quer se alojar*”. A cura da doença, o restabelecimento da tonalidade, da harmonia fisiológica é a marca do princípio de ordem cósmica que é a Alma do Mundo (DURAND, G., 1995, p. 105).

A figura do médico está relacionada a uma simbologia heróica. Jung (1984) menciona ser o médico adequadamente treinado para fazer a função transcendente para o paciente, isto é, ajuda o paciente a unir a consciência e o inconsciente e, assim, chegar a uma nova atitude. Neste sentido, Jung (2008) considera a intervenção do médico como sendo absolutamente necessária, observando que a mera repetição da experiência não possui ação curativa, sendo indispensável a presença do médico, pois: se o efeito da cura dependesse unicamente da repetição do acontecido, então a ab-reação poderia ser feita pelo paciente sozinho; o parceiro humano que o alivia da carga do afeto seria dispensável. Jung (1984) reitera que, para o paciente, o médico tem o caráter de figura indispensável e absolutamente necessária para a

vida. Capra (1988, p. 154-156) menciona que a medicina alopática é dependente de medicamentos e outras formas externas para efetuar a cura. Somos criados com a expectativa de que a medicina irá nos curar. Dar remédios é um símbolo muito poderoso em nossa cultura, havendo pouca atenção ao potencial de cura do próprio paciente.

No depoimento de JR. temos o câncer citado como um mal que se combate, cujo tratamento depende primeiramente da figura mítica cristã de “Jesus” e depois, dos “médicos”. O combate, a peleja, a luta são atitudes típicas da estrutura heróica, desta forma há um direcionamento para o regime diurno de imagens.

G. Durand (2008) mostra no cristianismo, em sua herança messiânica, a busca por uma aproximação com o Deus longínquo, aproximação essa na pessoa do "Filho de Deus". Jesus Cristo é uma figura mítica para os cristão, o fundador do Cristianismo e também o filho de Deus e, segundo este pensamento mítico, Jesus percorria todas as cidades e aldeias, ensinando nas sinagogas, pregando o evangelho do reino e curando toda sorte de doenças e enfermidades. A doença, que na antiguidade já foi tida até como falha moral, não deixa de ser “vergonhosa”, pertence à desordem, ao mal. E o sinal do Messias é a cura dos doentes (DURAND, G., 1995). Entre os mitos cristãos se menciona um ser divino que ressuscitou dentre os mortos e fez com que se manifestasse aos seus discípulos, depois de ter ressuscitado. Para Jung (1995) o próprio Cristo representa o tipo do Deus que morre e se transforma. Embora seu corpo transfigurado tenha desaparecido do mundo, a essência viva continua a trabalhar deste lado da eternidade, manifestando o poder de cura de sua presença (FRANZ, 1975). A figura de Jesus aqui apresentada é nitidamente heróica: na simbologia cristã ele é o médico dos médicos, aquele que pode curar indefinidamente: *“Só Jesus, que tem, que pode dar o diagnóstico total pra combater”*; *“Em nome de Jesus Ele me curou e eu tou aqui: firme e forte”*; *“Foi primeiramente Jesus, segundo o doutor”*.

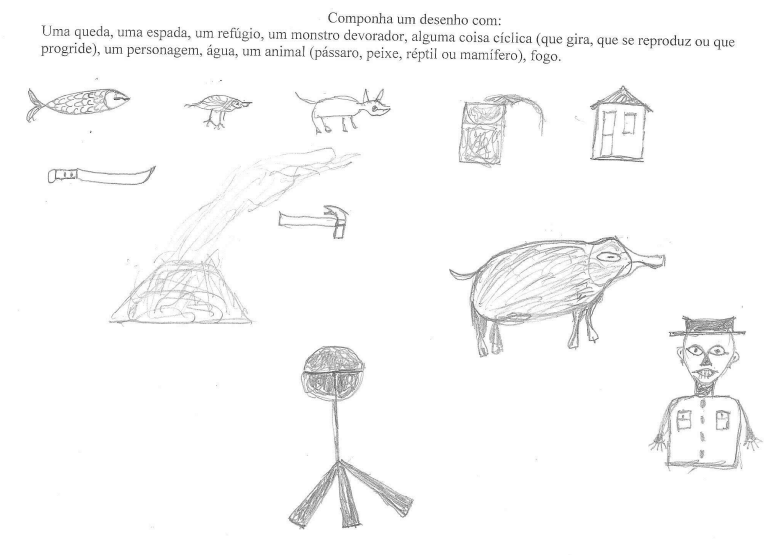
Já o verbo cuidar remete ao regime noturno, notadamente à estrutura mística. O cuidar de JR. está relacionado ao tratamento, tanto por parte do médicos, quando por parte do paciente: *“E o paciente também tem que se cuidar, porque se for esperar somente pela medicina... De acordo com os tratamentos que a gente recebe, a gente tem que ajudar também pra dar andamento melhor.”*

Sobre o substantivo “mal”, parece fundamental pontuar que as palavras doença, enfermidade, moléstia e mal são sinônimas em nossa língua portuguesa, remetendo ao sentido daquilo que se quer combater, exterminar. Ademais, o mal pode ser compreendido também como sofrimento e desconforto, como pesar ou loucura (SILVA, 2006). Para Maffesoli (2004) o mal nos persegue, em suas diversas modulações: agressividade, violência, sofrimento, disfunção, pecado. JUNG (1986) percebe que o mal não pode mais ser banalizado pelo eufemismo da privação do bem. O mal se tornou uma realidade determinante, não sendo mais possível desembaraçar-se dele por meio de uma simples troca de nomes; é necessário aprender a conviver com ele, pois ele quer participar da vida (JUNG, 1986). Para G. Durand (2002, p. 117) o mal, pela queda e suas variantes morais, torna-se sempre, por algum lado, auxiliar do bem. Assim, o sofrimento, o mal, a negação são aspectos naturais da vida, uma versão do mundo, sua vertente escura que acompanha toda a vida e toda alegria (SFEZ, 1996, p. 81).

O verbo abalar foi mencionado nas formas: *“Nada me abalou não”*; *“Não me abalei nada não”*; *“não tem nada de... De repente, assim, que chegue a mim pra me abalar não”*. Demonstrando que JR. não se sentiu comovido ou estremecido em relação à doença, estando seu posicionamento calmo, consciente, firme e forte e preparado direcionando para um regime diurno de imagens.

Observa-se no relato de JR. Um predomínio de caracteres que remetem à estrutura heróica: o combate ao mal, a limpeza do campo, a redundância das figuras do médico e de Jesus, tudo isso direciona o relato de JR. para um regime diurno de imagens.

2) O teste AT-9 de JR.



Desenho do AT-9 de JR.

I. História do desenho de JR.:

- Um peixe, um facão, um pássaro, um cachorro, um baldo com água, uma casa, um martelo, uma fogueira, uma anta e um ventilador. O peixe nada. O pássaro voa. O cachorro corre ou late. O baldo cheio d'água virou ele derrama. A casa é uma morada, como que seja um refúgio, e a fogueira, ela jorra claridade, lavaredas, com fumaça. E o ventilador pra refrescar o ambiente. E o facão pra cortar o que você quiser. O martelo para bater prego e para bater outras coisas necessárias. A anta corre. É um bicho do mato. Ela vê gente e se espanta e corre. O personagem tá aqui mostrando uma fotografia de um ser humano. Ele tá representando um soldado.

Respostas à primeira parte do questionário:

I. a) Em torno de que idéia central você construiu a sua composição? Você ficou indeciso entre 2 ou mais soluções? Caso for, quais?

Uma parte florestal. Eu fiz o que eu sabia fazer na mente.

b) Você foi por acaso, inspirado por alguma leitura, filme, etc.? Quais?

Não.

c) Indicar entre os 9 elementos da sua composição:

1º) Os elementos essenciais em torno dos quais você construiu o seu desenho.

O martelo e o facão, porque são coisas que eu trabalho com ele.

2º) Os elementos que você gostaria de eliminar. Por quê?

Não.

d) Como termina a cena que você imaginou?

Termina assim: num mapa divertido com os bichinhos representando um desenho original feito pelo um ser humano.

e) Se você mesmo tivesse de participar da cena que você compôs, aonde você estaria? E o que faria?

Aonde tivesse os mesmos objetos e eles se movimentassem através da eletricidade. Aonde tivesse um teatro que tivesse esses desenhos pra gente se divertir. Só observar.

A idéia central do desenho corresponde a “uma parte florestal”. Os elementos essenciais são “o martelo e o facão, porque são coisas que eu trabalho com ele”. Não há elementos a serem eliminados.

A cena termina assim: num mapa divertido com os bichinhos representando um desenho original feito pelo um ser humano.

Eu pergunto a JR. o que ele entende sobre diversão e ele menciona:

- *“É um desenvolvimento cerebral. Pra dar expansão ao cérebro”*.

ANÁLISE ESTRUTURAL

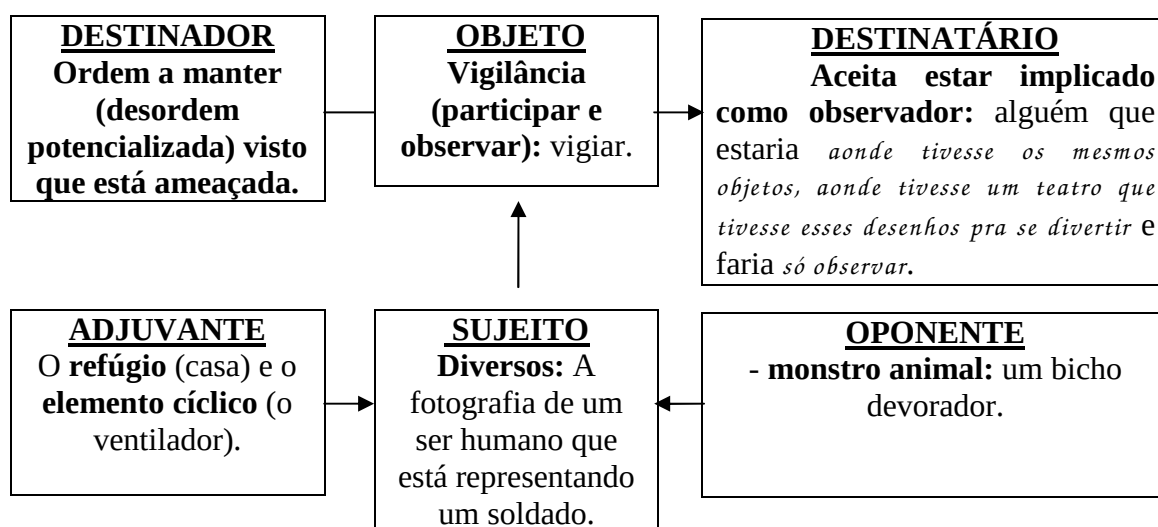
No desenho os elementos se encontram no cenário de forma dispersa. Percebe-se que há um peixe, além de outros animais. Também podemos identificar um martelo, um instrumento semelhante a faca, uma fogueira, uma casa e uma pessoa. O aspecto geral é de desestruturação.

No texto não se menciona ação de luta e mostra a presença de uma casa para moradia como refúgio. Há um peixe que nada, um pássaro que voa e um cachorro que corre ou late. Um “baldo” cheio de água que vira e derrama. Uma fogueira para jorrar claridade, lavaredas com fumaça. Um ventilador que refresca o ambiente. Um facão pra cortar o que quiser e um martelo que serve para bater prego e outras coisas. Há a citação de uma anta como bicho do mato que vê gente, se espanta e corre. O personagem é mencionado como a fotografia de um ser humano, representado um soldado. Embora a faca seja desfuncionalizada, persiste ainda um aspecto de desestruturação.

No questionário o elemento espada é convertido em instrumento utilitário: um facão para cortar o que quiser. O elemento queda é remetido ao martelo que cai, instrumento que evoca poder criador. O monstro devorador é citado como um bicho do mato devorador que espanta e faz susto e que só procura devorar as coisas que estão perfeitas. A água está dentro do “baldo”, elemento côncavo, continente. Trata-se de água para limpeza: é água que purifica, elemento esquizomorfo. O refúgio é uma casa para moradia e descanso. O elemento cíclico é um ventilador para refrescar o ambiente. O animal é o cachorro que faz advertência ao dono da casa. A fogueira queima, clareia, simbolizando São João, que remete ao esquema cíclico,

pois é fogo epifânico. O personagem é uma fotografia que está representando um soldado e simboliza a pátria, de figuração heróica. A idéia central do desenho é citada como “*uma parte florestal*”. “A floresta é o centro da intimidade como o pode ser uma casa, a gruta ou a catedral. A paisagem silvestre fechada é constitutiva do lugar sagrado” (DURAND, G., 2002, p. 246). Percebe-se no cenário uma ambientação mística, porém a presença do mostro devorador (que espanta, faz susto e só procura devorar as coisas que estão perfeitas) é incômoda refletindo em angústia. Observa-se também a presença de outros elementos representativos do regime diurno, como a água e o personagem. Tudo isso vem a revelar um micro-universo de estrutura mística impura.

ANÁLISE ACTANCIAL



A análise actancial centra a observação na ação e nos atores do micro-universo criado. Teremos nesta análise de JR. o personagem como a fotografia de um ser humano que está representando um soldado e que tem por ação a vigilância, objeto que diz respeito à resolução da ansiedade. O sujeito-autor tenciona ficar “*aonde tivesse os mesmos objetos, aonde tivesse um teatro*

que tivesse esses desenhos pra se divertir e faria só observar”, ação esta em que o sujeito-autor aceita estar implicado como observador. Os elementos adjuvantes são representados pelo refúgio (casa) e pelo elemento cíclico (o ventilador). O oponente é citado como um bicho devorador (monstro animal/zoomorfo). Neste caso estamos diante de uma ordem a ser mantida ou uma desordem potencializada, visto que está ameaçada.

II. Análise morfológica, funcional e simbólica dos elementos:

Então, para JR.:

- A **queda** é representada pelo *martelo* que “*serve para bater prego e está caindo*”. Sobre o que simboliza: “*é uma peça necessária pra um marceneiro, um carpinteiro bater qualquer tipo de coisa que for preciso bater. É uma peça profissional*”. Para Cirlot (2005) o martelo é instrumento próprio do ferreiro, sendo dotado de um místico poder de criação. “A queda está do lado do tempo vivido” (DURAND, G., 2002, p. 112). A queda do martelo remete a perda de poder criador e refletindo em angústia.

- A **espada** é representada pelo *facão* que “*é cortante; corta. Serve pra cortar o que você quiser*” simbolizando uma espécie de *uma folha cortante*. No caso, a espada aqui é convertida em objeto utilitário, portanto está desfuncionalizada.

- O **refúgio** é “*a casa pra se morar*”. Sobre a simbolização: “*é um patrimônio que acolhe as pessoas pra se morar, pra o descanso*”. A casa é, portanto, sempre a imagem da intimidade repousante (DURAND, G., 2002, p. 244).

- O **monstro** é representado pela anta que é “*um bicho devorador*” cujo papel é citado como o de espantar quem não conhece ele, fazer susto e devorar as coisas que estão perfeitas, simbolizando “*um bicho do mato*”. Esse monstro evoca toda uma animalidade devorante: “é, portanto, na goela animal que se vêm concentrar todos os fantasmas terrificantes da

animalidade: agitação, mastigação agressiva, grunhidos e rugidos sinistros” (DURAND, G., 2002, p. 85). Trata-se de um monstro animal/zoomorfo do tipo real (DURAND, Y., 1988, p. 156-157), e pela história do desenho observa-se que esse bicho do mato se trata de uma anta - que é considerado o maior mamífero terrestre do Brasil. A anta vive em florestas e campos e, se assustada, corre para regiões de mata mais fechada ou se refugia na água (LEIVA, 1997).

- O elemento **cíclico** é o ventilador que serve “*pra ventilar. Pra refrescar*”. Sobre a simbolização faz-se menção a algo que fica no teto para refrescar o ambiente. Evoca conforto, bem-estar.

- O **personagem** é representado pela “*fotografia de um ser humano*” que “*está representando um soldado*”. Sobre seu papel: “*é pra vigiar*” e está simbolizando “*a pátria*”. O soldado é a projeção do autor do desenho e remete ao regime diurno

- A **água** “*tá dentro do baldo*” e “*serve pra lavar o que tiver sujo*”. A simbolização aqui é omitida. “A água é objeto de uma das maiores valorizações do pensamento humano: a valorização da pureza.” (BACHELARD, 2002a, p.15). Trata-se de uma água que purifica e também remete ao regime diurno.

- O **animal** é o cachorro, cujo papel é: “*na casa ele serve pra avisar quem chega, estranho, dando uma advertência ao dono da casa*”. A simbologia aqui é omitida. Como já mencionado, a simbologia do cão é complexa, associado a uma conotação negativa de morte e aos infernos, também apresenta simbologia positiva, ligando-se à simbólica Terra-Água-Lua (RONECKER, 1997). No entanto prevalece um simbolismo presente em quase todas as culturas, onde o cão é o guia do homem na noite da morte após ter sido seu companheiro no dia da vida (CHEVALIER; GHEERBRANT, 2009). Ademais, o cão também tem seu papel de intercessor entre o nosso mundo e o outro (RONECKER, 1997).

- O **fogo** é representado por “*uma fogueira*” que *queima*, cujo papel é “*pra clarear, queimar. Se ele tiver aceso, tá iluminando alguma coisa, tá clareando*.” Simbolizando “*São João*”. O culto do fogo é o culto da renovação por excelência (DURAND, G., 1998c, p. 31). Queimar a madeira por

ocasião do São João retrata um rito de regeneração da vegetação; a queima é um ritual de regeneração, de recomeço e ao mesmo tempo de comemoração (ELIADE, 1998, p. 262-263).

Para JR. o câncer é uma doença desgastante e que mata silenciosamente, que quando aparece já está avançada e se não cuidar rápido leva a pessoa à cova. A doença é representada como um mal que deve ser combatido. O apego ao sagrado é evidenciado: *“Só Jesus, que tem, que pode dar o diagnóstico total pra combater”*. E neste combate estão envolvidos primeiramente Jesus e depois os médicos: *“Em nome de Jesus. Foi primeiramente Jesus, segundo o doutor...”*. O combate contra a doença se correlaciona com a fotografia do soldado, representativa do personagem, assim como água que lava e purifica tem relação com a limpeza do campo aonde a doença quer se alojar. O próprio paciente não deve esperar apenas pela medicina, mas também deve fazer a sua parte, precisando ajudar no tratamento. JR. refere que não se sente “abalado” pela doença por se considerar uma pessoa “preparada” e desta forma permanece calmo para desenvolver suas atividades de cuidar do tratamento contra “o mal”. A doença é correlacionada ao monstro devorador: espanta, faz susto e só procura devorar as coisas que estão perfeitas. Entretanto, o ambiente florestal, idéia central do desenho, evidencia uma ambientação mística, de intimidade e pode se relacionar à postura de placidez de JR. que mantém a calma, não se “abalando” diante da doença.

4. A LEITURA SIMBÓLICA DOS RELATOS DOS CUIDADORES

A mitocrítica dos cuidadores, embora colocada em separado, foi abordada de forma a não identificar seus autores, portanto procuramos ocultar as informações pessoais de cada profissional de saúde cuidador dentro deste trabalho.

Cuidador W.

W. considera seu ambiente de trabalho muito bom: *“as pessoas são muito amigas, humanas, unidas; nós somos unidos”*.

1) Entrevista: vivências, representações, percursos e imagens no trabalho com pacientes do câncer.

COMO VOCÊ SENTE O CÂNCER NO SEU TRABALHO COM PACIENTES?

Resposta de W.: *Veja só: o câncer eu acho uma doença um pouco traiçoeira, entendeu? É um pouco traiçoeira porque, assim, eu vejo aqui quadros, é... Pessoas mesmo que chegam aqui muitos deles às vezes a gente percebe que tá até desenganado pelos médicos e quando... Assim, já aconteceu caso de paciente de achar que o médico já não queria mais nem, assim se dispor a se esforçar tanto! A verdade é essa, o nome certo é esse: se esforçar tanto. Eles chegaram aqui um pouco tristes, desenganados, tudinho; hoje a gente está acompanhando. Só que com o passar do tempo, assim, já aconteceu de seis meses e a pessoa retornar e a pessoa estar praticamente boa! Boa, boa, boa, boa, boa. Enquanto que outras a gente... É... A pessoa tá super bem e de repente é aquela coisa... Ai... Não, faleceu. Devido à doença, entendeu? Então eles acham uma doença um pouco traiçoeira, do jeito que... Não sabem muito bem assim, daí eu acho que vai de*

organismo pra organismo, vai de pessoa pra pessoa, porque tem pessoas que se entregam muito à doença. Então eu acho que se eles passassem a ter um... Até mesmo uma questão religiosa, se apegasse um pouco com o religioso eu acho que venceria muita batalha. Muito. Muito, muito. Eu acho que venceria bastante. Porque tem pessoas que se entregam, né? Eu acho que o câncer é isso: uma doença que é uma incógnita, né? Na verdade. E muitos acham que é por conta assim: psicológico, atua muito, estresse, né?

COMO VOCÊ SE SENTE NO SEU TRABALHO COM PACIENTES DO CÂNCER?

Resposta de W.: Bom, o que eu faço, é: eu reabilito as pessoas, é... Pra mim é uma satisfação muito grande me sinto muito bem, porque muitos deles pra poder tomar um copo d'água, pra tomar uma xícara de café, dependem do trabalho que eu faço. Então, é uma satisfação muito grande quando eles abrem a boca pra dizer: hoje eu vou me alimentar. Então eu acho que isso não tem preço. Entendeu? Se for possível... Assim que... Muitos casos a gente precisa acelerar o trabalho, aí eu... Não dá tempo de fazer tudo aqui, eu levo pra casa. Eu faço, mas contanto que eu corra com o trabalho pra poder proporcionar a eles e a mim também a satisfação de tá... Assim, de vê-lo satisfeito, sorrindo porque você não sabe o quanto é importante pra gente vê-lo bem, entendeu? Vê-los, no caso, bem, né? Acontece com mais de um.

Não é só a questão da alimentação, mas a questão também da fala. Porque muitos deles tem o palato comprometido, retiram boa parte do palato, então a fala fica muito comprometida. Você percebe a diferença da pessoa reabilitada com a prótese, né? E a pessoa sem. Às vezes você manda tirar (a prótese) eles falam que a gente não percebe o que eles tão... Nitidamente... O som. Mas com a prótese não, eles já falam corretamente. Estão isso é muito bom. Muito bom mesmo.

COMO VOCÊ SE SENTE DIANTE DOS PACIENTES DO CÂNCER?

Resposta de W.: Bem, a gente não vai dizer que muitos deles às vezes chegam aqui assim um pouco ferido, né? Tudo. Mas a gente não vai... Eu não vou mostrar pra eles que tou me sentindo mal, tou me sentindo isso

ou aquilo, penalizado também. Eu tento, assim, ser mais, é... Transmitir alegria, né? Transmitir força pra eles, pra poder não alimentar ainda mais a tristeza que eu sei que tão dentro deles, entendeu? Então a gente percebe assim vai conversando, vai distraindo e vai dando força que ele vai evoluir, ele vai se alimentar, ele vai falar bem, que vai... A prótese vai deixá-lo bem. Tudo então, né? Tem que ir, assim, dando força. A verdade é essa.

COMO ESTÁ SUA VIDA?

Resposta de W.: A Minha vida? Então... Minha vida, graças a Deus, está bem porque eu pensei que tivesse problemas. A partir do momento que eu entrei aqui eu vi que não eu tenho problema nenhum; que eu estou muito bem, graças a Deus. Que eu tenho família, eu tenho marido, tenho filho, tenho neto e tou me sentindo muito bem porque diante dos problemas que eu tinha antes de entrar aqui no hospital, eu... O mundo pra mim iria se acabar. Quando eu cheguei aqui no hospital eu tava passando por um problema muito sério, né? Que vem se arrastando até hoje, mas ele não tem, diante da situação das pessoas que eu vejo aqui ele não é um problema. Então eu já superei por completo.

Mitocrítica:

No relato de W. observa-se grande repetição da palavra “pessoa(s)”: são as pessoas muito amigas, humanas e unidas do ambiente de trabalho e também as pessoas (pacientes) que chegam um pouco tristes, desenganados e que retornam praticamente boas. Também a pessoa que está “*super bem*” e que, de repente, falece. As pessoas que se entregam muito à doença; pessoas que se entregam. A doença que vai de pessoa pra pessoa. As pessoas que W. refere reabilitar, que “*você percebe a diferença da pessoa reabilitada com a prótese, e a pessoa sem*”. Esta ênfase na pessoa direciona para uma atenção ao próximo, que remete ao regime noturno de

imagens, notadamente místico. O depoimento inicial “*as pessoas são muito amigas, humanas, unidas; nós somos unidos*” também remete à estrutura mística do imaginário em função da adesividade.

No seu trabalho com pacientes W. observa o câncer como uma batalha a se vencer, uma doença “*um pouco traiçoeira*” e também uma incógnita, que pode estar relacionada ao psicológico e ao estresse: “*vai de organismo pra organismo, vai de pessoa pra pessoa*”. W. considera o aspecto do sagrado como favorecedor da “batalha” contra a doença. Esse termo doença tem sido empregado de forma redundante, o que remete a sofrimento e, conseqüentemente à estrutura heróica.

Há a observação de W. sobre a percepção por parte de alguns pacientes de uma certa falta de esforço relativo ao quadro médico que consideraria os pacientes como desenganados, levando-os a uma certa perda de interesse pelo paciente, a “não se esforçar tanto”. W. menciona o fato de pacientes tristes, desenganados, com o passar de algum tempo obterem uma recuperação extraordinária. Daí a grande repetitividade enfatizada na palavra “boa”, no sentido de estar livre da doença.

Percebe-se também redundância da palavra “bem” empregada no sentido de advérbio: é a pessoa que está “*super bem*”; é o sentir-se muito bem; é ver o paciente bem; o paciente que vai falar bem; a prótese que vai deixá-lo bem; é a vida que está bem.

Observa-se redundância do verbo “ir”, que se trata de um verbo de ação, de continuidade ou direcionamento: “*vai de organismo pra organismo, vai de pessoa pra pessoa*”; “*a gente não vai dizer que*”; “*Mas a gente não vai... Eu não vou mostrar pra eles*”; “*vai conversando, vai distraindo e vai dando força que ele vai evoluir, ele vai se alimentar, ele vai falar bem, que vai... A prótese vai deixá-lo bem.*” Também há redundância do verbo fazer, verbo de ação, de dinâmica: “*o que eu faço, é: eu reabilito as pessoas,*”; “*dependem do trabalho que eu faço.*”; “*Não dá tempo de fazer tudo aqui, eu levo pra*

casa. Eu faço, mas contanto que eu corra com o trabalho”. Ambas as formas verbais vão remeter à estrutura heróica.

Observa-se a menção de uma grande satisfação para o cuidador em promover a reabilitação de seus pacientes; mostra também a questão da alimentação dos pacientes, assim como a percepção da fala na dependência do trabalho reabilitador. Percebe-se uma ênfase às questões referentes à alimentação (tomar um copo d’água; tomar uma xícara de café; alimentar; alimentação). “Toda alimentação é transsubstanciação; a interiorização ajuda a postular uma interioridade” (DURAND, G., 2002, p. 257). O trajeto alimentar e o engolimento remetem à simbologia da intimidade e à estrutura mística.

Também há redundância da palavra “fala” associada às formas verbais do verbo “falar” que remete à comunicação e, portanto remete à estrutura dramática. O discurso e a sua manifestação, a fala, são um aspecto integrante da revelação do ser no mundo como tal. A função da linguagem, portanto, não é apenas comunicativa. É pura revelação da situação de um ente que existe em si e para os outros (AUGRAS, 2008, p. 76).

Diante dos pacientes do câncer observa-se, por parte de W. a intenção de transmitir aspectos emocionais positivos ao paciente (força; alegria); W. procura também não alimentar aspectos emocionais negativos no paciente (tristeza) ao contrário, W. se esforça para transmitir um aspecto positivo na maneira de lidar com a doença. Isso evoca uma simbologia de proteção.

Esta configuração protetora em relação ao paciente, a ênfase dada à citação da pessoa, dentro de uma atmosfera de atenção e de cuidado, a temática da alimentação são aspectos associados à temática da fala, aos verbos de dinâmica (ir e fazer) e à visão da doença como uma luta a ser vencida pela qual o indivíduo necessita de força, o que remete a um regime noturno das estruturas do imaginário, notadamente sintético.

Cuidador V.

1) Entrevista: vivências, representações, percursos e imagens no trabalho com pacientes do câncer.

COMO VOCÊ SENTE O CÂNCER NO SEU TRABALHO COM PACIENTES?

Resposta de V.: *Eu sinto... Eu não sei nem dizer, né? Tristeza, né? Por eles, a doença, né? Muito... Que machuca muito, realmente. Mas tem muita esperança de cura; a grande maioria.*

COMO VOCÊ SE SENTE NO SEU TRABALHO COM PACIENTES DO CÂNCER?

Resposta de V.: *Eu me sinto muito bem; muito bem. Eu me sinto útil. Acho que a gente pode ajudar, mesmo nas limitações. (...). Mesmo nas limitações acho que a gente pode ajudar fazendo a nossa parte, principalmente o lado humano. Porque muitas vezes você não tem nem muito o que fazer na parte de odontologia, mas só o lado humano que você... Um bom atendimento, um carinho, escutar o paciente, isso tudo é muito válido. Eu me sinto muito bem fazendo isso.*

COMO VOCÊ SE SENTE DIANTE DOS PACIENTES DO CÂNCER?

Resposta de V.: *Não, eu me sinto... Ele é um paciente como outro qualquer. Eu encaro não com a doença. Eu faço tudo pra não tem um envolvimento de pena, entre aspas. Eu acho que a gente tem que tratar o paciente com respeito, com carinho e dando esperança sempre a ele de cura. Nós somos dentistas, não somos médicos. Então eu não encaro "ai eu vou atender", "ai que pena, tá assim". Claro que tem casos que a gente*

se envolve. Mas a gente tem que tratar como um paciente do nosso consultório. É isso. Eu trato super normal.

COMO ESTÁ SUA VIDA?

Resposta de V.: Bem melhor. Muito melhor. Depois que eu entrei aqui eu tou com uma visão, assim, tão ampla, acho que era muito limitado a gente vive muito no nosso mundo. Quando a gente dá de cara que vê os pacientes nas enfermarias, os pacientes de UTI. e tudinho, aí que você vê; a gente dá um valor à vida da gente, viu? Assim: cada paciente ele consegue, assim, me acrescentar, me enriquecer, a cada dia que passa; com a sua história, com a sua luta e a vontade, eles têm uma vontade de viver incrível! Incrível! Limitação financeira, limitação da doença e eles são super pra cima, entendeu? (...). E a gente tá aqui pra dizer que eles vão se curar. Porque ninguém é mais do que Deus. Só Deus é que sabe. Eu... Acrescentou isso pra mim; foi ótimo; maravilhoso. Eu só tenho a agradecer ao hospital do câncer por poder tá trabalhando aqui e proporcionar essa riqueza pra mim como pessoa, como profissional, como mãe, como esposa, como filha, como irmã, como colega; eu só tenho a agradecer. Você não faz idéia como isso é bom aqui. Claro que a gente sente muito, né? De pacientes a gente chora, a gente se envolve em alguns casos que a gente sabe que teve óbito. Mas enriquece muito. Eu acho que cada pessoa, independente da área de saúde, devia passar um dia no hospital assim pra dar valor a muita coisa. E deixar as coisinhas bem pequenininhas que a gente dá um valor danado e vê que é uma coisa tão pequena... O importante é a paz e principalmente a paz de espírito.

Em outra ocasião o cuidador V. mencionou:

O Câncer é uma doença traiçoeira demais: você tá com ele agora (o paciente) e de repente você recebe a notícia do óbito. (Então) a nossa preocupação é o agora. A gente aqui tem muito cuidado para não dizer a palavra "câncer". Eles (os pacientes) falam, mas a gente evita: a gente fala "o seu probleminha". Às vezes até uma conversa que você dá... Eles (os pacientes) são tão carentes. Uma conversa em que você

dá sua atenção, passando seu carinho, ele vai se sentir melhor. Você vê aquela carência afetiva. Talvez (pel) próprio movimento do hospital, eles (os pacientes) não têm isso. Então cabe a gente da Odontologia. Essa atenção que você dá; ele confia em você. Ele acredita no que você está fazendo. Um médico atende 30, atende 25, fora os encaixes. Você vai para um médico, no seu convênio, o médico não fala. Porque não tem tempo. A cadeira serve como análise, na parte de psicologia. Eles sentem necessidade de falar. A gente escutando o paciente, porque o paciente não é só uma boca, o paciente é um todo.

Mitocrítica:

O termo “paciente(s)” apresenta-se redundante: “*escutar o paciente*”; “*Ele é um paciente como outro qualquer*”; “*tratar o paciente com respeito, com carinho e dando esperança sempre a ele de cura*”; “*tratar como um paciente do nosso consultório*”; “*Quando a gente dá de cara que vê os pacientes nas enfermarias, os pacientes de UTI*”; “*cada paciente ele consegue, assim, me acrescentar, me enriquecer*”; “*De pacientes a gente chora, a gente se envolve*”; “*A gente escutando o paciente, porque o paciente não é só uma boca, o paciente é um todo*”. Observa-se que o “paciente” é citado enfaticamente sob uma atmosfera de cuidados, o que remete a um regime noturno das estruturas do imaginário, notadamente místico.

O verbo “falar” também se apresenta redundante, estando associado ao substantivo “conversa” e ao verbo “escutar” também citados no relato de V., remetendo à estrutura dramática. A comunicação junto ao paciente é interpretada como algo que contempla o lado humano. É através da linguagem que V. se sente capaz de transmitir sua atenção e seu carinho aos pacientes, fazendo com que eles se sintam melhor. Como expressão da situação, a linguagem é criação e organização do mundo. A consciência de realidade implica na compreensão, na explicitação e no enunciado. O discurso, então, apresenta-se como meio de

revelar a ambigüidade do ser no mundo, buscando superá-la sob o aguilhão da angústia, alcançando certo equilíbrio num sistema de tensões (AUGRAS, 2008, p. 76).

Observa-se redundância do verbo sentir: V. sente tristeza pelos pacientes e pela doença, ao mesmo tempo em que se sente muito bem e útil no seu trabalho com pacientes do câncer, podendo ajudar principalmente o lado humano: *“Um bom atendimento, um carinho, escutar o paciente, isso tudo é muito válido.”*, o que remete à estrutura mística. O sentimento de tristeza ou de pena, mesmo que presente no íntimo de V., é procurado ser ocultado diante do ser doente. Também se observa uma busca por eufemizar o câncer no ambiente de trabalho: *“A gente aqui tem muito cuidado para não dizer a palavra “câncer”. Eles (os pacientes) falam, mas a gente evita: a gente fala “o seu probleminha”.”*

No trabalho com pacientes do câncer também ocorre a menção da presença de limitações diante do trabalho. O termo “limitação(ões)” se apresenta em redundância e se associa ao verbo limitar, também citado no relato. Além das limitações diante do trabalho para o cuidador, V. cita também a limitação financeira e a limitação da doença para o paciente. Essas limitações são restrições e remetem a dificuldades. V. enfatiza que mesmo com essas limitações, os pacientes *“eles são super pra cima”*, o que lhe serve de exemplo. V. percebe a relação profissional paciente como algo que acrescenta, que enriquece o seu lado pessoal, ampliando o seu foco de visão diante do mundo, conferido *“um valor à vida”*: *“cada paciente ele consegue, assim, me acrescentar, me enriquecer, a cada dia que passa; com a sua história, com a sua luta e a vontade, eles têm uma vontade de viver incrível!”*; *“Acrescentou isso pra mim; foi ótimo; maravilhoso. Eu só tenho a agradecer ao hospital do câncer por poder tá trabalhando aqui e proporcionar essa riqueza pra mim como pessoa, como profissional, como mãe, como esposa, como filha, como irmã, como colega”*; *“Mas enriquece muito. Eu acho que cada pessoa, independente da área de saúde, devia passar um dia no hospital assim pra dar valor a muita coisa.”*

O relato de V. direciona para uma temática de proteção e, ao mesmo tempo, de aprimoramento pessoal no sentido de abertura para outras formas de interpretar o mundo. O ambiente odontológico é evidenciado como um espaço para a escuta e para a conversa. A relação profissional-paciente confere a V. um novo olhar diante do mundo, é amplitude de vida para distintas fontes de entendimento, outros horizontes que se abrem à sua frente e remetem a uma atmosfera de abertura, de diálogo, remetendo para o regime noturno das estruturas do imaginário, notadamente sintético.

Cuidador X.

1) Entrevista: vivências, representações, percursos e imagens no trabalho com pacientes do câncer.

COMO VOCÊ SENTE O CÂNCER NO SEU TRABALHO COM PACIENTES?

Resposta de X.: Eu posso dizer que antigamente eu tinha uma certa revolta, sabe? Assim, eu ficava revoltada porque às vezes eu me sentia incompetente diante de alguma coisa, de alguns pacientes, de algum tratamento que eu poderia fazer, e que eu deveria fazer e que eu não conseguia, vamos dizer, os 100% entre aspas que eu queria que acontecesse. Vamos dizer: que eu quisesse os 100%, vamos dizer, e eu não conseguia. O que eu queria dentro da minha limitação, eu tou falando. Os 100% meu, da minha limitação como ser humano. Eu não conseguia. Algumas vezes eu cheguei a me revoltar porque isso me angustiava muito. Então eu fiz uma introspecção, pela minha própria religiosidade, né? Pela minha própria religião. Aí eu vi que tem momentos que o paciente ele não tá... Ele não tá preparado para receber aquele tratamento.

É como se ele tivesse que passar aquele período X, né? De... Não digo sofrimento. Mas porque às vezes a gente diz que sofrimento é sofrimento, mas às vezes até é alguma coisa que vai servir pra nossa

espiritualidade. Então eu vejo nesse ângulo, entendeu? Eu vejo nesse ângulo de a doença às vezes ela purifica um pouco o comportamento da gente, a personalidade da gente, o espírito da gente. Então às vezes as pessoas têm necessidade de passar, todos nós temos necessidade de passar por um período χ de um determinado sofrimento pra que aquilo modifique alguma coisa no comportamento da gente. E como a gente tem que passar aquilo, não é toda hora que a gente pode atuar em cima daquela pessoa. Então eu vejo assim: há momentos em que eu posso ajudar a pessoa, há momentos em que eu não posso. Eu tenho que esperar o período certo, aquele ali, de eu agir como eu deveria agir, completamente, assim: atuando da maneira que eu queria agir. E às vezes isso, pra mim, eu sinto que isso não é permitido. Como se a pessoa tivesse que passar aquele período χ daquela maneira pra depois eu atuar. A gente chega a atuar, mas é uma coisa que é mais lenta é uma coisa que é um período maior. Então a minha observação é dentro disso hoje em dia, eu tou respeitando muito isso. Mas a gente tenta sempre fazer o melhor possível, sempre, sempre, fazer o melhor possível. Mas com muito cuidado para que não haja esse tipo de agressão, violência ao que a pessoa tá passando naquele momento, não é?

COMO VOCÊ SE SENTE NO SEU TRABALHO COM PACIENTES DO CÂNCER?

Resposta de X.: Eu me sinto realizada. Eu me sinto a pessoa mais feliz do mundo. Eu posso morrer amanhã, mas eu sinto que eu tou cumprindo o que eu vim cumprir; espiritualmente, sabe? Eu... Eu não consigo sair daqui desse hospital; eu sou apaixonada por esse hospital e eu sinto que o que eu vim fazer aqui na terra foi isso, então eu agradeço a Deus, muito, a todo momento, a oportunidade de ter nascido com o dom da arte, de poder transformar essa arte na recuperação dos meus pacientes.

COMO VOCÊ SE SENTE DIANTE DOS PACIENTES DO CÂNCER?

Resposta de X.: Eu me sinto às vezes sendo... Não estou falando por vaidade, nem sem vaidade, mas eu me sinto às vezes uma facilitadora. Posso ter esse nome: facilitadora. Porque eu tou naquele momento

facilitando ele de alguma maneira a reabilitar as funções dele. Então, eu sou uma facilitadora, nada mais que isso.

COMO ESTÁ SUA VIDA?

Resposta de X.: Minha vida? Profissional, emocional, toda, geral? Apesar do assalto que eu tive, ela é maravilhosa. Eu tou achando minha vida, no momento, muito boa. Muito boa, boa. Tranquila. Tou vivendo um bom momento em minha vida. E eu sempre... Assim, eu não vivi um bom momento emocional, mas profissional eu sempre, eu acho que vivi bem, porque eu sempre fiz o que eu gosto, não é? Se você perguntar assim: você tem a remuneração que você queria ter na sua vida, eu vou dizer que eu não tenho, mas a gente não vive só disso, né? Então eu vivo feliz com o que eu faço.

