



SUZANA DE ALBUQUERQUE PAIVA

CORAÇÕES HIPERMODERNOS:

Um estudo qualitativo realizado com mulheres atendidas em serviços privados no Brasil sobre eventos de vida, traços de personalidade e os sentidos e significados atribuídos ao infarto do miocárdio e ao câncer de mama.

Campinas

2014



**UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS
FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS**

SUZANA DE ALBUQUERQUE PAIVA

CORAÇÕES HIPERMODERNOS:

Um estudo qualitativo realizado com mulheres atendidas em serviços privados no Brasil sobre eventos de vida, traços de personalidade e os sentidos e significados atribuídos ao infarto do miocárdio e ao câncer de mama.

Orientador: Prof. Dr. Joel Sales Giglio

Coorientadora: Prof. Dra. Carmen Silvia Passos Lima

Tese de Doutorado apresentada à Pós-Graduação da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas - UNICAMP para obtenção do título de Doutora em Ciências Médicas, área de Ciências Biomédicas.

**ESTE EXEMPLAR CORRESPONDE À VERSÃO FINAL
DA TESE DEFENDIDA PELA ALUNA SUZANA DE
ALBUQUERQUE PAIVA E ORIENTADA PELO PROF.
DR. JOEL SALES GIGLIO.**

Campinas

2014

Ficha catalográfica
Universidade Estadual de Campinas
Biblioteca da Faculdade de Ciências Médicas
Maristella Soares dos Santos - CRB 8/8402

P166c Paiva, Suzana de Albuquerque, 1947-
Corações hipermodernos : um estudo qualitativo realizado com mulheres atendidas em serviços privados no Brasil sobre eventos de vida, traços de personalidade e os sentidos e significados atribuídos ao infarto do miocárdio e ao câncer de mama / Suzana de Albuquerque Paiva. – Campinas, SP : [s.n.], 2014.

Orientador: Joel Sales Giglio.
Coorientador: Carmen Silvia Passos Lima.
Tese (doutorado) – Universidade Estadual de Campinas, Faculdade de Ciências Médicas.

1. Pesquisa qualitativa. 2. Hipermodernidade. 3. Infarto do miocárdio. 4. Neoplasias da mama. 5. Psiconeuroimunologia. 6. Neuroendocrinologia. I. Giglio, Joel Sales, 1941-. II. Lima, Carmen Silvia Passos, 1957-. III. Universidade Estadual de Campinas. Faculdade de Ciências Médicas. IV. Título.

Informações para Biblioteca Digital

Título em outro idioma: Hypermodern hearts : a qualitative study with women treated in private services in Brazil about life events, personality traits and meanings given to myocardial infarction and breast cancer

Palavras-chave em inglês:

Qualitative research

Hypermodernity

Myocardial infarction

Breast neoplasms

Psychoneuroimmunology

Neuroendocrinology

Área de concentração: Ciências Biomédicas

Titulação: Doutora em Ciências Médicas

Banca examinadora:

Joel Sales Giglio [Orientador]

Otávio Rizzi Coelho

Benito Pereira Damasceno

Jacqueline de Oliveira Moreira

Clarissa Mendonça Corradi-Webster

Data de defesa: 07-02-2014

Programa de Pós-Graduação: Ciências Médicas


BANCA EXAMINADORA DA DEFESA DE DOUTORADO

SUZANA DE ALBUQUERQUE PAIVA

Orientador (a) PROF(A). DR(A). JOEL SALES GIGLIO

Coorientador (a) PROF(A). DR(A). CARMEN SILVIA PASSOS LIMA

MEMBROS:

1. PROF(A). DR(A). JOEL SALES GIGLIO 

2. PROF(A). DR(A). JAQUELINE DE OLIVEIRA MOREIRA 

3. PROF(A). DR(A). CLARISSA MENDONÇA CORRADI-WEBSTER 

4. PROF(A).DR(A). OTAVIO RIZZI COELHO 

5. PROF(A).DR(A). BENITO PEREIRA DAMASCENO 

Programa de Pós-Graduação em Ciências Médicas da Faculdade de Ciências Médicas
da Universidade Estadual de Campinas

Data: 07 de fevereiro de 2014

Dedicatória

Para

Mateus e Larissa,

Aline e Duane,

por quem meu coração bate mais forte!

Também dedico este trabalho àquele que abriu para mim o caminho de uma verdadeira fonte de realização pessoal e profissional: o Dr. Joel Sales Giglio

E para Reverend Swami Pareshanandaji Maharaj, que me iniciou no caminho que leva a uma fonte imprescindível: a fonte do aprimoramento espiritual.

Agradecimentos

Agradeço de coração

Ao meu orientador, Dr. Joel Sales Giglio, que abriu as portas do Doutorado para mim, possibilitando a realização de um grande sonho, o doutorado, e, com ele, poder instaurar a residência da psicologia no hospital. Agradeço por ter me acompanhado durante este percurso em busca de mais conhecimentos. Suas orientações fundamentadas na abordagem junguiana foram, e serão sempre, preciosas para mim.

À minha Coorientadora, Dra. Carmen Sílvia Passos Lima, por sua inestimável orientação no campo da Oncologia e da pesquisa científica.

Ao professor Dr. Egberto Turato, por ter me ensinado sobre a pesquisa qualitativa no campo da saúde, e sobre o rigor e a técnica científica.

Ao Dr. Francisco Rezende Silveira, por suas orientações e contribuições no campo da Cardiologia, desde o Mestrado, e pelos ensinamentos passados através da prática clínica no CTI do hospital, que me levaram a reconhecer mais especificamente a importância e a beleza da área da cardiologia.

Ao Dr. Henrique Salvador, por suas preciosas contribuições na área da Mastologia, pelo apoio sempre presente e pela extrema confiança no trabalho da psicologia hospitalar.

Aos Professores da Banca, Dr. Otavio Rizzi Coelho, Dr. Benito Pereira Damasceno, Dra. Jacqueline Moreira Oliveira e Dra. Clarissa Corradi-Webster, o meu profundo agradecimento pela gentileza, pelo exemplo de profissionalismo, pelo estímulo, pelas contribuições que tornaram a minha tese melhor, e pelo carinho e dedicação.

Aos Professores suplentes da Banca, Dr. Enio Buffolo, Dr. Wilson Nadruz Jr e Dr. Raimundo Nascimento meus sinceros agradecimentos pela atenção dedicada e pelo interesse sobre a minha pesquisa.

Aos funcionários da Faculdade de Ciências Médicas e do Departamento de Psicologia Médica e Psiquiatria, obrigada pela atenção e pela colaboração sempre que solicitada.

A Marley Vieira Rodrigues, secretária do Dr Francisco Resende Silveira no CTI-D do hospital SEMPER e Andréa Aragão M. Guimarães, secretária do Dr Henrique Salvador no hospital Mater Dei, o meu muito obrigado pelas informações e dados repassados, a pedido dos médicos, de forma profissional, ética, gentil e colaboradora.

As colegas do doutorado, meu agradecimento sincero pelas colaborações e pela companhia.

Aos queridos amigos e amigas que me escutaram, me acompanharam nesta trajetória de trabalho e estudo e, sobretudo, me apoiaram sempre, incondicionalmente, sempre acreditando que o que eu estava fazendo era muito importante; a eles e elas que confiaram e tornaram-se fontes de segurança e estímulo, meu muito obrigado.

Um especial agradecimento às pacientes entrevistadas, que abriram para mim seus corações, contribuindo com suas experiências de vida e com suas visões sobre o Infarto Agudo do Miocárdio, a Síndrome de Takotsubo e o Câncer de Mama. Com elas, pude aprender muito; pude também admirá-las profundamente.

Epígrafe

No man is an island, entire of itself; every man is a piece of the continent, a part of the main; if a clod be washed away by the sea, Europe is the less, as well as if a promontory were, as well as if a manor of thy friend's or of thine own were: any man's death diminishes me, because I am involved in mankind, and therefore never send to know for whom the bell tolls; it tolls for thee.

(DONNE, John. Meditation XVII. Landmark Ltda. 2007)

Nenhum homem é uma ilha, isolado em si mesmo; todo homem é um pedaço do continente, uma parte do todo; se um torrão de terra for levado pelo mar, a Europa fica diminuída, assim como se fosse um promontório, assim como se fosse o solar de seus amigos ou o seu próprio solar: a morte de qualquer homem me diminui, porque eu sou parte da humanidade, e, portanto, nunca pergunte por quem os sinos dobram; eles dobram por ti.

(DONNE, John. Meditações XVII. Poeta inglês do século XVI. Tradução da autora)

RESUMO

Este estudo tem como tema central o indivíduo hipermoderno, suas formas de reagir e atuar no mundo contemporâneo e os determinantes psicossociais envolvidos no adoecimento. Enfatiza características e demandas da hipermodernidade e seus efeitos na saúde dos indivíduos. Desvela eventos de vida considerados traumáticos que, de acordo com as pacientes entrevistadas, contribuíram para o adoecimento. Analisa traços de personalidade, de acordo com a teoria dos arquétipos, e os significados atribuídos pelas pacientes às suas patologias: Infarto Agudo do Miocárdio (IAM) e Câncer de Mama (CM). A pesquisa foi realizada em dois hospitais privados do Brasil. Fundamenta-se na metodologia clínico-qualitativa, tendo como recursos metodológicos a entrevista semidirigida e o procedimento desenhos-estórias, aplicados durante o período de hospitalização e logo após a alta hospitalar (15 a 30 dias). As entrevistas foram tratadas com base na análise de conteúdo, e o procedimento desenhos-estórias, à luz da Psicologia Analítica. Sete pacientes do sexo feminino são os sujeitos da pesquisa, segundo critério de saturação teórica: duas com IAM, uma com a síndrome de *Takotsubo*, causa rara de choque cardiogênico devido a um aneurisma agudo do ventrículo esquerdo, na ausência de coronariopatia; três com CM e uma com ambas as patologias. Por meio da análise das entrevistas e dos símbolos presentes nos desenhos, observaram-se demandas da sociedade hipermoderna por *hiperformance* e *hiperfeição*, ligadas ao adoecimento, quando em excesso. Na trajetória simbólica de vida expressa por meio dos desenhos, identificaram-se os três tipos de pensamento presentes na estrutura da *psique*, fundamentais para o equilíbrio psíquico: racional, simbólico e mitológico. As imagens consteladas nas trajetórias de vida e morte, contidas na sequência dos cinco desenhos de cada paciente, possibilitaram a realização de uma investigação clínica da personalidade mediante uma análise mais profunda das expressões arquetípicas do feminino, com base na Mitologia Grega. Os arquétipos surgem enquanto estruturas fundamentais do imaginário dos indivíduos, como forma simbólica de expressão do inconsciente coletivo. Destacam-se imagens arquetípicas do herói, da grande mãe, do *self*, do amor (*Eros*) e dos conceitos religiosos. O motivo da casa, presente nos desenhos de todas as pacientes desta pesquisa, mostrou sua importância como representação simbólica do corpo, como relação com o tempo através das memórias de vida e como ponto de referência no pós-operatório para um caminho futuro ao longo da vida. Eventos de vida traumáticos, como separações dolorosas, estresse laboral e amoroso, morte de pessoas queridas com luto não elaborado, foram observados. Tais situações podem fragilizar e, conseqüentemente, reduzir a habilidade de reação do sistema imunológico,

causando adoecimento. Concluímos que o infarto e o câncer de mama afetam as mulheres profundamente; que compreender os significados atribuídos às doenças contribui para o equilíbrio mental e a expansão da consciência; e que os conhecimentos adquiridos poderão ser cruciais para a prevenção, tanto primária quanto secundária. O estudo tem caráter inédito pelo uso de expressões gráficas, e sugere que o trabalho de acompanhamento psicoterapêutico no hospital sustenta e promove transformações pessoais, necessárias para que pacientes possam suportar o adoecimento e alcançar experiências de vida mais significativas e saudáveis.

Palavras-chave: Pesquisa Qualitativa, Hipermodernidade, Infarto Agudo do Miocárdio (IAM), Câncer de Mama (CM), Síndrome de *Takotsubo*, Psiconeuroendocrinoimunologia, Eventos de vida, Sentidos e significados, Expressões do Feminino, Arquétipos.

ABSTRACT

This study highlights the hypermodern individual, the ways he reacts and lives in the contemporary world and the psychosocial determinants involved in illness. It focuses on the characteristics and demands of hypermodernity and their effects on the individual's health. It aims to reveal life events that were experienced as traumatic and that, according to the patients interviewed, contributed to their illness. It analyses the personality traits according to the theory of the archetypes and the meanings given by the patients to their illnesses: Acute Myocardial Infarction (AMI) and Breast Cancer (BC). The research was carried out at two private hospitals in Brazil. The study is based on the Clinical Qualitative Method, through semi-directed interview and the Drawings-Stories Procedure, in an intentional sample, closed by saturation, during the period of hospitalization and immediately after being discharged from hospital (15 to 30 days). The interviews were studied based on content analysis and the drawings-stories in the light of Analytical Psychology. The subjects were seven female patients: two with Acute Myocardial Infarction (AMI), one with *Takotsubo* syndrome, a rare cause of cardiogenic shock due to an acute left ventricular aneurysm in the absence of coronariopathy, three with Breast Cancer (BC) and one with both pathologies. Through the analysis of the interviews and the symbols present in the drawings, we observed modern society's demands for *hyperformance* and *hyperfection*, which when excessive are linked to illness. Through the symbolic trajectory of life and death expressed in the drawings, we observed the three types of thought in the structure of the *psyche* forming the basis for mental equilibrium: rational, symbolic and mythological. The images clustered in the life and death trajectories, present in the sequence of the five drawings of each patient, permitted the clinical investigation of the personality, through a deeper analysis of the archetypal expressions of the feminine, based on Greek Mythology. The archetypes arise as archaic, important figures of the individual's imagery, as a symbolic expression of the collective unconscious. The most important images are the archetype of the hero, the great mother, the *self*, love (*Eros*) and religious concepts. The motif of the house, present in the drawings of all patients in this research, showed its importance as a symbolic representation of the body, as a relation to time through life's memories and as a post-surgical starting point of reference in the path ahead. Traumatic life events, as painful separations, work and love related stress, death of dear ones, with unresolved grief, may cause fragility and lower the immune system's ability to react, causing damage to health. In conclusion, infarction and breast cancer deeply affect women's lives; that understanding the meanings given to illness can contribute to mental stability and to the expansion

of consciousness. Such knowledge may be crucial for both primary and secondary prevention. The study is unique in its use of graphic expressions, and suggests that psychotherapeutic work at the hospital may contribute to positive self-transformation, indispensable for the patients to cope with their illness and to achieve meaningful and healthier life experiences.

Keywords: Qualitative Research, Hypermodernity, Acute Myocardial Infarction (AMI), Breast Cancer (BC), *Takotsubo* Syndrome, Psychoneuroendocrinology, Life events, Senses and Meanings, Feminine Expressions, Archetypes.

LISTA DE QUADROS, FIGURAS E ABREVIATURAS

QUADROS

Quadro 1. Eventos de vida (Table 1 – Artigo 1)

Quadro 2. Imagens arquetípicas consteladas

Quadro 3. Expressões do feminino

FIGURAS

Figura 1. A trajetória de Lena - IAM e CM

Figura 2. A trajetória de Ana - CM

Figura 3. A trajetória de Fátima - IAM

Figura 4. A trajetória de Sofia - CM

Figura 5. A trajetória de Cristal - CM

Figura 6. A trajetória de Marina - Síndrome de *Takotsubo*

Figura 7. A trajetória de Vivian - IAM

ABREVIATURAS

AVC – Acidente Vascular Cerebral

BIREME/OPAS/OMS - Centro Latino-Americano e do Caribe de Informação em Ciências da Saúde

BIV – BiVentricular-Ressincronizador Cardíaco (CDI-BIV)

CDI – Marcapasso cardioversor-desfibrilador

CM – Câncer de Mama

CTI – Centro de Terapia Intensiva

DAC – Doença Arterial Coronária

D-E – Desenhos-Estórias

ECG – Eletrocardiograma

FCM – Faculdade de Ciências Médicas

HAS – Hipertensão Arterial Sistêmica

HF – História Familiar

HMA – História da Moléstia Atual

HPP – História Pgressa Patológica

IAM - Infarto Agudo do Miocárdio

Lilacs - Latin-American and Caribbean Literature in Health Services

Medline - International Literature in Health Sciences

QP – Queixa Principal

PA – Pronto Atendimento

SciELO - Scientific Eletronic Library Online

UCO - Unidade Coronariana

UNICAMP - Universidade Estadual de Campinas

WHO - World Health Organization

CONSIDERAÇÕES PRELIMINARES

Os dezoito anos de trabalho nas áreas da Mastologia e da Cardiologia, no Centro de Terapia Intensiva (CTI) e na Unidade Coronariana (UCO) do Hospital Prontocor de Belo Horizonte, em Minas Gerais, foram de importância fundamental para minha vida pessoal e profissional, servindo de incentivo e inspiração para vários estudos e pesquisas, inclusive para esta tese de doutorado.

O Departamento de Mastologia do hospital ofereceu-me uma oportunidade única de atuação no campo da Psicologia Hospitalar. Era um sonho que se tornava realidade; realmente uma experiência rica e gratificante. Trabalhar com as pacientes que se internavam e se preparavam para uma cirurgia de mama foi um primeiro desafio.

Desenvolvi um programa de acompanhamento pré e pós-cirúrgico, incluindo atendimentos individuais e o trabalho de grupo. O resultado mostrava-se positivo, as pacientes transformavam-se e agradeciam. A partir dessa oportunidade de trabalhar na equipe da mastologia e da cirurgia plástica do hospital, acompanhando as pacientes cirúrgicas, realizando pesquisas e orientando os alunos do curso de Psicologia Hospitalar, teoria e prática, que então ministrava, adquiri certo conhecimento dos traços de personalidade dessas pacientes e das expressões arquetípicas do feminino. (Resultados – Artigo 2).

Logo a diretoria do hospital convidou-me para atuar também no CTI. Primeiramente, mergulhei no universo feminino, em suas particularidades. Durante vários anos, atendi somente um paciente do sexo masculino com câncer de mama. As expressões da personalidade das pacientes da mastologia eram visíveis e criativas, muitas vezes, complexas. Em seguida, atuando na UCO, deparei-me com pacientes, em sua grande maioria, do sexo masculino, coronarianos, personalidade dita tipo A. Na minha visão, pacientes com traços típicos do herói mitológico, que é forte, destemido e tende a ultrapassar o seu *métron*, sua medida, na busca de realizações, como observado na mitologia dos povos. Com o decorrer do tempo, foram surgindo, pouco a pouco, as mulheres infartadas. Lembro-me da primeira paciente com Infarto Agudo do Miocárdio (IAM) no CTI. Quando o médico falou que era um caso de infarto, eu me perguntei: “o que esta mulher está fazendo aqui?” Aquele era, até então, de acordo com a minha experiência,

um universo masculino. Esse universo, porém, foi mudando com o tempo. Minha vivência com estes dois mundos, o feminino e o masculino, com pacientes hospitalizados, foi sempre instigante, motivo de curiosidade, atenção e cuidado.

A partir dessa longa experiência, muito rica e profunda, e dos estudos sobre a hipermodernidade, passei a questionar: como são esses indivíduos hipermodernos, que buscam se realizar de formas sensíveis e extremas, como eles reagem aos diferentes eventos de vida e quais os significados atribuídos ao seu processo de adoecimento? Poderíamos pensar em alguns traços de personalidade que contribuiriam para o desencadeamento de determinadas patologias? E a partir daí, pensarmos em uma prevenção mais adequada e eficiente? Existiriam ligações estreitas dos sistemas neurológico, imunológico, endocrinológico com a *psique* e o coração? E, se existem, como são e como agem, como se inter-relacionam? Como explicá-las, à luz da Psicologia? (Resultados – Artigo 1).

Busquei, portanto, compreender o indivíduo hipermoderno em suas formas de reagir e atuar no mundo contemporâneo; saber como vivem os “corações hipermodernos”, o que os faz sofrer e adoecer, quais eventos de vida causam maior impacto, e quais os sentidos dados a eles. Saber o que afeta uma personalidade, interferindo em sua saúde física e psíquica, causando o surgimento, desenvolvimento ou agravamento de certas patologias, como o Infarto Agudo do Miocárdio (IAM), a Síndrome de *Takotsubo* e o Câncer de Mama (CM), considerando também os aspectos fisiopatológicos já instalados. (Resultados – Artigos 1 e 3).

Para compreender o universo das emoções e das manifestações da *psique*, nessa área da saúde, foquei no campo psíquico-emocional, em sua integração corporal e relacional.

O enigma maior seríamos nós mesmos? Quem somos nós? O que nos leva a atuar, muitas vezes, de forma adoecedora? Por que nem sempre aderimos ao tratamento? Como compreender os enigmas da *psique*? Encontramo-nos diante do reflexo da famosa citação latina, Sátira X, do poeta romano Juvenal: “*Mens sana in corpore sano*”. (“*Uma mente sã em corpo sã*”).

SUMÁRIO

RESUMO.....	xiii
ABSTRACT	xv
CONSIDERAÇÕES PRELIMINARES	xix
1. INTRODUÇÃO.....	23
1.1. Hipermodernidade.....	27
1.2. Saúde e Personalidade.....	29
1.2.1. Personalidade Tipo A e D — Patologias do coração: Infarto Agudo do Miocárdio.....	30
1.2.2. Personalidade Tipo C — Perfil Câncer.....	32
1.2.3. Psiconeuroendocrinoimunologia — a mente e o corpo em um só coração	34
1.2.4. Expressões do Feminino na área da Saúde — um olhar sobre as expressões arquetípicas do feminino com base na Mitologia Grega e na Psicologia Analítica.....	36
2. OBJETIVOS.....	41
2.1. Geral.....	41
2.2. Específicos	41
3. SUJEITOS E MÉTODOS	43
3.1. Método Qualitativo	43
3.2. Recursos Metodológicos	45
3.3. Pacientes e procedimentos	47
3.4. Técnica de análise e interpretação dos dados.....	50
3.5. Aspectos Éticos	51
4. RESULTADOS	53
4.1. Trajetórias de Vida e Morte: Lena, Ana, Fátima, Sofia, Cristal, Marina e Vivian ...	53
4.2. Imagens Arquetípicas consteladas nas trajetórias de vida e morte das pacientes — Quadro 2.....	88
4.3. Expressões do Feminino na Área da Saúde: um olhar sobre as expressões arquetípicas do feminino com bases na Mitologia Grega e na Psicologia Analítica — Quadro 3.....	90
5. DISCUSSÃO	95

6. CONCLUSÕES	105
REFERÊNCIAS	109
ANEXOS	119
Anexo 1 - Produções Bibliográficas.....	119
Artigo 1: Hypermodern Hearts: what makes them suffer and become ill? A qualitative study with women treated in private services in Brazil about life events and meanings given to myocardial infarction and breast cancer.	120
Table 1.Patient’s fictitious names, age, marital status, type of surgery and life events considered traumatic and contributing to the process of illness	142
Artigo 2 - Individuation and the Feminine Soul: Study of Feminine Archetypal Images carried out on Surgical Patients.	147
Artigo 3 - Síndrome de <i>Takotsubo</i> : quando o estresse emocional faz partir o coração.	169
Artigo 4 - “ <i>There is no stronger pain than the pain of death. The pain of an infarction is the pain of death.</i> ” Symbolic meanings expressed by Brazilian patients about the acute myocardial infarction.....	171
Apresentações dos resultados preliminares em Congressos no Brasil e no Exterior:.	177
Anexo 2 – Protocolo do Comitê de Ética em Pesquisa	181
Anexo 3 – Cartas de recebimento dos artigos submetidos.....	182
APÊNDICE - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TECLE	185

1. INTRODUÇÃO

Na presente tese, buscou-se analisar os efeitos do mal-estar social na dinâmica da saúde e desvelar expressões do feminino atuante no contexto da hipermodernidade, caracterizada por Aubert (1) como uma sociedade de modernidade exacerbada, regida pela noção de excesso e de superação. Trata-se, portanto, de um estudo que tem uma perspectiva psicossomática, buscando compreender um pouco sobre este vasto universo das emoções e das manifestações da psique, em sua integração corporal e relacional.

O estudo tem caráter inédito por usar expressões gráficas feitas por pacientes adultas com Infarto Agudo do Miocárdio (IAM), com a Síndrome de *Takotsubo*, outras com Câncer de Mama (CM) e por uma paciente com ambas as patologias (IAM e CM). Os desenhos-estórias são testemunhos de vivências, de sentidos e significados relacionados à morte e às próprias patologias, à vida amorosa, familiar e laboral. Elas puderam expressar, com toda a emoção característica do feminino e dos momentos de hospitalização, as experiências vividas com o adoecimento e refletir sobre a vida e a morte por meio dos desenhos-estórias além dos dados das entrevistas. A paciente acometida por ambas as patologias pôde contribuir com sua visão mais ampla, fundamentada em suas experiências com o IAM como também com o CM, pois, logo após a segunda cirurgia de mama, durante a fase da radioterapia, ela sofreu um infarto agudo do miocárdio.

Os recursos utilizados não foram encontrados na literatura, a partir de levantamento bibliográfico desde 2005, nas bases de dados MEDLINE, PUBMED, BIREME/OPAS/OMS, LILACS e SciElo.

Portanto, o uso de expressões gráficas e simbólicas, com suas associações e significados, em pesquisa com pacientes adultas, acometidas pelo IAM, pela Síndrome de *Takotsubo* e o CM, torna-se assim, de acordo com a busca realizada, um estudo original.

As sete pacientes do sexo feminino que participaram da pesquisa são: Lena, Ana, Fátima, Sofia, Cristal, Marina e Vivian. Por questões de ética, foram apresentados nomes fictícios para se preservar a identidade das pacientes.

Lena ajuda a compreender os sentidos e significados atribuídos ao Infarto Agudo do Miocárdio (IAM) e ao Câncer de Mama, pois ela passou pela experiência de ambas as patologias estudadas. Logo após a segunda cirurgia de mama, ela infartou.

Interessante notar que essa paciente, acometida pelas duas patologias, revela em sua trajetória de vida imagens arquetípicas de conteúdo similar às consteladas nas expressões das pacientes Fátima (IAM) e Ana (CM) com bastante intensidade, ou seja, tanto o desejo intenso pela conquista profissional e o sucesso, como, intenso também, o desejo pelo amor, os cuidados maternos e a busca de si mesma e da fé.

Dados Clínicos a partir do prontuário e da anamnese da paciente:

Diagnóstico: CID: 410. IAM, durante a fase de radioterapia, para tratamento de CM. Sofreu uma traição e uma separação no casamento. Profissão: Psicóloga.

A trajetória de **Ana** revela eventos de vida traumáticos, como a perda de entes queridos que, de acordo com a paciente, contribuiu para o seu adoecimento. Ela perdeu um filho quando ele estava com 25 anos de vida.

Dados Clínicos a partir do prontuário e da anamnese da paciente:

Paciente com 57 anos, casada, com três filhos. Idade quando do nascimento dos filhos: 19, 23 e 25. Os primeiros sintomas apareceram em 05/2009: apresentando nódulo de mama direita com *core biopsy* positiva para CM. Perdeu um filho em 1995. Cirurgia realizada: quadrantectomia com pesquisa de linfonodo sentinela e esvaziamento axilar direito. Encaminhada para quimioterapia adjuvante.

Fátima, em sua trajetória de vida, revela características e demandas da hipermodernidade, e também seus efeitos na saúde dos indivíduos. Ela sofreu muito estresse laboral. Após um tempo de muito trabalho, atuando nos turnos da manhã, tarde e noite, sem descanso, sem uma boa remuneração, ela afirma que, nesse momento, estressou demais e sofreu um infarto agudo do miocárdio. Esse caso exemplifica bem o tipo do modelo de estresse laboral, o modelo desequilibrado entre esforço-recompensa, (2,3). O estresse emocional vivido na relação com os filhos também era uma constante em sua vida. Relata ainda um sofrimento intenso relativo à perda de sua irmãzinha de 5 anos, de forma traumática; o remédio dado a ela por engano para curar uma gripe era, na verdade, um veneno para gado.

Dados Clínicos a partir do prontuário e da anamnese da paciente:

Queixa Principal (QP): Dor no peito.

História da Moléstia Atual (HMA): Dor de início súbito no peito, por volta das 23h30min de ontem, associada a náuseas e sudorese. Dor em aperto na região precordial. Admitida no Pronto Atendimento (PA) às 00h20min, ainda com dor, que melhora após Isordil sub-lingual. O ECG da admissão apresentando inversão de T de V1 a V5. A Troponina elevada, com 0,49 (o valor normal (VN) é menor do que 0,16). CKMB sem elevação até a 2ª amostra.

História Pgressa Patológica (HPP): Paciente portadora de Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS), dislipidemia, obesidade e hipotireoidismo, síndrome dispéptica.

História Familiar (HF): positiva para Insuficiência Coronariana (ICO).

Hipótese Diagnóstica: IAM SSST (sem supra de ST), dá segmento com H. Pylori e varizectomia.

Sofia relata seu esforço, trabalhando desde muito nova para ajudar a mãe, na roça, e a sensação de ter perdido um pouco a infância, fase importante para a paciente. Hoje, se recuperou, pois brinca muito com os netos, assim como brincava com o filho. Também gostava de ensinar e desenhar para eles.

Dados Clínicos a partir do prontuário e da anamnese da paciente:

Paciente com 68 anos, casada. Idade quando do nascimento dos filhos: 31 e 37. Os primeiros sintomas apareceram em 2007. Apresentando microcalcificações agrupadas em mama esquerda com acompanhamento. Aumento de microcalcificações na última mamografia. Realizada quadrantectomia de mama esquerda em 03/09/2010, com diagnóstico positivo para CA *ductal in situ*. Encaminhada para radioterapia adjuvante. Em controle quadrimestral.

Cristal sofreu a dor de um abandono, quando o pai deixou o lar. Ela estava com apenas 4 anos de idade. Quando estava com 17, ele pediu para voltar e a mãe o perdoou. Ele estava com câncer de próstata.

Dados Clínicos a partir do prontuário e da anamnese da paciente:

Paciente com 34 anos, solteira. Não tem filhos. Os primeiros sintomas surgiram em 10/2008. Apresentando nódulos múltiplos em mama direita. Realizada *core biopsy* de nódulos de mama direita, com diagnóstico positivo para CA lobular. Realizada mastectomia radical, com reconstrução imediata, em 03/03/2009. Durante o controle, apresentou nódulo em cicatriz. Realizada ressecção de

setor de mama direita em 19/10/2010, com diagnóstico positivo para CA ductal invasivo, grau II. Encaminhada para quimioterapia e radioterapia adjuvantes. Em controle trimestral.

Marina reagiu imediatamente à notícia da morte de seu marido, que estava internado há 45 dias no CTI, sofrendo um infarto devido ao estresse emocional. Foi diagnosticada com a Síndrome de *Takotsubo*, ou *Broken Heart*, *Coeur Brisé*, uma nova síndrome cardíaca com todas as características de um infarto agudo do miocárdio (4, 5).

Dados Clínicos a partir do prontuário e da anamnese da paciente:

Paciente com 74 anos. Casada. Motivo da Admissão no CTI: IAM com coronárias normais. Paciente hipertensa e dislipidêmica prévia, iniciou pela manhã, após notícia do falecimento do esposo, dor precordial típica, opressiva, com irradiação para MSE e alteração dinâmica de ECG (inversão de onda T em parede lateral). Medicada com Tridil, com alívio, porém, sem remissão da dor. Levada à hemodinâmica e submetida à CATE, que mostrou coronárias isentas de lesões significativas, com área de acinesia apical.

Dados da Clínica Médica:

Resumo da evolução: Diagnóstico principal: IAM sem supra de ST.

Paciente previamente hipertensa e dislipidêmica, iniciou quadro de dor precordial típica, opressiva, com irradiação para MSE, após notícia do falecimento do esposo. A dor foi acompanhada de alteração dinâmica do ECG (inversão de onda T em parede lateral). Levada à hemodinâmica e submetida à CATE, que mostrou coronárias isentas de lesões significativas, com áreas de acinesia apical.

Vivian sofreu um infarto e vários eventos trombo-embólicos, no total de 18 eventos coronarianos, segundo dados da entrevista. O excesso de internações e tratamentos fragilizou o seu coração, emocionalmente, e sua psique. Segundo ela, ficou com o seu “coração partido”, e, conseqüentemente, com sua vida marcada por interrupções, devido às inúmeras internações. Foram interrupções forçadas, tanto no vivido amoroso como no laboral. Sofreu várias internações hospitalares. Tudo que começava, sofria um corte, pela questão da saúde.

Dados Clínicos a partir do prontuário e da anamnese da paciente: História Clínica Progressiva:

IAM em parede anterior, em 1995, com Acidente Vascular Cerebral (AVC) isquêmico na mesma data. Do AVC não restaram sequelas. De 1995 até 2005, evoluiu clinicamente bem, com

insuficiência cardíaca pós-infarto, mas apresentou cinco episódios de embolectomia arterial nesse período, sendo corrigida de maneira imediata. Desde o infarto, recebeu indicação para anticoagulação oral contínua e abstenção do cigarro. A paciente não conseguiu manter um controle clínico adequado com anticoagulante oral. Em 2005, foi-lhe implantado um marcapasso cardiodesfibrilador (CDI), devido a arritmias ventriculares sustentadas. Em 2008, apresentou um quadro de embolia pulmonar (anticoagulação oral inadequada). Em 2011, foi trocado o gerador de CDI e implantado um CDI + Ressincronizador (BIV). Em dezembro de 2012, evoluiu com endocardite bacteriana em cabos de eletrodos no ventrículo direito. Em janeiro de 2012, apresentou sepse por endocardite e óbito.

1.1. Hipermodernidade

Os conceitos de moderno e mesmo os do movimento pós-moderno, que superou o moderno, assim como na Sociologia, na Filosofia ou mesmo na Psicologia, encontram-se ultrapassados, no instante em que já se instalam novas formas de se viver, trabalhar, reagir e de se expressar na contemporaneidade. O conceito de “hipermoderno” foi criado por pesquisadores franceses do campo da Psicossociologia, tendo Nicole Aubert, Vincent de Gaulejac, Max Pages, Jacqueline Barus-Michel, Eugène Enriquez, Robert Castel, Claudine Haroche, Francis Jauréguiberry e Élisabeth Tissier-Desbordes como seus principais expoentes (1).

De acordo com Aubert (1), a sociedade hipermoderna tem um sentido de “exacerbação da modernidade e superação do próprio pós-moderno”. A modernidade, segundo esta autora, baseava-se fundamentalmente em três conceitos: a ideia de progresso, a ideia da razão e a da felicidade. Quando essas ideias e valores que a representavam entram em crise, pois a felicidade prometida pelo progresso e pela razão dá lugar a um adoecimento e um sentimento de perda de sentido, surge a noção de pós-modernidade, exprimindo uma ideia de ruptura com aquilo que sustentava a modernidade, notadamente o progressismo ocidental, as descobertas científicas e mais globalmente, a racionalização do mundo. A noção de pós-modernidade, utilizada a princípio na arquitetura, ao se estender progressivamente aos domínios da arte, da música, do cinema, da literatura, da Sociologia ou da tecnologia, representaria uma emancipação pela humanidade.

Na realidade, ao substituir o conceito de pós-modernidade pelo de hipermodernidade, a autora afirma que a sociedade, na qual evoluem os indivíduos contemporâneos, mudou (1).

A sociedade hipermoderna vem exibindo características de uma nova relação com o tempo e com o imaginário dos indivíduos, que acabam por se sentirem insuficientes, necessitando agir a qualquer custo e cada vez mais rápido, num cenário de urgência e de imediaticidade intensas, influenciando na pulverização do tempo, dentro de um contexto de sacralização do presente (6).

Vivemos diante de um panorama de complexidades. Na área da saúde física e mental, surgem as patologias da urgência, relacionadas ao tempo e à ação; as dos excessos, como as patologias alimentares e as da adicção; e as maquínicas, do hiperfuncionamento de si. (7). Todas elas, marcas expressivas da contemporaneidade, que oferece um cenário crítico de demandas e urgências. Gaulejac (8) explica que a hipermodernidade se caracteriza pela exacerbação das tensões nas relações entre o indivíduo e a sociedade.

O indivíduo hipermoderno vivencia conscientemente “o excesso de si”. As ofertas, as oportunidades e os desafios competitivos mostram o indivíduo hipermoderno em situações de limite, de estresse e, conseqüentemente, em situações de adoecimento.

“*Hiper(per)formance*” é um termo cunhado por Aubert (9) para exprimir a exigência de *performance* levada ao extremo pela sociedade hipermoderna. A *hiperformance* e a superação de si, *hiperfeição*, levam indivíduos a testarem constantemente seus limites. Além disso, eles vivem entregues às tiranias do tempo, que se traduzem atualmente por uma prática fundada em uma ideologia invasora: a ideologia da ação na urgência (10, 11).

Essas manifestações têm ligações com o estresse, que é considerado fator de risco para o acometimento do IAM e do CM, assim como também com a depressão. Conseqüentemente, o estresse e a depressão podem associar-se a outros fatores de risco, como o tabagismo, a hipertensão, o sedentarismo, a obesidade, a afetividade negativa, a ansiedade, etc.

Excessos e urgências são imposições atuais, que acabam por levar os indivíduos, frequentemente, ao extremo de seus limites. A hipermodernidade lhes impõe a superação de si em quase todos os sentidos e momentos, mais especificamente nos sentidos físico, intelectual, profissional e afetivo. Até na hora da morte, o importante é superar-se, o importante é transcender a sua condição humana, no desejo e na ilusão de tornar-se eterno, imortal.

“Existe no ser humano uma urgência em ultrapassar limites. Essa urgência é arquetípica, ancestral, presente na *psique* coletiva há milênios. Os mitos e também a nossa experiência clínica nos mostram que os heróis míticos de todos os tempos e também os homens comuns estão sempre tentando ultrapassar seus limites, o ‘*métron*’, a medida imposta pelos limites. Limites de tempo, de velocidade, de beleza e juventude, de força, de capacidade intelectual, de idade, etc. Porém, o limite maior é a própria morte.” (12).

Aubert (11) registra uma das características do indivíduo hipermoderno, que é a de viver o máximo em um instante, na tentativa de burlar a morte. Esta autora observa que a morte existe sempre no horizonte, e que, atualmente, a intensidade da relação vivida no presente faz com que cada momento pareça ser um pedacinho da eternidade.

No panorama da hipermodernidade, portanto, segundo Aubert (10, 11), vivenciar a dimensão de intensidade toma o lugar do desejo de alcançar a eternidade.

1.2. Saúde e Personalidade

A busca pelo conhecimento, em especial o conhecimento de si mesmo, faz parte da história do ser humano. Para Sócrates, filósofo ateniense do período clássico da Grécia Antiga, 469-399 a.C., o conhecimento de si mesmo implicava no conhecimento das próprias ações, desejos e da vida moral. Para ele, a sabedoria consistia em vencer a si mesmo, e, a ignorância, em ser vencido por si mesmo. Sua filosofia estava a serviço do conhecimento do homem e de sua vida moral. Seu espiritualismo afirmava-se no “conhece-te a ti mesmo”, mensagem escrita no templo de Apolo. Ele defendia a ideia de se conhecer melhor para ser feliz. “Conhece-te a ti mesmo” é o fundamento de toda felicidade aqui na terra. Sócrates aconselhava seus discípulos a se autoconhecerem, pois somente assim sairiam da caverna, das trevas de seus espíritos para alcançarem a luz, a verdade e a felicidade (13).

É bem conhecida a frase de Lao Tsé que diz: “Aquele que conhece os homens é inteligente. Aquele que conhece a si mesmo é iluminado” (14).

Portanto, a busca pelo conhecimento de si mesmo é histórica e imprescindível, assim como a busca pela saúde e, mais recentemente, a valorização e os cuidados com a prevenção e a qualidade de vida, numa tentativa de se evitar o adoecimento.

Diferentes eventos de vida, considerados impactantes, como luto, separações, perdas financeiras, amorosas ou laborais, entre outros, podem estar associados, dependendo dos traços de personalidade, das formas de reagir, assim como das condições fisiopatológicas instaladas, ao acometimento de determinadas patologias?

Estudos sobre as influências psicológicas e perfis de personalidade em suas associações com a Doença Arterial Coronária (DAC) e o Câncer (CA) são temas que vêm sendo pesquisados há alguns anos (15, 16, 17, 18, 19, 20, 21, 22, 23, 24, 25, 26).

