

A UTILIZAÇÃO DE SÍMBOLOS COMO ELABORAÇÃO DE CONFLITOS: ESTUDO DE CASO DE UM PACIENTE IDOSO COM DOENÇA CRÔNICA

THE USE OF SYMBOLS AS CONFLICT PREPARATION: CASE STUDY OF AN ELDERLY PATIENT WITH CHRONIC DISEASE

Nathalie de Queiroz Hidalgo¹, Cláudia Fernandes Laham²

RESUMO

O símbolo consiste em uma palavra ou imagem que implica algo além de seu significado manifesto e imediato. O idoso pode utilizar os símbolos como uma tentativa de ressignificar suas angústias derivadas do envelhecimento, e pelas mudanças em todos os aspectos de sua vida. Este trabalho teve como objetivo analisar a utilização de símbolos como forma de expressão para elaboração de conflitos advindos do adoecimento no discurso de um paciente idoso com doenças crônicas, sob cuidados domiciliares. Nos resultados foi possível perceber que o paciente se expressa intensamente através de símbolos desde o primeiro atendimento, porém, com o vínculo terapêutico e a psicoterapia, houve possibilidade do mesmo se expressar de forma concreta para falar sobre seu sofrimento psíquico, como por exemplo, o medo da morte e sua perda de funcionalidade. Conclui-se que o paciente utilizou os símbolos como uma forma de expressão para conseguir elaborar os conflitos decorrentes do adoecimento.

Palavras-chave: Símbolo, Psicologia analítica, Assistência domiciliar, Idoso, Doença crônica.

ABSTRACT

The symbol consists of a word or image that implies something beyond its meaning manifest and immediate. Older people may use symbols as an attempt to provide a new meaning their distress from aging, and the changes in all aspects of their life. The objective of this paper was to analyze the use of symbols as a way of expression for the elaboration of conflicts arising from discourse in the elderly patient with chronic diseases under home care. In the results it was possible to notice that the patient manifests intensely through symbols from the first visit, however, with therapeutic bond and psychotherapy, it was possible to show their psychic suffering concretely, such as fear of death and its loss of functionality. It was concluded that the patient used the symbols as a form of expression to obtain tampering conflicts.

Keywords: Symbol, Analytical psychology, Home care, Elderly, Chronic disease.

¹Psicóloga especialista em Psicologia Hospitalar Geral pelo Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo e pós-graduanda em Psicologia Analítica pelo Instituto Numen.

²Psicóloga da Divisão de Psicologia do Instituto Central do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo.

INTRODUÇÃO

Ao decorrer dos anos foi possível perceber mudanças no perfil etário e epidemiológico da população brasileira. Com a diminuição das taxas de natalidade, fecundidade e o aumento da expectativa de vida, faz-se perceber que está ocorrendo uma inversão da pirâmide etária, ou seja, a população está cada vez mais idosa (Silva, Costa, Souza, Santos & Aguiar, 2018).

O envelhecimento é encarado de uma forma singular para cada pessoa dependendo do ambiente em que o sujeito está inserido, logo, as características também mudam. Esta fase de desenvolvimento afeta todos os aspectos da vida de um indivíduo - biológicos (mudanças no organismo), psicológicos (alteração das funções) e sociais (papel social) (Juchem, Daltroso & Carniel, 2016).

No senso comum, as pessoas tendem a associar idoso com doenças, porém, é possível falar sobre este processo de envelhecimento de duas maneiras: senescência e senilidade. A senescência é o processo que ocorre com o idoso que está seguindo o “curso natural” desta fase, ou seja, ele fica mais lentificado, há um leve comprometimento na memória, dificuldade de novas aprendizagens, entre outros. Já na senilidade, o idoso é associado com patologias, perda de autonomia, significantes perdas orgânicas e psicológicas, entre outros (Juchem et al., 2016).

É importante levar em conta o conceito de dor total – física, psicológica, social e espiritual - para, então, trabalhar a diminuição do sofrimento do indivíduo nessas diversas dimensões da doença e, conseqüentemente, ressignificar o sofrimento e o sentido da vida. A dor psíquica está relacionada com o medo do sofrimento, a tristeza, angústia e a culpa diante das perdas, que podem causar humor depressivo. A dor espiritual é o medo do pós-morte, que faz com que o indivíduo reflita sobre suas crenças, no sentido da vida e da morte (Barreto, 2012).

Somado a estes aspectos do envelhecimento, os tipos de doenças que atingem as pessoas também mudaram. Uma doença aguda, com prognóstico de cura ou falecimento passa a ter menor frequência, e as doenças crônicas, que têm como

prognóstico permanecer neste estado pelo resto da vida, mesmo sendo tratadas, tendem a ter mais incidência (Silva et al., 2018).

As doenças crônicas não são transmissíveis, porém, por não haver cura, é necessário realizar tratamento contínuo. Isso faz com que o sujeito seja afetado em todos os aspectos, diminuindo sua qualidade de vida, independência e autonomia (Silva et al., 2018).