Mitocrítica:

X. enfoca bastante a questão de que existe sempre um período pelo qual o paciente precisa passar, a fim de que possa se proceder a melhor forma de atuar. O termo “momento” foi mencionado repetidas vezes, estando associado à palavra “período”, também redundante. Ambas são palavras que evocam função de temporalidade. Para X. o tempo de aguardar, associado à doença remete à purificação e à espiritualidade, o que direciona para o regime diurno.

A palavra “sofrimento” também se apresenta redundante, estando relacionada à simbologia da queda e, portanto, ao regime diurno.

X. observa a doença como agente que purifica o comportamento, a personalidade e o espírito e considera a questão do sofrimento como algo pelo qual as pessoas tem de passar, objetivando seu aprimoramento espiritual/comportamental: “*Mas porque às vezes a gente diz que*

sofrimento é sofrimento, mas às vezes até é alguma coisa que vai servir pra nossa espiritualidade.”; “todos nós temos necessidade de passar por um período χ de um determinado sofrimento pra que aquilo modifique alguma coisa no comportamento da gente.”

Desta forma X. tem o entendimento de que às vezes, quando não se consegue fazer o melhor pelo paciente em um determinado momento, é porque esse paciente precisa ainda passar por um período de tempo necessário para a sua espiritualidade: *“E como a gente tem que passar aquilo, não é toda hora que a gente pode atuar em cima daquela pessoa”*. Mesmo tentando *“sempre fazer o melhor possível”* no que tange ao tratamento, X. refere o cuidado em respeitar aquele momento do paciente *“Então eu vejo assim: há momentos em que eu posso ajudar a pessoa, há momentos em que eu não posso. Eu tenho que esperar o período certo, aquele ali, de eu agir como eu deveria agir, completamente, assim: atuando da maneira que eu queria agir. E às vezes isso, pra mim, eu sinto que isso não é permitido. Como se a pessoa tivesse que passar aquele período χ daquela maneira pra depois eu atuar.”*

Também se observa redundância dos verbos “atuar” e “fazer”, podendo estar associadas também ao verbo “agir” também citado de forma repetida. Também o verbo “passar” se apresenta redundante. Esses são verbos de movimento, de ação, de dinâmica e vão remeter à estrutura heróica.

A expressão *“eu não conseguia”* é citada três vezes no relato, referindo-se a tratamentos em que X. não obtinha os “100%” de sua capacidade, em virtude de sua limitação como ser humano, o que lhe causava angústia. X. refere que por isso chegou a sentir revolta, de início, mas que através de sua religiosidade, fez uma introspecção e percebeu que há momentos em que o paciente não está *“preparado para receber aquele tratamento”*. O aspecto de negação remete ao regime noturno de imagens.

Quanto ao seu trabalho com pacientes do câncer X. refere sentir-se realizada: *“eu me sinto a pessoa mais feliz do mundo”* e sente que está cumprindo espiritualmente a sua função na terra. A palavra espiritualidade pode ser agrupada junto ao termo “espírito” e

“espiritualmente” o que evoca transcendência, superioridade. Uma concepção amplamente difundida concebe o espírito como um princípio de atividade superior. Conhecemos o “espírito” como algo que se encontra no alto. O “espírito” parece sempre vir de cima. O céu é o reino do espírito (JUNG, 2000) e, portanto remete ao regime diurno.

X. se auto-menciona uma facilitadora junto aos pacientes. A palavra “facilitadora” é agrupada junto ao verbo facilitar, configurando redundância. E é desta forma que X. se coloca diante dos pacientes do câncer, facilitando o seu processo reabilitador, conduzindo o paciente a reabilitar suas funções: *“Então, eu sou uma facilitadora, nada mais que isso”*. Os “poderes de cura” são de natureza espiritual, e residem, não no objeto, mas na psique humana (JUNG, 1984). Para Wenth (2000) não podemos nos esquecer de que, enquanto analistas, não somos os curadores, e sim facilitadores deste processo, da constelação da cura no paciente. Como destaca Eliade (2002), o próprio xamã não cura; ele é mediador; ele faz a mediação do confronto benéfico entre o paciente e os poderes divinos. Facilitar é proporcionar e evoca prestatividade, remetendo ao regime noturno de imagens.

Há redundância do termo “vida”, associado ao verbo “viver” também apresentado em repetição. Tudo que flui e cresce evoca a vida a qual se insere na simbologia da renovação (CIRLOT, 2005). A vida é um fluxo, um fluir. A perpetuidade da vida se mantém através de transformações e renovações. A vida não é somente o lado bom, é também o lado mau. As dualidades significam no fundo “sim” e “não”, os opostos que devem manter-se unidos para que o equilíbrio da vida seja mantido (JUNG, 2000). Todo símbolo ligado ao ciclo possui ao mesmo tempo a sua parte de trevas e a sua parte de luz. É o simbolismo circular da combinação de contrários (DURAND, G., 2002, p. 328; 325). Assim a vida apresenta uma simbologia cíclica e integradora, reunindo opostos, o que a remete à estrutura sintética.

No relato de X. se evidencia predomínio de caracteres esquizomorfos: seja a revolta inicial diante das limitações no tratamento, a purificação pela doença, o sofrimento, a

dimensão de elevação evocada pelo espírito/a espiritualidade; a utilização de verbos que remetem à ação e dinâmica “atuar” e “fazer” e “passar”; a evocação da temporalidade, presente nos termos “período” e “momentos”, a atuação de X. no setor de odontologia interpretada como sua missão aqui na terra. Tudo isso remete a estrutura heróica do imaginário.

Cuidador Y.

COMO VOCÊ SENTE O CÂNCER NO SEU TRABALHO COM PACIENTES?

Resposta de Y.: Como uma doença muito ruim que na maioria das vezes o paciente entra mais em depressão pelo tipo de doença que ele tem sem conhecimento porque às vezes, na cabeça dele quem tem câncer não tem cura, acha que vai morrer por causa da doença e o mais rápido possível. Eu na minha função me vejo na obrigação de ajudar essas pessoas. Como? Não só porque trabalho no hospital, porque tenho que aprender isso e aquilo. Mas pelo lado humano. Ou seja: às vezes uma palavra, você se preocupar com a situação que ele tá passando isso muitas vezes ajuda muito. Mais de que um medicamento, de que o próprio médico, que senta, passa um tratamento e ele (o paciente) fica ali leigo. Aí você vai, com seu jeito, explicar a ele que não entre em depressão, que várias pessoas já passaram por aqui, que já superaram, então vão levando uma vida normal. Entendeu? A gente não tem que trabalhar só pelo salário, porque a gente vai ficar desempregado. E sim porque a gente tem que se colocar no lugar dessas pessoas. Porque hoje é um paciente e amanhã pode ser eu ou qualquer outra pessoa. E é importante você se tornar amiga e tratar isso muito bem.

COMO VOCÊ SE SENTE NO SEU TRABALHO COM PACIENTES DO CÂNCER?

Resposta de Y.: No início é triste; ou seja, nos primeiros anos que você entra aqui: choca! Entendeu? Pessoas horríveis, faltando um olho, o nariz, a boca deformada, sem perna, sem braço, por causa da doença. Mas com o tempo, não que você se acostume, porque eu acho muito difícil você se acostumar com essas situações. Mas você passa a ajudar mais, a querer tá perto. A querer passar uma palavra de carinho, de conforto, entendeu? Chegar pra essas pessoas e dizer que nem tudo tá perdido. Hoje ela não tem um órgão por causa da doença, mas ele pode viver como outra pessoa qualquer, entendeu?

COMO VOCÊ SE SENTE DIANTE DOS PACIENTES DO CÂNCER?

Resposta de Y.: Eu mesmo gosto muito. Gosto muito de tá perto, gosto de ajudar. São 10 anos convivendo com essas pessoas, com doenças. Já convivi com crianças, que é a pior parte pra mim, foi o que mais me chocou. Entendeu? Crianças de 2 anos, de 3 anos. Mas eu nunca acordei dizendo assim: "ah, eu não quero ir praquela hospital, que eu já não agüento". Não. Pelo contrário: Todo dia eu venho, me sinto cada vez mais útil. Já várias pessoas já disseram: "ah, como eu gosto de chegar perto de você, que você me passa...". Mas eu acho que é dom, é de Deus; é uma coisa assim que você tem que fazer. Você tem obrigação de fazer, entendeu?

COMO ESTÁ SUA VIDA?

Resposta de Y.: Graças a Deus eu não tenho muito do que reclamar não. Tenho saúde, tenho dois filhos, trabalho, tenho um emprego, graças a Deus. Luto pra melhorar financeiramente e hoje, nesse departamento eu aprendi muita coisa porque eu não tenho departamento fixo mas o departamento que eu tou é muito humano: as médicas, as meninas, as colegas de trabalho, entendeu? A gente se sente muito bem. A partir de

hoje eu tou mudando de setor, não sei pra onde, mas com certeza pra onde eu for eu quero dar o melhor de mim.

Mitocrítica:

Há uma redundância no termo “doença(s)” que remete a sofrimento. Para Y. o câncer é representado como “*doença muito ruim*”, que torna as pessoas horríveis, que mutila e que deforma, que pode levar à depressão, em virtude do desconhecimento da doença pelo paciente, que tende a elaborá-la com uma maior gravidade: “*na cabeça dele quem tem câncer não tem cura, acha que vai morrer por causa da doença e o mais rápido possível*”.

Y. revela a dificuldade que o paciente pode ter pela não compreensão do seu estado de doença, por ser leigo, e enfatiza a sua obrigação moral de ajudar as pessoas acometidas pelo câncer, obrigação esta que em sua visão é estendida a todos: “*Eu na minha função me vejo na obrigação de ajudar essas pessoas*”; “*é uma coisa assim que você tem que fazer. Você tem obrigação de fazer, entendeu?*”. Y. assume um papel obrigatório de ajudar os pacientes vislumbrando o lado humano de oferecer uma palavra, uma explicação, pois percebe o paciente como leigo e se reconhece no lugar dele: “*A gente não tem que trabalhar só pelo salário, porque a gente vai ficar desempregado. E sim porque a gente tem que se colocar no lugar dessas pessoas. Porque hoje é um paciente e amanhã pode ser eu ou qualquer outra pessoa*”. A preocupação do compromisso é a marca do regime noturno (DURAND, G., 2002, p. 268).

Observa-se no relato de Y. o agrupamento dos seguintes termos: “palavra” (citado 2 vezes), “explicar” e “dizer”, remetendo a sua intenção de diálogo junto ao paciente, esclarecendo-o em relação a sua condição de doença. “A fala enuncia o encontro. Na medida em que o indivíduo se expressa, a sua intencionalidade é sempre comunicativa, porque a expressão implica a compreensão da coexistência” (AUGRAS, 2008, p. 82).

A questão laboral também é colocada em evidência no relato de Y., observando-se o agrupamento das palavras “função”; “trabalho” (citada 2 vezes); “trabalhar” (citada 2 vezes); “emprego”; “desempregado”. Para Cirlot (2005) o trabalho executado com boa fé, constância e consciência de colaboração na obra geral pode se revestir de um sentido místico e simbólico. Desta forma, o trabalho assimila-se aqui ao labor lento e paciente do alquimista, que espera menos a transmutação de suas operações e muito mais de sua atitude espiritual em relação a elas e de sua doação de si mesmo.

No seu trabalho com pacientes, Y menciona a tristeza que sentiu durante os primeiros anos no hospital do câncer, pelas deformidades e mutilações que “chocavam”. Porém, refere que com o tempo mudou sua conduta e passou a ajudar: Y. se permitiu uma atitude de aproximação: *“você passa a ajudar mais, a querer tá perto”*.

Há redundância do verbo “ajudar”, o qual remete à aproximação e ao cuidado, direcionando para uma atmosfera mística. Ajudar também é abrir caminhos para mostrar novas perspectivas ao paciente. “O que me interessa, em primeiro lugar, é saber como ajudar meus doentes a encontrar sua base e sua saúde” (JUNG, 1986, p. 129).

O verbo passar se apresenta redundante e aqui pode designar tanto dinâmica (*“a situação que ele tá passando”*; *“várias pessoas já passaram por aqui”*) quanto transmissão (*“o próprio médico, que senta, passa um tratamento”*; *“passar uma palavra de carinho, de conforto”*; *“ah, como eu gosto de chegar perto de você, que você me passa...”*).

Y. refere a sua satisfação diante dos pacientes do câncer *“Eu mesmo gosto muito. Gosto muito de tá perto, gosto de ajudar”*, de ter trabalhado com crianças, de se sentir a cada dia mais útil e menciona achar que tem um dom de transmitir algo às pessoas: *“já várias pessoas já disseram: ‘ah, como eu gosto de chegar perto de você, que você me passa...’. Mas eu acho que é dom, é de Deus”*. Y. refere o seu de trabalho como sendo muito humano o que a faz sentir-se muito bem.

Não importando aonde possa estar Y. evidencia sua atitude prestativa: “*A partir de hoje eu tou mudando de setor, não sei pra onde, mas com certeza pra onde eu for eu quero dar o melhor de mim*”.

Observa-se também redundância da palavra “pessoa(s)”. São as pessoas ajudadas, pessoas que já passaram pelo setor, pelas quais nos colocamos no lugar; qualquer outra pessoa que poderia ser acometida pelo câncer, inclusive Y.. Também são as “*Pessoas horríveis, faltando um olho, o nariz, a boca deformada, sem perna, sem braço, por causa da doença.*”, pessoas de quem nós devemos chegar junto e transmitir esperança “*e dizer que nem tudo tá perdido*” que “*pode viver como outra pessoa qualquer*”. “*São 10 anos convivendo com essas pessoas, com doenças*”.

A preocupação com o próximo, o cuidado, a ajuda e a proximidade são aspectos evidenciados no relato de Y., o que remete para uma estrutura mística do imaginário.

5. ASPECTOS COLETIVOS DOS DADOS OBTIDOS

5.1 - O UNIVERSO MÍTICO ATRAVÉS DOS DIVERSOS ELEMENTOS DO TESTE AT-9

5.1.1 - Elemento Queda

A queda remete à simbologia das trevas e da agitação e pode ser retrata como a primeira experiência do medo. Ela resume e condensa os aspectos temíveis do tempo (DURAND, G., p. 112-113), na qual o indivíduo vem a projetar a angústia diante da passagem do tempo e da morte.

A amostragem da queda dos pacientes se apresenta bastante heterogênea, o que impede seu agrupamento de forma tão objetiva, da mesma forma também se observa com o grupo dos cuidadores.

O elemento queda, nos diversos testes AT-9 dos pacientes, é evidenciado em distintas representações: sob a forma de queda de animal, queda de elementos naturais, queda de objetos, queda de água e queda humana. De todas estas, a representação da queda por objetos (I.; A.; AP.; CR; JR) é a que mais predomina, seguida pelo empate entre a água que cai (L.; LR.; M.; IN) e a queda de elementos naturais (L.; C.; S.; M.). Já as formas que menos predominam são: a queda de um animal (o cavalo, para M.) e a queda de uma pessoa (M.).

No que concerne aos elementos predominantes no grupo dos pacientes, temos que os distintos objetos que caem são remetidos à peça profissional (martelo); à queda pela escada que socorre; à roupa que pode cair por descuido; ao copo para tomar água e ao jarro que cai e quebra.

O martelo é símbolo de força criadora. Já a simbologia da escada atrela-se tanto à verticalidade quanto à passagem de níveis e, para Chevalier; Gheerbrant (2009) vai remeter tanto à ascensão quanto à valorização. Esses autores também atribuem o simbolismo da roupa à forma visível, externada do homem interior. Desta forma, a roupa que pode cair também pode remeter à queda do personagem.

O copo e a jarra são utensílios de concavidade, acolhedores, continentes e remetem à estrutura mística. Para G. Durand (2002, p. 203) o abismo transmutado em cavidade se torna uma finalidade e a queda tornada em descida transforma-se em prazer.

O vaso remete a um tesouro, é o seio materno, o útero no qual se forma um novo nascimento. Daí vem a crença de que o vaso contém o segredo das metamorfoses. O vaso encerra, sob diversas formas o elixir da vida: é um reservatório de vida. Ademais, diferente do copo o simbolismo da jarra também vai remeter a abundância, onde o líquido escorre como de uma fonte (CHEVALIER; GHEERBRANT, 2009).

A água que cai é relacionada à simbologia de água limpa para beber, para o banho (ou encher vasilha), para formar a correnteza, o rio e sob a forma de uma cachoeira que produz água: “uma obra de Deus”. Para G. Durand (2002) a água que é a mãe do mundo, configura-se como símbolo da feminilidade, onde a queda refreia-se em descida na recusa de sair das imagens familiares e aconchegantes.

E a queda de elementos naturais está relacionada ao da planta que faz sombra; à árvore que cai quando cortada ou podre relacionada à respiração; à laranja que cai quando amadurece; o raio que gera energia e simboliza claridade.

Para G. Durand (2002), o sentimento de natureza atrela-se sempre a misticidade e a imaginação noturna é, assim, naturalmente levada da quietude da descida e da intimidade, que a taça simbolizava, à dramatização cíclica na qual se organiza um mito do retorno.

De acordo com as Estruturas Antropológicas de Gilbert Durand, tais tipos de queda predominantes não evidenciam uma queda catastrófica estando mais relacionados a um movimento de uma lenta descida, constituindo, o que direciona, portanto, para uma eufemização da angústia existencial. A dinâmica de uma queda fulgurante é transmutada em descida lenta: trata-se da eufemização da queda amortecida em descida a qual converte os valores negativos da angústia e do medo em deleitação da intimidade.

A partir da análise do aspecto predominante do elemento queda, nos pacientes, evidencia-se uma eufemização da angústia. Há uma predominância de aspectos que suavizam a queda; não se trata de queda brusca, mas de uma queda que se refreia em lenta descida. Uma queda que não é perturbadora, que é aceita como parte da vida. Assim como a doença debilitante vem e o paciente tem de passar por ela. Ele sente as conseqüências da doença em seu corpo. O paciente “cai” em sua doença, mas não desfalece; ele persiste, continua e segue pela trilha que lhe foi evidenciada pela doença: o seu tratamento.

A respeito do grupo dos cuidadores, as representações da queda também se mostraram heterogêneas, remetendo prioritariamente a elementos diversos (V.; W.) (choro, cujas lágrimas simbolizam decepções e tristezas); a ladeira que é alta podendo levar à queda caso haja desequilíbrio) e depois à queda d'água (X.) (com papel de renovação e energia e simbolizando mudança), e do animal-monstro (Y.) (que está com medo e cai para fugir do homem, por se sentir inferior a este). Evidencia-se também, nos cuidadores, uma eufemização de angústia no que se refere ao elemento queda.

A queda animal e a queda d'água são símbolos comuns aos dois grupos, cujas representações catamórficas direcionam para uma eufemização da angústia humana diante da passagem do tempo frente os aspectos de finitude da vida. Esta eufemização da angústia presente em ambos os grupos permite evidenciar que se tratam de 2 universos semelhantes o que facilita a compreensão entre o grupo dos cuidadores e dos pacientes.

Representações da queda	
Queda dos pacientes	Queda dos cuidadores
Objetos (I.; A.; AP.; CR; JR)	
Água (L.; LR.; M.; IN)	Água (X.)
Elemento da natureza (L.; C.; S.; M.).	
Animal (M.)	Animal-monstro (Y.)
Personagem (M.)	
	Diversos (W.; V.)

Quadro síntese do elemento queda dos Testes AT-9 dos pacientes e cuidadores

Funções da queda	
Queda dos pacientes	Queda dos cuidadores
Utilidade de combate (para o personagem) (CR.)	Utilidade de combate (para o personagem) (Y.)
Utilidades (diversas) (LR.; L.; IN; S.; AP.; JR.)	
Perigo real para o personagem (M.)	Perigo real para o personagem (W.)
Diversos (I.; A.; L.; M.; C.)	Diversos (V.; X)

Quadro síntese das funções do elemento queda dos Testes AT-9

Simbolismo da queda	
Queda dos pacientes	Queda dos cuidadores
	Perigo (W.)
	Fraqueza, medo (Y.)
Valores (pureza, frescor, beleza) (L.; IN.)	
Natureza (M.; C.)	
Tempo (positivo): renovação (C.)	Tempo (positivo): renovação (X.)
Diversos (LR.; L.; A.; M.; IN.; S.; CR.; JR.)	Diversos (V.)
Não declarado (I.; AP.)	

Quadro síntese das simbologias do elemento queda dos Testes AT-9

5.1.2 - Elemento Espada

A espada é um elemento que remete a luta e poder, instrumento que secciona, liberta e purifica, separa o bem do mal. Para G. Durand (2002, p. 165), a espada é a arma dos povos conquistadores, a arma dos chefes, cujo poder é conferido pela sua lâmina cortante. A espada é, assim, o arquétipo para o qual parece orientar-se a significação profunda de todas as armas.

O elemento espada, nos diversos testes AT-9 dos pacientes, é representado sob a forma de espada real, arma-ferramenta, outro objeto (que não arma) e sob a forma não visível. A representação predominante é a da espada real, ou seja, a espada propriamente dita (I.; A.; M.; C.; S.; AP.), seguida da arma-ferramenta (LR.; L.; JR.). Já as representações menos freqüentes são a de outro objeto (IN.) e a que não é desenhada ou representada graficamente, mas é simbolizada, constituindo uma variedade que não é visível (CR.).

No caso dos pacientes a espada real vai se apresentar solta no espaço o que constitui uma categoria criada em função da considerável incidência, particularmente no Nordeste brasileiro (ROCHA PITTA, 1979), desta espada que paira no ar ²⁷.

No grupo dos cuidadores a representação que predomina também é a da espada real, seja solta no espaço (W.) ou na mão do homem (Y.), ambas funcionais, relacionadas à luta (W.) e à defesa (Y.).

Em menor freqüência, para os cuidadores, encontra-se a espada não representada (X.) e os aspectos diversos (V.) da representação, remetendo ao horizonte do desenho.

A partir da análise do aspecto predominante do elemento espada nos pacientes observa-se que a espada real é sempre configurada “solta no espaço” e é remetida tanto ao aspecto funcional de defesa ou ataque da espada (para luta; defesa na guerra; para briga ou

²⁷ ROCHA PITTA, Danielle Perin. L’impact socio-culturel sur le régime des images: étude de la dérivation dans quatre groupes socio-culturels du Brésil. Université des Sciences Sociales de Grenoble, 1979. Thèse pour le Doctorat d’Etat, Sciences Humaines, Mention Sociologie. Dir.: DURAND, Gilbert.

esporte; para os guerreiros romanos se defenderem) quanto a instrumento/objeto utilitário (cortar o coco e cortar alimento). Já a espada convertida em ferramenta remete à faca que é boa porque corta mato; à faca que corta qualquer coisa, mas que também serve para matar e também ao facão, instrumento cortante para cortar o que quiser. Para G. Durand (2002, p. 170) é assim, naturalmente, em ritos de corte, de separação, nos quais o gládio minimizado em faca desempenha ainda um papel discreto, que encontraremos as primeiras técnicas de purificação.

Desta forma, no que diz respeito ao aspecto de função do elemento espada para os pacientes, o predomínio é tanto o da função utilitária ou lúdica (LR.; I.; L.; S.; JR.), como o da espada funcional, seja para ataque (LR.; A.; AP.) ou para defesa (M.; C.).

Os aspectos predominantes do elemento espada nos pacientes remetem tanto à funcionalidade da arma (em uma simbologia diurna, pois vai evocar luta, sofrimento e/ou dor), quanto à sua desfuncionalização (quando a espada se apresenta sob de forma de objeto utilitário, se atrelando a uma simbologia noturna). Encontramos tanto a espada real quanto aquela convertida em ferramenta. Percebe-se que há um certo equilíbrio entre a evidenciação e a eufemização da angústia dos pacientes diante da doença; entre a aceitação e a perturbação no processo de adoecer.

A representação da espada, assim como seu modo de utilização pelo personagem é que vão situar o poder da espada em relação ao monstro (DURAND, Y., 1988, p. 75-77). É, assim que para G. Durand (2002, p. 194) o processo metafísico que, pelos símbolos antitéticos, pela fuga ou pelo gládio combate monstros engendrados pela angústia temporal, permite a eufemização da própria morte, invertendo os valores simbólicos.

No grupo dos cuidadores o aspecto da função predominante é o da espada funcional, para ataque ou defesa (Y.; W.; V.), seja relacionada à luta, desafio ou batalha (W.; V.) ou relacionada à força para se defender (Y.), estando o ataque predominando dentro deste

aspecto funcional. Interessante encontrar neste grupo dos cuidadores a espada funcional, remetendo à luta e simbolizando o horizonte do desenho (V.).

Em menor número, em relação ao aspecto funcional da espada dos pacientes, observa-se a espada de utilidade diversa (IN.) e a sem função (CR.), relacionados respectivamente aos aspectos menos frequentes da morfologia: variedade não visível (sensação de sufoco simbolizando aflição) e outro objeto distinto de uma arma, a “bíblia sagrada”, simbolizando “a palavra de Deus”. E para G. Durand (2002, p. 154-159) essa palavra é citada no evangelho de João, explicitamente associada à luz, pois que brilha nas trevas. É a palavra também associada ao fogo e à luz nos textos upanixádicos e que, nas lendas egípcias e judaicas preside à criação do universo, cujos primeiros vocábulos remetem ao *fiat lux*. A palavra, como a luz simboliza onipotência. Em numerosas culturas a palavra é isomorfa da luz e da soberania do alto. Assim temos sob os símbolos ascensionais ou espetaculares, a figura heróica do lutador erguido contra as trevas ou contra o abismo.

Em menor número, para os cuidadores se encontra a espada sem função (X.), não representada morfologicamente nem funcionalmente, mas simbolizando “brigas”.

Para o cuidador a doença remete a fator revelador de angústia, que se traduz no elemento espada, o qual se encontra predominantemente funcional. O próprio relato do cuidador também traz esse traço de angústia diante do quadro de doença de seus pacientes:

“Eu sinto... Eu não sei nem dizer, né? Tristeza, né? Por eles, a doença, né? Muito... Que machuca muito, realmente.”;

“Eu não vou mostrar pra eles que tou me sentindo mal, tou me sentindo isso ou aquilo, penalizado também.”;

“No início é triste; ou seja, nos primeiros anos que você entra aqui: choca! Entendeu? Pessoas horríveis, faltando um olho, o nariz, a boca deformada, sem perna, sem braço, por causa da doença. Mas com o tempo, não que você se acostume, porque eu acho muito difícil você se acostumar com essas situações.”

E as limitações no tratamento também são desencadeadoras de angústia:

“Eu posso dizer que antigamente eu tinha uma certa revolta, sabe? Assim, eu ficava revoltada porque às vezes eu me sentia incompetente diante de alguma coisa, de alguns pacientes, de algum tratamento que eu poderia fazer, e que eu deveria fazer e que eu não conseguia (...). Algumas vezes eu cheguei a me revoltar porque isso me angustiava muito.”

É assim que os cuidadores eufemizam a doença procurando ocultá-la durante o tratamento:

“A gente aqui tem muito cuidado para não dizer a palavra “câncer”. Eles (os pacientes) falam, mas a gente evita: a gente fala “o seu probleminha”.

Os aspectos comuns aos dois grupos são: a representação da espada real (representada como a arma do gládio); funcionalmente: a espada funcional (para ataque ou defesa) e a destituída de função. Quanto aos aspectos simbólicos em comum estão a espada relacionada a força, luta ou defesa e aspectos diversos: seja “a palavra de Deus” (IN), que como já mencionado atrela-se à simbologia diairética, e o “horizonte do desenho” (V.), este último relacionado à luta.

Nesta intersecção de aspectos comuns ao regime diurno, percebe-se nos dois grupos que há angústia diante da passagem do tempo e da finitude da vida. A simbologia diairética²⁸, pela sua intenção de separação, também evidencia um “muro” que separa o doente de todos; traduzindo um certo conflito que pode ser observado entre o paciente e o mundo. O paciente trava um conflito por se sentir isolado, excluído, discriminado. Para Chevalier; Gheerbrant (2009, p. 626) o muro é tradicionalmente uma cinta protetora que encerra um mundo e evita que nele penetrem influências nefastas de origem “inferior”. O muro é a comunicação cortada.

À predominância da arma funcional, bélica, presente em ambos os grupos (cuidador e paciente) vai se juntar, apenas no grupo dos pacientes, a conversão do instrumento do gládio

²⁸ Simbolizada pelo cetro e pelo gládio e que põe em confronto imagens contrárias: luz contra trevas, ascensão contra queda.

em objeto utilitário ou lúdico. ou seja: o aspecto de desfuncionalização da espada também vai ser evidenciado no grupo dos pacientes, ao lado da espada que evidencia luta, o que vai significar uma eufemização da angústia existencial neste último grupo.

Isto posto, conclui-se que os universos dos pacientes e cuidadores não são totalmente idênticos, mas se aproximam. Esta semelhança vem a aproximar também o diálogo, permitindo um compartilhamento de linguagem entre os grupos dos cuidadores e pacientes.

Representações da espada	
Espada dos pacientes	Espada dos cuidadores
Espada real: solta no espaço (I.; A.; M.; C.; S.; AP.)	Espada real: solta no espaço (W.)
	Espada real: na mão do homem (Y.)
Arma-ferramenta (LR.; L.; JR.)	
Outro objeto (IN.)	
Variedade que não é visível (CR.)	
	Não representada (X.)
	Diversos (V.)

Quadro síntese das representações do elemento espada dos Testes AT-9

Funções da espada	
Espada dos pacientes	Espada dos cuidadores
Funcional (ataque ou defesa) LR.; A.; M.; C.; AP.	Funcional (ataque ou defesa) (Y.; W.; V.)
Sem função (CR.)	Sem função (X.)
Utilitária ou lúdica (LR.; I.; L.; S.; JR.)	
Diverso (IN.)	

Quadro síntese das funções do elemento espada dos Testes AT-9

Simbolismo da espada			
Espada dos pacientes		Espada dos cuidadores	
Utilidade (L. ; JR.)			
Força; luta; defesa;	Defesa (C.) Luta (AP.)	Força; luta; defesa;	Defesa (Y.) Luta (W.; X.)
Angústia, perigo, aflição (CR.)			
Diversos (IN.)		Diversos (V.)	
Não declarado (LR.; I.; A.; M.; S.)			

Quadro síntese das simbologias do elemento espada dos Testes AT-9

5.1.3 – Elemento Refúgio

O elemento refúgio, nos diversos testes AT-9 dos pacientes é representado sob a forma de casa comum, árvores, personagem e elemento continente. A representação predominante é a da casa comum (LR.; I. A.; L.; M.; AP.; JR.), seguida das árvores (C.; S.). Já as representações menos freqüentes são as do personagem (IN.), citado como Jesus e a do continente (CR.), descrito como uma piscina.

O refúgio como casa ou habitação comum remete à função protetora, a um lugar seguro, que acolhe. “A casa é, portanto, sempre a imagem da intimidade repousante, quer seja templo, palácio ou cabana” (DURAND, G., 2002, p. 244). Já a árvore representa tanto os aspectos da verticalidade como o da renovação cíclica. Entretanto a freqüência da representação da habitação relacionada à casa é nitidamente superior à da árvore.

No grupo dos cuidadores a morfologia que predomina é do habitat de transporte (V.; W.), seja um carro (W.) ou um barco (V.). G. Durand (2002) menciona que na consciência contemporânea informada pelo progresso técnico, a barca é muitas vezes substituída pelo automóvel, que é um equivalente, enquanto refúgio e abrigo, da barca romântica. No entanto, enquanto a barca é lunar, tranquilizadora, protetora, o carro é solar: por sua dinâmica e pelo caráter hedônico e sensual do passeio de automóvel. Para Chevalier; Gheerbrant (2009, p. 101) como todo veículo, o automóvel simboliza a evolução em marcha e suas peripécias.

Já as representações menos freqüentes para os cuidadores são a casa comum (X.) e o refúgio tipo habitat natural, como aquele presente entre as rochas (Y.).

Para G. Durand (2002, p. 242-251) a barca, a arca, a morada sobre a água, são intercambiáveis com a gruta, a caverna: na tradição iraniana a arca é substituída por uma espécie de gruta subterrânea que protege dos rigores do grande inverno, além de berço dos vivos e paraíso dos justos. A gruta sempre foi e ainda é notada como casa em sua intimidade

repousante: o refúgio circular é a imagem do refúgio natural, assim como o ventre feminino. A gruta seria mais cósmica e mais simbólica que a casa e aparenta-se aos grandes símbolos da maturação e da intimidade. O espaço curvo, fechado, regular é símbolo por excelência da doçura, de paz, de segurança. E a arca é construída tanto para transportar a alma dos mortos quanto para conservar a vida e as criaturas ameaçadas pelo cataclismo. A barca, mesmo que seja mortuária, participa em sua essência do grande tema do embalar materno. O gosto pelo navio remete a gostar de uma casa superlativa, porque fechada sem remissão, o navio é habitat antes de ser meio de transporte. E se o navio se transforma em casa, a barca se torna em humilde berço.

No que diz respeito à função do refúgio para os pacientes, o predomínio é o da função de proteção, abrigo ou moradia (LR.; A.; L.; M.; AP.; JR) seguida da função protetora reforçada (M.; C.; CR.; S.). Tais aspectos remetem a uma simbologia noturna, notadamente mística, uma vez que agrega valores de intimidade e de inversão do tempo, que eufemizam a morte.

Em menor número, em relação ao aspecto funcional do refúgio para os pacientes, observa-se o ponto de recuo (C.; CR; S.), a função lúdica (I.) e os aspectos diversos (IN.).

No grupo dos cuidadores o que predomina são os aspectos diversos (V.; X.) do refúgio, relacionados à agregação familiar (X.) e a barcos (V.), estes remetem à intimidade uma vez que se relacionam respectivamente a calor humano e abrigo protetor. Em menor frequência tem-se o abrigo como “local protetor; abrigo, moradia” e como “ponto de recuo” (Y.; W.), ou seja, um ponto de recolhida sumário e provisório diante do perigo.

Para G. Durand (2002, p. 243-245) a casa é o microcosmo do corpo humano, labirinto tranqüilizador, é mais do que um lugar para se viver, é um vivo, redobrando a personalidade daquele que a habita. Trata-se de local de isolamento, regressão e intimidade.

Os aspectos comuns aos dois grupos são: morfologicamente a casa comum. Funcionalmente: a casa-abrigo que protege e o ponto de recuo. Então temos tanto o conforto da intimidade repousante, assim como o “ponto de recuo” que remete à fuga diante do perigo e se traduzem em angústia. Quanto aos aspectos simbólicos em comum estão a simbologia de proteção e de vida tranqüila. Os símbolos da intimidade predominam em ambos os grupos: a paz, o bem-estar, o descanso, a proteção, o abrigo, o acolhimento.

O refúgio para o paciente é eminentemente protetor e ainda está acrescido do aspecto de função lúdica (lazer), a qual não está presente para os cuidadores, além da função protetora reforçada. Os pacientes se diferenciam dos cuidadores por apresentar a morfologia do refúgio relacionada a árvores, personagem e continente, enquanto os cuidadores vão apresentar o habitat natural, escavado na rocha e o habitat de transporte (a barca e o carro). Enquanto a barca é o abrigo que acolhe, o carro remete a fuga pela velocidade. Para Chevalier e Gheerbrant (2009) o carro, em sua simbólica geral, é muitas vezes associado ao sol; o carro é o veículo condutor, o veículo normal do guerreiro ou do herói. A simbologia do barco é lunar, a do carro é solar.

Então em ambos os grupos, pacientes e cuidadores, o refúgio remete à intimidade e à proteção, enfatizando a presença do regime noturno, o que demonstra que se trata de 2 universos semelhantes, facilitando a compreensão entre o grupo dos cuidadores e dos pacientes.

Representações do refúgio	
Refúgio dos pacientes	Refúgio dos cuidadores
Casa comum (LR.; I. A.; L.; M.;AP.; JR.)	Casa comum (X.)
	Habitat Natural: gruta, pedra, caverna (Y.)
	Habitat de transporte (V.; W.)
Árvores (C.; S.)	
Personagem (Jesus) (IN.)	
Continente diverso (piscina) (CR.)	

Quadro síntese das representações do elemento refúgio dos Testes AT-9

Funções do refúgio	
Refúgio dos pacientes	Refúgio dos cuidadores
Local protetor; abrigo, moradia (LR.; A.; L.; S.; M.; AP.; CR.; JR.)	Local protetor; abrigo, moradia (W.)
Ponto de recuo (C.)	Ponto de recuo (Y.)
Diversos (IN.)	Diversos (V.; X.)
Função lúdica (I.)	
Função protetora reforçada (M.; C.; CR.; S.)	

Quadro síntese das funções do elemento refúgio dos Testes AT-9

Simbolismo do refúgio	
Refúgio dos pacientes	Refúgio dos cuidadores
Proteção (M.; C.; S.; L.; JR.)	Proteção (Y.)
Vida tranqüila (A.; L.; JR.; I.)	Vida tranqüila (W.)
	Vida (aspecto espiritual dominante) (X.)
	Local privilegiado a ser atingido (V.)
Diversos (IN.)	
Não declarado (LR.; AP. CR.)	

Quadro síntese das simbologias do elemento refúgio dos Testes AT-9

5.1.4 – Monstro Devorador

O monstro devorador remete ao sentimento de angústia: pelo tempo que passa e diante da expectativa da morte. É a imagem da face destruidora do tempo, temível pela simbologia da boca dentada, a “boca armada com dentes acerados, pronta a triturar e morder” (DURAND, G., 2002, p. 84).

O elemento monstro nos diversos testes AT-9 dos pacientes é representado sob a forma antropomorfa, zoomorfa e a não-figurada. A representação predominante do monstro é a zoomorfa (animais) (A.; L.; C.; S.; JR.), a qual está associada comumente à agressividade (devoração), denotando angústia diante da passagem do tempo. Estes monstros-animais são citados como “um bicho feioso qualquer” (A.); “um bicho: o tucano” (L.); o cachorro (C.); o gato (S.) e “um bicho devorador” (JR.), citado na história como uma anta, um bicho do mato.

Para Y. Durand (1988) esta figuração do monstro como animais “naturais” está integrada principalmente à temática mítica heróica.

Em segundo lugar encontram-se as representações antropomorfas (semelhante ao ser humano) (I.; IN; AP.) e da não-figurada ou não representada no desenho (LR.; M.; CR.), sendo que estas duas últimas se apresentam na mesma frequência.

Das representações antropomorfas dos pacientes pode-se citar:

1) A figuração de um monstro semelhante a homem de grande dimensão e com destacados dentes pontiagudos (I.), os quais remetem a força, agressividade e energia vital (CHEVALIER; GHEERBRANT, 2009), assim como ao terror da animalidade pela boca armada com dentes acerados, trituradores e mordentes (DURAND, G., 2002).

2) A representação de um monstro semelhante a homem e dotado de chifres pontudos e com braços abertos, como se quisesse se apropriar de tudo (IN.) Para Chevalier e Gheerbrant (2009) o braço é símbolo de força e de poder, assim como o chifre, o qual para G. Durand (2002, p. 82) é isomorfo da foice do tempo, instrumento de mutilação. Estamos diante de um monstro considerado dotado de poderes devastadores, verdadeiramente uma ameaça.

3) Uma “pessoa má” (AP.): sua figuração apresenta ampla cabeleira cujo simbolismo pode ser indicativo de força. Este monstro tem olhos grandes de aspecto vazado. Se os olhos podem ser os espelhos da alma, esse aspecto de olho vazado pode denotar uma “ausência de alma” nesse monstro que é representado como dotado de uma personalidade má.

No grupo dos cuidadores a forma que predomina também é a zoomorfa (Y.; X; W), associada, comumente ao terror da animalidade, refletindo-se em angústia, seja na representação de um gorila citado como “uma coisa feia do lado da espada” (W.); de um gavião (X.) ou de um leão (Y.). Já a representação menos freqüente é a do monstro como elemento da natureza, citada como as ondas do mar (V.), cuja figuração direciona para redução de angústia existencial.

No que diz respeito ao aspecto de função do monstro para os pacientes, o aspecto eminentemente predominante é o da função de ameaça potencial (LR.; A.; L.; IN.; C.; AP.; JR.), seguido em frequência bem inferior pelas funções diversas (S.; CR.).

Sobre o aspecto de ameaça potencial, função predominante para os pacientes, encontramos:

1) Um monstro para se “correr com medo” (LR.), simbolizando perigo. Temos aqui uma ameaça que atemoriza a ponto de representar perigo e desencadeando temor e fuga.

2) Um monstro que “está parado, olhando pra mim, que eu não gosto dele” (A.), simbolizando algo que não se suporta “Horror. Não gosto, feio demais”. O olhar é inquiridor da consciência moral (DURAND, G., 2002). A presença do monstro, com seu ato de olhar é algo que ameaça e desenvolve um sentimento de medo e repugnância.

3) Um monstro que “faz medo, pega a gente” (L.), cujo simbolismo é mencionado como o “medo do tucano”. Trata-se aqui de uma ameaça capaz de capturar e que atemoriza bastante. É possível que o temor do tucano esteja vinculado ao aspecto de seu grande e resistente bico, reforçando o temor da doença diante da animalidade mordicante.