Também são vários os estudos sobre depressão, sintomas depressivos, estresse, em suas associações com as doenças cardiovasculares, com o risco de IAM, com o câncer e com a mortalidade (27, 28, 29, 30, 31, 32, 33, 34, 35, 36).

O tema da personalidade, em suas associações com mortalidade, foi motivo de pesquisa, realizada em larga escala em 1989, no *French GAZEL Cohort*, com 20.625 empregados de companhias de gás e eletricidade da França: personalidade Tipo A, hostilidade, e os seis tipos de personalidade propostos por Grossarth-Maticek e Eysench – “*perfil câncer*”, “*Doença Arterial Coronária (DAC)*”, “*ambivalente*” “*saudável*”, “*racional*” e “*antissocial*” (37). Constatou-se que algumas estruturas da personalidade, como neuroticismo, por exemplo, estão associadas com a depressão, e outras, como a hostilidade, com a mortalidade.

No *French GAZEL Cohort*, os autores encontraram evidências de que a hostilidade pode explicar a associação entre a depressão e a mortalidade. O estado depressivo indicava associação com mortalidade mesmo quando excluídas causas externas de morte e se ajustando idade, sexo, nível de educação, consumo de álcool e fumo. A hostilidade cognitiva foi a única medida de personalidade que permaneceu significativamente associada com mortalidade quando levados em consideração o estado depressivo e suas variações (37).

Estudos sobre depressão (38, 39), assim como a hostilidade e o risco aumentado de IAM e mortalidade confirmam que são temas que devem ser levados em consideração (40, 41, 42, 43, 44, 45, 46).

Constatou-se que muitas tentativas têm sido feitas, por parte de diferentes pesquisadores de vários países, para compreender um pouco mais a natureza das relações entre traços de personalidade e certas patologias (25, 47, 48, 49).

Pesquisa realizada no Hospital Broussais e no Georges Pompidou de Paris mostrou que certos tipos de reações, certos traços de personalidade, contribuem para o surgimento de diferentes patologias, como, por exemplo, a personalidade tipo A, associada ao IAM, e a personalidade tipo C, ao câncer (50).

1.2.1. Personalidade Tipo A e D — Patologias do coração: Infarto Agudo do Miocárdio.

O estudo feito por Friedman e Rosenman (51) pressupõe um risco aumentado de doenças coronarianas para as pessoas que têm uma personalidade do Tipo A, implicando numa hiperreatividade hemodinâmica e neuro-humoral ao estresse. São pessoas com características tais como

racionalidade, competitividade, preocupação quantitativa, ou seja, fazer o máximo em menos tempo, em um ritmo rápido, com pressa, tentando a realização simultânea de múltiplas tarefas, bem como orgulho, traços de irritabilidade, hostilidade, agressividade, impetuosidade e impaciência. O tipo B caracteriza-se pela paciência e pela ponderação.

Escalas, perfis e projetos sobre o padrão Tipo A de personalidade foram estudados e aplicados em pesquisas científicas (52, 53, 54, 55).

Posteriormente, segundo Laham (56), surge o reconhecimento de um novo tipo de personalidade e sua ligação com a enfermidade coronária: a personalidade Tipo “D”, que se caracteriza, basicamente, por afetividade negativa, enquanto uma tendência a experienciar sensações negativas, e inibição social.

De acordo com a equipe do Dr. Denollet, na Bélgica, a personalidade Tipo D parece aumentar a afecção coronariana e favorece o risco de depressão pós-infarto agudo do miocárdio. Suas características são: inibição social e emoções consideradas negativas, tais como a ansiedade e a tristeza (57).

Estudos no Japão (58) mostram que o padrão de comportamento Tipo A, particularmente em relação ao componente hostilidade, em homens, tem menos valor como risco para a Doença Arterial Coronária (DAC) do que nos Estados Unidos.

A associação entre o padrão de comportamento Tipo A e a incidência de Doença Arterial Coronária (DAC) foi bem estabelecida em estudos *cohort* prospectivos, como o *Western Collaborative Group Study* (53) e o *Framingham Study*, nos quais ficou demonstrada a associação entre o componente da hostilidade, do Tipo A, com a incidência de DAC. A associação independente entre hostilidade e DAC foi demonstrada e confirmada em estudos prospectivos, como o *Multiple Risk Factor Intervention Trial* (58).

Outros estudos sugerem que os aspectos socioculturais também devem ser observados (59, 60, 61, 62, 63).

O estilo de vida e os comportamentos saudáveis dos indivíduos também podem influenciar e modificar os efeitos do padrão hostilidade e do Tipo A em geral (64, 65).

Segundo Rushel (66), pacientes infartados referiram como uma das causas da doença o luto não elaborado por morte de familiares. Além disso, o estudo apresentou também características de personalidade compatíveis com as descritas na literatura como tipo A e estrutura de personalidade como descrita pela Escola Francesa: falhas no desenvolvimento emocional primitivo e na

capacidade simbólica, determinando uma pobreza na simbolização e na capacidade de expressão dos sentimentos. Com essas características, diante da perda de figuras de vínculo, o pesar é reprimido, e o luto pode cronificar-se. O luto não elaborado constituiu-se um fator de risco para o infarto nos participantes da pesquisa.

Grossarth-Maticek (67) observa que os traços de personalidade podem ser determinantes, mas é na interação entre esses traços e na maneira de reagir ao estresse que o risco poderá aumentar.

1.2.2. Personalidade Tipo C — Perfil Câncer

Vinaccia (68) busca revisar a evolução do conceito do padrão de conduta Tipo C, analisando o seu desenvolvimento histórico, sua relação com os estilos de enfrentamento, suas primeiras etapas de estudo, associados a diferentes tipos de câncer e suas cinco dimensões: controle emocional, racionalidade, repressão emocional, necessidade de harmonia e compreensão.

Enquadram-se no perfil Tipo C, de acordo com Temoshok (69), indivíduos cooperativos, conciliadores e pacientes que reprimem suas emoções consideradas negativas, particularmente a cólera. Eles têm dificuldade de se afirmar, submetem-se à autoridade voluntariamente, e sacrificam suas necessidades em prol dos outros. Indivíduos com esse perfil mostram predisposições ao câncer.

De acordo com Reynaert et al. (54), a repressão das emoções e o não importar com sua própria pessoa são características da personalidade que estão associadas ao câncer.

Estudos na área da Psicologia documentaram a presença da atitude emocional de autopunição em pacientes com câncer, podendo causar a inibição do sistema imunológico, aumentando a ativação e a proliferação de linfócitos T-reguladores, que estimulam a disseminação do tumor pela supressão da imunidade anticâncer (55). Portanto, o perfil psicológico pode afetar a história clínica do paciente. Estudos clínicos preliminares mostraram que a ansiedade inibe a eficácia da imunoterapia para o câncer com IL-2 (55).

Em relação ao perfil psicológico dos pacientes com câncer, observou-se, em estudos clínicos anteriores (55), que a supressão do interesse sexual e da identidade sexual, avaliados pelo teste Rorschach, constituiu-se como uma das características mais evidentes relacionadas ao câncer.

Segundo dados encontrados em estudos na área da Psicooncologia (21, 22, 80), o câncer está associado ao declínio progressivo na percepção do prazer e com o perfil de autopunição. Com base em vários estudos, Messina (77) afirma que a repressão do prazer está associada com um status mais evidente de supressão da imunidade em pacientes com câncer, por linfopenia total e redução do número de linfócitos auxiliares (CD4+).

O problema, de acordo com Messina (59), é que, mesmo sabendo-se que o estado emocional do paciente influencia o prognóstico da doença neoplásica, a investigação do perfil psíquico não é, geralmente, incluída nos procedimentos clínicos dos pacientes com câncer, ou fica limitada à avaliação da qualidade de vida do paciente e à sua aquiescência.

Portanto, é muito importante oferecer o atendimento psicoterapêutico para os pacientes com câncer, pois, quando observados traços de autopunição, ou luto não elaborado, por exemplo, estes poderiam ser trabalhados clinicamente e, possivelmente modificados com a intervenção da prática clínica da Psicologia Hospitalar.

Outra questão a ser observada é o aspecto social em relação aos tabus referentes ao câncer.

De acordo com pesquisa realizada no Hospital Broussais e no Georges Pompidou, em Paris, são comuns perguntas como estas:

“Será que o estresse causou o meu câncer? Será que o luto causou o meu câncer ou favoreceu a recidiva? Será que a minha personalidade ou as minhas emoções causaram o câncer? Será que a minha moral pode afetar a evolução do meu tumor?” (50).

Na prática clínica em Belo Horizonte-MG, Brasil, é comum se escutar: *“Será que Deus está me castigando? Por quê? O que foi que eu fiz?”*

Essas perguntas mostram que as associações com o estilo de vida, preocupações com culpas, com o luto, com a personalidade ou posturas de vida habitam a mente e a imaginação dos pacientes, independentemente de seu país. O fator psicológico e social contido nos estigmas estabelecidos em relação ao IAM e ao CA também influenciam muito as reações pessoais.

Em pesquisas realizadas anteriormente pela autora desta tese, perceberam-se algumas diferenças nas reações dos pacientes quando se trata de falar sobre o infarto ou sobre o câncer de mama. Como se falar sobre o infarto fosse mais permitido e mais aceito, socialmente e psicologicamente, ao passo que falar sobre o câncer causasse certa inibição. O câncer carrega um estigma histórico, simbólico e cultural, presente até hoje nas mentes atuais, ligado a culpas, pecados e contágios. O tabu, portanto, é maior com o câncer do que com o infarto. Talvez também porque os conhecimentos e os possíveis procedimentos com relação ao infarto sejam mais claros e conhecidos do que os com relação ao câncer. Para falar do infarto, pacientes mostram uma prontidão, uma abertura, como se tivessem a permissão para falar da patologia.

- “Ah! Eu infartei quando meu marido saiu de casa. Ele saiu às cinco horas da tarde, e as oito eu estava entrando aqui no hospital, infartando.”

- “Eu já dancei com a morte três vezes!!! (risos).Tive três infartos!”

- *“Agora sou biônico! Sou mais forte que antes, e dos que não implantaram pontes de safena”* (o paciente submeteu-se à cirurgia para implante de quatro pontes de safena) (82).

Porém, para falar do CM, o movimento é inverso, é tímido, é sem jeito, muitas vezes até se omite o nome da patologia. Talvez porque o câncer seja considerado, por muitos pacientes, como uma doença “silenciosa, associada à morte”.

- *“O câncer é um sentimento. Foi mais difícil do que o infarto. Eu vejo o câncer como um depósito, algo que sedimentou... um depósito. Eu fui capaz de lidar com o infarto, mas não com o câncer”* (paciente com ambas as patologias).

- *“Eu estou com aquela doença ‘ruim’”*.

- *“Quando soube que estava com ‘isso’, eu não voltei mais no médico. Só depois de um ano, mais ou menos”* (83).

1.2.3. Psiconeuroendocrinoimunologia — a mente e o corpo em um só coração

Estudos neuropsicológicos, neuroanatômicos e psicossociais têm demonstrado o seu papel no aumento ou na diminuição das respostas imuno/alérgicas e revelam as comunicações bidirecionais entre os sistemas neuroendócrino, neurológico e o sistema imunológico. O eixo hipotálamo-pituitária-adrenal (HPA) e o sistema simpático adrenomedular são os componentes neuroendócrinos e neuronais primários da resposta ao estresse (53).

Atualmente, já se estabeleceu a hipótese da suscetibilidade de certas patologias crônicas não transmissíveis, como, por exemplo, o câncer, ao estresse psicossocial, às distímias afetivas, à ansiedade, à angústia e à depressão, através da mediação do sistema imunológico. Assim, segundo Reynaert et al. (54), já é bem conhecido e claramente estabelecido que a célula faça parte de um sistema complexo, que implica em numerosos mecanismos de comunicação e de interações, e que a segunda grande questão sobre o carcinogênese fundamenta-se na fragilização das defesas do organismo via fatores hormonais e imunológicos.

Para Consoli (55), o estudo das relações bidirecionais entre funcionamento psíquico e psicopatologia, por um lado, fisiologia e fisiopatologia do sistema imunológico, por outro lado, representa atualmente, uma das vias mais estimulantes das pesquisas psicobiológicas e apresenta uma esperança de elucidação, ao menos parcial, de inúmeros enigmas colocados pela experiência psicossomática. Um duplo fascínio alicerça esses trabalhos. Sabe-se claramente, nos dias de hoje, que o sistema nervoso é dotado de um poder de modulação sobre as funções imunológicas. Inversamente, o sistema imunológico parece capaz de informar permanentemente o sistema nervoso sobre seu próprio estado de funcionamento, sobretudo sobre a existência de um conflito antígenos-

anticorpos. Essas trocas bidirecionais, ou seja, o compartilhamento pelos sistemas nervoso e imunológico das propriedades em comum (tratamento da informação, memorização, contatos específicos de uma célula para outra, capacidade de secretar mediadores humorais) incitam a ver, no sistema imunológico uma imagem em espelho do sistema nervoso, os linfócitos circulantes, podendo ser comparados a um cérebro móvel, dotado de características sensoriais e efectoras. Reciprocamente, a similaridade do vocabulário empregado para se descrever certas funções imunológicas ou certas funções físicas (distinção entre o "si" e o "não si", "reações de defesa", "estímulo" ou "depressão", do humor ou das funções linfocitárias) cria a ilusão de uma relação análoga entre o equilíbrio psíquico num dado instante e a solidez concomitante das defesas imunitárias. Segundo Gachelin (56), tende-se a crer que uma "depressão nervosa" é acompanhada naturalmente de uma "depressão imunológica". Tal simplificação é certamente abusiva, e, no entanto, desde a publicação da monografia de Robert Ader, há quinze anos, sobre a "*Psiconeuroimunologia*", provas se acumulam no que diz respeito aos fundamentos científicos de tais elos privilegiados (57).

Na opinião de Scapagnini (58), juntamente com os sistemas neurológico e endocrinológico, o sistema imune é um dos três mais importantes sistemas integrativos em organismos superiores. Uma crescente evidência demonstra um relacionamento estreito entre o sistema imunológico e os sistemas endócrino e neurológico. O sistema psiconeuroendocrinológico pode influenciar a resposta imune e conseqüentemente a capacidade do organismo de lidar com a doença, e o sistema imunológico pode ter um impacto na função neuroendocrinológica. Tal troca de informações entre os sistemas depende de ondas de *feedback*, funcionando para manter o equilíbrio homeostático.

De acordo com Messina et al. (59), somente recentemente, com o desenvolvimento da psiconeuroendocrinoimunologia (PNEI), foi possível se estabelecer que a influência psicológica no crescimento do câncer é mediada pelo sistema imunológico e, também, puderam-se definir melhor os mecanismos imunológico e psiconeuroendócrino, responsáveis por tais influências no prognóstico dos pacientes. Sabe-se, ainda, com os conhecimentos adquiridos pela psiconeuroendocrinoimunologia, que as respostas imunológicas, inclusive as de imunidade anticâncer, estão fisiologicamente sob controle psiconeuroendócrino, que representa a mediação química entre as emoções e os estados de consciência.

Para Reynaert et al. (54), a psiconeuroendocrinoimunologia constitui-se como uma primeira pista de mediação interdisciplinar suscetível de sustentar as relações entre psicologia e câncer.

Quanto ao infarto, a *American Heart Association* (60) já assinalava uma crescente evidência científica apontando para a relação entre o risco da doença cardiovascular e fatores ambientais e psicossociais, como, por exemplo, pressão no trabalho, isolamento social e características de personalidade.

1.2.4. Expressões do Feminino na área da Saúde — um olhar sobre as expressões arquetípicas do feminino com base na Mitologia Grega e na Psicologia Analítica

Um dos objetivos do presente estudo é desvelar as expressões do feminino na área da saúde, assim como as formas como essas expressões se revelam em determinadas situações de vida.

Este objetivo partiu da experiência clínica e de pesquisa da autora desta tese com mulheres que receberam o acompanhamento psicoterapêutico nos períodos pré, per e pós-cirúrgicos, como também com as pacientes que receberam o acompanhamento durante a hospitalização e no pós-cirúrgico e, ainda assim, ainda que fragilizadas, buscam se realizar. O que motiva, é o fato de se acreditar no valor deste trabalho e na possível contribuição científica para a área da Psicologia Médica.

Observou-se a importância dessas expressões no sentido e no desejo de se alcançar uma realização mais plena, por meio da busca pela totalidade, como em Jung (51), ao afirmar que “o escopo mais amplo e o mais forte dos desejos consiste no desenvolvimento daquela totalidade do ser humano, à qual se dá o nome de personalidade”. Personalidade vista como totalidade psíquica, dotada de decisão, resistência e força (52).

Reconhecer em si, por meio de métodos clínicos adequados, tais como a Análise Junguiana, as formas de expressão do feminino que, quando anuladas ou carregadas de emoções negativas, como culpas, medo, depressão, ansiedade ou excessos, estariam interferindo na saúde, por meio das ligações entre os sistemas imunológico, endocrinológico e neurológico, de acordo com pesquisas no campo da psiconeuroendocrinoimunologia (PNEI), poderá propiciar um maior cuidado de prevenção, tanto primária quanto secundária.

Os estudos clínicos e as pesquisas realizadas no hospital propiciaram uma base sólida para a identificação de expressões arquetípicas características do universo feminino. São expressões do feminino atuante, que refletem traços de personalidade similares aos expressos pelas principais deusas do Olimpo, assim como encontrados na Mitologia Grega (ver Anexo 1 - Artigo 2) (3).

Com base na Mitologia Grega e, sob o olhar da Psicologia Analítica, partiu-se do conceito de que “o inconsciente coletivo é constituído pela soma dos instintos e dos seus correlatos, os

arquétipos. Assim como cada indivíduo possui instintos, possui também um conjunto de imagens primordiais.” (84).

A imagem primordial possui um caráter arcaico, definido quando essa imagem está em pleno acordo com motivos mitológicos familiares. Expressa, assim, segundo Jung (85), material primariamente derivado do inconsciente coletivo, implicando, ao mesmo tempo, que os fatores que influenciam a situação consciente no momento são coletivos, ao invés de pessoais. Uma imagem pessoal não tem nem um caráter arcaico nem uma significação coletiva; expressa conteúdos do inconsciente pessoal e uma situação consciente pessoalmente condicionada (85).

O inconsciente pessoal, assim como definido por Jung, é uma camada mais ou menos superficial do inconsciente, indubitavelmente pessoal. Porém, este repousa sobre uma camada mais profunda, que já não tem sua origem em experiências ou aquisições pessoais, sendo inata. Jung a denominou inconsciente coletivo, explicando que é coletivo por não ser de natureza individual, mas universal; isto é, contrariamente à psique pessoal, ele possui elementos e modos de comportamento, os quais são, *cum grano salis*, os mesmos em toda parte e em todos os indivíduos. Para Jung, são idênticos em todos os seres humanos, constituindo, portanto, um substrato psíquico comum de natureza psíquica suprapessoal que existe em cada indivíduo (86).

Segundo Jung (86), “há tantos arquétipos quantas situações típicas na vida. Intermináveis repetições imprimiram essas experiências na constituição psíquica, não sob a forma de imagens preenchidas de um conteúdo, mas precipuamente apenas *formas sem conteúdo*, representando a mera possibilidade de um determinado tipo de percepção e ação”.

Os arquétipos quase sempre se apresentam em forma de projeções, em sua maioria, projeções inconscientes. “Os arquétipos são formas de apreensão, e todas as vezes que se depara com formas de apreensão que se repetem de maneira uniforme e regular, tem-se um arquétipo, quer se reconheça ou não o seu caráter mitológico” (87).

O conceito de arquétipo indica a existência de determinadas formas na psique, que estão presentes em todo tempo e em todo lugar. A pesquisa mitológica denomina-as ‘motivos’ ou ‘temas’; na Psicologia dos primitivos, elas correspondem ao conceito de *représentations collectives* de Levy-Bruhl e, no campo das religiões comparadas, foram definidas como ‘categorias da imaginação’ por Hubert e Mauss. Adolf Bastian designou-as bem antes como “pensamentos elementares” ou “primordiais” (88).

Pode-se observar que a representação do “arquétipo”, literalmente uma forma preexistente, não é um conceito exclusivo de Jung (88). É também reconhecido em outros campos da ciência.

Do Grego, *arché* significa ‘arcaico, primordial’ e *typós*, ‘tipos, marcas’. Para Platão, a ideia é preexistente e supraordenada aos fenômenos em geral. Portanto, arquétipo nada mais é do que uma expressão já existente na antiguidade, sinônimo de “ideia” no sentido Platônico (89).

Na mitologia, segundo Brandão (90), talvez se pudesse definir mito dentro do conceito de Carl Gustav Jung, como a conscientização dos arquétipos do inconsciente coletivo, ou seja, um elo entre o consciente e o inconsciente coletivo, bem como as formas através das quais o inconsciente se manifesta.

O inconsciente possui uma energia criativa geradora de todas as possibilidades em potencial. O *self* possui também um poder curativo que se manifesta ao longo do processo de individuação. Para Jung, “o inconsciente, em relação à atividade positiva, aparece como a totalidade de todos os conteúdos psíquicos *in statu nascendi*. É um órgão natural dotado de uma energia criadora específica” (91).

Os estudos sobre o inconsciente mostram análises de símbolos de transcendência, sendo símbolos de transcendência aqueles que representam a luta do homem para alcançar o seu objetivo, ou seja, a plena realização das potencialidades do seu *self* (92).

Portanto, reconhece-se a importância do inconsciente do ponto de vista da Psicologia Analítica, com sua força criativa e sua tendência a buscar sempre uma orientação.

As mulheres com IAM, com a Síndrome de *Takotsubo* e com CM, diante da emergência vivida no Centro de Terapia Intensiva (CTI), são provas vivas dessa teoria do inconsciente: elas descobrem uma força criativa, lutam contra a ameaça da depressão, buscam uma melhora, uma renovação, e, conseqüentemente, se transformam. Ao se transformarem, transformam também o seu ambiente familiar e social. Segundo Jung (93), “qualquer que seja a natureza da psique, ela é dotada de extraordinária capacidade de *variação e transformação*”.

De acordo com paralelo feito com a Mitologia Grega, as principais expressões da personalidade feminina encontram-se nas representações das sete principais deusas do Olimpo: o espírito de luta e de sobrevivência, com Atená; o de cuidados e preservação, com Deméter; o de fragilidade e dependência, de amizade, com Perséfone; o de comunhão e de família, com Hera; o do amor, específico ou geral, humano ou divino, com Afrodite, pandêmia ou uranial; com Héstia, os valores e posturas do mundo espiritual; e, com Ártemis, o encontro com a natureza e com os animais. Essas expressões do universo feminino são verdadeiras fontes de energia vital.

Na hospitalização, por exemplo, frequentemente se presenciavam expressões de espiritualidade e fé por parte das pacientes, características de Héstia. A deusa Héstia, “fogo que alimenta os interiores” (90), estava sempre presente nos lares da antiga Grécia, enquanto lamparina, no meio da habitação. A presença da deusa Héstia no lar e no templo era fundamental para a vida do dia a dia. Ainda segundo Brandão (90), como presença arquetípica na personalidade da mulher, a deusa do fogo sagrado proporciona-lhe inteireza e totalidade, alicerçadas numa profunda experiência subjetiva.

Cada momento da vida pede pela expressão característica de uma das deusas em especial: expressões de Perséfone na infância e na adolescência; ao se preparar para o casamento e também durante, a mulher vivencia expressões de Hera e de Afrodite; quando na maternidade, de Deméter, nas relações com amigos, com a natureza e os animais, Ártemis, e, na busca da espiritualidade, e na hospitalização, expressões de Héstia, entre outras. Dependendo do momento de vida, ou da situação vivida, uma das expressões se revela com mais intensidade. Mas todas elas fazem parte do universo feminino e podem ser reveladas a qualquer momento, em diferentes situações, em graus de intensidade ou em conjunto.

Observou-se que a possibilidade de vivenciar todas essas expressões do feminino, de acordo com seus desejos e com as situações e suas demandas, de forma equilibrada, na eterna conquista pela totalidade do ser é vital para as mulheres. Se não o fizerem, poderão se entristecer, deprimir, e até mesmo adoecer.

2. OBJETIVOS

2.1. Geral

Analisar os efeitos da hipermodernidade na saúde, através de relatos sobre eventos de vida que foram considerados traumáticos e fundamentais na dinâmica do adoecimento de sujeitos do sexo feminino com diagnóstico de IAM, da Síndrome de *Takotsubo* e outros com o diagnóstico de CM (Artigo 1, *Table 1*) (Artigo 3).

2.2. Específicos

Desvelar os sentidos e significados atribuídos pelas pacientes estudadas nesta pesquisa às suas patologias: Infarto Agudo do Miocárdio, Síndrome de *Takotsubo* e Câncer de Mama (Artigo 1).

Identificar as imagens arquetípicas presentes nas expressões gráficas das pacientes (Artigo 1) (3, Quadro 2).

Conhecer as expressões do feminino desveladas por meio das análises das entrevistas e dos procedimentos desenhos-estórias dessas pacientes, tomando como referencial a Mitologia Grega, sob o olhar da Psicologia Analítica (Artigo 2) (3, Quadro 3).

3. SUJEITOS E MÉTODOS

3.1. Método Qualitativo

No momento atual em que se vive, de inserção no panorama da hipermodernidade, sob influência dos avanços tecnológicos, da urgência do tempo, das mudanças constantes que envolvem perdas e sofrimentos e das exigências de um mundo globalizado, necessita-se de mais humanização por parte das sociedades e das relações.

De acordo com Martins e Bicudo (94), vivencia-se uma busca nas Ciências Humanas que indica a necessidade e a importância da humanização nas formas de se fazer pesquisa: “O artista e o cientista caminham juntos e são uma unidade, pois, ao nível mais fundamental da experiência humana, não há uma dicotomia entre sensibilidade e pensamento” (94, p. 90).

A pesquisa qualitativa tem como objetivo estudar o fenômeno e não o fato, como na pesquisa quantitativa. Fato e fenômeno estão baseados em posturas filosóficas distintas, que servem como base referencial para estudos e pesquisas. O Fato é controlado após ter sido definido. O Fenômeno mostra-se a si mesmo, situando-se. A pesquisa qualitativa busca uma compreensão particular daquilo que estuda.

Fainomenon, do grego *fainestai*, mostrar-se a si mesmo, da raiz *fa*, o que brilha. Aquilo que se mostra, que traz luz, que faz brilhar. Medo, depressão, raiva, amor, enquanto fenômenos, só podem se mostrar enquanto situados. Portanto, deixar que se mostre, deixar vir à tona a experiência daquele que vive uma determinada situação. Somente então, será possível se tocar a essência de cada indivíduo, que vive sua própria subjetividade no decorrer da hospitalização.

A pesquisa qualitativa busca o “sentido vivido” e identifica o significado psicológico das expressões dos sujeitos e, por esse motivo, eleito o método de análise mais apropriado para o intuito de se compreender o impacto dos eventos de vida traumatizantes na saúde das pacientes, as expressões femininas e os sentidos e significados atribuídos ao IAM, à Síndrome de *Takotsubo* e ao CM. Portanto, um trabalho que faz articulações entre o corpo e a mente, entre o psíquico e o social, entre a saúde e a doença.

Para esta pesquisa sobre os corações hipermodernos, buscou-se fundamentação teórica, especificamente no método de pesquisa clínico-qualitativo aplicado à área da saúde.

De acordo com Turato (95), “os sentidos e as significações dos fenômenos são o cerne para os pesquisadores qualitativistas. Procurar capturá-los, ouvindo e observando os sujeitos da pesquisa, bem como dar as interpretações, são os objetivos maiores” (95, p. 246).

Os conhecimentos obtidos por esta pesquisa poderão trazer benefícios para se compreender melhor o que afeta uma personalidade ao ponto de levá-la ao adoecimento.

Para essa reflexão, o olhar recai sobre pacientes que passaram pela experiência do adoecimento e da hospitalização, enfrentando cirurgias para câncer de mama e pacientes portadoras de síndromes coronarianas submetidas a tratamentos especializados.

Esses conhecimentos e verdades poderão trazer luz para a atuação dos profissionais, dos familiares, para os próprios pacientes e, enfim, para a prática clínica hospitalar.

Os estudos clínico-qualitativos no campo da saúde tratam da investigação de significados simbólicos, a partir de relatos de sujeitos adultos a respeito de fenômenos que envolvem o processo saúde-doença. A metodologia clínico-qualitativa, enquanto particularização e refinamento da metodologia qualitativa genérica é concebida como o “estudo e a construção dos limites epistemológicos de certo método qualitativo particularizado em *settings* da Saúde, bem como abarca a discussão sobre o conjunto de técnicas e procedimentos adequados para se descrever e compreender as relações de sentidos e significados dos fenômenos humanos referidos nesse campo” (95).

Este autor pontua que sua proposta se vê viável sobre as antigas bases filosóficas da fenomenologia, pois é da sensibilidade existencial frente às angústias e às ansiedades do indivíduo, de sua acolhida, que surge o interesse do pesquisador para conhecer o problema que vivencia em profundidade. Quanto aos métodos, explica:

a diferença é que a pesquisa quantitativa procurará ver como o fenômeno se comportará matematicamente numa população, enquanto a pesquisa qualitativa buscará interpretar o que as pessoas dizem sobre o tal fenômeno e o que fazem ou como lidam com isso” (95, p. 362).

Turato (95) fixa as características diferenciais do método clínico-qualitativo, lembrando que o homem é portador de angústias e ansiedades, entendidas sob um ponto de vista existencialista, e, quando portador de problemas de saúde, vivencia tais condições com um “sofrimento vital”.

3.2. Recursos Metodológicos

Trata-se de uma pesquisa clínico-qualitativa realizada no hospital. O método de amostragem é o da saturação teórica. O grupo foi fechado quando as falas das pacientes mostraram sentidos significativos para a compreensão do tema e, de certa forma, não acrescentavam novas informações para a pesquisa (96, 97, 98).

Para a coleta dos dados, usaram-se como recursos metodológicos a entrevista semidirigida e o procedimento de desenhos-estórias (D-E) (99). As entrevistas e o procedimento foram realizados na fase do pós-operatório.

De acordo com Turato (100), a entrevista é um instrumento precioso de conhecimento interpessoal, facilitando a apreensão de fenômenos, de elementos de identificação e a construção potencial do todo da pessoa do entrevistado.

Neste estudo clínico-qualitativo, a entrevista semidirigida foi gravada e depois transcrita. Foram anotados os seguintes dados: Entrevista de N, Local, Cidade e Data. Hora do início e do término da entrevista e a duração em minutos. O nome completo da paciente, endereço, email, data de nascimento, idade, naturalidade, o grau de escolaridade, o estado civil / situação conjugal / há quanto tempo, com quem mora, a profissão / ocupação / há quanto tempo, as atividades de lazer, a religião / religiosidades e outros dados afins. Assinaturas da paciente e da entrevistadora.

As perguntas da entrevista são as seguintes:

1. *Fale-me de sua vida.*
2. *Como você reage diante de eventos de sua vida considerados:*
 - A. *Importantes;*
 - B. *estressantes;*
 - C. *felizes.*
3. *Como você descreveria a sua personalidade?*
4. *O que você pensa sobre o IAM?*
5. *A que você associa o fato de ter sido acometida pelo IAM? (paciente com IAM)*
6. *O que você pensa sobre o CM?*
7. *A que você associa o fato de ter contraído CM? (paciente com CM).*
8. *Gostaria de acrescentar algo que poderia contribuir para a compreensão do tema da pesquisa, sobre as possíveis relações entre eventos de vida, emoções e características de personalidade com o infarto e o câncer de mama?*

Ao final da entrevista, registraram-se alguns dados da observação da entrevistadora, como, por exemplo, a apresentação pessoal da informante, seu comportamento global, expressões corporais, gesticulações, mímica facial, expressões do olhar, estilo e alterações na fala (silêncios, fala embargada, lapsos de língua e outros atos falhos, colocações inibidas e desinibidas, alterações no timbre e volume de voz), riso, sorriso, choro e manifestações afins.

A investigação clínica da personalidade, realizada através dos procedimentos de desenhos-estórias, é um processo diagnóstico que busca encontrar um sentido para o conjunto de informações disponíveis, tomar o que é relevante e significativo na personalidade, entrar empaticamente em contato emocional e, também, conhecer os motivos profundos da vida emocional de alguém (101).

De acordo com Trinca (99, p. 13), “o Procedimento de Desenhos-Estórias reúne e utiliza informações oriundas de técnicas gráficas e temáticas de modo a se constituir em nova e diferente abordagem da vida psíquica”. Basicamente, é formado pela associação de processos expressivo-motores (entre os quais se inclui o desenho livre) e processos aperceptivos-dinâmicos (verbalizações temáticas). Dessa junção, surge um instrumento individualizado, que se diferencia de outras técnicas de investigação.

No diagnóstico psicológico, as técnicas de investigação clínica da personalidade são conhecidas como técnicas que possuem a capacidade de conduzir uma exploração ampla da personalidade e de pôr em relevo a dinâmica emocional dos processos inconscientes.

A técnica de aplicação baseia-se num convite de aprofundamento na vida psíquica por meio de associações livres. Solicita-se, seguidamente, uma série de cinco desenhos livres, cada qual sendo estímulo para uma estória. Segue-se a fase de inquérito, com mais esclarecimentos, e o pedido do título da produção.

A reiteração sequencial de cinco unidades de produção não resulta em unidades isoladas, e sim em comunicação contínua, servindo aos propósitos do todo (99).

O Procedimento de Desenhos-Estórias (D-E) de Walter Trinca inicia-se com um bom *rapport*, logo se apresentando à paciente o material a ser utilizado. A folha de papel é colocada na posição horizontal, com o lado maior próximo ao sujeito. Os lápis de cor e o preto são colocados sobre a mesa, com o pedido: “Você tem esta folha em branco e pode fazer o desenho que quiser, como quiser.” Quando concluído, pede-se: “Você, agora, olhando o desenho, pode inventar uma estória, dizendo o que acontece” (pode começar falando do desenho). Logo depois, vem a fase do inquérito, com pedidos de novas associações e suas devidas elaborações. Terminado, pede-se o título da

produção. Retira-se a folha com o desenho, e coloca-se outra folha em frente à paciente, com as mesmas instruções, até se completarem cinco desenhos.

3.3. Pacientes e procedimentos

Os sujeitos da pesquisa foram indicados por seus respectivos médicos, o cardiologista, chefe da Unidade Coronariana (UCO) e hemodinâmica do hospital SEMPER (Serviços Médicos Permanentes), Dr. Francisco Rezende Silveira e o mastologista, diretor clínico, técnico e coordenador do serviço de mastologia do Hospital Mater Dei, Doutor Henrique Salvador, a partir de contato direto com a pesquisadora, ou por meio de contato telefônico feito por suas secretárias.

Foi feito um pedido aos médicos, pela pesquisadora deste estudo, para que indicassem as pacientes para a sua pesquisa. Como se trata de uma pesquisa qualitativa, o número dos sujeitos estaria relacionado à técnica de saturação teórica.

Os critérios de inclusão seriam: no Hospital SEMPER, mulheres internadas com evento coronariano agudo, com instabilidades clínica e emocional importantes associadas, e que foram indicadas para avaliação psicológica. Portanto, pacientes do sexo feminino, com síndrome coronariana aguda, e que apresentavam grande labilidade emocional, internadas na unidade coronariana.

No Hospital Mater Dei, mulheres internadas com indicação de cirurgia para câncer de mama, de acordo com o método sequencial, a partir do pedido feito pela pesquisadora.

No momento do pedido formal ao Doutor Francisco, para que, se possível, indicasse algumas de suas pacientes para a pesquisa, ele falou que já havia uma paciente para indicar: ela se submetera a duas cirurgias de mama e, logo após, sofrera um infarto agudo do miocárdio. Portanto, com as duas patologias a serem estudadas.

Quanto à paciente com a Síndrome de *Takotsubo*, no momento em que foi diagnosticada, o Doutor Francisco se lembrou do pedido feito pela pesquisadora na época em que esta se dedicava ao Mestrado, e que, por sugestão da Doutora Nicole Aubert, membro da banca de qualificação da pesquisadora, havia sugerido o tema da Síndrome do *Coeur Brisé*. Porém, naquela época, não surgiu uma paciente com tal patologia no Hospital Prontocor de Belo Horizonte, onde a pesquisadora trabalhava, sendo chefe do CTI o Doutor Francisco. Agora, para esta pesquisa atual de Doutorado, o Doutor Francisco imediatamente comunicou à pesquisadora sobre a paciente com a síndrome, com a qual a pesquisadora fez um primeiro contato logo na manhã seguinte, no CTI do hospital SEMPER.

Portanto, no ano de 2010, foram selecionadas pacientes do sexo feminino, com IAM, com a Síndrome de *Takotsubo* e outras com CM indicadas para a cirurgia, de acordo com o método de amostragem de conveniência.

Os sujeitos da pesquisa são pacientes que, a partir do convite de seus respectivos médicos, concordaram em participar do estudo. São sete pacientes, duas com IAM, uma com a síndrome de *Takotsubo*, outras três com CM e uma paciente que, logo após a segunda cirurgia de mama, infartou, portanto, com ambas as patologias pesquisadas, IAM e CM.

As entrevistas com as pacientes foram realizadas nos respectivos hospitais durante a internação, nas fases pós-procedimentos cardíacos e pós-cirurgias para câncer de mama, um pouco antes da alta hospitalar, e o procedimento de desenhos-estórias (D-E) em consultório particular da autora da tese, Suzana de Albuquerque Paiva, após a alta das pacientes, ambos locais situados em Belo Horizonte-MG, Brasil. Decidiu-se assim devido à necessidade de recuperação física das pacientes, após os procedimentos e as cirurgias. Segundo os médicos, quinze dias após a cirurgia é o tempo indicado para que as pacientes possam realizar os desenhos do procedimento D-E de forma tranquila e sem problemas de esforço físico inadequado.

Os dois procedimentos foram realizados pela primeira autora do trabalho e da pesquisa.

Foi explicado para as pacientes a importância da pesquisa, sua possível participação e as questões de ética e do sigilo profissional, bem como sobre a necessidade do uso do gravador e solicitado aos sujeitos que lessem e assinassem o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TECLE), com os devidos agradecimentos pela colaboração.

Foram realizados dois encontros. Um para a entrevista e um segundo para a aplicação do procedimento de D-E. É importante observar que, ao relatar suas experiências de vida, o sujeito estará construindo e reconstruindo uma história; os sentidos vão sendo produzidos na interação entrevistado-entrevistador.

A entrevista semidirigida consistiu de cinco perguntas, com duração de uma a três horas, dependendo do envolvimento das pacientes. Elas tiveram toda a liberdade para interromper as entrevistas, caso fosse necessário. Não havia riscos para os sujeitos da pesquisa. As entrevistas foram gravadas e, posteriormente, transcritas e analisadas.

O procedimento de D-E baseia-se no convite que se faz ao examinando para ir se aprofundando em sua vida psíquica, especialmente por meio de associações livres.

A administração do procedimento foi realizada individualmente, e o horário de aplicação escolhido foi o período diurno, porque, sendo utilizados estímulos cromáticos, o tipo de fonte luminosa pode alterar a percepção destes. As condições dos sujeitos são aquelas normalmente exigidas para o exame psicológico, com especial referência à verificação de saúde, disposição psíquica para o exame, ausência de fadiga, etc. Quanto ao ambiente, deve haver silêncio, instalações confortáveis, iluminação adequada e ausência de terceiros na sala (99).

O material necessário são folhas de papel em branco, sem pauta, de tamanho officio; lápis preto (ponta de grafite), entre macio e duro (nº 2); caixa de lápis de cor com doze unidades, nos tons cinza, marrom, preto, vermelho, amarelo-escuro, amarelo-claro, verde-claro, verde-escuro, azul-claro, azul-escuro, violeta e cor-de-rosa (99, p. 14).

Cada paciente foi colocada sentada, individualmente, trabalhando em uma mesa, e a pesquisadora sentou-se à sua frente. Desenvolveu-se um bom *rappor*t, e logo foram espalhados os lápis sobre a mesa, ficando o lápis preto (ponta de grafite) localizado ao acaso entre os demais. A folha de papel foi colocada na posição horizontal com o lado maior próximo ao sujeito. Não se cogitou a possibilidade de se alterar essa posição, nem foi enfatizada a importância do fato. Solicitou-se um desenho livre: “o que quiser e como quiser”. Aguardou-se a conclusão do primeiro desenho, e, quando concluído, não foi retirado da frente da paciente. Solicitou-se que ela contasse uma história associada ao desenho. Diante de alguma dificuldade, pôde-se pedir que começasse falando sobre o desenho. Concluída a fase de contar história, passou-se ao “inquerito”, com a solicitação de esclarecimentos e a possibilidade de novas associações. Após a conclusão, ainda com o desenho diante da paciente, foi pedido o título da produção. Retirou-se a folha com o desenho, iniciando-se o segundo desenho, com nova folha, até se chegar ao quinto desenho.