Em consequência ao aumento da busca de serviços públicos de saúde, foi criado o Núcleo de Assistência Domiciliar Interdisciplinar do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (NADI-HCFMUSP), para que essa população possa ser atendida, além de liberar leitos, diminuir possibilidade de infecção hospitalar, reduzir os custos hospitalares e, por fim, incentivar a reintegração social do paciente (Yamaguchi & Andrade, 2010).

Para ser admitido no programa é necessário atender a quatro pré-requisitos: ser paciente do Hospital das Clínicas, morar dentro do perímetro delimitado, ter um cuidador responsável e dificuldade de locomoção para comparecer às consultas. A população do NADI é composta majoritariamente por idosos (80%), sendo que 60% dos pacientes do núcleo têm total limitação para realizar atividades básicas de vida diária (Yamaguchi & Andrade, 2010).

A equipe do NADI é composta por médicos, assistentes sociais, enfermeiros, fisioterapeutas, terapeutas ocupacionais, odontólogos, nutricionistas, psicólogos, fonoaudiólogos e farmacêuticos, além de motorista e secretárias (Yamaguchi & Andrade, 2010).

O papel da psicologia nesse núcleo é identificar as demandas do paciente, cuidador e equipe para, se preciso, propor intervenções necessárias. Com o paciente é importante compreender como ele lida com o processo do adoecimento e tratamento. Já com o cuidador é possível identificar se há estresse do cuidador, entender como este lida com o adoecimento do paciente, o impacto disto em sua vida e se o autocuidado está preservado. Além disso, é importante entender como o paciente/cuidador se

relaciona com a equipe e vice-versa, para talvez o psicólogo agir como mediador, explicando para a equipe a demanda subjetiva do paciente e ajudando na comunicação entre ambas as partes (Laham, 2010).

Devido a grande parte da população do NADI ser idosa e com doenças crônicas, muitos se encontram fora de possibilidades terapêuticas de cura, logo, o paciente passa a ter um tratamento paliativo, ou seja, realiza procedimentos que trazem mais conforto e menos dor ao paciente, sempre com o objetivo da melhoria na qualidade de vida. Essa situação causa grande comoção e angústia entre os próprios pacientes e seus familiares, mas dependendo de sua crença, religião, meio sociocultural e história de vida, a morte é encarada de modo singular (Laham & Chiba, 2007).

Assim como o corpo adocece devido à falta de atividade física, a personalidade também pode exibir alterações advindas de dificuldades em suas experiências de vida. Portanto, o surgimento de uma doença e/ou sintomas é uma oportunidade para o indivíduo refletir, buscar reorganizar e reconduzir o seu processo de individuação¹. O constante surgimento de um sintoma pode ser considerado um importante símbolo a ser analisado que continuará se repetindo até ser integrado pela consciência (Barreto, 2012).

Uma palavra ou uma imagem é simbólica quando implica alguma coisa além de seu significado manifesto e imediato. Esta palavra ou esta imagem tem um aspecto “inconsciente” mais amplo, que nunca é precisamente definido ou inteiramente explicado (Jung, 1964/2017, p.19).

Segundo Dethlefsen e Dahlke (1997), doença significa a perda de harmonia, uma desordem que era preservada em equilíbrio até então, e o sintoma é a resposta do corpo que algo está faltando, que há uma falha no ser humano. Esse desequilíbrio pode ser iniciado na consciência e, depois, se manifesta no corpo em forma de sintoma, portanto, entende-se que o corpo é um veículo utilizado para externalizar os processos que se

¹ Segundo Jung (1984), o processo de individuação significa tornar-se um ser único, alcançar uma singularidade profunda, tornando-nos o nosso próprio Si-mesmo.

formam na consciência. A partir do momento que o sintoma se manifesta via corpo, ele chama a atenção do indivíduo e o impede de dar continuidade à sua rotina, em maior ou menor intensidade e, assim, se inicia a luta contra o mesmo.

O momento e a forma que o sintoma/símbolo aparece traz informações importantes sobre os conflitos que o indivíduo apresenta, em vista de que o sintoma é a manifestação de algo que está reprimido. Ele pode representar assuntos recorrentes, ou se houve mudança na vida, se recebeu uma notícia que o abalou e, por isso, é preciso analisar aquele exato momento para tentar compreendê-lo (Dethlefsen & Dahlke, 1997).

O adoecimento traz questões importantes devido às perdas que o indivíduo passa a ter, o que gera desorganização dos sentimentos e afeta diretamente como ele lidará com essa situação e seu tratamento. Alguns exemplos das questões que emergem são: a segurança, funções corporais, independência e autonomia, distanciamento de entes queridos, perda de controle, dor e a própria morte. A doença interfere diretamente em diversas esferas do *Self*²: identificação, interpessoal (relações significativas), corporal (relação com as perdas corporais) e da realização pessoal (Barreto, 2012).

Portanto, durante o trabalho com o paciente, conforme as fantasias aparecerem, é necessário ajudá-lo a favorecer essa elaboração de conteúdo, principalmente porque, nesse momento de vulnerabilidade, as pessoas tendem a querer resolver conflitos pendentes e refletir sobre sua existência (Barreto, 2012).