4) Um monstro que destrói “ele vem para destruir” (IN.), simbolizando algo terrível. Uma ameaça bastante atemorizante e destruidora, assim como a doença. Nas palavras da entrevista de IN.: *“E quando a gente... Ela se manifesta, a gente tem que cuidar logo, porque se for no início ainda pode ter cura e se não for... Ela vai tomando, né? Conta assim de outros órgãos.”*; *“Pra o ser humano, todo mundo tem medo né? Todo mundo tem medo dessa doença. Quando sabe pensa logo que vai morrer, né?”*

5) Um monstro que a qualquer momento pode revidar “ele aqui tá quietinho, tá mansinho, porque ninguém buliu com ele. Tá manso. Agora, se chegar alguém...” (C.). seu aspecto simbólico é dúbio “ele é muito bom, mas ele é muito covarde. Tanto faz ele tá bem com a pessoa, como ele correr atrás e morder”. Representa uma ameaça iminente, que está lá

e a qualquer momento pode se manifestar, assim como o câncer que pode, quando menos se espera, simplesmente aparecer, o que se traduz também em angústia, assim como C. relata na entrevista *“eu não sei explicar não, só sei que ele apareceu e eu me tratei”*; *“Eu não sei não, minha fia, lhe explicar não; como é ele não. Só sei que eu senti e me tratei e tou aqui. E todo mês fazendo revisão; todo mês tou na revisão. Agora tou fazendo revisão da boca. (...). Tenho fé em Deus que não seja nada de mal, que teja aqui na minha boca de novo”*.

6) Um monstro que está “querendo fazer o mal pras pessoas” (AP.), cuja simbologia foi omitida. A representação da ameaça como malefício ou da doença que causa mal, nas palavras da entrevista de AP., uma doença que mutila e atemoriza:

“Eu pensei que ia perder o juízo. Eu fiquei em tempo de enlouquecer. A gente fica com medo. Fica com muito medo mesmo. Nossa! Tinha noite que eu nem dormia. Eu quase peguei depressão. Não conseguia dormir direito, né? Também no começo eu fiquei triste porque eu perdi um pedacinho do palato, né?”

7) Um monstro “pra espantar quem não conhece ele. Pra fazer susto. Ele só procura devorar as coisas que tá perfeita” (JR.), simbolizando “um bicho do mato”. A ameaça reside nitidamente nesse bicho devorador que espanta e devora. Nas palavras da entrevista de JR.: *“O câncer é uma doença... É... Ela é muito “desgastível” para o corpo humano, né? Ela mata silenciosamente”*.

Esse corpo humano, em termos de associação harmônica entre os diversos sistemas, pode ser qualificado enquanto “perfeito”, pois, baseado em Sfez (1996) é isso que dele se espera: um corpo que não morra, que não envelheça, que não se deteriore.

A doença interfere no estado de estabilidade e equilíbrio do corpo, desregulando esse funcionamento perfeito nos sistemas orgânicos, cujas alterações podem ser tão danosas a ponto de poder decretar sua falência, atemorizando e manifesta-se simbolicamente sob a forma de uma animalidade devoradora, para G. Durand (2002) expressão da ansiedade.

As funções diversas do monstro dos pacientes remetem:

1) Ao ato de se alimentar do peixe (S.), cujo simbolismo remete a afetividade e à infância “sempre eu tive gato na infância; sempre gostei de bicho”

2) À projeção da situação em que se encontrava. (CR.), simbolizando “conflito” diante do perigo, o incêndio no qual o personagem estava inserido.

As funções menos freqüentes remetem ao papel passivo (C.), ao monstro desprovido de função (sem papel) (I.) e à ameaça distante (M.); este último monstro, embora esteja longe, se apresenta bastante ameaçador em virtude de sua simbologia angustiante e perturbadora.

Então o monstro dos pacientes se mostra extremamente atemorizador com seu aspecto de mordicância e de terror da destruição pela animalidade devoradora reforçados.

Já para o grupo dos cuidadores, os aspectos diversos (V.; X.) da função do monstro são os predominantes, a saber:

1) Remetendo a desafios e obstáculos (V.) desenvolvidos pelas ondas do mar da vida que desafiam o cuidador. Seu simbolismo é “desafios”.

2) Remetendo ao ato de estar de olho no peixe (X.), pelo gavião, um predador de simbologia atrelada à sapiência: “sabedoria”.

Em menor freqüência para a função do monstro no grupo dos cuidadores encontram-se:

1) A ameaça potencial de um leão devorador sobre um homem (Y.). Seu papel é o de “devorar o que visse pela frente”. Sua simbologia está relacionada aos “obstáculos que a gente enfrenta no dia a dia”.

2) O papel passivo do monstro que está “só esperando o ataque” (W.). Este monstro aqui vai simbolizar a luta e o trabalho desenvolvidos pelo cuidador para o paciente: “a luta que a gente tem aqui; o trabalho que a gente executa para ele”.

Então, para os cuidadores temos um monstro devorador como um predador que é um obstáculo: a doença e todos os seus aspectos que desafiam o cotidiano do profissional.

Quanto aos caracteres apresentados simultaneamente pelos dois grupos encontra-se a morfologia zoomorfa que remete à agressividade animalesca e se traduz em angústia; funcionalmente, compartilha-se a ameaça potencial, o papel passivo do monstro, bem como seus aspectos diversos. Também comum aos cuidadores e pacientes encontra-se o aspecto simbólico de “angústia, medo, temor”. Tais aspectos semelhantes vão aproximar os dois grupos, facilitando seu diálogo pelo compartilhamento de sua linguagem.

As imagens animais são as mais freqüentes e comuns, pois são familiares, desde a infância. Na maior parte dos casos a animalidade, depois de ter sido símbolo da agitação e mudança, passa a assumir o simbolismo da agressividade e da crueldade. É na goela animal que se concentram os fantasmas terrificantes da animalidade: agitação, mastigação agressiva, grunhidos e rugidos sinistros (DURAND, G., 2002, p. 69-85).

O que diferencia os grupos é a presença do monstro não representado (não-figurado) apenas para os pacientes e a constatação do elemento natural, representado apenas nos desenhos dos cuidadores e citado como “ondas do mar”, cujo papel é tido como uma ameaça potencial “desafios e obstáculos” e a simbologia está atrelada aos desafios. Estas ondas-obstáculos que desafiam remetem a uma luta heróica diante dessa natureza. Nisto podemos encontrar a simbologia das águas nictmórficas: águas nefastas, perturbadoras. Como bem menciona G. Durand (2002) água mortuária, duplicação substancial das trevas e substância simbólica da morte. A epifania da desgraça do tempo, onde o devir está carregado de pavor, constituindo “a própria expressão do pavor” (DURAND, G., 2002, p. 96).

Outro aspecto conflitante é o de “ausência de função” (monstro sem papel) e o de “ameaça distante” no grupo dos cuidadores. Encontram-se também o “perigo” e a “natureza (mundo animal)” como aspectos simbólicos apenas no grupo dos pacientes, e a presença da

sabedoria e dos “obstáculos” como aspectos simbólicos presentes apenas no grupo dos cuidadores.

Em resumo temos, para os pacientes, um mostro zoomorfo, seguido do antropomorfo e do não representado (cujas frequências são equivalentes e próximas à do grupo predominante) o qual se encontra amplamente funcional.

E para os cuidadores encontramos um monstro zoomorfo, cujos papéis predominantes refletem em angústia (devorar o que vier pela frente; desafios e obstáculos, e monstro que está à espera do ataque) cuja simbolização está atrelada a problemas e cuja simbologia está prioritariamente relacionada a aspectos negativos: “problemas e coisas ruins”, obstáculos e desafios.

O monstro traz aflição tanto para os pacientes quanto para os cuidadores, remetendo à angústia diante da passagem do tempo e da morte. Para o paciente o monstro é um reflexo do medo, do terror pela animalidade devastadora. O monstro é tão ameaçador quanto a doença que pode levar à morte. E o cuidador a travar um verdadeiro combate contra a doença, à procura de inúmeros recursos (“armas”), que reforcem sua luta pelo tratamento reabilitador dos pacientes.

Representações do Monstro	
Monstro dos pacientes	Monstro dos cuidadores
Não-figurado (LR.; M.; CR.)	
Antropomorfo (I.; IN; AP.)	
Zoomorfo (animais) (A.; L.; C.; S.; JR.)	Zoomorfo (animais) (Y.; X; W)
	Elemento natural (V.)

Quadro síntese das representações do elemento Monstro dos Testes AT-9

Funções do Monstro	
Monstro dos pacientes	Monstro dos cuidadores
Ameaça potencial (LR.; A.; L.; IN.; C.; AP.; JR.)	Ameaça potencial (Y.)
Ameaça distante (M.)	
Diversos (S.; CR.)	Diversos (V.; X.)
Papel passivo (C.)	Papel passivo (W.)
Sem papel (I.)	

Quadro síntese das funções do elemento Monstro dos Testes AT-9

Simbolismos do monstro	
Monstro dos pacientes	Monstro dos cuidadores
Perigo (LR.; C.)	
Angústia, medo, temor (A.; L.; IN.; M.; CR.)	Angústia, medo, temor (W.)
Natureza (mundo animal) (S.; JR.)	
	Estética (beleza, lenda, sabedoria) (X.)
	Obstáculos (Y.)
Diversos (I.; C.)	Diversos (V.)
Não declarado (AP.)	

Quadro síntese das simbologias do elemento monstro dos Testes AT-9

5.1.5 – Elemento Cíclico

A simbologia do ciclo significa renovação e renascimento, remete simultaneamente a aspectos de vida e de morte, ao “o ritmo perpétuo das fases alternadamente, negativas e positivas do devir cósmico” (DURAND, G., 2002, p. 318) e também se conjuga como símbolo da totalidade: “a figura circular é tanto a da roda como a do recinto fechado e a distância não é grande do sentimento de intimidade, de segurança, ao conceito de totalidade” (DURAND, G., 2002, p. 247).

O elemento cíclico, nos diversos testes AT-9 dos pacientes é representado sob a forma de astros, roda integrada, elementos e objetos naturais e sob aspectos diversos.

As morfologias predominantes dos elementos cíclicos dos pacientes remetem à roda integrada (LR.; A.; C.; JR.) e às representações diversas (CR.; L.; S.; M.), que se apresentam na mesma frequência.

A roda integrada é representada por um ventilador (LR.; JR.); um catavento (A.) e uma roda gigante (C.). O ventilador que refresca remete a conforto e bem-estar. Já o catavento é dito como um objeto bonito, cuja simbologia mencionada refere-se à utilidade. De fato o catavento ao girar pelo vento, também capta dele sua energia. Já a roda gigante é remetida à simbologia lúdica, pois ela é armada para o pessoal brincar.

Os aspectos diversos do elemento cíclico dos pacientes fazem menção às figurações abstratas, como a do pensamento (CR.), e também a objetos construídos (L.; S.; M.): o relógio, imagem do tempo; o pneu e a roda de carro, os quais remetem à velocidade, ao dinamismo.

Já as representações menos freqüentes para os pacientes são: a dos astros (IN.; AP.), citados como a Terra, de imagem acolhedora, materna. Em último lugar temos a representação dos elementos e objetos naturais (I.) que no caso é o tornado, vento cíclico e tempestuoso, elemento ambivalente cuja rajada é, ao mesmo tempo, selvagem e pura (BACHELARD, 1990) e que para Chevalier e Gheerbrant (2009) vai simbolizar o fim de um tempo e a promessa de um tempo novo.

No grupo dos cuidadores os aspectos diversos (V.; Y.) predominam na morfologia, a qual se relaciona a um objeto construído: a própria espada (Y.), que gira e ajuda o personagem a se defender; e aos ritmos naturais: um dia após o outro (V.), onde “o homem afirma assim o seu poder de eterno recomeço” (DURAND, G., 2002, p. 249).

Outros aspectos do elemento cíclico para os cuidadores remetem à roda integrada do moinho (X.) que leva água à casa e simboliza energia; e à representação de elementos e objetos naturais (W.): uma bola de neve, simbolizada pelos problemas dos pacientes.

No que diz respeito ao aspecto de função do elemento cíclico para os pacientes, o predomínio é o da função utilitária (AP.; LR.; I.; M.; L.; S.; JR.). Assim, temos o elemento cíclico que é útil para subsistência (AP.) relacionada a plantações, à provisão de alimentos

(AP.). Também se configuram no papel de utilidade os aspectos de conveniência e vida pacífica, os quais vão remeter:

a) ao conforto e bem-estar, pelo ventilador que é para o calor (LR), que ventila e refresca (JR.);

b) ao deslocamento, pelo movimento do carro (M.), o transporte pelo pneu que vai se encaixar à carroça (S.), onde a roda conjuga-se ao simbolismo do carro. Também o movimento dado pelo vento que faz andar o “caravelo” (I.);

c) à marcação do tempo pelo relógio que dá hora (L.).

Os aspectos diversos (I.; C.; A.; CR.) vêm em segundo lugar para as funções dos pacientes, quais sejam:

a) apagar o fogo (C.);

b) o aspecto de inércia, seja do catavento (A.) ou da roda gigante (C.) quando parados;

c) a reflexão como papel do pensamento (CR.).

Já a função menos freqüente remete àquela tratada simbolicamente (movimento; progressão) (IN.; M.; A.) e diz respeito ao aspecto de girar: a Terra que gira (IN.); a roda que gira dando movimento ao carro (M.) e ao movimento do catavento quando gira (A.)

“A roda, em todas as suas variantes, movimento na imobilidade, equilíbrio na instabilidade, antes de ser tecnicamente explorada e de se profanar em simples instrumento utilitário, é acima de tudo engrenagem arquetípica essencial na imaginação humana” (DURAND, G., 2002, p. 238).

No grupo dos cuidadores o aspecto da função predominante do elemento cíclico é o utilitário, seja para conveniência (X.), conduzindo água à casa ou para o combate (Y.), ajudando o personagem.

Em menor número, em relação ao aspecto funcional do elemento cíclico dos cuidadores temos tanto o aspecto diverso (V.) que remete ao “desenho como todo”, simbolizando desafios, quanto o tratado simbolicamente, que sugere progressão pela bola de neve (W.) que só faz aumentar e simboliza os problemas dos pacientes.

Como “todo símbolo ligado ao ciclo possui, ao mesmo tempo, a sua parte de trevas e a sua parte de luz” (DURAND, G. 2002, p. 328) a neve tanto pode estar ligada aos flocos lentos que traduzem sua doçura, como pode se revelar um incômodo, uma privação, ao cidadão que desperta, pois se acumula e torna-se um obstáculo ao caminhar. Entretanto só a neve má da primavera é que brame em avalanche (DURAND, G. 1998b).

Para o grupo dos pacientes existe uma predominância dos aspectos simbólicos do elemento cíclico que remetem à vida (I.; AP.; LR.; A.; L.; C.; JR.), como os de natureza: o vento (I.), “ir pra roça plantar” (AP.); e os de utilidade: “é bom pra sentir aquele friozinho” (LR.); “é útil” (A.); “muito bom o relógio porque dá a hora” (L.); a roda que só é armada em tempo de festa para brincar (C.) e a que ficar no teto para refrescar o ambiente (JR.).

Inclusive os aspectos diversos dos pacientes também remetem a uma simbologia de vida (a roda gigante que “só é armada em tempo de festa” e a terra como “obra de Deus feita em 7 dias”).

Para os cuidadores há uma predominância dos aspectos simbólicos diversos, (desafios e problemas). Em menor frequência, o grupo dos cuidadores também vai apresentar a simbologia da vida: na “energia” (X.) do moinho; bem como a simbologia da morte nos “obstáculos” (Y.) da espada que gira.

Os posicionamentos comuns aos dois grupos são: morfologicamente a roda integrada, os elementos e objetos naturais e as figurações diversas. Funcionalmente, os aspectos compartilhados por ambos os grupos são: o utilitário e os tratados simbolicamente

(movimento; progressão). Já os aspectos simbólicos em comum aos dois grupos são os diversos e os relacionados à vida.

Uma situação que diferencia os grupos é a presença da morfologia dos astros apenas no grupo dos pacientes e a simbologia da morte apenas presente no grupo dos cuidadores.

Então os dois grupos são bastante semelhantes, sobretudo, em função de sua representação e função, o que os aproxima, facilitando sua comunicação.

Representações do elemento cíclico			
Elemento cíclico dos pacientes		Elemento cíclico dos cuidadores	
Astros (terra, lua, sol) (IN.; AP.)			
Roda integrada (catavento; ventilador; moinho) (LR.; A.; C.; JR.)		Roda integrada (catavento; ventilador; moinho) (X.)	
Elementos e objetos naturais (I.)		Elementos e objetos naturais (W.)	
Diversos	Figurações abstratas (CR.) Objeto construído (L.; S.; M.)	Diversos:	Ritmos naturais: (V.) Objeto construído (Y.)

Quadro síntese das representações do elemento cíclico dos Testes AT-9

Funções do elemento cíclico			
Elemento cíclico dos pacientes		Elemento cíclico dos cuidadores	
Utilitária	Útil para subsistência (AP.) Conveniência e vida pacífica (LR.; I.; M.; L.; S.; JR.)	Utilitária	Conveniência e vida pacífica (X.) Útil para o combate (Y.)
Tratado simbolicamente (movimento; progressão)	Tema do retorno - evolução (IN.; M.; A.)	Tratado simbolicamente (movimento; progressão)	Progressão (W.)
Diversos (I.; C.; A.; CR.)		Diversos (V.)	

Quadro síntese das funções do elemento cíclico dos Testes AT-9

Simbolismo do elemento cíclico			
Elemento cíclico dos pacientes		Elemento cíclico dos cuidadores	
Vida	Natureza (I.; AP.) Utilidade (LR.; A.; L.; C.; JR.)	Vida	Força, energia (X.)
		Morte	Obstáculos (Y.)
	Diversos (C.; IN)		Diversos (V.; W.)
	Não declarado (M.; S.; CR.)		

Quadro síntese das simbologias do elemento cíclico dos Testes AT-9

5.1.6 – Personagem

O personagem em geral é uma projeção figurada do próprio autor do desenho no teste AT-9. Derdyk (1990) menciona que o desenho da figura humana representa a imagem do corpo ao outro, e nessa comunicação encontram-se as *personas*, as máscaras sociais, a figura que se constrói de si para o mundo.

Assim, o ser humano faz uso de máscaras, as quais revelam ou ocultam, quando cria seu personagem. Yves Durand (1988, p. 49) também menciona que parte da etimologia do termo personagem baseia-se na noção de máscara. Para G. Durand (2000) as máscaras apresentam dimensões cósmicas, oníricas e poéticas. Elas remetem o indivíduo a si mesmo, refletindo uma visão de seu mundo interno. Lévi-Strauss (1981, p. 124) observa que “como um mito, uma máscara nega tanto quanto afirma; não é feita somente daquilo que diz ou julga dizer, mas daquilo que exclui”, pois a máscara ao se apresentar também oculta: exclui a expressão de um rosto, uma característica indesejável (até mesmo uma lesão facial). E nesta exclusão a máscara disfarça ao mesmo tempo em que transforma. Por isso ela pode representar mais do que aquilo que apresenta, pelo seu potencial transformador.

O elemento personagem, nos diversos testes AT-9 dos pacientes é representado sob a forma de um personagem do gênero feminino, de um animal, de um personagem esquematizado e de aspectos diversos.

A representação predominante é a do personagem esquematizado (LR.; A.; JR.; AP.; IN.) o qual vai evidenciar as suas relações, qualidades ou funções, a saber:

1) “Uma pessoa muito da feia” (LR.), esteticamente repugnante, o que pode levar a uma tendência de afastamento.

2) Uma “pessoa viva, que tem vitalidade, que tem força” (A.), dotada de atributos heróicos.

3) “Uma senhora muito batalhadora” (AP.), também relacionada à simbologia heróica.

4) “A fotografia de um ser humano. Está representando um soldado” (JR.), figuração característica de um guerreiro.

5) “Meu pai” (IN.), imagem que remete a valoração, domínio e posse.

Para G. Durand (2002) a imagem do guerreiro tem a ver com o regime diurno pela luta, a separação, a clivagem do heroísmo diairético e pela elevação e a purificação da dominante postural, assim como o simbolismo do pai relaciona-se à verticalidade, pois “o levantar-se, a posição postural será na maior parte dos casos acompanhada de um simbolismo do pai” (DURAND, G., 2002, p. 56), estando o simbolismo ascensional relacionado ao desejo de conquista pela sensação de soberania que acompanha atos e posturas ascensionais.

Em seguida vêm os aspectos diversos, que se referem à forma de simples personagem (I.; M.; C.; S.), os quais vão apresentar uma caracterização bastante limitada (pessoa; figura).

Já as representações menos freqüentes são:

1) A que evidencia o gênero feminino: a mulher (L.)

2) A que remete ao animal que, no caso, é um cão (CR.), duplicação domesticada do lobo (DURAND, G., 2002).

No grupo dos cuidadores a representação que predomina é a do personagem esquematizado (W.; X.), evidenciando o paciente (W.) e a mãe (X.), cujo arquétipo é de

imagem acolhedora, envolvente, a segurança do abrigo, do calor, da ternura e da alimentação (CHEVALIER; GHEERBRANT, 2009).

Já os personagens múltiplos (V.), juntamente com aquele que evidencia apenas o gênero masculino: homem (Y.) são igualmente os de menor frequência.

No que diz respeito ao aspecto de função do elemento personagem para os pacientes, o predomínio é o da função diversa (I.; A; L.; IN.; CR.; C.; LR.; JR), a saber:

a) A função de cavaleiro do burro que devido ao vento vai para o refúgio (I.), que remete a um herói dominador.

b) A função de uma pessoa que está parada (A.), remetendo a uma postura de passividade.

c) A função de uma pessoa que está em pé (L.) e estar levantado é uma postura ativa, uma representação de atitude.

d) A função de “meu exemplo” (IN.), um modelo de ação a ser seguido, digno de nota.

e) A função de (estar presente no) “acontecimento” (CR.), estando envolvido nele.

f) A função de alguém que “está com vontade de subir no pé de pau”, remetendo a desejo de ascendência.

g) A função de vigilância (LR.) “atocaiando as ferramentas e os bichos”, o que remete a uma observação velada do que se passa em volta.

g) A função de vigilância (JR.), pelo simples ato de vigiar, reter a atenção.

Em segundo lugar predomina a função tratada simbolicamente, a qual remeterá à mediação (S.) pela ligação de elementos: “Ele liga os outros elementos, uma coisa com a outra: a roda, a vela, a macieira, a espada, o gato, o peixe; menos o raio” e também a função de angústia (AP.; C.), seja no desespero pelos acontecimentos no mundo (AP.) ou no medo da altura (C.).

Em menor frequência, para os pacientes está o aspecto de vida tranqüila: (M.), citada como passeio.

No grupo dos cuidadores o aspecto da função predominante é o diverso (V.; W.; X.) seja na presença das pessoas no barco (V.): “nós no barco”; na espera pelo paciente que “está só esperando” (W.); e nos aspectos de vigilância e proteção (X.) da mãe que está “olhando, cuidando das crianças”.

Em menor número, em relação ao aspecto funcional do personagem está a função de combate (Y.) que é “se defender”.

A simbologia do personagem dos pacientes, assim como a dos cuidadores remete a aspectos de vida, de morte e diversos.

Os aspectos simbólicos predominantes dos pacientes são os que remetem à vida (A.; CR.; S.; IN.) e aos aspectos diversos (L.; M.; C.; JR), ambos na mesma frequência. A simbologia da vida se mostra na imagem de vigor: “uma vivacidade, uma pessoa viva” (A.); de valores “exemplo de vida” (IN.) e nos aspectos de natureza (CR.; S.) seja remetendo ao animal (CR.) ou a uma pessoa perto de um rio, com a macieira, com seu gato se alimentando do peixe (S.).

Os aspectos simbólicos diversos fazem menção: à fraternidade pela imagem criadora dos “desenhos que meu irmão fazia” (M.); à infância: “quando eu era criança, que subia em pé de pau eu caia muito” (C.); à mãe: pela imagem da pátria (JR.), que apresenta isomorfismo matriarcal, e pela imagem de “uma senhora de casa” (L.), a qual remete também a domínio e conquista pela etimologia da palavra *senhora* que deriva de proprietários feudais (CUNHA, 2010).

Em menor frequência, para os pacientes, encontra-se a simbologia de morte, com a imagem que remete à angústia e à incapacidade: “tristeza; de não poder fazer nada” (AP.).

Já para os cuidadores, a simbologia predominante do personagem é a de vida (Y.; V.; X.; W.), seja o aspecto de utilidade do trabalho exercido para o paciente (W.); a imagem da própria vida: “ele é a vida” (Y.); a do amor (X.) e a do ser humano (V.). Em menor frequência para os cuidadores encontra-se a simbologia de morte pela imagem da luta enfrentada no local de trabalho: “a luta que a gente enfrenta aqui” (W.) e “a luta pela vida” (Y.)

Os aspectos comuns aos dois grupos incluem a representação do personagem como esquematizado, revelando sua função, qualidade ou relação com o mundo. Assim, para os pacientes: a feiúra, a força e a vitalidade, o esforço/a luta, um soldado e o pai; para os cuidadores: o paciente e uma mãe. Também os dois grupos compartilham a representação do personagem apenas representando o gênero, citado como “mulher” para os pacientes e como “homem” no grupo dos cuidadores.

Funcionalmente há o compartilhamento dos aspectos diversos (para os pacientes: um cavaleiro que se refugia; uma pessoa que está parada; uma pessoa que está em pé; um exemplo de pessoa: “meu exemplo”; a participação do acontecimento; a vontade de subir no “pé de pau”, remetendo a desejo de ascendência e à função de vigilância. Já para os cuidadores temos a presença das pessoas na embarcação “nós no barco”; a espera do paciente e os aspectos de vigilância e proteção da mãe que está “olhando, cuidando das crianças”. Percebe-se nestes casos de personagem esquematizado e de função diversa um direcionamento heróico para o grupo dos pacientes e um direcionamento místico para o grupo dos cuidadores. É como se o paciente se representasse travando uma luta com a doença e o cuidador exercesse a função materna com harmonia e tranquilidade junto ao seu trabalho.

Quanto ao simbolismo em comum estão os que remetem tanto à vida quanto à morte, havendo o predomínio da simbologia de vida sobre a da morte para ambos os grupos.

O que diferencia os grupos é:

a) a constatação das representações diversas apenas para os pacientes (onde o personagem é limitadamente caracterizado na coluna de representações, sendo descrito simplesmente como uma "pessoa" ou uma "essa figura" na coluna A do quadro de elementos do AT-9). Este personagem sem atributos, o que pode sugerir uma baixa auto-estima do paciente em virtude desse personagem que se encontra desprovido de predicados.

b) a citação do personagem como um “cão” exclusivamente no grupo dos pacientes; a identificação com o animal, um animal domesticado e com atitudes humanas, sagaz, capaz de pensar e se defender. Diante da doença, o paciente precisa saber se conduzir, fazer escolhas.

c) a presença de personagens múltiplos “nós” exclusivamente no grupo dos cuidadores, vem remeter ao valor da equipe, do trabalho em conjunto.

d) constata-se a função de combate apenas no grupo dos cuidadores.

e) outro aspecto discordante está na função que remete à vida tranqüila e das funções tratadas simbolicamente (mediação e angústia) presentes apenas no grupo dos pacientes.

f) a simbologia de aspectos diversos (remetendo a criação, infância, ascensão, queda, pátria e domínio) também presente apenas no grupo dos pacientes. Diante da doença o personagem do paciente remete simbolicamente à ação criativa; às recordações da infância, com seus medos; à imagem materna da pátria ou mesmo a uma conduta heróica de domínio.

O paciente é um ser mediador e também sofredor, além de também poder assumir um posicionamento heróico (o qual predomina em suas funções diversas). São múltiplos os aspectos, as formas de se reagir diante da doença.

O cuidador procura trabalhar em equipe, seja em um direcionamento místico (presente nas funções diversas) ou heróico (na função de combate).

Embora a representação e a função dos dois grupos sejam bastante heterogêneas, os aspectos simbólicos são os que mais aproximam os cuidadores e pacientes, fazendo-os

compartilhar simbologias de vida e de morte. O predomínio da simbologia de vida sobre a da morte para ambos os grupos traz à tona a esperança diante da doença, facilitando o diálogo entre cuidadores e pacientes.

Representações do personagem			
Personagem dos pacientes		Personagem dos cuidadores	
Personagem apenas representando o gênero: Mulher (L.)		Personagem apenas representando o gênero: Homem (Y.)	
		Personagens múltiplos (V.)	
Personagem esquematizado (LR.; A.; JR.; AP.; IN.)		Personagem esquematizado (W.; X.)	
Diversos	Simple personagem (pessoa; figura) (I.; M.; C.; S.)		
Animal (CR.)			

Quadro síntese das representações do elemento personagem dos Testes AT-9

Funções do personagem			
Personagem dos pacientes		Personagem dos cuidadores	
		Combate (Y.)	
Vida tranqüila: (M.)			
Função tratada simbolicamente (progresso, mediação, angústia)	Mediação (S.) Angústia (AP.; C.)		
Diversos (I.; A; L.; IN.; CR.; C.; LR.; JR)		Diversos (V.; W.; X.)	

Quadro síntese das funções do elemento personagem dos Testes AT-9

Simbolismo do personagem			
Personagem dos pacientes		Personagem dos cuidadores	
Vida	Força, coragem, vigor (A.)	Vida	Utilidade (W.)
	Natureza (CR.; S.)		Vida (Y.)
	Valores (justiça, virtude, bondade, liberdade) (IN.)		Amor (X.)
			Conceptualização (ser humano; humanidade) (V.)
Morte	Tristeza (AP.)	Morte	Luta (W.; Y.)
Diversos (L.; M.; C.; JR)			
Não declarado (LR.; I.)			

Quadro síntese das simbologias do elemento personagem dos Testes AT-9

5.1.7 – Elemento Água

No que se refere ao aspecto morfológico e levando-se em conta também o aspecto de dinamismo do elemento água referido por Yves Durand (1988), observa-se que a água é representada, nos diversos testes AT-9 dos pacientes, sob a forma de água em movimento (fluindo livremente), mar ou oceano, superfície limitada e figurações diversas.

A representação mais freqüente para os pacientes é a da “água em movimento, (fluindo livremente)” (AP.; IN.; S.; LR.) a que escoa para não mais voltar, figura do irrevogável: “a água que corre é amargo convite à viagem sem retorno” (DURAND, G., 2002, p. 96). Em segundo lugar encontra-se, a representação do “mar, oceano” (A.; M.; C.) e dos aspectos diversos (L.; I.; JR.), na mesma freqüência.

Quanto à representação dos aspectos diversos dos pacientes temos:

- a) o da própria “água” (L.).
- b) a menção da água dentro de um continente “a água dentro do baldo” (JR.).
- c) a que é referida como “água do barco” (I.).

Já a representação menos freqüente para os pacientes é a da “superfície limitada” (CR.), que é figurada pela piscina.

No grupo dos cuidadores a morfologia que predomina também é a da “água em movimento, (fluindo livremente)” (X.; Y.; W) seguida pelo “mar, oceano” (V.; W.).

G. Durand (2002, p. 234) cita o mar como elemento embalador e criatura-abrigo, que nos transporta, nos embala, nos faz adormecer e nos devolve a uma mãe.

No que diz respeito ao aspecto de função do elemento água para os pacientes, o predomínio é eminentemente o da função utilitária (LR.; I.; IN.; C.; S.; AP.; CR; JR.; M.), a qual remete sempre a um aspecto positivo, seja a condução de água para as casas, a água para

o banho, a água que lava roupas, que lava o que estiver sujo, água lustral, “a própria substância da pureza” (DURAND, G., 2002, p. 172); a água para navegação, a água que se refere a alívio, a água que remete à vida, que alimenta, que tem peixes para consumir; água que dá vida aos peixes, a água que nos salva da sede e apaga o fogo.

Em menor frequência encontram-se: a função decorativa (A.), a qual faz menção a uma parte do mar (de imagem embaladora e repousante), e a função diversa (L.), que remete à “água com monturo”, água com sujeira: trata-se de uma água turva, água cor “de tinta”, mortuária, de aspecto tenebroso. É água que remete à temporalidade, pois água escura é “devir hídrico” (DURAND, G., 2002).

No grupo dos cuidadores o aspecto da função predominante da água é a utilitária (Y.; X.; W.) sempre remetendo a um aspecto positivo, relacionando-se à vida, ao fornecimento de alimento para o personagem e também à água que serve para acalmar e dar tranquilidade. “De tal modo é verdade, que a imaginação aquática consegue sempre exorcizar os seus terrores e transformar toda amargura heraclitiana em embaladora e repouso” (DURAND, G., 2002, p. 234).

Em menor número, em relação ao aspecto funcional do elemento água para o cuidador, encontra-se a função decorativa (V.), mencionada como “ondas do mar”, a “animação íntima da água” (DURAND, G., 2002, p. 99).

Os aspectos diversos são os que predominam na simbologia dos pacientes (L.; A.; S.), remetendo à alegria (A.), à liberdade (S.) e “a cheia trazendo lixo pela água” (L.).

Os segundos aspectos predominantes na simbologia para os pacientes são:

a) a simbologia de Utilidade (C.; LR.), relacionada ao banho e à água para beber.

b) a simbologia da Natureza (M.; AP.), a qual remete ao céu e ao meio em que se vive, em que só se utiliza a água do riacho.

Em menor freqüência encontram-se a simbologia de Vida (IN.) e de “calma, tranqüilidade” (S.).

Para os cuidadores constata-se, em igual freqüência, a simbologia da água como renovação (X.), como vida (V.) e o simbolismo da paz (W.).

Os aspectos comuns aos dois grupos são: morfologicamente a água em movimento, que flui livremente e o mar (oceano), água que é realmente elemento transitório (BACHELARD, 2002). Funcionalmente: os grupos compartilham a água utilitária e a decorativa. Quanto aos aspectos simbólicos em comum encontram-se a vida e a “calma, tranqüilidade”. A simbologia da água demonstra sempre um aspecto positivo, que remete à vida, tanto para os pacientes quanto para os cuidadores.

O que diferencia os grupos é a presença da água como superfície limitada (piscina) e dos aspectos diversos (água; água do barco; água dentro do “baldo”) na representação dos pacientes, bem como também há constatação de funções diversas (“água com monturo”) e de simbologias diversas (alegria, liberdade e “a cheia trazendo lixo pela água”) no grupo dos pacientes. Outros aspectos simbólicos divergentes são os aspectos de “utilidade, necessidade” e de “natureza” presentes apenas para os pacientes e o aspecto simbólico da renovação, apenas observado no grupo dos cuidadores.

Nestes dois grupos a simbologia do elemento água reporta-se a aspectos positivos. Vamos encontrar em comum uma água dinâmica e que remete a aspectos tranqüilizadores. Esta água que é predominantemente utilitária, tranqüilizadora e que remete à vida vai eufemizar a angústia pela passagem do tempo para pacientes e cuidadores. Mesmo as diferenças presentes entre os grupos também direcionam a uma água que remete a vida. A eufemização da angústia presente em ambos os grupos permite evidenciar que se trata de 2 universos semelhantes o que facilita a compreensão entre o grupo dos cuidadores e dos pacientes.

Representações da água			
Água dos pacientes		Água dos cuidadores	
Água em movimento, (fluindo livremente)	Riachos, fontes, rio (AP.) Cascata (IN.) Água corrente (S.) Chuveiro (LR.)	Água em movimento, (fluindo livremente)	Riachos, fontes, rio (X.; Y.; W)
Mar, oceano (A.; M.; C.)		Mar, oceano (V.; W.)	
Superfície limitada (lago, lagoa, piscina) (CR.)			
Diversos (L.; I.; JR.)			

Quadro síntese das representações do elemento água dos Testes AT-9

Funções da água	
Água dos pacientes	Água dos cuidadores
Utilitária (bebida, banho, navegação) (LR.; I.; IN.; C.; S.; AP.; CR; JR.; M.)	Utilitária (Y.; X.; W.)
Decorativa (A.)	Decorativa (V.)
Diversos (L.)	

Quadro síntese das funções do elemento água dos Testes AT-9

Simbolismos da água	
Água dos pacientes	Água dos cuidadores
	Renovação (X.)
Utilidade, necessidade (C.; LR.)	
Natureza (M.; AP.)	
Vida (IN.)	Vida (V.)
Calma, tranquilidade (S.)	Calma, tranquilidade (W.)
Diversos (L.; A.; S.)	
Não declarado (I.; CR. JR.)	Não declarado (Y.)

Quadro síntese das simbologias do elemento água dos Testes AT-9

5.1.8 – Elemento Animal

O elemento animal pode representar os sentimentos e os valores relacionados aos seres humanos, estando vinculado aos *schèmes* do animado e da devoração. Para Chevalier e Gheerbrant (2009) os animais são símbolos dos princípios e das forças cósmicas, materiais ou espirituais.

Para G. Durand (2002) as imagens animais são as mais freqüentes e comuns, pois nada nos é mais familiar, desde a infância, que as representações animais.

O simbolismo ligado a animalidade remete ao fervilhamento pela agitação das larvas, de insetos num movimento que dá uma aura pejorativa à multiplicidade que se agita. Também a animação, pelo movimento incontrolável dos grandes animais, principalmente o cavalo e o touro que, representam a morte em diversas mitologias. a cavalgada fúnebre ou infernal que estrutura moralmente a fuga, conferindo-lhe um tom catastrófico. o galope do cavalo é isomorfo do rugido do leão e do mugido dos bovinos. o touro desempenha o mesmo papel imaginário do cavalo: ambos expressam a mesma angústia pela simbologia da passagem do tempo. Outro símbolo é o da mordicância cujo ato de morder e devorar reflete um aspecto de angústia pela animalidade. Na maior parte dos casos a animalidade, depois de ter sido símbolo da agitação e da mudança, também assume o simbolismo da agressividade, da crueldade. São os lobos e leões devoradores; a boca que passa a simbolizar toda a animalidade devoradora. Trata-se da boca armada com dentes acerados, pronta para triturar e morder (DURAND, G., 2002, p.71- 84).

O elemento animal, nos diversos testes AT-9 dos pacientes é representado sob a forma de distintos animais. A representação predominante é a dos mamíferos (LR.; M.; I.; IN.; IN.; C.; JR.; S.), tendo sido citados os mais diversos: cavalo (LR.; M.), burro (I.), vaca (IN.), leão (IN.), cachorro (C.; JR.) e gato (S.) Dentro do grupo dos mamíferos vão predominar a

representação do cavalo, “*schème* da animação rápida com a fulgurância do relâmpago” (DURAND, G., 2002, p. 79) e o cachorro, “a duplicação mais ou menos doméstica do lobo” (DURAND, G., 2002, p. 86). A segunda representação mais freqüente é a do peixe (A.; L.; AP.), “símbolo do continente redobrado e do continente contido” (DURAND, G., 2002, p. 212), que remete à estrutura mística. Já as representações menos freqüentes são a do réptil – a cobra (que possui simbologia ambígua, de vida e de morte, e vai remeter à transformação do tempo, à fecundidade e à perenidade ancestral) (LR.; IN.). Em menor freqüência encontra-se o pássaro (IN.), que remete ao ascendente e à espiritualidade.

No grupo dos cuidadores há duas morfologias que predominam: a do peixe (X.; Y.), elemento místico, juntamente com a do pássaro (W.; V.), que remete a ascensão e à pureza do regime diurno. Em menor freqüência para o grupo dos cuidadores encontram-se: o réptil – o jacaré (Y.), vinculado aos aspectos de devoração, força e voracidade; e o mamífero – o leão (Y.), que para G. Durand (2002) está associado uma simbologia temível e devoradora.

No que diz respeito ao aspecto de função do elemento animal para os pacientes, o predomínio é o da função diversa (A.; L.; M.; IN.; S.; AP.), a qual remete a estar parado (A.; L.; M.); à transmissão de paz pelo pássaro (IN.); à vaquinha que, além de dar de mamar, também mama (IN.); ao gato que se alimenta do peixe (S.), e ao peixe que está nadando (AP.). A segunda função mais freqüente é a utilitária (LR.; I.; JR.; IN.). Já as funções menos freqüentes para os cuidadores são as que remetem a perigo (LR.; C.) e à força (IN.)

Diante dos aspectos predominantes da função do animal, percebe-se no grupo dos pacientes um direcionamento para o regime noturno de imagens, notadamente místico, tanto pela função utilitária, quanto pela função diversa, sobretudo pelo papel de alimentação que remete à descida e à intimidade, pela sensação de paz, e também pela amamentação, pois mamar também remete a imagem de intimidade.

A simbologia que remete à vida domina sobre o elemento animal dos pacientes: a paz (IN.), a utilidade (L.; AP.) e nos valores positivos como o da afetividade: “um bichinho que eu gosto” (A.).

Em segundo lugar encontram-se os aspectos diversos, seja como Jesus, simbologia atribuída ao leão por IN.; a alimentação do cavalo (LR.) ou o sertão com os vaqueiros (M.); e os simbologia de morte pelo perigo (LR.) pela cobra da qual se corre com medo, juntamente com a natureza negativa (IN.; C.) pela cobra cuja imagem é traiçoeira (IN.) ou pelo cachorro (C.) de aspecto muito brabo e devorador. Esta simbologia de perigo e da natureza negativa, já representa um traço de angústia existencial para o grupo dos pacientes.