É importante considerar que geralmente há uma continuidade de comunicação no nível simbólico entre as várias unidades de produção, e convém reconhecer imediatamente os conteúdos simbólicos do material, a fim de que a conversação que ocorre na fase do “inquerito” se conecte diretamente com tais conteúdos.

As histórias e associações foram gravadas e depois transcritas. A pesquisadora anotou todas as verbalizações das pacientes, enquanto desenhavam a sequência dos desenhos, recursos auxiliares utilizados pelas pacientes, perguntas e respostas da fase do inquerito, título e todas as reações expressivas, verbalizações paralelas e outros comportamentos observados durante a aplicação.

Os dados foram submetidos à análise e depois discutidos com os orientadores da pesquisa e com os pares do grupo do Laboratório de Pesquisa Saúde, Espiritualidade e Religiosidade (LASER), UNICAMP.

No tempo definido, observando os critérios de inclusão adotados, os médicos encaminharam as pacientes que internaram nos respectivos hospitais e que aceitaram o convite para participar da pesquisa, de uma forma sequencial. Nenhuma paciente se recusou a participar da pesquisa.

3.4. Técnica de análise e interpretação dos dados

Foi realizada uma análise qualitativa de conteúdo das entrevistas, com fundamentação teórica em Bardin (102) e a análise clínica e interpretação dos desenhos-estórias (D-E), fundamentada em Trinca (99).

A análise de conteúdo deve ser realizada a partir de leituras flutuantes (atenção flutuante) das entrevistas transcritas, de uma pré-análise, seguindo-se as etapas de categorização dos elementos, observando-se os critérios da repetição e da relevância, e sua discussão aprofundada (95).

Quanto à análise e investigação clínica da personalidade, realizada através dos Procedimentos Desenhos-Estórias (D-E), buscou-se uma associação com a técnica de Análise das Imagens Arquetípicas consteladas, tomando como referência a teoria da Psicologia Analítica (103).

A técnica de Análise das Imagens Arquetípicas, segundo quadro sobre Tipologia de técnicas de análise de dados encontradas na literatura das pesquisas com métodos qualitativos (95), busca uma decomposição das figuras fundamentais do imaginário, os arquétipos e seus componentes simbólicos.

Os desenhos-estórias propiciam aprofundamento psíquico nas instâncias do inconsciente pessoal e coletivo.

O inconsciente coletivo, como afirmou Jung, é uma figuração do mundo, e representa, a um só tempo, a sedimentação multimilenar da experiência, e que, com o correr do tempo, foram-se definindo certos traços nessa figuração, que são os arquétipos ou dominantes. São configurações das leis dominantes e dos princípios que se repetem com regularidade à medida que se sucedem as figurações, as quais são continuamente revividas pela alma (103).

3.5. Aspectos Éticos

Este estudo decorre de uma pesquisa de Doutorado realizada na FCM, UNICAMP. O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da UNICAMP/FCM, *Faculdade de Ciências Médicas*, UNICAMP. Protocolo CAAE 0868.0.146.000-08. Protocolo Aprovado no CEP, 26/01/2009. FR 1099/2008.

4. RESULTADOS

4.1. Trajetórias de Vida e Morte: Lena, Ana, Fátima, Sofia, Cristal, Marina e Vivian

Apresentar-se-ão a seguir os desenhos com as associações e reflexões feitas pelas pacientes durante a fase de inquérito do Procedimento Desenhos-Estórias em relação às estórias contadas, seus sentidos e significados; os títulos, criados pelas pacientes para cada estória, pelo valor significativo de ligação entre as estórias e as associações pessoais; assim como as interpretações e os temas mais frequentes presentes nos desenhos.

Apresentou-se também a análise do quinto desenho das pacientes, em função dos três tipos de pensamento encontrados na estrutura da *psique*, o racional, o simbólico e o mitológico, segundo Brandão (104), e as imagens arquetípicas consteladas durante e por meio dos procedimentos D-E.

Devido ao vasto material coletado nos procedimentos D-E, reservaram-se as estórias contadas sobre os cinco desenhos de cada uma das sete pacientes da pesquisa para um futuro artigo. As associações e reflexões feitas pelas pacientes, após o relato das estórias, contêm elementos mais significativos para o presente estudo do que as próprias estórias, pois retratam sentidos e significados das experiências vividas.

1. A Trajetória de Lena – IAM e CM



Desenho nº 1



Desenho nº 2



Desenho nº 3



Desenho nº 4



Desenho nº 5

Desenho número 1:

— “É... era uma menina, e ela pode ter ficado velha, mas acho que ela conservou assim, a questão da alma. Ela gosta muito das coisas bonitas, do amor, das coisas boas; ela tem muita fé no amor. Um dia ela deparou com a possibilidade de morrer. É uma coisa muito triste. Na verdade, ela morreu um pouquinho por dentro. Mas ela sustentava; ela sempre pensava que tudo dependia muito dela. Ninguém ia conseguir fazer nada por ela. Mas acho que ela voltou a sorrir no meio dessa paisagem.”

— “A gente sabe mais ou menos o que vai desenhar. Oh, infantilidade! Ai, ai!”

— “A menina está aí de volta; a alma. Não me considero criança, é de alma. Eu sou muito criativa. Não é a questão de ser infantil, é estar disposta para a vida e a alegria.”

— “Houve um momento de desencanto muito grande e depois um encontro.”

O desenho mostra a imagem da criança desencantada e só. Lena, em suas associações, sente-se ainda criança, buscando a alegria de viver.

Título: *Desencanto.*

Desenho nº 2.

— “Nossa, mas que coisa difícil! Tem uma praia... eu sou apaixonada por mar! Parece que o meu ano não começou se não vou ao mar! Amo, amo a natureza; eu vivi muita coisa boa na praia, vivi bastante, namorei bastante, sempre no mar. Todo mundo sabe da minha paixão! Todo mundo sabe! Traz amor, recordações de uma época que eu namorava um cara e ele tinha uma lancha; a gente desaparecia! Foi um período muito bom. De possibilidades.”

— “Porque quando você separa com filho pequeno, é difícil! Mas apareceu um amor que durou nove anos; ele morreu... estávamos na praia... apêndice supurado. O barco traz lembranças do amor, de uma época da minha vida. Eu encontro força nessas coisas que vivi. Acho que fui feliz, tive grandes amores!”

Para Lena, o mar significa todas as possibilidades; com ele, surgem o barco, o horizonte, as aventuras amorosas e a coragem para seguir sendo a heroína de sua própria história. As possibilidades apontam para um barco no oceano e uma viagem; no fundo, para Lena, as possibilidades significam mudanças na vida. O barco está vazio, associado à solidão do momento, segundo a paciente. O sol, desenhado pela metade, sugere as possíveis perdas vividas.

Título: *Possibilidades.*

Desenho nº 3.

Lena enfatiza o dever de ser forte e sólida; o de não poder desabar.

— *“Eu não nasci para ser doente.”*

— Pesquisadora: Você nasceu para quê?

— *“Ah! Eu nasci para viver, viver muito! Pra dançar, pra amar! Eu sempre fui muito pra cima; eu não sou mais ou menos. Eu vivo assim, com muita coisa.” Os médicos diziam: Seu problema é emocional. “Meu coração é emocional.”*

A ventania, para Lena, é a doença.

— Pesquisadora: Qual a ventania maior?

— *“Eu não sei te explicar; o câncer foi descoberto por uma pessoa, não foi uma coisa minha. É como São Tomé, parece que estão falando de você e você está de fora. O infarto, eu passei mal no consultório, estava sozinha, desci, fui comprar um pepsamar, tomei, e o “trem” não passava. Peguei um táxi e fui para o hospital. Eu mesma tive que lutar para ser atendida, para internar, para fazer um eletro, pois avisei que eu estava infartando. Parece assim... que eu me salvei!” “Acho que foi uma ventania que passou.”*

Segundo Lena, o câncer foi mais difícil. Ela estava tratando, e alguém descobriu a doença.

— *“Não é muito a minha cara. Quer dizer, ser dependente do outro. No câncer, eu fiquei sem ação”. “O câncer foi assim, aquele primeiro impacto de que eu poderia morrer...” — “Não pude fazer reconstrução de seio, tenho um buraco...”*

O câncer surgiu silencioso, crescendo sem sintomas, simbolicamente, segundo dados da entrevista, como a traição do marido. Quanto ao infarto, Lena acredita que foi mais efetiva.

— *“O infarto, parece assim que eu me salvei!” “Eu tenho que pagar, que fazer, que estar bem na formatura do meu filho... Aí, depois de todo o esforço, eu relaxei! Parecia assim: agora posso morrer. Não que eu queria, mas relaxei, cumpri tudo...”*

— *“O que eu sinto do infarto foi isso: eu relaxei! Ele formou, segurei tanto! Eu tive que ficar tão viva, que quando cheguei, depois de dirigir pela estrada, aí cheguei no consultório, e aí eu podia morrer!” “Aí morri!” (risos)*

— *“Cheguei, missão cumprida! Aí infartei!” “Foi amor demais e repressão demais, eu reprimi muita coisa.”*

— “*Eu que tenho que me ajudar, eu tenho que me buscar outra vez!*”

— “*O infarto, na hora que eu deixei morrer, fui abraçar para me salvar, eu me salvei! Eu corri atrás para me salvar; eu deixei morrer e me salvei! Agora sou famosa!*” (risos)

— “*Sou alegre, e falo as coisas. Não reprimo. Mas tive que reprimir. Fiquei emocionada demais!*” “*Foi amor demais! Pelo meu filho, abracei e me salvei.*” “*Foi amor demais e repressão demais, eu reprimi muita coisa.*”

— “*O câncer é uma sensação, foi mais difícil, eu vejo o câncer, como um depositário, algo que foi sedimentando... depositário. Eu pude com o infarto, com o câncer, não.*”

— “*O Infarto... não sei, acho que foi esse relaxamento, de missão cumprida. Eu, quando penso no infarto, de onde ele saiu, eu sinto exatamente isso. Não preciso lutar mais. Acho que foi esse alívio. Eu fiquei emocionada demais! E não podia morrer, pois ele (o filho) se formando para salvar vidas, como a mãe dele ia morrer?*”

Na entrevista, ela afirmou:

— “*O câncer não me baqueou, não; o que me jogou no chão foi o infarto. O infarto me faz sentir velha.*”

Parece que através dos desenhos, ela entra em contato com aspectos de seu *self* curativo, e vê que foi capaz de lidar com o infarto.

Neste desenho, as coisas parecem mais fluidas, como o vento; os galhos da árvore se mexem com o vento, o relevo é pouco nítido, apresenta muitas linhas sobrepostas, que parecem querer se separar. Apesar da ventania e da árvore ser frágil e estar no ar, sem raiz, como se tudo fosse se desmanchar, ainda assim, Lena mostra sua busca por solidez, por sua força. Ela ainda se considera forte, mas está muito fragilizada, ao sabor do vento, segundo ela.

Título: *Solidez.*

Desenho nº 4:

— “*Pude voar quando vi essa luz! Ai, meu Deus!*”

A busca da fé e da liberdade, segundo a paciente, surge associada à representação da vela, do voo do pássaro, da luz, simbolizando o contato com o espiritual. O desenho mostra o movimento em direção ao pai pessoal, associado ao lado direito da folha, que significa o canto das conquistas concretas da vida (105,106).

Também pode-se observar que o pássaro se afasta da luz, e, portanto, intuir que o movimento que faz afastar da chama mostra o desejo de não querer morrer presa pela atração à luz, situação que as mariposas geralmente enfrentam; segundo Lena, ela não quer morrer, e sim viver, amar e aprimorar sua espiritualidade.

De acordo com Cirlot (107), “Vela acesa, como a lâmpada, luz individualizada; em consequência, símbolo de uma vida particular, em contraposição à vida cósmica e universal”.

Associações: O desejo de alcançar paz, luz e liberdade. Para Lena, tem como significado o ter que ser forte, ter esperança, fé e receber amor. *“Muito amor!”*

Título: *Luz e Liberdade.*

Desenho nº 5:

— *“Ah! Esse é o meu desejo na vida! Amor, família bem estruturada, um lar, música, estudos, alegria!*

— *“É também meu desejo para meu filho: que ele se case, tenha filhos, muito amor, tranquilidade, continue com os estudos, e tenha uma vida profissional de sucesso, tudo de bom!”*

Este desenho mostra o desejo de Lena para que seu filho realize tudo aquilo que sonhou; desejo para ele e para ela também. Que tenham amor, paz, lar, família bem estruturada, alegria e conhecimentos. A própria representação do arquétipo da grande mãe; tudo que almeja de bom, como casa, amor, sucesso profissional, música, relacionamento, são desejos dela para o filho. É também o desejo para sua própria vida, de acordo com suas afirmações. Da janela, cantarolando a vida e o amor!

Título: *Conquista.*

Associações com o IAM e o CM:

— *“Separações... dolorosas.”*

Primeira separação – ajudou o marido a estudar, trabalhava muito e não foi à formatura dele. Ele foi com outra. Ela se sentiu magoada. Separou—se. O filho estava com 3 anos.

— *“O segundo marido morreu. Diante dos meus olhos.”*

Quanto ao o terceiro:

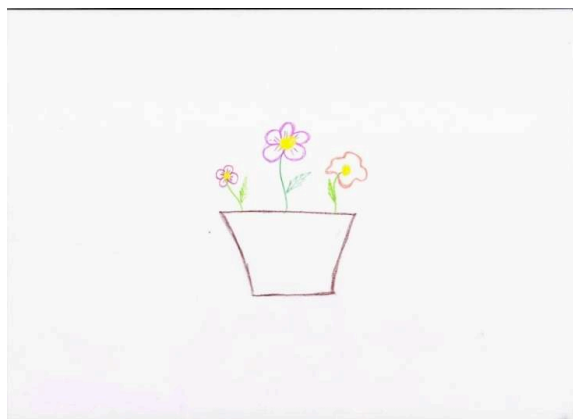
— *“Eu opereí e o cara sumiu.”*

Depois da entrevista, ao telefone, questiona e quer deixar como tema a ser pesquisado: — *“Será que nós psicólogas não temos a tendência de colocar tudo muito no plano emocional? Será que o medicamento Tamoxifeno não contribuiu também para o acometimento do IAM? Acho que foi o emocional mais o Tamoxifeno.” “O tabagismo também influenciou. Outra característica: a Verdade.”*

Análise do quinto desenho: A casa, a família, o casamento, o amor, a música e a poesia, são todos desejos de realização para o seu filho e para si própria. Como são conquistas do mundo do cotidiano, portanto, estão ligadas ao pensamento racional, lógico e concreto.

Imagens arquetípicas consteladas: Nos desenhos da paciente, veem-se consteladas imagens arquetípicas da criança, do herói, do amor (*Eros*), como ligação afetiva e busca de união, do *self*, dos conceitos religiosos e da grande mãe.

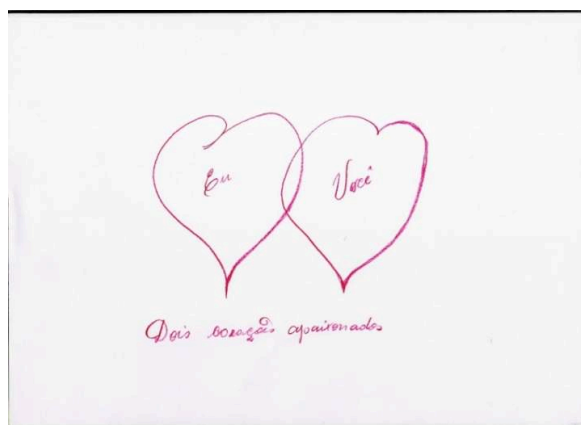
2. A trajetória de Ana – CM



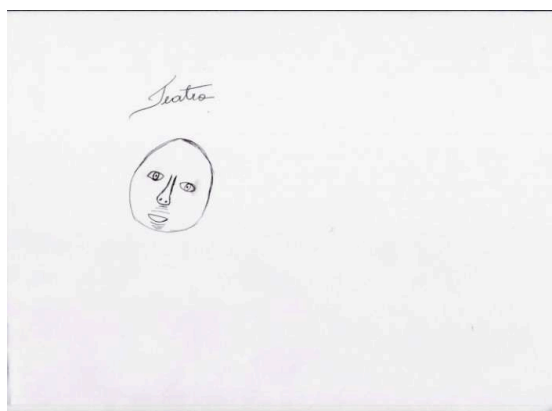
Desenho nº 1



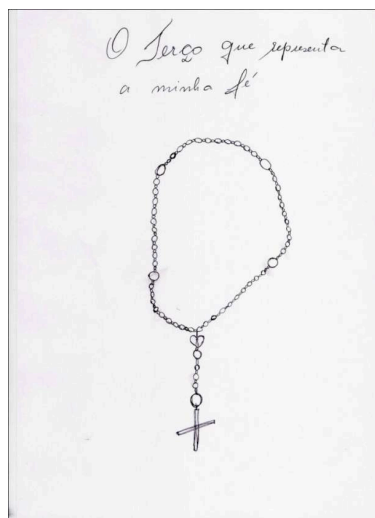
Desenho nº 2



Desenho nº 3



Desenho nº 4



Desenho nº 5

Desenho n° 1:

— *“Ai, meu Deus! eu sou péssima em desenho! Ai, tô me achando tão engraçada, desenhando!! Saudades... Planta é vida! Lutando pela vida!”*

— *“Bem, eu desenhei flores porque sou apaixonada com flores! E a planta é vida, né? Então a parte da vida, lutando pela vida! O vaso, a exuberância da vida!”*

— *“Meu marido, ainda ontem, me ligou! “Vem que as flores aqui estão maravilhosas!!! Bico de papagaio, as orquídeas! Todas te esperando!”*

Ana inicia o procedimento mostrando o desejo de uma vida nova, florescendo. O vaso com flores representa, segundo a paciente, ela e as duas filhas. O amor das filhas e o amor dela por si própria. O amor das filhas e do marido revela ser a base estruturante de seu ser. A união no amor faz sustentar toda a fragilidade. Ana afirma:

— *“O amor é semente que renova a vida e as emoções.”*

Titulo: *A luta pela vida.*

Desenho n° 2:

— *“Não queria mais voltar ao sítio, depois do falecimento dele.”*

O desenho retrata um recanto feliz que foi perdido. O sonho do recanto feliz com as lembranças do filho, que faleceu aos 25 anos de idade. O Sol aparece do lado direito da folha, lugar das conquistas concretas (105,106). Ela queria muito o sítio, sonhava com ele! E pôde realizar seu sonho. O caminho também segue no lado direito da folha, com perspectiva; o coqueiro e os peixes sugerem um caminho futuro, pois seguem em direção ao lado direito da folha, associado ao lugar do futuro. Tem no lugar do passado, à esquerda da folha, a casa, e um caminho que sai em direção ao pescador no lago, cheio de peixes. A casa ficou fechada para trás, mas um caminho fértil indica para onde poderá seguir.

No centro do desenho, pode-se ver o coqueiro carregado de cocos e o pescador; provavelmente, o problema central da consciência no momento do desenho. Ela crê na possibilidade de desenvolvimento, de frutificação, e se dispõe a pescar. Mostra uma atitude de buscar no inconsciente, representado pelo lago, os símbolos redentores e transformadores da consciência. Parece que eles realmente existem, pois o lago está cheio de peixes. O sol brilha no canto superior direito, sugerindo uma busca, uma luz que está lá e, segundo Ana:

— “*O sol aqui significa pra mim uma luz, muito forte... que não me abandona*”.

Título: *Um recanto Feliz*.

Desenho nº 3:

— “*Ah! Aqui sou eu e meu marido! E o nosso amor!*”

Os dois corações, como imagem arquetípica do amor e do apoio do marido, fundamentais para ela. A importância da alteridade faz-se notar no encontro e no equilíbrio da relação amorosa. Eros se faz presente com bastante intensidade no casamento e na relação transferencial.

Título: *Dois corações apaixonados*.

Desenho nº 4:

— “*Eu ponho a máscara de vez em quando.... tenho que confessar!*”

— “*Pra quê mostrar esses sentimentos, né? Medo, tristeza, medo da morte...*”

— “*Não precisa!*” “*Às vezes, tem—se que representar!*”

A máscara desenhada simboliza o teatro da vida. Com ela, as emoções sentidas e a representação do que deve ser mostrado e o que não deve. As máscaras do teatro grego, na Grécia Antiga, ajudavam os atores em suas representações. O cuidado seria o de não colocar a máscara muito perto do rosto, não colar, pois impediria a passagem das emoções adequadamente; estaria em confluência com o personagem, impedindo a expressão da alma. A máscara representa a busca de um equilíbrio entre o mundo interno e o externo. As reflexões e o contato com o si mesmo se fazem presentes. Ter que representar, mediar o mundo interno com o mundo externo. Ana não pode mostrar todos os seus pensamentos e sentimentos, como o medo, a morte e a tristeza, por exemplo. O que se esconde atrás de uma máscara? A *persona* tem uma importante função: a de mediar as relações indivíduo-sociedade.

Título: *Teatro*.

Desenho nº 5:

- “*O Terço representando a minha fé.*”

Terço, imagem arquetípica da oração, do contato com o Ser superior, da fé. A fé que estrutura, que renova o lado espiritual da paciente e suas esperanças de cura. O terço desenhado é uma imagem arquetípica dos conceitos religiosos.

Título: *O Terço que representa a minha fé.*

Associações com o CM:

— *“A morte do meu filho, com 25 anos.”*

— *“Desculpe, sou muito chorona.”*

— *“Pode ser também a areia radioativa da praia? Eu estive lá em Vitória.”*

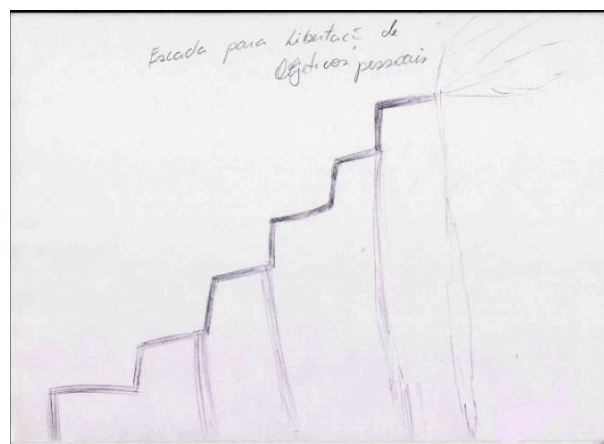
Análise do quinto desenho: O terço é um referencial simbólico da religiosidade, que sustenta e traz força para a paciente. Representa o pensamento simbólico.

Imagens arquetípicas consteladas: Encontrou-se a constelação das imagens arquetípicas da grande mãe, do amor (*Eros*), na imagem dos dois corações, do *self* e dos conceitos religiosos.

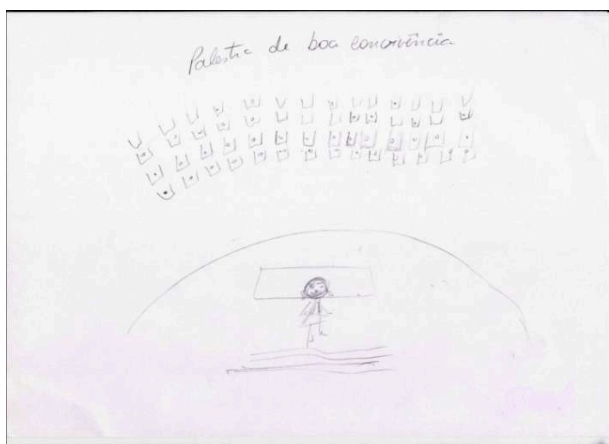
3. A Trajetória de Fátima – IAM



Desenho nº 1



Desenho nº 2



Desenho nº 3



Desenho nº 4



Desenho nº 5

Desenho nº 1:

— *Ai! Lembranças da minha infância! Época boa, tranquila!*”

De um sossego no interior, no campo, com uma infância saudável, segue-se a luta para alcançar o sucesso, enfrentando o pai e o desconhecido, saindo de uma cidade pequena para uma cidade grande, ainda muito jovem. O pai era contra esse desejo da filha, de ir para a cidade grande. A solidão, a luta por um trabalho, o esforço para realizar um bom trabalho e ser a melhor. Fátima busca o sucesso profissional com intensidade. Neste desenho, a paisagem é cultivada com uma casa, possivelmente com gente dentro, pois da chaminé sai fumaça, sugerindo que a alquimia das transformações está podendo acontecer.

Título: *O Sossego.*

Desenho nº 2:

— *“A escada representa a minha escalada, a minha busca para o sucesso.”*

A escada segue, na folha, em direção ao lugar do pai pessoal, lado direito superior, (105, 106), mas os traços encontram-se esmaecidos, fracos, ainda sem firmeza e definição maiores. A escada vai em direção às conquistas pessoais, mas ela intitula seu desenho como “libertação dos objetivos pessoais.” Seria um ato falho? Será que ela não quer mais conquistar seus objetivos? Será que os objetivos estariam ultrapassando os limites, as possibilidades, levando-a a viver nos excessos? A escada apresenta maior nitidez no início, mostrando um traço mais fraco e pouco nítido ao final dela. Percebe-se um esforço, nesse desenho da escada, de libertação do passado, de ser independente, de livrar-se do estresse.

Título: *Escada para libertação dos objetivos pessoais.*

Desenho nº 3:

— *“Aqui eu infartei!”*

Do hiperfuncionamento de si, trabalhando em vários turnos, da manhã, da tarde e da noite, trabalhando com muitas pessoas, dando muitas palestras, enfrentando o desgaste, o estresse, o cansaço e a busca pela *hiperfeição de si*, ao IAM. Fátima associa o IAM ao estresse sofrido. A cabeça é reforçada no desenho, com um traço mais forte, sugerindo hipertrofia do racional. Cortar a cabeça, como sugere o desenho, pode indicar o abandono do racional excessivo.

Título: *Palestra de boa convivência.*

Desenho nº 4:

Com a característica dos coronarianos, de buscar ser forte, ou mesmo ter que ser forte, Fátima retoma sua força, com esperança, com “*flores coloridas com uma base bem sustentada*”; segue em frente, buscando realizações. Algo precisa florescer. As flores refletem as emoções, segundo a paciente.

—“*Preciso reforçar aqui a mesa!*”

Busca o equilíbrio, mas, analisando o desenho, vê-se que a mesa não engloba bem o vaso e os pés da mesa são pequenos. Segundo suas próprias colocações, apresenta-se um pouco frágil ainda. Dizendo isso, Fátima desenha dois suportes para a mesa.

Título: *Vaso da Esperança.*

Desenho nº 5:

O “Arco-íris Futuro”, metáfora do lugar que irá encontrar o pote com as moedas de ouro, símbolo da esperança, da conquista e da futuridade. Na trajetória da heroína que ultrapassou seu *metron*, que foi e é destemida, que carregou o mundo em suas costas, a coragem de ir em busca de seus sonhos, com a necessidade vital de expressão e realização de seu *self* individual. O movimento do desenho parte do lado inferior esquerdo da folha, para o superior direito, ou seja, do lado da mãe arquetípica, em que tudo nasce, para a conquista concreta, o lado do pai concreto (105,106). O mesmo movimento da escada, da esquerda inferior, seguindo para o lado direito superior da folha, surge agora no desenho do arco íris, sugerindo um elo de ligação entre a terra e o céu, e a possibilidade de transcendência. Fátima sente-se como uma heroína, lutando agora por mais saúde e tranquilidade, sentimentos expressos por meio do desenho com cor, emoções e esperança. Segundo ela, não perdeu as esperanças de cura, de sucesso e de felicidade.

—“*Eu vou encontrar o meu pote com as moedas de ouro!*” (risos)

Título: *O Arco-íris Futuro.*

Associações com o IAM:

— “*Acho que a briga com meu filho acelerou o infarto.*” “*Tenho muitas preocupações com os filhos.*”

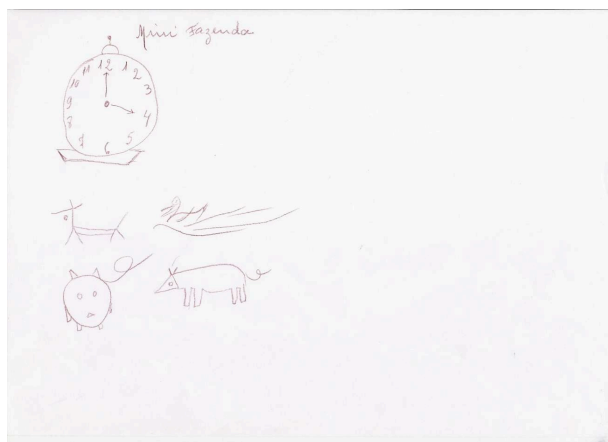
— “*Sofri muito estresse no trabalho, e trabalhava demais.*” “*O IAM muda MUITO a vida.*”

— “*A morte de minha irmã com 5 anos. O remédio dado a ela não era o remédio.... era veneno para os animais. Foi por engano. Muito triste...*”

Análise do quinto desenho: Tem-se aqui o terceiro componente do pensamento, presente na estrutura da *psique*: o pensamento mitológico, relacionado ao tema do arco-íris e a busca do herói por conquistas e realizações.

Imagens arquetípicas consteladas: Encontra-se a constelação das imagens arquetípicas do herói, do *self* e da grande mãe na análise dos desenhos e nas expressões de Fátima.

4. A Trajetória de Sofia – CM



Desenho nº 1



Desenho nº 2



Desenho nº 3



Desenho nº 4



Desenho nº 5

Desenho nº 1:

— *“Era bom, muito bom. Eu sentia muito prazer ao ensinar.”*

Em seu primeiro desenho, Sofia busca associações em um tempo do passado, quando o filho era pequeno, e também quando o netinho era menor um pouco, e ela ensinava para eles as horas, algumas canções, e sobre os animais da fazenda, enquanto faziam seus desenhos. Usava, portanto, o recurso gráfico para ensinar e brincar com eles. A música acompanhava os traços desenhados.

Título: *Mini Fazenda.*

Desenho nº 2:

O segundo desenho tem por título: *Orquidário!*

As orquídeas de que tanto gosta, as rosas e os pássaros, todos presentes em seu dia a dia, na sua cidade, no interior de Minas.

— *“Gosto muito das borboletas, também. Acho que as flores, os pássaros e as borboletas trazem felicidade.”*

Desenho nº 3:

— *“Eu lembrei só daquele canto, brincando com os meninos. Ah, não! Era laranja... A vaca amarela, eu falava o contrário, eu tenho uma linda vaca amarela, que caiu da janela! eu mudava a música.” “Tá bom? Gosto de ser criativa!”*

Pesquisadora: É uma característica sua? Gosta de ser criativa?

— *“Gosto! Eu agora, eu parei. A vaquinha, eu tenho isso, uma bolsa, dentro dela tem bolsinhos, mandei bolsa até para a Alemanha! Tinha um tio lá, tudo de encomenda, chegava e já estava vendida.”*

Sofia encontra alegria nas coisas simples do dia a dia.

— *“A minha casa na fazenda, o coqueiro que dá coquinhos, e a vaquinha no curral. Ela dá o leite. Toda casa na fazenda tem um pé de coqueiro ao lado; é comum e esperado.”* É como a vida se estrutura, e as pessoas também. Temas importantes para Sofia: a casa, a árvore e a vaca no curral (os animais).

Título: *Minha fazenda.*

Desenho nº 4:

— *“Esta é a minha casa. Quando nós, eu e meu marido fomos comprar e depois arrumar a casa, tinha dois pés de jabuticaba na frente, e a garagem. Então, para construir, pra poder fazer a garagem, não tinha, e tinha que reformar a casa, que era um barracão. Aí, tinha dois pés de jabuticaba, e meu filho era pequeno, já tava começando a dar os frutos e meu filho falou assim: Oh, mãe, mas agora que tá começando a dar, vai tirar o pé de jabuticaba? Aí, eu falei assim: é meu filho, mas como é que vai fazer, tem que construir a garagem aqui em baixo. Aí, o construtor na época falou assim: Ah, nós vamos dar um jeito de manter um pé de jabuticaba, e deixou esse pé de jabuticaba aqui no jardim. Então foi aquela festa! Ficou esse pé de jabuticaba, e disse vamos deixar o pé de jabuticaba para ele. Hoje ele já está maior, tá grande, então, existe o pé de jabuticaba lá até hoje por causa do meu filho, que não queria e não deixou. Ele salvou o pé. E aqui tem umas vaquinhas. Então, ficou o pé na frente da casa, dá flor e tudo. É uma planta que é bonita. Eu aproveito lá, as minhas flores, e traz a felicidade, por causa do filho, né? Hoje meu netinho, ele fica lá brincando com a caminhonetinha. Vó, eu cortei a sua graminha. Ele poda, porque brinca ali com a caminhonetinha! Ai, ai, gente!”*

— *“A casa é minha vida! O pé de jabu é o amor que eu tenho por ele! Por causa do meu filho (emocionada). Ele tinha três anos e pouco; hoje tem 37! Você vê, tem 37 anos que moramos nessa casa, então é a minha vida! O pé de jabuticaba é um amor que eu tenho por ele, por causa do meu filho!”*

Pesquisadora: Simboliza a sua vida e a dedicação de amor?

— *“É. Dedicção, e lembranças... hoje, ele não liga, não. Já mudou. E ficou agora pros netos, né? O título é: A minha casa. Aqui, o pé de jabuticaba, eu desenhei mais ou menos, tudo, né, mais ou menos.”*

Sofia busca lembranças antigas, tempo em que seu filho tinha uns três anos e pediu para não cortarem a jabuticabeira que ficava ao lado da casa. Com a reforma, tiveram que tirar uma das árvores, a outra foi salva pelo pedido do menino. Até hoje, esta jabuticabeira lembra o seu filho, e o pedido tão inocente de preservarem a árvore que ele tanto gostava. Lembranças e afetos.

— *“Hoje, o meu netinho brinca sempre debaixo dela, com seus caminhõezinhos.”*

Título: *Minha casa.*

Desenho nº 5:

— “É porque eu já costurei, já fiz roupa, um pouco de cada coisa, né? Então, eu costurava calças de homem pra fora. E pra casa também, porque a família não tinha muito, como diz, naquele tempo ainda, a gente não achava roupa pronta pra comprar. Então eu fazia, desde o pijama, camisa de colarinho, pijama, tudo, né? Até soutian, agora, não era fácil de fazer, porque agora é mais fácil, né? Porque de primeiro, fazia soutien, era um tipo assim, cortava um pano assim, fazia assim, o soutian era assim, aqui punha um cós, era assim, aqui uma alça (desenhando e mostrando) e abotoava, um botãozinho, era aberto na frente, aqui, né? Então, era assim, aqui tinha uma costura, que a gente fazia de pano; agora, hoje já mudou tudo! Depois veio a espuma... Agora, eu já fiz muita calcinha assim, fofoca, pra menina, já fiz muita cuequinha também, e muito soutien, mais antigo. Então, fazia muito, costurava muito, a gente morava na roça, assim, no tempo que eu era solteira. Depois, a gente veio pra cá e eu continuei fazendo calcinha...”

Expressões de um trabalho que foi iniciado na infância e na adolescência, na roça, e ajudou bastante a sua mãe e a família. Lembranças de uma época em que não se encontrava roupa pronta, tudo tinha que ser feito à mão. Tanto as roupas femininas como as masculinas. Símbolo de uma realização profissional e pessoal. Hoje, Sofia trabalha com artesanato, informalmente.

Título: *Meu primeiro trabalho.*

Análise do quinto desenho: veem-se constelados aspectos do vestuário masculino e feminino, do trabalho, portanto, aspectos ligados ao pensamento racional, lógico, um dos pilares da base da estrutura psíquica.

Imagens arquetípicas consteladas: Encontra-se a constelação das imagens arquetípicas da grande mãe, do *self* e do amor (*Eros*).

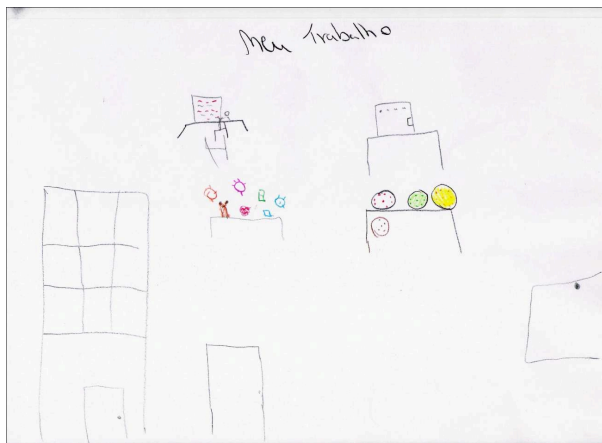
5. A Trajetória de Cristal – CM



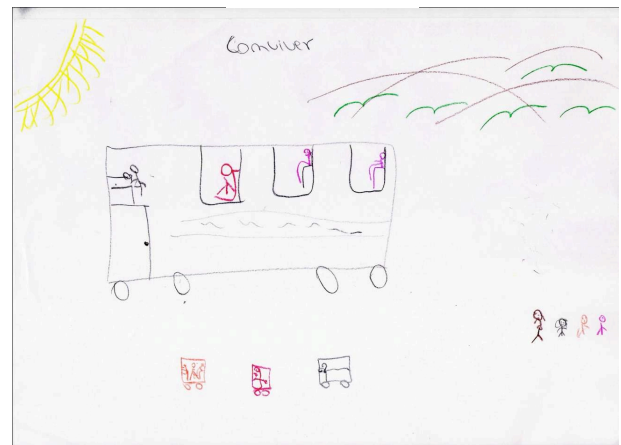
Desenho 1



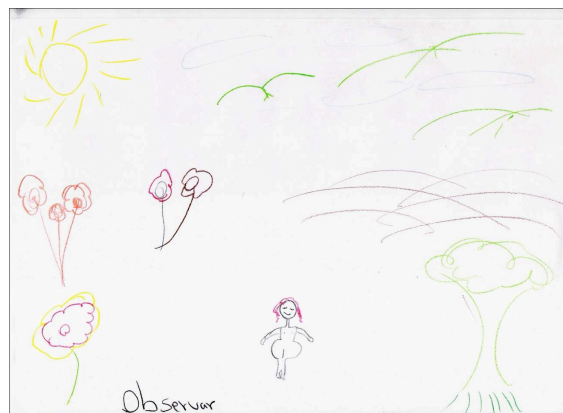
Desenho 2



Desenho 3



Desenho 4



Desenho 5

Desenho nº 1:

— *“Ela estava em casa sozinha e ficou muito feliz com a chegada de todos. Todos juntos.”*

Conta a história de que a família se reuniu e foi de carro, muito grande, coube todo mundo, visitar uma tia que vivia só. Encontra-se aqui o tema da solidão e da felicidade.

— *“A casa é muito boa e tem um pé de manga, com umas pequeninas e uma já madura, e muitas flores também.”*

As mangas sugerem mais florescimento, o frutificar e se transformar. Sugere o amadurecimento de si mesma. A casa apresenta-se cortada, parece faltar uma parte. Poder-se-ia associar a uma mutilação: a casa, cortada ao meio, e o seio que foi retirado. A paciente submeteu-se a mastectomia radical. Pode haver o sentimento de solidão, como o da tia, mas elas não estão desamparadas. Vivencia-se também o sentimento de felicidade. A paciente parece frágil, mas não é. Ao observar o que a rodeia, ela também se compreende melhor.

Título: *Um dia feliz.*

Desenho nº 2:

— *“São pessoas comuns, desconhecidas, passeando. Num cenário de árvores, montanhas e flores.”*

Era como um parque, diz Cristal, com algumas pessoas passeando num belo dia. Percebem-se os temas do coletivo, da comunicação, como aspectos bem positivos.