Segundo Jung (1964/2017), cabe ao psicólogo compreender os símbolos que o paciente expressa e seus possíveis significados, que podem estar relacionados diretamente a experiências estritamente pessoais ou fazerem parte de um conhecimento geral cultural consciente. A interpretação destas representações caracteriza um papel de muita importância, de tentativas naturais na reconciliação e

² Totalidade da psique; centro da personalidade total.

união dos elementos antagônicos da psique.

O símbolo é a expressão de algo que é parcialmente desconhecido pelo consciente. Este age de forma vivencial e experiencial, portanto é possível realizar diversas relações e analogias, sendo impossível ter seu significado esgotado (Jung, 1949/1991).

A psique pode trabalhar em dois processos diferentes e complementares: pelo inconsciente (em que ele trabalha de forma analógica) e pelo consciente (a partir de raciocínio/lógica). Então, se o indivíduo se expressa a partir de sonhos ou fantasias, não deve pensar através do raciocínio lógico, justamente pelo inconsciente não ser lógico, senão há a desvalorização do símbolo (Serbena, 2010).

O inconsciente se expressa em forma de símbolos, e para compreendê-los é necessário que o indivíduo acesse esse conteúdo e tente interpretá-lo de acordo com a própria experiência de vida, em vista que o símbolo é uma forma de expressão de um conteúdo que é desconhecido pela consciência para tentar ser “re-significado” em certos momentos da vida e de diferentes formas. Portanto, um dos seus maiores objetivos é buscar o equilíbrio da psique, devido à possibilidade de comunicação entre meio externo, consciente e inconsciente (Serbena, 2010).

Além da formação de símbolos, a comunicação citada acima também incentiva o processo de individuação. Este constitui um movimento, uma tendência instintiva do indivíduo de caminhar para o *self* e realizar suas potencialidades inatas, tornando-se completo, buscando o verdadeiro “eu”. Quando determinado símbolo é integrado, ocorre a ampliação de consciência, que possibilita uma mudança de atitude do sujeito. (Jung, 1964/2017).

Os conteúdos nunca são neutros, dependendo da intensidade desta energia, além de causar um mal-estar no indivíduo, podem provocar um medo real, porém, quanto mais reprimidos, mais são irradiados pela personalidade. Se este símbolo, além de uma imagem, aparece carregado de emoção, esta adquire mais numinosidade (energia psíquica). (Jung, 1964/2017).

Estes conteúdos reprimidos também podem fazer parte da sombra da pessoa. A sombra é um arquétipo que faz parte da personalidade total do indivíduo, que contém aspectos que ele não aceita em si próprio por considerar desagradável. Portanto, para se esquivar e dificultar o acesso aos conteúdos, o sujeito os reprime. Porém, a sombra não contém somente componentes negativos, mas também possui aspectos positivos, qualidades não desenvolvidas pelo indivíduo (Jung, 1987).

Na tentativa de reprimir algum conteúdo, ou de não ter consciência, o mesmo acaba se realocando na sombra, porém, os sintomas físicos podem ser compreendidos como a incorporação da sombra de forma manifesta no indivíduo. Portanto, o processo de interpretar os sintomas e entrar em contato com a sombra é desagradável (Dahlke, 2007).

A Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica (DPOC) é uma doença que atinge os pulmões, conseqüentemente, a respiração do ser humano. A respiração é entendida como um fenômeno rítmico de expiração/inspiração, tensão/relaxamento, liberdade/restrrição, dar/receber. Ou seja, ela pode representar os dois polos do indivíduo em que ocorrem constantes trocas, de forma compensatória, que forma uma totalidade. A pele e o pulmão são os órgãos que permitem que o ser humano tenha contato, porém o contato da pele é direto e depende da vontade da pessoa, já o do pulmão é involuntário, indireto e compulsório (Dethlefsen & Dahlke, 1997).

Embora como seres humanos gostemos de nos encapsularmos em nosso ego, a respiração nos obriga a manter nosso vínculo com o não-eu. É a respiração que nos liga continuamente a tudo que existe (Dethlefsen & Dahlke, 1997).

O ser humano inicia a vida com a respiração, passando pelo processo de independência, autossuficiência e início da quebra da simbiose, mas a vida também é finalizada pelo mesmo processo, a ausência dela. A dificuldade na respiração, seja por DPOC, asma, bronquite, ou outras doenças, pode ser pensada como sinal de medo da liberdade e independência (Dethlefsen & Dahlke, 1997).

É importante ressaltar que os sintomas, assim como outros símbolos, não devem

ser entendidos através somente da análise do material, mas sim a partir da observação da totalidade do indivíduo (Dahlke, 2007).

O objetivo deste estudo é analisar a utilização de símbolos como forma de expressão para elaboração de conflitos advindos do adoecimento no discurso de um paciente idoso com doenças crônicas, sob cuidados domiciliares.