Então, para os pacientes temos que o leão é declarado um animal forte e associado à figura mítica de Jesus; já os vaqueiros se associam ao aspecto de dinâmica, pela sua função que requer velocidade e, assim, o cavalo se associa ao tempo: “o cavalo é símbolo da fuga do tempo” e transforma-se “numa montaria domada e dócil atrelada ao carro do herói vitorioso” (DURAND, G., 2002, p. 71; 81). Tais aspectos, juntamente com a simbologia de morte pelo perigo da cobra e pela natureza negativa da cobra e do cachorro vão se associar ao regime diurno de imagens. Já a paz (imagem transmitida pelo passarinho), a alimentação do cavalo e a afetividade com o animal, remetem à intimidade da estrutura mística, assim como a simbologia de utilidade do animal, na qual o peixe é remetido à alimentação. Desta forma, na simbologia do animal dos pacientes, percebe-se um certo equilíbrio entre aspectos diurnos e noturnos.

No grupo dos cuidadores os aspectos predominantes da função são a “utilitária” (X.; Y.), vinculada ao peixe que serve de alimento e a “função diversa” (W.; V.), ambas de mesma frequência. As funções diversas são citadas como o vôo do pássaro (W.; V.). Em menor número, para os cuidadores, estão o aspecto funcional do animal representando perigo (Y.), no caso do leão e com papel como decorativo (Y.), no caso do jacaré que é declarado estar

presente porque “lagoa tem jacaré”. Para Chevalier e Gheerbrant (2009) o jacaré se apresenta naturalmente em relação à água, daí advém o papel estético deste animal a compor o ambiente hídrico; nas palavras de Y. *“apareceu aí porque sempre a lagoa tem jacaré, mas não tou achando significado. Riacho, lagoa sempre aparece jacaré”*.

Os aspectos predominantes da função do animal para o cuidador direcionam tanto para a estrutura mística, no utilitarismo do peixe para alimentação, “a confirmação natural do esquema do engolidor engolido” (DURAND, G., 2002, p. 215), quanto para o aspecto diurno do pássaro voador que, além de remeter à ascensão e à transcendência pela simbologia do espírito, também se vincula a qualidades morais que fazem desprezar sua animalidade: “o pássaro não é quase visto como um animal, mas como simples acessório da asa” (DURAND, G., 2002, p. 131). É assim que este autor menciona que a asa e o pássaro opõem-se ao tempo, provocando sonhos de rapidez.

Quanto à simbologia animal dos cuidadores os símbolos da vida são os que predominam (paz; tranquilidade, utilidade, tempo positivo e vida.), o que remete à estrutura mística.

Os aspectos das representações dos grupos animais são comuns aos dois grupos. Já funcionalmente os grupos compartilham tanto a função utilitária, quando a de perigo e a de aspectos diversos. Quanto aos aspectos simbólicos em comum encontram-se a simbologia de vida e a de morte.

Os grupos se diferenciam pela presença do animal que remete à função de força apenas no grupo dos pacientes e do papel decorativo encontrado no elemento animal dos cuidadores, ambos os aspectos remetendo à vida. Simbolicamente o animal dos pacientes vai apresentar os aspectos diversos.

Diante do exposto percebe-se que o elemento animal tem se mostrado uma figura ambígua em ambos os grupos, cuidadores e pacientes, o que está de acordo com a teoria das

Estruturas Antropológicas de Gilbert Durand (2002), no qual o animal é referido como elemento polissêmico e polimorfo, podendo estar relacionado a qualquer das estruturas do imaginário. Este caráter ambíguo do animal aproxima os grupos (paciente e cuidador), uma vez que sua semelhança facilita o diálogo e, conseqüentemente, a compreensão entre os mesmos.

Representações do animal	
Animal dos pacientes	Animal dos cuidadores
Mamífero (LR.; M.; I.; IN.; C.; JR.; S.)	Mamífero (Y.)
Réptil (LR.; IN.)	Réptil (Y.)
Peixe (A.; L.; AP.)	Peixe (X.; Y.)
Pássaro (IN.)	Pássaro (W.; V.)

Quadro síntese das representações do elemento animal dos Testes AT-9

Funções do animal	
Animal dos pacientes	Animal dos cuidadores
Utilitária (LR.; I.; JR.; IN.)	Utilitária (X.; Y.)
Perigo (LR.; C.)	Perigo (Y.)
	Decorativo (Y.)
Força (IN.)	
Diversos (A.; L.; M.; IN.; S.; AP.)	Diversos (W.; V.)

Quadro síntese das funções do elemento animal dos Testes AT-9

Simbolismo do animal				
Animal dos pacientes			Animal dos cuidadores	
Símbolos de vida	de	Paz; tranqüilidade (IN.) Utilidade (L.; AP.) Valores (afetividade) (A.)	Símbolos de vida	de Paz; tranqüilidade (W.) Utilidade (Y.) Tempo positivo (esperança) (V.) Vida (X.)
Símbolos de morte	de	Perigo (LR.) Natureza negativa (IN.; C.)	Símbolos de morte	de Obstáculos (Y.)
Diversos (LR.; M.; IN.)				
Não declarado (I.; S.; CR.; JR.)			Não declarado (Y.)	

Quadro síntese das simbologias do elemento animal dos Testes AT-9

5.1.9 – Elemento Fogo

O fogo é elemento ambíguo: ao mesmo tempo em que pode ser vida, também pode encerrar a representação da morte: ele queima e destrói; brilha e ilumina, clareia; muda e renova; cozinha, aquece e consola. Assim, é que o fogo remete a gestos humanos e a utensílios muito diferentes (DURAND, G., 2002).

O elemento fogo, nos diversos testes AT-9 dos pacientes, é representado sob a forma de fogueira, incêndio, objeto e por elementos naturais.

A representação predominante é a da fogueira (A.; IN.; C.; AP.; JR.), seguida dos elementos naturais (M.; L.; I.) que são citados como o próprio fogo (M.); a labareda (L.) e as chamas (I.). Já as representações menos freqüentes são a do incêndio (CR.) e a do objeto (S.), que no caso é uma vela: a chama da vela é um modelo de vida tranqüila e delicada, podia ser um sensível manômetro da tranqüilidade da alma, uma medida da calma fina, de uma calma que desce até os detalhes da vida. A chama é criadora, uma substancia ativa, poetizante. Antigamente, em um passado esquecido pelos próprios sonhos, a chama de uma vela fazia os sábios pensarem e provocava mil devaneios no filósofo solitário. Dorme-se diante do fogo. Não se dorme diante da chama de uma vela, a qual chama fantasias da memória preparando todas as fantasias da verticalidade (BACHELARD, 2002b).

No grupo dos cuidadores a morfologia que predomina é a da fogueira (Y.; X.; W.). Em menor freqüência está a representação do fogo como elemento natural (V.), figurado como o sol. O arquétipo do sol não é estável, remete tanto à destruição quanto à proteção (DURAND, G., 2002, p. 77) e neste caso terá uma representação positiva, pois está relacionado ao sol que esquenta e dá esperança no amanhã.

No que diz respeito ao aspecto de função do elemento fogo para os pacientes, o predomínio é o do papel utilitário (A.; LR.; M.; IN.; S.; JR.), ao qual remete a calor que

aquece, interpretado por G. Durand (2002, p. 201) como um calor suave e lento, um ‘calor doce’. Outro aspecto utilitário do fogo diz respeito ao cozimento alimentar e à iluminação.

Em segundo lugar, e com a mesma frequência, está a função do fogo como “perigo” (AP.; CR.) e como “aspectos diversos” (I.; A.), estes vinculados ao fogo “pra vida”, o qual é apagado e ao fogo que “dá vida”.

Em menor frequência está o fogo de dupla função (utilidade e perigo) (C.): trata-se do fogo que cozinha e aquece, mas que também destrói.

No grupo dos cuidadores o aspecto da função do fogo é exclusivamente utilitário (V.; X.; W.; Y.) remetendo ao calor que aquece, ao cozimento alimentar, à ajuda diversa (dar esperança) e à ajuda para o combate (seja espantando o animal ou queimando os problemas e coisas ruins).

No que diz respeito ao aspecto simbólico do elemento fogo para os pacientes, o predomínio é o da simbologia de vida (I.; S.; A.; L.) remetendo à própria vida (I.), ao calor (A.) que é bom e aquece; à paz (S.) e ao fogo que é muito bom porque cozinha comida (L.). O simbolismo de morte (LR.; M.) vem em seguida na imagem do incêndio (M.) e da queimadura: “se botar a mão ou pisar queima” (LR.), para G. Durand (2002, p. 173) essa queimadura do fogo também é purificadora.

Em menor número, para os pacientes, temos a simbologia diversa (JR.) que cita o São João.

No grupo dos cuidadores o aspecto da simbologia predominante é a de vida (X; V.; W.) pelo fogo que simboliza “energia” (X.); o sol que aponta para “o amanhã” (V.) um tempo positivo pela esperança vindoura; e pela utilidade para o personagem pela eliminação do monstro, da ladeira (que é a queda) e da espada, os quais são destruídos pelo fogo (W.). Em menor número, em relação ao aspecto simbólico do elemento fogo, observa-se tanto o aspecto

de morte (W.), pois “às vezes o fogo significa destruição”, quanto o aspecto diverso (Y.) pelo fogo que “tem um significado bom”.

O que diferencia os grupos é que só o grupo dos pacientes vai apresentar a representação de incêndio e de objeto (a vela). Funcionalmente observa-se apenas no grupo dos pacientes o aspecto de dupla função (utilidade e perigo), o de perigo e o de funções diversas (o fogo para a vida que é apagado e o que dá vida).

Os aspectos comuns aos dois grupos são: morfologicamente a fogueira e os elementos naturais; funcionalmente o aspecto utilitário é compartilhado pelos pacientes e cuidadores. Quanto aos aspectos simbólicos os dois grupos compartilham tanto aspectos de vida como de morte, além de simbolismos diversos – estes últimos são citados como “um significado bom” e “São João”, que remete além da comemoração à regeneração e ao recomeço (ELIADE, 1998). O culto do fogo é um culto de renovação. Faz parte da repetição do drama temporal e sagrado, do tempo dominado pelo ritmo da repetição (DURAND, G., 2002), pois o fogo tem simbolismo purificador e regenerador; é morte e renascimento. Então o fogo epifânico que remete a São João vem traduzir um simbolismo de renovação anual, além de mediação entre a natureza e a cultura. Trata-se de um rito simbólico, associado a uma renovação do tempo.

O fogo é tanto elemento de vida, de bem-estar e de utilidade quanto destruidor. Entretanto os aspectos positivos é que vão predominar em ambos os grupos.

Diante do exposto percebe-se que o elemento fogo tem se mostrado ambivalente tanto para cuidadores quanto para os pacientes (é útil e valorizado, mas também é perigoso e temido) o que está de acordo com a teoria das Estruturas Antropológicas de Gilbert Durand (2002), na qual o fogo é tido como elemento polissêmico e polimorfo, podendo estar relacionado a qualquer das estruturas do imaginário. Entretanto percebe-se, em ambos os grupos, o predomínio do fogo relacionado à vida, o que direciona para a eufemização da

angústia existencial. A semelhança entre os grupos (paciente e cuidador), vem facilitar seu diálogo e, conseqüentemente, a compreensão entre os mesmos.

Representações do fogo	
Fogo dos pacientes	Fogo dos cuidadores
Fogueira (A.; IN.; C.; AP.; JR.)	Fogueira (Y.; X.; W.)
Elementos naturais (M.; L.; I.)	Elementos naturais (V.)
Incêndio (CR.)	
Objeto (tocha, fósforo, vela) (S.)	

Quadro síntese das representações do elemento fogo dos Testes AT-9

Funções do fogo			
Fogo dos pacientes		Fogo dos cuidadores	
Utilitário	Aquecer; calor (A.) Cozimento/alimentar (LR.; M.) Iluminação (IN.; S.; JR.)	Utilitário	Aquecer; calor (V.; X.; Y.) Cozimento/ alimentar (X.; Y.) Ajuda diversa (V.) Ajuda no combate (W.; Y.)
Perigo (AP.; CR.)			
Dupla função (utilidade e perigo) (C.)			
Diversos (I.; A.)			
Não declarado (L.)			

Quadro síntese das funções do elemento fogo dos Testes AT-9

Simbolismo do fogo			
Fogo dos pacientes		Fogo dos cuidadores	
Vida	Vida (I.) Calma, bem-estar, paz; calor; aconchego (S.; A.) Utilitário: cozinha (L.)	Vida	Força positiva, energia (X.) O tempo (esperança) (V.) Utilidade para o personagem (W.)
Morte	Perigo (LR.) Destruição (M.)	Morte	Destruição (W.)
Diversos (JR.)		Diversos (Y.)	
Não declarado (IN.; C.; AP.; CR.)			

Quadro síntese das simbologias do elemento fogo dos Testes AT-9

5.2 – PERSONAGENS E AÇÕES NO UNIVERSO MÍTICO DOS PACIENTES E CUIDADORES

O teste AT-9 criado por Y. Durand permite organizar um micro-universo mítico, colocando em evidência um certo número de actantes, (utilizando o referencial de Greimas): o **sujeito** (autor-desenhista), o **objeto** (elemento que reside na resolução da ansiedade - o objeto também diz respeito à finalidade da ação do sujeito); o **destinatário** (o próprio sujeito); o **destinador** (pesquisador - a quem a mensagem é direcionada); os **oponentes** e os **adjuvantes** (DURAND, Y., 1984).

O modelo de análise actancial proposto por A. J. Greimas (1966) permitiu a Y. Durand descrever a funcionalidade dos elementos do teste AT-9, para obtenção da dinâmica de cada discurso. Uma vez que o universo mítico supõe uma situação dramática, a análise actancial elaborada por Yves Durand, estabelece as categorias actanciais, de aspecto funcional e organizador: de "sujeito" para "objeto", de "destinador" para "destinatário" e de "adjuvante" para "oponente". A análise actancial examina o micro-universo criado do ponto de vista da ação desenvolvida pelo personagem.

O teste AT-9 busca informar os meios de defesa do sujeito-autor diante de sua ansiedade existencial, desta forma, a análise actancial evidencia o processo organizador (ou coesão) do imaginário apontando a angústia desse sujeito-autor, sua atitude em relação à sua ansiedade diante do tempo e da morte, que ajuda ele poderá ter, bem como seu nível de aceitação consciente da ação projetada de forma inconsciente.

A análise actancial abrange os modelos míticos que direcionam o grupo, além dos objetos, suas ações, o que se opõe à ação desenvolvida e os adjuvantes destas ações. Esta análise também estabelece o tipo de universo no qual o grupo se move: se é organizado ou não, se está em ordem ou em desordem, se está ameaçado e o que pode ser realizado (ou não)

em relação a isto. Também fornece as informações de como o indivíduo se porta diante da vida: se enfrenta seu problema ou se foge de imediato, como se representa a sua angústia existencial.

No teste AT-9, os indivíduos construíram um micro-universo mítico de desenvolvimento de uma ação. A análise actancial vai permitir obter respostas para os seguintes questionamentos:

- 1) Quem vai agir neste universo? A resposta corresponde ao sujeito.
- 2) Qual a finalidade da ação? A resposta corresponde ao objeto.
- 3) Que elementos irão se opor à sua ação? A resposta corresponde ao(s) oponente(s).
- 4) Que elementos vão ajudar na ação? A resposta corresponde ao(s) adjuvantes(s).
- 5) O universo em que se desenvolve tal ação vai apresentar uma ordem estável ou está sendo ameaçada? A resposta corresponde ao destinador.
- 6) O indivíduo que realizou o teste vai aceitar a ação por ele próprio proposta ou irá rejeitá-la? A resposta corresponde ao destinatário.

O modelo actancial de Greimas, no que diz respeito ao teste AT-9, nos fornece uma imagem da dinâmica de relacionamento, ou seja, das relações associativas dentro do universo mítico. Então ele apresenta a organização do imaginário contribuindo para uma melhor compreensão do funcionamento mítico do universo criado.

A partir da análise actancial é possível perceber as muitas formas como o indivíduo se apropria do mundo. E ao se averiguar essa dinâmica do relacionamento do sujeito com o mundo, abrem-se também caminhos que permitem direcionar para o lado humanizador na área de saúde, especificamente na relação profissional-paciente.

A) Análise Actancial - Pacientes

O tipo de “**sujeito**” (aquele que executa a ação) mais escolhido pelos pacientes está classificado na categoria dos diversos (A.; C.; S.; CR.; JR.), seja pela representação de uma pessoa viva, com vitalidade e força (A.); uma “figura” muito feia (C.), ou de uma pessoa em um sítio (S.); de um cão (CR.) ou pela fotografia de um ser humano representando um soldado (JR.). Em segundo lugar encontra-se o sujeito como o “personagem homem não herói” (LR.; I.; M.; IN.) e, em menor frequência, encontra-se o personagem central feminino (L.; AP.).

Então na categoria diversos observamos:

1) Uma pessoa viva, com vitalidade e força (A.). Para Lexikon (1990), a força é a personificação da valentia. Ser forte é ser valente, é agir de modo heróico. Já para Cirlot (2005) ter vida designa tudo que flui e que cresce. É desta forma que o paciente pode enfrentar sua doença, de forma disposta, atuante, viva, com energia.

2) Para C. temos uma “figura” que está muito feia “tá mais feia que eu”. O personagem de C., diante de seus padrões éticos e estéticos, é considerado tão feio, que chega a ser considerado mais feio que o próprio autor do desenho.

Para Cordioli (2005) a arte, sendo produto de sensações, expressa também os valores daqueles que a produzem. Desta forma C. se representa como algo esteticamente indesejável, uma vez que diante de sua ação, ser feio assusta, causa horror e repugnância. Isso pode sugerir ou mesmo justificar o seu afastamento, diante da maneira como C. se conduz no mundo “sozinha”: *“Vou pra casa sozinha; venho; hoje eu tou aqui sozinha! Não sei o que é que vão fazer comigo, mas eu tou aqui sozinha e Jesus”*. Esta atitude, como já mencionada na mitocrítica, indica o modo de enfrentamento heróico da doença por C.

3) Em S. temos o sujeito-personagem como “uma pessoa que tá num sítio”. Então ele está lá exercendo alguma ação: ela ocupa sua posição num terreno, um local delimitado, o que pode constituir, segundo G. Durand (2002), uma “separação” da exterioridade, mas que também pode provocar uma fantasia de repouso da insularidade tranqüila. O homem cercado, delimitado, isolado do mundo mas que também repousa. Esse isolamento também pôde ser constatado na mitocrítica: *“a pessoa é um pouco é... Recuado, né? Tem um pouco de... Como é que se chama? Discriminação, né? No começo, né? Depois é que vão... Chegando tudo de novo. Tem o preconceito da doença, né? No começo”*. Então o paciente pode também tentar se isolar do mundo na busca da tranqüilidade repousante. Mais do que um refúgio, trata-se de uma alternativa, uma opção de vida tranqüila.

4) Temos também um cão (CR.), animal que simbolicamente é tido como um guia do homem na noite da morte, um guardião e que é também um herói civilizador (CHEVALIER; GHEERBRANT, 2009, p. 176-180). O paciente pode ficar atento, vigilante, assim como também pode agir conduzindo o tratamento, indo atrás de respostas, alternativas de conduta. O paciente pode ser um lutador, um ser que indaga e investiga, um exemplo de busca, de resgate de sua saúde. É assim que na mitocrítica de CR. se destacam, além de verbos de ação e de velocidade, expressões como “lutar” e “fortalecer”.

5) Temos a fotografia de um soldado (JR.), representação bélica por excelência, aquele que luta pelos seus objetivos, que se mune de armas cortantes ou contundentes, o agente purificador. O herói de luz que luta contra o animal das trevas (DURAND, G., 2002). A mitocrítica de JR. também revela isso, uma atmosfera de luta, de combate, uma participação atuante do paciente no tratamento da doença: *“De acordo com os tratamentos que a gente recebe, a gente tem que ajudar também pra dar andamento melhor. Dar uma cobertura suficiente pra combater o mal”*.

Na categoria do sujeito como o “personagem homem não herói” (LR.; I.; M.; IN.) encontramos:

1) “Uma pessoa muito da feia” (LR.). Neste caso, o sujeito se representa como algo esteticamente indesejável, pois se o feio causa horror ou repugnância, ele também pode excluir, isolar. O doente pode se reconhecer como feio ou a doença pode causar uma sensação de feiúra e esse sentimento pode causar afastamento.

2) Uma pessoa, que é o “*cavaleiro do burro*” (I.). Essa imagem do cavaleiro montado direciona para um aspecto de dominação. Para Cirlot (2005), o cavaleiro é o dominador, o *logos*, o espírito que prevalece sobre a cavalgada. Trata-se, para Lexikon (1990) de um símbolo da dominação das forças selvagens. Nisso pode-se inferir o desejo do doente em controlar a sua doença, aquela que o consome, que o corrói em sua selvageria animalesca.

3) Uma pessoa (M.). Aqui se trata de um sujeito sob a forma de um ser humano, uma pessoa comum. É assim que o paciente se vê, como alguém que exerce suas atividades usuais na vida cotidiana. Não se trata aqui de um ser dotado de atributos marcantes.

4) “Meu pai” (IN.). Trata-se de uma figura que simboliza geração, posse, dominação e valor (CHEVALIER; GHEERBRANT, 2009). Quando IN. se vê como um pai, deseja dominar a situação. Isto pode direcionar para um esforço de controlar, de participar ativamente do tratamento de sua doença.

Em menor frequência encontra-se o “personagem central feminino” (L.; AP.), a saber:

1) Uma mulher (L.), a qual simboliza uma “uma senhora de casa”, termo de designação heróica, pois remete a domínio. O que por sua vez, sugere um desejo do paciente em dominar, exercer controle sobre sua vida, inclusive sobre sua doença.

2) Uma senhora muito batalhadora (AP.), o que designa uma trajetória de vida heróica: a expressão da vida como uma luta constante, onde existem problemas (como a doença) a serem combatidos e eliminados.

Pela figuração do sujeito da análise actancial dos doentes, percebe-se que em geral o paciente sente necessidade de ter o controle da situação sobre o tratamento do patológico: ele quer dominar sua doença, ele busca heroicamente por resgatar suas saúde, ele não quer ficar à mercê do destino. Seu modo de tratar a doença é encarado de forma ativa, gladiadora, em forma de enfrentamento ativo do problema. Ele corre atrás de soluções e não quer se isentar de seu papel ativo em seu tratamento.

“Sujeito”	Pacientes
Personagem homem não herói	LR.; I.; M.; IN.
Personagem central feminino	L.; AP.
diversos	A.; C.; S.; CR.; JR.

Quadro categorias de “sujeito” da ação dos pacientes.

O **“objeto”** da ação para os pacientes vai ser prioritariamente relacionado à “necessidade de outra coisa; atingir outro plano” (I.; CR.; M.; IN.; C.), a saber:

1) Para se esconder do vento o personagem monta no burro e vai para o refúgio (I.), numa ação de cavalgada que remonta à estrutura heróica. O que se observa aqui é a necessidade de sair de um estado perturbador de conflito para um local protetor. O sujeito se oculta da ameaça representada pelo vento, símbolo da vaidade, de instabilidade e de inconstância (CHEVALIER; GHEERBRANT, 2009). O próprio ato de se esconder também pode sugerir a presença de algo oculto na vida de C., o qual não se revela amplamente aos olhos do cuidador.

2) Para fugir do fogo, o personagem desce a escada (queda) e se refugia na piscina (refúgio) (CR.). O sujeito foge do fogo, o qual purifica e regenera, é morte e renascimento. A passagem pela doença pode ter essa conotação de purificação para o paciente.

Como afirma Eliade (2002, p. 46), a escada representa a ruptura de nível que torna possível a passagem de um modo de ser a um outro ou, colocando-nos sob o plano cosmológico, que torna possível a comunicação entre Céu, Terra e Inferno.

A escadaria também pode ter o aspecto da descida, o retorno ao terra-a-terra e mesmo ao mundo subterrâneo. Porquanto a escadaria liga os três mundos cósmicos entre si, e se presta tanto á regressão quanto à ascensão. Ela resume todo o drama da verticalidade (CHEVALIER; GHEERBRANT, 2009).

Assim, o personagem vai de um nível a outro em busca de uma alternativa para escapar do perigo, encontrando como abrigo uma porção de água delimitada: a piscina, um recipiente e reservatório de água, a qual também remete à simbologia da mãe, ao conforto materno.

3) O personagem está passeando (M.), o que remete a distração, lazer, uma ação de contentamento, de contemplação do mundo. O lazer também é uma forma de se revigorar, de renovação, de restauração de forças. Ao contemplar o mundo é possível se apropriar dele e se restabelecer, ampliar as perspectivas, as percepções e sensações da vida. É possível renovar-se. O corpo também pede por esses momentos de lazer e de contemplação a fim de que possa periodicamente se renovar e se revitalizar, como o próprio M. diz: *“respirar mais; respirando o ar”*. A doença por si só desgasta o corpo, então o paciente sente realmente essa necessidade de se energizar, pois o percurso do tratamento tende a ser longo e extenuante.

4) O personagem serve de exemplo (IN.), algo que seria conveniente de ser reproduzido na vida, diante do aspecto moral de IN. E reproduzir é uma tentativa de perpetuar. Aqui é possível ter uma idéia de perseverança pelos caracteres que se reproduzem. Entretanto, o exemplo também é uma forma de referência, um modelo, uma lição, algo de maior importância, digno de nota e que por isso deva ser privilegiado. Desta forma o paciente sente essa necessidade de ser um foco de atenção e de cuidados. Ele quer ser realmente

tratado com distinção, ele não quer ser mais um paciente na clínica; ele deseja ser reconhecido como ele mesmo, com suas características peculiares e distintas dos demais. O doente deseja ser tratado de forma personalizada.

5) O personagem quer subir no “pé de pau” (refúgio) pra se esconder (C.). Trata-se de uma necessidade de atingir um local de proteção contra algum perigo. A ação aqui remete à ascendência, à verticalidade. A árvore pode remeter tanto ao ciclo sazonal quanto à ascensão vertical (DURAND, G., 2002). Esconder-se é ocultar-se, é não mostrar-se nitidamente. Poderá haver algo de oculto no discernimento do paciente, algo que ele não revelará. Pode ser uma dor emocional, um sentimento indesejável, uma culpa ou remorso ou mesmo algo objetivo (até mesmo a questão financeira). Desta forma percebe-se que o cuidador nunca terá o total “controle de conhecimento do paciente”. Haverá sempre algo não dizível por parte do paciente. Algo tão íntimo e pessoal que se cala. O profissional precisa entender e respeitar esse aspecto intimista do paciente.

Em segundo lugar encontram-se os objetos diversos (A.; L.; AP.; S) como:

1) Estar desesperado pelos acontecimentos no mundo (AP.), os quais são descritos como acontecimentos de destruição da natureza. Esse desespero também se revela na mitocrítica de M., que fala de temor: o medo da recidiva da doença e o medo presente na rejeição por parte das pessoas. Desta forma, diante da doença o paciente pode ficar aflito, pode perder a paciência, zangar-se com facilidade; pode até perder a esperança. O cuidador precisa estar atento, respeitar e saber como se conduzir diante dessas particularidades subjetivas daquele que está doente.

2) O ato de ligar os outros elementos (S.). Neste caso o personagem centraliza a ação interconectando os demais elementos, exceto o raio (elemento queda que gera energia, eletricidade e que simboliza claridade). Para Chevalier e Gheerbrant (2009) o raio simboliza a manifestação de poder, seja criador (a centelha da vida) ou destruidor. Em verdade o raio é o

único elemento de origem celeste do desenho do AT-9 de S., sendo bastante compreensível a sua exclusão dentre os elementos interligados. O paciente pode ser um elemento conector. Através dele se unem, por exemplo, diversas especialidades na busca pela saúde. Ou, dentro de uma mesma área, diversos profissionais podem se reunir em torno de um caso clínico na busca por melhores opções de conduta para o tratamento do paciente. Mais que isso, o paciente é um elo dentro do serviço de saúde, porque tudo converge para ele. É ele quem conecta os cuidadores à gestão e às instituições.

3) Estar parado (A.) é uma ação que pode refletir passividade ou uma ação de espera. A mitocrítica de A. revela a redundância no ato de rezar: “*eu toda noite rezo, tenho muita fé em Deus e rezo muito, peço a Ele*”. Então A., e sua fé em Deus, espera também pela ação do sagrado. O resgate da cura pela fé trata-se de uma ação dotada de perspectivas simbólicas.

Embora a eficácia simbólica (LÉVI-STRAUSS, 1975) já esteja bem estabelecida, nem todos os profissionais de saúde a reconhecem – e não a reconhecem mesmo!²⁹ – o que pode se traduzir em conflito.

O cuidador precisa compreender, para uma perspectiva humanizadora, que o respeito às opções pessoais do paciente, inclusive o credo religioso e a busca da cura pela crença no sagrado, devem ser considerados e aplicados de forma habitual.

4) Estar em pé (L.) é estar levantado, é também uma representação de atitude, de atividade, de estar fazendo algo. O paciente, diante da doença, também pode ter essa manifestação de inquietação, de tomar a frente, de agir em prol do benefício de sua saúde.

Também se encontram, em menor frequência, ações de vigilância:

1) Temos o sujeito que está “atocaiando essas ferramentas e esses bichos” (LR.), onde o termo atocaiar remete a uma observação escondida, velada de tudo o que está em volta. O

²⁹ A lacuna do conhecimento antropológico (inclusive a aplicação prática desse saber na rotina de atendimentos em saúde) presente na grade curricular do ensino na área de saúde contribui para a ignorância desses profissionais em saber lidar com aspectos de escolha de vida do paciente, o que pode levar à intolerância.

paciente quando chega a um ambiente ambulatorial ou hospitalar não deve ser entendido como um indivíduo inerte. Ele participa ativamente da construção de sua visão do mundo. Ele observa, ele infere, ele se apropria do mundo ao redor de forma simbólica e crítica. O paciente pode perceber, numa observação velada, por exemplo, alguma falta de adequação relacional ou estrutural no ambiente de saúde.

2) Temos também o sujeito que faz simplesmente vigiar (JR.), estando atento, de sentinela. Nisso o profissional deve entender que o paciente também pode estar atento a tudo o que se passa dentro de um ambiente de atendimento médico-hospitalar. Gestos, palavras, olhares, condutas de procedimentos, estrutura física, insumos, nada escapa ao olhar vigilante do paciente.

No que se refere à categoria “objeto” dos pacientes não há evidências de combate simples. Observa-se um desejo, por parte dos pacientes em participar ou atingir uma situação que remeta à segurança, à proteção, à distração. Permanece prevalente a necessidade de mudar de situação, seja pela insatisfação com os acontecimentos no mundo, seja através do desejo de adesão por parte do paciente que se vê como elemento conector, seja na esperança de cura pela fé devotada ao sagrado ou pela disposição ativa de procurar agir em benefício de sua causa.

“Objeto”	Pacientes
Vigilância (participar e observar).	LR.; JR.
Necessidade de outra coisa; atingir outro plano.	I.; CR.; M.; IN.; C.
Diversos	A.; L.; AP.; S.

Quadro categorias de “objeto” da ação dos pacientes.

Em sua ação, o personagem quase sempre vai se deparar com um “**oponente**” aos seus objetivos: o seu aspecto predominante é o de o “monstro real ou animal (representando este papel)”, destes, os monstros zoomorfos predominam sobre os antropomorfos, havendo

também menção a monstros não figurados (o monstro existe, mas não se encontra desenhado). Esse monstro predominante é seguido, com frequência bem menor, da natureza desencadeada (o fogo, o raio). Em menor número, outros tipos de oponentes são apresentados e incluem um “acidente”, um “monstro alegórico” (a situação em que se encontrava) e diversos (a espada como sensação de sufoco).

Dentre a categoria de oponentes que mais predomina, a de monstro real, observa-se a presença de:

1) Monstro animal:

1.1) “*Um bicho devorador*” (JR.), simbolicamente um “bicho do mato”, aquele que está escondido na selva. Seu papel é descrito como o de espantar quem não o conhece; fazer susto e devorar as coisas que estão perfeitas. Fazendo uma analogia do monstro devorador com a doença podemos inferir o quanto a doença assusta.

A princípio encontra-se um ideal de ser humano perfeito (SFEZ, 1996). O corpo humano em pleno estado fisiológico de funcionamento é perfeito. Quando a doença (o câncer) surge, ela altera o equilíbrio biodinâmico do corpo e gradativamente o consome, “devorando-o”. Esse aspecto devorante da doença reforça o terror da animalidade, com a “boca armada com dentes acerados, pronta a triturar e a morder” (DURAND, G., 2002, p. 84).

1.2) “*Um bicho, o tucano*” (L.) cujo papel é descrito como: “*faz medo, pega a gente*”. E a sua simbologia remete ao “*medo do tucano*”. O tucano é uma ave típica da América do Sul de bico largo e comprido. É muito provável que o terror da animalidade se reforce na característica diferenciada desse bico, que mordica, seguindo-se de “uma goela terrível, sádica e devastadora” (DURAND, G., 2002, p. 85). A doença causa temor, quando se instala ela “*pega a gente*” e se apodera da pessoa, causando alterações: “*começa a sentir dores e sentir dor*” e “*a pessoa vai mudando até morrer, ficando amarela, pálida da cor, magra, caindo, descaindo*”. O medo do tucano remete ao temor da fatalidade diante da doença. Segundo L.,

diante do câncer “a pessoa vai pra o médico” e “depois piora de novo e termina até morrer”; “É uma doença muito séria. É séria, né brincadeira não. Só Jesus! Muito difícil a pessoa ter essa doença e escapar”.

1.3) Um monstro representado por “um bicho qualquer, feioso, feio” (A.) cujo papel é dito como estar “parado, olhando pra mim, que eu não gosto dele” e a simbologia é tida como “sou eu que não suporto ele. Horror. Não gosto, feio demais”. Esse “bicho” reforça o terror pela animalidade, símbolo da angustia na sua essência. Então a doença assusta, é feia, causa horror. É algo verdadeiramente horripilante esta imagem que paira ao redor da pessoa que não a suporta.

1.4) Monstro representado por um cachorro (C.) cujo papel é permanecer quietinho e mansinho, enquanto ninguém bulir com ele: “tá manso. Agora, se chegar alguém...” e sua simbologia é dúbia: “ele é muito bom, mas ele é muito covarde. Tanto faz ele tá bem com a pessoa, como ele correr atrás e morder”. Fazendo uma analogia com a doença, o câncer pode se apresentar em múltiplos aspectos, inclusive durante o tratamento poderá haver momentos de estabilidade. No entanto a suposta paz, o suposto período de mansidão pode ser a qualquer momento quebrado e substituído por mais tribulações. Uma vez que o cão é a representação domesticada do lobo: o terror da animalidade se reforça nessa doença que corre atrás e morde, com sua voracidade sádica e com seus dentes de fera: “é, portanto, na goela animal que se vêm concentrar todos os fantasmas terrificantes da animalidade: agitação, mastigação agressiva, grunhidos e rugidos sinistros” (DURAND, G., 2002, p. 85).

1.5) A cobra cascavel (elemento animal) (LR.) tem o papel de “morder” e simboliza medo e perigo: “eu corro com medo. E a perigosa ainda não é essa, é a coral”. Dentre os elementos animais desenhados, essa cascavel é descrita como algo sobre o qual se deve ter cuidado e que não apresenta pé, possuindo uma língua: “uma cascavel; essa é sem pé e isso

aqui é a lingüinha dela.” Para Lexikon (1990) a língua, por sua forma e mobilidade se equipara simbolicamente a uma chama.

O pé é um suporte do corpo que permite a sua posição ereta durante a movimentação do ser humano. No entanto, a cobra não tem pés e, portanto, ela rasteja num movimento oscilatório não menos hábil. Essa cobra perigosa é dotada de atributos nocivos: ela “morde” e assim também pode injetar seu veneno que pode ser tão mortal quanto o de uma cobra “coral”.

Os primeiros sinais de resposta do corpo a uma patologia são classicamente descritos como características de um processo inflamatório: rubor, tumor, calor e dor. Decerto que a “mordida” de uma cobra iniciaria todo esse conjunto. E o câncer, enquanto desencadeador de uma desordem celular proporcionaria uma multiplicação de células descontroladas e desfuncionalizadas a invadir e infiltrar diversas regiões do corpo, podendo ser tão fatal tal como um veneno de uma cobra que se espalha num organismo. A cascavel possui um chocalho, um guizo de advertência quanto à sua presença arriscada. Quisera todos os tipos de câncer pudessem emitir sinais que indicassem sua presença maléfica. Pelo contrário, em muitos casos suas células desorganizadas sintetizam produtos que mimetizam outros quadros patológicos, como doenças endócrinas, levando a dificultar o seu verdadeiro diagnóstico. O veneno da serpente também se faz presente, em analogia com a doença, nas toxinas internas sintetizadas pelas células cancerosas descontroladas. Tais células também não têm “pés”, mas se utilizam de artifícios tão eficientes para se disseminarem no organismo quanto o movimento vibratório de uma cobra.

O medo da serpente peçonhenta, que é hábil em se movimentar e “morder”, também representa o medo do tumor que pode se disseminar e destruir, expressando toda a animalidade voraz de como essas células agressivas vão atacando as diversas partes do corpo,

consumindo o organismo num universo “mordicante”, como diria G. Durand (2002) onde o fervilhar anárquico transforma-se em agressividade devastadora, voraz.

2) Monstro antropomorfo:

2.1) uma “*pessoa má*” (AP.), cujo papel é estar “*querendo fazer o mal pras pessoas*” e cuja simbolização é omitida. A doença para alguns, pode ser a personificação do mal. Trata-se de um monstro que “*não deixa as pessoas em paz*”, que causa tristeza e também angústia, conforme mencionado no relato de AP.: “*Eu pensei que ia perder o juízo. Eu fiquei em tempo de enlouquecer. A gente fica com medo. Fica com muito medo mesmo. Nossa! Tinha noite que eu nem dormia. Eu quase peguei depressão. Não conseguia dormir direito*”. A doença é tida como grave: “*Muito perigosa, que se a pessoa não se cuidar morre*” e causa bastante temor. Assim a mitocrítica ressalta a redundância do medo: “*Sinto muito medo, tristeza... Medo que ela volte de novo (...) me sinto assim uma pessoa rejeitada (...) pelo medo, sei lá, das pessoas...*”; “*Quando eu comecei a andar pra cá eu fiquei com medo, muito medo mesmo*”; “*acho que o medo meu tá perdendo... Eu tou perdendo mais o medo (...)*”. Desta forma, vemos que o temor diante do câncer é bastante ressaltado e a doença toma forma humana na representação de uma pessoa má, tão nociva e perigosa quando o câncer.

2.2) Um monstro representado pela figura de Satanás, o inimigo que atenta muito (IN.) e que vem para destruir, simbolizando algo terrível. Para Chevalier e Gheerbrant (2009) Satanás designa o *adversário*, um adversário tão arrogante quanto mau. Trata-se de um mito que resume todo o problema do que denominamos o *mal*. Mais uma vez encontramos a personificação do mal, porém aqui de forma mais profunda, o supra-sumo da maldade. A mitocrítica de IN. também destaca a redundância da expressão “sentir-se mal” com a doença, inclusive o medo do desconhecido. O satanás é tido como aquele que logra e que se encontra envolto da obscuridade (CHEVALIER; GHEERBRANT, 2009). Assim também a doença pode tanto enganar quanto desenganar. Além de estar envolto numa atmosfera de falta de

compreensão, de suficiente clareza, o câncer é, em verdade, uma doença enigmática, mesmo que multifatorial³⁰, ninguém sabe ao certo por que, mesmo se submetendo aos mesmos fatores, nem todos irão apresentar as mesmas características da doença: em *“uns se manifesta e em outros não”*; ou porque alguns a manifestam de uma maneira mais exacerbada e outros de uma forma mais atenuada. Conforme o relato de IN.: *“A gente não sabe como é que vai... Se vai ter muito tempo, se não vai, se... O que é que vai acontecer quando abre... Se vai tar agravado ou não”*.

2.3) Um monstro que é personificado com dentes grandes e pontiagudos (I.). Esses dentes também aparecem redundantes na mitocrítica, onde os relatos direcionam para a importância dada ao aspecto da perda dental de M., estando relacionada simbolicamente à perda de vigor, de energia e de vitalidade (CHEVALIER; GHEERBRANT, 2009). Esse monstro tem o papel de não servir para nada: *“é só imaginação”* e sua simbologia é dita como algo que *“está descartado, só imaginação”*. No entanto, esse monstro imaginário incomoda a ponto de se desejar eliminá-lo do desenho. A doença incomoda, remove as forças, as energias e os grandes dentes deste “monstro” direcionam para uma doença que, ao contrário de quem a possui, é enérgica, agressiva, que se apossa impiedosamente do paciente. Trata-se aqui de uma boca armada com dentes acerados, pronta a triturar e morder com sua voracidade sádica (DURAND, G., 2002, p. 84-85).

