

***ERIKA ANTUNES VASCONCELLOS***

***IMAGENS SIMBÓLICAS NO ADOECER:***

*Estudo descritivo sobre o processo arteterapêutico de pacientes oncológicos*

***CAMPINAS***

***2004***

**ERIKA ANTUNES VASCONCELLOS**

***IMAGENS SIMBÓLICAS NO ADOECER:***

*Estudo descritivo sobre o processo arteterapêutico de pacientes oncológicos*

*Tese de Doutorado apresentada à Pós-Graduação da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas para obtenção do título de Doutor em Ciências Médicas, área de Saúde Mental.*

***Orientador: Prof. Dr. Joel Sales Giglio***

**CAMPINAS**

**2004**

**FICHA CATALOGRÁFICA ELABORADA PELA  
BIBLIOTECA DA FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS  
UNICAMP**

V441i Vasconcellos, Erika Antunes  
Imagens simbólicas no adoecer: estudo descritivo sobre o processo  
arteterapêutico de pacientes oncológicos / Érika Antunes  
Vasconcellos. Campinas, SP : [s.n.], 2004.

Orientador : Joel Sales Giglio  
Tese ( Doutorado) Universidade Estadual de Campinas. Faculdade  
de Ciências Médicas.

1. Arte - terapia. 2. Cancer – aspectos psicológicos. 3. Arte. 4.  
Psicoterapia – Estudo de casos. 5. Saúde mental – aspectos  
psicológicos. I. Joel Sales Giglio . II. Universidade Estadual de  
Campinas. Faculdade de Ciências Médicas. III. Título.

# **Banca examinadora da tese de Doutorado**

**Orientador(a): Prof(a). Dr(a). Joel Sales Giglio**

## **Membros:**

**1. Prof. Dr. Joel Sales Giglio**

**2. Prof<sup>a</sup>. Dra. Maria Júlia Kovács**

**3. Prof<sup>a</sup>. Dra. Nely Ap. Guernelli Nucci**

**4. Prof. Dra. Elisabeth Bauch Zimmerman**

**5. Prof. Dr. Roosevelt Moisés S. Cassorla**

Curso de pós-graduação em Ciências Médicas da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas.

**Data: 20/08/2004**

## ***DEDICATÓRIA***

*A todos os pacientes oncológicos que acompanhei, durante minha permanência como psicóloga, no Serviço de Oncologia Clínica do Hospital das Clínicas da UNICAMP. Dedicção especial aos pacientes Renato e Pedro, pela possibilidade de aprendizado através da compreensão de suas vivências.*

**Homenagem (*in memoriam*)**

*À amiga Cláudia A.A. Romero-Gabriel,  
companheira nos ideais e na paixão pela  
profissão.*

*Aonde quer que sua luz esteja a brilhar...*

*meu agradecimento,*

*pela tranquilidade, pelo afeto e*

*pela ternura que sempre transmitiu*

*ao longo de nossa valiosa amizade.*

Aos meus pais Leonor Bernardino A. Vasconcellos e Waldemar José A. Vasconcellos, por guiarem meus primeiros passos rumo ao crescimento pessoal e profissional.

Ao orientador desta pesquisa, Prof. Dr. Joel Sales Giglio, pelo rico aprendizado, pela compreensão diante de minhas inseguranças, pela amizade e por sua peculiar tranquilidade.

À amiga Elisa Maria Perina, pelo exemplo de dedicação no campo da Psico-oncologia e pelas inúmeras oportunidades de aprendizado e de trabalho em conjunto que vem me proporcionando desde o início de minha formação profissional.

Ao Dr. Paulo Eduardo Pizão, pela oportunidade de trabalho e pesquisa desenvolvidos no Serviço de Oncologia Clínica dos HC-UNICAMP.

À Professora Joya Eliezer, pioneira no desenvolvimento da Arteterapia no Brasil, pelas importantes contribuições neste campo de atuação e pelas supervisões dos casos clínicos descritos nesta pesquisa.

Ao Prof. Dr. Neury J. Botega, pela confiança, pelas oportunidades e pelo incentivo na área da Psicologia Hospitalar.

Ao Prof. Dr. Paulo Dalgarrondo, pela oportunidade de estudo no início do doutorado.

À Professora Dra. Lúcia Reily, pelo incentivo e pelas importantes contribuições no início de meus estudos na área da Arteterapia.

Aos colegas da equipe multiprofissional do Serviço de Oncologia Clínica do HC-UNICAMP, pelo aprendizado e pela troca de experiências.

Às ex-estagiárias de Psicologia que também desenvolveram a prática clínica junto ao Serviço de Oncologia do HC-UNICAMP, pela contribuição na realização de uma importante atividade profissional.

Às colegas que colaboraram com esta pesquisa, em especial à Carla Pontes Donnamaria e Aline Bratfisch Luis.

À Gina Colombo Feijó de Souza e à Elianer de Souza, pela amizade e pelo trabalho em conjunto compartilhando ideais na atuação interdisciplinar no Serviço de Oncologia do HC-UNICAMP.

À amiga Tania Regina B. de Oliveira, pelo incentivo, apoio e companheirismo na vida profissional e pessoal.

Às amigas que fazem parte de nosso grupo de alunas e ex-alunas da Pós-Graduação em Saúde Mental, Meire, Cristina, Carmem, Isabel e Blanca, pela amizade e pela força de nossa união.

Aos colegas dos Cursos de Especialização em Arteterapia e em Psicologia Analítica Junguiana, pela troca de experiências e de reflexões em áreas pertinentes à esta pesquisa.

Aos meus avós Lydia Rodrigues de Vasconcellos e Waldemar A. de Vasconcellos, pela dedicação à família e pela atenção ao meu trajeto acadêmico e profissional.