MÉTODO

Neste trabalho é utilizada a pesquisa tipo estudo de caso, que consiste em uma estratégia de análise flexível a partir de diversas fontes de evidência e informações, para retratar de forma acentuada e profunda o caso em questão (Serralta, Nunes & Eizirik, 2011).

Foram realizados sete atendimentos psicológicos de, em média, 40 minutos cada, entre abril e agosto de 2019. Primeiramente foi avaliada a dinâmica do paciente e identificada uma demanda para iniciar o processo de psicoterapia. As sessões foram realizadas no domicílio do paciente, em seu quarto, devido à sua dificuldade de locomoção e por estar conectado ao cilindro de oxigênio.

Para realizar a análise do caso foram utilizados os conceitos e interpretações de símbolos a partir da Psicologia Analítica.

APRESENTAÇÃO DO CASO

Dados pessoais

Paciente Arthur, gênero masculino, 92 anos de idade, viúvo e pai de quatro filhas e um filho, no momento dos atendimentos morava com três delas. Possuía grau de escolaridade fundamental incompleto, trabalhou na área rural, mas era aposentado.

Dados de saúde

Apresentou como principal diagnóstico a Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica

(DPOC). Devido ao prognóstico da doença, o paciente se encontrava fora de possibilidades terapêuticas de cura e respirava com o auxílio do cilindro de oxigênio há cinco anos, porém apresentava difícil aceitação da nova rotina para controle de sintomas.

As demais comorbidades eram: Síndrome do Idoso Frágil, Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS), Fibrilação Atrial permanente (FA), Insuficiência Renal Crônica, baixa acuidade visual, hipoacusia, risco de quedas, constipação e depressão. Utilizava medicamentos para tratar as comorbidades citadas.

Arthur foi encaminhado para o Núcleo de Assistência Domiciliar Interdisciplinar (NADI) em virtude das diversas comorbidades diagnosticadas e de sua situação atual advindas da dificuldade na respiração. Devido a essa falta de ar, o paciente encontrava-se dependente para a realização das atividades básicas e instrumentais da vida diária, e apresentava dificuldade para deambular. Estes fatores limitavam sua ida às consultas no hospital. Arthur recebia cuidados dos filhos, porém duas eram mais ativas, e de um cuidador contratado, amigo da família.

Avaliação psicológica

A psicóloga recebeu o encaminhamento da assistente social que relatou que “o paciente estava com depressão e momentos de angústia, inclusive desejando tomar um remédio para morrer” (sic).

Durante os atendimentos psicológicos com Arthur, ele relatou sobre a dificuldade em lidar com a doença, porque antes era ativo, independente, trabalhava e naquele momento sentia intensa falta de ar, além de estar dependente nas suas atividades básicas e instrumentais de vida diária. Contou ter medo da morte “sofrida” (sic). Esses acontecimentos geraram intensa angústia e sofrimento psíquico no paciente, o que o deixou em estado deprimido e desmotivado perante seu tratamento.

Breve histórico de vida

Arthur nasceu e cresceu no interior da cidade de São Paulo, em uma área rural e sempre trabalhou neste ramo. Considerava sua criação muito rígida por causa do pai, porém o mesmo faleceu quando ele tinha nove anos “com um grito de dor”, que posteriormente foi entendido como um infarto. Então, sua mãe precisou criá-lo sozinha e o fazia trabalhar para conseguir ganhar comida dos proprietários das fazendas. Contou que sempre teve o interesse em estudar e teve bons professores no período da escola, que o incentivaram a ler. Havia trabalhado em diversos lugares, em diversas funções, porém em uma determinada época precisou pedir dinheiro para as pessoas na rua, porque as máquinas estavam o substituindo nas suas tarefas nas fazendas.

Com 18 anos, ele iniciou trabalho em uma fábrica em que “quebrava ferro para construir máquinas”. Ao conseguir sua Carteira Nacional de Habilitação para dirigir caminhão, ele passou a fazer transporte de plantações, e se orgulhava da profissão porque conheceu o país inteiro e sabia detalhes de cada região, mesmo ficando meses sem voltar para casa. Foi casado e teve cinco filhos (quatro mulheres e um homem), porém nunca teve uma relação saudável e afetiva com eles, referindo que sempre foi ausente por trabalhar como caminhoneiro.

Contou que, em sua percepção, a doença pulmonar começou porque ele usou uma máquina com veneno para insetos na plantação sem utilizar a máscara ou qualquer outro tipo de proteção, então o pulmão recebeu esta substância e adoeceu. Trabalhou até os 84 anos, quando a doença começou a se manifestar e impedi-lo de realizar as atividades, fazendo com que precisasse ir para São Paulo para morar com as filhas e realizar os tratamentos necessários.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Desde o início dos atendimentos Arthur demonstrou discurso diferenciado do habitual da população em geral, expressando-se em forma de símbolos, contando

histórias e falando sobre a natureza. Este tipo de discurso simbólico se manteve ao longo dos atendimentos, em que ele falava frases aleatórias, sem linha de raciocínio lógico, mas sempre contando histórias. Assim, foi possível entender uma coerência no seu discurso relacionando os símbolos utilizados com a história de vida pessoal dele.