3) Monstro não-figurado:

3.1) Um monstro não desenhado (M.) com o papel de estar viajando, de estar longe: *“tá lá pros cafundó do Judas”* e cuja simbologia é assim mencionada: *“eu não quero nem ver!”*. O personagem prefere ficar o mais longe possível desse monstro que causa tanto temor que não se deseja visualizá-lo, destacando-se com ênfase dentre os elementos a serem eliminados do desenho: *“o monstro devorador. Esse tira mesmo!”*.

³⁰ Sua etiologia médica é atribuída a um conjunto de fatores, tais como: genética, exposição ambiental e alimentação.

3.2) Outro monstro não figurado (LR.), caracterizado simbolicamente como “*muito perigoso*” e com papel descrito como “*pra eu correr com medo*”. Essa noção iminente do perigo se traduz em angústia, faz o indivíduo querer se distanciar da ameaça e também pode ser remetida ao sentimento de pavor diante da doença.

Em relação a esses monstros não figurados (M.; LR.) é pertinente comentar que a representação da angústia já é um meio de dominá-la. Se ela não é representada, o problema se agrava. Ao imaginar o desenho, o ser humano busca pela redução da angústia existencial proveniente de suas experiências negativas diante do tempo que passa. É desta forma que a imaginação o faz representar, figurar e simbolizar as faces do tempo e da morte, onde o indivíduo pode criar imagens simbólicas teriomorfas (da agressividade animalesca), nictomorfas (das trevas terrificantes) e catamorfias (da queda que atemoriza). Ao se criar a imagem do monstro, o indivíduo já tem o intuito de combatê-las, por isso representar o monstro nefasto já é dominá-lo e é dominar também a angústia existencial diante do tempo que passa e da morte.

Assim, as figurações do tempo e da morte não passam de excitações para o exorcismo, convite imaginário a empreender uma terapêutica pela imagem. Figurar um mal, representar um perigo, simbolizar uma angústia já é dominá-los (DURAND, G., 2002, p. 123).

Quanto à “natureza desencadeada” citada como oponente, encontramos:

1) O elemento fogo (CR.) representado pelo incêndio e causador da contenda. Sua simbolização está omitida. Esse fogo é elemento predominantemente destruidor: ele compromete a casa, gera fumaça e calor, o que leva o personagem a se sentir “*com a espada no pescoço*”, fato que se reflete em angústia, simbolizando “*aflição*”. A doença pode ser interpretada como um fogo devastador, algo que destrói o corpo, retira psicologicamente as esperanças de vida: “*o câncer para mim foi como se estivesse assinando meu atestado de óbito, no momento da descoberta*”. E como CR. diz, trata-se de “*uma doença traiçoeira,*

quando menos espera ela torna a voltar”, o que direciona também para um rápido procedimento de decisão por parte dos envolvidos *“há de saber a que rumo levar*”. O oponente enquanto natureza amplamente devastadora remete à grande importância dada ao acometimento pela doença.

2) A queda do raio (S.) que gera energia, eletricidade e simboliza claridade. Essa natureza desencadeada pode ter uma característica de ação fulminante, o que leva o sujeito autor a procurar se proteger do raio, que simboliza tanto poder criador quanto destruidor: o raio é fogo celeste em sua forma ativa, de terrível dinamismo e efetividade e, por outro lado, a luz do relâmpago se relaciona com a aurora e a iluminação. O raio é considerado emblema da soberania: a ação do superior sobre o inferior (CIRLOT, 2005). É possível que, diante da doença, o paciente se sinta limitado por um desencadeamento nefasto da natureza em seu corpo. Algo tão superior que ele mesmo não retém mais o controle em seu corpo, como é o caso dos genes (os quase são estabelecidos e configurados antes do nascimento). A redundância do aspecto genético associado à doença é marcante na mitocrítica. E se é genético, se origina do próprio corpo e, no entanto, o indivíduo ele mesmo não o controla. A doença vem sob uma forma de descontrole que perturba a dinâmica corporal e existe o risco de ser fatal: o temor da fulminação pelo raio.

3) O elemento cíclico, o tornado (I.), que simboliza o vento, manifesta-se como uma ameaça que apaga o fogo e faz andar o “caravelo”. O vento do tornado traz em si uma rajada selvagem responsável por mover o navio e pela fuga do personagem para o refúgio. E esse mesmo vento também derruba o jarro (representativo de fonte da vida) e apaga a fogueira (cujo fogo simboliza vida). Em analogia, a doença pode se apresentar sob a forma de uma natureza nefasta, tempestuosa, sendo capaz de “quebrar o jarro” e “apagar o fogo” retirando a vitalidade ou até mesmo toda a vida do indivíduo. Esta perda de energia vital é bastante sentida pelo quadro de mal-estar desenvolvido pela doença de I.: *“devido à cirurgia, não*

posso exercer minhas funções” e também por não poder mais sorrir: “eu só não faço mais rir, pois nem mais dentes eu tenho! E devido ao vazamento da garganta eu também não posso dar as gargalhadas que eu dava”.

Em menor frequência temos também a constatação do oponente como:

1) Acidente: pela pessoa ou pelo cavalo que podem cair (M.), elementos catamórficos: pela queda, “experiência dolorosa fundamental”, se abalam as “tentativas autocinéticas e locomotoras” (DURAND, G., 2002, p. 113). A pessoa que cai por descuido pode direcionar a atenção para o fato de que o paciente deve manter-se atento, alerta às situações da vida, assim como o cavalo que cai quando ele pisa no buraco. Se o cavalo de M. “*serve de transporte no sertão*”, então ele é objeto de montaria, assim: se o cavalo cai, a pessoa cai junto. E se o cavalo simboliza o tempo, sua queda remete a uma passagem brusca do tempo, o que pode direcionar para uma preocupação com o tempo de vida: a duração da vida diante da doença debilitante. A angústia pela queda também é a angústia pela doença a qual pode inibir reflexos, causar vertigens, mexer com nosso centro de equilíbrio, fazendo-nos relembrar brutalmente de nossa frágil condição humana.

2) Monstro alegórico (CR.), que na verdade é uma projeção do pensamento: a “situação em que se encontrava”, a qual se refere a um estado de intensa aflição, simbolizando “conflito” diante de um perigo devidamente reconhecido: o dilema de como se salvar de um incêndio. A doença pode ser tão perturbadora a ponto de se refletir numa situação conflitante no pensamento do indivíduo, capaz de gerar dúvidas e angústia. Em alguns casos de doença não há muitas alternativas a serem tomadas, o que conduz a um grande conflito ético em um espaço limitado de tempo: é o caso, por exemplo, das cirurgias mutiladoras, em que para se salvar, o indivíduo poderá sofrer perdas irreparáveis. Essa questão da seqüela também foi encontrada em redundância na mitocrítica: “*a primeira cirurgia não houve seqüela aparente,*

perdi parte do céu da boca, não fiz nenhum tratamento na época, com um ano e três meses o tumor voltou na mesma região, só que desta vez mais agressivo, fiquei com seqüela aparente”

3) Diversos (CR.), pelo fato do personagem se sentir com a “*espada no pescoço*”, assim descrito na história do desenho e que representava uma sensação de sufoco, simbolizando aflição. A lâmina afiada da espada, representativa da morte e do extermínio físico (CIRLOT, 2005) está apoiada sobre uma região intrinsecamente relacionada à existência vital, o pescoço, destacando a angústia desenfreada do ser que, em analogia, se relaciona à aflição pela iminência da morte diante de uma doença tão agressiva quanto o câncer.

Então se observa que o oponente dos pacientes tem desempenhado muito bem sua função a partir de sua representação, uma vez que não se trata de um elemento fácil de ser eliminado: ele é nocivo, devorador e devastador. Pavoroso e assustador, ele é ágil em sua agressividade que desvitaliza, retira forças, descontrola a dinâmica usual do corpo, sendo capaz de conduzir a vida a termo. Aqui se observa um verdadeiro monstro devorador, que destrói, que mata.

“Oponente”		Pacientes
Monstro real ou animal (representando este papel)	Monstro animal	JR.; L.; A.; C.; LR.
	Monstro antropomorfo	AP.; IN.; I.
	Monstro não-figurado	M.; LR.
Acidente		M.
Monstro alegórico		CR.;
Diversos		CR.
Natureza desencadeada		CR.; S.; I.

Quadro categorias de “opponente” da ação dos pacientes.

Para combater este monstro devorante o sujeito vai poder contar com um ou mais “**adjuvantes**” para a sua ação, cujo aspecto predominante remete, em igual frequência, tanto

ao “refúgio ou natureza associado a diversos elementos” quanto à “espada associada ao refúgio (cada um sendo funcional)”, seguido, em menor frequência do adjuvante como “diversos elementos”.

Entre os elementos predominantes relativos ao “refúgio ou natureza associado a diversos elementos” encontram-se:

1) A casa, como refúgio, associada ao elemento cíclico (ventilador) (JR.). Esta casa para moradia é simbolizada como *“um patrimônio que acolhe as pessoas pra se morar, pra o descanso”*. Trata-se de uma casa-abrigo, considerada também um bem de família. É ambiente repousante e acolhedor de vida, pois morar é viver o dia-a-dia. O ventilador, na verdade, é um dos itens presentes na casa. Serve para *“ventilar, refrescar”* e sua simbologia é assim mencionada: *“ficar no teto, funcionando para refrescar o ambiente”*. O ventilador areja e trás conforto. Isto direciona para a necessidade do paciente em usufruir dessa sensação de bem-estar, de sentir-se acolhido, abrigado, de ter um local cômodo e aconchegante para descansar.

2) Piscina e escada. A piscina (ao mesmo tempo refúgio e elemento água), associada ao elemento queda (escada) (CR.). A piscina tem o papel de proteção (pelo refúgio) e alívio (pela água que contém), cuja simbolização está omitida. Já a escada tem o papel de socorrer e simboliza a queda. O personagem desce a escada para se refugiar na piscina, onde conseguiria nadar e se salvar do tormento. O elemento catamórfico (referente à queda) aqui é benéfico: a primeira experiência do medo é convertida em passagem rumo à salvação. A escada remete à ascensão, à verticalidade e também a uma ruptura de nível que faz possível a passagem de um mundo a outro (CIRLOT, 2005); trata-se, pois, de um elemento transcendente. Por mais árduo que seja o desenvolvimento da doença, percebe-se uma necessidade do paciente em transcender essa situação de dificuldade a fim de que possa alcançar o devido descanso e sentir-se aliviado. E essa busca pelo alívio é eminentemente ativa.

3) A casa como refúgio (com papel e simbolismo de *lazer*), associada ao elemento animal (“o burro que carrega o menino, o cavaleiro” que foge para o refúgio) (I.). O cavaleiro-menino desbravador é surpreendido pela rajada de vento do tornado e foge para o abrigo montado no animal. A utilização do burro como montaria remete a humildade. O refúgio como *lazer* reporta-se à distração. O paciente sente necessidade de espairecer, desviar sua atenção das preocupações, até mesmo podendo se utilizar de tarefas ou meios bastante simples. Andar, conversar, contemplar a natureza, executar tarefas domésticas também podem contribuir nesse entretenimento.

4) A casa como refúgio para moradia, associada ao elemento cíclico, o relógio que “é bom saber dar a hora” (L.). O simbolismo da casa, assim como o do relógio é mostrado como bastante positivo, respectivamente: “é muito bem. Pra morar, pra dormir de noite”; “muito bom o relógio porque dá a hora”. Existe essa preocupação com o tempo que se esvai e é necessário um local de moradia para que o paciente passe esse tempo - que pode se traduzir em angústia pelo aspecto de finitude da vida. Angústia, por exemplo, diante da espera de um resultado do tratamento, pois é “muito difícil a pessoa ter essa doença e escapar”, angústia por vencer as inúmeras dificuldades decorrentes da seqüela da doença, inclusive as relacionais: “hoje eu tenho vergonha de andar nos carros porque as pessoas ficam mangando d’eu”.

5) O “pé de maçã” como refúgio, associado ao elemento fogo (vela que ilumina) (S.) O refúgio “pé de maçã” tem papel de abrigo, e serve para o sujeito-autor se proteger do raio, simbolizando “sensação de proteção”.

O refúgio como árvore remete à verticalidade e também ao renascimento da vida que constantemente vence a morte. Também a árvore que produz frutos e oferece sombra e abrigo é por muitos povos entendida como símbolo de feminilidade ou materno, enquanto o tronco ereto, normalmente, é tido como um símbolo fálico (BECKER, 1999). A árvore cujo fruto é a

maçã também pode remeter à árvore da vida, árvore do conhecimento do bem e do mal (CHEVALIER; GHEERBRANT, 2009) e símbolo da vitória contra a morte: a imortalidade (BECKER, 1999).

Observa-se, então, que o paciente necessita dessa “árvore” maternal que o protege das intempéries da vida e da natureza, refúgio também associado a oferecer discernimento e capacidade para resistir às ações deletérias da doença, permitindo-o sobreviver.

O fogo é representado pela vela que ilumina e simboliza “paz”. “*A vela serve pra iluminar a casa*”. Simbolicamente a vela remete à luz e também à relação do espírito com a matéria, pela chama que consome a cera. A vela também remete à fé e à vida (BECKER, 1999). A chama de uma vela nos leva a sonhar e a imaginar, trazendo consigo um valor de metáforas e imagens que nos mantêm atentos e despertos. A chama da vela é um modelo de vida tranqüila e delicada e a mesma paz está no coração do sonhador e no da chama. As fantasias da pequena luz nos levam também de volta ao reduto da familiaridade (BACHELARD, 2002b). O fogo da vela pode revelar uma necessidade de presença de paz e de tranqüilidade de alma em meio às diversas situações da vida. Não se trata de um fogo que devasta, mas de um fogo de contemplação, que leva a um discernimento filosófico para uma via de atitudes pacíficas.

Já para o outro aspecto predominante, o da “espada associada ao refúgio (cada um sendo funcional)”, citado como adjuvante, encontramos:

1) A espada, para lutar e simbolizando “lutas”, associada à casa para moradia cuja simbolização está omitida (AP.); esse refúgio é citado no texto como “*a casinha aonde a gente se esconde*”. A casa como esconderijo remete a um lugar onde a morte não vai achar a pessoa.

2) A espada com o papel de briga ou esporte, cuja simbolização está omitida, associada à casa como refúgio que “*serve para tudo, pra descansar, pra viver, é necessário a pessoa ter uma casa*”, simbolizando “muito descanso, relaxar, viver” (A.)

3) A espada para os guerreiros ou soldados romanos usarem como meio de defesa, cuja simbolização está omitida, associada à casa como refúgio “*pra pessoa morar e se proteger do tempo*” com simbolismo positivo que remete à bem-estar e proteção: “*minha casa é boa, ter um teto pra morar. Me sinto bem, protegido*” (M.).

Percebe-se nas descrições acima (AP.; A.; M.) o paciente tendo uma ação desbravadora de luta ao mesmo tempo em que também necessita do sossego do lar, que o acolhe durante a vida, lhe tirando da vista as perturbações. A luta coexiste com a necessidade de acolhimento, de repouso na vida, de um local de bem-estar que abrigue e proteja.

4) Também a espada para defesa na guerra, simbolicamente reconhecida como “às vezes a gente tá num abismo pesado, a gente quer se defender, ter a espada” (C.) associada ao “*pé de pau*” como refúgio para se esconder e simbolizando “minha salvação”. Aqui se observa a presença de uma árvore abrigo capaz de ocultar e salvar o personagem de um momento de tribulação. A primeira parte do questionário menciona que o “*pé de árvore*” faz uma sombra que ampara quando o sol está quente, ao mesmo tempo em que, sob a presença de um perigo iminente, permite que o personagem suba para se socorrer. Então existe aqui uma proteção pela ocultação e pela verticalidade. O paciente pode se encontrar uma situação difícil, o “*abismo pesado*”, quer ter resistência para lutar, se defendendo da situação inóspita e, ao mesmo tempo necessita de um abrigo, mesmo que provisório onde poderá se revitalizar e se sentir a salvo.

5) A espada representada pela “*bíblia sagrada*” com papel de resposta para tudo: “*a palavra é resposta pra tudo*” e simboliza “*a palavra de Deus. O que ele deixou pra gente conhecer mais ele*”, estando associada ao refúgio, representado pela figura mítica de Jesus,

cuja função e simbologia é atribuída a “*tudo*” (IN.). Aqui o paciente recorre, como recurso para a “luta”, ao que ele considera como fonte de sabedoria em sua religiosidade (a bíblia), assim como se refugia na figura do mártir de sua fé cristã (Jesus). Recorrer ao sagrado, seja na forma de lidar com a doença, enfrentando-a ou de descansar na imagem de um ente que se considera onipotente, tem sido uma conduta bastante observada na realidade dos pacientes, também citado na eficácia simbólica (LÉVI-STRAUSS, 1975).

Para Csordas (2008), os símbolos moldam o significado: existe um poder de persuasão imanente na ação simbólica e na performance ritual, na experiência com o sagrado, de forma que para o cristão a cura interior remete a história de vida do indivíduo à luz do que ele considera a presença curativa de Jesus.

Uma das imagens míticas do papel de Jesus é o seu poder de curar. Uma vez que o paciente o declara capaz de fazer “*tudo*”, é óbvio que ele espera essa ação de cura pela sua crença e devoção, não apenas uma cura fisiológica, mas como diz Csordas (2008, p. 34) capaz de “*curar o homem todo: corpo, alma, psique e relacionamentos com os outros*”.

Em menor frequência encontra-se o adjuvante representado sob a forma de diversos elementos: a espada, o refúgio, o elemento cíclico e o animal (LR.). Neste caso temos a espada representada pela faca para “*cortar a carne, um pau ou outra coisa qualquer; e serve até para matar outro*” e a casa para se morar que, como mencionado na história do desenho “*é um abrigo*”. Os simbolismos da espada e do refúgio foram omitidos. A faca, ao mesmo tempo em que pode matar, também é convertida em instrumento utilitário. Também a estes se associa o ventilador (elemento cíclico), com papel relacionado ao “calor” e que simboliza bem-estar: “*é bom pra sentir aquele friozinho*” remetendo ao conforto. Ele gira graças à ação da energia captada pelas suas tomadas, as quais também são citadas na história do desenho. Também está associado o animal: o cavalo, que serve de montaria, simbolizando algo que o personagem deve montar e também alimentar “*pra eu andar montado tem que dar de comer a*

ele”. O cavalo pode simbolizar vida e também é a representatividade do tempo que se esvai, refletindo a “angústia diante da mudança, a partida sem retorno e a morte” (DURAND, G., 2002). Montar um cavalo pode remeter ao domínio do tempo e a alimentação do cavalo sugere inclusive a sua domesticação: o tempo dominado.

Há momentos em que o paciente sente a necessidade de um máximo de entes adjuvantes: seja um elemento que estimule a "luta" contra a doença ou mesmo uma distração para o manter ocupado; seja algo que lhe forneça uma sensação de bem estar, conforto ou mesmo sossego. Esses aspectos de ajuda contribuem para que sua ação de vigilância, diante da vida e da doença, ocorra de maneira tranqüila e equilibrada.

“Adjuvantes”	Pacientes
Refúgio ou natureza + diversos elementos	JR.; CR.; I.; L.; S.
Espada + refúgio (cada um sendo funcional)	AP.; A.; M.; C.; IN.
Diversos	LR.

Quadro categorias de “adjuvantes” da ação dos pacientes.

Dentro do questionário há uma pergunta que tem por finalidade introduzir o autor dentro do próprio universo criado, no qual ele pode tomar consciência de ter-se projetado no desenho e na história do teste.

Trata-se da categoria “**destinatário**”, onde o sujeito-autor pode se reconhecer e se identificar totalmente com o personagem ou até mesmo rejeitá-lo totalmente.

Na maior parte dos casos (LR.; A.; M.; IN.; S.; AP.) o sujeito-autor diz que “faria outra coisa, mas a ação proposta está ligada à do personagem”, a saber:

1) Enquanto o personagem está exercendo ação de vigilância, participando e observando “*atocaiando essas ferramentas e esses bichos*”, o sujeito-autor está “*deitado, dormindo e sentindo aquele friozinho*” (LR.), em uma situação de conforto, descanso.

2) Enquanto o personagem está parado, o sujeito-autor está em casa, fazendo os serviços que teria de fazer e depois iria sentar pra descansar e ler (A.), executando tarefas domésticas e depois tendo seus momentos de descanso e lazer.

3) Enquanto o personagem está passeando, o sujeito-autor está “*na árvore, embaixo da árvore. Ia respirar, ia ter a respiração, a sombra, respirar mais*”, estaria “*respirando o ar*”. (M.), procurando “absorver” energia para se renovar.

4) Enquanto o personagem está servindo de exemplo, o sujeito-autor estaria “*na Terra para viver, só viver*” (IN.) seguindo o curso de sua vida na terra, vivendo apenas.

5) Enquanto o personagem está servindo de elo para inúmeros elementos do desenho, o sujeito-autor está debaixo do pé de “maçaneira”, no pé de maçã, se protegendo do raio (S.) em uma ação que remete a abrigo e proteção contra o perigo.

6) Enquanto o personagem está desesperado pelos acontecimentos no mundo, o sujeito-autor estaria em casa para ficar sossegado (AP.). Sua ação remete ao sossego do abrigo.

Poucas vezes (I.; C.) “o que faz o personagem não diz respeito ao sujeito, ou muito pouco. Mas este participa do micro-universo”, o que demonstra certa indiferença neste casos, a saber:

1) Enquanto o personagem está montando no burro e indo para o refúgio para se esconder do vento, o sujeito-autor estaria “*no coqueiro, subindo, descendo, tirando coco*” (I.), numa ação que remete à distração e à ocupação.

2) Enquanto o personagem está querendo subir no “pé de pau” para se esconder, o sujeito-autor estaria na roda gigante se divertindo (C.), o que remete a lazer.

A frequência de respostas das outras categorias é mínima, a saber:

1) “Aceita o papel do personagem indo além: representa um papel exemplar”: o personagem é uma senhora de casa que está de pé, enquanto o sujeito-autor estaria na sua casa fazendo comida na cozinha (L.).

2) “Projeção inconsciente e assumida conscientemente”: o personagem é um cão que para fugir do fogo, desce a escada e se refugia na piscina, enquanto o sujeito-autor estaria “*no lugar do cão*” e faria “*o mesmo que ele fez*” (CR.).

3) “Aceita estar implicado como observador”: o personagem tem ação de vigiar, enquanto o sujeito-autor estaria “*aonde tivesse os mesmos objetos, aonde tivesse um teatro que tivesse esses desenhos pra se divertir*” e faria “*só observar*” (JR.).

De uma maneira geral o aspecto predominante do destinatário é aquele que procura estar numa ação de descanso, mas que também remete à proteção pela relação de proximidade com o abrigo. Em segundo lugar, temos para o destinatário o aspecto de ação que propicia divertimento.

Então, para a categoria “destinatário” dos pacientes, observa-se que o autor pode desejar uma atitude de descanso e de proteção que, embora difira, diz respeito ao personagem; ou então ele pode procurar ficar num momento de distração, a certa distância, embora participe do micro-universo. Diante da doença que desgasta, consome a energia, e chega a “remover o fôlego” por demandar tempo gasto em tratamento, procura de remédios ou outras alternativas viáveis, o paciente sente essa necessidade de estar em paz, de descansar e ao mesmo tempo de se proteger. Quando possível ele também quer se distrair, ocupando a mente em ações cotidianas ou se divertindo em alguma atividade de lazer.

“Destinatário”,	Pacientes
O sujeito-autor diz que faria outra coisa, mas a ação proposta está ligada à do personagem	LR.; A.; M.; IN.; S.; AP.
O que faz o personagem não diz respeito ao sujeito, ou muito pouco. Mas este participa do micro-universo	I.; C.
Aceita o papel do personagem indo além: representa um papel exemplar	L.
Projeção inconsciente e assumida conscientemente	CR.
Aceita estar implicado como observador	JR.

Quadro categorias de “destinatário” da ação dos pacientes.

Considerando a categoria “destinador” como o micro-universo mítico manifesto, servindo de mediação entre uma origem desconhecida do sujeito-autor (seu inconsciente) e uma finalidade conscientemente aceita, Yves Durand (1988) percebe a existência de certa concepção inconsciente do mundo, o qual é retratado pelo sujeito autor no teste. Trata-se aqui do tipo de “ordem” que reina no micro-universo mítico criado pelo sujeito.

A ordem designa a regularidade de presença ou de manifestação de um fenômeno e aparece como princípio explicativo da organização deste universo (GREIMAS; COURTÉS, 2008).

Desta forma, o personagem vai desenvolver sua ação num universo, ordenado, ameaçado ou caótico? Trata-se aqui da categoria “destinador”.

Na maior parte dos casos, para os pacientes, trata-se de uma “ordem a manter, pois que está ameaçada” (LR.; I.; A.; L.; M.; IN.; C.; S.; AP.; JR.), onde os personagens vivendo uma condição de tranquilidade são surpreendidos pelo monstro ou por uma ameaça. Uma frequência mínima diz respeito a uma ordem dominada (CR.), onde o personagem consegue dominar a situação de perturbação inicial.

O câncer é uma doença que marca, estigmatiza. Seu diagnóstico é tão cruel quanto a própria presença da doença no corpo. É o tabu da doença.

“Mas no momento quando a gente sabe que é, a gente se sente mal porque é uma coisa desconhecida pra gente e... Pra o ser humano, todo mundo tem medo né? Todo mundo tem medo dessa doença. Quando sabe pensa logo que vai morrer, né?” (IN.).

“No começo foi um negócio assim é... A pessoa fica sem vontade de viver no começo, né? Perde a vontade de viver, né? Porque tem muita diferença: a pessoa é um pouco é... Recuado, né? Tem um pouco de... Como é que se chama? Discriminação, né? No começo, né? Depois é que vão... Chegando tudo de novo. Tem o preconceito da doença, né? No começo. Mas com o tempo volta ao normal; com o tempo assim: anos, né?” (S.).

“(...) me sinto assim uma pessoa rejeitada; assim, pelas pessoas, não pelos meus, né? Rejeitada assim: pelo medo, sei lá, das pessoas... (...)” (AP.).

“Hoje eu tenho vergonha de andar nos carros porque as pessoas ficam mangando d’eu. Olhar pra ver o que é.” (L.).

As células cancerosas adquirem propriedades incomuns de se entranhar em locais diferentes de sua origem inicial, sendo proporcionalmente carregadas para outras partes do corpo.

“Ela é uma célula que ela se desenvolve muito rápido, né?”; “Ela se manifesta, a gente tem que cuidar logo, porque se for no início ainda pode ter cura e se não for... Ela vai tomando, né? Conta assim de outros órgãos” (IN.).

Em alguns casos o comprometimento pelo câncer é tão drástico que se torna irreversível (causando mutilação ou até a morte).

“Então o buraco foi aumentando”; “não enxergo de dia, estou vendo muito claro”; “a minha situação que está ruim, devido à cirurgia, não posso exercer minhas funções”; “eu só não faço mais rir, pois nem mais dentes eu tenho! E devido ao vazamento da garganta eu também não posso dar as gargalhadas que eu dava” (I.).

“(...) a primeira cirurgia não houve seqüela aparente, perdi parte do céu da boca, não fiz nenhum tratamento na época, com um ano e três meses o tumor voltou na mesma região, só que desta vez mais agressivo, fiquei com seqüela aparente (...)” (CR.).

“Começa a sentir dores e sentir dor e depois a pessoa vai pra o médico, passa remédio e depois piora de novo e termina até morrer. A pessoa vai mudando até morrer, ficando amarela, pálida da cor, magra, caindo, descaindo”; “Muito difícil a pessoa ter essa doença e escapar.” (L.).

“Um homem sem mais serventia pra nada, né? Não trabalha mais; não faz mais nada”; “Não trabalha. Uma pessoa parada. Eu acho que ninguém fica satisfeito com a doença, né? Não faz mais como devia fazer, não come mais como devia comer. Isso aí perturba o paciente, né? A pessoa. Você quer se alimentar direito não pode. Quer fazer as coisas, não pode” (M.).

“Os meus dentes eram perfeitos, só faltava 2 queixar: um inferior outro superior. Aí depois que eu fiz a radioterapia, foi se estragando, se estragando. Quando foi com um ano eu não tinha 1, tudo só tinha os tocos na minha boca. Aí a doutora tirava aqueles tocos pretos; torou-se tudinho, fiquei assim banguela”; “Foi fazer uma biópsia e no dia em que ele fez, ele operou. Aí me costurou minha boca, fui embora pra casa. Aí passei muito mal, muito mal mesmo; fiquei sem poder comer, fiquei sem poder andar” (C.).

Sabendo que o câncer é visto como uma grande ameaça pelo paciente, é necessário, visando “uma ordem a manter”, estabelecer condutas que objetivem estabilizar essa “ordem”, inclusive o seu padrão emocional. O profissional de saúde não pode ficar alheio a isso. Deve, por exemplo, procurar deixar o paciente informado de sua condição de doença, tornando transparentes seus riscos e possibilidades de cura e de reabilitação. Nem sempre é possível curar, mas na grande maioria dos casos consegue-se amenizar o sofrimento (físico ou

psicológico) do paciente diante da doença. Uma reabilitação odontológica de uma face desfigurada ou mutilada tornaria possível amenizar esse desgaste físico.

“Ordem”	Pacientes
Ordem dominada	CR.
Ordem a manter pois que está ameaçada	LR.; I.; A.; L.; M.; IN.; C.; S.; AP.; JR.

Quadro categorias de “ordem” no micro-universo mítico dos pacientes.

Com base nesta análise actancial pode-se concluir que os pacientes ao mesmo tempo em que buscam por agir em prol de sua saúde, eles também anseiam pelo sossego do repouso diante da doença.

O paciente é tanto um desbravador que luta como aquele que se necessita do conforto do refúgio como forma de defesa. A luta coexiste com a necessidade de acolhimento, de repouso na vida, de um local de bem-estar que abrigue e proteja.

As adjuvantes (as armas ou alternativas de luta) de que o paciente dispõe para atingir seus objetivos estão prioritariamente relacionados ao refúgio protetor, sobretudo a casinha que é abrigo, esconderijo, proteção contra a iminência da morte, uma forma de se defender da doença.

O paciente se vê como um sujeito forte e dominador, cuja ação é extremamente atuante no sentido de buscar, de estar atento, de observar, de procurar controlar aquela situação de angústia diante da doença. Eles não se contentam, ficam apreensivos, querem fazer algo que possa ajudar no tratamento deles. Os pacientes não querem esperar apenas pelos profissionais, não desejam simplesmente estar à mercê do destino ou do cuidador. O paciente busca controlar esse destino.

Então esse paciente não é um ser inerte: ele busca, ele corre atrás, ele não é de maneira alguma um sujeito passivo. E ao mesmo tempo em que os pacientes querem ter essa atitude ativa, o direito de agir, de correr atrás, eles também têm a vontade de sentirem sossego, o que

está bem explicitado tanto pelo predomínio do refúgio como elemento adjuvante, a sua “arma” predominante a ser utilizada, quanto pela categoria destinatário, que revela este desejo consciente de descanso do sujeito-autor.

B) Análise Actancial – Cuidadores

Para os cuidadores não há tipo de “**sujeito**” predominante, uma vez que as distintas categorias se apresentam na mesma freqüência, a saber:

1) O “personagem homem não herói” (Y.), representado pelo homem cuja simbologia é remetida à vida: “*ele é a vida; a luta pela vida*”, ou uma representação heróica por “tudo que flui e que cresce” e que quer se manter pela “renovação de suas forças” (CIRLOT, 2005, p. 601-602). Apreende-se desse personagem uma luta desbravadora do homem em função da conservação da vida, o que remete a uma estrutura heróica na maneira como o cuidador pode lidar com o tratamento da doença.

2) O personagem central feminino (X.), citado como uma “mãe” e simbolizando “amor”. Aqui temos a representação de um personagem afetuoso. Disto infere-se que o cuidador vai apresentar uma tendência mística em seu papel de tratar pacientes, baseada na proteção acolhedora de uma mãe amorosa, símbolo de uma maternidade envolvente. O ventre materno de onde saíram os homens, também é embalador (DURAND, G., 2002).

3) Os vários personagens atores (V.), citados como “nós” e simbolizando “o ser humano”, o que designa uma ação ou pensamento conjunto no tratamento dos pacientes, direcionando para a estrutura sintética, pela sua abrangência.

4) A categoria diversos (W.), onde o personagem é citado como “o paciente” e cuja simbologia é mencionada como “*a luta que a gente tem aqui; o trabalho que a gente exerce pra ele*”. Na história do desenho, W. explica o motivo do personagem como paciente “*porque*

a gente tá em torno dele, a gente tá, assim, visando o bem dele". O termo "a gente" também vem a designar o grupo, a equipe de trabalho. Ao mesmo tempo em que o personagem-paciente promove uma ação de luta por parte dos cuidadores, também estimula o seu papel acolhedor e protetor.

Então, para os cuidadores, existe uma diversidade de tipos de sujeitos atuantes. Encontramos desde um aspecto de cuidar místico, o sintético e o heróico, além de serem notadas também referências ao trabalho em conjunto.

"Sujeito"	Cuidadores
Personagem homem não herói	Y.
Personagem central feminino	X.
Vários personagens atores	V.
Diversos	W.

Quadro categorias de "sujeito" da ação dos cuidadores.

Também para os cuidadores, há uma diversidade de tipos de objetos da ação, não se observando uma categoria de objeto que predomine: os distintos "objetos" da ação dos cuidadores se apresentam na mesma frequência (na mesma quantidade de respostas para cada):

1) O combate, onde o sujeito vai se defender (Y.) que evidencia a estrutura heróica: *"Ele vai, vai, ele tá em cima de uma montanha, escalando montanhas, ele se depara com um leão e se defende do leão"*. A luta contra o câncer como uma estratégia de defesa. O cuidador trava um combate heróico e se mune de recursos que o auxiliam na luta. Ele tem uma arma na mão (a espada), ele gira essa arma e também esquentava a espada no fogo, ampliando sua potencialidade. O cuidador se sente apto a recorrer a inúmeras estratégias a fim de vencer o monstro. Ele trava uma batalha cotidiana na busca de recursos que auxiliem o tratamento do paciente.

2) A “necessidade de outra coisa; atingir outro plano” (V.) característico da estrutura sintética, e que no caso se refere a um grupo de pessoas estar no barco: “nós no barco”.

A barca que contém e ao mesmo tempo flutua; a barca participa, na sua essência, no grande tema do embalar materno. O navio é um fato de habitat antes de ser meio de transporte (DURAND, G., 2002). Isto direciona para uma equipe coesa e uma vez que esse “nós” designa simbolicamente “o ser humano”, ele pode também abranger o paciente juntamente com o cuidador, participando da mesma jornada. As pessoas estão no barco e cita-se no texto da história que estão “*navegando no mar de nossas vidas*”. O mar aqui, que simboliza a vida, pode ser também característica de amplitude, de perspectivas diante da vida. As pessoas, cuidadores e pacientes, têm essa necessidade de ampliar seus horizontes, buscar novos rumos na tentativa de suprir suas necessidades cotidianas.

3) A ação de vigilância, onde a “mãe” está “olhando, cuidando das crianças” (X.) dentro de uma simbologia de amor. Como já mencionado, o cuidador aqui vai apresentar uma tendência de cuidado, zelo e proteção, característicos da estrutura mística. Esse aspecto evidencia para o cuidador a responsabilidade da ação ativa, de olhar, de cuidar, durante o tratamento.

4) E o aspecto diverso do objeto (W.), o qual remete ao paciente que tem o papel de estar “só esperando”, direcionando a postura do doente a um papel restrito de sujeito não ativo. O simbolismo do personagem remete ao empenho heróico desenvolvido pelos cuidadores para o paciente: “*a luta que a gente tem aqui; o trabalho que a gente exerce pra ele*”. Já a história do desenho demonstra uma intenção protetora para com o paciente “*(...) a gente tá em torno dele, a gente tá, assim, visando o bem dele*”. Então, o cuidador aqui visualiza o paciente como ser passivo, enquanto a ação ativa é vinculada apenas ao profissional, seja pelo seu “trabalho” e “luta”, ou pela proteção, que são exercidos em prol do

paciente que *apenas* espera. Sendo assim, diante do tratamento do paciente a ação ativa é tida como exclusiva do profissional.

Embora haja sugestão do cuidador e do paciente como entes que podem participar conjuntamente da ação de estar no mesmo barco, contribuindo e participando de uma mesma ação conjunta, esse aspecto não é o que predomina. O paciente, diante do tratamento, é considerado passivo. A ação ativa é enfatizada como responsabilidade do cuidador.

“Mas você passa a ajudar mais, a querer tá perto. A querer passar uma palavra de carinho, de conforto, entendeu? Chegar pra essas pessoas e dizer que nem tudo tá perdido. Hoje ela não tem um órgão por causa da doença, mas ele pode viver como outra pessoa qualquer, entendeu?” (Y.).

“Uma conversa em que você dá sua atenção, passando seu carinho, ele vai se sentir melhor. Você vê aquela carência afetiva. Talvez (pel)o próprio movimento do hospital, eles (os pacientes) não têm isso. Então cabe a gente da Odontologia. Essa atenção que você dá; ele confia em você. Ele acredita no que você está fazendo” (V.).

“Bom, o que eu faço, é: eu reabilito as pessoas (...). Muitos casos a gente precisa acelerar o trabalho, aí eu... Não dá tempo de fazer tudo aqui, eu levo pra casa. Eu faço, mas contanto que eu corra com o trabalho pra poder proporcionar a eles e a mim também a satisfação de tá... Assim, de vê-lo satisfeito, sorrindo porque você não sabe o quanto é importante pra gente vê-lo bem, entendeu?” (W.).

Ao se considerar o papel ativo como exclusivo do cuidador, isso pode refletir em angústia quando alguma estratégia (de combate ou de acolhimento e zelo) não é eficaz.

“Assim, eu ficava revoltada porque às vezes eu me sentia incompetente diante de alguma coisa, de alguns pacientes, de algum tratamento que eu poderia fazer, e que eu deveria fazer e que eu não conseguia, vamos dizer, os 100% entre aspas que eu queria que acontecesse. Vamos dizer: que eu quisesse os 100%, vamos dizer, e eu não conseguia. O que

eu queria dentro da minha limitação, eu tou falando. Os 100% meu, da minha limitação como ser humano. Eu não conseguia. Algumas vezes eu cheguei a me revoltar porque isso me angustiava muito” (X.).

“Objetos”	Cuidadores
Combate simples	Y.
Vigilância (participar e observar).	X.
“Necessidade de outra coisa; atingir outro plano”	V.
Diversos	W.

Quadro categorias de “objeto” da ação dos cuidadores.

Ao se deparar com um “oponente” aos seus objetivos, os cuidadores incluem entre seus aspectos predominantes o “monstro real ou animal (representando este papel)” (exclusivamente como monstro zoomorfo), em igual frequência com a “natureza desencadeada”.

Quanto ao “monstro real ou animal (representando este papel)”, encontram-se:

1) O leão que *“devora o que visse pela frente”*, simbolizando *“os obstáculos que a gente enfrenta no dia-a-dia”* (Y.). O leão desempenha nas civilizações tropicais e equatoriais mais ou menos o mesmo papel que o lobo, animal feroz por excelência. O leão é, portanto, um animal devorador terrível (DURAND, G., 2002) e, assim, sua citação remete à angústia. A própria mitocrítica do cuidador Y. revela a “doença” como algo que remete a sofrimento, traduzido em angústia diante da animalidade devorante, de estar participando da rotina de atendimentos a pacientes desfigurados, necessitados, quando não, desenganados.

“(…) nos primeiros anos que você entra aqui: choca! Entendeu? Pessoas horríveis, faltando um olho, o nariz, a boca deformada, sem perna, sem braço, por causa da doença” (Y.).

2) O monstro representado como “*uma coisa feia do lado da espada*” (W.) e citado na história como um gorila. Sua simbolização remete a um aspecto negativo: “problemas e coisas ruins”. Do ponto de vista ético e estético do cuidador, o monstro devorador é algo feio, repugnante. Ademais, sua proximidade da espada pode torná-la uma arma eventual para uso do monstro, traduzindo-se em perigo. A doença representa uma simbologia danosa e relacionada a uma animalidade voraz e horripilante, da qual o paciente quer se manter distante.

3) O monstro é citado como um “gavião” cujo papel é estar “de olho no peixe”, simbolizando sabedoria (X.). Para Chevalier e Gheerbrant (2009) o gavião simboliza usura, avarice. Trata-se de uma ave caçadora e agressiva. Essa ave de rapina vai apresentar um aspecto que remete a um estado de atenção ou concentração (neste caso voltado para o peixe, cuja função é servir de alimento e simboliza a vida). Então esse monstro está disposto a atacar, ou devorar uma representação da vida, o que se traduz em angústia, assim como a doença desagregadora também pode ameaçar a vida.