— *“Observar é importante!” “Como é a realidade, a vida em andamento, a vida... gosto de imaginar a vida das pessoas!”*

Com esse movimento, imagina e projeta a dela. O Passeio é colorido! Pode-se, aqui, se fazer uma amplificação com a *Cauda Pavonis*, do terceiro tratado da alquimia (108), mostrando a confraternização com as pessoas, um lidar melhor com o social. O método da amplificação busca uma ligação com as imagens universais, fazendo paralelismos míticos, históricos e culturais, a fim de esclarecer e ampliar o conteúdo metafórico do simbolismo onírico. O objetivo é tornar amplo e explícito aquilo que é revelado pelo inconsciente (109).

Título: *O Passeio.*

Desenho nº 3:

Neste desenho, existem pessoas, segundo as associações da paciente, mas elas não aparecem no desenho. São colegas de trabalho. Cristal associa o seu trabalho, no laboratório com as análises de bactérias, com a oportunidade de poder ajudar não somente os médicos, mas também os pacientes. Sente-se realizada no trabalho.

— *“Meu trabalho exige concentração!”*

No trabalho, ela está só, concentrada!

Título: *Meu trabalho.*

Desenho nº 4: Em suas associações, Cristal conta que gosta de observar e questionar tudo e todos que vai encontrando pelo caminho. Seu lugar é no primeiro banco, ao lado do motorista, de onde se tem uma visão total. Ela liderando, na frente, com o motorista, que representa o masculino. Observa as pessoas e questiona:

— *“Por que será que esta pessoa escolheu tal cor de carro, ou de roupa? Por que este outro faz assim, dessa forma, tal trajeto, ou o que faz enquanto espera, na fila, pelo ônibus?”*

Cristal busca conviver, entender a vida das pessoas, especialmente das mulheres. Reflete sobre o tema da existência.

Título: *Conviver.*

Desenho nº 5:

A pessoa que observa tudo, com traços bem femininos, em meio às flores e montanhas, árvores, enfim, a natureza, é ela própria. A figura está mais gordinha, a paciente é bem magrinha. Mas assim ela se posiciona diante da vida, como uma observadora atenta. Observar e se sentir parte da natureza, enquanto ser feminino. Atenta a tudo e a todos.

— *“A árvore, as montanhas, as flores e o sol são meus companheiros.”*

Ela se encontra no centro, observando tudo: a natureza, as flores, cada detalhe, a vida enfim; o tema do *self*, da centralidade, está presente. O corpo feminino é do tipo “violão”. Nesse desenho, a figura feminina desenhada está sorrindo, tem o cabelo vermelho, a vagina marcada, como expressões de feminilidade e de sensualidade. Observar as possibilidades do feminino, segundo a paciente, é positivo. Ela acha que o observar é uma atitude mais característica do feminino, que ajuda a viver melhor, com mais consciência. No primeiro desenho, de número 1, o sol encontra-se à

esquerda da folha, lugar que representa o pai arquetípico; o segundo sol, no desenho número 3, é reforçado, com dois traços e com raios mais intensos; e, no desenho número 5, o terceiro sol gira. Com esse movimento, o sol parece evoluir, fortalecendo-se, presente como imagem do arquétipo paterno, do espírito, do *logos*, associado também à conscientização. De acordo com suas expressões, a paciente busca compreender o fato de o pai ter abandonado o lar quando ela tinha apenas 4 anos de idade, e, depois, quando já estava com 17, ele ter pedido para voltar.

Título: *Observar.*

Associações com o CM:

— “*Não associo a nada! Nada! Acho que não tem a ver com nada! Algumas pessoas têm, outras não. Eu tive.*”

Análise do quinto desenho: vem-se constelados aspectos da natureza, da centralidade, da alteridade, da felicidade e da observação introspectiva. O sentir o ambiente ao seu redor, meditar, sonhar, são aspectos ligados ao pensamento simbólico.

Imagens arquetípicas consteladas: Encontra-se a constelação das imagens arquetípicas do herói e do *self*.

6. A Trajetória de Marina – Síndrome de *Takotsubo*.

Dados da Clínica Médica:

Resumo da evolução: Diagnóstico principal: IAM sem supra de ST.

Paciente previamente hipertensa e dislipidêmica, iniciou quadro de dor precordial típica, opressiva, com irradiação para MSE após notícia do falecimento do esposo. A dor foi acompanhada de alteração dinâmica do ECG (inversão de onda T em parede lateral). Levada à hemodinâmica e submetida à CATE que mostrou coronárias isentas de lesões significativas, com áreas de acinesia apical.

Dados clínicos: Hemodinâmica.

Procedimento: Cateterismo de câmaras esquerdas com estudo cinecoronariográfico. **Via:** Artéria Femoral Direita. **Anestesia:** Local. **Cateteres Utilizados:** Introdutor 6F/Catéter JL/JR/Pig-Tail 6F/Fio guia 0.

Técnica: Puncionou-se a Artéria Femoral Direita pela técnica de Seldinger e introduziram-se cateteres coronarianos tipo Judkins, realizando cinecoronariografias em diversas projeções oblíquas. Em seguida, introduziu-se cateter angiográfico tipo Pig-Tail, manipulando-o até a cavidade ventricular esquerda, registrando pressões em VE-Ao. Realizou-se Ventriculografia Esquerda em OAD. Retiraram-se os cateteres e se fez hemostasia compressiva no local da punção.

Descrição: Circulação coronariana com padrão de dominância direita.

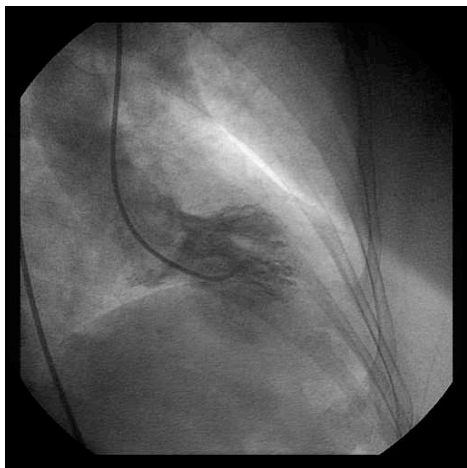
Coronariografia Esquerda: Tronco bifurcado está isento de ateromatose significativa. A Artéria Descendente Anterior tipo 3, de bom calibre. Apresenta lesão discreta 20% em seu terço proximal. Apresenta lesão discreta 20% em seu terço médio. Fluxo TIMI III. Primeiro Ramo Diagonal de fino calibre. Apresenta lesão ostial moderada 40%. A Artéria Circunflexa, de bom calibre, está isenta de ateromatose significativa.

Coronariografia Direita: Coronária Direita de bom calibre; está isenta de ateromatose significativa.

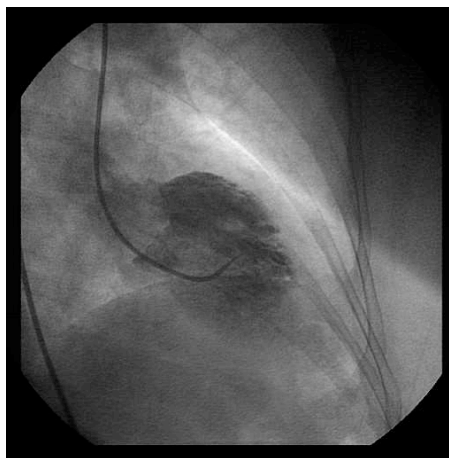
Ventriculografia Esquerda: Apresenta hipocinesia moderada da região anterior.

Conclusão: 1. Aterosclerose Coronariana Discreta; 2. Ventriculografia Esquerda com Hipocinesia Anterior.

Estudo cinecoronariográfico: Paciente Marina - Síndrome de *Takotsubo*:



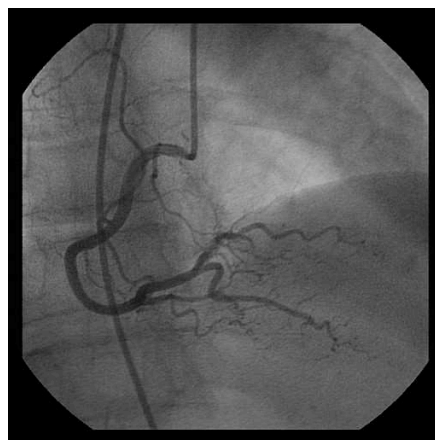
Ventriculografia. Sístole



Diástole



Coronária Direita – preservada



Coronária Direita – preservada



Coronária esquerda – preservada



Coronária esquerda – preservada

A Síndrome de *Takotsubo*, ou Síndrome do Coração Partido, *Broken Heart*, ou Cardiomiopatia de *Takotsubo*, caracteriza-se por movimento discinético da parede anterior do VE, dor torácica, alterações eletrocardiográficas e ausência de coronariopatia obstrutiva (110). Os sintomas são similares aos do IAM.

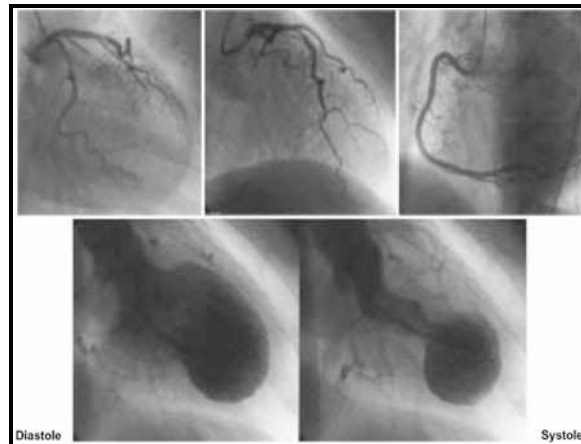


Fig 1. Angiocardiografia Coronária e Ventriculografia (Artérias coronárias preservadas e aneurisma ventricular esquerdo)



Fig. 2. Similaridade entre as formas: VE do coração e armadilha japonesa para polvos.
Origem do termo Síndrome de Takotsubo

A Síndrome de *Takotsubo* pode ser encontrada na literatura, com outros termos que procuram caracterizá-la, como Miocardiopatia por Estresse; Cardiomiopatia do Estresse, Miocárdio Atordoado por Estresse, Acinesia Apical Transitória, Síndrome de Abaulamento Apical Transitório do Ventrículo Esquerdo, Síndrome da Disfunção Apical Reversível.

É uma doença rara, estudada há mais de uma década por pesquisadores dos EUA, França e Japão, principalmente.

Caracteriza-se por disfunção transitória do ventrículo esquerdo com dor torácica, alterações eletrocardiográficas e liberação discreta de enzimas mimetizando infarto agudo do miocárdio (IAM).

A ventriculografia esquerda demonstra balonamento característico apical com hipercinesia do segmento basal do ventrículo (Figura 1), lembrando um halteres ou *takotsubo* (armadilha utilizada no Japão para capturar polvo, Figura 2).

A síndrome descrita apresenta, como peculiaridade, o fato de seu desencadeamento estar ligado a alguns fatores bastante variáveis, sendo um deles o estresse. Todas as situações de estresse apresentam elevação das catecolaminas, que também podem ser causa de disfunção feocromocitoma (111).

Apesar de a causa ser desconhecida, a estimulação simpática exagerada tem sido proposta como um fator central na fisiopatologia. Níveis elevados de catecolaminas podem ocorrer por uma resposta secundária ou ser a principal causa da doença.

Caso clínico: dados da Psicologia

Síndrome de *Takotsubo* - Marina e o estresse emocional — A paciente sofreu os sintomas clássicos de um infarto logo após ter recebido a notícia de que seu marido, 77 anos, havia falecido. Ele estava internado no hospital há 45 dias, e ela estava sofrendo muito desde então. Imediatamente após a confirmação de sua morte, ela sentiu dor muito forte e opressiva no peito. Constataram-se alterações dinâmicas no eletrocardiograma. Ela entrou em pânico e desmaiou. Foi levada imediatamente para o setor de hemodinâmica e submetida ao cateterismo cardíaco. Seus exames provaram alterações eletrocardiográficas com ausência de coronariopatia obstrutiva (fotos do vídeo).

Posteriormente, durante o acompanhamento psicológico e a entrevista, ela expressou seus sentimentos em relação ao seu marido e fez algumas reflexões:

— *“Ele foi meu único amor, em toda a minha vida. Nós éramos muito felizes juntos. Quando amamos, sentimos felizes. Agora não sei como vou viver!”*

— *“Acho que tive este problema de coração porque foi muito doloroso, para mim, escutar que ele não estava mais aqui.”*

— *“Quando a gente ama o próximo, a gente é feliz!” Sem precisar de falar, ele sabe que a gente ama!”*

O tema da morte revelou-se como uma das experiências mais difíceis para ela, em toda sua vida. Nesse momento, é como se, inconscientemente, ela desejasse ir junto com o marido.

Experiências de grandes emoções, especialmente a perda de entes queridos, pode fazer com que o coração “se parta”, não só emocionalmente como também, fisiologicamente, mostrando os sintomas clássicos de um infarto, como no caso dessa paciente.

Associações com o IAM:

— *“A morte do meu marido.”*

— *“Agora será outra fase. Mas temos que ver o lado bom da vida!”*

— *“A única certeza que se tem é a morte.”*

— *“Acho que a bondade é um atributo.” “Para se viver bem!”*

Imagens arquetípicas consteladas: expressões arquetípicas do amor (*Eros*) no relacionamento com o marido e com a vida.

7. A Trajetória de Vivian – IAM.



Desenho 1

Desenho 1:

— “*Não sei desenhar...ahhhh...vamos ver...tá bom?*”

— “*Eu só tenho o hoje e eu tenho limitações!*”

A casa parece uma carinha, segundo a paciente, sugerindo abertura para o diálogo. As pequenas janelas, como se fossem olhos, de uma carinha querendo se comunicar. Em realidade, a paciente é bem comunicativa. O fogo da chaminé mantém o calor, o alimento, com as possibilidades de transformações. O caminho é curto e, segundo a paciente, simboliza as interrupções que teve que enfrentar na vida, devido à fragilidade de sua saúde, de seu coração.

Vivian fala das interrupções em sua vida; rompeu vários processos.

— “*Isso me fez acomodar. Tinha receio de não terminar, ter que interromper; isso me desestimulou. Com internações uma vez por ano! Fiquei acomodada, condicionada.*”

— Pesquisadora: Como ficou sua vida?

— “*Vida acomodada! Interrupções.*” “*Isso me fez acomodar. Receio de não terminar, ter que interromper; isso me desestimulou muito. Tive 18 internações!*”

O sol irradia luz e força, e o verde brota; existe sempre uma esperança, segundo a paciente. O sol encontra-se do lado direito da folha, que significa o lado das conquistas concretas da vida, lado do pai pessoal (105, 106). Vivian preza muito a tranquilidade em sua vida.

Título: *Tranquilidade.*

Associações com o IAM: “*O infarto? Uma fatalidade!*”

Imagens arquetípicas consteladas: Encontrou-se a constelação das imagens arquetípicas do herói e sua trajetória, e do *self*.

Vivian fez o primeiro desenho com disposição, elaborou a estória e o título, deu abertura para a fase de inquérito e mostrou-se à vontade para se expressar. Porém, quando lhe pedi o segundo desenho, ela pensou durante um tempo e pediu para fazer depois, em casa. Trabalhamos um pouco os motivos, mas seu desejo foi respeitado. Quando encerramos a sessão, ela prometeu que faria os outros quatro desenhos em casa e me entregaria depois.

Temas principais dos Procedimentos D-E:

Pôde-se perceber que os principais temas e símbolos presentes no procedimento Desenhos-Estórias das pacientes com IAM e com CM são bastante similares. As pacientes com IAM expressaram aspectos da natureza, do trabalho, o estresse laboral, o luto, as decepções, os símbolos de luz, a espiritualidade, assim como os da família e os valores como casamento, amor, felicidade, filhos e temas da mitologia.

As pacientes com CM expressaram aspectos da natureza, da religiosidade, da fé, o luto, o amor, a felicidade, o observar, a introspecção e o trabalho. Porém, não relataram o estresse laboral. Mostraram uma postura tranquila em relação às suas atividades e ao trabalho, contrário aos casos de IAM.

Nas trajetórias de vida e morte das pacientes, foi revelado um símbolo que está presente em todos os conjuntos de desenhos, sugerindo uma importância fundamental: o da casa.

A casa, segundo Bayley (112), em sentido simbólico, assimila as formas ao continente da sabedoria, ou seja, à própria tradição. “Na casa, por seu caráter de vivenda, produz-se espontaneamente uma forte identificação entre esta e o corpo, e os pensamentos humanos (ou vida humana), como reconheceram empiricamente os psicanalistas” (107). Ania Teillard (113) explica esse sentido, dizendo como, nos sonhos, nos servimos da imagem da casa para representar os extratos da *psique*. Também há uma correspondência entre a casa e o corpo humano.

O sol está presente em quase todos os conjuntos, inclusive em três dos cinco desenhos de Cristal, uma das pacientes, mostrando, em seus três movimentos, uma possível evolução da consciência. Na expressão da paciente:

— *Mais luz em minha vida!*

O sol pode ser considerado uma expansão arquetípica da consciência, podendo representar um aumento da consciência racional. No antigo Império Egípcio, o deus Sol era o ordenador e legislador (114)

Constatou-se que a casa, presente nos desenhos de todas as pacientes desta pesquisa, mostrou, especificamente, sua importância como representação simbólica do corpo, no caso de Cristal; como relação com o tempo através das memórias de vida, nos casos de Fátima, Ana e Sofia; e como ponto de referência no pós-operatório para um caminho futuro ao longo da vida, nos casos de Lena e Vivian.

Foram expressas também as dimensões do tempo: passado, presente e futuro; e da vida e da morte: o viver ou morrer, a força da expressão, da transformação e da superação do feminino.

Portanto, no atual estudo, a casa revelou-se como casa/corpo, casa das lembranças, das memórias mais antigas, casa das possibilidades e da futuridade, das alegrias e a casa reveladora de um caminho. O caminho pode ser até mesmo bastante curto, mas ele parte da casa. A casa é uma referência de vida.

A vida dessas pacientes da pesquisa parece se estruturar em torno da casa, importante símbolo de segurança, assim como em torno do corpo, estrutura básica para a alma, a *psique*. Elas revelaram, a princípio e simbolicamente, um “corpo” doente, um corpo da urgência. Cada uma delas traz em si, em seu próprio peito, em seu coração, um corte, físico ou simbólico, como sinal da emergência. As reflexões feitas por elas envolvem o adoecimento, o corpo ferido, a dor, o corte e o desejo de reconstrução do corpo e da própria vida.

— “*Eu tenho um buraco. Não posso fazer reconstrução.*” (paciente da presente pesquisa).

Moreira (115) observa que se deve pensar o corpo enquanto um conceito criado pelo homem com o objetivo de nomear um objeto e de dar sentido para uma dada experiência. Afirma que o corpo depende da mente e que a existência humana é essencialmente psicossomática. Diz ser o conceito de corpo um constructo da *psique*, e que a ideia de um corpo enquanto unidade e identidade só é possível na inter-relação entre soma e *psique* (116).

A seguir, ver-se-á que as reflexões sobre as casas, feitas por cada uma das sete pacientes, apresentam-se ligadas essencialmente à família, ao amor, às memórias, às conquistas, ao aconchego, ao corpo, à vida e à esperança.

Paciente número 1: Lena - IAM e CM: A casa/sonho; sonho das realizações, das concretizações, do relacionamento afetivo, da família, das conquistas, do prazer, dos estudos, da música e do amor. A menina, como a criança que representa a futuridade e a mulher na janela da casa, pronta para realizar os sonhos.

Paciente número 2: Ana - CM: A casa/sítio das lembranças boas e da tristeza de ter perdido o filho de 25 anos. Mas o amor e a fé existem, e aparecem expressos nos desenhos dos corações e do terço (desenhos número 3 e 5). Ela quer “voltar” para casa, onde plantas e flores aguardam por ela, segundo expressões do marido.

Paciente número 3: Fátima - IAM: A casa das lembranças boas da infância e das transformações. A alquimia das transmutações está presente enquanto possibilidades no fogo da cozinha da casa. A casa lembra a infância e o arco-íris do quinto desenho representa, para a paciente, as conquistas do herói, a esperança e o sonho de suas realizações.

Paciente número 4: Sofia - CM: A casa e a casa da fazenda, reavivando memórias boas da convivência com os filhos e netos. Vivências especiais com os animais e com a natureza.

Paciente número 5: Cristal - CM: A casa/corpo partido (paciente mastectomizada). No primeiro desenho, falta uma parte da casa, ela está partida. Assim como o corpo, partido, segundo a paciente, devido à mastectomia. A paciente é solteira e não tem filhos, mas não descarta a ideia para um futuro próximo. No quinto desenho, observa-se uma transformação da casa/corpo partido; surge o corpo feminino inteiro, perfeito, sensual, simbolizando a fertilidade, a sensualidade, sugerindo a possibilidade de vivenciar aspectos específicos das expressões do feminino, como, por exemplo, a maternidade. Utilizando-se a técnica da amplificação, método desenvolvido por Jung (117), que parte de fatos psíquicos individuais e busca uma ligação com imagens universais, associou-se a figura feminina de seu desenho à Venus de Willendorf, da época do paleolítico (figura 1). Esta pequena estátua encontrada às margens do Danúbio tem cerca de 25.000 anos. Foi realizada na pré-história, de material calcáreo (*limestone*). É considerada a mais antiga figura feminina, ou uma das mais antigas, como sugerem alguns historiadores atualmente. As partes mais destacadas são os seios, o ventre e a vagina. Naquela época, a expectativa de vida era bem baixa, e para dar continuidade às tribos era necessário procriar-se, a fim de manter a espécie, enfatizando-se, portanto, a importância da fertilidade, com destaques para os traços femininos relacionados com a procriação. Os estudiosos acreditam que podem representar um culto à fertilidade (118).

O material folclórico, mitológico e histórico serve, em primeiro lugar, para provar a uniformidade do evento psíquico no tempo e no espaço.



Desenho 1



Desenho 5

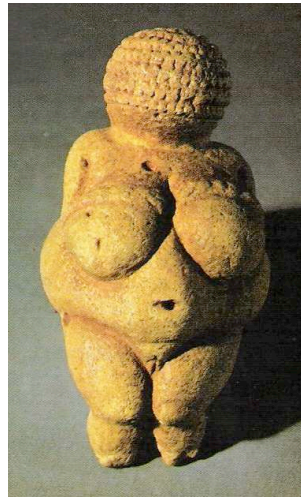


Figura 1 - Venus de Willendorf. Graham, Lanier

Paciente número 6: Marina – Síndrome de *Takotsubo*: O corpo do coração partido. Foram apresentadas fotos extraídas do vídeo da paciente, com as coronárias preservadas. A paciente não desenhou a casa, mas falava todo o tempo, durante a hospitalização, sobre o seu desejo de “voltar para casa!” Teria que ficar um tempo na casa do filho, para depois ir para a casa da filha, no interior. Voltar para casa representava muito para Marina, era um desejo seu muito forte; ao mesmo tempo uma preocupação, a de ficar só em casa, sem a companhia do marido.

Paciente número 7: Vivian - IAM: A casa com o caminho curto, interrompido. Devido ao infarto e a vários eventos trombo-embólicos, Vivian tem medo de não poder continuar. O caminho é curto. A morte é certa. Mas existe um caminho, existe um colorido, uma esperança. Existe a vida! A paciente busca uma integração, busca sua totalidade e certa ordem em sua vida profissional e afetiva. Ordem no sentido de continuidade, livre das interrupções constantes pelas quais já passou.

Nesse desenho, o único feito por essa paciente, buscou-se uma compreensão do sol enquanto círculo, e da casa, representando o quadrado. Segundo Jung (116), são considerados arquétipos da totalidade ou do si-mesmo, imagens geométricas que encerram os elementos do círculo e da quaternidade.

O complemento da quaternidade é a unidade. Para Jung, o círculo e a quaternidade têm caráter de totalidade: o primeiro por causa da “perfeição” de sua forma e a segunda enquanto número mínimo resultante da divisão natural do círculo. (116).

Observou-se que a representação da casa nas expressões das pacientes nos procedimentos D-E, traz em si conteúdos conscientes assim como do inconsciente. A casa tem uma importância fundamental, tanto para as pacientes com IAM quanto para as com CM.

Foi observado, ainda, por meio da experiência e das pesquisas no hospital, que a possibilidade de voltar para casa é um fator não só gratificante, mas também estruturante, no sentido psíquico-emocional, comumente expresso verbalmente pelas pacientes, que perguntam ansiosas para seus médicos:

— *“Quando vou poder voltar para casa? Quando terei alta?”*

Durante o trabalho no hospital, é frequente escutar frases contendo uma alegria imensa, relacionada com a casa:

— *“Meu médico me deu alta!”; “Vou para casa!”*

Constatou-se que a casa, para essas pacientes, é um símbolo da sobrevivência, de resgate da alegria, da saúde, do amor e da fé.

4.2. Imagens Arquetípicas consteladas nas trajetórias de vida e morte das pacientes —

Quadro 2

As imagens arquetípicas consteladas nas produções das pacientes são as seguintes: da criança; do herói e sua trajetória de vida e morte; da grande mãe; do amor (*Eros*, como ligação afetiva, a busca de união); do *self* e o dos conceitos religiosos.

Quadro 2 – Nomes fictícios das pacientes, idade, estado civil, tipo de cirurgia e as imagens arquetípicas consteladas no processo de adoecimento, de acordo com a Psicologia Analítica.

Número	Pacientes	Idade	Estado Civil	Cirurgia Cardíaca	Cirurgia de Mama	Imagens Arquetípicas
1	Lena	60	Divorciada	x	x	Da criança, do herói, do amor (<i>Eros</i>), do <i>self</i> , dos conceitos religiosos e da grande mãe.
2	Ana	58	Casada		x	Da grande mãe, do amor (<i>Eros</i>), do <i>self</i> e dos conceitos religiosos
3	Fátima	49	Casada	x		Do herói, do <i>self</i> e da grande mãe
4	Sofia	68	Casada		x	Da grande mãe, do <i>self</i> e do amor (<i>Eros</i>)
5	Cristal	36	Solteira		x	Do herói e do <i>self</i>
6	Marina	74	Viúva	<i>Takotsubo</i>		Do amor (<i>Eros</i>)
7	Vivian	42	Divorciada	x		Do herói e do <i>self</i>

1. Lena, em suas expressões gráficas, revela imagens arquetípicas da criança, do herói, do amor (*Eros*), do *self*, dos conceitos religiosos e da grande mãe. Busca o resgate da criança, simbolizando a alegria, a pureza e a confiança. Sonha com o eterno retorno da criança, do herói. Espera por uma transformação. A paciente deseja o retorno da força vital no vivido laboral e no vivido amoroso. A criança simboliza a futuridade. Segundo Jung (114), um aspecto fundamental do

motivo da criança é o seu caráter de futuro. A criança é o futuro em potencial. A ocorrência do motivo da criança na Psicologia do indivíduo significa, em regra geral, uma antecipação de desenvolvimentos futuros, mesmo que pareça tratar-se, à primeira vista, de uma configuração retrospectiva.

2. Ana revela imagens arquetípicas da grande mãe, do amor (*Eros*), do *self*, representadas pelos dois corações e pelas flores, e uma imagem arquetípica dos conceitos religiosos, com o terço. O florescer da fé e da vida na doença.

Segundo Jung (117), “o arquétipo dos conceitos religiosos tem, como todo instinto, sua energia específica, que não se perde, mesmo quando a consciência ignora isso.” “*Vocatus atque non vocatus, Deus aderit.*” Invocado ou não, Deus está presente. Esta é a citação presente no portal da casa de Jung em Kushnach.

3. Fátima revela imagens arquetípicas do herói e sua trajetória, do *self* e da grande mãe. Revela também as dimensões do tempo: passado, presente e futuro. Inicia com imagens da fazenda, depois do trabalho, associado ao IAM, e finaliza com a ideia do pote com moedas de ouro, a ser encontrado no final do arco-íris, segundo a paciente.

4. Sofia revela a imagem arquetípica da grande mãe/avó, do *self* e do amor (*Eros*). A casa e a casa/fazenda trazem lembranças de tempos antigos, do passado. Mostra a importância do contato com a natureza e com dimensões arquetípicas da natureza. Para ela, a família representa a continuidade da vida.

5. Cristal revela impressões inconscientes do corpo. A casa, no primeiro desenho, encontra-se partida, cortada, faltando uma parte. A casa/corpo, cortado, sugere a mastectomia a que se submeteu. Contudo, nota-se também a possibilidade de resgate do feminino, com a imagem da mulher feminina, redonda, associada à fertilidade em seu último desenho. Além disso, revela imagens arquetípicas do herói e do *self*.

6. Marina revela sentimentos profundos ligados ao arquétipo do amor (*Eros*). - “*Somos felizes quando amamos!*” “*Quando a gente ama o próximo, a gente é feliz!*”- *Sem precisar de falar, ele sabe que a gente ama!*”

7. Vivian apresenta a imagem arquetípica do herói e do *self*. A casa, o sol e o caminho interrompido, associado aos vários infartos. Fala da vida e suas interrupções, e revela que só tem o presente, a vida e a morte. Essa paciente é um exemplo de coragem, investindo em seu vivido laboral e amoroso com muita decisão e força vital.

4.3. Expressões do Feminino na Área da Saúde: um olhar sobre as expressões arquetípicas do feminino com bases na Mitologia Grega e na Psicologia Analítica — Quadro 3

Nas análises realizadas, foi possível identificar imagens arquetípicas do feminino presentes nos conteúdos das entrevistas e nas expressões gráficas das pacientes, que sugerem características de personalidade, posturas e formas específicas de lidar com a realidade. O objetivo é a possibilidade de vivenciar essas expressões livremente, de forma consciente e equilibrada. São expressões do universo feminino que preenchem e alegram a mulher.

Com base no trabalho clínico, psicoterapêutico e de pesquisa no hospital, foi possível observar que, quando questionadas acerca dos papéis que vivenciam, as mulheres lembram principalmente dos seguintes aspectos: mãe, profissional, esposa, filha, amiga, amante, religiosa:

— *“Sou mãe, profissional, sou esposa, sou filha, amiga, sou amante, tenho fé, sou religiosa... ah! gosto e cuido das plantas e dos animais... que mais?”* (paciente da atual pesquisa).

São precisamente, os aspectos representados pelas sete principais deusas do Olimpo Grego. Ainda não surgiu uma paciente que apontasse para um novo papel, diferente desses que são apresentados.

Segundo Brandão (119), de acordo com a mitologia grega, os aspectos arquetípicos do feminino, presentes nas principais deusas do Olimpo, mostram-se assim: em Hera, a ênfase recai na esposa; em Deméter, na mãe; em Core/Perséfone, numa extrema submissão e dependência; em Atená, a força da guerreira; em Héstita, na pacífica e silenciosa guardiã do lar; em Ártemis, na rebeldia e participação; e em Afrodite, no amor em ação.

Em relação aos arquétipos do feminino, observou-se que algumas características são fundamentais em cada mulher, e mostram uma afinidade com a deusa ou as deusas a que ela mais se assemelha. Foi desvelada a vontade e a urgência de realização da personalidade feminina, através do estudo das expressões dos aspectos das deusas gregas em pesquisa realizada no hospital (ver artigo 2 desta tese). A princípio, era clara e marcante a presença dos aspectos de Deméter, a grande mãe, durante longo tempo na vida dessas mulheres/pacientes. Mas, ao final de todo o processo de cirurgias e de acompanhamento psicoterapêutico, surgia de forma vibrante Atená, a grande guerreira, Afrodite, a deusa da beleza, do amor e da sensualidade, e também, com grande ênfase, aspectos da deusa Héstita, imagem simbólica da espiritualidade. A representação e o desejo das

pacientes de expressão desses três arquétipos surgiram como prioritários após a cirurgia e o tratamento.

No estudo atual, foram encontradas expressões dos arquétipos da guerreira Atená em cinco das pacientes entrevistadas, não somente nos momentos pós-cirúrgicos, mas também, em algumas delas, em momentos e posturas de vida anteriores à cirurgia.

O da grande mãe, Deméter, em cinco também; o da Hera, a esposa, em quatro pacientes; o da deusa do amor, Afrodite, o da espiritual Héstia, o da Perséfone, a filha, e o da Ártemis, a protetora da natureza e dos animais, em três. Vê-se que o espírito de Atená e de Deméter, a guerreira e a grande mãe, são as características mais fortes nas expressões das pacientes desta pesquisa.

No estudo anterior, Atená, a guerreira, toma força após as cirurgias e tratamentos, com grande intenção de atuação, e Perséfone, símbolo da dependência, a filha, ficando em último lugar. Anteriormente à pesquisa, elas expressavam com grande intensidade aspectos da deusa Deméter, a grande mãe.

Na pesquisa atual, as mulheres já mostram traços de Atená mesmo antes do adoecimento. Elas buscam força, independência, carreira profissional, e desprezam a dependência e a fragilidade, sem, contudo, descartar outros aspectos do feminino, considerados vitais para a realização pessoal e a felicidade.

A seguir, apresenta-se o Quadro 3, com as Expressões do Feminino desveladas e analisadas na presente pesquisa:

Quadro 3 – Nomes fictícios das pacientes, idade, estado civil, tipo de cirurgia e expressões dos arquétipos do feminino, de acordo com a Mitologia Grega, durante o processo de adoecimento.

Numero	Pacientes	Idade	Estado Civil	Cirurgia Cardíaca	Cirurgia de Mama	Expressões do Feminino
1	Lena	60	Divorciada	x	x	Perséfone, Atená, Afrodite, Deméter, Héstia
2	Ana	58	Casada		x	Deméter, Afrodite, Hera, Héstia
3	Fátima	49	Casada	x		Atená, Ártemis, Deméter, Hera
4	Sofia	68	Casada		x	Deméter, Hera, Ártemis, Perséfone, Atená
5	Cristal	36	Solteira		x	Ártemis, Atená, Perséfone, Afrodite
6	Marina	74	Viúva	<i>Takotsubo</i>		Hera, Héstia, Deméter
7	Vivian	42	Divorciada	x		Atená

As expressões dos arquétipos do feminino foram encontradas nas pacientes com IAM e com CM. São típicas do feminino, independentemente da patologia. Porém, pode-se observar uma tendência maior em ultrapassar limites e o excesso de si nas pacientes com IAM. São características típicas dos heróis de todos os tempos, assim como descritos nas mitologias universais. Traços muito similares aos da personalidade Tipo A. É o espírito de Atená.

Faz-se importante ressaltar que todo arquétipo é bipolar, e traz em si aspectos positivos como também negativos, dependendo da forma de expressão. Todas as expressões do feminino em excesso, ou esquecidas, diminuídas, reprimidas, poderão causar sofrimento para as mulheres, ansiedade ou falta de segurança e de plenitude. Durante as fases de cirurgias e tratamentos, aspectos da deusa Afrodite ficam esquecidos ou reprimidos. Principalmente para as pacientes que passaram pela cirurgia de mama, ou pela mastectomia. Mesmo com a reconstrução mamária, elas tendem a inibir os aspectos da sensualidade e da sexualidade por vergonha, por tristeza. As que sofreram o

infarto, geralmente, no período de recuperação, no pós-cirúrgico, temem se emocionar demasiadamente, entusiasmar muito, emocionalmente ou sexualmente, pois acreditam que o coração pode “não aguentar”. Temem um novo infarto.

— “*Será que meu coração vai aguentar? Será que foi bem “costurado?”*”(risos) (3). Esses seriam os aspectos negativos.

Vivenciar cada aspecto das deusas, em diferentes momentos de vida, de acordo com cada situação específica seria o ideal, respeitando sempre as características individuais de cada mulher, pois existe uma predominância especial em cada uma delas, sem ter que deixar, entretanto, de explorar todas as possibilidades de atuação e de expressão do feminino.

5. DISCUSSÃO

Com relação aos eventos de vida considerados pelas pacientes significativos, traumáticos, contribuindo para o adoecimento, e aos sentidos e significados atribuídos às patologias, com as associações feitas em relação as suas trajetórias de vida e morte, pode-se observar que:

Lena, a paciente com CM e IAM traz em sua história de vida a busca pela realização profissional e o sucesso, a *hiperfeição* de si, e também vivencia o estresse e o *hiperfuncionamento de si* com bastante intensidade. “*Meu tempo é estrangulado.*” Essa foi uma das primeiras colocações que fez quando iniciamos o trabalho. Busca a relação com o outro no encontro amoroso, na alteridade, e na relação maternal. Traz também a questão da religiosidade e da fé em si mesma, da independência, a questão do luto, tanto o concreto quanto o simbólico, associado às rupturas amorosas. “*Meu coração é emocional*”. Mas se considera bastante racional também. “*Sou alegre, e falo as coisas. Não reprimo. Mas tive que reprimir. Fiquei emocionada demais!*” “*Foi amor demais! Pelo meu filho, abracei e me salvei.*” “*Foi amor demais e repressão demais, eu reprimi muita coisa.*” Busca intensamente o amor e o sucesso profissional. Realizações no vivido laboral e amoroso, para ela e para o filho. Busca equilíbrio e centralidade. Faz associações com fatores de risco, como o tabagismo e as emoções intensas no vivido laboral e amoroso, com separações e traição. A busca da *hiperfeição* de si, o perfeccionismo, o tabagismo e os excessos característicos da hipermodernidade são suas associações. Lembra também do medicamento Tamoxifeno, e questiona se estaria relacionado com suas cirurgias de mama e infarto. Em pesquisa atual, Cardoso Filho (120) busca determinar o comportamento clínico de tumores de mama com receptores hormonais positivos na vigência do uso de Tamoxifeno, modalidade de hormonioterapia no tecido mamário. Em relação ao câncer de mama, afirma que as características patológicas dos tumores e um pior prognóstico decorrente do aumento dos estrógenos circulantes e redução dos metabólitos ativos do tamoxifeno são temas importantes para maiores pesquisas e avaliações.

Motivo do infarto:

— “*O não expressar os sentimentos*”.

Acredita que foi o amor.

— “*Foi o amor!*”

O amor do namorado, que não ligou mais depois da notícia do CM, e o amor pelo filho. Agora que ela conscientiza sobre a importância da formatura do filho, pois se ele estava formando em Medicina, sendo que ela o incentivou muito para seguir tentando, agora que ele estava por

formar-se em uma profissão que valoriza a vida, como que ela poderia aparecer doente, como poderia morrer? Seria uma incoerência para ele, uma decepção mesmo, pois ela lhe ensinara a lutar e a conquistar. Como ele ficaria, posto que a Medicina busca a cura? Seria negar tudo o que ele acreditava. Ela não poderia morrer. Isso lhe deu forças para suportar tudo e estar presente na formatura, “*linda, feliz, bem vestida.*” Voltou dirigindo, após várias festividades; sentia azia e cansaço. Estava bem. Chegando, foi trabalhar, sem almoçar, sem tempo para descansar. Num intervalo, deitou-se no chão, mas o mal-estar foi mais forte. Pegou um táxi e foi para o hospital. Lá, disse que estava infartando e precisava de atendimento urgente.

Lena mostrou-se interessada em colaborar com a pesquisa, dizendo que acha muito importante as pesquisas. Apresenta-se assim:

— *Meu coração é emocional”. “Sou volúvel! Sou dos opostos: no trabalho super séria, compenetrada. Fora, sou informal, solta, volúvel!” “Sou dedicada, preocupada, cuidadosa. Gosto de tudo que é errado: não jogo porque senão vou me viciar; eu fumava a vida toda, a vida inteira eu fumei. Muito, nunca parei, desde que casei.*

Ana mostra a importância do amor e da amizade nas relações familiares, surgindo como base estruturante do seu ser, principalmente no momento de adoecimento. Muito valorizado o relacionamento e o apoio familiar, das filhas e do esposo. Afirma também a importância da fé, da religiosidade, e da alegria com o seu trabalho de artesã. Traz também a vivência do luto, de difícil elaboração. O amor é o tema principal, ocupando lugar de destaque em suas colocações. Sente conforto na fé e na religiosidade. Considera-se bastante emotiva, chorona, “*manteiga derretida*”. Quanto ao lidar com as emoções, reconhece que muitas vezes, elas ficam reprimidas. A máscara desenhada (desenho nº 4) pode estar representando também o teatro da vida, no qual ela precisa continuar atuando, não pode mostrar o quanto estaria assustada e mesmo deprimida com a doença. A figura lembra também a fase da quimioterapia, quando as pacientes perdem o cabelo.

A paciente mostrou-se muito receptiva e carinhosa. É bastante emotiva. Estava no leito do hospital e havia se submetido a uma dissecação da axila, na manhã do dia da primeira entrevista de contato. Ela falou para o seu médico que estaria disponível a partir das 14 horas. Chorou quando falou da morte de seu filho. Diz que chora com facilidade. Profissão: artesã. Como atividades de lazer, gosta de dançar e viajar. É religiosa, reza e faz boas ações, ações de caridade.