Essas semelhanças puderam ser identificadas ao entender que o símbolo é uma forma de expressão de conteúdo que é desconhecido pela consciência, para ser “re-significado”, possibilitando assim, o equilíbrio da psique (Serbena, 2010).

Além disso, vale ressaltar que, segundo Jung (1949/1991), é impossível esgotar o significado de um símbolo, devido à capacidade de construir diversas relações e analogias do mesmo.

Na primeira entrevista Arthur relatou sobre o desejo de *“tomar um remédio para dormir, não acordar mais e sair dessa prisão”*, o que reforçou o encaminhamento da assistente social para realização de uma avaliação psicológica, com hipótese diagnóstica de depressão. Ao analisar somente essa frase, já é possível identificar o sofrimento psíquico do paciente perante o adoecimento.

Ao refletir sobre este sofrimento, é importante levar em conta o conceito de dor total abordada por Barreto (2012) para possibilitar o trabalho da diminuição do sofrimento do indivíduo e, conseqüentemente, ressignificar o sentido e sofrimento da vida.

Arthur também contou sobre a vida das árvores, terras e máquinas, e como umas influenciam as outras. Porém, sua fala era desconexa e sem lógica racional, sendo possível perceber que ele relatava as histórias conforme apareciam em sua mente, sem julgamento ou restrição:

“Os homens são substituídos pelas máquinas e as árvores morrem. Quando a árvore está sozinha, ela cresce para os lados, mas quando está no meio das outras, ela cresce só para cima... A terra morre por causa das máquinas, e em cima são construídos prédios... A raiz da árvore busca nutrientes longe de casa para sobreviver, às vezes encontram a raiz quilômetros de onde originalmente estão”.

A partir deste relato, pode-se pensar que, em consequência da progressão da sua doença, houve a necessidade do suporte do cilindro de oxigênio e que o paciente simbolizou esse utensílio com as máquinas que substituem as árvores. Ou seja, o pulmão não estava mais funcionando sozinho, então ele precisou desse auxílio para regularizá-lo. Além disso, ao falar da busca de nutrientes longe de casa, foi possível pensar no fato de que Arthur necessitou sair do interior, da fazenda, para buscar tratamento na cidade grande. Outra possibilidade de interpretação é a procura dele re-significar sua vida “voltando” para suas origens, alimentando-se de experiências e conteúdos da sua vida no interior da cidade (infância, juventude e vida adulta).

Neste mesmo primeiro atendimento, houve momentos em que Arthur se referiu à relação terapêutica. Contou histórias sobre a diferença entre plebeus e bacharelados, afirmando que a conversa desses dois grupos de pessoas era diferente, e afirmava que havia pessoas que estudavam muito para conseguir construir uma agulha e ajudar os necessitados.

Apesar de a agulha não ser um instrumento utilizado pela psicóloga, entende-se que, por se tratar de um atendimento domiciliar, em que o primeiro contato da profissional com o paciente é junto a uma equipe de saúde, ele agrupou todos em uma mesma classe, e viu a psicóloga como um todo, como um grupo de profissionais da saúde, e não com as particularidades de cada especialidade, como a enfermagem que utiliza desse instrumento.

Ao pensar neste aspecto, é importante que a psicóloga consiga trabalhar as fantasias do paciente para facilitar o processo de elaboração de conteúdo, principalmente porque, no adoecimento, o mecanismo de criatividade é utilizado com maior frequência para a integração dessa vivência de forma simbólica (Barreto, 2012).

No atendimento seguinte, Arthur iniciou a fala apontando a vontade que tinha de conversar, porém ninguém demonstrava paciência para ouvi-lo ou fazer companhia, e que reconhecia que essa situação o deixava mal.

Situações como essa que são expostas diariamente para o idoso, fazem com que seu sentimento de abandono e solidão venham à tona, como se o idoso não pudesse mais produzir, como alguém que morresse antes da morte. Ou seja, ele estava experienciando uma morte precoce, em vida, como se, para as pessoas em sua volta, ele já não ocupasse mais um espaço significativo devido a sua improdutividade, portanto houve a desvalorização de sua vida e conhecimentos.

Como já descrito acima, Barreto (2012) afirma que ocorre uma desorganização no indivíduo devido ao adoecimento e isso afeta diretamente como ele lidará com essa situação.

Outro aspecto importante a ser considerado ao falar sobre transferência é que, ao final de diversos atendimentos, ele questionava a psicóloga: *“o que você herdou da minha conversa?”*. É provável que o paciente manifestava o desejo de compartilhar histórias e transmitir saberes para a psicóloga, visando agregar seu conhecimento, passar uma mensagem, uma lição de vida, além de demonstrar a disponibilidade da mesma em ouvi-lo. Porém, ao mesmo tempo, ele falava sobre as diferenças existentes, relatando que ele era *“plebeu”* e a psicóloga, *“bacharel”*, e que sendo assim, ela não tinha nada para aprender com um *“velho”* como ele.