Em relação ao oponente remetido à “natureza desencadeada”, temos:

1) As “ondas do mar” com papel de “desafios e os obstáculos” e simbolizando “desafios” (V.). As ondas são reproduções da natureza, as quais podem desencadear um perigo caso se encontrem agitadas, revoltosas. “A alegria de navegar é sempre ameaçada pelo medo de soçobrar” (DURAND, G., 2002, p. 250). A navegação também significa estar exposto aos perigos da vida (CHEVALIER; GHEERBRANT, 2009). É interessante notar que, antes de serem obstáculo, as “ondas do mar” são desafios para V. É possível ultrapassar as ondas, as intempéries da vida. Os desafios abrem caminhos para novas possibilidades de vida. Isto pode, por exemplo, instigar o cuidador a procurar novos rumos de acesso, de opções ao tratamento do paciente. Instigá-lo a não ficar limitado ou enquadrado nas mesmas rotinas.

Sempre haverá obstáculos ou problemas e ultrapassá-los é algo que surge como necessidade aos olhos do cuidador que está disposto a suplantar esses desafios.

2) Uma bola de neve (W.) que só faz aumentar “às vezes você vai enrolando e embolando, às vezes até aumentando de tamanho” e simboliza “os problemas dos pacientes”. O elemento cíclico aqui é remetido a problemas que vão se acumulando ao longo do trabalho cotidiano. Cada vez mais chegam pacientes com suas necessidades, com problemas a serem resolvidos e o cuidador se angustia na ânsia de querer solucioná-los, pois a demanda do setor é grande. Essa preocupação com o tempo também é mencionada no relato de W.:

“Se for possível... Assim que... Muitos casos a gente precisa acelerar o trabalho, aí eu... Não dá tempo de fazer tudo aqui, eu levo pra casa. Eu faço, mas contanto que eu corra com o trabalho pra poder proporcionar a eles e a mim também a satisfação de tá... Assim, de vê-lo satisfeito (...).”

Em menor frequência encontram-se:

1) Os aspectos diversos, os quais remetem à ladeira (elemento queda) e à espada. Sobre a ladeira, está descrito na história do desenho que “em vez de você estar subindo você está descendo” e esta ladeira é alta: “se você se desequilibrar, você pode cair”, cuja simbolização está omitida. A espada é para luta, simbolizando “luta; desafio; batalha” (W.). A história do desenho também acrescenta que no final da ladeira há uma espada que significa luta e também um monstro devorador, “que é luta, briga”. Então o elemento queda, mais que um risco, direciona para aspectos nocivos: a espada e o próprio monstro devorador, reforçando a angústia existencial do cuidador.

Desta forma observa-se que o oponente dos cuidadores encontra-se reforçado pela animalidade de um “monstro devorante” zoomorfo, que assusta e causa angústia e também de uma natureza que se desencadeia em problemas, obstáculos e desafios. Lidar com a doença é uma atividade amplamente causadora de angústia, o que implica que os cuidadores necessitam

de um suporte para desenvolver suas atividades cotidianas, seja um apoio afetivo ou algum outro tipo de escape.

“Oponente”		Cuidadores
Monstro real ou animal (representando este papel)	Monstro animal	Y.; W.; X.
	Monstro antropomorfo	-
Diversos		W.
Natureza desencadeada		V.; W.

Quadro categorias de “opponente” da ação dos cuidadores.

Para combater o monstro devorador o sujeito vai contar com um ou mais “adjuvantes”, cujo aspecto predominante remete, em igual frequência, tanto ao “refúgio ou natureza associado aos diversos elementos” (relacionado à estrutura mística) quanto aos “aspectos diversos”.

Sobre o “refúgio ou natureza associado a diversos elementos” encontram-se:

1) A casinha (refúgio), sempre a imagem da intimidade repousante (DURAND, G., 2002) associada ao elemento queda, este representado por uma cachoeira (X.) e também ao elemento água (o rio) que tem papel de vida e simboliza renovação. A casinha tem o papel de “agregação familiar” e simboliza amor. Decerto que a afetividade recebida e o sentimento de união, de apoio para com a família, são fatores muito bem percebidos. Esse apoio familiar vai repercutir positivamente na vida do indivíduo. Talvez por isso tantas vezes os cuidadores tomam para si esse papel de assistir o paciente além do plano técnico odontológico. Eles procuram ir mais além, seja através de apoio afetivo ou de apoio moral:

“Eu tento, assim, ser mais, é... Transmitir alegria, né? Transmitir força pra eles, pra poder não alimentar ainda mais a tristeza que eu sei que tão dentro deles, entendeu? Então a gente percebe assim vai conversando, vai distraindo e vai dando força que ele vai evoluir, ele

vai se alimentar, ele vai falar bem, que vai... A prótese vai deixá-lo bem. Tudo então, né? Tem que ir, assim, dando força (...)" (W.).

"Mesmo nas limitações acho que a gente pode ajudar fazendo a nossa parte, principalmente o lado humano. Porque muitas vezes você não tem nem muito o que fazer na parte de odontologia, mas só o lado humano que você... Um bom atendimento, um carinho, escutar o paciente, isso tudo é muito válido"; "Eu acho que a gente tem que tratar o paciente com respeito, com carinho e dando esperança sempre a ele de cura"; "E a gente tá aqui pra dizer que eles vão se curar"; "Às vezes até uma conversa que você dá... Eles (os pacientes) são tão carentes. Uma conversa em que você dá sua atenção, passando seu carinho, ele vai se sentir melhor. Você vê aquela carência afetiva. Talvez (pel)o próprio movimento do hospital, eles (os pacientes) não têm isso. Então cabe a gente da Odontologia. Essa atenção que você dá; ele confia em você. Ele acredita no que você está fazendo" (V.).

"Eu na minha função me vejo na obrigação de ajudar essas pessoas. Como? Não só porque trabalho no hospital, porque tenho que aprender isso e aquilo. Mas pelo lado humano. Ou seja: às vezes uma palavra, você se preocupar com a situação que ele tá passando isso muitas vezes ajuda muito. Mais de que um medicamento, de que o próprio médico, que senta, passa um tratamento e ele (o paciente) fica ali leigo. Aí você vai, com seu jeito, explicar a ele que não entre em depressão, que várias pessoas já passaram por aqui, que já superaram, então vão levando uma vida normal. Entendeu? A gente não tem que trabalhar só pelo salário, porque a gente vai ficar desempregado. E sim porque a gente tem que se colocar no lugar dessas pessoas. Porque hoje é um paciente e amanhã pode ser eu ou qualquer outra pessoa. E é importante você se tornar amiga e tratar isso muito bem" (Y.).

A cachoeira (elemento queda) tem o papel de renovação e energia, simbolizando mudança, assim como a água que é a vida que se renova. Dentro da mesma linha de apoio do cuidador também há um direcionamento desse suporte para o aspecto de mudança naquele

paciente que chega lá, entristecido e com poucas perspectivas. O cuidador espera mudar esse quadro inicial, transmitindo força, energia, incentivando uma mudança de ânimo: a alegria, a esperança de vida nos pacientes oncológicos.

2) O carro tem papel de “refúgio” e está associado ao elemento fogo (representado por uma fogueira) e ao elemento água (um mar; um rio) (W.). O cuidador recorre à fuga veloz do carro, fuga esta designada simbolicamente como um passeio, o que remete a entretenimento, descontração.

O simbolismo do carro está estreitamente ligado ao da roda e conseqüentemente ao do sol (BECKER, 1999). Para Chevalier e Gheerbrant (2009) o simbolismo do carro é solar. Trata-se de um veículo condutor, o veículo normal do guerreiro ou do herói. A história do desenho menciona esse carro-refúgio com o qual “*você pode fugir, correr com ele*”. O carro é um símbolo de dinamismo: remete ao deslocamento rápido, à preocupação com o tempo. O carro como refúgio; a fuga beneficiada pela velocidade; o controle do tempo de deslocamento, na tentativa de se defender da angústia.

A fogueira tem como papel a destruição do monstro, da ladeira (a queda) e da espada “queimar os problemas, coisas ruins que possam existir”, simbolizando destruição. Então aqui o poder destruidor do fogo é benéfico, auxiliando o personagem. Trata-se de um fogo purificador: purifica do mal, queima os “pecados”, remetendo à estrutura heróica.

Quanto ao elemento água (um mar; um rio), seu papel é o de acalmar e dar tranquilidade, simbolizando paz. A água aqui é elemento repousante, místico. Ela simboliza a plenitude de todas as possibilidades ou o início primordial de todo ser, a *matéria prima* (BECKER, 1999), porque tudo que é vivo se origina da água; não há vida sem água. E se as águas precedem a criação, é evidente que elas continuam presentes para a recriação (CHEVALIER; GHEERBRANT, 2009). Para G. Durand (2002, p. 234) a água alivia e nos faz repousar, exorcizando os terrores e transformando toda amargura em embaladora e

repouso: é a água que nos embala e nos adormece: a água devolve-nos a uma mãe (DURAND, G., 2002).

Já os adjuvantes diversos remetem:

1) Ao elemento fogo: o sol que esquentar e que dá esperança (V.). O sol é a encarnação visível da luz e simultaneamente da mais elevada inteligência cósmica, do calor, do fogo, do princípio da vida (BECKER, 1999). O sol é fonte da vida que se perpetua no ciclo solar de contínua renovação (CHEVALIER; GHEERBRANT, 2009).

A esperança é um sentimento que motiva, movimenta, estimula e conduz. A vida se anula quando a esperança se esgota. Trata-se aqui de um calor suave, terno, que revigora, capaz de suscitar expectativas. Para G. Durand (2002, p. 201) esse calor que conforta é a substância íntima retida do elemento ígneo. E diferente da luz, só o calor penetra...

Assim como o sol que proporciona esperança, o cuidador também busca oferecer, de algum modo, o retorno das expectativas de vida e de motivação aos pacientes, através de uma atitude que remete à intimidade materna de um calor de aconchego, direcionando-o para uma ambientação mística. É quando a morte eufemiza-se através das imagens da intimidade: “mãe, guarda o teu filho no calor, o mundo é demasiado claro e demasiado frio (...)” (DURAND, G., 2002, p. 240).

2) A **espada funcional** é para se defender do monstro-animal, cujo simbolismo diz respeito à aquisição de mais força. Esta espada é ao mesmo tempo **elemento cíclico** pela representação da espada que gira “se ele precisar girar essa espada” com papel de ajudar o personagem e cuja simbolização é omitida. A esta espada também se associa como adjuvante o **refúgio natural** entre as montanhas “*ele está em cima de uma montanha. A montanha mais alta e tem outras montanhas ao redor baixas; ali tem um lugar aonde ele fica escondido*”. Para G. Durand (2002), esta terra cavernosa suscita utensílios continentes. Esse refúgio é um lugar para se acolher, se proteger e se esconder do monstro-animal, simbolizando renovação

de energia para o personagem: *“na hora em que ele tiver cansado, ele vai recuperar as forças dele para poder arrumar mais energia pra brigar de novo, lutar de novo”*.

A esses elementos também se associam o **fogo** que sempre espanta o animal, a **queda** que faz o leão cair para fugir do homem, o riacho (**elemento água**) “com peixes, com tudo”, de onde o homem pode tirar também o seu alimento e os peixes, como **elemento animal**, os quais servem para *“matar a fome do homem quando não tiver mais o que se alimentar”* (Y.).

Diante da angústia proeminente ao se lidar com pacientes oncológicos, percebe-se uma necessidade por parte do cuidador em desenvolver algum tipo de ação que lhe sirva de escape, algo que possa reduzir sua inquietação, suas preocupações pelos problemas cotidianos, nem sempre passíveis de rápida resolução, quando não, insolúveis. Para tal, percebe-se uma busca tanto por ações heróicas, que eliminem ou “purifiquem” os problemas, quanto por ações místicas que tranquilizem, aliviem, conduzam a um estado de repouso embalador. Em ambos os casos é possível perceber o anseio por renovação de forças, de energia, seja em relação aos próprios cuidadores seja atribuído à forma de tratar os pacientes. Desta forma é que além de querer incentivar positivamente a auto-estima do paciente, reforçando suas expectativas diante da vida, acalentando-o ou procurando muni-lo de forças, o cuidador também sente uma necessidade de renovar-se, a fim de poder a cada dia prestar suas atividades com a desenvoltura e a habilidade requeridas, estando sempre disposto a recomeçar. O mito do eterno recomeço perpetua-se também na relação médico-paciente, no ciclo cotidiano de atendimentos que se sucedem, na necessidade de se estabelecer uma contínua renovação de energias (de se revigorar) e, porque não dizer, o ciclo da função bijetora que se estabelece entre indivíduos (cuidador e paciente), onde um é capaz de modificar o outro.

“Adjuvantes”	Cuidadores
Refúgio ou natureza + diversos elementos	X.; W.
Diversos	V.; Y.

Quadro categorias de “adjuvantes” da ação dos cuidadores.

A categoria “destinatário” introduz o autor dentro de seu próprio universo criado, com a sua projeção no teste. Na maior parte dos casos o sujeito-autor menciona em igual frequência tanto a “projeção inconsciente e assumida conscientemente” quanto “o que faz o personagem não diz respeito ao sujeito, ou muito pouco. Mas este participa do micro-universo”. Neste caso encontramos:

1) Enquanto o personagem está participando de uma ação de vigilância, olhando, cuidando das crianças, o sujeito-autor estaria na queda d’água, entre as pedras tomando um delicioso banho (X.).

2) Enquanto o personagem está só esperando, o sujeito-autor estaria na água para acalmar, tranquilizar (W.).

Já no caso de “projeção inconsciente e assumida conscientemente”, observa-se:

1) Enquanto o personagem está indicando a presença de várias pessoas na embarcação (“nós no barco”), o sujeito-autor estaria no barco, tentando acertar o “rumo” da vida (V.).

2) Enquanto o personagem está se defendendo (do monstro devorador, o leão), o sujeito-autor estaria do lado do homem e também iria brigar contra o leão, de alguma forma (Y.).

Desta forma o autor se projeta inconscientemente no personagem e reconhece conscientemente sua própria projeção (seja navegando juntos, unidos como uma equipe, estando no mesmo barco no mar da vida, seja assumindo uma atitude de luta em conjunto com o personagem, lutando ao lado dele contra o monstro) ou então, o autor procura ficar a certa distância, embora participe do micro-universo, estando em contato com a água, usufruindo do prazer do banho ou buscando uma ação tranquilizadora desta água que é

símbolo de bênção, pois é ela que permite a vida, o que reforça também a necessidade do profissional em procurar se tranqüilizar.

O reconhecimento deste destinatário evidencia:

1) O fato de que na clínica o cuidador tende a assumir uma atitude em conjunto, trabalhando em equipe ao lado dos demais colegas em prol do paciente. Em alguns casos o uso do termo “a gente” ou do pronome “nós” na entrevista demonstra também essa percepção dos cuidadores agindo como um grupo. E os cuidadores se vêem ao lado do paciente, colaborando com ele. Percebe-se que o cuidador tem se direcionado para ações alternativas que visem tranqüilizar, sobretudo procurando acalmar o paciente.

“As pessoas (do seu ambiente de trabalho) são muito amigas, humanas, unidas; nós somos unidos” (W.).

“Eu acho que a gente tem que tratar o paciente com respeito, com carinho e dando esperança sempre a ele de cura”; “E a gente tá aqui pra dizer que eles vão se curar”; “O importante é a paz e principalmente a paz de espírito” (V.).

“Aí você vai, com seu jeito, explicar a ele que não entre em depressão, que várias pessoas já passaram por aqui, que já superaram, então vão levando uma vida normal” (Y.).

“Eu tento, assim, ser mais, é... Transmitir alegria, né? Transmitir força pra eles, pra poder não alimentar ainda mais a tristeza que eu sei que tão dentro deles, entendeu?” (W.).

2) Na clínica percebe-se que o cuidador também tem buscando por alternativas pessoais para lidar com a sua própria angústia: seja de estar diante dos pacientes mutilados que sofrem, seja diante dos inúmeros problemas emergentes na clínica, os quais nem sempre são facilmente resolúveis.

Por exemplo, os cuidadores Y. e V. têm procurado superar sua angústia diante dos pacientes do câncer através de uma alternativa de aproximação, procurando confortá-los, assumindo uma atitude acolhedora, de carinho:

“Mas com o tempo, não que você se acostume, porque eu acho muito difícil você se acostumar com essas situações. Mas você passa a ajudar mais, a querer tá perto. A querer passar uma palavra de carinho, de conforto, entendeu? Chegar pra essas pessoas e dizer que nem tudo tá perdido. Hoje ela não tem um órgão por causa da doença, mas ele pode viver como outra pessoa qualquer, entendeu?” (Y.).

“Eu sinto... Eu não sei nem dizer, né? Tristeza, né? Por eles, a doença, né? Muito... Que machuca muito, realmente. Mas tem muita esperança de cura; a grande maioria. (...). Mesmo nas limitações acho que a gente pode ajudar fazendo a nossa parte, principalmente o lado humano. Porque muitas vezes você não tem nem muito o que fazer na parte de odontologia, mas só o lado humano que você... Um bom atendimento, um carinho, escutar o paciente, isso tudo é muito válido. Eu me sinto muito bem fazendo isso” (V.).

Enquanto o cuidador W. busca alternativas na superação de sua angústia procurando distrair os pacientes, conversando com eles e os incentivando, assumindo uma atitude heróica em relação a eles, procurando transmitir-lhes forças:

“Mas a gente não vai... Eu não vou mostrar pra eles (os pacientes) que tou me sentindo mal, tou me sentindo isso ou aquilo, penalizado também. Eu tento, assim, ser mais, é... Transmitir alegria, né? Transmitir força pra eles, pra poder não alimentar ainda mais a tristeza que eu sei que tão dentro deles, entendeu? Então a gente percebe assim vai conversando, vai distraindo e vai dando força que ele vai evoluir, ele vai se alimentar, ele vai falar bem, que vai... A prótese vai deixá-lo bem. Tudo então, né? Tem que ir, assim, dando força. A verdade é essa” (W.).

Já o cuidador X. procurou uma alternativa de introspecção (de reflexão), além de também recorrer à sua religiosidade, para lidar com a sua angústia.

“Eu posso dizer que antigamente eu tinha uma certa revolta, sabe? Assim, eu ficava revoltada porque às vezes eu me sentia incompetente diante de alguma coisas, de alguns

pacientes, de algum tratamento que eu poderia fazer, e que eu deveria fazer e que eu não conseguia. (...). Algumas vezes eu cheguei a me revoltar porque isso me angustiava muito. Então eu fiz uma introspecção, pela minha própria religiosidade, né? Pela minha própria religião. Aí eu vi que tem momentos que o paciente ele não tá... Ele não tá preparado para receber aquele tratamento (...)E como a gente tem que passar aquilo, não é toda hora que a gente pode atuar em cima daquela pessoa. Então eu vejo assim: há momentos em que eu posso ajudar a pessoa, há momentos em que eu não posso. Eu tenho que esperar o período certo (...)” (X.).

“Destinatário”	Cuidadores
O que faz o personagem não diz respeito ao sujeito, ou muito pouco. Mas este participa do “micro-universo	X.; W.
Projeção inconsciente e assumida conscientemente:	V.; Y.

Quadro categorias de “destinatário” da ação dos cuidadores.

Em relação à “ordem” que reina no micro-universo mítico criado pelo sujeito, na maior parte dos casos trata-se de uma “ordem a manter, pois que está ameaçada” (V.; W.; Y.) onde os personagens que estão em uma condição de tranquilidade são surpreendidos pelo monstro ou ameaça. Uma frequência mínima diz respeito a uma “ordem aceita e podendo se perpetuar” (X.), típico das estruturas místicas.

Desta forma, as ações são desenvolvidas predominantemente em contextos instáveis. E nesta ordem ameaçada encontramos:

1) O personagem descrito como um homem para se defender, simbolizando “a vida. A luta pela vida” e que se depara com um monstro, o leão com papel de “devorar o que visse pela frente” e simbolizando “os obstáculos que a gente tem que enfrentar no dia a dia”(Y.). Estas imagens revelam uma atitude heróica do cuidador frente à doença angustiante,

devoradora, que ameaça a vida das pessoas e da qual ele tenta, de inúmeras maneiras, se defender.

2) Os personagens, os seres humanos “nós” no barco que se sentem ameaçados pelas ondas do mar (V.), desafios e obstáculos. Esta ordem vem apontar para o cotidiano do grupo do cuidador que no intuito de auxiliar o paciente tem se esforçado e se deparado com dificuldades, como as limitações na área odontológica:

“Acho que a gente pode ajudar, mesmo nas limitações. (...). Mesmo nas limitações acho que a gente pode ajudar fazendo a nossa parte, principalmente o lado humano. Porque muitas vezes você não tem nem muito o que fazer na parte de odontologia, mas só o lado humano que você... Um bom atendimento, um carinho, escutar o paciente, isso tudo é muito válido” (V.).

O cuidador pode observar que os pacientes, como seres humanos, também podem participar da mesma jornada dentro do barco, sentindo os obstáculos e desafios, assim como as suas limitações pessoais.

“Assim: cada paciente ele consegue, assim, me acrescentar, me enriquecer, a cada dia que passa; com a sua história, com a sua luta e a vontade, eles têm uma vontade de viver incrível! Incrível! Limitação financeira, limitação da doença e eles são super pra cima, entendeu?” (V.).

Desta forma os cuidadores e pacientes podem estar participando juntos de uma mesma jornada no mar da vida, estando no barco sob a ameaça das ondas, obstáculos e desafios, como as limitações que podem estar presentes no cotidiano.

2) O personagem descrito como “o paciente” que está “só esperando”, simbolizando *“a luta que a gente tem aqui; o trabalho que a gente desempenha para ele”*. Este paciente que foi citado *“porque a gente tá em torno dele, a gente tá, assim, visando o bem dele”*. Então

esse paciente se depara com um monstro gorila descrito como “uma coisa feia” que está “só esperando o ataque” e simbolizando os problemas, coisas ruins que possam existir (W.).

O olhar do cuidador está direcionado para o paciente, considerado seu objeto de trabalho, para ele um ser passivo, o motivo de sua “luta” ou do seu comportamento de acolhimento. Isto demonstra um papel ativo do cuidador enquanto ser sintético a trabalhar pelo paciente, seja estando em torno dele envolvendo-o, seja protegendo-o também através da ação de luta contra o “monstro”, a doença debilitante, traduzida simbolicamente como os problemas e coisas ruins.

“Ordem”	Cuidadores
Ordem aceita e podendo se perpetuar	X.
Ordem a manter pois que está ameaçada	V.; W.; Y.

Quadro categorias de “ordem” no micro-universo mítico dos cuidadores.

Diante de uma ordem que está ameaçada, as armas de que os cuidadores dispõem como seus adjuvantes constituem elementos de distração, do aconchego da intimidade, de destruição dos perigos e da renovação. A estrutura sintética se revela na forma como o profissional procura lidar com as situações de angústia presentes no seu cotidiano da clínica. Digno de nota é o fato de que o cuidador em geral considera o papel ativo (seja o de luta ou de cuidados e proteção) no tratamento contra a doença, apenas como uma conduta exclusiva do profissional de saúde, desviando esta possibilidade de ação do paciente. Infere-se daí que, predominantemente para o cuidador, o paciente é remetido a um ser passivo e que deve ser entendido como objeto de cuidados por acolhimento ou por meio de estratégias de luta.

6. PERSPECTIVAS DE HUMANIZAÇÃO A PARTIR DA EXPRESSÃO SIMBÓLICA DA LUTA PELA VIDA NO *DEPTO.ODONTO-HCPE*

A Odontologia recupera pessoas em sua fisiologia e em sua estética, melhora a auto-estima dos pacientes e promove o restabelecimento dos mesmos ao convívio social. Além do alívio de suas dores físicas, os pacientes também comparecem ao setor odontológico buscando resgatar sua sociabilidade, o que faz da Odontologia, mais do que uma ciência técnica ou um ofício de arte: uma disciplina humanística. E dentro desta especialidade a relação profissional-paciente desempenha relevante função na construção de universos simbólicos, validando crenças e valores.

O imaginário norteia as ações de todos os seres humanos evidenciando representações, crenças, sentimentos que trazem à tona distintas maneiras como os indivíduos apreendem o mundo e a si mesmos. Enquanto estamos inseridos numa ótica que privilegia o progresso, o poder e a dominação, precisamos observar o que podem nos ensinar os pacientes, abrindo caminhos para a compreensão da doença e dos aspectos de saúde diante da diversidade.

Em situações de doença, um processo subjetivo é desenvolvido diante de sensações corporais, desencadeando uma trama de significados. O Teste AT-9, ao se utilizar da arte como recurso metodológico, também expressa o inconsciente dos seus autores, revelando através de seu simbolismo o imaginário dos pacientes e de seus cuidadores.

A determinação das estruturas do imaginário permite a definição do “trajeto antropológico” (DURAND, G., 2002) o qual evidencia a dinâmica organizadora característica dos grupos de pacientes e cuidadores. Neste trajeto são três os direcionamentos passíveis de serem encontrados: as estruturas heróica, mística e sintética.

O heróico vislumbra a doença como uma batalha, uma luta. O trabalho reabilitador tido como uma “missão” aqui na terra bem como o sentimento de culpa referido pelo paciente pelo acometimento da doença são aspectos que remetem à estrutura heróica, na qual se encontra a simbologia da queda, das trevas, da passagem do tempo, da animalidade, da ascensão, da divisão e do espetacular. A estrutura heróica traduz a angústia inquietante diante do tempo e da morte.

O místico, ligado à simbologia da mãe, da morada, da terra permite uma atmosfera de descanso, de sossego, tranqüilidade e paz. É traduzida pela quietude da descida e pela intimidade. A estrutura mística está relacionada ao cuidado, ao zelo, ao afeto, à união. O trabalho como uma forma de aproximação com o paciente, o carinho, a satisfação em ajudar, remetem à simbologia mística que eufemiza o tempo pela fidelidade na perseverança e no redobramento.

O sintético é aquele que concilia o sujeito com o mundo. Está relacionado à simbologia do ciclo, ao *schème* rítmico, o que remete à dominação do tempo, ao eterno ciclo do retorno. A morte não é um fim, é renovação, renascimento. Tudo faz parte da vida, e se integra. Diante da estrutura sintética que é dialógica e conciliadora, ocorre uma tendência a aceitação da doença, a considerá-la como parte integrante do aspecto natural da vida.

Os micro-universos míticos dos pacientes, revelados através do AT-9, foram distribuídos nas seguintes categorias: 6 protocolos pertencendo à estrutura sintética sincrônica, 4 protocolos pertencendo à estrutura mística e 1 protocolo pertencendo à estrutura heróica integrada.

Apesar dos testes AT-9 dos cuidadores terem ficado aqui em oculto, no intuito de resguardar o sigilo sobre estes profissionais que, devido ao número limitado, poderiam ser facilmente identificados, podemos explicitar que a mitocrítica dos cuidadores evidenciou as

seguintes respostas: 1 relato pertencendo à estrutura heróica (X.); 2 relatos pertencendo à estrutura sintética (W. e V.) e 1 relato pertencendo a estrutura mística (Y.).

A análise actancial, assim como a análise coletiva dos dados obtidos relativos ao elemento **monstro devorador**, permitiu a observação de que tanto para o paciente como para o cuidador a doença é um mistério, algo a ser desvendado, que assusta, apavora, causa horror. A doença é percebida sob a forma de uma agressividade animalesca, terrível, ameaçadora por sua potencialidade de morte. É algo a que pode ser atribuída uma simbologia de mordicância. O câncer morde, devora, assim como os monstros que predominam na representação dos pacientes e também dos seus cuidadores. Isto revela todo o pavor, a angústia diante da animalidade devorante do monstro o qual está associado à doença.

Então para os pacientes e cuidadores o monstro é o mesmo, mas as armas (as suas estratégias de defesa para a redução de sua angústia existencial) mudam um pouco:

As armas do paciente remetem a uma idéia de sossego, de intimidade repousante ligado ao elemento refúgio que predomina como adjuvante. Um refúgio que é abrigo protetor. Embora este refúgio possa também estar associado ao gládio.

Para os cuidadores as armas vão incluir, além da proteção do refúgio, uma idéia de renovação. Além de quererem se sentir protegidos, tranquilos, os profissionais também anseiam por renovação, a qual está bem evidenciada pela presença de elementos como: o fogo que purifica, o sol que esquenta e dá esperança, a cachoeira (queda) que renova e fornece energia.

Dentre outros aspectos da análise coletiva dos dados obtidos dos diversos elementos que aproximam os dois grupos (cuidador e paciente), favorecendo o seu diálogo podemos destacar:

a) A eufemização da angústia presente no **elemento queda** destes dois grupos, havendo uma predominância de aspectos que suavizam a queda, a qual se refreia em lenta descida.

É digno de nota o fato de que os pacientes vão apresentar aspectos da queda como imagens muito positivas: a queda de água juntamente com a de elementos da natureza, o que remete para uma redução de angústia diante deste elemento que é um designador de ansiedade. Esta queda eufemizada pela presença de elementos positivos da natureza remete para um universo que já começa positivo.

b) Em relação ao **elemento espada** observa-se a intersecção nesses dois grupos de aspectos comuns ao regime diurno, percebendo-se que há angústia diante da passagem do tempo e da finitude da vida. Isto remete também para uma constatação de aspectos de separação dentro da relação médico paciente, onde o paciente pode ser visto como Ser afastado ou excluído.

c) Em relação ao **elemento refúgio** observa-se que em ambos os grupos este elemento remete à intimidade e à proteção, remetendo para o regime noturno de imagens e focando para a necessidade do abrigo, do conforto repousante para profissionais e pacientes.

d) Os aspectos funcionais compartilhados por ambos os grupos em relação ao **elemento cíclico** são: o utilitário e os tratados simbolicamente (movimento; progressão). Cuidadores e pacientes também compartilham a simbologia de vida, a qual se encontra predominante no grupo dos pacientes. Este fato do elemento cíclico dos pacientes ser encontrado predominantemente como símbolo de vida é digno de nota, o que remete para uma perspectiva muito positiva destes indivíduos diante deste elemento que é polivalente.

e) Para pacientes e cuidadores o simbolismo do **personagem** vai remeter tanto à vida quanto à morte, havendo o predomínio da simbologia de vida para ambos os grupos.

f) Em relação ao **elemento água** observa-se que os aspectos simbólicos em comum para ambos os grupos são os de vida e os que remetem a “calma, tranquilidade”. Digno de nota é o fato da simbologia da água representar sempre um aspecto positivo, tanto para os pacientes quanto para os cuidadores.

g) Para o **elemento animal** destaca-se a presença em comum da simbologia de vida e de morte para ambos os grupos (o que corrobora a característica polissêmica deste elemento) havendo, no entanto, o predomínio dos aspectos de vida.

h) Também se observa para o **elemento fogo** o compartilhamento de aspectos de vida e de morte pelos dois grupos (também corroborando com o aspecto polissêmico deste elemento), havendo predomínio dos aspectos de vida.

Todo ser humano possui capacidade para projetar seus conflitos sob forma visual. Representar em imagens as experiências internas que transtornam um indivíduo permite despotencializar essas vivências perturbadoras, pelo menos em parte, de suas fortes cargas energéticas (SILVEIRA, 1992). Uma imagem aterrorizante expressa em uma pintura (ou em um desenho) faz recobrir a impressão caótica do "monstro", o qual é “exorcizado pelas imagens pintadas” mantendo, assim, o terror à distância (JUNG, 1957 *apud* SILVEIRA, 1975, p. 9).

Uma vez que representar uma angústia é também dominá-la (DURAND, G., 2002), o monstro devorador representado já remete ao seu domínio, abrindo possibilidades de superação da angústia existencial. Diante das ameaças da doença, análoga ao monstro devorador, percebe-se que os universos simbólicos dos grupos estudados estão predominantemente relacionados a aspectos positivos.

A constatação da existência deste universo positivo na subjetividade dos grupos remete para boas perspectivas na superação da angústia diante do tempo que passa e da proximidade da morte, uma vez que amplia as possibilidades do desejo de vir a ser. O

universo positivo é uma porta que se abre para oportunidades. É um “peito aberto” para um mundo de opções, desafios em busca de soluções.

A análise actancial evidenciou que a angústia do paciente pode ser reduzida através dos adjuvantes que predominam: a busca por uma tranquilidade repousante do refúgio protetor associado a outros elementos que lhe conferem bem-estar ou auxílio. A este mesmo refúgio acolhedor também se mostra associado a espada gladiadora como adjuvante, o que permite também o uso de duas respostas divergentes na solução do conflito, caracterizando uma estratégia sintética de defesa.

Dentro dessa perspectiva de modelo actancial o paciente se reconhece como o protagonista de sua história, um sujeito ativo e capaz, que se sente instigado a buscar alternativas para dominar sua situação de angústia, uma vez que ele também necessita estar em paz, no conforto do repouso e da tranquilidade.

Então o paciente pode ser interpretado como um agente que luta, mas que também descansa no sossego de sua casa. É no refúgio, ambiente de acolhimento, que ele se sente protegido. Desta forma, os pacientes se vêem como sujeitos ativos que buscam dominar a situação da doença que os aflige, ao mesmo tempo em que sentem necessidade do sossego, do repouso como uma forma de se lidar, de se defender da doença. A luta coexiste com a necessidade de paz e do repouso.

Permanece para o paciente esse aspecto dúbio: ele quer lutar, correr atrás, ter ação. Ele quer procurar controlar o seu destino e, ao mesmo tempo, quer se ver descansado, ter sossego, ter proteção de tudo o que o ameaça, de tudo o que possa alterar o seu tempo de vida e levá-lo à morte.

Observa-se que a estrutura sintética prevalece na análise actancial dos pacientes, o que está de acordo com a predominância da estrutura sintética do imaginário encontrada na mitocrítica dos seus relatos.

A análise actancial permitiu a percepção de que o grupo dos pacientes é um grupo dinâmico, atuante, que busca, que observa, que é atento, retentor de força e capacidade de buscar por alternativas que visem o restabelecimento de sua saúde, melhorar a sua sobrevivência. Ele quer mudar, ele quer mudança! O paciente não está satisfeito com a sua situação, sobretudo por viver em um mundo padronizado onde prevalece a ordem de uma “grande saúde” (SFEZ, 1996), a qual celebra a perfeição, excluindo o que é feio, doente e acometido pelo dano.

O ser humano já nasce no meio desta grande ideologia de “saúde perfeita”, imagem da eterna permanência em oposição à fragilidade de nossa condição humana e social: “nada mais básico do que o impulso de pedir ao tempo que pare, de buscar a eterna juventude, a fonte da cura e da formosura” (SFEZ, 1996, p. 8-9).

Como ser feio em um mundo de exigências estéticas? Como adoecer se o mundo perfeito é sadio? Impossível não se sentir excluído, isolado do mundo se o próprio mundo estabelece medidas de exclusão. Dentro desta percepção de mundo ideal, sair do padrão é estar convidado para ser discriminado!

A doença é considerada uma falência, uma falta de essência, uma deformação, uma degeneração, uma condição defeituosa vista como algo que não deveria ter acontecido ou como comportamento errado que comprometeria o correto e harmônico funcionamento do organismo (ROSATI, 1997).

A quebra dessa "perfeição" vinculada ao corpo, daquilo que se expõe diante de si mesmo e diante da sociedade, pode ser angustiante para o ser humano. O fato de estar

deformado, desfigurado, não se ter mais dentes, trás angústia diante de um mundo perfeito e de sorrisos brancos... É por isso que o paciente tantas vezes se sente impuro.

Será preciso purificar, limpar tudo o que é impuro no indivíduo e no planeta, a fim de melhorar a humanidade e torná-la imortal (SFEZ, 1996, p. 126).

A mitocrítica também revela esse aspecto da doença como impureza. Por não se sentir digno, o paciente pode chegar a simbolizar um processo de purificação como forma de se livrar dos males que o acometem: lavar o mal, “limpar o campo aonde ela quer se alojar”, queimar os problemas: a doença que mutila e deforma, que o frustra porque lhe retira até mesmo pequenos momentos de sua alegria, como a alegria de poder sorrir, porque já não se tem mais dentes... Aqueles dentes que um dia foram objeto de vida, de energia e de vitalidade. Essa angústia faz do paciente o ser mais impaciente do mundo.

A vida também remete a impossibilidades: a dor e o sofrimento fazem parte dos aspectos naturais da vida. Vivemos e exercemos nossos papéis num mundo em que os conflitos fazem parte das relações humanas.

O ser humano vive o dilema de aceitar a si mesmo, em sua condição de doente, enquanto o mundo o segrega, pois considera a doença como um indicativo de anormalidade³¹: “ele é falho”.

Então tudo o que contraria essa lógica de imagem de dominação do tempo e da morte pelo ser humano é recusado: o homem não quer se ver como fragilizado, afinal quem domina a situação, o ser humano ou o tempo? Não é o ser humano que, mesmo usufruindo das potencialidades de aconchego da natureza, também se apropria dela sob a forma de domínio? Não é ele o civilizador do mundo, o qual pode usufruir daquilo que ele mesmo não respeita?

³¹ E considerar algo como anômalo tem conseqüências morais: tal imputação faz com que algumas coisas possam ser declaradas como indesejáveis, modificando a vida de uma pessoa portadora de uma característica considerada indesejável (FREIDSON, 2009). Lemert (1951) *apud* Freidson (2009) acrescenta que ser diferente não é significativo até que as diferenças estejam organizadas subjetivamente de forma a tornarem-se critérios sociais de designar status. O desviante recebe sua imputação do meio social (incluindo ele próprio) e assim o desviante é estigmatizado. A sociedade pune com seu olhar o desviante, o qual se ressentido daqueles que o penalizam.

É desta forma que o homem comum passa sua vida a negar o que vem contra a sua saúde e se esforça por buscar a sua “grande saúde” (SFEZ, 1996), aquilo que ele se propõe como destino. Assim, o homem é considerado um romeiro e um buscador sempre a caminho, junto com o mundo, para reconquistar o estado de graça, a saúde e a paz da salvação (ROSATI, 1997).

Voltando à análise actancial, o objeto do paciente, ou seja, o motivo pelos qual ele executa sua ação está vinculado a um desejo de mudança pelo fato de estar insatisfeito com sua condição no mundo – a de doente. É por isso que muitas vezes o paciente se angustia: ele não quer morrer, ele quer ganhar tempo, ele quer lutar contra esse tempo que parece estar tão restrito diante da doença.

O paciente procura agir em benefício da sua causa objetivando sair de uma situação de angústia a fim de que possa se sentir seguro, protegido e isso o instiga a recorrer a várias alternativas como, por exemplo, a introspecção diante dos aspectos do sagrado pela sua fé religiosa, o que está bem revelado nas entrevistas e nas mitocríticas: o fato de que o paciente crê em alguma divindade, que na sua perspectiva é um ente companheiro, fortalecedor, solucionador, intercessor, dotado de poderes curadores e protetores (refúgio). Laplantine (2004) bem observa que os sistemas de cura são perpassados por processos mágico-religiosos. Então, na ânsia por resolver sua angústia, o paciente, além de buscar pelo domínio de sua situação de doença, também pode se refugiar em sua fé: é quando a dimensão do sagrado vem para confortar o indivíduo.

Um outro aspecto considerado na análise actancial é o fato de que os pacientes sentem a necessidade de ser reconhecidos como protagonistas, como centro da ação. Isto remete para uma relação médico-paciente focada na atenção e na personalização. O paciente deseja ser um foco de atenção e cuidados. Não mais um número, nem apenas um nome, mas um ser dotado de atributos. Ele é especial. Ele quer ser reconhecido como distinto dos demais, não apenas

mais um. Ele anseia por ser atendido, dentro da relação profissional de saúde, de forma personalizada. É isto que o paciente quer.

Quanto aos cuidadores, a análise actancial evidenciou o aspecto de união entre os profissionais que apresentam uma tendência ao trabalho em grupo, desenvolvendo suas atividades em conjunto em prol do paciente.

A análise actancial também revelou que o cuidador se reconhece como sujeito ativo dentro da relação médico-paciente, enquanto atribui a característica de passividade ao paciente.

Outro aspecto evidenciado por esta análise para o cuidador é o fato de que lidar com pacientes acometidos pelo câncer é uma atividade que gera angústia, levando o cuidador à necessidade de um escape, um apoio, um suporte. E para isso ele vai recorrer aos adjuvantes: o refúgio e a natureza.

A angústia do cuidador pode ser reduzida pelas alternativas de adjuvantes que predominam na análise actancial: a proteção do **refúgio** (local agregador: a casinha; refúgio condutor: o carro que leva à descontração; a imagem continente presente entre as montanhas: esconderijo acolhedor e também local de renovação de energias) associada ao **elemento fogo**, seja o fogo purificador (destruidor dos pecados e males) seja o fogo como calor que conforta (que aquece e dá esperança) e também à **água** (como elemento tranquilizador, renovador ou fornecedor de alimento).

A análise actancial mostrou também que para o cuidador as alternativas heróicas coexistem com as ações místicas determinando um modo de agir sintético diante do

tratamento reabilitador, o que corrobora os resultados da mitocrítica desses profissionais que priorizam o micro-universo sintético.