Fátima traz temas ligados aos aspectos da sociedade hipermoderna com demandas de superação, *hiperfeição* e hiperfuncionamento de si. Busca realizações e o sucesso profissional. Depara-se com competições. Seu vivido laboral é intenso, estressante, mas mantém o desejo de conquistas profissionais por meio de muita luta e muitos excessos. Vivencia preocupações intensas e ressentimentos com conflitos familiares. Associa o seu infarto à briga que teve com seu filho dias antes do infarto. Traz também o luto. Considera-se bastante emotiva:

— *“Essa tensão, essa intensidade que eu vivo as coisas. Tudo é intenso!”*

O poder pessoal é muito valorizado, assim como a independência e a realização profissional.

— *“Eu tenho que ser forte!”*, *“Eu quero vencer profissionalmente!”*

A busca intensa de sucesso profissional surge em primeiro lugar em suas colocações. Tem o desejo intenso de conquistas profissionais e a experiência de lutas e muitos excessos. Mas busca também a harmonia familiar. Considera a centralidade como algo vital para a sua vida e seu bem estar.

No primeiro encontro, no CTI do hospital, a paciente mostrou-se solícita, aceitou participar da entrevista, dizendo que tudo que falasse poderia ser usado, em resposta às explicações sobre a ética e o sigilo profissional. Ela falou que sentia dor e desconforto, e que estava dormindo mal. Fala das preocupações com os filhos; são dois, um casal, de 15 e 16 anos. Trabalha como vendedora de seguros de vida. Quer que os filhos e os jovens em geral tenham mais consideração, mais maturidade, mais consciência. Pediu para fazer a entrevista quando estivesse sentindo melhor.

Sofia mostra, em seus dois primeiros desenhos, um movimento voltado para o passado. Apresenta tudo no passado. Seria um desejo de retornar ao passado, ou um reviver lembranças boas? Quanto à estrutura de vida, parece não apresentar, no momento, uma perspectiva: não tem sol, e o lado direito está vazio. No desenho número 3, “Minha Fazenda”, falta telhado na frente da casa, e no de número 4, “Minha casa”, o telhado encontra-se desprotegido. A casa só tem telhado na frente. Retrato da doença? Talvez a desproteção, frente ao adoecimento e à vida. Mas demonstra muito amor e alegria na relação com os netos e o filho, alegria também ao falar da natureza, das plantas e dos pássaros. Algo que a sustenta: o amor.

A paciente é alegre e determinada. Sempre apresentou firmeza com o que queria fazer. Diz ser mais mãe do que esposa. Cuida do marido, dá tudo na mão! Começou a trabalhar com treze anos, costurando, na roça. Sua mãe costurava, e ela foi aprendendo. Depois ajudou a tia no trabalho dela.

Trabalhou num armazém, que virou supermercado. Cuidou da mãe, com Alzheimer. Fez tudo por ela, não tem remorsos. Seu grau de escolaridade é o primeiro grau. Hoje é aposentada. Quanto às atividades de lazer, gosta de artesanato, música, religião, religiosidades. É católica. Vivencia grande emotividade; se diz sensível, emotiva.

— *“Meu coração é emocional.”*

Cristal relata que, quando ela estava com 4 anos, o seu pai abandonou a sua mãe. Lembra-se dele. Voltou quando ela estava com 17; ele estava doente, com câncer de próstata. A mãe o perdeu e cuidou dele. Os temas dos procedimentos desenhos-estórias são ligados à natureza, à boa convivência, aos passeios em meio às flores e montanhas, enfim, à felicidade. Trabalha em um laboratório, parece ser um trabalho que exige concentração, pois os colegas de trabalho não aparecem nos desenhos, ela está só no trabalho. Fala das bactérias e dos instrumentos de trabalho. Relata seu prazer em ajudar os outros: os pacientes e os médicos. Aprecia o fato de poder dar uma ajuda desinteressada aos outros. É jovem, tem 36 anos. Seu grau de escolaridade é o nível médio completo. É solteira e mora com a mãe. Sua profissão: Técnica em Patologia Clínica. As atividades de lazer que desenvolve são a caminhada, a música, sua dedicação à igreja e gosta também de cinema. Sua religião: evangélica.

A paciente é muito prestativa; alegre, interessada, curiosa, perguntando bastante; é falante, expressiva e gentil. Quando lhe agradei pela participação na pesquisa, falou que ela é que agradecia, pois estaria aprendendo com as entrevistas e a pesquisa.

Segundo a paciente, primeiramente, descobriu um caroço na mama direita. Nunca antes havia se internado, adoecido, não tinha nada. Nem remédios tomava, pois não gosta de remédios, só em caso de extrema necessidade. Submeteu-se à mastectomia total da mama direita. Não fez rádio nem quimioterapia. Depois de algumas semanas, não teve nada, fez a reconstrução mamária. Quase um ano depois, surgiu outro nódulo, maligno. Fez a cirurgia e está aguardando os resultados dos exames para ver se terá que fazer rádio ou quimioterapia.

Marina apresentou os sintomas clássicos de um IAM. Apresentava arritmia cardíaca. Submeteu-se ao cateterismo. Quando ainda internada no CTI, combinamos a entrevista de pesquisa quando estivesse no apartamento. Relata que o marido era muito bom, alegre, todos gostavam dele, e que era muito, mas muito bonito! Eles tiveram dois filhos, um casal, e netos. Acredita que *“Deus*

faz 100%.” Seu pedido era pelo marido, que ele não ficasse mal, fraco demais e dependente. Conta que o marido tinha 77 anos quando faleceu, com IAM, mas estava doente havia 13 anos. Ele teve um derrame e estava com esclerose múltipla nos últimos anos. Agora, com o infarto, ficou 45 dias no hospital. Marina conta que dia 29 de janeiro é seu “niver”. E que tem 1,57 metros de altura e 50 kilos, e está com 74 anos. Surgem as recordações: ela se lembra que iria fazer 29 anos quando veio para Belo Horizonte. Tem cinco netos, o mais velho tem 29 anos. A mais nova tem 18. Teve dois filhos, um casal. Com 17 anos, formou-se em magistério. Vivia na zona da mata, na fazenda. Conheceu seu marido com 15 anos, noivou com 17 e se casou aos 18. Ele também é de família de fazendeiros. Com emoção, Marina conta que no seu “niver” de 15 anos, teve uma festa, e que estava de “namorico” com ele. Ele levou um presentinho, que deixou cair quando chegou a cavalo! Quando lhe perguntei qual era o presentinho, ela riu e lembrou:

— *“Ah! Um perfume, mas não quebrou!”*

Conta que riam muito. Ele é três anos mais velho do que ela; perdeu a mãe quando ela estava com 47 anos e o pai com 57. Relata que ele ficou sem os pais muito pequeno. O pai administrava tudo na fazenda. Diz que o marido dava ideias, mas eles, da família, não aceitavam; era uma confusão. O marido trazia coisas da fazenda para BH, de tudo, verduras, açúcar mascavo... Ela está há 44 anos aqui em BH. Quando veio para cá, iria fazer 29 anos; mas o marido já conhecia pessoas aqui, já trabalhava e, portanto, ela se sentia segura. Se estivesse só, não viria. Fala que a vida agora será muito diferente, e ela terá que aprender tudo. Conta que a outra mudança foi quando o marido adoeceu, há 13 anos; para sair, viajar, tudo ficou mais difícil. Marina sempre foi dedicada ao marido, aos filhos e netos, que são sua alegria!!

Vivian fala das interrupções em sua vida; rompeu vários processos. Ela sofreu um IAM aos 25 anos, ano em que se casou. Ainda com 25, teve outro infarto. Depois veio a separação. Morava no interior. Mudou-se para Belo Horizonte. Foi trabalhar na cooperativa dos médicos. Sofreu embolia, e teve que ser internada 18 vezes no hospital. Tudo que começava, sofria um corte, pela questão da saúde. Há cinco anos, tem um namorado. Mas passou cinco anos só, depois da separação. Acha que está acomodada; acha que gosta mais dele do que ele dela. Sente-se insegura, pois tudo que começa tem que parar. Tem medo de ficar mal se ficar sem ele. Ao mesmo tempo, não gosta de depender. Ela é a sexta de sete filhos, e tem um irmão mais novo, que era bem próximo. Vivian não tem filhos. Seu questionamento é o seguinte:

— “*Estou acomodada por que sou assim, acomodada, ou isto serve como uma desculpa para que eu fique acomodada???*”

Reflexões

Por meio da análise das entrevistas das sete pacientes da pesquisa e dos símbolos presentes em seus desenhos, observaram-se modelos e demandas da sociedade hipermoderna por *hiperformance* e superação de si ligados ao adoecimento, quando em excesso. A ilusão do herói sobre força e imortalidade, consciente ou inconsciente, foi também observada. As vivências de morte, separações e perdas sem possibilidades imagináveis de elaboração revelaram-se como experiências das mais difíceis na vida das pacientes, causando estresse, fragilidade e, conseqüentemente, interferindo na habilidade de reação do sistema imunológico.

Porém, expressões do arquétipo do herói surgem com força e intensidade durante o período da hospitalização, e acompanham as pacientes em suas trajetórias de vida e morte (121). O pós-cirúrgico é um período de reflexões sobre a vida e a morte. A vida ressurge com intensidade, e o desejo de viver e aproveitar a vida ao máximo se faz presente. A morte passa a ser, fundamentalmente, um símbolo de transformação. Ela guia, agora, as emoções e as ideias, os projetos e as mudanças que são necessárias neste momento e para o futuro. É quando o desejo pela imortalidade nos conduz para além dos limites humanos (82).

Segundo Rushel (76), pacientes infartados referiram, como uma das causas da doença, luto não elaborado por morte de familiares.

A morte de pessoas queridas é uma questão de difícil aceitação, assim como o lidar com a ideia da própria morte. Especialmente no Ocidente, em que as dificuldades em relação à morte são visíveis nas posturas de resistências em relação ao limite maior, que é a velhice e a finitude. Já no Oriente, de acordo com algumas filosofias, como por exemplo, o Budismo, o Hinduismo, a Vedanta, a morte é vista como uma liberação.

Percebe-se uma postura de maior naturalidade em relação à morte, expressa em fragmento de um poema do escritor e poeta indiano Rabindranath Tagore (122), Prêmio Nobel da Literatura em 1913: “A morte pertence à vida, como pertence o nascimento. O caminhar tanto está em levantar o pé como em pousá-lo no chão” (122, p. 37, *Pássaros Errantes*, CCXVI. Reflexões).

Jung (123) observa que, psicologicamente, a morte é tão importante quanto o nascimento, e tal como este é também parte integrante da vida. “Refletir sobre a vida é refletir sobre a morte e aquela nunca poder ser vista na ausência desta. Onde não há morte não há vida” (124).

Porém, Jung observa que “o *inconsciente parece não reconhecer a morte*” (125).

Bom, eu tratei de muita gente idosa, e é muito interessante observar o que o inconsciente está fazendo com o fato de que, aparentemente, está sendo ameaçado com um fim completo. O inconsciente simplesmente ignora isso. A vida comporta-se como se fossem continuar e, por isso, penso ser preferível para uma pessoa idosa continuar vivendo como se a vida não fosse acabar, aguardar o dia seguinte como se tivesse ainda muitos séculos pela frente. Então viverá de maneira adequada (125).

Em 1944, após sofrer um infarto, Jung relata suas impressões sobre a morte em carta à psiquiatra e psicóloga analítica Kristine Mann. Suas impressões sobre a morte assemelham-se ao pensamento oriental:

Considerando-se em geral, minha doença foi uma experiência muito válida; ela me deu a oportunidade inestimável de olhar por trás do véu. A única dificuldade é livrar-se do corpo, ficar nu e vazio do mundo e da vontade do eu. Quando se pode desistir da louca vontade de viver e quando se cai aparentemente num nevoeiro sem fundo, então começa a vida verdadeiramente real com tudo o que foi intencionado e nunca alcançado. É algo inefavelmente grandioso. Eu estava livre, completamente livre e inteiro, como nunca me havia sentido antes. Eu me sentia a 15.000 quilômetros da terra e a via como imenso globo brilhando numa luz azul, indizivelmente bela (Carta 01.02.1945) (126).

Vista de fora e enquanto estivermos do lado de fora, a morte é a coisa mais terrível. Mas, uma vez dentro, experimenta-se um sentimento tão forte de totalidade, paz e realização que não se deseja voltar. Realmente, durante o primeiro mês após a primeira visão, sofri de negras depressões porque sentia que estava me recuperando. Era como se estivesse morrendo. Eu não queria viver e retornar a esta vida fragmentária, restrita, estreita e quase mecânica, onde se estava sujeito às leis da gravidade e coesão, preso num sistema tridimensional, turbilhonado com outros corpos na torrente impetuosa do tempo. Lá havia plenitude, significando satisfação, movimento eterno (não movimento do tempo). (126).

Oriente e ocidente, impressões distintas sobre a morte e a vida; ainda assim, são dois olhares atentos no campo da saúde. Sugerem-se estudos que alcancem a dimensão humana em sua maior totalidade, abarcando as filosofias, as tradições e as posturas não somente do Ocidente, como também do Oriente em suas especificidades, no tocante à experiência humana do sofrer, do adoecer e de suas ideias, emoções e considerações frente à própria finitude do ser.

Percebe-se que a ideia de uma vida sem muito estresse, as conquistas ainda por realizar, o amor à família, aos outros seres, à natureza, as novas possibilidades e a qualidade de vida tornaram-se temas fundamentais para as pacientes.

Porém, essa conscientização, adquirida pelas pacientes com a vivência do adoecimento e das cirurgias, poderá ser útil para a prevenção secundária. Porque elas já infartaram, já contraíram um câncer de mama. Por que não investir mais na prevenção primária? Se já se tem a “receita”, por que não se toma o “medicamento” de forma correta, como prescrito? Não no sentido de que seria possível evitar as doenças, mas sim de reduzi-las.

A doença cardiovascular é a mais comum e a principal causa de mortalidade da população mundial. Merece uma atenção especial, uma postura firme em relação aos trabalhos de prevenção.

No congresso da *Asian Pacific Society of Cardiology*, na Tailândia, em fevereiro de 2013, o Doutor Pravit Tanprasert discorreu sobre a prevenção cardiovascular na prática clínica, explicando porque ela é necessária. Ele argumentou que a causa mais comum da doença cardiovascular, no momento, é a doença cardiovascular aterosclerótica, que é uma desordem crônica, desenvolvendo-se insidiosamente ao longo da vida, e, comumente, progredindo a um estágio avançado, quando os sintomas, então, ocorrem. Ele cita o Professor Louis J. Ignarro, que disse:

Nós não sabemos como curar a doença cardíaca. Medicamentos e procedimentos somente fazem com que nós nos sintamos melhor, eles não curam. Mudemos nosso estilo de vida, vivamos uma vida feliz e tenhamos uma dieta feliz e a chance de desenvolver a doença é muito menor” (125).

O Doutor Tanprasert afirma que a verdade, também confirmada pela WHO, é que 80-90% de todas as doenças cardiovasculares são sujeitas à prevenção por meio de tratamento adequado e mudanças no estilo de vida, como, por exemplo, parar de fumar, ter uma dieta saudável, atividade física e evitar o estresse psicossocial. Sua mensagem é que a PREVENÇÃO (com letras maiúsculas em sua apresentação no congresso e em seu texto) deveria ser a palavra-chave para todos os procedimentos cardiovasculares. O sucesso da prevenção, em termos de redução da mortalidade em diferentes populações em todo o mundo, foi atribuído principalmente à redução dos riscos, como a modificação no estilo de vida, mais do que os medicamentos e a implementação de procedimentos. Apesar dos benefícios da implementação da prevenção já estarem firmemente estabelecidos, os resultados ainda não alcançaram com sucesso a meta estabelecida, devido a alguns problemas ainda não resolvidos. Para o Doutor Tanprasert, os problemas são o fato de que a compreensão das razões para mudanças no comportamento das populações e dos indivíduos ainda está incompleta, e os mecanismos de mudanças no comportamento traduzidos para mudanças nos padrões das doenças também ainda não são completamente compreendidos. Ele acredita que são necessárias mais

pesquisas sobre a prevenção da DCV, começando cedo na vida, na infância, ou até mesmo durante a vida intrauterina (127, p. 67).

6. CONCLUSÕES

Buscou-se compreender as vivências de mulheres que sofreram Infarto Agudo do Miocárdio (IAM), a Síndrome de *Takotsubo* e das que foram acometidas por um Câncer de Mama (CM).

Em relação aos eventos de vida, e por meio das análises de conteúdo das entrevistas semidirigidas, foram levantadas as seguintes categorias: morte de entes queridos com luto não elaborado, separações dolorosas e estresse no vivido laboral e no vivido amoroso (Artigo 1, ver “*Table 1*”).

Pesquisas demonstram que o luto por morte de pessoa com vínculo importante é uma situação que traz consigo grande ameaça pessoal, podendo caracterizar-se como um dos fatores de risco para a doença, inclusive para o infarto agudo do miocárdio (128, 129, 130, 131).

Observou-se o quanto as doenças afetam o estado psíquico e emocional das pacientes. Porém, ainda que fragilizadas, as pacientes encontram formas para lidar com a realidade, produzem sentidos e significados sobre as doenças, fazem associações e criam expressões curativas, transformadoras, típicas do feminino estudado.

A possibilidade de vivenciar, conscientemente, todas as possibilidades contidas na alma, enquanto expressões autênticas da personalidade feminina, mostrou ser de suma importância para a saúde mental das pacientes, pois todas as expressões estudadas fazem parte do universo feminino, e todas elas preenchem e realizam a mulher.

A postura adoecedora observada estava em não expressar todas as possibilidades contidas na alma feminina. Ou expressar de forma desequilibrada. Não vivenciar a plenitude do ser implica em sentimentos de tristeza, de depressão, de incapacidade e de ansiedade, o que poderá enfraquecer as defesas do sistema imunológico, levando, conseqüentemente, ao adoecimento.

Uma nova consciência surgiu entre as pacientes da pesquisa: a de ter cuidados com a saúde, evitando os excessos; a de trabalhar terapêuticamente as tristezas e as mágoas; e a de explorar e aprimorar as reações, as emoções e as características de personalidade mais esquecidas ou mais extremadas.

Quanto ao CM, a medicina tem feito avanços extraordinários na busca de maiores possibilidades de cura. Pesquisas mostram a importância da prevenção, constata que o acompanhamento psicológico para pacientes com câncer melhora o sistema imunológico, e sugerem que se investiguem mais os perfis psíquicos, incluindo o acompanhamento psicológico como um

procedimento básico nos tratamentos clínicos dos pacientes com câncer. Que não fique somente uma avaliação sobre dados de qualidade de vida (59).

Portanto, para uma prevenção mais efetiva, sugere-se o acompanhamento psicológico para os pacientes com câncer, seja em tratamento externo ou enquanto hospitalizados.

Sugere-se também o acompanhamento psicológico para os pacientes que sofreram infarto. As elaborações feitas durante a hospitalização e nos acompanhamentos dos meses seguintes mostram uma maior conscientização voltada para a saúde, para a qualidade de vida e para a felicidade. Mostram que os pacientes tratados com o procedimento psicoterapêutico se envolvem mais conscientemente com o seu processo de adoecimento e de tratamento, se empenhando com bastante seriedade nos cuidados e na busca de sua própria cura.

É de suma importância a participação consciente do paciente em seu processo de prevenção, ou mesmo de adoecimento e cura, ou, não sendo possível a cura total, de uma melhora. Como observado na hospitalização, nesse momento de vida e morte, a fé em uma divindade, no médico e na medicina torna-se primordial. Mas nem sempre o paciente sente-se forte o suficiente para participar mais intensamente no seu processo de cura ou mesmo para aderir ao tratamento médico. Sua melhora clínica fica prejudicada pela descrença, pelo desânimo, e sua cura mais distante.

A medicina atua brilhantemente, aprimorando e cumprindo o seu dever de “salvar vidas”, ou pelo menos “tentar” salvar.

Nos tratamentos médicos e psicológicos, a cura é o maior objetivo, pelo menos de forma implícita. Mas o que seria a cura, no sentido psicológico? Para a Psicologia Analítica, a possibilidade da cura seria “o encontro de um significado para a doença” ou “quando os sintomas se integram em uma totalidade significativa” (132, p. 129).

Sabe-se que existe uma dialética interna, que se constela na *psique* e faz parte de sua dinâmica. É um aspecto de suma importância que se faz notar no processo de hospitalização e de cura, que é a participação e a atuação do paciente frente à sua doença, à hospitalização, à adesão ao tratamento e à sua recuperação. Esse é um processo que traz em si também os componentes arquetípicos, ou seja, fatores dominantes, como, por exemplo, a imagem do “curador”, ou a do “inválido”, que poderão se constelar na *psique* do paciente enquanto hospitalizado. São as polaridades “curador e inválido”, “vida e morte”, “saúde e doença”, “força e fragilidade”, que fazem parte e que compõem a estrutura da *psique*, dotada de uma instância pessoal e outra coletiva.

O paciente, quando procura um médico, ou seja, um outro, exterior a ele, tem em si, simultaneamente, o “médico interior”, ou o “fator curador” enquanto fator intrapsíquico instaurado na dinâmica de sua *psique*. Essa ação do “médico interior” é imprescindível para que haja um movimento de busca da cura por parte do paciente, independentemente de toda competência e da atitude médica (133, p. 89-91). Fundamentando-se na Psicologia Analítica, que compreende os arquétipos enquanto bases estruturais de comportamentos arcaicos, primordiais, aponta-se para a existência do arquétipo do médico, do curador, que é ativado todas as vezes em que uma pessoa adocece (133).

Na presente pesquisa, a ameaça da morte que se instalou na *psique* das pacientes devido ao acometimento da doença fez emergir conteúdos inconscientes que se constelaram, surgindo como complexos que auxiliaram na reestruturação psíquica e na busca de um maior equilíbrio emocional. As reflexões feitas produziram transformações importantes, através de um contato mais próximo com o si mesmo, com a doença e com a realidade. O arquétipo do curador foi ativado. Todas as sete pacientes desta pesquisa queriam melhorar, realizar seus sonhos de cura, saúde e felicidade.

Através da transferência, constela-se uma possibilidade de curar-se a si mesmo (134). Portanto, é importante que se desperte, na consciência do paciente, o seu poder de curar-se (135), tendo a cura como uma possibilidade.

Concluiu-se que o infarto e o câncer de mama afetam as mulheres profundamente; que compreender os significados atribuídos às doenças, assim como as formas de lidar com elas e com a vida, contribui para o equilíbrio mental e a expansão da consciência; e que os conhecimentos adquiridos poderão ser cruciais para a prevenção tanto primária quanto secundária, permitindo uma maior adesão ao tratamento e às mudanças nos hábitos de vida prejudiciais à saúde.

O estudo sugere que o trabalho de acompanhamento psicoterapêutico no hospital sustenta e promove transformações pessoais, necessárias para que as pacientes possam suportar o adoecimento, buscar forças para sobreviver e alcançar experiências de vida mais significativas e saudáveis.

Limitações: Como limitação para este estudo, ressalta-se o caso da paciente Marina que, devido a seu estado clínico e à perda de seu marido, foi para a casa da filha, que reside no interior do estado. Quanto à entrevista, realizada no hospital, correu tudo bem. No entanto, quanto ao procedimento D-E, que deveria aguardar um tempo para ser realizado, devido ao fato de a paciente ter ido para o interior após a alta hospitalar, houve dificuldade para se marcar a segunda etapa dos procedimentos. Numa próxima pesquisa, deve-se pensar sobre os casos das pacientes que residem no interior, ou que deverão ficar um tempo no interior e as possibilidades ou impossibilidades para se completar o trabalho de forma total e ideal, como planejado.

REFERÊNCIAS

1. Aubert N. L'individu hypermoderne. Sous la direction de Nicole Aubert. Editions Erès; 2004.
2. Bosma H, Peter R, Siegrist J, Marmot M. Two Alternative Job Stress Models and the Risk of Coronary Heart Disease. *Am J Public Health* 1998; 88:68-74.
3. Paiva SA. Corações Hipermodernos: Um estudo qualitativo realizado com mulheres atendidas em serviços privados no Brasil sobre eventos de vida, traços de personalidade e os sentidos e significados atribuídos ao infarto do miocárdio e ao câncer de mama. [Tese de doutorado] Campinas (SP): Universidade Estadual de Campinas, UNICAMP; 2013
4. Tsuchihashi K, Ueshima K, Uchida T. (2001). Transient left ventricular apical ballooning without coronary artery stenosis: a novel heart syndrome mimicking acute myocardial infarction Angina Pectoris-Myocardial Infarction Investigations in Japan, *J Am Coll Cardio Jul*; 38 (1):11-8. Disponível em: <[Links]> Acesso em: maio, 2007.
5. Satoh H, Tateishi H, Uchida T (1990). Takotsubo-type cardiomyopathy due to multivessel spam. In: Kodama, K; Haze, K; Hon, M. (Ed.). *Clinical aspects of Myocardial Injury: From Ischemia to Heart Failure*. Tokyo: Kagakuhyouronsya, CO. 56-64. Disponível em: <[Links]> Acesso em: maio 2007.
6. Aubert N. Les Pathologies de l'urgence. 2003. Le lien d'origine: Disponível em: http://www.ceerecherche.fr/fr/sem_intens/seance16/patho_urgence.pdf. Acesso em: 28 ago. 2006.
7. Aubert N. Intensité de soi, incandescence de soi. In: *La Performance, une nouvelle idéologie ?* (sous la direction de Benoit Heilbrunn). Paris : La Découverte, 2004a, p. 81-86.
8. Gaulejac, Vincent de. Le sujet manque. L'individu face aux contradictions de l'hypermodernité. In: Aubert, Nicole. *L'individu hypermoderne*. Sous la direction de Nicole Aubert. Editions Erès. 2004.
9. Aubert N. L'individu hypermoderne : une mutation anthropologique ? In: *L'individu contemporain, Regards sociologiques*, Editions Sciences Humaines, maio, 2006 ; 343p. p.155-166.
10. Aubert N. Le culte de l'urgence. *La société malade du temps*. Flammarion, 2003a. P. 331-337.
11. Aubert N. Hyperformance et combustion de soi. *Etudes*, 2006a; p. 339-351. T. 405
12. Paiva SA. Mito: Salvar Sempre? Os Limites do Humano. *Revista de Cardiologia - Órgão de Divulgação Científica da Sociedade Brasileira de Cardiologia /MG*. Sociedade Mineira de Cardiologia. Suplemento Especial. Aspectos Psicológicos e Cardiologia, V. 8, nº 2, 2002, p. 29-30.

13. Souza MA. Sócrates: a filosofia como conhecimento de si mesmo. *Publicado em 14/07/2011* <http://filosofonet.wordpress.com/2011/07/14/socrates-a-filosofia-como-conhecimento-de-si-mesmo/>. Acesso: jul 2013.
14. Lao Tsé. O livro do caminho perfeito. Tao Té Ching. 14.ed. Editora Pensamento, São Paulo, 2011.
15. Friedman M, Rosenman RH. Type A behavior pattern: its association with coronary heart disease. *Ann. Clin. Res.* 1971. 3:300-12
16. Goto Y. Behavior pattern of the ischemic heart disease. *Jpn J Psychosom Med*, 1982; 22:373-9.
17. Matsushima T, Daba N, Hinohara S, Williams RB Jr, Shinoda T. Studies on type A behavior pattern and hostility in Japanese male subjects with special reference to CHD. *Jpn J Psychosom Med* 1983; 23:321-8.
18. Tagawa R, Hosaka T, Ohsuga H, Oeda Y, Sugita M, Hinohara S et al. The relationship between type A behavior pattern and coronary atherosclerosis. *Jpn J Psychosom Med* 1984; 24:203-8.
19. Fox BH, Ragland DR, Brand RJ, Rosenman RH. Type A behavior and cancer mortality. Theoretical considerations and preliminary data. *Ann N Y Acad Sci* 1987; 496:620-7.
20. Hayano J, Takeuchi S, Yoshida S, Jozuka H, Mishima N, Fujinami T. Type A behavior pattern in Japanese employees: cross-cultural comparison of major factors in Jenkins Activity Survey (JAS) responses. *J Behav Med* 1989; 12:219-31.
21. Rubinow DR. Brain, behavior and immunity: an interactive system. *J National Cancer Inst Monogr* 10: 79-82, 1990.
22. Jankovic BD. Neuroimmunomodulation. From phenomenology to molecular evidence. *Ann NY Acad Sci* 741: 3-38, 1994.
23. Hori R, Suzuki T, Hayano J. Association between type A behavior pattern and coronary artery spasm in Japanese. *Int J Behav Med* 1996; 3:221-32.
24. Nagano J, Sudo N, Kubo C, Kono S: Lung cancer, myocardial infarction, and the Grossarth-Maticek personality types: a case-control study in Fukuoka, Japan *J Epidemiol* 2001; 11: 281-287.
25. Nabi H, Kivimäki M, Zins M, Elovainio M, Consoli SM, Cordier S et al. Does personality predict mortality? Results from the GAZEL French prospective cohort study. *Int J Epidemiol.* 2008 Apr; 37(2):386-96. doi: 10.1093/ije/dyn013. Epub 2008 Feb 8.
26. Grossarth-Maticek R, Eysenck HJ. Personality, stress and disease: description and validation of a new inventory. *Psychol Rep* 1990; 66: 355-373.

27. Fuhrer R, Rouillon F. The French version of the Center for Epidemiologic Studies-Depression Scale. *Psychiatry Psychobiol* 1989; 4: 163–166.
28. Roberts RE, Kaplan GA, Camacho TC. Psychological distress and mortality: evidence from the Alameda County Study. *Soc Sci Med* 1990; 31: 527–536.
29. Friedman GD. Psychiatrically-diagnosed depression and subsequent cancer. *Cancer Epidemiol Biomarkers Prev* 1994; 2 :11-3. 1985 ; 98:108-38.
30. Zheng D, Macera CA, Croft JB, Giles WH, Davis D, Scott WK. Major depression and all-cause mortality among white adults in the United States. *Ann Epidemiol* 1997; 7: 213–218.
31. Everson SA, Roberts RE, Goldberg DE, Kaplan GA. Depressive symptoms and increased risk of stroke mortality over a 29-year period. *Arch Intern Med* 1998; 158: 1133–1138.
32. Coryell W, Turvey C, Leon A, Maser JD, Solomon D, Endicott J et al. Persistence of depressive symptoms and cardiovascular death among patients with affective disorder. *Psychosom Med* 1999; 61: 755–761.
33. Schulz R, Beach SR, Ives DG, Martire LM, Ariyo AA, Kop WJ. Association between depression and mortality in older adults: the Cardiovascular Health Study. *Arch Intern Med* 2000; 160: 1761–1768.
34. Lane D, Carroll D, Ring C, Beevers DG, Lip GY. Mortality and quality of life 12 months after myocardial infarction: effects of depression and anxiety. *Psychosom Med* 2001; 63: 221–230.
35. Assumpção MG. Estudo dos Transtornos Depressivos em Pacientes Mastectomizadas após Diagnóstico de Neoplasia Mamária. [Tese - Mestrado]. Campinas (SP): Universidade Estadual de Campinas, UNICAMP; 1996.
36. Surtees PG, Wainwright NW, Luben RN, Wareham NJ, Bingham SA, Khaw KT. Depression and ischemic heart disease mortality: evidence from the EPIC-Norfolk United Kingdom prospective cohort study. *Am J Psychiatry* 2008; 165: 515–523.
37. Lemogne et al. Cédric Lemogne a–c Hermann Nabi d Marie Zins d, f Sylvaine Cordier g Pierre Ducimetière e Marcel Goldberg d Silla M. Consoli a, b) Hostility May Explain the Association between Depressive Mood and Mortality: Evidence from the French GAZEL Cohort Study. *Psychother Psychosom* 2010; 79:164–171. DOI: 10.1159/000286961
38. Kendler KS, Neale MC, Kessler RC, Heath AC, Eaves LJ. A longitudinal twin study of personality and major depression in women *Arch Gen Psychiatry* 1993; 50: 853–62.
39. Cloninger CR, Svrakic DM, Przybeck TR. Can personality assessment predict future depression? A twelve-month follow-up of 631 subjects. *J Affect Disord* 2006; 92: 35–44.

40. Buss AH, Durkee A. An inventory for assessing different kinds of hostility. *J Consult Psychol* 1957; 21: 343–49.
41. Suarez EC. The relationships between dimensions of hostility and cardiovascular reactivity as a function of task characteristics. *Psychosom Med* 1990; 52: 558–70.
42. Myrtek M. Meta-analyses of prospective studies on coronary heart disease, type A personality, and hostility. *Int J Cardiol* 2001; 79: 245–51.
43. Surtees PG, Wainwright NW, Luben R, Day NE, Khaw KT. Prospective cohort study of hostility and the risk of cardiovascular disease mortality. *Int J Cardiol* 2005; 100:155-61
44. Everson SA, Roberts RE, Goldberg DE, Kaplan GA. Depressive symptoms and increased risk of stroke mortality over a 29-year period. *Arch Intern Med* 1998; 158: 1133–38.
45. Boyle SH, Williams RB, Mark DB, Brummett BH, Siegler IC, Barefoot JC. Hostility, age, and mortality in a sample of cardiac patients. *Am J Cardiol* 2005; 96: 64–66.
46. Olson MB, Krantz DS, Kelsey SF, Pepine CJ, Sopko G, Handberg E et al., for the WISE Study Group: Hostility scores are associated with increased risk of cardiovascular events in women undergoing coronary angiography: a report from the NHLBI-sponsored WISE study. *Psychosom Med* 2005; 67: 546–552.
47. Consoli SM. (2003). [Depression and associated organic pathologies, a still under-estimated comorbidity. Results of the DIALOGUE study]. *Presse Medicale* 32(1):10-21.
48. Barefoot JC, Larsen S, von der Lieth L, Schroll M. Hostility, incidence of acute myocardial infarction, and mortality in a sample of older Danish men and women *Am J Epidemiol* 1995; 142: 477–484.
49. Nagano J, Ichinose Y, Asoh H. A prospective Japanese study of the association between personality and the progression of lung cancer. *Intern Med* 2006; 45: 57–63.
50. Consoli SM, Cordier S, Ducimetière P. Validation of a personality questionnaire designed for defining subgroups at risk for ischemic cardiopathy or cancer in the Gazel cohort. *Rev Epidemiol Sante Publique* 1993; 41: 315–326.
51. Jung CG. *O Desenvolvimento da Personalidade*. parag. 284. Petrópolis: Vozes, 1981.
52. Jung CG. *O Desenvolvimento da Personalidade*. parag. 175. Petrópolis: Vozes, 1981.
53. Marques-Deak A, Sternberg E. Psiconeuroimunologia – A relação entre o sistema nervoso central e o sistema imunológico. *Rev Bras Psiquiatr* 2004, 26(3): 143-4.
54. Reynaert C, Libert Y, Pascal J. Psychogenèse Du cancer: entre mythes, abus et réalité. *Bulletin Du Cancer*. V 87. Numéro 9, 655-64. Septembre 2000. Synthèses.

55. Consoli SM. Dernière mise à jour: mercredi 1 décembre 1999 18:47:23 Evénements de vie, stress quotidien et maladies auto-immunes. Silla M. CONSOLI
56. Gachelin G. Emotions et immunité. In: J Mc Dougall et al. Corps et Histoire. Paris, Les Belles Lettres, 1986 : 45-98.
57. Adler R. Psychoneuroimmunology, New York, Academic Press, 1981.
58. Scapagnini U. Psychoneuroendocrinology. 1992 Aug;17(4):411-20. Psychoneuroendocrinoimmunology: the basis for a novel therapeutic approach in aging. Institute of Pharmacology, University of Catania School of Medicine, Italy. PMID: 1359606 [PubMed - indexed for MEDLINE].
59. Messina G, Lissoni P, Bartolacelli E, Magotti L, Clerici M, Marchiori P et al. Relationship between Psychoncology and Psychoneuroendocrinoimmunology (PNEI): Enhanced T-Regulatory Lymphocyte Activity in Cancer Patients with Self-punishment, Evaluated by Rorschach Test. *In Vivo* 24:75-78 (2010).
60. American Heart Association Fighting Heart Disease and Stroke, AHA. Disponível em: <http://www.americanheart.org>. Acesso em: 06 abr. 2008.
61. Friedman M, Rosenman RH. Association of specific overt behavior pattern with blood and cardiovascular findings; blood cholesterol level, blood clotting time, incidence of arcus senilis, and clinical coronary artery disease. *J Am Med Assoc* 1959; 169: 1286–96.
62. Bortner RW. A short rating scale as a potential measure of pattern A behavior. *J Chronic Dis* 1969; 22: 87–91.
63. Rosenman RH, Jenkins CD, Brand RJ, Friedman M, Straus R, Wurm M. Coronary heart disease in the Western Collaborative Group Study: final follow-up experience of 8/ meio years. *JAMA*. 1975;233:872-7.
64. The Belgian-French Pooling Project. assessment of type A behavior by the Bortner Scale and ischaemic heart disease. *Eur Heart J* 1984; 5: 440–446.
65. Goldberg M, Leclerc A, Bonenfant S, Chastang JF, Schmaus A, Kaniewski N et al. Cohort profile: the GAZEL Cohort Study. *Int J Epidemiol* 2007; 36: 32–9.
66. Laham, MA. Psicocardiologia: Abordaje psicológico al paciente cardíaco. Argentina: Ediciones Lumiere S.A., 2001.
67. Denollet J, Pedersen SS, Vrints CJ, Conraads VM. Usefulness of type D personality in predicting five-year cardiac events above and beyond concurrent symptoms of stress in patients with coronary heart disease. *Am J Cardiol* 2006;97(7):970-3.

68. Hayano J, Kimura K, Hosaka T, Shibata N, Fukunishi I, Yamasaki K et al. Coronary disease-prone behavior among Japanese men: Job-centered lifestyle and social dominance. *Acute Ischemic Heart Disease. Am Heart J* 1997; 134:1029-36.
69. Haynes SG, Feinleib M, Kannel WB. The relationship of psychosocial factors to coronary heart disease in the Framingham Study;III: Eight-year incidence of coronary heart disease. *Am J Epidemiol* 1980; 111:37-58.
70. Krantz DS, Manuck SB. Acute psychophysiologic reactivity and risk of cardiovascular disease: a review and methodological critique. *Psychol Bull* 1984; 96:435-64.
71. Grossarth-Maticek R, Bastiaans J, Kanazir DT. Psychosocial factors as strong predictors of mortality from cancer, ischaemic heart disease and stroke: the Yugoslav prospective study. *J Psychosom Res* 1985; 29: 167-76.
72. Williams R. The origins of hostility: nature and/or nurture. In: *The Trusting Heart*. New York: Times Books, Random House; 1988. p. 108-29.
73. Yan LL, Liu K, Matthews KA, Daviglius ML, Ferguson TF, Kiefe CI. Psychosocial factors and risk of hypertension: the Coronary Artery Risk Development in Young Adults (CARDIA) study. *JAMA* 2003; 290: 2138-48.
74. Siegler IC, Peterson BL, Barefoot JC, Williams RB. Hostility during late adolescence predicts coronary risk factors at mid-life. *Am J Epidemiol* 1992; 136:146-54.
75. Barefoot JC, Patterson JC, Haney TL, Clayton TG, Hickman JR, Williams RB. Hostility in asymptomatic men with angiographically confirmed coronary artery disease. *Am J Cardiol* 1994; 74:439-42.
76. Rushel PP. Quando o luto adocece o coração: luto não elaborado e infarto. Porto Alegre: EDIPUCRS, 2006.
77. Grossarth-Maticek R, Frentzel-Beyme R, Becker N. Cancer risks associated with life events and conflicts solution. *Cancer Detect Prev* 1984; 7: 201-9.
78. Vinaccia S. El Patrón de Conducta Tipo C en Pacientes com Enfermedades Crónicas. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, V. XXXII / N° 1 / 2003. *d e r e v i s i ó n / a c t u a l i z a c i ó n*
79. Temoshok L. Personality, coping style, emotion and cancer: towards an integrative model, *Cancer Surv* 1987, 6: 545-567.
80. Antoni MH. Psychoneuroimmunology and psychoneuroimmunology of cancer: plausible mechanism worth pursuing? *Brain, behavior and immunity*. 17: 84-91, 2003.