Posteriormente, o paciente refletiu sobre a progressão da doença, referindo sentir suas limitações, falhas na memória e o medo intenso de ter uma *“morte sofrida”*, como pode-se perceber nos relatos seguintes:

“A Rússia hoje é igual casa de pobre, não tem valor. Mas antigamente ela tinha respeito e força para acabar com o mundo”.

“O menino tinha um papel, linha e vento, então o papel subiu voando para o espaço. Um dia o homem também vai voar, mas primeiro precisa entender a gravidade. Tudo que joga para cima, cai na terra, porque tudo é da terra. Terra é a mãe e para o homem é a formiga que vai de lá pra cá. Mas no fim, tudo acaba”.

É possível compreender a utilização destes símbolos, expressos em forma de história, para auxiliá-lo a elaborar a progressão da sua doença e seu possível

falecimento. Nestas falas, entende-se que ambas referem um estado de poder e força, inclusive para voar, sendo que este voar implica estar com os pés fora do chão, ou seja, a capacidade de sonhar, de fazer planos. Entretanto, com o adoecimento, ele perdeu esta autonomia e respeito, que, no fim, vai para debaixo da terra, ou seja, irá falecer, que reflete sua percepção de impotência e perda da vitalidade.

Esses símbolos apresentados pelo paciente estão carregados de emoção, e conseqüentemente, ganham energia psíquica. Dependendo desta intensidade, o paciente os reprime por causar mal-estar, porém, quanto mais reprimido o símbolo é, mais o conteúdo é refletido na personalidade (Jung, 1964/2017).

Estas hipóteses foram se concretizando, ao decorrer dos atendimentos, em sua fala, como por exemplo: *“Com saúde, é uma coisa, do jeito que eu estou, é outra. Sofro com qualquer coisa, passo mal. Vou respirar e não tem ar. É um sufoco. O pulmão não quer nada, não tem nada aqui. Não tem remédio para a doença, é daqui para o cemitério.”*

Nestas frases é possível entender que ele relatava sobre a DPOC que, conseqüentemente, diz respeito à respiração do ser humano. A respiração, segundo Dethlefsen e Dahlke (1997), representa os dois polos de um indivíduo, em que ocorrem constantes trocas, de forma compensatória, que resultam na sua totalidade.

Em diversos atendimentos Arthur continuava se referindo ao seu estado de saúde, dizendo:

“Estou aborrecido. Tenho muita coisa que queria fazer, mas não consigo, preciso ficar quieto. Tenho ideias boas, mas o progresso (da doença) está aqui também, você vê os campos planos, longos, que anda, anda e anda pra longe da fazenda, mas não chega no fim”.

“Com 84 anos voltei (para São Paulo) porque piorou meu caso (sic). O pulmão foi enfraquecendo e não tinha mais coragem de enfrentar aquele maquinário, trabalhar a noite inteira”.

Ao pensar nas falas do paciente referentes à dificuldade de respiração, o símbolo pode ser interpretado, segundo Dethlefsen e Dahlke (1997), como sinal de medo da liberdade e independência. Porém, no caso de Arthur, pode-se imaginar que se relacionassem com sua vontade de ter liberdade, mas ser privado dela por conta da doença.

Ao longo das sessões, foi possível perceber que a frequência do discurso simbólico foi diminuindo e o paciente conseguia contar partes de sua história de vida real. Quando relatava situações consideradas difíceis ou alguma coisa o abalava, ele retomava o discurso simbólico. Esse movimento é entendido como um recurso utilizado para ele conseguir elaborar suas angústias e conflitos.

Esses conflitos podem ser melhor analisados se for considerado o momento exato e a forma como o símbolo aparece, pois estes podem estar representando alguma mudança em sua vida, ou uma notícia que ele recebeu e o abalou (Dethlefsen & Dahlke, 1997).

Além disso, esse movimento na fala revela também que, na medida que o mundo não acolhe mais o indivíduo, ele tende a se voltar para o inconsciente, ativando complexos e ficando mais unilateral.

Arthur contava situações de sua vida de modo concreto, até que houve uma visita da equipe de saúde, sem a psicóloga, em sua casa para discutir sobre possíveis procedimentos a serem realizados no fim de vida, como por exemplo, intubação e reanimação cardíaca. Após este dia, nos atendimentos psicológicos, ele voltou a utilizar símbolos intensamente e contou histórias para falar sobre morte.

O paciente relatou sobre a vida dos bois em pasto, e outros animais que havia na fazenda: *“Os bois comem, descansam, deitam, e quando vai chegando de tarde, eles vêm de barriga cheia e dorme...Faz tempo que não vejo eles, eu não saio daqui”*.

Ao final dessa sessão, ele demonstrou agressividade em seu discurso perante a psicóloga e perguntou sobre a equipe de saúde que o havia visitado na última vez,

mostrando o quanto essa visita o desestabilizou. Por fim, afirmou: *“Tenho mais coisa para contar, mas não tenho entusiasmo. Fiquei sem vontade, porque eu estou doente, né”*.