O anseio por renovação de energia do cuidador é tanto direcionado para o benefício do paciente, quanto é sentido como necessário para o próprio profissional que busca renovar-se, restabelecer-se periodicamente nesse ciclo contínuo da rotina de atendimentos diários, revelando nesta relação profissional-paciente o mito do eterno retorno (ELIADE, 1999), a repetição periódica de um evento no tempo, e que também permite ao homem se regenerar, procurando anular o tempo passado por um regresso contínuo.

A análise actancial permite evidenciar também a necessidade, por parte dos cuidadores, de exercer uma ação tranquilizadora, agradável: procurando confortar, acalmar o paciente, assim como buscando reduzir a angústia dentro de si mesmo diante dos problemas emergentes no cotidiano da clínica. Para tanto, os cuidadores podem utilizar alternativas de aproximação, onde confortar o paciente resulta também num reconforto para eles mesmos. Os cuidadores podem atuar por meio de acolhimento e carinho e também podem procurar distrair os pacientes, incentivando-os, transmitindo-lhes força e alegria. Outra estratégia utilizada pelo profissional na superação de sua própria angústia é a introspecção, tanto no sentido de refletir sobre o problema, quando associá-lo aos seus valores religiosos.

Na análise actancial, o cuidador chama para si o papel protetor ou de luta, o papel ativo contra a doença. Muito de sua angústia advém disso, porque ele se sente o único responsável pelo tratar, pelo fato do tratamento dar certo ou não. Se houver restrições biológicas que impeçam o procedimento, ou restrições físicas (ex.: faltar o material adequado) o cuidador, sentindo-se desprovido de recursos ou de capacidade, se angustia diante da falta de alternativas presentes naquele momento. Ele sente o “peso” da responsabilidade³² moral

³² Basicamente o termo “responsabilidade” refere-se a uma característica moral padrão da prática médica onde o cuidador tem em suas mãos o destino de seu paciente: a vida e a morte dependem do médico e a responsabilidade médica é também a responsabilidade pelo bem-estar do paciente. E “o médico é mais médico”

pelo êxito do tratamento em suas mãos, o que o leva a inúmeras situações de conflito porque nem sempre ele pode ser eficaz naquele tratar, nem sempre o tratamento dará certo. Então fica difícil para o cuidador conviver com essa angústia, enquanto ele toma como exclusivamente para si essa responsabilidade pelo sucesso no tratamento.

Essa simbologia heróica do médico-cuidador pode ser percebida também nos aspectos redundantes da mitocrítica dos pacientes, onde se menciona que o médico salva, atende e trata das pessoas, sendo responsabilizado também, juntamente com os elementos do sagrado (as figuras míticas de Deus e Jesus), pelo estado de boa saúde e de possibilidade de cura.

Dentro de sua perspectiva limitada, o cuidador não observa a vontade de domínio do paciente, a possibilidade de vê-lo como um ser atuante. Em verdade, o cuidador considera o paciente como um ser que além de frágil é incapaz: um ser "i-no-pe-ran-te". Daí advém sua atitude paternalista em relação ao paciente. E esse papel paternalista é excludente: ele segrega, porque diz: "este espaço (do cuidar) é **o meu** e esse (o de esperar) é **o seu**, e o limite é esse".

O profissional de saúde vai tentar "cuidar" do paciente considerando que ele é aquele "coitadinho" que está ali *apenas* esperando, precisando de sua *imprescindível* ajuda, porque aos seus olhos o paciente não sabe como se ajudar, pelo simples fato de desconsiderá-lo enquanto ser capaz de agir em prol do seu cuidar, dentro da relação médico-paciente. No intuito de humanizar a relação médico-paciente, esta perspectiva do cuidador deve ser ampliada: os pacientes precisam ser identificados pelos profissionais de saúde também como sujeitos atuantes diante do tratamento de sua doença, não apenas como um simples objeto de cuidados. Ao mesmo tempo em que o paciente pode ser um foco de atenção e cuidados, ele também pode ser um mediador. Se o centro da ação do processo de cuidar é o paciente, por que ele é excluído das alternativas de tratamento? Por que ele não pode participar, além de ser considerado mero expectador a aguardar?

quando exerce essa responsabilidade que é pessoal. Conseqüentemente, esta condição conduz o médico a se considerar culpado quando ocorrem maus resultados (BECKER *et al.*, 1961 *apud* FREIDSON, 2009).

O cuidador deve observar que aquele paciente com o qual ele está lidando não é um ser que somente espera, não é um ser inerte, ele está ali ativo (latente, pronto para desenvolver sua ação de busca, de saber, de se informar, de investigar como agir, a fim de poder diminuir sua angústia diante da doença, permitindo-lhe tranquilizar-se).

A análise actancial evidencia que o paciente busca assumir o controle do seu destino. Ele quer participar, quer estar presente, buscar por soluções. Ele não quer ser excluído (das alternativas do tratamento) e isso dificilmente lhe é permitido dentro da relação médico-paciente, uma relação reconhecidamente hierárquica (BOLTANSKI, 2004; DESLANDES, 2004). Diante de sua angústia o paciente apela para o conforto, o aconchego de um refúgio que permita sentir-se sossegado, tranquilo.

Esta postura de exclusão paternalista com que os profissionais tratam os pacientes, a desconsiderá-los enquanto indivíduos ativos, atentos, buscando por soluções, gera no paciente um quadro de descontentamento e de receio diante do que ele não toma conhecimento e do que lhe é negado em termos de opções.

Isto posto e buscando humanizar a relação entre profissional e paciente propomos que:

1) O cuidador deve ampliar seu olhar sobre a perspectiva de atuação do paciente: ter ciência de que o paciente também pode exercer uma função ativa na relação médico-paciente, que ele não é apenas um ser que espera. Reconhecer que o paciente busca por alternativas tanto quanto o cuidador e revela-se capaz de agir em prol de sua saúde, que ele pode interagir com o mundo de forma bijetora, podendo também dar respostas efetivas a este mundo que o cerca.

Esta pesquisa também revela que o cotidiano do cuidador é atravessando por situações conflituosas como o aumento da demanda de pacientes que buscam por tratamento associado a recursos que podem estar escassos e outras dificuldades operacionais que possam impossibilitar a execução do trabalho em saúde. E como nem tudo pode ser potencializado

pelas mãos dos profissionais, estes necessitam desenvolver ações visando minimizar a sua angústia diante do tratamento reabilitador de pacientes do câncer.

A conscientização do paciente através do compartilhamento de informações junto ao cuidador ajudaria muito a retirar a "carga" destes profissionais que costumam se apropriar exclusivamente do papel de ser ativo no processo de cuidar. Isto contribuiria a reduzir a angústia do cuidador diante das inúmeras dificuldades emergentes na clínica. Ao mesmo tempo também iria estimular o que mais o paciente quer, que é participar.

O paciente pode ser leigo, mas ele não quer ser privado do contexto que o envolve, por isto ele deseja participar, não quer ficar alheio. Isto tem a ver com a estratégia de luta do paciente, evidenciada na análise actancial, de buscar dominar, controlar a situação.

Levando-se em conta também que para o paciente o conforto do refúgio (traduzido pela necessidade de paz e de sossego) também é visto como estratégia de redução de angústia, é imprescindível para o paciente adquirir informações acerca de sua doença e de seu tratamento: a própria falta de comunicação, a ignorância acerca dos fatos inerentes à doença, geram angústia neste paciente e por isso ele necessita ter acesso às informações sobre a doença e do que pode ser feito em termos de tratamento para sua tranquilidade.

E mesmo que o paciente considere que não possa fazer nada, ele ficará satisfeito de lhe ter sido dada a oportunidade de saber. Porque talvez não haja nada que mais o angustie do que não estar ciente, ignorar os procedimentos da rotina de *sua própria saúde* e simplesmente ser "levado" como um simples objeto a ser tratado, e não como um cidadão a ser considerado. Isto nos permite uma segunda proposta dentro da perspectiva humanizadora:

2) O desenvolvimento de uma consciência de co-participação dos pacientes junto aos cuidadores no tratamento, que poderia ajudá-los a lidar melhor com seus conflitos.

Uma das formas que o cuidador pode lançar para tentar amenizar o sofrimento, a angústia do paciente é torná-lo participativo na relação médico-paciente, ampliando sua

participação dentro do tratamento reabilitador. Não apenas reconhecer, mas também possibilitar ao paciente o direito de agir.

Neste direcionamento co-participativo é importante observar que se o mundo deve ser “perfeito” e a saúde deve ser “perfeita”, o paciente já pode se apresentar como uma pessoa recuada, discriminada ou mesmo sentindo-se indesejável.

O paciente fica tantas vezes lá em sua posição "de espera", acanhado, sentindo-se estranho, excluído... Quanta coisa ele não cala ali dentro, ele não revela ao cuidador? Quantas perspectivas de luta, quantos aspectos desbravadores ele não guarda ali dentro, retendo em oculto dentro dele? Mesmo que muitas vezes ele se cale, sabemos que ele está atento. O paciente está atento aos movimentos do cuidador e ao que está se passando em volta. É assim que muitas vezes, diante daquela estrutura aparentemente frágil do paciente, ele consegue ocultar a sua capacidade, a sua vontade de querer fazer algo por si mesmo, pela sua saúde.

Percebe-se a dificuldade para o paciente, sozinho, chegar e "conquistar" as suas pretensões, a sua ânsia por saber, por entender, por querer ajudar de alguma forma no seu tratamento. Então ele realmente precisa desse apoio do cuidador em lhe permitir participar.

Considero, diante do peso da hierarquia na relação médico-paciente, muito difícil desenvolver nos profissionais de saúde a perspectiva em relação ao usuário de que “nós estamos no mesmo barco”. Isto porque a estruturação hierárquica e assimétrica entre o profissional e o paciente se faz presente nas bases que moldam o ensino em saúde, trata-se de uma postura aprendida e perpetuada desde cedo nas faculdades. No entanto, na indisponibilidade de uma relação de paridade, resta ainda a possibilidade de resgatar nesta relação profissional-paciente a perspectiva de cidadania do usuário.

Porque o que se observa na prática é que o paciente simplesmente é relegado a um plano de passividade, de inércia, de inatividade: o ser que "apenas espera". O cuidador fala e

ele escuta.³³ Ou simplesmente o cuidador o escuta por uma questão de "nobreza de alma", porque ele é "bonzinho" ou por "dever moral". Para onde foi a cidadania do paciente?

Além da própria angústia desenvolvida pela doença, o paciente se angustia também pelo fato de não ser considerado como ser atuante dentro da perspectiva de seu tratamento, por ser excluído do processo do tratar, por muitas vezes não ser devidamente esclarecido, por não lhe ser dada até a oportunidade de estar ciente do que verdadeiramente está acontecendo com a sua saúde, seus riscos, limitações e possibilidades.

Então o diálogo deve ir mais além, permitindo ao paciente a oportunidade de ser co-participativo no seu tratamento, reconhecido e tratado também como ser **atuante** dentro da relação médico-paciente, inclusive dentro da perspectiva do simbólico.

Cada doença pode apresentar distintas maneiras de ser reconhecida. A experiência da enfermidade sempre remete à dimensão simbólica e, tendo em vista que o simbólico é um potencializador de autonomia de ação, o paciente vai elaborar significados ao entrar em contato com a doença e com o tratamento reabilitador. Ele não recebe o tratamento simplesmente de forma passiva. Ele recria em si as imagens da doença e do tratar, expressões do seu imaginário. Assim, o paciente enquanto ser simbólico vai reinterpretar, re-significar a informação recebida sobre a doença ou o tratar de acordo com a sua cultura.

Todo pensamento humano é uma re-presentação, isto é, passa por articulações simbólicas (DURAND, G., 2004, p. 41). Le Breton (2006) bem enfatiza que o corpo é uma

³³ Freidson (2009, p. 414-415) menciona que alguns grupos de pacientes, especialmente os compostos por mulheres instruídas de classe média e com idade para engravidar, passaram a ter maior tendência a desafiar a autoridade médica, insistindo em desempenhar um papel mais ativo em seu tratamento, o que determinou mudanças importantes no contexto administrativo e interpessoal dentro do qual a interação entre médico e paciente ocorre. Contudo, enquanto o sistema em que o médico é ativo e orientador, e o paciente é passivo e cooperador, tem se abrandado, existem poucas evidências de que esse sistema tenha mudado tão radicalmente a ponto de se tornar igualitário, envolvendo uma participação recíproca verdadeira. Ademais é importante considerar que o sistema econômico-administrativo também reduziu a liberdade clínica dos médicos, assim como a liberdade de escolha dos pacientes. A capacidade ou disposição dos médicos em acomodar os desejos de seus pacientes é limitada pelos padrões impostos administrativamente na medida em que a assistência médica tem se organizado em sistemas maiores, mais burocráticos e nos quais há interesse em controlar os custos: o paciente fica "preso" às restrições contratuais. Então, nestes casos, a liberdade de agir nunca será tão ampla quanto desejada...

realidade mutante, onde distintas imagens o definem, uma estrutura em permanente construção simbólica.

A interpretação que as pessoas elaboram para uma dada experiência de enfermidade é o resultado dos diferentes meios pelos quais elas adquirem seus conhecimentos médicos, os quais estão sendo continuamente reformulados e reestruturados, em decorrência de processos interativos específicos. E por estar em permanente estado de construção, a saúde considera tanto aspectos subjetivos, determinados por uma infinidade de diferenças interpretativas, quanto aspectos intersubjetivos, uma vez que também se associa a parâmetros ou quadros de referência os quais são internalizados pelos indivíduos através de processos concretos de interação social (ALVES, 1993). Daí a importância de voltar o olhar para o mundo, como um *continuum* de correspondências, e para um universo simbólico (ROSATI, 1997).

Nos relatos, o sentimento dos pacientes diante do câncer é exposto de forma bastante variável, sendo referidos: a indiferença, a calma, a tristeza, o desgosto, o medo e também a evidência de morte. A vergonha de andar nos carros porque as pessoas ficam caçoando; a sensação de não servir para nada, de inércia; a perda da vontade de viver por se sentir “recuado”, discriminado; o sentimento de rejeição por parte das pessoas; o desgosto por não poder mais trabalhar, são aspectos que remetem também ao contexto social no qual o paciente está inserido. Bem além da perspectiva biológica, o simbolismo social reflete bastante a forma como as pessoas vão representar e resignificar suas vivências diante da doença.

A maneira com que as pessoas reagem à doença é causada pelas qualidades simbólicas da vida social. É desta forma que a doença pode implicar mudança de comportamento, o que varia de cultura para cultura, fontes de significação simbólica (FREIDSON, 2009).

No que diz respeito à concepção da doença pudemos perceber o quanto o entendimento das classes populares tende a ser bastante diferente da classe médica, assim como sua linguagem. No que concerne aos pacientes, vimos o câncer como associado ao

excesso de sol; como uma doença que começa a queimar a pele; uma doença que surge de um sinal que se transformou; como uma célula que uns manifestam e outros não; uma doença que começou com uma afta, estando associada ao cigarro e à bebida. Também há o relato de quem nunca foi “de beber ou fumar”, mas tem a doença. O câncer como algo genético, hereditário, “no sangue”. O câncer que começou como um carocinho na língua devido a um “machucão” de pipoca; como uma coisa muito ruim em que a pessoa vai mudando até morrer. O câncer visualizado em sua morfologia: “era um monte bem grande; depois foi secando, secando”. O câncer como uma doença que vai corroendo até chegar a um limite: o fim da vida; como uma doença que não é transmissível, muito perigosa e que se a pessoa não se cuidar morre. O câncer como uma doença traiçoeira: “quando menos espera ela torna a voltar”; como uma doença “incurável e não incurável” que causa muito desgaste para o corpo humano e que mata silenciosamente; a doença como um mal a se combater. A doença câncer aparece também cercada de mistério: há os que não sabem bem ao certo porque aparece. Não se entende como se vê tanta gente que não leva sol e “a situação é pesada” no que concerne à gravidade do acometimento pela doença.

A área de saúde é um campo simbólico onde teorias leigas e especializadas coexistem fazendo criar tantas linguagens quanto possibilidades de construção (LOLAS STEPKE, 2006). É desta forma que a compreensão da doença também vai se constituir em um universo particular de saberes, o qual muitas vezes diverge e se contrapõe às regras determinadas pela interpretação médico-científica (LOYOLA, 1984). Um paciente se considera doente de acordo com as imagens que ele mesmo tem de saúde e de doença, cujos padrões de normalidade e de patologia são amplamente culturais e definidos pelo grupo social. A construção cultural da doença é uma experiência socialmente aprendida e sancionada. Este é o paradoxo da doença: ser ao mesmo tempo a coisa mais individual e a mais social (UGEUX, 2011). As formas de se lidar com a doença, seus conceitos e processos de cura se encontram

interpostos entre o estilo de vida e a realidade vivida. Como bem menciona Mauss (1974, p. 198): “no fundo, corpo, alma, sociedade, tudo se mistura”.

Isto explica o porquê de, em alguns casos, alguém que acredita estar doente optar por não fazer uso de intervenções terapêuticas ³⁴, ou o porquê do *doente* não se reconhecer como enfermo ou o porquê o *sadio* poder acreditar que está enfermo: “enfermidade não é um fato, mas significação” (ALVES, 1993, p. 269).

Com vistas à humanização, apontamos para o reconhecimento do cuidador de que o papel ativo do paciente também se estabelece no plano simbólico e que isso trás implicações ao tratamento. O simbólico é flexibilizador, ele agrega e integra, é realidade pulsante, não estática, antes dinamizadora. A abertura do diálogo também pela perspectiva do uso do simbólico implica alargar o campo de ação (prolongando-se do natural ao cultural), ampliando a consciência dos profissionais de saúde sobre distintas possibilidades de conceber o outro no mundo para uma ciência médica mais totalizante, envolvente e, conseqüentemente, mais humana.

A construção cultural de estratégias e critérios pode orientar a escolha entre as práticas de atendimento e os profissionais (UGEUX, 2011).

Ao considerar que cada cultura vai apresentar um certo tipo de concepção de saúde e de doença, nós podemos, em termos de ações terapêuticas e também humanizadoras, nos adequar primeiramente aos norteamentos culturais do paciente antes de submetê-los aos nossos. Esta atitude poderia permitir um intercâmbio cultural (entre as concepções do paciente e do cuidador), ampliando o diálogo. O cuidador, ao aceitar a relevância do tipo de entendimento que o paciente tem da doença ou do seu tratamento também contribuiria para ampliar o seu campo de ação contra a patologia, sabendo que nenhuma alternativa terapêutica é totalmente abrangente ou demasiado excludente.

³⁴ A doença em si pode ter uma origem biológica, mas a idéia de doença não, nem a maneira como os seres humanos reagem a ela (FREIDSON, 2009), o que implica em suas definições sociais e simbólicas.

Com vistas a humanização, além de reconhecer as perspectivas simbólicas do usuário, torna-se necessária uma adequação do cuidador dentro de sua prática clínica procurando priorizar os direcionamentos culturais do paciente no processo do tratar, o que além de ser um ato aproximador e vinculador, capaz de ampliar o diálogo dentro da relação profissional-paciente, também potencializa o desenvolvimento de melhores opções ao profissional de saúde em saber como agir diante daquele ser que não apenas espera, mas que também deseja interagir.

7. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALVES, P. C. B.; RABELO, M. C. M. Repensando os Estudos sobre Representações e Práticas em Saúde/Doença. In: ALVES, P. C.; RABELO, M. C. (Orgs.) **Antropologia da Saúde: Traçando Identidade e Explorando Fronteiras**, Rio de Janeiro: Relume-Dumará, 1998, p. 107-121.

ALVES, Paulo César. A Experiência da Enfermidade: Considerações Teóricas. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 9, n. 3, Set. 1993. Disponível via: <http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X1993000300014&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 25 jun 2011.

ANJOS, Luiz dos. O Jogo e a Dimensão Humana: Uma Possível Classificação Antropológica. **Lecturas, Educación Física y Deportes**, Revista Digital, Buenos Aires, v. 10, n. 90, Nov. 2005. Disponível via: <<http://www.efdeportes.com/efd90/jogo.htm>>. Acesso em: 21 jan. 2011.

ARTMANN, Elizabeth; RIVERA, Francisco Javier Uribe. In.: Humanização no Atendimento em Saúde e Gestão Comunicativa. DESLANDES, Suely Ferreira (Org). **Humanização dos Cuidados em Saúde: Conceitos, Dilemas e Práticas**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2006.

AUGRAIS, Monique. **A Dimensão Simbólica**. Rio de Janeiro: Fundação Getúlio Vargas, 1967.

_____. **O Ser da Compreensão: Fenomenologia da Situação de Psicodiagnóstico**. Petrópolis, RJ: Vozes, 2008.

AYRES, José Ricardo de Carvalho Mesquita. O Cuidado, os Modos de Ser (do) Humano e as Práticas de Saúde. **Saude Soc.**, São Paulo, v. 13, n.3, p. 16-29, 2004.

_____. Hermenêutica e Humanização das Práticas de Saúde. **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.10, n.3, p. 549-560, 2005.

BACH JÚNIOR, Jonas. **Educação Ecológica por Meio da Estética na Pedagogia Waldorf**. Dissertação (Mestrado em Educação) - Setor de Educação, Universidade Federal do Paraná. Curitiba, 2007. Disponível via: <http://dspace.c3sl.ufpr.br/dspace/bitstream/1884/12134/1/disser_jonas.pdf> Acesso em: 05 junho 2010.

BACHELARD, Gaston. **O Ar e os Sonhos: Ensaio sobre a Imaginação do Movimento**. São Paulo: Martins Fontes, 1990.

_____. **A Poética do Espaço**. São Paulo, Martins Fontes, 1993.

_____. **A Água e os Sonhos: Ensaio sobre a Imaginação da Matéria**. São Paulo: Martins Fontes, 2002.

_____. **A Chama de uma Vela**. 2 ed. Rio de Janeiro, Bertrand Brasil, 2002. (b)

_____. **A Terra e os Devaneios do Repouso.** Ensaio sobre as Imagens da Intimidade. São Paulo: Martins Fontes, 2003.

_____. **A Poética do Devaneio.** 2 ed. São Paulo: Martins Fontes, 2006.

_____. **A Psicanálise do Fogo.** 3 ed. São Paulo: Martins Fontes, 2008.

_____. **Estudos.** Rio de Janeiro: Contraponto, 2008. (b)

BAZTÁN, Ángel Aguirre (ed.). **Diccionario Temático de Antropología.** 2 ed. Barcelona: Editorial Boixareu Universitária, 1993.

BECKER, Udo. **Dicionário de Símbolos.** São Paulo: Paulus, 1999.

BENEVIDES, Regina; PASSOS, Eduardo. A humanização como Dimensão Pública das Políticas de Saúde. **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.10, n.3, p. 561-571, 2005.

BERNARDI, Simone. Entrelaçando o SUS, a PNH e a Saúde do Trabalhador. In: BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Humanização. **Formação e intervenção.** Brasília: Ministério da Saúde, 2010. p. 7-10.

BIEDERMANN, Hans. **Dicionário Ilustrado de Símbolos.** São Paulo: Melhoramentos, 1993.

BIRMELÉ, Béatrice; LEMOINE, Laurent. Santé et Humanisation de L'homme: une Utopie? **Revue D'éthique et de Théologie Morale.** Paris, n. 261, p. 249-257, sept. 2010. Disponível via: < <http://www.cairn.info/revue-d-ethique-et-de-theologie-morale-2010-HS-p-249.htm>> Acesso em: 03 abril 2011.

BOLTANSKI, Luc. **As Classes Sociais e o Corpo.** 4 ed. Rio de Janeiro: Graal, 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. 2004. **Política Nacional de Humanização.** Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/saude/area.cfm?id_area=390>. Acesso em: 18 mar. 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer. **INCA:** Instituto Nacional de Câncer. Disponível via: <<http://www.inca.gov.br>> Acesso em: 22 maio 2010.

CAMARGO Jr., Kenneth Rochel. Algumas Considerações sobre a Relação Doença-Sociedade em Psicologia Médica. In: MELLO FILHO, Julio de. *et al.* **Psicossomática Hoje.** Porto Alegre: Artes Médicas, 1992. 388p.

CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa. Humanização na Saúde: um Projeto em Defesa da Vida? **Interface** (Botucatu), v. 9, n. 17, ago. 2005.

CANGUILHEM, G. **O Normal e o Patológico.** Rio de Janeiro: Forense Universitária, 1978.

CAPRA, Fritjof. **Sabedoria Incomum:** Conversas com Pessoas Notáveis. São Paulo: Editora Cultrix, 1988.

CAPRARA, Andrea; FRANCO, Anamélia Lins e Silva. A Relação Paciente-Médico: para uma Humanização da Prática Médica. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.15, n.3, p. 647-654, 1999.

CARDIM, Sylvia Ferraz da Cruz. **Um Encontro Oportuno**: Moreno e Bachelard - em Direção ao Cosmodrama. DPSedes – Departamento de Psicodrama – Instituto Sedes Sapientiae. Julho, 2008. Disponível via: <www.sedes.org.br/Departamentos/Psicodrama/Encontro%20oportuno%20Moreno%20Bachelard-%20Sylvia%20Cardim.pdf>. Acesso em: 07 ago. 2008.

CARDOSO, Maria Helena Cabral de Almeida; GOMES, Romeu. Representações Sociais e História: Referenciais Teórico-Metodológicos para o Campo da Saúde Coletiva. **Cad. Saúde Pública**. Rio de Janeiro, 2000, v. 16, n. 2, p. 499-506.

CARVALHO, Alexandre Magno Teixeira de. **O Sujeito nas Encruzilhadas da Saúde**: um Discurso sobre o Processo de Construção de Sentido e de Conhecimento sobre Sofrimento Difuso e Realização do ser no Âmbito das Religiões Afro-Brasileiras e sua Importância para o Campo da Saúde Coletiva. Rio de Janeiro: ENSP / Fiocruz, 2005. 332 p. Tese (Doutorado em Ciências – Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro).

CASTRO, Déborah Azenha de. Psicologia e Ética em Cuidados Paliativos. **Psicologia: Ciência e Profissão**, Brasília, v. 21, n. 4, p.44-51, 2001.

CECCIM, Ricardo Burg; MERHY, Emerson Elias. Um Agir Micropolítico e Pedagógico Intenso: a Humanização entre Laços e Perspectivas. **Interface** (Botucatu), v.13, suppl.1, p. 531-542, 2009.

CEMIN, Arneide Bandeira; SOUZA, Clícia Henriques de. Imaginário Amoroso e Homicídios em Porto Velho. **Revista Eletrônica do Centro de Estudos do Imaginário**. Universidade Federal de Rondônia, v. 5, n. 7, jan./junho. 2005. Disponível via: <<http://www.cei.unir.br/artigo76.html>> Acesso em: 13 maio 2008.

CENEVIVA, Reginaldo; CASTRO E SILVA JUNIOR, Orlando de. O Paciente Cirúrgico: Relação Médico Paciente. **Medicina** (Ribeirão Preto), v. 41, n. 3, p. 252-258, jul.-set. 2008.

CHEVALIER, Jean; GHEERBRANT, Alain. **Dicionário de Símbolos**: Mitos, Sonhos, Costumes, Gestos, Formas, Figuras, Cores, Números. 24 ed. Rio de Janeiro: José Olímpio, 2009.

CHOUTET, Patrick; BIRMELÉ, Béatrice. Malade: un Métier? Utilisateur ou acteur du système de santé? **Revue d'éthique et de théologie morale**. Paris, n. 239, p. 105-116, Juin. 2006. Disponível via: <www.cairn.info/revue-d-ethique-et-de-theologie-morale-2006-2-page-105.htm> Acesso em: 03 abril 2011.

CIRLOT, Juan-Eduardo. **Dicionário de Símbolos**. São Paulo: Centauro, 2005.

COOPER. J. C. **An Illustrated Encyclopaedia of Traditional Symbols**. Londres: Thames and Hudson, 1978.

CORDIOLLI, Marcos. **Ética e Estética como Processos de Formação de Valores**. Encontros Necessários “Ética e Estética”. Curitiba, ACT - Ateliê de Criação Teatral, 03 set. 2005. Com Carla Vendrami e Amabilis de Jesus. Viviane Burger Balarotti (mediação). Disponível via: <http://cordioli.files.wordpress.com/2009/07/cordioli_fh005_etica_estetica.pdf>. Acesso em 08 jun 2011.

COSTA, Sérgio Ibiapina F.; COSTA, Maurício Ribeiro. A Ética Profissional e a Rapidez dos Avanços Tecnológicos. In: GARRAFA, Volnei; PESSINI, Leo (Org.). **Bioética: Poder e Injustiça**. São Paulo: Loyola: Centro Universitário São Camilo, 2004. 552 p.

COSTA, Thailly Faria da; HIGA, Elza de Fátima Ribeiro; MELO, Nádia Proença de. Concepção de Humanização na Visão da Enfermagem em Oncologia Pediátrica. **Nursing** (São Paulo), v.146, n. 13, p. 343-347, jul. 2010.

CSORDAS, Thomas. **Corpo- Significado- Cura**. Porto Alegre: editora da UFRGS, 2008.

CUNHA, A. C. H.; EULÁLIO, M. C.; BRITO, S. M. O. O Corpo e suas Representações, Construídas por Mulheres Idosas In: FERNANDES, A.; CARVALHO, M. R.; DOMINGOS SOBRINHO, M. (Orgs.) **Representações Sociais e Saúde: Construindo Novos Diálogos**. Campina Grande: EDUEP, 2004, p. 79-109.

CUNHA, Antonio Geraldo da. **Dicionário Etimológico da Língua Portuguesa**. 4 ed. Rio de Janeiro: Lexikon, 2010.

DERDYK, Edith. **O Desenho da Figura Humana**. 2 ed. São Paulo: Scipione, 2003.

DESLANDES, Suely Ferreira. (Org). **Humanização dos Cuidados em Saúde: Conceitos, Dilemas e Práticas**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2006.

_____. Análise do Discurso Oficial sobre a Humanização da Assistência Hospitalar. **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 9, n.1, p. 7-14, 2004.

DESLANDES, Suely Ferreira; AYRES, José Ricardo de Carvalho Mesquita. Humanização e Cuidado em Saúde. **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.10, n.3, p. 510-510, 2005.

DESLANDES, Suely Ferreira; MITRE, Rosa Maria de Araújo. Processo Comunicativo e Humanização em Saúde. **Interface** (Botucatu), v.13, suppl.1, p. 641-649, 2009.

DIAS, Marcos Augusto Basto; DESLANDES, Suely Ferreira. Humanização da Assistência ao Parto no Serviço Público: Reflexão sobre Desafios Profissionais nos Caminhos de sua Implementação. In.: DESLANDES, Suely Ferreira (Org). **Humanização dos Cuidados em Saúde: Conceitos, Dilemas e Práticas**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2006.

DÍAZ PARDO, Isaac; FREIXANES, Víctor F.; MASCATO, Antón (dirs.). **Diciopedia do Século 21: Dicionario Enciclopédico da Lingua Galega e da Cultura Universal Ilustrado**. Sada (A Coruña): Galaxia, Edicións do Cumio e Edicións do Castro, 2007.

DORR, Anneliese. Acerca de la Comunicación Médico-Paciente desde una Perspectiva Histórica y Antropológica. **Rev. Méd. Chile**, Santiago, v. 132, n. 11, p. 1431-1436, nov. 2004. Disponível via: <http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-98872004001100014&lng=es&nrm=iso>. Acesso em 25 mar. 2011.

DURAND, Gilbert. **Mito e Sociedade: a Mitanálise e a Sociologia das Profundezas**. Lisboa: A Regra do Jogo, 1983.

_____. Sobre a Exploração do Imaginário, seu Vocabulário, Métodos e Aplicações Transdisciplinares: Mito, Mitanálise e Mitocrítica. **Revista da Faculdade de Educação**, São Paulo, v. 11, n. 1/2, p. 244-256, 1985.

_____. **A Fé do Sapateiro**. Brasília: UNB, 1995.

_____. As Categorias do Irracional, Prelúdio à Antropologia. In: _____. **Campos do Imaginário**. Lisboa: Instituto PIAGET, 1998.

_____. Mito e Poesia. In: _____. **Campos do Imaginário**. Lisboa: Instituto PIAGET, 1998. (b)

_____. Psicanálise da Neve, Prelúdio à Antropologia. In: _____. **Campos do Imaginário**. Lisboa: Instituto PIAGET, 1998. (c)

_____. **A Imaginação Simbólica**. Lisboa: Edições 70, 2000.

_____. **As Estruturas Antropológicas do Imaginário**. 2 ed. São Paulo: Martins Fontes, 2002.

_____. **O Imaginário**. Ensaio acerca das Ciências e da Filosofia da Imagem. 3 ed. Rio de Janeiro: Editora Difel, 2004.

_____. **Ciência do Homem e Tradição: O Novo Espírito Antropológico**. São Paulo: Triom, 2008. 276p.

DURAND, Yves. Elementos de Utilização Prática e Teórica do Teste AT-9. (Tradução de Danielle Perin Rocha Pitta). In: ROCHA PITTA, D. P. **O Imaginário e a Simbologia da Passagem**. Recife: Fundação Joaquim Nabuco/Massangana, 1984.

_____. **L'exploration de L'imaginaire**. Introduction à la Modélisation des Univers Mythiques. Paris: l'espace bleu, 1988.

DURKHEIM, Emile. **As Formas Elementares de Vida Religiosa**. São Paulo: Paulinas, 1989.

ELIADE, Mircea. **O Sagrado e o Profano**. São Paulo: Martins Fontes, 1992.

_____. **Tratado de História das Religiões**. São Paulo: Martins Fontes, 1998.

_____. **Imagens e Símbolos: Ensaio sobre o Simbolismo Mágico-Religioso**. São Paulo: Martins Fontes, 2002.

_____. **O Xamanismo e as Técnicas Arcaicas do Êxtase**. São Paulo: Martins Fontes, 2002.
(b)

_____. **Mito e Realidade**. 6 ed. São Paulo: Perspectiva, 2006.

ELIADE, Mircea; COULIANO, Ioan P. **Dicionário das Religiões**. São Paulo: Martins Fontes, 1999.

FASSHEBER, José Ronaldo Mendonça. Antropologia do Corpo: Reflexões Sobre a Diversidade Corporal dos Xamãs. **Conexões** - Revista da Faculdade de Educação Física - UNICAMP, Campinas, v. 1, n. 6, p. 112-126, 2001.

FELINTO, Erick. **A Religião das Máquinas**: Ensaio sobre o Imaginário da Cibercultura. Porto Alegre: Sulina, 2005.

FERNANDES, João Claudio Lara. A Quem Interessa a Relação Médico Paciente? **Cad. Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v. 9, n.1, p. 21-27, 1993.

FERREIRA, Aurélio Buarque de Holanda. **Novo Dicionário da Língua Portuguesa**. 15 ed. Rio de Janeiro: Nova Fronteira. 1975.

FIGUEIREDO, Maria Dulce Albuquerque de. O Jardim Simbólico. In: RAMOS, Solange Santiago; ROCHA PITTA, Danielle Perin (Orgs.). **XIV Ciclo de Estudos sobre o Imaginário**: As Dimensões Imaginárias da Natureza. (ANAIS). Universidade Federal de Pernambuco. Centro de Filosofia e Ciências Humanas. Departamento de Ciências Sociais. Programa de Pós-graduação em Antropologia. Núcleo Interdisciplinar de Pesquisas sobre o Imaginário. Out, 2006. CD-ROM.

FOLLÉR, Maj-Lis. Intermedialidade: A Zona de Contato Criada por Povos Indígenas e Profissionais de Saúde. In: Langdon, E. Jean. Garnelo, Luiza. (Orgs.) **Saúde dos Povos Indígenas**. Associação Brasileira de Antropologia, 2004. 248p.

FONSECA, A. M. J. S R. Reflexões sobre o Conceito de Imagem do Corpo. **Psicologia, Teoria e Pesquisa**. v. 1, n. 2, p. 168-174, maio/ago. 1985.

FORTES, Paulo Antonio de Carvalho. **Ética e saúde**. Questões Éticas, Deontológicas e Legais. Autonomia e Direitos do Paciente. Estudo de Casos. São Paulo: EPU, 1998.

_____. Ética, Direitos dos Usuários e Políticas de Humanização da Atenção à Saúde. **Saude soc.**, São Paulo, v.13, n.3, p. 30-35, 2004.

FOUCAULT, Michel. **O Nascimento da Clínica**. 6 ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2008.

FRANGE, Lucimar Bello Pereira. Arte e Leitura de Imagens – Considerações. **Revista Univille**. Universidade da Região de Joinville – Univille, v. 10, n. 1, p. 107-114, jul. 2005. Disponível via: <www.artenaescola.org.br/pdf/artigo_arteleitura.pdf> Acesso em: 7 ago. 2008.

_____. A Arte no Processo Educativo. **Revista Educação**. Centro de Educação. Universidade Federal de Santa Maria, Rio Grande do Sul, v. 31, n. 2. 2006. Disponível via <<http://coralx.ufsm.br/revce/comissao.htm>>. Acesso em: 7 ago. 2008.

FRANZ, Marie-Louise von. **C. G. Jung: Seu Mito em Nossa Época**. São Paulo: Círculo do Livro, 1975.

FREIDSON, Eliot. **Profissão Médica: um Estudo de Sociologia do Conhecimento Aplicado**. São Paulo: UNESP, 2009.

FREITAS, Edinaldo Bezerra de. Entre a Poesia das Imagens e o Imaginário da Criação: A Ronda Noturna de Bachelard. **Labirinto**. Revista Eletrônica do Centro de Estudos do Imaginário. Universidade Federal de Rondônia. v. 1, n. 2, julho/set. 2001. Disponível via: <<http://www.cei.unir.br/artigo21.html>>. Acesso em: 07 ago. 2008.

GAJARDO-UGAS, Alejandra; LAVADOS-MONTES, Claudio. El Proceso Comunicativo en la Relación Médico-Paciente Terminal. **Pers. Bioet.**, v.14, n. 1, p. 48-55, jun. 2010.

GALLIAN, Dante Marcello Claramonte. A (Re)Humanização da Medicina. **Psiquiatria na Prática Médica**, São Paulo, v. 33, n. 2, p. 5-8, abr.-jun. 2000.

GASTALDO, Denise. Humanização como Processo Conflitivo, Coletivo e Contextual. **Interface** (Botucatu), v. 9, n.17, p. 395-397, 2005.

GIMENES, M, C. C. de M. **O Imaginário de um Grupo de Alunos com Sessenta Anos ou Mais, que Cursem Licenciaturas em uma Instituição de Ensino Superior no Entorno do Distrito Federal**. (Programa de Pós-graduação *Strictu Sensu* em Gerontologia) – Universidade Católica de Brasília. Brasília, 2005. 144p.

GIMENES, Olympia Maria Piedade; SILVA, Maria Júlia Paes da; BENKO, Maria Antonieta. Essências florais: Intervenção Vibracional de Possibilidades Diagnósticas e Terapêuticas. **Rev Esc Enferm USP**, São Paulo, v. 38, n. 4, p. 386-395, dez. 2004.

GODOY, Roberto. Relação Médico-Paciente. **Ars Cvrandi**, Rio de Janeiro, v.25, n. 6, p. 16-8, jun. 1992.

GOES Jr., J. S. Discurso de Abertura do Simpósio. In: Fundação “Centro de Pesquisa de Oncologia”. **I Simpósio Latino Americano de Reabilitação da Face e de Prótese Buco-Maxilo-Facial**. São Paulo: Fundação Centro de Pesquisa de Oncologia, 1977. p. 2-4.

GOLÇALVES, H. D. Corpo Doente: Estudo acerca da Percepção Corporal da Tuberculose. In: DUARTE, L. F. D.; LEAL, O. F. (Orgs.) **Doença, Sofrimento, Perturbação: Perspectivas Etnográficas**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 1998, p. 105-117.

GOMES, Julio Cezar Meirelles. Tecnologia: como Avançar no Conhecimento sem Prejuízo da Relação Médico-Paciente? **Brasília Med**, v. 44, n. 1, p. 53-61, 2007.

GOMES, Márcia Constância Pinto Aderne; PINHEIRO, Roseni. Acolhimento e Vínculo: Práticas de Integralidade na Gestão do Cuidado em Saúde em Grandes Centros Urbanos. **Interface** (Botucatu), v. 9, n. 17, ago. 2005.

GRAZIANI, M. Prefácio e Generalidades. In: _____. **Prótese Maxilo-Facial**. 3 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1982. 229 p.

GREIMAS, Algirdas Julien. **Semântica Estrutural**: Pesquisa de Método. 2 ed. São Paulo: Cultrix/Universidade de São Paulo, 1976

GREIMAS, Algirdas Julien; COURTÉS, J. **Dicionário de Semiótica**. São Paulo: Editora Contexto, 2008.

GUEDES, Carla Ribeiro. Quando a Lesão não Aparece: como os Médicos Lidam com Sofredores de Sintomas Indefinidos. In.: CAMARGO Jr. Kenneth Rochel de; NOGUEIRA, Maria Inês (orgs.). **Por uma Filosofia Empírica da Atenção à Saúde**: olhares sobre o campo biomédico. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2009.