81. Messina G, Bartolacelli E, Lissoni P, Carta I, Brivio F, Fumagalli L et al. Psychological investigation in cancer patients: response to the Rorschach's test in relation to the histotype of tumors. *Ital J Psych Behav Sci* 15: 59-63, 2005.
82. Paiva SA. Quando o mal estar social adoce o coração. O infarto à luz da hipermodernidade. São Paulo: Annablume, 2010.
83. Paiva SA. Corações Hipermodernos: Um estudo qualitativo realizado com mulheres atendidas em serviços privados no Brasil sobre eventos de vida, traços de personalidade e os sentidos e significados atribuídos ao infarto do miocárdio e ao câncer de mama. [Tese de doutorado] Campinas (SP): Universidade Estadual de Campinas, UNICAMP; 2013.
84. Jung CG. A Dinâmica do Inconsciente. OC. Vol.VIII. parag. 281. Petrópolis: Vozes, 1984.
85. Jung CG. A Dinâmica do Inconsciente. OC. Vol.VIII. parag. 443. Petrópolis: Vozes, 1984.
86. Jung CG. Os Arquétipos e o Inconsciente Coletivo. OC. V.IX/I, parag. 99. Petrópolis: Vozes, 2000.
87. Jung CG. A Dinâmica do Inconsciente. OC. Vol.VIII. parag. 280. Petrópolis: Vozes, 1984.
88. Jung CG. Os Arquétipos e o Inconsciente Coletivo. OC. V.IX/I. parag. 89. Petrópolis: Vozes, 2000.
89. Jung CG. Os Arquétipos e o Inconsciente Coletivo. OC. V. IX/I. parag.149. Petrópolis: Vozes, 2000.
90. Brandão JS. Mitologia Grega. V. III, p. 348. Petrópolis: Vozes, 1987.
91. Jung CG. A Dinâmica do Inconsciente. OC. V. VIII. parag. 702. Petrópolis: Vozes, 1984.
92. Jung CG. 1964. O Homem e seus Símbolos. parag. 151. Rio de Janeiro: Nova Fronteira.
93. Jung CG. A Dinâmica do Inconsciente. OC. Vol.VIII. parag. 235. Petrópolis: Vozes, 1984.
94. Martins J; Bicudo, MAV. A Pesquisa Qualitativa em Psicologia. Fundamentos e Recursos Básicos. p. 90. São Paulo: Moraes, 1994.
95. Turato ER. Tratado da metodologia da pesquisa clínico-qualitativa. Construção teórico-epistemológica, discussão comparada e aplicação nas áreas da saúde e humanas. Petrópolis: Vozes; 2008.

96. Turato E.R. Amostragem por saturação em pesquisas qualitativas em saúde: contribuições teóricas. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 24(1):17-27, jan, 2008a.
97. Glaser BG, Strauss AL. The Discovery of Grounded Theory: Strategies for Qualitative Research. New Brunswick: Aldine transaction, 1999.
98. Fontanella BJB, Campos CJB, Turato ER. Coleta de dados na pesquisa clínico-qualitativa: uso de entrevistas não-dirigidas de questões abertas por profissionais de saúde. Revista Latino-americana de Enfermagem, Ribeirão Preto, V. 14, p. 812-820, 2006.
99. Trinca W. Formas de Investigação Clínica em Psicologia. Procedimentos Desenhos-Estórias. São Paulo: Vetor; 1997.
100. Turato ER. Infarto do miocárdio – histórias de vida e opiniões de pacientes [Tese- Doutorado]. Campinas (SP): Universidade Estadual de Campinas; 1988.
101. Trinca W. Processo Diagnóstico de Tipo Compreensivo. In: Trinca, W (Org). Diagnóstico Psicológico: A Prática Clínica. São Paulo, E.P.U: 14-24:1984.
102. Bardin L. Análise de Conteúdo. Lisboa, Portugal, 1977. Edições 70.
103. Jung CG. A Dinâmica do Inconsciente. OC V. VIII. 2000, V. IX/I. Petrópolis: Vozes, 1984.
104. Brandão JS. (1988). Curso de Mitologia Grega. Rio de Janeiro, fev. a dez. 1988. Notas de aulas.
105. Boechat P. Diagrama das aulas proferidas por Rudolf Michel, Instituto C.G.Jung, Zurique, 1976.
106. Ammann R. A Terapia do Jogo de Areia – imagens que curam a alma e desenvolvem a personalidade. SP: Paulus, 2002; Páginas 86-9.
107. Cirlot JE. Dicionário de Símbolos. Barcelona, Espanha: Editora Moraes LDTA. 1984. p. 594).
108. *Esplendor Solis*”, A.D. 1582.
109. Jung CG. A Dinâmica do Inconsciente. OC V. VIII. 2000, V. IX/I. parag. 436. Petrópolis: Vozes, 1984.
110. Satoh H e cols. Kagakuhyouronsya CO.1990: 56-64.
111. Lemos AET, Araújo ALJ, Lemos MT, Belém LS, Vasconcelos Filho JC, Barros RB Síndrome do Coração Partido (Síndrome de *Takotsubo*). Arq. Bras. Cardiol. jan 2008, 90(1): e1-e3.

112. Bayley H. *The Lost Language of Symbolism*. Londres, 1952.
113. Teillard A. *Il Simbolism dei Sogni*. Milão, 1950.
114. Von Franz ML. O deus Sol era o ordenador e legislador (p. 10. *Alchemical Active Imagination* Copyright 1979 by Marie-Louise Von Franz. *A Alquimia e a Imaginação Ativa*. Marie-Louise Von Franz. São Paulo: Cultrix.
115. Moreira JO. Corpo como linguagem: a depressão na pós-modernidade como fator de risco cardíaco. In: *Simpósio de Psicologia em Cardiologia - Congresso da Sociedade Mineira de Cardiologia, XVIII, 2007, Expominas, Belo Horizonte, MG, p. 1-7.*
116. Jung CG. *Aion, Estudos sobre o simbolismo do si-mesmo*. OC de C. G. Jung. Volume IX/II, parag. 351. Petrópolis, Vozes, 1982.
117. Wehr G. *An Illustrated Biography of C.G. Jung*. Boston & Shaftesbury: Shambhala, 1989. p. 103.
118. Witcombe CLCE. *Venus of Willendorf*. Art & Architecture. Published: Apr 01, 2013.
119. Brandão JS. *Mitologia Grega*. V. III. p. 36. Petrópolis: Vozes, 1987.
120. Cardoso Filho C. *Associação dos polimorfismos A4889G e T6235C do gene CYP1A1 com características clínicas e epidemiológicas do câncer de mama*. [Tese - Doutorado]. Campinas (SP): Universidade Estadual de Campinas; 2012.
121. Paiva SA. *Mito: Salvar Sempre? Os Limites do Humano*. (2002). *Revista de Cardiologia - Órgão de Divulgação Científica da Sociedade Brasileira de Cardiologia /MG Sociedade Mineira de Cardiologia. Suplemento Especial Aspectos Psicológicos e Cardiologia, V. 8, nº 2.*
122. Tagore R. *Um Encuentro com Rabindranath Tagore: El Supremo Bien*. Buenos Aires: Editorial Lumen, 1995, p.37.
123. Jung CG. *Face to Face, Interview*. Kusnacht: BBC, 1959. 1 vídeo (45 min): NTSC: son.
124. Vargas NS. *Abordagem do Paciente Terminal: Aspectos Psicodinâmicos*. “A morte como símbolo de transformação”. *Junguiana: Revista da Sociedade Brasileira de Psicologia Analítica*, São Paulo, nº5, p.63-68, 1987. p. 65.
125. Jung CG. In: Hull R. F. C.; McGuire W. C. *G. Jung: Entrevistas e Encontros*. São Paulo: Cultrix, 1977, p. 383.
126. Jung CG. *Jung Letters I: 1906-1950*. London, Routledge, 1973. Tr. R. F. C. Hull, p.357-59. In Gerhard Adler ed. in collaboration with Aniela Jaffé.

127. Tanprasert P. Cardiovascular Prevention in Clinical Practice: Why is it needed? Asean Heart Journal. V. 21. Nº 1. February 2013. World Scientific Publishing Co. Pte. Ltd. p.67.
128. Paiva L. Movimento Psíquico da Regressão no Adoecer. Revista da Sociedade de Cardiologia do Estado de São Paulo, nº4, p. 14, 1990.
129. Parkes CM. Effects of bereavement on physical and mental health; a study of medical records of widows. British Medical Journal, V.2, p. 274-79, 1964
130. Parkes CM. Luto - Estudos Sobre a Perda na Vida Adulta. Trad. Maria Helena Bromberg. São Paulo: Summus, 1998. 291 p.
131. Chiozza L. (org). Os afetos ocultos em psoríase, asma, transtornos respiratórios, varizes, diabetes, transtornos ósseos, cefaléias e acidentes cerebrovasculares. São Paulo: Casa do Psicólogo, 1997. 266 p.
132. Méier CA. 1967: 129. Ancient incubation and modern psychotherapy. Evanston, Northwestern University Press.
133. Guggenbuhl-Graig A. 1971: 89-91. Power in the helping profession. New York: Spring Publications.
134. Jung CG. 1946. A Psicologia da transferência. OC. Volume XVI. Petrópolis: Vozes, 1987.
135. Méier CA. 1959. Projeção, transferência e a relação sujeito-objeto em psicologia. J. Analyt Psychol, 4, I.

ANEXOS

Anexo 1 - Produções Bibliográficas.

ARTIGO 1 – Hypermodern Hearts: what makes them suffer and become ill?

Paiva SA, Giglio JS, Lima CSP, Silveira FR.

Artigo submetido à revista Qualitative Health Research.

ARTIGO 2 – Individuation and the Feminine Soul. Study of Feminine Archetypal Images carried out on Surgical Patients.

Paiva SA, Giglio JS, Lima CSP.

Artigo submetido à Revista Portuguesa de Psicossomática.

ARTIGO 3 – Paiva SA, Lee H, Giglio JS.

Síndrome de *Takotsubo*: quando o estresse emocional faz partir o coração. Revista da Sociedade de Medicina Psicossomática. 16(4): 35-40. RS, ago. 2010. Disponível em: <http://psicossomatica-rs.org.br/wp-content/uploads/2011/01/ANAISPSICOSSOMATICA.pdf>. Porto Alegre: ABMP/RS, 2010. CDU 159. 938.363.6 (063).

ARTIGO 4 – “There is no stronger pain then the pain of death.” “The pain of an infarction is the *pain of death*.” Symbolic meanings given by Brazilian patients to the acute myocardial infarction.

Paiva SA, Giglio JS, Lima CSP, Silveira FR.

Artigo em construção, a ser submetido.

Artigo 1: Hypermodern Hearts: what makes them suffer and become ill? A qualitative study with women treated in private services in Brazil about life events and meanings given to myocardial infarction and breast cancer.

Faculty of Medical Sciences. State University of Campinas – UNICAMP. Rua Padre Almeida 515, Campinas, São Paulo, Brazil.

Author: Paiva SA¹. Department of Medical Psychology and Psychiatry. spaiva@ecos.com.br

Co-authors: Giglio JS² Department of Medical Psychology and Psychiatry. jgiglio@uol.com.br

Lima CSP³. Department of Internal Medicine, Oncology. carmenl@fcmunicamp.br

Silveira FR⁴. Department of Cardiology, Intensive Care Unity, SEMPER Hospital. rezende@cardiol.br

Corresponding author: Suzana de Albuquerque Paiva. spaiva@ecos.com.br

Rua Piauí, 1155, apt. 102. Funcionários, Belo Horizonte, Minas Gerais. 30.150-321. Brazil.

Telephones: 55-31-32252506; 55-31-88890191.

The manuscript has not been previously published, is not currently submitted for review to any other journal, and will not be submitted elsewhere before a decision is made by this journal.

¹ *Suzana de Albuquerque Paiva. Chief of the Psychology Department of the Prontocor Hospital, MG; Jungian Psychologist with Specialization and a Post-graduate degree in Clinical and Hospital Psychology; Master's Degree in Psychology, PUC Minas; PhD student in Medical Sciences, Department of Medical Psychology and Psychiatry, State University of Campinas, UNICAMP, Brazil*

² *Dr. Joel Sales Giglio. MD. PhD. Jungian Analyst.. Department of Medical Psychology and Psychiatry. Faculty of Medical Sciences. State University of Campinas, UNICAMP, Brazil. Post Doctorate Kansas University, USA.*

³ *Dra. Carmen Silvia Passos Lima. MD, PhD. Clinical Oncology Service, Department of Internal Medicine, Faculty of Medical Sciences, State University of Campinas, UNICAMP, Brazil.*

⁴ *Dr. Francisco Rezende Silveira. Cardiologist, Coordinator of the Intensive Care Unit and Coronary Illness Unit (UCO), Department of Cardiology, SEMPER Hospital. Belo Horizonte, MG, Brazil.*

ABSTRACT

This research highlights the hypermodern individual, the ways he reacts and lives in the contemporary world and the psychosocial determinants involved in illness. It aims to reveal the impact of traumatic life events and the senses and meanings given by the patients to their pathologies. The research was carried out at two private hospitals in Brazil, in the years 2010/2011. The study is based on a qualitative method, through the semi-directed interview with open-ended questions and the Drawings and Stories Procedure, in an intentional sample, closed by saturation, during the period of hospitalization and right after leaving hospital (15 to 30 days). We used a qualitative content analysis and analysis of drawings under the framework of Analytical Psychology. Seven female patients that underwent surgery are the subjects of this research: two with Myocardial Infarction, one with *Takotsubo* Syndrome, three with Breast Cancer and one with both pathologies. Through the analysis of the interviews and the symbols presented in the drawings, we observed demands for *hyperformance* and *hyperfection*, linked with illness, when in excess. Traumatic life events, job stress, reactions to loss, death of loved ones without the possibility of psychological elaboration may cause fragility and a lowering of the capacity of the immune system to react, causing damage to health. Through the symbolic trajectory of life, spontaneously presented in the drawings, we observed the three types of thinking in the structure of the *psique* which form the basis for mental equilibrium: rational, symbolic and mythological. Infarction and breast cancer cause different impacts on women's lives. Knowing how to deal with stressful events and being conscious of the meanings given to illness, may contribute to make a better or worse experience in life. Such knowledge may be crucial for prevention, both primary as well as secondary.

II. Introduction

“Know thyself”

Delphi Oracle

The quest for knowledge, especially self-knowledge, is part of human history. As well as the search for health and, more recently, the valorization of the quality of life and the measures taken to ensure it, in an attempt to avoid illness, prolong life and lead a healthy life. The second phrase of the Delphi Oracle says: *“But nothing in excess.”* This is very appropriate advice for the hypermodern age since, currently, individuals operating in the panorama of hypermodernity experience the “hyper” dimension, in the sense of excess, in several aspects of their life, almost in an imposed manner.

Hypermodern society has been exhibiting characteristics of a new relationship with time and with the imagination of individuals, who end up feeling inadequate and with the need to act increasingly faster at all costs (Aubert, 2003, 2006). According to Aubert (2003), we live in a society “sick in regards to time and urgency”, in which urgency and anguish create a constant pressure on our physical and psychic equilibrium. We live subjected to the tyrannies of time, which are currently translated by a practice based on an invasive ideology, that is, the ideology of the urgent action.

The hypermodernity of individuals imposes on them the need to outdo them in every sense all the time, more specifically, in the physical, intellectual, professional and emotional sense. Even when dying, what is important is outdoing themselves, what is important is transcending their human condition Aubert (2003) articulates one of the maxims of the hypermodern individual, which is living the most in an instant, in an attempt to evade death. This author notes that death is always on the horizon, and that, currently, the intensity of the relationships lived in the present makes every moment seem to be like a little piece of eternity. Thus, the search for intensity replaces the search for eternity.

In the panorama of hypermodernity, the offers, opportunities and competitive challenges show the hypermodern individual in limit situations and, therefore, in situations of illness. These manifestations are connected to stress, which is considered a risk factor for the occurrence of acute myocardial infarction (AMI) and breast cancer (BC), as well as depression, and, consequently,

smoking, hypertension, a sedentary life, obesity, negative emotions, psychosocial factors, etc. (Littman et al., 1993; Woodward, Oliphant, Lowe, & Tunstall-Pedoe, 2003; Billings, Kearns, & Levene, 1981; Fox, Ragland, Brand, & Rosenman, 1987; Delamater, Albrecht, Smith, & Strube, 1989; Engebretson, & Matthews, 1992; Mosley et al., 1996; Lemogne et al., 2010, Consoli, 2007; Everson-Rose, 2005).

Coronary artery disease (CAD) is considered lifestyle pathology. But if people become aware of this and change the lifestyle habits that are considered as those that cause illnesses, they may live longer. According to data from the DATASUS/MS [*Unified Health System Computer Department/Ministry of Health*], in Brazil, “in the year of 1998 alone, the mortality rate for illnesses of the circulatory system reached 256,333 cases. These are the illnesses with the highest mortality rate among us, being responsible for almost half of the deaths occurring in individuals over 64, with ischemic heart diseases standing out, and AMI in particular, with 57,940 deaths” (Silveira, Miguel & Oliveira, 2005, p. 209).

In the United States, one in every 3 women will die of coronary heart disease (CHD), the number one killer of women (Rosenfeld & Gilkeson, 2000). In Australia (Higgins, Dunn & Theobald, 2000), coronary artery disease remains the leading cause of mortality in men and women° According to Lukkarinen and Kyngäs (2003), cardiovascular disease is the leading cause of death in the world and will remain so by the year 2020. In Europe, there are approximately 2 million cardiovascular deaths every year, and approximately 20% of European men and women die from this disease. In Finland approximately 50 000 persons are diagnosed for coronary artery disease (CAD) every year (Lukkarinen & Kyngäs 2003).

There is an enormous amount of literature on psychological stress and cardiovascular disease (Jiang et al., 1996). Dimsdale (2009) explains the ramifications of stress in terms of the effects of acute versus long-term stressors on cardiac functioning. Acute stressor studies are discussed in terms of disasters like earthquakes and in the context of experimental stress physiology studies. And studies of chronic stressors are discussed in terms of job stress, marital unhappiness and burden of caregiving. From all of these studies, this author points out the stressors’ contribution to diverse pathophysiological changes including sudden death, myocardial infarction, myocardial ischemia and wall motion abnormalities, as well as to alterations in cardiac regulation as indexed by changes in sympathetic nervous system activities and hemostasis (Dimsdale, 2009).

In the work environment, Bosma, Peter, Siegrist and Marmot (1998), examined the association between two alternative job stress models: the effort-reward imbalance model and the job strain model – and the risk of coronary heart disease. Job strain and high job demands were not related to coronary heart disease; however, low job control was strongly associated with new disease. Another study by Peter and Siegrist (2000), indicate that job strain and effort-reward imbalance at work define specific conditions of chronic work stress that are associated with an elevated risk of coronary heart disease. In Japan, some studies suggest that the coronary disease-prone behavior pattern may include a job-centered lifestyle and social dominance (Hayano et al., 1997).

Different life events, considered impacting, such as work related and emotional stress, bereavement, separation, financial losses, among others, affect the psycho-emotional balance of individuals. Studies and researches in the field of Psychoneuroendocrinology (PNEI) prove that what affects humans emotionally can have consequences for their physical health and their essence in general, determining diseases such as AMI and BC.

II.1. Psychoneuroendocrinology (PNEI): mind and body in one single heart.

Currently, the hypothesis of the susceptibility to certain non-infectious chronic pathologies, such as, cancer, to psychosocial stress, as is the case of the emotional dysthymias, anxiety, distress and depression, through the mediation of the immunological system, has already been established (Dubourdieu, 2008; Volmer, 2000; Caprarulo, 2006; Vidal y Benito, 2008; Lopez-Mato, 2004; Laham, 2001).

Neuropsychological, psychosocial and neuroanatomical studies have demonstrated its role in increasing or decreasing immune/allergic responses and reveal the bidirectional communication between the neuroendocrine and neurological systems and the immune system. The hypothalamic-pituitary-adrenal (HPA) axis and the sympathetic adrenal medullar system are the primary neuroendocrine and neuronal components of stress responses (Marques-Deak & Sternberg 2004).

With Psychoneuroendocrinology (PNEI) studies, the existence of a psychological influence on cancer growth is observed, and it has been possible to establish that the psychological influence is mediated by the immune system. According to Messina et al (2010, p.75), “recent immuno-oncological studies, have shown that within the group of CD4+ cells, which play a fundamental role in the generation of anticancer immunity, there is a subtype of cells that in contrast

mediates the suppression of the anticancer immunity, the so-called T-regulatory cells (T-reg), identified as CD4+CD25+ cells” (p.75). The study suggests that self-punishment may inhibit the generation of an effective anticancer immune response by stimulating the activation and proliferation of T-reg lymphocytes, which in turn stimulate tumor dissemination by suppressing anticancer immunity (Messina et al., 2010).

Psychoneuroimmunology is a new and complex field of medicine. “Neurons “talk” to the lymphocytes, and vice-versa, opening paths and delimiting the borders between life and death” (Perdicaris, 2007, p. 33).

The term Psychoneuroimmunology was introduced by Robert Ader in 1981 to define the field of science that studies the interaction between the central nervous system (CNS) and the immunological system from the perspective of the complexity of the reactions of organic adaptation to situations of alertness and danger (flight or fight) (Marques-Deak & Sternberg, 2004). This field tries to examine the effect of the psychological factors to the nervous, hormonal and immunological systems, such as, the effects of stress in our mind and body. Its base is interdisciplinary, with the objective of bringing the fields of neuroscience and immunology together.

According to Reynaert et al. (2000), the fact that the cellule is part of a complex system, which involves several communication and interaction mechanisms, and that the second great question about carcinogenesis is based on the weakening of the organism’s defenses due to hormonal and immunological factors is well known and clearly established (Reynaert et al., 2000). For this author, psychoneuroendocrinoimmunology establishes itself as the first clue for the interdisciplinary mediation that is capable of sustaining the relationship between psychology and cancer (Reynaert et al., 2000). However, the relationship between psychological factors and cancer are highly complex, because they involve the biological, psychological and sociological systems in circular changes. It is currently known, through scientific research, that external factors such as stress, depression or the absence of social support significantly influence the immune system elements influencing the emergence or evolution of cancer (Reynaert et al., 2000).

Current researches on infarction and breast cancer show some significant differences when compared to older ones, most likely due to the lifestyle of the population which operates in this panorama of hypermodernity. Young patients who suffered infarctions, even without having genetic alterations or a history of cardiovascular disease in the family, but who smoke, have high levels of stress and are sedentary, are suffering myocardial infarction increasingly early (Pavanello, 2009).

CAD has been assumed to be a problem of men, but since 1975, the incident of CAD has also been increasing among women (Lukkarinen & Kyngäs, 2003).

With the aging of the current generation, an increase of 93% in the prevalence of heart diseases between the years of 2000 and 2050, followed by an increase of the mortality rate of approximately 128% over the same period of time, is expected (Chagas, 2009).

A progressive increase in the occurrence of breast cancer in the world has also been observed. According to Lima (2007 as cited in Netto, 2007), among the several factors identified as being responsible for the increase in the number of cancer cases, the individuals' greater exposure to carcinogens and the increase in the life expectancy of several populations stand out. The distribution of the different types of cancer indicates that Brazil is undergoing a transition from a developing country to a developed one, since a significant increase in the number of cases of breast, prostate, colon and rectal cancer can be observed (Lima, 2007 as cited in Netto, 2007).

In Brazil, breast cancer is the most frequent malignant neoplasia among women (Tessaro & Brezolin, 2006).

To Reynaert et al. (2000), the repression of emotions and not caring about oneself are personality traits that are associated with cancer.

Common questions, according to researches performed in the Broussais and Georges Pompidou hospitals in Paris: *Did stress cause my cancer? Did bereavement cause my cancer or aid the relapse? Did my personality or emotions cause the cancer? Can my state of mind affect the evolution of my tumor?* (Consoli, 2008).

In our clinic in Brazil, we commonly hear: *Is God punishing me? Why? What did I do?*

Guilt, loss, grief, attitudes, personality traits, emotions, all these aspects are present in the questions and in the attempts to understand the disease and its relation to life events.

In this study our gaze falls upon patients who experienced illness, surgery and hospitalization. Our goals were to try to reveal the impact of traumatic life events and the meanings given by the patients to their pathologies. The knowledge and the truths acquired through the procedures of the research can bring enlightenment to the work of professionals, to the family members and even to the patients themselves, and, ultimately, to the clinical hospital practice.

III. Patients and Methods

Clinical-Qualitative Research Methodology Applied to the Health Care area:

The Qualitative Research seeks the ‘experienced emotion’ and identifies the psychological meaning of the individual's expressions. For Turato (2008), the meanings related to the phenomena are central to qualitative researchers. “Trying to capture them by listening to and observing the research subjects, as well as providing interpretations, are the main goals” (Turato, 2008, p. 246). As a particularization and refinement of the generic qualitative methodology, according to this author, the clinical-qualitative methodology is conceived as the study and the construction of the epistemological limits of a certain qualitative method particularized in health care settings.

Methodological Resources

Semi-directed interviews and the Drawings-Stories Procedure (D-S) (Trinca, 1997). The interviews and the procedure were performed in the post-surgery phase, during the period of hospitalization and right after leaving hospital (15 to 30 days).

Patients

There are seven female patients, three who suffered an AMI, one with *Takotsubo* Syndrome, a new heart syndrome mimicking acute myocardial infarction (Tsuchihashi, 2007; Sato et al., 1990), another three with BC, and one patient who had an infarction after her second BC surgery, consequently with both of the researched pathologies.

Procedure

From July to December 2010, in a sequential manner, BC and AMI patients who had been referred for surgery were selected. The research subjects were referred by their respective physicians. Both procedures were performed by the first author of the paper and the research (S.A.P).

The sampling method used was Theoretical Saturation. The group was closed when the patients' discourses showed significant meanings for the understanding of the theme and therefore did not add new information to the research.

Data Analysis and Interpretation

An analysis of the content of the interviews theoretically based on Bardin (1977) was performed, as well as a clinical analysis and the interpretation of the Drawings-Stories (D-S), based on Trinca (1997).

The Drawings-Stories Procedure is a diagnostic process that seeks to find a meaning for the set of information available, take what is relevant and meaningful in the personality, empathically make emotional connections and also understand the deep motives in someone's emotional life, highlighting the emotional dynamics of the unconscious processes (Trinca, 1984). The application technique is based on an invitation to further the knowledge of the psychic life through free association^o A series of five free drawings are requested, in sequence, each stimulating a story. Then the questioning phase follows, with further clarifications and a request to give a title to the production^o The sequential reiteration of five production units does not result in isolated units, but in a continuous communication that serves the purposes of the whole (Trinca, 1997).

IV. Results

A. Interviews' Analysis Categories

Painful separations

-*"I went through too many separations! Painful... separations."* About the first separation, the patient reports that she helped her husband study, working a lot, and in the end she didn't attend his graduation^o He went with the other woman^o She felt betrayed and hurt. She divorced him when her son was only three-years-old. Regarding her other two relationships she reports that: *"My second husband died. It was a true love; which lasted for 9 years."* Regarding her third husband she says: *"I had surgery and the guy vanished."* She confirmed the Breast Cancer diagnosis to him by phone and he never showed up again, thus ending a six years relationship. After the interview, by phone, she wondered and suggested this as a theme to be researched: *"Maybe we psychologists have the tendency to place everything on the emotional plane? Couldn't the medicine, Tamoxifen, have also contributed to the AMI? I believe it was both the emotional duress and the Tamoxifen that caused my infarction^o"* (Patient 1).

-The feeling of abandonment, with the separation: *"My father left us, abandoned our home when I was only four."* The patient's father left her mother when she was four. She remembers him.

When her father returned she was seventeen° He was sick, with prostate cancer. *“My mother forgave him and took care of him.”* (Patient 5).

Death of loved ones. Unworked-through grief

One of the questions of the interview was aimed at the cause attributed to the cardiac event or breast cancer, in the patient’s opinion:

- *“My son's death, at 25.” “I'm sorry, I cry a lot.” “Could it also have been the beach's radioactive sand? I was in Vitoria.”* (Patient 2)

- *“The death of my five-year-old sister. The medicine she was given wasn't medicine...it was the poison for the animals. It was a mistake.” “Very sad...”* The patient was seven at the time. (Patient 3)

- *“My husband's death. I can't imagine life without my husband.” “He was everything to me!”* (Patient 6)

- *“My mother's death four years ago.” “The first year was horrible, I just cried.”*

“During the first year I just cried, without any will to leave my bed. Despondency.” (Patient 01)

Stress in professional and love life

- *“I was too stressed at work.” “There were too many demands, without a good personal and financial return, one that was satisfying”* This patient also reports problems she had with her business partner, when they had a small business: *“I was very hurt; my partner betrayed me. On top of it, she was my sister-in-law.”* She also had a lot of problems with her son: *“I believe that the fight I had with my son accelerated the heart attack.”* The patient says she is a crier, she is sincere and emotional. *“Concerned about my children”* *“AMI changes life a LOT.”* (Patient 3)

- *“There was too much love and repression, I repressed a lot of stuff.”* (Patient 1)

- *“The infarction? A fatality!”* The patient suffered her first AMI at 25, the year she got married. Then she got divorced. *“Settled life! Interruptions.” “That made me settle. The fear of not finishing, of having to stop, discouraged me a lot.”* She was subjected to 18 hospitalizations. She experienced constant stress and ruptures of her emotional and work relationships due to the hospitalizations, weakening her psychic–emotional state. Despite that, she deals with these events in regards to her health coldly, maybe as a defense mechanism: *“The infarction? I do not associate it to anything! Anything! I think it isn't related to anything! Some people have it, others don't. I had it.”* (Patient 7)

B. Drawings-Stories Procedure

1. Fatima's Life Story – AMI. Stories and Associations:

Drawing number 1 - Of a peaceful countryside, in the field, with a healthy childhood which is followed by the struggle to achieve success, facing her father and the unknown, leaving a small town to a large city, still very young, the loneliness, the struggle to find a job, the effort to do a good job and be better. Searching for professional success. There is smoke coming from the house's chimney, symbolizing the alchemy of transformation which can happen now. Associations: her childhood Title: Peace. **Drawing number 2** - The staircase represents her climb to success. Which is what the patient seeks: success, conquests, professional achievement. However, with a lot of effort, work. A black and white drawing, with a pink line at the top, maybe recalling hope. The staircase is very clear at the beginning and, at the end, the stroke is fragile. Associations: The effort that she has always had to make in her life to grow. Title: The Staircase to Freedom from personal objectives. **Drawing number 3** - An auditorium with lots of people. A speaker. This is the phase she associates with the AMI. Of her self-imposed *hyperformance*, working several shifts, morning, afternoon and night, working with lots of people, giving lectures, facing the wear, stress, fatigue and the search for her self-imposed *hyperfection*, leading to the AMI. Associations: Her work, since she had to talk a lot and give many lectures to lots of people. It was good but stressing. She had a heart attack. When drawing the table, she ended up cutting the woman's head out, symbolizing the abandonment of the excessive rational thinking. Title: Good acquaintanceship lecture. **Drawing number 4** - With the characteristic of coronary disease patients, related to the personality of heroes, she recovers her strength, with hope, which is symbolized by the "Vase of Hope", with colorful flowers and with "*a well-supported base*". Thus, moving forward, searching for accomplishments. Something needs to flourish. Associations: "*My life now, as I want it to be; WITHOUT STRESS!*" Title: Vase of Hope. **Drawing number 5** - The "Future, multi-colored rainbow", a metaphor of the place where she will find the pot of gold, a symbol of hope, conquest and futurity. In the trajectory of the hero who overcame her *metron*, she who was and is fearless, who carried the world on her shoulders, had the courage to go and search for her dreams, with the vital necessity for expression and accomplishment of her individual *self*. Associations: hope, confidence in herself. Title: Future Rainbow.

Figure 1 – Patient’s drawing number 1: Peace; **Figure 2** - Patient’s drawing number 2: The Staircase to Freedom from personal objectives; **Figure 3** - Patient’s drawing number 3: Good acquaintanceship lecture; **Figure 4** - Patient’s drawing number 4: Vase of Hope; **Figure 5** - Patient’s drawing number 5: Future Rainbow. (Patient 3 - Fatima). (p.25)

2. Senses and Meanings given to the AMI and to the BC by the patient Lena:

Through the drawings, the patient expressed her feelings and the senses and meanings she attributed to the AMI and to BC. We will only use drawings number 1 and 3 here, from the patient's five drawings sequence. **Drawing number 1:** “*Get up! I have to be strong.*” The duty of being strong, solid. Can't crumble: “*I was not born to be sick.*” (*You were born to be what?*) “*Ah! I was born to live, live a lot! To dance, to love! I was always a very upbeat person; I wasn't a half-empty glass person° I live like this, with a lot of stuff.*” “*The doctors would say: Your problem is emotional.*” “*My heart is emotional.*” **Drawing number 3:** The strong wind is associated with the illness. When I ask her: which is the strongest wind? She answers: “*I can't explain; the cancer was found by a person, it wasn't something that was mine. It's like Saint Thomas, it looks like they are talking about you but you are outside it. With the heart attack, I started feeling sick at the office, I was alone, I went downstairs to buy an antacid, I took it and the “thing” wouldn't go away. I took a cab and went to the hospital. I had to fight to be seen, to be hospitalized, to do and electrocardiogram, since I warned them I was having a heart attack. So, it looks like... I saved myself!*”

According to Lena, the cancer was harder. She was undergoing treatment and someone discovered the disease. “*It doesn't sound like me. I mean, being dependent on someone else. With the cancer, I was left without any action*”. “*The cancer was that first shock that I could die...*”

Regarding the heart attack, Lena believes that she was more effective:

*With the heart attack, it looks like... I saved myself! I have to pay, to do, to be well for my son's graduation. And then, after all that struggle, I relaxed! It seemed like: now I can die. Not that I wanted to, but I relaxed, I achieved everything... What I feel about the heart attack is this: I relaxed! He graduated, I held on for so long! I had to be so alive, that when I got there, after driving through the road, and arriving at the office, then I could die!” Then I died” (laughs) I got there, mission accomplished! Then, I had a heart attack!. It was too much love and repression° I repressed a lot of stuff. The heart, when I let myself die, I embraced to save myself and I did save myself! The cancer is a feeling. It was harder. I see the cancer as a depository, something that sedimented... a depository. I was able to deal with the heart attack but not the cancer.
The heart attack... I don't know, I think it was the relaxation of a mission managed. When I think about the heart attack, where it came from, that is exactly what I feel. I don't have to*

fight anymore. I think it was that relief. I was too emotional! I couldn't die because he was graduating to save lives, how can his mother die?

However, earlier in the interview, she stated: “*The Cancer did not bring me down; what threw me to the floor was the heart attack. The heart attack made me feel old.*” It seems that through the drawings she got in touch with aspects of her healing *self* and saw that she was capable of dealing with the heart attack. Title: Solidity

Figures: 6 – Patient’s drawing number 1: Disenchantment; **Figure 7** – Patient’s drawing number 3: Solidity. (Patient 1 - Lena) (p. 26).

3. Rational, Symbolic and Mythological – Types of thought in the expressions of the fifth drawing. We will use the fifth drawing of the three first patients of this research. Lena, Ana and Fatima.

According to Brandão (1988), in the structure of the *psyche* we find three types of thought which are fundamental for the psychic equilibrium: the rational, the symbolic and the mythological. We see all three types of thought in our psyche's structure, expressed spontaneously, in the patients' fifth drawing.

Figures: 8 - Patient’s drawing number 5: “Victory” – Rational. (Patient 1- Lena); **Figure 9** - Patient’s drawing number 5: “The rosary that represents my faith” – Symbolic. (Patient 2 - Ana); **Figure 10** - Patient’s drawing number 5: “Future Rainbow” – Mythological. (Patient 3 - Fatima). (p. 27)

We performed a clinical evaluation and reached a prognosis in the psychic-emotional field based in the symbolic expressions of the fifth drawing, the moment in which we can notice a more intense and expressive deepening in regards to the elements of the unconscious. In Lena's Trajectory, BC and AMI, expressed through the five drawings, we see the following phases: Of disenchantment, the contact with herself, with strength, faith, light, until she achieved “a home and the search for family and professional achievements.” Title for the drawing of a house: Victory! The patient with Cancer shows the importance of her family's support in her trajectory, in her first drawings, and the importance of love and faith in the drawing of the “rosary.” Title for the drawing

of the rosary: “The rosary that represents my faith”. The patient with the AMI, goes from peace to struggle in her trajectory until she reaches the “rainbow.” Title: “Future Rainbow.”

The three cases have structuring symbols that suggest a good prognosis regarding the psychic-emotional field.

The Hypermodernity aspects that we can consider as negative because they can hurt people's health, such as the pathologies of urgency, stress, self-imposed *hyperformance* and *hyperfection*, the unworked-through grief, separations, among others, are present in the life story of the patients.

We must also consider the positive aspects of hypermodernity, such as the advances of Modern Medicine. In Brazil, an example of these advances and of the mastery of cardiovascular surgeries is the technique of the coronary artery bypass grafting without cardiopulmonary bypass (CPB), through sternotomy and minimally invasive procedures, an accepted technique of myocardial revascularization (Buffolo & Gerola, 1997). The experiences proved in the quantitative researches and in the analyses of the results on the coronary artery bypass grafting without cardiopulmonary bypass during 15 years of experience (Buffolo et al., 1996), and in critical analysis during 23 years of experience (Buffolo et al., 2006), portray the surgeons' ability in seeking the improvement of cardiovascular medicine.

There are also great advances and victories in field of oncology. In a study about the influence of the polymorphism D104N of the COL18A1 gene, encoding endostatin, on the occurrence of sporadic breast cancer, the authors suggest that, for the first time, the homozygous 104NN polymorphism constitutes an important inherited determinant of the disease (Lourenço et al., 2006).

Regardless of the negative aspects of hypermodernity, we see values for family, home, love relationships and education still preserved in the patients' expressions, especially in the expressions in the patient with both AMI and Breast Cancer. Expression of the concrete world, connected to rational thinking. With the rosary, a symbolic reference that sustains and gives strength, we also see the values of faith in the expressions of the patient with Breast Cancer. And the values of the mythological thought, with the rainbow expressed by the AMI patient, an imaginative reference that is very important to the psychic equilibrium, suggesting the achievements of mythological heroes, such as the pot of gold coins found at the end of the rainbow.

Are these values endangered in our western society, as is wondered by many? This is our challenge, since, faced with the material presented and analyzed, we still see family, love, religious values preserved, as well as the values from mythology.

The expressions of art in these patients' spontaneous creations show that you can still dream of and desire a family, a home, education and love; you can still have faith, seek comfort in religion; and dream, imagine finding the pot of gold, symbolizing the achievements, with mythology. Structuring bases for the individual, despite being hypermodern!

We can see that the experiences with the AMI and the BC produced important meanings in these patients' lives. These reflections also suggest a care with the patients who intend to participate in a research. If, as stated by the patient Lena, the cancer is more silent than the heart attack, and therefore it was harder for her to deal with the cancer, prevention work becomes extremely important.

Lima (2010) believes that science will find a cure for cancer. "Currently we act primarily in the prevention, early diagnosis and in the prompt administration of treatment." This author observes that the discovery of new chemotherapies and other medications for the various types of the illness, such as monoclonal antibodies and angiogenesis and epithelial cells proliferation inhibitors enable a higher percentage of cure, a longer survival rate or a better quality of life for the patients with cancer. "Several other medications are being currently investigated and we hope for new progress to be quickly obtained in this area" (2010).

C. Life Events - Table 1

Death, unworked-through grief, separations and losses are themes that are present in the discourse and the life experiences of the patients that were significant and related to the event, both the AMI and the BC.

Only two patients did not associate grief for a lost loved one, a significant loss, to the illness; one associated it to the loss of the rich time of childhood, symbolically the "death" of her childhood, because she had to work from an early age to help her mother. And another one associated it to her father's abandonment of her, which felt as if her heart was slashed.

Table 1 (p. 24)

In a research performed by Rushel (2006), heart attack patients mentioned unworked-through grief due to the death of family members as one of the causes of their illness. Faced with the loss of loved ones, the grief is repressed and the grieving may become chronic. The non-developed grieving constitutes a risk factor for infarction in the research participants.

V. Discussion

The attempt to symbolically comprehend what the illness brings to the patients' life, which associations are made in regards to the pathologies and the meaning they give to the illness, can offer a healing effect, a transforming effect, especially when worked therapeutically. Studies show the importance for women to seek awareness of the problem (Higgins et al., 2000), as well as to seek a meaning of illness in women with coronary heart disease (Rosenfeld & Gilkeson, 2000).