Nesta fala, é possível entender o lamento do paciente, sua desesperança, como se estivesse questionando “contar para quem? Para quê?”, como se não houvesse investimento nele como vivo, evidenciando sua morte.

Para Jung (1964/2017), o psicólogo deve ajudar o paciente a compreender os símbolos utilizados, pois eles podem expressar experiências pessoais que estão tentando se reconciliar na psique ou aspectos de um conhecimento cultural consciente. No caso relatado, devido à hipoacusia e à hipótese do início de declínio cognitivo, o paciente apresentava dificuldade em compreender o que a psicóloga falava, o que dificultou o processo de interpretação dos símbolos, porém o símbolo, por si só, é terapêutico.

No atendimento seguinte, é perceptível que Arthur iniciou sua reflexão sobre o adoecimento e fim de vida: *“Tem dias que não estou muito bem. Fico esperando a graça de Deus, mas não chega. Então eu acabo ficando sozinho, com a cabeça quente e o tempo parece não passar. (...) tenho medo da morte. Penso que vou morrer lamentando. Não dá tempo de fazer tudo o que quero. O que eu quis fazer, eu tentei, o que não deu tempo, não deu”*.

Neste trecho pode-se entender que Arthur entrou em contato com a sua sombra, pois estava refletindo sobre a sua responsabilidade pelas escolhas que fez na vida. Como Dahlke (2007) já havia descrito, entrar em contato com a sombra é um processo desagradável, gerando resistência ao indivíduo em analisá-la.

Em virtude da dificuldade em falar sobre este assunto, em certos momentos, o paciente retornou à linguagem simbólica no momento em que ele se referiu aos jogos de azar e sua má sorte. Esse processo foi possível ser notado ao pensar em dois momentos da sessão: *“Já fiz tanta coisa, mas nada dá certo...eu tento uma coisa e dá*

outra...Quando acordo, já foi aquela época”. Após alguns minutos, ele disse: “É difícil acertar um jogo de azar. Muita gente tenta, e não dá nada. Isso vai encabulando a gente. A sorte não é pra mim, mas é pro outro. Vai que um dia eu acerto. Quem planta, colhe né. Quando vejo, já foi aquele tempo”.

O discurso sobre os jogos de azar foi repetido durante todo o atendimento, e segundo Barreto (2012), a repetição de um símbolo se refere à constante tentativa do sujeito em integrar determinado aspecto na consciência, buscando reorganizar o processo de individuação. Nesse caso, pode-se compreender também que o paciente fez certas escolhas, que ora acertou, ora errou, portanto, há a necessidade de lidar com as perdas.

No último atendimento foi possível perceber que os sintomas da DPOC de Arthur haviam sido intensificados, pois sua fala ficou comprometida, a respiração mais profunda e necessitou de tempo de pausas intensas entre as palavras. O paciente estava ciente da sua piora, pois referiu que o “*sufoco estava grande*”.

Segundo Dethlefsen e Dahlke (1997), da mesma forma que a vida é iniciada e mantida pela respiração, ela é finalizada pelo mesmo processo, a ausência de respiração. Justamente pelo fim de vida do paciente em questão ser marcado pela dificuldade de respirar, provocava uma angústia perante os sintomas e seu prognóstico.

O paciente refletiu sobre o processo terapêutico, afirmando que as conversas nos atendimentos às vezes eram difíceis, o que o deixava na dúvida de o que pensar, e muitas vezes sem saber o que responder. Além disso, ele colocava a psicóloga em uma posição de saber: “*Não temos o saber do próximo com quem estamos conversando. Você faz uma pergunta que eu não sei, eu vou remendando. Tem pergunta que a gente não sabe responder, né, não estudou para aquilo*”.

Em seguida, ele iniciou o discurso simbólico ao dizer “*Quantos metros tem a base dessa montanha? Ele não sabe, mas o engenheiro sabe. Se eu falar, tenho que ir com calma, porque caso eu falar eu já vou complicando o caso. Já eles medem tudo, tem fundamento (...) uma coisa puxa a outra e a gente fica enroscado, mas isso é*

comum nas conversas que você aprendeu e quer mais detalhes desse assunto. Mas às vezes, a gente não tem esses detalhes”.

Neste trecho, Arthur demonstrava sua dificuldade de entrar em contato com alguns assuntos, em que ele se encontrava sem resposta, o que, conseqüentemente, gerava angústia. Por efeito desses sentimentos que a sessão despertava, e sua tentativa de falar sobre, o paciente retornou ao discurso simbólico, comparando os atendimentos com um comprador de terras que não tem o conhecimento necessário para medir a área das montanhas.