HECKERT, Ana Lúcia Coelho; PASSOS, Eduardo; BARROS, Maria Elizabeth Barros de. Um Seminário Dispositivo: a Humanização do Sistema Único de Saúde (SUS) em debate. **Interface** (Botucatu), v.13, suppl.1, p. 493-502, 2009.

HELMAN, Cecil G. **Cultura, Saúde & Doença**. 4 ed. Porto Alegre: Artmed, 2003. 408p.

HERZLICH, C. A Problemática da Representação Social e sua Utilidade no Campo da Doença. **Physis**: Revista de Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v. 1, n. 2, p. 23-36, 1991.

ILLICH, Ivan. **A Expropriação da Saúde**: Nêmesis da Medicina. 2 ed. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1975.

IMBAULT-HUART, Marie-José. História do Cancro. In: LE GOFF, Jacques. **As Doenças Têm História**. Lisboa: Terramar, 1997.

JUNG, Carl Gustav. **A Natureza da Psique**. Petrópolis: Vozes, 1984.

_____. **Mysterium Coniunctionis**. Petrópolis: Vozes, 1985.

_____. **Memórias Sonhos e Reflexões**. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1986.

_____. **A Energia Psíquica**. Petrópolis Vozes, 1990.

_____. **Um Mito Moderno sobre Coisas Vistas no Céu**. Petrópolis: Vozes, 1991.

_____. **Psicologia e Alquimia**. 4 ed. Petrópolis: Vozes, 1994.

_____. **Psicologia e Religião**. 5 ed. Petrópolis: Vozes, 1995.

_____. **O Homem e seus Símbolos**. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1997.

_____. **Ab-reação, Análise dos Sonhos, Transferência**. 4ed. Petrópolis: Vozes, 1999.

_____. **Os Arquétipos e o Inconsciente Coletivo**. 2 ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2000.

_____. **Escritos Diversos:** (dos vols. X e XI). Petrópolis, RJ: Vozes, 2003.

_____. **Ab-Reação, Análise dos Sonhos, Transferência.** 6 ed. Petrópolis: Vozes, 2008.

_____. **Presente e Futuro.** 5 ed. Petrópolis: Vozes, 2008. (b)

JUNG, Carl Gustav; WILHELM, Richard. **O Segredo da Flor de Ouro:** um Livro de Vida Chinês. 11 ed. Petrópolis: Vozes, 2001.

KERN, Francisco Arseli. Estratégias de Fortalecimento no Contexto da AIDS. **Serviço Social & Sociedade**, São Paulo n. 74, ano XXIV, 2003.

KLOCK, Patrícia *et al.* Reflexões sobre a Política Nacional de Humanização e suas Interfaces no Trabalho da Enfermagem em Instituição Hospitalar. **Ciênc. Cuid. Saúde**, Maringá, v. 5, n. 3, p. 398-406, set.-dez. 2006.

KONÉ, Tiédaba. **Cancer, Cultures et Soins:** Une Approche Humaniste de la Prise en Charge des Patients. Paris: L'Harmattan, 2010.

KREUTZ, Irene; GAIVA, Maria Aparecida Munhoz; AZEVEDO, Rosemeiry Capriata de Souza. Determinantes Sócio-Culturais e Históricos das Práticas Populares de Prevenção e Cura de Doenças de um Grupo Cultural. **Texto Contexto Enferm.**, Florianópolis, v. 15, n. 1, p. 89-97, mar. 2006.

LACAZ, Francisco Antônio de Castro; SATO, Leny. Humanização e Qualidade do Processo de Trabalho em Saúde. In.: DESLANDES, Suely Ferreira (Org). **Humanização dos Cuidados em Saúde:** Conceitos, Dilemas E Práticas. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2006.

LAHUD LOUREIRO, Altair Macedo. **O Velho e o Aprendiz:** O Imaginário em Experiências com o AT-9. São Paulo: Zouk, 2004.

LAPLANTINE, François. **Antropologia da Doença.** São Paulo: Martins Fontes, 2004. 274p.

LAPLANTINE, François; RABEYRON, Paul-Louis. **Medicinas Paralelas.** São Paulo: Brasiliense, 1989. 120p.

LE BRETON, David. **Adeus ao Corpo:** Antropologia e Sociedade. Campinas, SP: Papirus, 2003.

_____. **A Sociologia do Corpo.** Petrópolis: Vozes, 2006.

_____. **Antropologia do Corpo e Modernidade.** Petrópolis: Vozes, 2011.

LEIVA, Maristela. **Anta:** Maior Mamífero Terrestre Brasileiro. São Paulo: Fundação Parque Zoológico de São Paulo, 1997. Disponível via: <<http://www.zoologico.sp.gov.br/animaisdozoo/anta.htm>>. Acesso em: 01 fev 2011.

LÉVI-STRAUSS, Claude. A Eficácia Simbólica. In: _____. **Antropologia Estrutural.** Rio de Janeiro: Tempo Brasileiro, 1975.

_____. **A Via das Máscaras**. Lisboa, Editorial Presença, 1981.

_____. O Feiticeiro e sua Magia. In: _____. **Antropologia Estrutural**. Rio de Janeiro: Tempo Brasileiro, 1989.

_____. Análise Estrutural em Lingüística e Antropologia. In: _____. **Antropologia Estrutural**. 6 ed. Rio de Janeiro: Tempo Brasileiro, 2003. p. 45-70.

LEXIKON, Herder. **Dicionário de Símbolos**. São Paulo: Cultrix, 1990.

LIMA, Rita de Cássia Duarte. SUS e as Teias de Diálogos (Im)Pertinentes para Transformar a Formação dos Trabalhadores de Saúde com Vistas à Humanização das Práticas. **Interface** (Botucatu), v.13, suppl.1, p. 789-791, 2009.

LIMA, Vilma Soares de. **As Múltiplas Faces do Voluntariado**: Profissionalização e Humanização do Tratamento do Câncer Infantil. Recife, 2010. 263p. Tese (doutorado) - UFPE, Centro de Filosofia e Ciências Humanas, Programa de Pós-graduação em Sociologia. Recife, 2010.

LOLAS STEPKE, Fernando. **Muito Além do Corpo**: a Construção da Narrativa da Saúde. São Paulo: Edições Loyola, 2006.

LOYOLA, Maria A. **Médicos e Curandeiros**: Conflito Social e Saúde. São Paulo: DÍEFEL, 1984.

LUZ, Madel Therezinha. **Instituições Médicas No Brasil**: instituição e Estratégia de Hegemonia. Rio de Janeiro: Graal, 1981.

MAFFESOLI, Michel. **O Conhecimento Comum**: Compêndio de Sociologia Compreensiva. São Paulo: Brasiliense, 1988.

_____. **A Contemplação do Mundo**. Porto Alegre: Artes e Ofícios, 1995.

_____. **A Parte do Diabo**. São Paulo: Editora Record, 2004.

_____. **No Fundo das Aparências**. Petrópolis, RJ: Vozes, 2005.

_____. **Elogio da Razão Sensível**. Petrópolis, RJ: Vozes, 2008.

MALRIEU, Philippe. **A Construção do Imaginário**. Lisboa: Instituto Piaget, 1996.

MARQUES, Ricardo José. Estratégia Terapêutica Multidisciplinar. In: PARISE Jr., Orlando. **Câncer de Boca**. Aspectos Básicos e Terapêuticos. São Paulo: Sarvier, 2000, p.117-120.

MARTINS, Paulo Henrique. Cultura Autoritária e Aventura da Brasilidade. In: BURITY, Joaíldo A. **Cultura e Identidade**: Perspectivas Interdisciplinares. Rio de Janeiro: DP&A. 2002, p. 65-104.

_____. **Contra a Desumanização da Medicina**: Crítica Sociológica das Práticas Médicas Modernas. Petrópolis: Vozes, 2003.

MARTINS, Paulo Henrique; FONTES, Breno. A Sociologia e a Saúde: Caminhos Cruzados. In.: _____. **Redes Sociais e Saúde: Novas Possibilidades Teóricas**. 2 ed. Recife: Ed. Universitária da UFPE, 2008.

MATTOS, Ruben Araujo de. Princípios do Sistema Único de Saúde (SUS) e a Humanização das Práticas de Saúde. **Interface** (Botucatu), v.13, suppl.1, p. 771-780, 2009.

MAUSS, Marcel. As Técnicas Corporais. In: _____. **Sociologia e Antropologia**, São Paulo: Epu/Edusp, 1974, p. 209- 233.

_____. A Prece. In: CARDOSO DE OLIVEIRA, R. (Org.) **Mauss**. São Paulo: Ática, 1979.

_____. **Sociologia e Antropologia**. São Paulo: Cosac Naify, 2003. 536p.

MERLEAU-PONTY, Maurice. **Fenomenologia da Percepção**. 2. ed. São Paulo: Martins Fontes, 1999. 662 p.

MEYER, Philippe. **A Irresponsabilidade Médica**. São Paulo: Unesp, 2002.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. Ciência, Técnica e Arte: O Desafio da Pesquisa Social. In: MINAYO, M. C. S. *et al.* **Pesquisa Social: Teoria, Método e Criatividade**. 10 ed. Petrópolis: Vozes, 1994. cap. 1, p. 9-29.

_____. Dilemas do Setor Saúde diante de suas Propostas Humanistas. **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 9, n.1, p. 17-20, 2004.

MORAES, A. B. A.; ONGARO, S. Contribuição da Psicologia da Saúde à Odontologia. In: BOTAZZO, C.; FREITAS, S. F. T. **Ciências Sociais e Saúde Bucal**. Bauru/São Paulo: EDUSC/UNESP, 1998. cap. 3, p. 87-103.

MORAIS-BESTEIRO, Julio. Reconstrução Funcional e Estética. In: PARISE JR., Orlando. **Câncer de Boca**. Aspectos Básicos e Terapêuticos. São Paulo: Sarvier, 2000. p.134-143.

MORIN, Edgar. **Os Sete Saberes Necessários à Educação do Futuro**. São Paulo/Brasília: Cortez/Unesco, 2000.

_____. **A Cabeça Bem-Feita**: Repensar a Reforma, Reformar o Pensamento. 5 ed. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 2001.

MUCCIOLI, Cristina *et al.* A Humanização da Medicina. **Arq. Bras. Oftalmol.**, São Paulo, v. 70, n. 6, p. 897, 2007.

MYAZHIOM, A. C. L. David LE BRETON, Des visages. Essai d'anthropologie. (Paris, Anne-Marie Métaillé, collection "Suites Sciences Humaines", 2003 [1^{ère} édition 1992], 334 pages, ISBN 2-86424-467-5.) **Ethnologies**. Québec, v. 25, n. 2, p. 271-274, 2003. Disponível via: <<http://www.erudit.org/revue/ethno/2003/v25/n2/008067ar.pdf>> Acesso em: 01 set. 2005.

NEMR, N. K. A Reabilitação Fonoaudiológica no Câncer da Cavidade Oral. In: RAPOPORT, A. (Org.). **Câncer da Boca**. São Paulo: Pancast, 1997. cap. VII, p. 125-135.

NEVES, Josélia. Reflexões sobre a Ciência do Imaginário e as Contribuições de Durand: um Olhar Iniciante. **Labirinto**. Revista Eletrônica do Centro de Estudos do Imaginário. v. 1, n. 2. julho/set. 2001. Universidade Federal de Rondônia. Disponível via: <<http://www.cei.unir.br/artigo23.html>> Acesso em: 7 agosto 2008.

NOGUEIRA-MARTINS, Maria Cezira Fantini; BOGUS, Cláudia Maria. Considerações sobre a Metodologia Qualitativa como Recurso para o Estudo das Ações de Humanização em Saúde. **Saude Soc.**, São Paulo, v. 13, n. 3, Dec. 2004.

OLIVEIRA, J. A. Piras de. Reabilitação Protética Buco-maxilar. In: RAPOPORT, A. (Org.). **Câncer da Boca**. São Paulo: Pancast, 1997. cap. VII, p. 125-135.

ORMEZZANO, Graciela. **Educação Estética, Imaginário e Arteterapia**. Rio de Janeiro: Wak, 2009.

PAIM, Heloísa Helena Salvatti. Marcas no Corpo: Gravidez e Maternidade em Grupos Populares. In: DUARTE, Luiz Fernando Dias; LEAL, Ondina Fachel. **Doença, Sofrimento, Perturbação: Perspectivas Etnográficas**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 1998.

PASCHE, Dário Frederico. Humanizar a Formação para Humanizar o SUS. In: BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Humanização. **Formação e Intervenção**. Brasília: Ministério da Saúde, 2010, p. 63-71.

PASCHE, Dário Frederico; PASSOS, Eduardo. Cadernos Temáticos PNH: Formação em Humanização. In: BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Humanização. **Formação e intervenção**. Brasília: Ministério da Saúde, 2010, p. 7-10.

PAUL, Patrick. A Imaginação como Objeto do Conhecimento. In: SOMMERMAN, Américo; MELLO, Maria F. de; BARROS, Vitória M. de (Orgs.). **Educação e Transdisciplinaridade**, vol. II / coordenação executiva do CETRANS. São Paulo: TRIOM, 2002.

PAULA CARVALHO, José Carlos de. Velhice, Alteridade e Preconceito: Dimensões do Imaginário Grupal com Idosos. **Interface: Comunicação, Saúde, Educação**, Botucatu-SP, v. 3, n. 5, p. 29-40, ago.1999.

PELLEGRINI, Marcos. As Equipes de Saúde diante das Comunidades Indígenas: Reflexões sobre o Papel do Antropólogo nos Serviços de Atenção à Saúde Indígena. In: LANGDON, E. Jean.; GARNELO, Luiza. (Orgs.) **Saúde dos povos indígenas**. Associação Brasileira de Antropologia, 2004. p. 233-243.

PEREIRA, F. M. G. **Através do Espelho: um Ensaio Etnográfico sobre as Representações do Corpo Feminino entre Mulheres de Camada Média Alta na Cidade do Recife**. Dissertação (Mestrado em Antropologia) – Departamento de Ciências Sociais do Centro de Filosofia e Ciências Humanas, UFPE. Recife, 2001.

PESSINI, Leo; BERTACHINI, Luciana (Org.). **Humanização e Cuidados Paliativos**. São Paulo: EDUNISC/Edições Loyola, 2004.

PITREZ, Fernando Antonio Bohrer. O Médico, o Doente e a Doença. **Ars Cvrandi**, Rio de Janeiro, v.54, n.4, p. 379-380, out./dez. 2010.

PITTA, Tânia. **Territórios, Arquétipos e Tribos**. Revista FAMECOS, Porto Alegre, n. 26, p. 86-91, abril, 2005.

PORTO, Madge *et al.* A Saúde da Mulher em Situação de Violência: Representações e Decisões de Gestores Municipais do Sistema Único de Saúde. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.19, suppl.2, p. S243-S252. 2003.

PUCCINI, Paulo de Tarso; CECILIO, Luiz Carlos de Oliveira. A Humanização dos Serviços e o Direito à Saúde. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.20, n.5, p.1342-1353, 2004.

QUEIROZ, R. S.; OTTA, E. A Beleza em Foco: Condicionantes Culturais e Psicobiológicos na Definição da Estética Corporal. In: QUEIROZ, R. S. **O Corpo do Brasileiro**. São Paulo: Senac, 2000, p. 13-66.

RATTNER, Daphne. Humanização na Atenção a Nascimentos e Partos: Ponderações sobre Políticas Públicas. **Interface** (Botucatu), v. 13, suppl. 1, p. 759-768, 2009.

REDKO, Cristina Pozzi. Alguns Estereótipos na Relação dos Profissionais de Saúde com os Portadores de Câncer de Cabeça e Pescoço. **Rev. Bras. Cir. Cab. Pesc.**, São Paulo, v. 17, n. 3, p. 168-174, 1993.

REESINK, Mísia Lins. "Rogai por Nós": a Prece no Catolicismo Brasileiro à Luz do Pensamento Maussiano. **Religião e Sociedade**, Rio de Janeiro, v. 29, n. 2, p. 29-57, 2009. Disponível via: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-85872009000200003&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 14 out. 2010.

REIS, Alberto Olavo Advincula; MARAZINA, Isabel Victoria; GALLO, Paulo Rogério. A Humanização na Saúde como Instância Libertadora. **Saude Soc.**, São Paulo, v.13, n.3, p. 36-43, 2004.

RETONDAR, Jeferson José Moebus. **A Produção Imaginária de Jogadores Compulsivos: a Poética do Espaço do Jogo**. São Paulo: Vetor Editora, 2004.

REZENDE, Joffre Marcondes de. Tecnologia Médica. **Brasília Med.** v. 44, n. 1, p. 5-6, 2007.

ROCHA PITTA, Danielle Perin. **L'impact Socio-Culturel sur le Régime des Images: Étude de la Dérivation dans Quatre Groupes Socio-Culturels du Brésil**. Université des Sciences Sociales de Grenoble, 1979. Thèse pour lê Doctorat d'Etat, Sciences Humaines, Mention Sociologie. Dir.: DURAND, Gilbert.

_____. **Padronização do Teste AT-9**. Recife, inédito, 1984.

_____. **Imaginário, Cultura e Comunicação: Métodos do Imaginário**. Inédito, 1995.

_____. Imaginário, Cultura e Comunicação. **Revista Eletrônica do Centro de Estudos do Imaginário**. Universidade Federal de Rondônia, v. 4, n. 6, jan./dez. 2004. Disponível via: <<http://www.cei.unir.br/artigo64.html>> Acesso em: 25 jun 2011.

_____. **Iniciação à Teoria do Imaginário de Gilbert Durand**. Rio de Janeiro: Atlântica Editora, 2005.

RODE, R. *et al.* Prótese Bucomaxilofacial. In: ROSENTHAL, E. **A Odontologia no Brasil no Século XX**. São Paulo: Santos, 2001. p. 173-177.

RONECKER, Jean-Paul. **O Simbolismo Animal**: Mitos, Crenças, Lendas, Arquétipos, Folclore, Imaginário. São Paulo: Paulus, 1997.

ROSATI, Maria Pia. Potencialidade Terapêutica da Imaginação. **Átopon – Psicoantropologia Simbólica e Tradizioni Religiose**, v. 5, n. 1-2, 1997. Tradução: Associação Ylê Setí do Imaginário.

SÁ, Marilene de Castilho. A Fraternidade em Questão: um Olhar Psicossociológico sobre o Cuidado e a "Humanização" das Práticas de Saúde. **Interface** (Botucatu), v.13, suppl.1, p. 651-664, 2009.

SALMAN, Sherry. A Psique Criativa: as Principais Contribuições de Jung. In: YOUNG-EISENDRATH, Polly; DAWSON, Terence. **Manual de Cambridge para Estudos Junguianos**. São Paulo: Artmed, 2002.

SANTOS FILHO, Serafim Barbosa; BARROS, Maria Elizabeth Barros de; GOMES, Rafael da Silveira. A Política Nacional de Humanização como Política que se Faz no Processo de Trabalho em Saúde. **Interface** (Botucatu), v.13, suppl.1, p. 603-613, 2009.

SANTOS, Manoel Antônio dos; VIEIRA, Elisabeth Meloni. Aconselhamento em Contracepção: Grupo de Capacitação de Profissionais Médicos do Programa de Saúde da Família. **Interface**, Botucatu, v. 12, n. 26, p. 589-601, set. 2008.

SANTOS, Manuel Bragança dos. A Magia do Conto no Desenvolvimento Integral da Criança. In: MESQUITA, Armindo (Coord.). **Pedagogia do Imaginário**. Olhares sobre a Literatura Infantil, Lisboa: Edições Asa, 2002, p.116-121.

SCHILLER, Paulo. Em Busca da Subjetividade Perdida. In: ISMAEL, J. C. **O Médico e o Paciente**: Breve História de uma Relação Delicada. São Paulo: MG editores, 2005.

SCHRAIBER, Lilia Blima. Representação e Prática: a Construção da Autonomia. In: _____. **O Médico e seu Trabalho**: Limites da Liberdade. São Paulo: Hucitec, 1993. 229p.

SCOTT, R. Parry. Novas Estratégias em Saúde. Programas de Agentes Comunitários de Saúde e de Saúde na Família. Dilemas da Reprodução Orientada: Gênero, Geração e Cidadania. In: GICO, Vânia de Vasconcelos; LINDOSO, José Antônio Spinelli; COSTA SOBRINHO, Pedro Vicente (Org.). **As Ciências Sociais**: Desafios do Milênio. Natal: EDUFRN-PPGCS, 2001, v. 1, p. 889-905.

SERVAN-SCHREIBER, David. **Anticâncer**: Prevenir e Vencer Usando Nossas Defesas Naturais. Rio de Janeiro: Objetiva, 2008.

SFEZ, Lucien. **A Saúde Perfeita**: Crítica de uma Nova Utopia. São Paulo: Edições Loyola, 1996.

SHERWIN, Susan. Hacia una Ética Feminista del Cuidado de la Salud. - México D.F.: Universidad Nacional Autónoma de México. Programa Universitario de Estudios de Género. **Ética y Salud Reproductiva**. 1996. p. 259-287.

SILVA, Luzia Batista de Oliveira. Homeopatia e Imaginário: uma Abordagem Filosófico-Educativa das Manifestações do Corpo na Relação Natureza e Cultura, Corpo e Saúde. In: RAMOS, Solange Santiago; ROCHA PITTA, Danielle Perin (Orgs.). **XIV Ciclo de Estudos sobre o Imaginário**: As Dimensões Imaginárias da Natureza. (ANAIS). Universidade Federal de Pernambuco. Centro de Filosofia e Ciências Humanas. Departamento de Ciências Sociais. Programa de Pós-graduação em Antropologia. Núcleo Interdisciplinar de Pesquisas sobre o Imaginário. Out, 2006. CD-ROM.

SILVA, Vitor M. C. Ferreira da. **A Relação Médico-Paciente**. Sociedade Antroposófica no Brasil. São Paulo, 30/3/01. Disponível via: <<http://www.sab.org.br/med-terap/art-vitor.htm>>. Acesso em 29 mar. 2011.

SILVEIRA, Nádia Heusi. O Conceito de Atenção Diferenciada e sua Aplicação entre os Yanomami. In: LANGDON, E. Jean.; GARNELO, Luiza. (Orgs.) **Saúde dos povos indígenas**. Associação Brasileira de Antropologia, 2004. p. 111-127.

SILVEIRA, Nise da. **Imagens do Inconsciente**. Rio de Janeiro: MAM, 1975.

_____. **O Mundo das Imagens**. São Paulo: Ática, 1992.

_____. **Images de l'inconscient**. Paris: Halle Saint Pierre, 2005.

SILVESTRE, José. Posfácio do Imaginário. In: ARAÚJO, F. A.; BAPTISTA, F. P. (Orgs.). **Variações sobre o imaginário**: Domínios, Teorizações, Práticas Hermenêuticas. Lisboa: Instituto PIAGET, 2003, p. 653-663.

SINGER, Paul; CAMPOS, Oswaldo; OLIVEIRA, Elizabeth Machado de. **Prevenir e Curar**: O Controle Social através dos Serviços de Saúde. Rio de Janeiro: Forense-Universitária, 1978.

SOARES, Carlos Ernani Rosado. Humanização da Medicina. **An. Acad. Nac. Med.** Rio de Janeiro, v. 159, n.1, p. 53-59, 1999.

SOUZA, A. M. Prótese Reparadora da Maxila. In: Fundação “Centro de Pesquisa de Oncologia”. **I Simpósio Latino Americano de Reabilitação da Face e de Prótese Buco-Maxilo-Facial**. São Paulo: Fundação Centro de Pesquisa de Oncologia, 1977. p. 23-31.

SOUZA, Iara Maria de Almeida. Produzindo Corpo, Doença e Tratamento no Ambulatório: Apresentação de Casos e Registro em Prontuário. **Mana**. Rio de Janeiro, v. 13, n. 2, Out. 2007. p. 471-498.

SOUZA, Waldir da Silva; MOREIRA, Martha Cristina Nunes. A Temática da Humanização na Saúde: alguns Apontamentos para Debate. **Interface** (Botucatu), vol.12, n. 25, p. 327-338, 2008.

STARLING, Heloisa Maria Murgel *et al.* **Odontologia: História Restaurada**. Belo Horizonte: UFMG, 2007.

STORNI, M. O. T. O Corpo Está no Ar. In: BRANDÃO, M. C.; MOTTA, R.; MOTTA, A. C. (Orgs.) **Revista Antropológicas** - Série Anais - Antropologia: Memória, Tradição e Perspectivas, Recife, Ano III, v. 7, p. 305-319, 1998.

TRAD, Leny Alves Bomfim. Humanização do Encontro com o Usuário no Contexto da Atenção Básica. In.: DESLANDES, Suely Ferreira (Org). **Humanização dos Cuidados em Saúde: Conceitos, Dilemas e Práticas**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2006.

UCHOA, Elizabeth; VIDAL, Jean Michel. Antropologia Médica: Elementos Conceituais e Metodológicos para uma Abordagem da Saúde e da Doença. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 4, p. 497-504, dez. 1994.

UGEUX, Bernard. **La Dimension Anthropologique de L'accueil du Patient**. Paris: Fédération Protestante de France FPF. Disponível via: <<http://www.protestants.org/index.php?id=31743>>. Acesso em: 3 abr. 2011.

VASCONCELLOS-SILVA, Paulo Roberto; NOLASCO, Paula Travassos de Lima. Dialética da Autonomia dos Equilíbrios nos Conflitos entre Pacientes e Cirurgiões Oncológicos. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 43, n. 5, p. 839-845, out. 2009.

VICENTINI, Concília Aparecida Ortona. **Percepção de representantes da imprensa escrita de São Paulo a respeito da humanização dos serviços de saúde**. Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública da Universidade de São Paulo. Faculdade de Saúde Pública. Departamento de Prática de Saúde Pública. São Paulo: 2010. 118 p.

VÍCTORA, C. G. As Imagens do Corpo: Representações do Aparelho Reprodutor Feminino e Reapropriações dos Modelos Médicos. In: LEAL, O. F. (Org.). **Corpo e Significado: Ensaio de Antropologia Social**. Porto Alegre: Editora da Universidade/UFRGS, 1995. p. 77-88.

WENTH, Renata Cunha. **A Prática da Psicoterapia**. Symbolon. Palestra proferida no Instituto Reichiano – eventos comemorativos de 10 anos. Agosto, 2000. Disponível via: <<http://www.symbolon.com.br/artigos/apraticadapsico.htm>>. Acesso em 30 dez. 2010.

WINICK, Charles. **Dictionary of Anthropology**. New York: Greenwood, 1969.

WUNENBURGER, Jean-Jacques. **O Imaginário**. São Paulo: Edições Loyola, 2007.

ZIMMERMANN, Elisabeth Bauch. Prefácio. In: ORMEZZANO, Graciela. **Educação Estética, Imaginário e Arteterapia**. Rio de Janeiro: Wak, 2009.

ANEXOS

O TESTE AT-9

AT - 9

Nome ou pseudônimo: _____

Idade: _____

Sexo: _____

Profissão: _____

Nível de Escolaridade: _____

Na folha seguinte pedimos que você faça um desenho. Isto é muito fácil e você só precisa usar sua imaginação. Faça como você puder.
Assim que terminar você contará a estória de seu desenho.
Você tem 30 minutos.

Componha um desenho com:

Uma queda, uma espada, um refúgio, um monstro devorador, alguma coisa cíclica (que gira, que se reproduz ou que progride), um personagem, água, um animal (pássaro, peixe, réptil ou mamífero), fogo.

Conte a história do seu desenho

QUESTIONÁRIO

Nome: _____

Data: _____

I. RESPONDA COM ATENÇÃO AS SEGUINTE PERGUNTAS:

- a) Em torno de que idéia central você construiu a sua composição?
Você ficou indeciso entre 2 ou mais soluções? Caso for, quais?

- b) Você foi por acaso, inspirado por alguma leitura, filme, etc.? Quais?

- c) Indicar entre os 9 elementos da sua composição:

1º) Os elementos essenciais em torno dos quais você construiu o seu desenho.

2º) Os elementos que você gostaria de eliminar. Por quê?

- d) Como termina a cena que você imaginou?

- e) Se você mesmo tivesse de participar da cena que você compôs, aonde você estaria? E o que faria?

II. No quadro abaixo trata-se de explicar:

1º) Na coluna A dizer pelo que você representou cada elemento da composição.

2º) Na coluna B dizer qual o papel desempenhado na composição por cada um dos 10 elementos.

3º) Na coluna C dizer o que simboliza para você pessoalmente, cada um dos 9 elementos.

	A	B	C
Elemento	Representado por	Papel	Simbolizando
Queda			
Espada			
Refúgio			
Monstro			
Cíclico			
Personagem			
Água			
Animal			
Fogo			

**FICHA COM DADOS COMPLEMENTARES DOS
ENTREVISTADOS**

DADOS COMPLEMENTARES

Nome/Pseudônimo: _____

DATA: _____

1) Onde nasceram; qual a origem de:

a) seu pai?

b) sua mãe?

c) seus avós? seus bisavós? (caso se recorde)

2) Qual sua religião?

3) Qual a classe social você julga pertencer?

4) Onde você nasceu e onde mora atualmente (cidade/bairro)?

5) O que você acha de sua cidade/bairro ou lugar em que reside?

6) Caso exerça alguma profissão, o que você acha do lugar em que trabalha?

7) Caso estude, o que você acha do lugar em que estuda?

8) Como você se relaciona com seus parentes?

9) Como está sua vida?

QUADROS DOS QUESTIONÁRIOS AT-9 INDIVIDUALIZADOS

Quadro AT-9 de LR.

	A	B	C
Elemento	Representado por	Papel	Simbolizando
Queda	Água caindo do chuveiro	banho	Tomar banho ou encher vasilha
Espada	faca	Pra cortar a carne, um pau ou outra coisa qualquer; e serve até para matar outro	-
Refúgio	casa	Pra morar	-
Monstro	-	pra eu correr com medo	muito perigoso também
Cíclico	ventilador	Pro calor	É bom pra sentir aquele friozinho
Personagem	Uma pessoa muito da feia	Tá atocaiando essas ferramentas e esses bichos	-
Água	Um chuveiro e a água está caindo muito	Pro banho	Pro banho
Animal	cavalo ----- Cascavel.	Pra eu andar montado ----- Morder	pra eu andar montado tem que dar de comer a ele. ----- Eu corro com medo. E a perigosa ainda não é essa, é a coral.
Fogo	fogueirinha	Pra assar milho	Se botar a mão ou pisar queima

Quadro AT-9 de I

	A	B	C
Elemento	Representado por	Papel	Simbolizando
Queda	jarro	quebra	-
Espada	espada	corta o coco	-
Refúgio	casa	lazer	lazer
Monstro	monstro	<i>não serve para nada é só imaginação</i>	<i>está descartado, só imaginação</i>
Cíclico	tornado	Pra apagar o fogo e fazer andar o “caravelo”	vento
Personagem	A pessoa	<i>o cavaleiro do burro. Ele foi devido ao vento para o refúgio</i>	-
Água	Água do barco	<i>mover o caravelo</i>	-
Animal	burro	carrega o menino, o cavaleiro	-
Fogo	As chamas	<i>Pra vida mesmo. É apagado todo o fogo. Justamente este é o motivo para o cavaleiro montar no burro e ir para o refúgio</i>	É vida

Quadro AT-9 de A.

	A	B	C
Elemento	Representado por	Papel	Simbolizando
Queda	roupa	está secando, mas pode cair	uma das coisas que eu faço às vezes, alguma coisa de cuidado quando eu faço aconteceu isso.
Espada	espada	Briga ou esporte	-
Refúgio	casa	serve para tudo, pra descansar, pra viver, é necessário a pessoa ter uma casa	muito descanso, relaxar, viver
Monstro	um bicho qualquer, feioso, feio	está parado, olhando pra mim, que eu não gosto dele	sou eu que não suporto ele. Horror. Não gosto, feio demais
Cíclico	catavento	aqui está parado, mas ele gira: eu acho muito bonito, admiro muito	É útil
Personagem	pessoa viva, que tem vitalidade, que tem força	está parada	uma vivacidade, uma pessoa viva.
Água	o mar que é maravilhoso	Não está ali. É só parte do mar	muita coisa, gosto do mar, sinto alegria; alegria
Animal	peixinho	Tá paradinho. Tá sentindo a falta da água	Um bichinho que eu gosto. Gosto dele
Fogo	A fogueira	Aquece, pra dar vida. É bom aquecer	calor

Quadro AT-9 de L.

	A	B	C
Elemento	Representado por	Papel	Simbolizando
Queda	A água ----- Planta que cai (avenca)	cai e fica mexendo, derramando água ----- Faz sombra	é muito boa a água porque água limpa é muito boa, bonita. É muito boa porque é água pra beber ----- é bem, porque faz sombra
Espada	faca	cortar mato	É boa porque corta.
Refúgio	casa	Pra morar	É muito bem. Pra morar, pra dormir de noite
Monstro	É um bicho, o tucano	Faz medo, pega a gente	Medo do tucano
Cíclico	relógio	É bom saber dar a hora	Muito bom o relógio porque dá a hora
Personagem	Uma mulher	Tá em pé	Uma senhora de casa
Água	água	água com monturo	a cheia trazendo lixo pela água
Animal	peixe	Parado no canto, parado	Muito bom o peixe porque ele é gostoso
Fogo	labareda	-	Muito bom o fogo porque cozinha comida

Quadro AT-9 de M.

	A	B	C
Elemento	Representado por	Papel	Simbolizando
Queda	A água	Escorrendo para baixo	formar correnteza, o rio
	-----	-----	-----
	A árvore	Cai quando ela está podre ou quando ela é cortada	respirar o ar
	-----	-----	-----
	A pessoa	Cai porque ela se descuidou	-
	-----	-----	-----
	O cavalo	Cai quando ele pisa no buraco	-
Espada	espada	Pra os guerreiros romanos usar. Os soldados romanos ou os guerreiros. Os guerreiros se defendiam com ela	-
Refúgio	casa	pra pessoa morar e se proteger do tempo	minha casa é boa, ter um teto pra morar. Me sinto bem, protegido.
Monstro	-	tá viajando; tá lá pros cafundó do Judas	eu não quero nem ver!
Cíclico	roda	girar, movimento do carro	-
Personagem	pessoa	Está passeando	Lembro os desenhos que meu irmão fazia.
Água	O mar	pra pessoa tomar banho, o navio andar, o navio navegar	lembra o céu. A cor da água lembra o céu.
Animal	cavalo	Tá parado	Lembro o sertão; os vaqueiros
Fogo	fogo	cozinha, torra	Incêndio

Quadro AT-9 de IN.

	A	B	C
Elemento	Representado por	Papel	Simbolizando
Queda	Cachoeira (água caindo)	Nos produz água	Muito linda. Uma obra de Deus.
Espada	A bíblia sagrada	A gente encontra resposta pra tudo. A palavra é resposta pra tudo	A palavra de Deus. O que ele deixou pra gente conhecer mais ele
Refúgio	Jesus	Tudo	Tudo
Monstro	Inimigo. O inimigo que atenta muito	Destruir. Ele vem para destruir	terrível
Cíclico	A Terra	gira	Obra de Deus feita em 7 dias
Personagem	Meu pai	Meu exemplo	Um exemplo mesmo: um exemplo de vida
Água	Junto com a cachoeira	não podemos viver sem ela. Alimenta os peixinhos, dá vida aos peixinhos; sem água eles não vivem	vida
Animal	Passarinho	Transmite uma paz	Paz
	A vaquinha	Dá de mamar e mama. Ela se torna agressiva por causa do homem, mas se cuidar ela é dócil.	-
	O leão	um símbolo de Jesus, porque ele é um animal forte	Jesus. Jesus é o leão da tribo de Judá
	cobra	coisa que rasteja	traíçoeira
Fogo	fogueira	Queima, transmite luz, clareia	-

Quadro AT-9 de C.

	A	B	C
Elemento	Representado por	Papel	Simbolizando
Queda	A laranja	Cai do pé	Enquanto ela tá verde, tá segura no pé. Quando ela amadurece cai. Enquanto ela tá boa fica atrepadinha quando fica velha, murcha e cai
Espada	espada	serve pra guerra, pra gente se defender com ela.	às vezes a gente tá num abismo pesado, a gente quer se defender, ter a espada.
Refúgio	o pé de pau	pra se esconder	Minha salvação
Monstro	O cachorro	ele aqui tá quietinho, tá mansinho, porque ninguém buliu com ele. Tá manso. Agora, se chegar alguém...	ele é muito bom, mas ele é muito covarde. Tanto faz ele tá bem com a pessoa, como ele correr atrás e morder
Cíclico	A roda gigante	está parada porque não chegou ninguém ainda pra sentar pra ela correr.	Ela só é armada em tempo de festa; a pessoa arma ela pro pessoal brincar
Personagem	Essa figura	está com vontade de subir no pé de pau, mas tá achando muito alto. Tá com medo da altura. Aboticou um olho!	quando eu era criança, que subia em pé de pau eu caia muito
Água	água é uma onda, um braço de mar.	salva a sede de nós, banho, cria peixinho, apaga o fogo	eu gosto muito da água pra tomar banho, pra beber. Mas eu não gosto de praia. Tomo banho de cuia, pois onde moro não tem rio
Animal	cachorro	olhando pra essa figura com vontade de dar um bote nela. Mas a figura está quietinha e ele se aquietou também	muito brabo: a gente cria ele porque a gente gosta, mas ele é devorador
Fogo	fogueirinha	é pra nós fazer comida, pra nós se alimentar, se esquentar quando tá com frio. Mas também ele serve pra acabar com a vida da gente. Uma queimadura braba a pessoa morre, né? E também o fogo devora a gente. Um incêndio não é com fogo? Não acaba com tudo?	-

Quadro AT-9 de S.

	A	B	C
Elemento	Representado por	Papel	Simbolizando
Queda	O raio	gera energia, eletricidade	claridade
Espada	A espada	Ela serve para cortar alimento	-
Refúgio	pé de maçã	abrigo	sensação de proteção
Monstro	o gato	ele se alimenta do peixe	sempre eu tive gato na infância; sempre gostei de bicho.
Cíclico	é um pneu	sentido de transporte, carroça, assim: que vai encaixar, não é ele sozinho	-
Personagem	pessoa	Ele liga os outros elementos, uma coisa com a outra: a roda, a vela, a macieira, a espada, o gato, o peixe. Menos o raio	Uma pessoa que tá perto de um rio, com a macieira, com seu gato se alimentando do peixe
Água	água corrente	Tem peixe nela, serve pra consumir	se sentindo em paz, liberdade.
Animal	gato	ele se alimenta do peixe	-
Fogo	A vela	Ilumina	paz

Quadro AT-9 de. AP.

	A	B	C
Elemento	Representado por	Papel	Simbolizando
Queda	copo	tomar água	-
Espada	espada	Para lutar	lutas
Refúgio	a casa	Morar; moradia	-
Monstro	Pessoa má	Querendo fazer o mal pras pessoas	-
Cíclico	A terra	Plantações; é de onde ela dá nossos alimentos	Quando a gente ia pra roça plantar, eu com minha família
Personagem	Uma senhora muito batalhadora	Ela está desesperada pelos acontecimentos que acontecem no mundo	Tristeza; de não poder fazer nada.
Água	Riachos, fontinhas, cheias de água	lavar roupas, tomar banho, levar água pras casas	é o meio da gente. Só utiliza assim: a água do riacho
Animal	peixe	nadando	Nosso alimento
Fogo	lenha, madeira e as lavas do fogo subindo, labaredas	destruidor da natureza; destrói	-

Quadro AT-9 de CR.

	A	B	C
Elemento	Representado por	Papel	Simbolizando
Queda	escada	socorrer	queda
Espada	Sensação de sufoco	-	aflição
Refúgio	piscina	proteção	-
Monstro	A situação em que se encontrava	projeção	conflito
Cíclico	Pensamento decorrente da situação	reflexão	-
Personagem	cão	acontecimento	animal
Água	piscina	alívio	-
Animal	cão	autor	personagem
Fogo	Incêndio	causador	-

Quadro AT-9 de JR.

	A	B	C
Elemento	Representado por	Papel	Simbolizando
Queda	martelo	Serve pra bater prego e está caindo	é uma peça necessária pra um marceneiro, um carpinteiro bater qualquer tipo de coisa que for preciso bater. É uma peça profissional
Espada	facão	é cortante; corta. Serve pra cortar o que você quiser	uma folha cortante
Refúgio	casa	Pra se morar	é um patrimônio que acolhe as pessoas pra se morar, pra o descanso
Monstro	Um bicho devorador	Pra espantar quem não conhece ele. Pra fazer susto. Ele só procura devorar as coisas que tá perfeita	um bicho do mato
Cíclico	ventilador	Pra ventilar, refrescar	Ficar no teto, funcionando para refrescar o ambiente
Personagem	A fotografia de um ser humano. Está representando um soldado.	Pra vigiar	A pátria
Água	A água. tá dentro do baldo	Serve pra lavar o que tiver sujo	-
Animal	cachorro	Ele tando na casa ele serve pra avisar quem chega, estranho, dando uma advertência ao dono da casa.	-
Fogo	Uma fogueira	pra clarear, queimar. Se ele tiver aceso, tá iluminando alguma coisa, tá clareando.	São João