VI. Conclusions

Through the analysis of the interviews given by the seven patients of the research and the symbols present in the drawings of the first three patients, we see models and demands from hypermodern society for *hyperformance* and overachievement connected to the illness, when they are in excess. The illusion of the hero about strength and immortality, conscious or unconscious, was also seen. The experience of death, separation and loss, without imaginable possibilities for working through, revealed themselves as the most difficult experiences in the patients' lives, causing stress, weakness and decrease in the immunological system's capacity to react. However, the strength of the archetype of the hero appears strongly and intensely during the hospitalization period and follows the patients during their life and death trajectories (Paiva, 2002).

The death of a loved one is a difficult issue to accept, as well as dealing with the idea of their own death, especially in Western society, where the difficulties with death are visible in the posture that rejects the ultimate limit represented by old-age and finitude.

The post-surgery period is a time for reflection about life and death. Life reemerges with intensity, and the desire to live and enjoy life to the fullest is present. Death becomes, basically, a symbol of transformation. It now guides emotions and ideas, the projects and changes that are

needed at that moment and for the future. It is when the desire for immortality leads us beyond human limitations.

Human beings have an urgency to overcome limitations. This urgency is archetypal, ancestral and has been present in the collective psyche for millennia. Myths, and also our clinical experience, show us that the mythical heroes of all times, and also ordinary men, are always trying to overcome their limitations, the '*metron*', the measure imposed by the limitations. Limitations of time, speed, beauty and youth, strength, intellectual ability, age, etc... However, the biggest limitation is death itself." (Paiva, 2002, p. 29-30).

The threat of death that has installed itself in the psyche of the patients due to their illness makes unconscious contents that have been created emerge, appearing as complexes that may aid in the psychic restructuring and the search for a greater emotional equilibrium. The reflections produced important transformations through the closer contact with themselves and reality.

We can also observe aspects that suggest a positive or negative prognosis in the psychic/emotional field, based on the ability or inability for personal structuring to face the illness, the shadow of death, the treatment and a new life. With these observations, it is important to suggest therapeutic work, whenever needed.

Observing our mental lives, Freud (1969) states that prehistoric man survives unaltered in our unconscious. And also that "our unconscious does not believe in its own death; it behaves as if it were immortal" (p. 335). "Deep down, no one believes in their own death, all of us are unconsciously convinced of our own immortality" (Freud, 1969, p. 327).

These statements show how hard it is for a Western person to think or even face their own death. "The unconscious seems not to recognize death." (Jung, 1977, p. 383). Nevertheless, Jung (1959) observes that, psychologically, death is as important as birth, and therefore is an integral part of life.

In Eastern society we see a more natural posture with regards to death, expressed in fragments from a poem of the Indian writer and poet Rabindranath Tagore (1995), who received the Nobel Prize for Literature in 1913: "Death belongs to life as birth does. The walk is in the raising of the foot as in the laying of it down" (p. 37). (Pássaros Errantes [*Stray Birds*], CCXVI. Reflexões [*Reflections*]).

West and East, life and death, two watchful perspectives in the field of health care. We suggest studies that approach the human dimension in its whole, broaching postures from both western and eastern societies in its specificities, with regard to the human experiences of suffering, illness and the emotions and considerations when faced with their own finitude.

References

- Aubert N (2003). *Les Pathologies de l'urgence. Le lien d'origine*. Retrieved August 28, 2006, from http://www.ceerecherche.fr/fr/sem_intens/seance16/patho_urgence.pdf.
- Aubert N (2004a). *L'individu hypermoderne*. Paris: Editions Erès.
- Aubert N (2004b). Intensité de soi, incandescence de soi. In Benoit, H. (Org.). *La Performance, une nouvelle idéologie?*. Paris : La Découverte.
- Aubert N (2006). L'individu hypermoderne : une mutation anthropologique ? In Molénat, X. *L'individu contemporain, Regards sociologiques*, Auxerre, France: Editions Sciences Humaines.
- Bardin L (1977). *Análise de Conteúdo*. Lisboa, Portugal: Edições 70.
- Billings RF, Kearns PM, Levene DL (1981). The influence of psychological factors on chest pain associated with myocardial infarction *Acta Med Scand Suppl*. (PMID: 6941643, PubMed – indexed for MEDLINE), 644, 46-8.
- Bosma H, Peter R, Siegrist J, Marmot M (1998). Two Alternative Job Stress Models and the Risk of Coronary Heart Disease. *Am J Public Health*. 88(1), 68-74.
- Brandão JS (1988). Greek Mythology Course. Rio de Janeiro, From February to December of 1988. [Class notes].
- Buffolo E, Andrade JCS, Branco JNR, Teles C, Gomes WJ, Aguiar LF et al. (1996). Revascularização do miocárdio sem circulação extracorpórea: análise dos resultados em 15 anos de experiência. *Rev Bras Cir Cardiovasc*, 11(4), 227-31.
- Buffolo E, Gerola LR (1997). Coronary artery bypass grafting without cardiopulmonary bypass through sternotomy and minimally invasive procedure. *Interl J of Cardiol*. 62 (Suppl. 1), S89-S93.
- Buffolo E, Branco JN, Gerola LR, Aguiar LF, Teles CA, Palma JH et al. (2006). Off-Pump Myocardial Revascularization: Critical Analysis of 23 Years Experience in 3,866 Patients. *Ann Thorac. Surg*. 81(1), 85-9.
- Caprarulo H (2006). *El Estrés. Pandemia del Siglo XXI. Psiconeuroinmunoendocrinología*. Buenos Aires: Librería Akadia Editorial.
- Cardoso Filho C (2012). *Associação dos polimorfismos A4889G e T6235C do gene CYP1A1 com características clínicas e epidemiológicas do câncer de mama*. [Thesis - PhD]. Campinas (SP): Universidade Estadual de Campinas [Campinas State University].
- Chagas ACP (2009). *Hospital do Coração: Medicina de Excelência*. [Informe]. Retrieved March 26, 2009 from http://www.hcor.com.br/Portals/_default/Skins/HCor/R_bordo/HCORMEDICINAEXELENCA.pdf

Consoli S *L'exemple du club "coeur et sante" d'angers*. Paris. Retrieved June 12, 2007 from <http://membres.multimania.fr/jackyclubcoeur/nouvellepage2.htm>.

Consoli S. *Cancer : blessures du corps et maux de l'esprit* – Paris. Retrieved October 18, 2008 from <http://www.doctissimo.fr/html/dossiers/cancer/niv2/cancer-soutien-psychologique.htm>.

Delamater AM, Albrecht R, Smith JA, Strube M. (1989). Cardiovascular correlates of type: A behavior components during social interaction^o *J of Psychosom Res*. (PMID: 2795536 - PubMed – indexed for MEDLINE), 33(5), 641-50.

Dimsdale, J.E. (2009). Psychological stress and cardiovascular disease. *J Am Coll Cardiol*. 53(15), 1339.

Dubourdieu M. (2008). *Psicoterapia Integrativa PNIE. Psiconeuroinmunoendocrinología. Integración Cuerpo-Mente-Entorno*. Montevideo: Psicolibros Waslala.

Engelbreton TO, Matthews KA (1992). Dimensions of hostility in men, women and boys: relationships to personality and cardiovascular responses to stress. *Psychosom Med*. (PMID: 1620807 - PubMed- indexed for MEDLINE), 54(3), 311-323.

Everson-Rose SA, Lewis TT (2005). Psychosocial Factors and Cardiovascular Diseases. *Ann Rev Public Health*. (Doi:10.1146/annurev.publhealth.26.021304.144542), 26, 469-500.

Fox BH, Ragland DR, Brand RJ, Rosenman RH (1987). Type A behavior and cancer mortality. Theoretical consideration and preliminary data. *Ann NY Acad Sci*. (PMID: 3474993 - PubMed – indexed for MEDLINE), 496, 620-627.

Freeman J. (Produtor). (1959). *Face to Face with Carl Jung: Man Cannot Stand a Meaningless Life*. [Film-video]. Kusanacht: BBC

Freud S. (1969). Reflexões para os Tempos de Guerra e Morte. In Freud, S. *Edição Standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud: vol. 14: história do movimento psicanalítico, artigos sobre metapsicologia e outros trabalhos*. Rio de Janeiro: Imago.

Hayano J, Kimura K, Hosaka T, Shibata N, Fukunishi I, Yamasaki K et al. (1997). Coronary disease-prone behavior among Japanese men: Job-centered lifestyle and social dominance. *Am Heart J*. 134(6),1029-1036.

Higgins M, Dunn S, Theobald K. (2000). The patient's perception of recovery after coronary angioplasty. *Aust Crit Care*. 13(3), 83-88.

Jiang W, Babyak M, Krantz DS, Waugh RA, Coleman RE, Hanson MM et al. (1996). Mental stress-induced myocardial ischemia and cardiac events. *JAMA*. 275(21), 1651-1656.

Jung CG. (1977). In Hull, R. F. C., McGuire, W, C. G. *Jung: Entrevistas e Encontros*. São Paulo: Cultrix.

Laham MA. (2001). *Psicocardiologia: Abordaje psicológico al paciente cardíaco*. Buenos Aires: Ediciones Lumiere S.A.

Lemogne C, Nabi H, Zins M, Cordier S, Ducimetière P, Goldberg M et al. (2010). Hostility May Explain the Association between Depressive Mood and Mortality: Evidence from the French GAZEL Cohort Study. *Psychoter Psychosom.* (79:164-171. DOI: 10.1159/000286961), 79(3), 164-171.

Lima CSP. (2010). Modalidades terapêuticas em câncer. *Boletim da FCM*, 6(3), 4.

Littman AB, Fava M, Halperin P, Lamon-Fava S, Drews FR, Oleshansky MA et al. (1993). Physiologic benefits of a stress reduction program for healthy middle-aged Army officers. *J Psychosom Res.* (PMID: 8510060 – PubMed – indexed for MEDLINE), 37(4), 345-354.

Lopez-Mato AM. (2004). *Psiconeuroinmunoendocrinología II. Nuevos dilemas para viejos paradigmas. Viejos dilemas para neoparadigmas*. Buenos Aires: Polemos

Lourenço G, Cardoso Filho C, Gonçalves NSL, Shinzato JY, Zeferino LC, Nascimento H et al. (2006). A high risk of occurrence of sporadic breast cancer in individuals with the 104NN polymorphism of the *COL18A1* gene. *Breast Cancer Res Treat.* (DOI 10. 10007/s10549-006-9259-z), 100(3), 335-338.

Lukkarinen H, Kyngäs H. (2003). Experiences of the onset of coronary artery disease in a spouse. *European J of Cardiovascular Nursing* 2(3), 189-194.

Marques-Deak A, Sternberg E. (2004). Psiconeuroimunologia – A relação entre o sistema nervoso central e o sistema imunológico. *Rev Bras Psiquiatr.* 26(3), 143-144.

Messina G, Lissoni P, Bartolacelli E, Magotti L, Clerici M, Marchiori P et al. (2010). Relationship between Psychoncology and Psychoneuroendocrinoimmunology (PNEI): Enhanced T-Regulatory Lymphocyte Activity in Cancer Patients with Self-punishment, Evaluated by Rorschach Test. *In Vivo.* 24(1), 75-78.

Mosley TH, Payne TJ, Plaud JJ, Johnson CA, Wittrock DA, Seville JL et al. (1996). Psychometric properties of the Weekly Stress Inventory (WSI): extension to a patient sample with coronary heart disease. *J Behavior Med.* (PMID: 8740469 - PubMed – indexed for MEDLINE), 19(3), 273-287.

Netto CG. (2007, September, 17-23). Tratando (e prevenindo) o câncer hereditário. *Jornal da Unicamp*. Ed. 372, pp. 4-3.

Paiva SA. Mito: Salvar Sempre? Os Limites do Humano. (2002). *Revista de CARDIOLOGIA - Órgão de Divulgação Científica da Sociedade Brasileira de Cardiologia /MG Sociedade Mineira de Cardiologia. Suplemento Especial Aspectos Psicológicos e Cardiologia*, 8(2).

Pavanello R. (2009). O aumento do infarto agudo do miocárdio em jovens. [Informe]. Retrieved from March 23, 2009 from

http://www.hcor.com.br/Portals/_default/Skins/HCor/R_bordo/OAumentodoInfartodoMiocardioemJovens.pdf.

Peter R, Siegrist J. (2000). Psychosocial work environment and the risk of coronary heart disease. *Int Arch Occup Environ Health*. (PMID: 10968560), 73 (Suppl.), S41-45.

Perdicaris A. (2007). Além do Bisturi. Novas fronteiras na comunicação médica. Santos: Editora Universitária Leopoldianum.

Reynaert C, Libert Y, Pascal J. (2000, Setembro). Psychogenèse Du câncer: entre mythes, abus ET réalité. *Bulletin Du Cancer*. 87(9), pp. 655-664.

Rosenfeld AG, Gilkeson J. (2000). Meaning of illness for women with coronary heart disease. *Heart & Lung*. (0147-9563/2000/S12.00+0. Doi: 10.1067/mhl.2000.105751), 29(2), 105-112.

Rushel, P. P. (2006). *Quando o luto adoce o coração: luto não elaborado e infarto*. Porto Alegre: EDIPUCRS.

Sato H, Tateishi H, Uchida T. (1990). Takotsubo-type cardiomyopathy due to multivessel spasm. In Kodama K, Haze K, Hon M (Ed.). *Clinical aspects of Myocardial Injury: From Ischemia to Heart Failure*. Tokyo: Kagakuhyouronsya Publishing Co, 56-64.

Silveira FR, Miguel J, Oliveira E. (2005). Síndrome Coronariana Isquêmica Aguda com Supradesnível do Segmento ST - Diagnóstico e tratamento Clínico. In Pádua Filho, W., Barbosa, M.M., Chula, E.D. (Ed.) *Cardiologia: Sociedade Mineira de Cardiologia*. Rio de Janeiro: Guanabara.

Tagore R. (1995). Un Encuentro con Rabindranath Tagore: El Supremo Bien. Buenos Aires: Editorial Lumen.

Tessaro S, Brezolin R. (2006). Epidemiologia do câncer de mama. In Boff, R., Wisintainer, F. *Mastologia Moderna. Abordagem multidisciplinar*. Caxias do Sul-RS: Mesa-redonda.

Trinca W. (1984). Processo Diagnóstico de Tipo Compreensivo. In Trinca, W. (Org). *Diagnóstico Psicológico: A Prática Clínica*. São Paulo, E.P.U: 14-24.

Trinca W. (1997). *Formas de Investigação Clínica em Psicologia*. São Paulo: Vetor.

Tsuchihashi K, Ueshima K, Uchida T, Oh-mura N, Kimura K, Owa M et al. (2001). Transient left ventricular apical ballooning without coronary artery stenosis: a novel heart syndrome mimicking acute myocardial infarction Angina Pectoris-Myocardial Infarction Investigations in Japan. *J Am Coll Cardio*. 38(1), 11-18. Retrieved May, 2007 from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11451258>.

Turato ER. (2008). *Tratado da metodologia da pesquisa clínico-qualitativa. Construção teórico-epistemológica, discussão comparada e aplicação nas áreas da saúde e humanas*. Petrópolis: Vozes.

Vidal y Benito MC. (2008). *Psiquiatría y Psicología del Paciente con Cáncer*. Buenos Aires: Polemos.

Volmer MC. (2000). *Bases da Psiconeuroinmuno-Endocrinologia*. Buenos Aires: Salerno.

Woodward M, Oliphant J, Lowe G, Tunstall-Pedoe H. (2003). Contribution of contemporaneous risk factors to social inequality in coronary heart disease and all causes mortality. *Prev. Med.* 36(5) 561-568.

Table:

Table 1. Patient's fictitious names, age, marital status, type of surgery and life events considered traumatic and contributing to the process of illness

Number	Patients	Age	Marital status	Heart surgery	Breast surgery	Traumatic life events
1	Lena	60	Divorced	x	x	Divorce; death of a 2 nd boyfriend; abandonment of a 3 rd boyfriend
2	Ana	58	Married		x	Death of a son age 21
3	Fatima	49	Married	x		Death of a sister age 5
4	Sofia	68	Married		x	Hard work from a young age
5	Cristal	36	Single		x	Father left home when she was 4
6	Marina	74	Widow	<i>Takotsubo</i>		Death of a husband
7	Vivian	42	Divorced	x		Divorce; death of a father when she was 14

Figures:

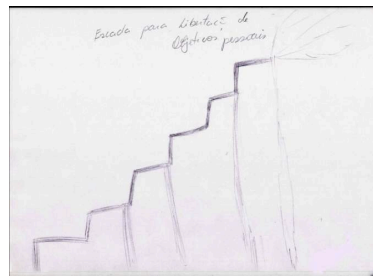
B. Drawings-Stories Procedure

1. Fatima's Life Story – AML.

Figure 1 – Patient's drawing number 1: Peace; **Figure 2** – Patient's drawing number 2: The Staircase to Freedom from personal objectives; **Figure 3** – Patient's drawing number 3: Good acquaintanceship lecture; **Figure 4** – Patient's drawing number 4: Vase of Hope; **Figure 5** – Patient's drawing number 5: Future Rainbow. (Patient 3 - Fatima).



1. Peace



2. The Staircase to Freedom



3. Good acquaintanceship lecture



4. Vase of Hope



5. Future Rainbow

2. Senses and Meanings given to the AMI and to the BC by the patient Lena:

Figures: 6 – Patient's drawing number 1: Disenchantment; **Figure 7** – Patient's drawing number 3: Solidity. (Patient 1- Lena).



6. Disenchantment



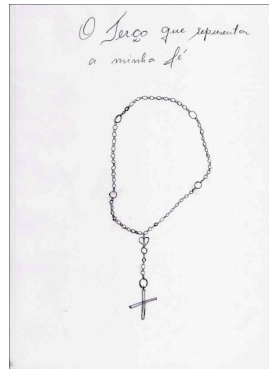
7. Solidity

3. Rational, Symbolic and Mythological – Types of thought in the expressions of the fifth drawings.

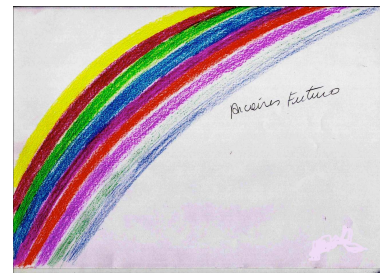
Figures: 8 - Patient's drawing number 5: "Victory" – Rational. (Patient 1- Lena); **Figure 9** - Patient's drawing number 5: "The rosary that represents my faith" – Symbolic. (Patient 2 - Ana); **Figure 10** - Patient's drawing number 5: "Future Rainbow" – Mythological. (Patient 3 - Fatima).



8. Rational



9. Symbolic



10. Mythological

Ethical Aspects

This study is the result of a PhD research developed at the FCM, UNICAMP. The project was approved by the Research Ethics Committee of the UNICAMP/FCM, *Faculdade de Ciências Médicas*, UNICAMP (UNICAMP *Faculty of Medical Sciences*, Protocol CAAE 0868.0.146.000-08. Protocol approved by the CEP, 01/26/2009. FR 1099/2008.

Conflict of Interests: The authors declare that they have no conflict of interest.

Funding: The authors have no support or funding to report.

Artigo 2 - Individuation and the Feminine Soul: Study of Feminine Archetypal Images carried out on Surgical Patients.

Author: Paiva SA¹

Department of Medical Psychology and Psychiatry

spaiva@ecos.com.br

Co-authors: Lima CSP²

Department of Internal Medicine, Oncology

carmenl@fcmunicamp.br

Giglio JS³

Department of Medical Psychology and Psychiatry

jgiglio@uol.com.br

Faculty of Medical Sciences. State University of Campinas - UNICAMP

Rua Padre Almeida 515, Campinas, São Paulo, Brazil.

Corresponding author: Suzana de Albuquerque Paiva

Rua Piauí, 1155, apt. 102. Funcionários, Belo Horizonte, Minas Gerais. 30.150-321. Brazil.

Telephones: 55-31-32252506; 55-31-88890191.

¹*Suzana de Albuquerque Paiva. Chief of the Psychology Department of the Prontocor Hospital, MG; Jungian Psychologist with Specialization and a Post-graduate degree in Clinical and Hospital Psychology; Master's Degree in Psychology from PUC Minas; PhD student Medical Sciences, Department of Medical Psychology and Psychiatry, State University of Campinas, UNICAMP, Brazil.*

²*Dra. Carmen Silvia Passos Lima. MD, PhD. Clinical Oncology Service, Department of Internal Medicine, Faculty of Medical Sciences, State University of Campinas, UNICAMP.*

³*Dr. Joel Giglio. MD. PhD. Jungian Analyst. Department of Medical Psychology and Psychiatry. Faculty of Medical Sciences. State University of Campinas, UNICAMP, Brazil. Post Doctorate Kansas University, USA.*

Abstract

This article is the result of a research carried out in a private hospital of Belo Horizonte, Brazil. The surgical patient care model of the Mastology Department includes an interdisciplinary staff that aims for the comprehensive treatment of these patients. The research is based on clinical approach, under the framework of Analytical Psychology. Feminine archetypal images are symbolically represented by the Main Goddesses of the Olympus. It is natural for one of these expressions to prevail throughout a woman's life, or even in specific moments of her life, but it is important to recognize that all of them are part of the feminine universe. We can, therefore, define and understand the Goddesses from Greek Mythology symbolically as being representative of the various feminine psychogenic forces that are projected. In reality, they are internal images that can be used to help know and understand personal issues and changes that are necessary in a woman's life, enabling personal growth and for them to identify themselves with the more authentic elements of their being, during the Individuation Process. In this work experience, the feminine soul showed itself to be a force of creation, of expression and of overcoming. Life Force itself.

Keywords: Mastology, Hospital, Analytical Psychology, Individuation, Feminine Archetypal Images, Mythology.

Résumé

Cet article découle d'une recherche réalisée dans un hôpital privé de Belo Horizonte, Brésil. Notre modèle de soins aux patients qui ont subi une chirurgie, du Département de Mastologie comprend une équipe multidisciplinaire qui vise, surtout, le soin intégral de ces patientes. La recherche se fonde sur l'abordage clinique, sous le référentiel de la Psychologie Analytique. On y retrouve des images archétypiques du féminin représentées par l'intermédiaire des principales Déesses de l'Olympe. Il va de soi que l'une de ces expressions prévaut au cours de la vie d'une femme, ou même à des moments déterminés de la vie, cependant il est plus important de reconnaître qu'elles toutes font partie de l'univers féminin°. On peut, donc, définir et comprendre les Déesses de la Mythologie Grecque symboliquement, comme représentantes de plusieurs forces psychiques du féminin qui sont projetées. A vrai dire, ce sont des images internes qui pourront être utilisées afin d'aider la connaissance et la compréhension des questions personnelles et les changements dont une femme a besoin pendant sa vie, tout en procurant un développement personnel et l'identification avec les

éléments plus authentiques de son être, pendant le Processus d'Individuation° Lors de cette expérience de travail, l'âme féminine s'est avérée comme la force de la création, de l'expression et du surpassement. La propre Force Vitale.

Mots-clés: Hôpital Mastology, Psychologie Analytique, Individuation, Femme Images Archétypales, Mythologie.

Resumen

Este artículo es el resultado de una investigación llevada a cabo en un hospital privado de Belo Horizonte, Brasil. El modelo de atención a los pacientes quirúrgicos del Departamento de Mastología incluye un equipo interdisciplinario que tiene como objetivo el tratamiento integral de estos pacientes. La investigación se basa en el enfoque clínico, en el marco de la Psicología Analítica. Imágenes arquetípicas femeninas son simbólicamente representadas por las principales diosas del Olimpo. Es natural que una de estas expresiones prevalezca durante la vida de una mujer, o incluso en determinados momentos de su vida, pero es importante reconocer que todos ellos son parte del universo femenino. Podemos, por lo tanto, definir y entender las diosas de la mitología griega simbólicamente como representantes de varias fuerzas psíquicas femeninas que son proyectadas. En realidad, son imágenes internas que pueden ser utilizadas para ayudar a conocer y entender los problemas personales y los cambios que son necesarios en la vida de una mujer, lo que permite el crecimiento personal y la identificación con los elementos más auténticos de su ser, durante el Proceso de Individuación En esta experiencia de trabajo, el alma femenina demostró ser una fuerza de la creación, de expresión y de superación La Fuerza Vital en sí misma.

Palabras clave: Mastología, Hospital, Psicología Analítica, Individuación, Imágenes Arquetípicas Femeninas, Mitología.

Individuation and the Feminine Soul

Study of Feminine Archetypal Images carried out on surgical patients

"Myths are expressions of an original reality that is more powerful and more important and which governs mankind's present life, destiny and activities."

Malinowski

This article is the result of a research carried out in a private hospital of Belo Horizonte, Minas Gerais, Brazil. The surgical patient care model of the Mastology and Plastic Surgery Department includes an interdisciplinary staff that, above all, aims for the comprehensive treatment of these patients.

Through the psychological follow-up work that is carried out with the surgical patients, we are able to observe, during the hospital stay and throughout the surgical process, that the psychogenic development resulting from specific experiences are constant and necessary demands, which are experienced as a psychogenic urgency. One can also notice how a woman's psychogenic health often depends on the possibility she has of expressing the different sides of her personality, which contains the archetypal feminine images.

According to Jung (1976), "the concept of archetype indicates the existence of certain forms in the psyche that are always present everywhere". The author also states that "the mythological research calls them the 'reasons' or 'themes'; in the psychology of the primitive populations they correspond to Levy-Bruhl's concept of *représentations collectives* and in the religious sphere they were defined as 'categories of the imagination' by Hubert and Mauss. Long before this, Adolf Bastian appropriately designated them as 'elementary' or 'primordial thoughts', from the Greek where *arché* means 'archaic, primordial' and *typos* means 'types, marks'. According to Plato, the idea preexists and is super-ordinate to the phenomena in general. Therefore, "The Archetype is nothing more than an expression that already existed in Ancient times and a synonym of 'idea' in the Platonic sense" (Jung, 1875-1961).

We know that the representation of 'archetype', literally a preexistent form, is not a concept exclusive to Jung. It is also recognized in other scientific fields.

Feminine archetypal images are symbolically represented in Greek Mythology by the Main Goddesses of the Olympus: Hera, Demeter, Persephone, Athena, Aphrodite, Artemis and Hestia.

It is natural for one of these expressions to prevail throughout a woman's life, or even in specific moments of her life, but it is important to recognize that all of them are part of the feminine universe and, therefore, a woman can express herself through each one of them.

The Greeks say that the Gods were created in the image and likeness of men. For over three thousand years, feminine images in the form of the Goddesses of the Olympus have remained alive in the human imagination⁹. They must be very important because, up until now, they have not been forgotten. Each one of them represents an archetype, that is, an instinctive behavior standard that is a part of the collective unconscious.

Myths are expressions of these archetypes. Joseph Campbell (1990) states that myths are powerful guides for spiritual life, helping harmonize our minds. For mankind, they are metaphors with a spiritual potential. "They show the world a dimension of mystery and show us how to live a human life under any conditions, pointing out new possibilities and what could be. They introduce ideas of immortality and of the destination of the body; issues related to birth and death. From the very first rituals, one can see elaborated attempts of explaining all of what cannot be explained through reason" (Campbell, 1990).

For the mythologist Eliade (1963), "the myth offers models for human behavior and, because of that, it attributes meaning and value to existence".

According to Goethe, myths are life's permanent relationships. For Junito Brandão (1987), "the myth expresses the world and human reality, but its existence is effectively a collective representation that reached us through several generations. And, when trying to explain the world and men, that is, the complexity of reality, the myth cannot be logical: on the contrary, it is illogical and irrational. A window is opened to all winds; exposing us to all interpretations". He also states that the myth could possibly be defined within the concept of Carl Gustav Jung, as "an awareness of the archetypes of the collective unconscious, that is, a link between the collective conscious and unconscious, as well as the manners through which the unconscious manifests itself" (Brandão, 1987).

Myths provide us with new ideas and creative possibilities. As with the ritual, the myth connects us with our deepest unconscious thoughts. Myths represent the collective dreams of the different populations. Oftentimes, we use myths to broaden our awareness, since it is a potential tool for *insights*.

We can, therefore, define and understand the Goddesses from Greek Mythology symbolically as being representative of the various feminine psychogenic forces that are projected.

In reality, they are internal images that can be used to help know and understand personal issues and changes that are necessary in a woman's life, enabling personal growth and for them to identify themselves with the more authentic elements of their being. This movement in search for growth and expression is part of the Individuation Process that happens throughout an entire life. Jung states that "Individuation is the process of 'becoming oneself' (Verselbstung) or 'acknowledging oneself'". (Selbstverwirklichung) (Jung, 1972).

In addition to being influenced by these powerful internal forces to which they are subjected, the archetypes, which can be personified by the Greek Goddesses, women are also influenced by external forces, such as the roles that society enforces on them and that men expect from them. They reinforce some aspects and repress others. Therefore, they often find themselves confused by these two forces: the internal and external world.

When these internal archetypal patterns, as well as the cultural configurations, manifest themselves, they are responsible for the differences in behavior, in the ideals and quests among women. For example, some women need monogamy, marriage or children to feel fulfilled; they fight to achieve this goal, and become sad if they fail.

There are women, however, who are markedly different. They are another type of women, who value independence and their goal is to attain benchmarks that are important to them, or even, there are women who search for an emotional intensity in new relationships. Others, on the other hand, seek solitude and value their spiritual development. What is most important to one woman may not be to another. But, regardless of manifesting a more specific nature, in reality, many Goddesses abide in each woman^o According to Bolen (1984), the complexity of the woman increases as the quantity of Goddesses increases.

Historically, the female gender has always been associated with life, creation and expression Ever since the beginning of times and in the most ancient Holy Scriptures, the female being has been represented as such. A woman was already present since the beginning of times... she was called Sophia, which means wisdom. Creating, generating, participating...

This is how it is written in the Book of Proverbs (Proverbs 8):

The Lord possessed me in the beginning of his way,
before his works of old.
I was set up from everlasting, from the beginning, or ever the earth was.
When there were no depths, I was brought forth;

when there were no fountains abounding with water.
Before the mountains were settled,
before the hills was I brought forth:
While as yet he had not made the earth, nor the fields,
nor the highest part of the dust of the world.
When he prepared the heavens, I was there:
when he set a compass upon the face of the depth:
When he established the clouds above:
when he strengthened the fountains of the deep:
When he gave to the sea his decree,
that the waters should not pass his commandment:
when he appointed the foundations of the earth:
Then I was by him, as one brought up with him:
and I was daily his delight,
rejoicing always before him;
Rejoicing in the habitable part of his earth;
and my delights were with the sons of men (Holy Bible, Proverbs 8).

Another example that reinforces this idea is the “Trimorphic Protенnoia’ (primal thought process formed in three ways: thought, intelligence, vision)” (India, 1989):

I am Protенnoia, the Thought
that dwells in the Light.
She who exists before the All...
I move in every creature...
I am the Invisible One within the All”.
I am the real Voice. I cry out in everyone
and they recognize it (the voice),
since a seed indwells them.”
I am the Voice. It is I who speak within every creature”
“I am Mother (and) I am Father... I am the Womb that gives shape to the All...”
I am... the glory of the Mother.

In one of the holy scriptures of India, the Rig-Veda, one can find the Devi (Goddess) Sukta, a hymn that ends in the following manner: (India, 1989)

“... 7. On the world's summit I bring forth the Father (heaven) (creation, Earth).

My home is in the waters, in the ocean Thence I extend o’er all existing creatures, and touch even yonder heaven with my forehead.

8. I breathe a strong breath like the wind and tempest, the while I hold together all existence. Beyond this wide earth (below) and beyond the heavens I have become so mighty in my grandeur.”

Once again, one can see the beginning of creation and the expression of creativity as an expansion in the form of feminine elements.

In the old legend about the Goddess Devi, the Great Mother, which can be found in the Holy Book Chandi (India, 1989), that despite all its allegory, is still told to this day by many generation of Indians, we find the great importance of the woman as a Mother, creator and all mighty.

The legend says that, “When the Gods were resting, tired after waging war with the Demons, the king of the demons, Mahishasura, who had an evil nature, took advantage of the situation to gather an army and declare himself Lord of the Heavens and Governor of the Universe.

This blasphemy reached Vishnu, enraging him. He then sent a terrible light, which emanated from his forehead. Shiva was also enraged; descending from his intense state of meditation and sending a powerful and incandescent beam of light in the same direction as Vishnu. Brahma, Indra and other powerful Gods, did the same, each sending penetrating beams of light.

All of the beams sent by the Gods united in a single location and slowly the luminous concentration took the form of a woman.

Shiva’s light formed her face, Yama’s her hair and Vishnu’s her arms. From Chandra’s light, the God of the Moon, her breasts were formed. Indra modeled her waist and Varuna her thighs. The Earth gave her her hips and Brahma her feet. The light from the God of Fire, Agni, sculpted her three eyes. Thus, all of the gods contributed with their power for the auspicious manifestation of Devi, the Great Mother Goddess (Harding, 1993).

And the story continues, stating that all Immortals worshipped her with pride and offered her jewels and weapons. Each one offering her one of their weapons or jewels. And she was the one who faced and scared away the Demon battalions. And all Gods chanted: “Victory to the Mother”.

There are pre-historical references of cults worshiping God as a Mother. In cultures of the Stone Age the Goddess represented the beginning of creation and the power over life and death.

There was a time in which, in the religious systems, the mother was the main forefather, considered as the very source. Western civilization originated in the great valleys of the Nile, Tigris - Euphrates, Indus and Ganges. And that was the Goddess’s world *par excellence*. In Egypt there is the Sky-Mother, the Goddess Nut who is represented as being the entire celestial sphere. Isis, the first Madonna, and her son Horus and in Babylon, Tiamat (Campbell, 1990).

Primordially, the female gender was associated with agriculture and farming societies, being heavily related to the earth. According to Campbell, the magic of the mother and the magic of the earth are one and the same. They relate to each other. The personification of the energy that generates the forms and feeds them is essentially female. In Mesopotamia, in Egypt and in Neolithic

Europe, the Goddess is a dominant figure. The Goddess is the deity that is worshipped by many in India to this date. She is *Maya*, she is the mystery that is beyond the pair of opposites. Everything is contained within her; even the Gods are her sons. Everything is the product of the Goddesses (Campbell, 1990)

Discussion

Working clinically in a private practice and in the hospital with surgical patients, encompassing from aesthetic plastic surgery to the mastectomy and the reconstruction of the breast, I have become involved with the feminine universe, associated with life and death, to loss and gain, happiness and suffering, fear and bravery, grievances, fragility and strength, and, above all, creativity.

The feminine soul is very rich, and within its sensibility it contains the urgency of expression. We can observe that even in the worst moments of their lives, such as the surgical intervention, women want to understand, express themselves, they want to transcend.

These expressions are strong, artistic, creative and beautiful manifestations, when used wisely. Otherwise, they may become dangerous and destructive and, since the archetype is bipolar, it presents itself in its positive aspect, but may also be negative.

The patients seem to want to find a new strength for life, but a life or a way of life with more quality and, especially, with a connotation of pleasure, help and donation. Quality of life is related to the possibility of being useful. They want to do something important that helps other people. They want to add something more to their lives. The feeling of a strong and concrete connection between them and the world becomes essential; maybe even a need to belong: belonging to the world, belonging to life.

The breast is an erogenous zone, an area of pleasure. It is also one of the aspects of a woman's body that represents their femininity the most, just as much as being sensual, motherly, a nurturer and a provider. It is a source of energy and pleasure, a source of donation and realization.

For a woman, removing her breast is the same as removing her beauty, pleasure and the commitment that exists in the act of being a woman and a mother. It may represent the removal of her life, the extinction of her energy.

Psychologically, the desire to do something new, important, with pleasure, or something that may help other women represents a compensatory movement, or even a recovery action: recovery of

the healthy, beautiful and useful feminine aspect that may be expressed in situations where she is helpful or even in an action of creative expression.

But, at the same time, it is not an easy moment. We may grow and transform ourselves through experiences related to pain or experiences related to love. And growing through painful experiences is certainly not easy.

In this moment of loss and pain, the contact with one of the feminine aspects that is related to strength, courage and action becomes necessary. The very warrior archetypal image. In Greek Mythology this strength is represented by the goddess Athena. The Goddess of wisdom and arts who represents the logical and confident woman, who is ruled by her head and not her heart. A warrior *par excellence*, a female being born from Zeus's forehead, the father of the gods. She represents strength, intelligence, logic and arts. She helped heroes in the difficult moments of their journeys, always enabling an intelligent strategy for their most serious problems. This is the strength that a woman needs now. More than ever, she needs to be a warrior, because, losing strength now would lead her to depression, to lose her essence, that is, her soul. And Athena is an example of wisdom. It is noteworthy that in Ancient times, the Amazons would sacrifice their left breast in order to handle their bow and arrow better. Such was the courage and strength of the warrior. Athena's is the strength of the warrior, a strength that is used intelligently. It is necessary here in order for the woman to not become discouraged nor lose contact with the energies of pleasure and sensuality, and neither with the energy resulting from the expression of maternity. Without them, the woman will not be whole and will not completely feel feminine.

Symbolically, the goddesses Aphrodite and Demeter present the feminine qualities that represent sensuality, love and pleasure, and maternity.

Aphrodite is the goddess of love and immortal beauty. She represents the lover, since she is an alchemical goddess who governs the joy of women for love and beauty, for sensuality and sexuality.

The importance of this and all other archetypes is essential, not only for women but for men as well, who are always relating to women. Understanding these strengths is important in order for them to become more powerful than the conscience, or even better, independent from the conscience. One of the dangers is, for example, embodying an archetype of desire and beauty and preservation without differentiating oneself from it, becoming a projection of others, that is, an attempt to be a projection of men, a simple vessel where one would lose one's own identity, such as

in the example of movie stars who personify the “beauty goddess” or “sex symbol”. The archetype of the great mother dominating the conscience is equally dangerous. The archetype constellates and the woman identifies herself with it, being dominated by it and acting as the “great mother” in several situations of her life, mothering everyone, or even, not allowing her children to grow.

How to react when faced with this aggression from destiny, which ends up taking part of the universe of beauty, desire and the appreciation of the men away?

What happens is that the woman pulls back, hides, is embarrassed by her own body, and consequently, her own being. She does not want to think about sexuality and pleasure any more. She denies her femininity. It is a moment of great depression. But, if she denies her own femininity, then who is she? ‘Nobody’, is the answer we often hear during our patient care in these moments of depression. And this will always be too much for a woman, something unacceptable. In this case, the importance of ‘being a mother’ is their saving grace. The statement that for their children they have to face, bear and transcend the situation is a common one. We count on the strength of the archetype of the great mother in this phase, which saves the situation and gives this woman a new breath of life. She needs to be a mother above all and this is when the great mother goddess Demeter comes in Demeter, the Great Mother, goddess of the seeds and the image of the maternal archetype, represents the feminine instinct of providing for the physical and spiritual sustainment of her children Demeter means “earth mother” or “mother nature”. The following statement was commonly heard: “If the land does not produce, the gods will die”. Its history is connected to the mysteries of Eleusis. Being a mother boosts the will to fight for life, fight for the care and for more health.

Another feminine aspect present in these moments of intense struggle for patients is the powerful need for affection, attention and protection. Oftentimes difficult to express, and not always understandable: Persephone, Demeter's daughter in mythology, symbolically expresses the feminine tendency for passivity and the need to please and be liked by others. In a moment of physical fragility and of dependence, this tendency becomes frightening. The patients look for explanations to understand the facts. The reality is too harsh.

This moment is followed by the need for a deeper connection with their inner-selves, with their spiritual side. This is the need for a specific strength, considered greater than their personal strength. It is an attempt to uncover new possibilities that will help them have faith and endure the surgery, the illness, the fragility and the confrontation with death.

They look for the expression and experience of the aspects of the goddess Hestia. She is considered in Ancient Greece as the protector of the land and the home, present in all homes and temples, as the fire in the center of the earth or even the fireplaces. Goddess of the earth, she incorporates the woman who is patient and firm, who finds comfort in solitude and inspires the feeling of wholeness and completeness. She brings with her an irradiating heat, the internal fire of spirituality.