Pode-se hipotetizar que, conforme Arthur falava sobre essa angústia do não saber, ele entrava no processo de elaboração de conflitos: *“Tudo tem uma resposta. Mas tudo em seu tempo. Quando você passa por aquilo, quem sabe um dia chega a solução? E aí eu saio satisfeito. Às vezes pode nem ter uma resposta exata, e às vezes, essa é a solução. Porque tem tanta coisa pra ver, que a resposta pode ser não ter a resposta”.* E então ele compara: *“Você chega aqui e quer saber quanto de terra vai comprar, qual pedaço de terra, quantos metros tem pra você ver. Só que tem tanto lugar pra fazer a construção, que no fim, não tem solução certa, mas tem uma solução”.*

Este processo foi possível a partir da comunicação entre o consciente e inconsciente que tem, como direção, o instinto natural do sujeito de aproximar-se do seu *Self* (Jung, 1964/2017).

Ao final do atendimento o paciente conseguiu falar sobre a relação terapêutica e seu sentimento perante os processos de elaboração de seus conteúdos nas sessões de forma concreta: *“Você é psicóloga. Não estou acostumado com esses assuntos. Neste meu estudo, acho que não cheguei a tanto, mas deu pra estudar até ali. Mas uma coisa é certa: tudo tem solução”.*

Após algumas semanas Arthur faleceu.

CONCLUSÃO

Por fim, pode-se dizer que Arthur, desde o início dos atendimentos, utilizava a linguagem simbólica para expressar suas questões e angústias. Porém, conforme foi se estabelecendo o vínculo terapêutico, o paciente gradualmente conseguiu relatar de forma concreta sua história de vida e o sofrimento psíquico gerado devido ao adoecimento. Entretanto, se ocorria alguma situação inesperada, o mesmo retornava à linguagem simbólica.

Portanto, em virtude desses movimentos do discurso de Arthur durante os atendimentos, foi possível dizer que ele utilizou os símbolos como uma forma de expressão para conseguir elaborar os conflitos decorrentes do adoecimento, como por exemplo, o medo da morte e sua perda de funcionalidade.

REFERÊNCIAS

Barreto, A. F. (2012). Da morte simbólica à morte real: o processo de individuação em pacientes terminais. In: Bilotta, F. A.; Amorim, S. (2012). A psicologia junguiana entra no hospital: diálogos entre corpo e psique. São Paulo: Vetor.

Dahlke, R. (2007). A doença como linguagem da alma. São Paulo: Editora Cultrix.

Dethlefsen, T., Dahlke, R. (1997) A doença como caminho. São Paulo: Editora Cultrix.

Juchem, J.A.S., Daltroso, C. R., Carniel, C.A. (2016). Observação sobre senescência e senilidade em instituições de longa permanência. [ebook] Rio Grande do Sul. Disponível em: <https://www.publicacoeseventos.unijui.edu.br/index.php/salaconhecimento/article/viewFile/6520/5296> [Acessado em 27 Ago. 2019].

Jung, C.G. (2017) O homem e seus símbolos. Rio de Janeiro: Nova Fronteira (Trabalho original publicado em 1964).

Jung, C.G. (1987) Psicologia e religião. 3. ed. Petrópolis: Vozes. Jung, C.G. (1984) Psicologia do inconsciente. São Paulo. Vozes.

Jung, C.G. (1991). Tipos psicológicos. Petrópolis: Vozes. (Trabalho original publicado em 1949).

Laham, C. F. (2010) Papel da psicologia. In Yamaguchi, A. M., Higa-Taniguchi, K. T.; Andrade, L.; Bricola, S. A. P.; Jacob Filho, W.; Martins, M. A. (Orgs.). Assistência domiciliar: uma proposta interdisciplinar. Barueri, SP: Manole. pp. 71-75.

Laham, C. F.; Chiba, T. (2007) O paciente terminal. In Lucia, M. C. S.; Quayle, J. (Orgs.). Adoecer – As interações do doente com sua doença. São Paulo, SP: Atheneu. pp. 197-212 – 2ª ed.

Serbena, C. A. (2010). Considerações sobre o inconsciente: mito, símbolo e arquétipo na psicologia analítica. Revista da Abordagem Gestáltica, 16(1), 76-82. Recuperado em 05 de junho de 2019, de http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1809-68672010000100010&lng=pt&tlng=pt.

Serralta, F. B., Nunes, M. T., Eizirik, C. (2011). Considerações metodológicas sobre o estudo de caso na pesquisa em psicoterapia. Estudos de Psicologia, 28 (4), 501-510. <https://www.redalyc.org/pdf/3953/395335660010.pdf>

Silva, G., Costa, L. P. P., Souza, D., Santos, A., Aguiar, A. (2018). Repercussões do adoecimento crônico na saúde mental de pessoas idosas. Revista de Enfermagem UFPE on line, [online] 12(11), p.2923. Available at: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/view/234540/30478> [Accessed 28 Aug. 2019].

Yamaguchi, A.M.; Andrade, L. (2010) Núcleo de Assistência Domiciliar Interdisciplinar (NADI) In Yamaguchi, A. M., Higa-Taniguchi, K. T.; Andrade L.; Bricola, S. A. P.; Jacob Filho, W.; Martins, M. A. (Orgs.). Assistência domiciliar: uma proposta interdisciplinar. Barueri, SP: Manole. pp. 2-10