The characteristics of the goddess Artemis are a part of the feminine universe. The Goddess of the hunt and the moon, and also the goddess of nature, protector of groves and forests. She personifies the independent female spirit, directed towards conquest. Now the desire appears to attempt a harmonious relationship with other people and also with nature. Physical nature and personal nature itself, with all its insufficiencies and imperfections. It is a moment of acceptance and of surrender, and above all, of a vision, of new possibilities. We could even say, of renovation. The woman now seeks greater contact with aspects of nature. She seeks a wide vision in order to relate to the universe and all that is universal. From this contact there arises a desire to no longer cling to small things. Value now resides in more significant, broader things such as nature, well-being and love.

This quest for amplitude can be summarized in this “Homeric Hymn” in honor of Artemis (Brandão, 1987):

I sing of Artemis of the golden arrows, of the resounding step, chaste maiden, bold Hunter, sister of Apollo of the golden sword, who walks in the shadows of the woods and the imposing rocks, firing arrows in the heat of the hunt that make the air howl. The high mountain summits shake and the woods resound with the voice of the wild beasts she pursues. Earth and sea... (Brandão, 1987).

We frequently observe the phases the patients experience in relation to their respective illness, phases devised by Kubler Ross (1996), in her studies and research with terminal patients. First, the phase of denial and isolation, when the patient is unable to face reality and says: No, it can't be true! Then, anger emerges. “We read the world wrong and say that it deceives us”, a phrase from Tagore that illustrates the patient's relation to her world. The bargaining phase follows, with promises of good behavior and pleas for pardon. Then comes depression, anchored in the feeling of loss and impotence, so as to finally reach the phase of acceptance and deal with grief.

Rooted in our experience in clinical work and research, we believe that after this last phase of acceptance, we can still work on the need expressed by the patients that is of transformation and

of transcendence. This is a fundamental moment in the Individuation Process, for we can observe the spiral movement towards a greater and clearer awareness.

It is the possibility of working these two phases that are beyond acceptance, which in some way encourages us in this work. To be able to therapeutically assist the possibility of re-structuring and rebirth together, aiming at a more meaningful life, irrespective of all past suffering.

Method and Methodological Resources

This research is based on clinical and hospital work. Psychological assistance is given from hospital admittance to discharge, and, whenever necessary, after discharge the therapeutic work continues in a private office.

It uses Qualitative and Quantitative Methodology and for methodological resources, questionnaires as well as oral and video presentations on the Goddesses of Greek Mythology.

The 44 patients of this research were aged between 23 and 59, but most of the patients were between 40 and 50 years old. They were indicated by their own doctors.

Appendix I: Questionnaire on Feminine Archetypal Images

Appendix II: Questionnaire on the characteristics of the Goddesses of Olympus, adapted to feminine reality in Brazil

Appendix III: Analysis of the Questionnaires. Table: 1. Pre-Operative Phase and 2. Post-Operative Phase

Results

We observed the desire and urgency in fulfilling the feminine totality through the study and expression of these aspects of the goddesses. In the beginning, the presence of aspects of Demeter, the Great Mother, was clear and significant for a long time in the lives of these women/patients. But after all the surgical procedures and psychotherapeutic care, in a most vibrant form arise: Athena, the great warrior, Aphrodite, the goddess of beauty, Love and sensuality as well as, very markedly, aspects of the goddess Hestia, symbol of spirituality. The representation and desire of expression of these three archetypes predominantly emerge after the surgery and treatment.

The Reports of the “Feminine Archetypal Images”, filled out after presentations on the theme, with slide shows and videos on the goddesses, (**Appendix I: Feminine Archetypal Images**), and the specific study of the personal characteristics associated with the spirit of each goddess (**Appendix II: Characteristics of the Goddesses of Olympus adapted to the feminine reality of Brazil**), with the scores in the Pre and Post-Surgical phases (**Appendix III: Analysis of the Questionnaires**), show the quantitative and qualitative data of this study carried out on women who had undergone one or more breast surgeries, ranging from biopsies, mastectomies and breast reconstruction to even aesthetic surgery and who had received psychological care throughout the whole process.

In the **Appendix III: Analysis of the Questionnaires**, it can be observed that Athena, who was in last place in the pre-operative phase, appears emphatically in second place in the questionnaire filled in by the patients, despite the evidence that point to her occupying first place in the individual and group psychotherapy sessions. In the individual questionnaire, Hestia surpasses Athena. Our question here is as follows: is spirituality a taboo in our society? And should it, therefore, remain in the “shadows”?

It is also noteworthy that Persephone is in last place in the post-operative and recovery phase. To need the care of others, the physical and emotional dependency: are they also taboo in our society, which values strength, independence and self-assertion?

These are some of the aspects that could be studied in more depth based on the results of this study.

However, an important component to balance the mind and soul of the feminine being is still missing, that is expressed, symbolically, in the figure of the goddess Hera, the wife of Zeus. For Zeus, the relationship with his wife did not strictly depend on a link from the heart or from the soul. What was important was to make an alliance basically with a view to consolidating the kingdom. The King and Queen, Masculine and Feminine representing harmony and power; a true *Hierosgamos*. For Hera, marriage was a way of attaining perfection, the fulfilling of a personality, the completion of being. They also represent traditional cultural roles.

Hera, goddess of marriage, symbolizes the woman who considers her tasks as a student, a professional or even as a mother, as secondary. Her greatest aim is to find harmony in marriage.

Thus, Hera represents the spiritual contact with the masculine, since she and Zeus combine together in the *Hierosgamós* that represents sacred marriage, masculine and feminine in conjunction, the union that symbolizes the psychic totality.

Another cultural representation of this sacred union of masculine and feminine, in the external world, is to be found in the excavations carried out in Mohenjo-Dharo, in the Indus valley, dating approximately from 1500 BC. There was evidence of the cult to the god Shiva and to Shakti, even prior to the Aryan influence in the region:

He who is Brahman is Adhya Shakti, Primordial Energy. When inactive, He is called, the Purusha; He is called Shakti, or Prakriti, when engaged in Creation, Preservation and Destruction^o These are the two aspects of Reality: Purusha and Prakriti: He who is Purusha is also Prakriti. Both are the incorporation of Blessedness” (India, 1989).

For Jung, this union of masculine and feminine should also be sought and accomplished at the level of the inner world, in the relation of the *Anima* and the *Animus*, within our psyche.

Therefore, it is fundamentally important for a woman’s psychic health that she try to live in the plenitude of her being. That she seek reality and the experience of a full life. It was this that we perceived during this work with surgical patients, who we could follow throughout a very delicate and difficult period of their lives. At any given moment of the process, an extra strength emerged which led them forwards, in the sense of facing or overcoming difficulties, creating new forms of being in the world. In this work experience, the feminine soul showed itself to be a force of creation, of expression and of overcoming. Life Force itself.

APPENDIXES

Appendix I: Questionnaire on Feminine Archetypal Images

The psychic health of a woman depends a lot on the possibility of different aspects of her personality being able to express themselves.

They bring within the archetypal images of the Feminine Soul and symbolically are well represented by the Goddesses of the Greek Olympus, such as, for example, Aphrodite, Hera, Athena, Demeter, Persephone, Artemis and Hestia.

It is natural that one of these expressions prevails, in the life of a woman. But what is important is not to forget that they are all a part of the feminine universe and it is through each one that a woman lives and is fulfilled. It is also through them that a woman relates to men:

HERA, the wife queen
DEMETER, the great mother
PERSEPHONE, the daughter
APHRODITE, the sensual one
ATHENA, the warrior
ARTEMIS, the protector of nature
HESTIA, the spiritual one

Fill in the table below in order of importance on a scale from 1 to 7, in accordance with your life experience and personal expression° The most developed aspect until now receives the maximum mark (number 7), and what was least developed receives the lowest mark (number 1):

- Refers to the pre-operative phase for surgical patients;
- In terms of the recent past for the women who did not undergo surgery;
- In terms of masculine perception of women arising from the experience of relation and observation in the recent past in the case of men:

HERA	
DEMETER	
PERSEPHONE	
APHRODITE	
ATHENA	
ARTEMIS	
HESTIA	

On a scale from 1 a 10, how would you evaluate each one of these feminine images in terms of personal experiences in your life history? Mark the number corresponding to the development of the characteristics of each one according to your experiences. The greater the expression of a special characteristic, the bigger the number.

→ In the case of men: reply in terms of your past experience and of your perception in relation to the expressions of a woman:

HERA	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
DEMETER	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
PERSEPHONE	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
APHRODITE	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
ATHENA	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
ARTEMIS	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
HESTIA	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

Today, and for the future, which would be the ideal of the feminine soul, in terms of expressions of characteristics you would consider priorities for you, taking into account the desired transformations. Considering the number 7 as having a greater emphasis/importance; and number 1 as having the least emphasis/importance.

→ Referring to the post-operative phase for surgical patients;

→ In terms of near future for the women who did not undergo surgery

→ In terms of the ideal companion, in the case of men°

HERA	
DEMETER	
PERSEPHONE	
APHRODITE	
ATHENA	
ARTEMIS	
HESTIA	

Name:		
Age:	Sex:	Date:

Thank you for your collaboration

Appendix II – Questionnaire on the characteristics of the Goddesses of Olympus, adapted to the feminine reality in Brazil

If you have marriage as an ideal,
If you can bear difficult situations, forgive and remain married,
If you are like Amelia¹, who was a true woman,
If you are Queen of the Household,
If you don't like doing things alone, without your husband,
If being married makes you feel important,
Then you have the spirit of Hera.

If you are a Super Mother (of your children, husband, boyfriend, friends, of your own mother...),
If you suffer in paradise,
If you give up things because of your children,
If you give everything and ask for nothing in return (or receive nothing in return),
If you are overjoyed by the happiness and achievements of your children and suffer with their defeats,
If you find it difficult to be separated from your children, even for a short period,
Then you have the spirit of Demeter.

If you are sensual,
If you seek love and an affective relationship with interest and anxiety,
If you always seek what is beautiful,
If you feel attractive and like a conquest,

¹ Translator's note: Amelia is the true woman from a popular Brazilian song and embodies submission, shows no vanity and is willing to go hungry beside her companion. Hera accepted her husband Zeus betrayals, quarreled with his lovers and remained married. She did everything to preserve her marriage which symbolizes *Hierosgamós*, or sacred marriage.

If you value and emphasize sexual energy,
If you like to be a lover,

Then you have the spirit of Aphrodite.

If you love nature,
If you like to be in the woods, in the waterfalls, in the open air,
If you are protective and careful about nature and your children,
If you are independent,
If you don't hold marriage as a priority,
If you like conquests and competitive situations,

Then you have the spirit of Artemis.

If you are a devoted daughter,
If you are constantly worried about the well-being of your father and your mother,
If you are fond of and dependent on your family,
If you value and need the approval and affection of others,
If you do not like to be far from your parents,
If you have a feeling of helplessness when faced with possible dangers,

Then you have the spirit of Persephone.

If you value spirituality,
If you have Faith in God,
If you have a quest for something greater,
If you isolate yourself and remain thoughtful, meditative, contemplating what is beautiful and sublime,
If marriage is not a priority in your life,
If you value human warmth, truth, goodness and charity among the moral values and feel that you are whole and strong,

Then you have the spirit of Hestia.

If you like to be independent,
If you like to be a warrior,
If you value wisdom and arts,
If you primarily use reason,
If you are confident and do not feel the need to get married,
If you value your work, your achievements, your personal and professional growth,
Then you have the spirit of Athena.

Appendix III – Analysis of the Questionnaires.

Table: 1. Pre-Operative Phase and 2. Post-Operative

The results of a first quantitative and qualitative analysis of the questionnaires answered by 44 patients in the Pre- and Post-Operative Phases.

The patients were aged between 23 and 59, but most of the patients were between 40 and 50 years old.

The classification of each goddess represents the feminine aspects most developed at the time of the operation, in order of importance, of expression and valorization **(1.)** and the new ranking indicated by the patients as an ideal of living, expression and necessary changes in the Post-Operative phase **(2.)**.

1. Pre-Operative Phase		2. Post-Operative Phase	
1st place:	Demeter The Great Mother	1st place:	Hestia The Spiritual
2nd place:	Hera The Wife Queen	2nd place:	Athena The Warrior
3rd place:	Artemis The Protector of Nature	3rd place:	Aphrodite The Sensual
4th place:	Hestia The Spiritual	4th place:	Hera The Wife Queen
5th place:	Aphrodite The Sensual	5th place:	Demeter The Great Mother
6th place:	Persephone The Daughter	6th place:	Artemis The Protector of Nature
7th place:	Athena The Warrior	7th place:	Persephone The Daughter

References

Bíblia Sagrada. *Livro dos Provérbios*. Provérbios 8. p.787.

BOLEN, Jean Shinoda. (1985). *Goddesses in Every woman° A New Psychology of Women°* New York. Harper Perennial.

BRANDÃO, Junito de Souza. (1987). *Mitologia Grega*. Petrópolis, Editora Vozes. Vol.III. pp. 36, 90, 93, 107.

CAMPBELL, Joseph. (1990). *O Poder do Mito*. São Paulo, Editora Palas Athena, p.24.

CHANDI. (1989). Sacred Indian Scripture. Research carried out in the Ashram of Varanasi, in classes on Oriental Philosophy, Vedanta, India.

DEVI SUKTA. (1989). Sacred Indian Scripture. Research carried out in the Ashram of Varanasi, in classes on Oriental Philosophy, Vedanta, India.

ELIADE, Mircea. (1963). *Aspectos do Mito*. Harper & Row, Publishers, Inc., p.10.

HARDING, Elizabeth U. (1993). *Kali The Black Goddess of Dakshineswar*. York Beach, Maine, Nicolas-Hays, Inc... p. xx.

ÍNDIA. (1989). Ashram of Varanasi. Notes taken during classes on Oriental Philosophy.

JUNG, Carl Gustav. (1984). *A Dinâmica do Inconsciente*. Petrópolis, EditoraVozes. OC.Vol.VIII. p.435.

JUNG, Carl Gustav. (1875-1961. 2000). *Os Arquétipos e o Inconsciente Coletivo*. Petrópolis, Editora Vozes. OC. Vol IX/1. p.87.

ROSS, Elisabeth Kubler. (1969). *Sobre a Morte e o Morrer*. São Paulo, Livraria Martins Fontes Editora LTDA. p.13.

VIJNANANANDA, Swami. (1986). *Srimad Devi Bhagavatam*. New Delhi, Munshiram Manoharlal.

Artigo 3 - Síndrome de *Takotsubo*: quando o estresse emocional faz partir o coração.

Prêmio de Melhor Trabalho apresentado no XVII Congresso Brasileiro de Medicina Psicossomática com direito a ser publicado na Revista Brasileira de Psicossomática.

Temas Livres. 107

Congresso Brasileiro de Medicina Psicossomática, 17; 2010. Gramado. Anais... Porto Alegre: ABMP/RS, 2010. CDU 159. 938.363.6 (063). Disponível em: <http://psicossomatica-rs.org.br/wp-content/uploads/2011/01/ANAISPSICOSSOMATICA.pdf>.

Resumo:

“Síndrome de *takotsubo*: quando o estresse emocional faz partir o coração.”

Suzana de Albuquerque Paiva

Henrique Min Ho Lee

Joel Sales Giglio

Introdução: Este artigo trata da sociedade hipermoderna, de eventos de vida e do estresse decorrente do ritmo acelerado e das demandas pela “hiperformance” e pela superação de si. Busca analisar os efeitos do mal-estar social na dinâmica da saúde, no contexto da hipermodernidade, caracterizada por Aubert (2006), como uma sociedade de modernidade exacerbada, regida pela noção de excesso e de superação. Destaca o estresse emocional como fator de risco cardíaco para o acometimento do Infarto do Miocárdio (IAM) e da Síndrome de *Takotsubo* ou Síndrome do *Coeur Brisé*, causa rara de choque cardiogênico provocado por um aneurisma ventricular esquerdo agudo, na ausência de coronariopatia, só recentemente descrita na literatura mundial. Os sintomas podem

assemelhar-se aos do IAM com dor torácica típica. A imagem do balonamento ventricular, sugestivo de haltere ou *Takotsubo*, é característica desta nova síndrome. Suas características são: movimento discinético da parede anterior do VE, dor torácica, alterações eletrocardiográficas e ausência de coronariopatia obstrutiva. (Sato H e cols., 1990). **Objetivos:** Tem como objetivos compreender o paciente em sua totalidade, observando os sentidos e significados dados ao evento coronariano, e a Síndrome sob o enfoque da Psiconeuroendocrinoimunologia, que visa aproximar os campos da Psicologia, da Neurociência, da Endocrinologia e da Imunologia. **Metodologia:** Trata-se de uma pesquisa clínico qualitativa, realizada no hospital, fundamentada no método de saturação teórica, com uso de entrevistas semidirigidas, tratadas segundo a análise de conteúdo (Turato, 2008). Inclui oito depoimentos de pacientes que sofreram IAM e a Síndrome de *Takotsubo*, com reflexões sobre os sentidos e os significados das experiências nos campos dos vividos laboral e amoroso. **Considerações finais:** Observamos o quanto a urgência e a necessidade de superação de si, assim como excessos e rupturas amorosas e psicossociais podem afetar a saúde do coração, tanto física quanto psiquicamente. Nosso estudo mostrou o quanto o coração do indivíduo pode ser afetado pelas vivências de grandes emoções e de contrariedades, que o fazem “se partir”, tanto emocionalmente quanto fisiologicamente, apresentando os sintomas clássicos de um infarto.

Palavras-chave: Psicossomática. Síndrome de *Takotsubo*. Estresse.

Artigo 4 - “There is no stronger pain than the pain of death. The pain of an infarction is the pain of death.” Symbolic meanings expressed by Brazilian patients about the acute myocardial infarction.

A ser submetido. Artigo em construção. Como pôster, recebeu o prêmio de primeiro lugar no 65º Congresso Brasileiro de Cardiologia, Simpósio de Psicologia, BH, 2010.

Suzana de Albuquerque Paiva

Carmen Silvia Passos Lima

Joel Sales Giglio

Universidade Estadual de Campinas – UNICAMP

Tema: O presente artigo decorre de uma pesquisa, realizada em hospital geral, sobre o Infarto Agudo do Miocárdio (IAM). Tem como objetivo realçar a importância do estudo dos símbolos e metáforas usados pelos pacientes quando acometidos por um IAM.

Os símbolos surgem enquanto representantes da energia psíquica e conferem significados às vivências, quando analisados terapeuticamente.

O próprio coração traz em si uma riqueza de símbolos, sendo o amor um dos maiores representantes de sua simbologia. Os vasos do coração recebem o nome de coronários porque estabelecem uma coroa sobre esse órgão, sendo a coroa um dos símbolos da realeza. O coração, portanto, é um órgão vital e simbólico.

Palavras chave: Infarto Agudo do Miocárdio; simbolismo; sentidos e significados; Pesquisa Qualitativa.

Metodologia: Trata-se de uma Pesquisa Clínico-Qualitativa (Turato, 2008), com uso de entrevistas semidirigidas e análise dos símbolos revelados durante as entrevistas.

O estudo fundamenta-se na teoria da Psicologia Analítica, que observa o inconsciente com sua força criativa e sua tendência a buscar sempre uma orientação. Segundo Carl Gustav Jung, o inconsciente possui uma energia criativa geradora de todas as

possibilidades em potencial; o *self* possui também um aspecto curativo que se manifesta ao longo do Processo de Individuação. “O inconsciente, em relação à atividade positiva, aparece como a totalidade de todos os conteúdos psíquicos *in statu nascendi*. É um órgão natural dotado de uma energia criadora específica” (Jung, 1984, v. VIII, parágrafo 702).

Depoimentos:

- *“Mineiro não tem infarto, tem um ‘trem’¹ no coração.”*

- *“Não tem dor mais forte do que a dor da morte! A dor do infarto é a dor da morte!”*

Devido ao acometimento do infarto, os pacientes vivem momentos de grandes emoções, pois estão diante do inesperado. Não haviam “marcado este encontro com a morte”, segundo eles. A morte apresenta-se como um grande símbolo de transformação.

Dizem que tiveram um encontro com a morte e sobreviveram. Renasceram. Foram lá e voltaram:

- *“Cheguei lá e São Pedro disse: Não, ainda não! Ainda tem muita coisa para fazer. Volta!”*

- *“Eu já dancei com a morte três vezes!”* (referindo-se aos três infartos sofridos)

- *“Eu pensava que CTI era ir para morrer... um lugar escuro. Vi que lá tem luz, e essa luz me iluminou muito”.*

- *“Minha vida dá um livro! Se torcer sai sangue!”*

- *“Agora sou biônico! Sou mais forte que antes, e dos que não implantaram pontes de safena”.*

- *“Você aprende a colocar Deus dentro do coração; você também tem que colocar a mãe dentro do coração, e ter Deus sempre dentro dele! Aí é que fica mais difícil. Tudo, neste órgão... fica complicado; ele adocece. Imagine só... ter Deus dentro do coração!”*

Guimarães Rosa, ao explicar o sofrimento advindo da saudade, pontua: “Diz-se que tem saudade de ideia e saudade de coração” (Rosa, 2001: 43).

¹ Termo usado em Minas Gerais para se expressar qualquer coisa. Um “trem” é uma coisa.

Considerações finais: A análise dos símbolos possibilita a elaboração de processos inconscientes e, conseqüentemente, uma integração psíquica a partir da dinâmica da relação da consciência com o inconsciente.

Quando uma conscientização mais ampla é alcançada, observa-se também a sensação de equilíbrio mental e bem estar por parte dos pacientes.

Referências:

Jung CG. A Dinâmica do Inconsciente. Petrópolis, Editora Vozes. OC. Vol VIII, p. 379, ver. 702, 1984.

Rosa G. Grande Sertão: Veredas. Rio de Janeiro: Editora Nova Fronteira, 2001.

Turato ER. Tratado da metodologia da pesquisa clínico-qualitativa. Construção teórico-epistemológica, discussão comparada e aplicação nas áreas da saúde e humanas. Petrópolis: Vozes, 2008.

“There is no stronger pain than the pain of death. The pain of an infarction is the pain of death.” Symbolic meanings expressed by Brazilian patients about the acute myocardial infarction.

Suzana de Albuquerque Paiva

Carmen Silvia Passos Lima

Joel Sales Giglio

Francisco Rezende Silveira

Department of Medical Psychology and Psychiatry. Faculty of Medical Sciences FCM.

State University of Campinas – UNICAMP.

Campinas, São Paulo, Brazil.

Objectives: This article is the result of a study performed in a general hospital on Acute Myocardial Infarction (AMI). It has the objective of highlighting the importance of studying the symbols and metaphors used by patients when they suffer an AMI.

When therapeutically analyzed, the symbols become representatives of the psychic energy and give meaning to experiences.

The heart itself carries a wealth of symbols, love being one of the biggest representatives of its symbolism. The vessels of the heart are called coronaries because they form a crown over the organ, and the crown is a symbol of royalty. Therefore, the heart is a vital and symbolic organ.

Keywords: Acute Myocardial Infarction; symbolism; senses and meanings; Qualitative Research.

Methodology: This is a Clinical-Qualitative Research (Turato, 2008), that used semi-structured interviews and the analysis of the symbols revealed during the interviews.

The study is based on the Analytic Psychology theory that observes the unconscious and its creative force and tendency to always search for direction. According to Carl Gustav Jung, the unconscious has a creative energy that generates all potential possibilities; the *self* also has a healing aspect that manifests itself throughout the Individuation Process. “The unconscious, when related to positive activities, presents itself as the totality of all the psychic content *in statu nascendi*. It is a natural organ with a specific creative energy” (Jung, 1984, v. VIII, paragraph 702).

Results - Testimonials:

- *“People from Minas don't suffer infarctions, they have ‘this train’¹ in the heart.”*
- *“There is no stronger pain than the pain of death! The pain of an infarction is the pain of death!”*

Due to the infarction they have suffered, the patients experience moments of intense emotions, because they are faced with the unexpected. According to them, they had not scheduled “this date with death”. Death presents itself as a great symbol of transformation.

They say they met death and survived. Were reborn. They arrived there and returned:

“I arrived there and Saint Peter said: No, not yet! You still have a lot to do. Go back!”

“I have already danced with death three times!” (alluding to the three suffered infarctions)

“I thought that the ICU was where you went to die... a dark place. I saw that there is light there, and this light enlightened me greatly.”

“My life could become a book! If you twist it, blood will come out!”

¹ Term used in Minas Gerais to express anything. A “train” is something.

- *“I'm bionic now! I am stronger than before and than those who do not have a heart bypass”.*

- *“You learn to bring God into your heart; you also have to bring the mother into your heart, and always keep God in it! That is when it gets harder. Everything in this organ...gets complicated; it gets sick. Imagine... having God inside your heart!”*

When explaining the suffering that longing brings, Guimarães Rosa states: “They say there is the longing of the mind and the longing of the heart” (Rosa, 2001: 43).

Conclusion: The analysis of symbols enables the development of unconscious processes and, consequently, a psychic integration derived from the dynamics of the relationship between conscious and unconscious. When a broader awareness is achieved, a sense of mental balance and wellbeing of the patients is also observed.

References:

Jung CG. *A Dinâmica do Inconsciente*. Petrópolis, Editora Vozes. OC. Vol VIII, p. 379, ver. 702, 1984.

Rosa G. *Grande Sertão: Veredas*. Rio de Janeiro: Editora Nova Fronteira, 2001.

Turato ER. *Tratado da metodologia da pesquisa clínico-qualitativa. Construção teórico-epistemológica, discussão comparada e aplicação nas áreas da saúde e humanas*. Petrópolis: Vozes, 2008.

Apresentações dos resultados preliminares em Congressos no Brasil e no Exterior:

1. Asian Pacific Society of Cardiology Congress - APSC. “Towards Excellence and Wisdom in Cardiovascular Care: Asia Pacific's Commitment to the Art & Science of Medicine”.

Apresentação oral:

“Hypermodern Hearts: what makes them suffer and become ill? A qualitative study with women treated in private services in Brazil about life events and meanings given to myocardial infarction”.

The Asean Journal of cardiology. Pag. 72

Local: Patthaya, Thailand.

Data: 21-24/02/2013.

2. XX European Congress of Psychiatry.

Poster presentation:

“*Takotsubo* Syndrom: when emotional stress makes the heart break.”

European Psychiatry. The Journal of the European Psychiatry Association Abstracts on CD-Rom. Vol.27. Suppl.1. 2012.

Local: Prague, Czech Replubic.

Data: 03 a 06 de Março de 2012.

3. XX Congresso Internacional da Associação Junguiana do Brasil.

Apresentação oral: “CORAÇÕES HIPERMODERNOS: Imagens Arquetípicas Consteladas em Trajetórias de Vida e Morte.”

Local: Sao Pedro, SP.

Data: 14 a 17 de Junho de 2012.

4. XI Congresso Brasileiro de Psicologia Hospitalar.

Apresentação oral: “Corações partidos: o sujeito contemporâneo e o adoecer do coração.”

Local: UNICAMP. Campinas, SP.

Data: 13 de outubro de 2012.

5. V Congresso Brasileiro de Psicossomática e Psicologia da Saúde.

Apresentação oral: “Corações Hipermodernos: o que os faz sofrer e adoecer? Estudo clínico qualitativo sobre o infarto do miocárdio e o câncer de mama”. Paiva SA; Giglio JS; Lima CSP.

Campinas, SP. 9 a 12 de Outubro de 2011.

6. 65º Congresso Brasileiro de Cardiologia, SBC. Belo Horizonte, MG.

1. Palestra: “Corações Hipermodernos: um estudo qualitativo realizado com mulheres atendidas em serviços privados de Belo Horizonte sobre eventos de vida, traços de personalidade e suas associações com o infarto do miocárdio e o câncer de mama”. Paiva SA; Giglio JS; Lima CSP.

2. Caso Clínico: Uma visão integradora, focando aspectos clínicos e significados e sentidos atribuídos pela paciente ao seu adoecimento. São José S.

Visão Psicológica: “Por que não consigo abrir os olhos?” A técnica da amplificação no estudo de um caso clínico. Paiva AS.

3. Pôster: Paiva SA; Giglio JS. “Mineiro não tem infarto, tem um “trem” no coração. O simbolismo presente nas vivências e relatos de pacientes com infarto agudo do miocárdio”.

Local: Expominas, Belo Horizonte, MG.

Data: 25, 26, 27 e 28 de Setembro de 2010.

Prêmio de Melhor Pôster: Primeiro Lugar no Fórum de Psicologia do 65º Congresso Brasileiro de Cardiologia. Paiva, SA; Giglio JS.

“Mineiro não tem infarto, tem um “trem” no coração. O simbolismo presente nas vivências e relatos de pacientes com infarto agudo do miocárdio”.

Coordenação em Congresso:

23º Fórum de Psicologia – 65º Congresso Brasileiro de Cardiologia, da SBC. Expominas. Belo Horizonte, MG. 25, 26, 27 e 28 de Setembro de 2010.

Elaboração da programação do Fórum de Psicologia: de novembro de 2009 a maio de 2010.

7. V Congreso Argentino de Salud Mental, da Asociación Argentina de Salud Mental, AASM.

Palestra: “Síndrome de *Takotsubo* y Infarto Agudo del Miocárdio: el estrés emocional como factor de riesgo cardíaco.”

Local: Hotel Pan Americano, Buenos Aires, Argentina.

Data: 05, 06, 07 e 08 de Maio de 2010.

8. Conferência no Ashrama de Buenos Aires.

Palestra: “Anatômico, emocional y espiritual: los tres corazones según la Filosofía Vedanta”.

Local: Ashrama de Buenos Aires. Bs As, Argentina.

Data: 09 de Maio de 2010.

9. XVII Congresso Brasileiro de Medicina Psicossomática.

Palestra: “Síndrome de *Takotsubo*. Quando o estresse emocional faz partir o coração.”

Local: Gramado, RS.

Data: 29 de Abril a 02 de Maio de 2010.

**Prêmio de Melhor Trabalho do Congresso Brasileiro de Medicina
Psicossomática:**

Trabalho apresentado no XVII Congresso Brasileiro de Medicina Psicossomática.
“Síndrome de *Takotsubo*. Quando o estresse emocional faz partir o coração”.

10. Participação Internacional. Simpósio: Vedanta y Psicología.

Conferencia: “A Música Regendo a Saúde e a Espiritualidade.” “La Música Dirigiendo la Salud y la Espiritualidad.” - Enquete realizada en hospital.

Local: Ashrama de Buenos Aires, Argentina.

Data: 22 de novembro de 2009.

11. Participação no XVII Congresso Internacional da Associação Junguiana do Brasil: Arte e Análise - O Simbolismo nas Artes Visuais.

Palestra: “Mitos da Criação: Expressões simbólicas nas artes”.

Local: Associação Médica de Minas Gerais - Belo Horizonte, MG.

Data: 9 a 12 de Outubro de 2009.

12. IV Congreso Argentino de Salud Mental, da Asociación Argentina de Salud Mental, AASM.

Palestra: “Corazones Hipermodernos: Los eventos de la vida, los rasgos de la personalidad y el estrés como factores de riesgo cardiovascular”.

Local: Hotel Panamericano. Buenos Aires, Argentina.

Data: 11, 12 e 13 de Junho de 2009.

Anexo 2 – Protocolo do Comitê de Ética em Pesquisa

Andamento do projeto - CAAE - 0868.0.146.000-08

Parte superior do formulário

Título do Projeto de Pesquisa
Corações Hipermodemos: um estudo sobre eventos de vida, diferentes traços de personalidade e suas associações com as patologias d e o câncer.

Situação	Data Inicial no CEP	Data Final no CEP	Data Inicial na CONEP	Data Final na
Aprovado no CEP	10/12/2008 15:38:32	26/01/2009 13:05:10		

Descrição	Data	Documento	Nº do Doc
1 - Envio da Folha de Rosto pela Internet	07/11/2008 13:07:33	Folha de Rosto	FR229690
3 - Protocolo Pendente no CEP	16/12/2008 15:46:51	Folha de Rosto	1099/2008
2 - Recebimento de Protocolo pelo CEP (Check-List)	10/12/2008 15:38:32	Folha de Rosto	0868.0.146.000-08
4 - Protocolo Aprovado no CEP	26/01/2009 13:05:10	Folha de Rosto	1099/2008

Parte inferior do formulário

Voltar

Anexo 3 – Cartas de recebimento dos artigos submetidos.

Carta de recebimento de artigo submetido: Artigo 1.

29-Jan-2014

Dear Prof. Paiva:

This is to confirm receipt of your revised manuscript, entitled "Hypermodern Hearts: what makes them suffer and become ill?," at Qualitative Health Research (QHR).

Your updated manuscript ID # is QHR-2013-0711.R3, and we would appreciate your referring to this number whenever you contact us about your paper.

If you have questions or need assistance, please contact us at QHR-Journal@nurs.utah.edu.

Thank you for submitting your manuscript to Qualitative Health Research (QHR).

Sincerely,

Dori A. Fortune

Technical Editor and Copyeditor

Qualitative Health Research

Carta de recebimento de artigo submetido: Artigo 2.

Info SPPS

Cara Dra. Suzana de Albuquerque Paiva,

Agradecemos-lhe desde já o seu interesse pela Sociedade Portuguesa de Psicossomática e pela nossa Revista Portuguesa de Psicossomática.

Pedimos-lhe desculpa pelo atraso na nossa resposta ao seu contacto. Cumpre-nos informá-la de que o seu artigo será submetido a competente revisão científica de cujo resultado lhe forneceremos oportunamente o respetivo parecer.

Uma eventual desistência do seu interesse na publicação deste artigo na Revista Portuguesa de Psicossomática, deverá ser-nos atempadamente comunicada. Caso contrário, assumiremos a manutenção do seu interesse.

Gratos pela sua participação, endereçamos-lhe as nossas cordiais saudações.

Pela Direção da SPPS

Maria de Lurdes Leal

(A Secretária)

APÊNDICE

Apêndice - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TECLE

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO - TECLE

Título da Pesquisa:

CORAÇÕES HIPERMODERNOS: Um estudo qualitativo realizado com mulheres atendidas em serviços privados no Brasil sobre eventos de vida, traços de personalidade e os sentidos e significados atribuídos ao infarto do miocárdio, à síndrome de *Takotsubo* e ao câncer de mama.

Responsável pela pesquisa:

A pesquisadora responsável pela pesquisa, Suzana de Albuquerque Paiva, fará a apresentação do TECLE e pedirá o consentimento para os sujeitos da pesquisa. Poderá também fornecer qualquer esclarecimento sobre o estudo, assim como tirar dúvidas, bastando entrar em contato com ela pelos telefones: (31) 3281-0141, ou pelo e-mail: spaiva@ecos.com.br.

Endereço consultório: Rua Alagoas 1.314, sala 1.016. Savassi. Belo Horizonte, MG. 30.130-160.

Justificativa:

A Senhora (Você) está sendo convidada a participar de uma pesquisa de Doutorado, que faz parte do programa de Pós-graduação *Stricto Sensu* em Psicologia Médica da Universidade Estadual de Campinas - UNICAMP.

O estudo busca identificar as possíveis relações entre eventos de vida, traços de personalidade e diferentes patologias.

Para isso, gostaríamos de contar com a sua colaboração. A Senhora (Você) está sendo escolhida, após ter sido indicada pelo seu médico (a), por ter passado pela experiência de

um Infarto Agudo do Miocárdio ou de um Câncer de Mama, e por estar, no momento, em condições físicas estáveis e psicologicamente consciente e orientada. Também pelo motivo de estar inserida e, portanto, representar os valores da atual sociedade hipermoderna. Porém, a sua participação não é obrigatória.

Objetivos:

O objetivo principal deste estudo é compreender melhor os impactos da hipermodernidade na saúde dos indivíduos, ou seja, analisar as questões psicossociais que contribuem para com o estresse e o desenvolvimento ou agravamento do infarto agudo do miocárdio e do câncer de mama.

Visa também identificar as características de personalidade e suas associações com as referidas patologias e colaborar não só para com a prevenção primária como também com a secundária.

Procedimentos:

Será pedido à Senhora (Você) que responda as perguntas da entrevista. Trata-se de uma entrevista semidirigida. A Senhora (Você) poderá conduzir o relato de suas experiências. Será também explicada a importância das pesquisas, pedida a permissão para a gravação e a leitura e assinatura do TECLA.

Estas entrevistas, que serão gravadas e depois transcritas e analisadas, terão um caráter confidencial e serão realizadas individualmente, sem a presença de outras pessoas.

A pesquisadora terá uma postura de ouvinte e poderá usar questões esclarecedoras; se necessário, trabalhará terapêuticamente, após os relatos, o material colocado, pois o sujeito, ao se colocar, reflete sobre o seu estado de vida e de saúde, se emociona e se transforma.

Os resultados deste estudo poderão ser divulgados através de artigos científicos, capítulos de livros ou apresentados em congressos e outros eventos científicos, sem que a Senhora (Você), ou qualquer outro sujeito da pesquisa, seja identificado (a).

Desconfortos:

Acredita-se que a entrevista transcorra sem problemas, mas, poderá surgir algum desconforto relacionado ao sentimento de desinteresse em descrever a sua própria vida, as experiências pessoais, ou diante do contato com algumas emoções ou ansiedades em relação a algum assunto abordado.

Segundo a ética profissional, a entrevista poderá ser interrompida se a Senhora (Você) sentir necessidade.

Benefícios:

Os conhecimentos obtidos pela pesquisa poderão trazer benefícios no sentido de compreendermos melhor os traços de personalidade e as diferentes reações ao estresse dos pacientes coronarianos e dos que contraíram CA de mama. Conseqüentemente, poderemos oferecer um tratamento mais adequado.

Poderão trazer ainda uma compreensão do campo social e de suas influências na saúde dos sujeitos. Esta pesquisa poderá, portanto, contribuir tanto para os estudos sobre o tema e o tratamento do Infarto e do Câncer de Mama quanto para a questão da prevenção das doenças coronarianas e do CA de Mama.

Métodos Alternativos:

Usaremos o Procedimento de Desenho-Estória, de Walter Trinca, como forma de investigação e análise clínica da Personalidade.

Assistência ao sujeito:

A Senhora (Você) terá toda a assistência necessária em relação ao seu estado emocional e psíquico, no transcorrer da entrevista, podendo contar com o apoio terapêutico da pesquisadora, caso necessário. A pesquisadora fará os contatos necessários para a marcação das entrevistas, sendo que a indicação das pacientes será feita pelos próprios médicos das pacientes em estudo. Não existem riscos mensuráveis.

Custos/ Reembolso:

A Senhora (Você) não terá nenhum gasto com a sua participação no estudo e também não receberá pagamento pelo mesmo.

Caráter Confidencial dos Registros:

A sua identidade será mantida em sigilo. Dessa forma, a Senhora (Você) não será identificada quando o material de seu registro for utilizado, seja para propósitos de publicação científica ou educativa. Os registros gravados ficarão sob a responsabilidade da pesquisadora e serão utilizados apenas para as finalidades desta pesquisa, sendo destruídos posteriormente.

Comitê de Ética em Pesquisa:

O Protocolo de Pesquisa foi analisado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) FCM/UNICAMP, segundo as determinações do Conselho Nacional de Saúde (Resoluções CNS no. 196/96 e suas complementares).

Telefone: (19) 3521.8936. e-mail: cep@fcm.unicamp.br

Participação:

Sua participação neste estudo é muito importante e a sua colaboração consistirá em fazer o relato de sua experiência de vida através das perguntas da entrevista da pesquisa. Porém, a Senhora (Você) tem o direito de interromper a entrevista a qualquer momento. Caso queira interromper a entrevista, e necessitar do atendimento psicológico, este será realizado sem problemas e sem custos.

Se estiver de acordo, gostaria que desse o seu consentimento livre e esclarecido por escrito.

Declaração de Consentimento

Li as informações contidas neste documento, antes de assinar este termo de consentimento. Declaro que toda a linguagem técnica utilizada na descrição deste estudo de pesquisa foi satisfatoriamente explicada e que recebi respostas para todas as minhas dúvidas. Confirmo

também que recebi uma cópia deste Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Compreendo que sou livre para me retirar da pesquisa em qualquer momento desejado e sem penalidades.

Dou meu consentimento de livre e espontânea vontade para participar deste estudo.

Nome da participante (em letra de forma)

Assinatura da participante

Belo Horizonte, _____ de _____ de 20_____

Muito obrigada por sua colaboração e por merecer a sua confiança.

Atesto que expliquei, cuidadosamente, a natureza e o objetivo deste estudo à participante, e os possíveis desconfortos e benefícios da sua participação.

Acredito que a participante recebeu todas as informações necessárias, fornecidas em uma linguagem adequada e compreensível e que ela compreendeu bem essa explicação.

Suzana de Albuquerque Paiva
Pesquisadora

Data