À tia Ana Lídia Antunes de Vasconcellos, pela dedicação e pelo apoio constante.

Aos tios, Lúcia A. de Vasconcellos e Sabino Ferreira Affonso, pelo apoio e pelo interesse em meu trabalho acadêmico.

A todos os meus familiares, pela compreensão e incentivo.

Ao amigo Daniel Azevedo Duarte, por compartilhar momentos importantes de minha vida e de meu trabalho acadêmico.

Ao amigo Euzébio Mattoso Berlinck Júnior, pela dedicação, pelo companheirismo e pelo afeto que nos uniu durante um importante período de meu crescimento profissional.

Aos funcionários do Departamento de Psicologia Médica e Psiquiatria e do Apoio Didático da FCM-UNICAMP, pela compreensão às nossas ansiedades, pelo apoio em nossos estudos e pela colaboração nos ajustes estruturais desta tese.

*“Criar arte é ver o mundo como que pela primeira vez.*

*É buscar a origem, o gesto que o fundou.*

*É reaprender cada coisa, cada objeto, é dar novos significados às coisas existentes, é reinventar, re-conduzir, re-construir.”*

**Frederico Moraes, 1989**

## *CONSIDERAÇÕES PRELIMINARES*

---

Partindo do pressuposto de que as motivações de um pesquisador para um estudo mais aprofundado são aspectos importantes que podem influenciar o próprio desenvolvimento da pesquisa, especialmente da pesquisa qualitativa, julgamos relevante incluir estas considerações iniciais.

Em minha trajetória pessoal, as experiências criativas prevaleceram como meios de expressão capazes de romper barreiras, especialmente no que se refere às relações interpessoais, através da gradual dissolução de uma postura rigidamente introspectiva. A dança, a modelagem e a pintura, como práticas de aprendizado e principalmente como atividades espontâneas, foram importantes elos de ligação entre vivências internas e externas.

Trago comigo lembranças de experiências lúdicas de minha infância que me levaram à descoberta tanto do mundo real quanto do mundo imaginário, através do barro para modelagem e da pintura. Considero que desenvolvi minha criatividade, explorando tudo a minha volta, transformando cada objeto de acordo com minhas próprias fantasias e exteriorizando meus sentimentos através da experiência corporal. A partir da dança e da apreciação da música clássica (imprescindível para o aprendizado do “ballet” clássico) ampliei minha sensibilidade e pude descobrir uma importante via de reflexão e expressão. Acredito que, ao poder olhar minha própria vida através deste prisma criativo e lúdico, tornei-me mais sensível e também esperançosa.

A Psicologia veio depois e, mais tarde ainda, veio o interesse pelo trabalho com pacientes oncológicos. Busquei profissionalmente lidar com situações que confrontam o ser humano com a própria impotência e, às vezes, com a própria finitude. No entanto, o caminho que tenho seguido acabou me reaproximando da Arte, pois ao procurar recursos para o trabalho psicoterapêutico, deparei-me com a riqueza de minhas próprias vivências a ponto de reconhecer a valiosa contribuição de todo tipo de experiência artística para a vida das pessoas, especialmente para aquelas que anseiam pela expressão do próprio universo interior. Assim, a sensibilidade e o olhar criativo diante da vida também tornaram-se constructos para o desempenho pleno de minha profissão.

Neste sentido, trazer a vivência artística para o hospital e resgatar a expressão imagética de pacientes oncológicos tornou-se para mim uma importante meta.

Durante o curso de graduação em Psicologia, comecei a trabalhar como voluntária na Biblioteca destinada aos pacientes do Centro Infantil Boldrini, hospital especializado na assistência de crianças e adolescentes com câncer e doenças hematológicas. Neste trabalho, costumávamos reunir os pacientes no pátio do hospital para a leitura de histórias infanto-juvenis e de contos de fadas. Em seguida, oferecíamos materiais gráficos para o desenho sobre o material lido. No quarto, quinto e sexto ano de graduação, passei a realizar estágio em Psicologia Hospitalar neste mesmo hospital. Em meu projeto, introduzi a expressão artística nos atendimentos em grupo (inicialmente com crianças e posteriormente com adolescentes) através da inclusão de histórias, contos e desenhos que foram utilizados como importantes recursos terapêuticos.

Após ter concluído a graduação, tendo também iniciado o Mestrado em Saúde Mental, participei de várias atividades ligadas à Psicologia Hospitalar, à Psico-oncologia e à Tanatologia. Neste período, comecei a trabalhar no Serviço de Oncologia Clínica do Hospital das Clínicas da UNICAMP, implantando um trabalho de assistência psicológica nesta unidade, até então, inexistente. Como psicóloga do Serviço de Oncologia, atuando em ambulatório e enfermaria, também passei a introduzir recursos artísticos nas sessões de psicoterapia individual e em grupo. Com o auxílio de estagiárias, desenvolvi grupos de Arteterapia com pacientes adultos jovens e também um interessante trabalho arteterapêutico, em grupo, durante o período de infusão da quimioterapia.

Estas vivências pessoais e profissionais tiveram importantes repercussões na escolha do tema desta pesquisa. Para ampliar meus conhecimentos e sedimentar alguns conceitos fundamentais, durante o próprio curso de Doutorado, me especializei nas áreas de relevância desta pesquisa, realizando dois cursos de Especialização em Arteterapia e em Psicologia Analítica Junguiana através do Departamento de Psicologia Médica e Psiquiatria da Faculdade de Ciências Médicas da UNICAMP. O anseio por compreender mais profundamente a dinâmica intrapsíquica dos pacientes oncológicos, através da análise do processo arteterapêutico, tornou-se um elemento propulsor que despertou em mim o interesse em desenvolver o estudo que será detalhadamente descrito a seguir.

	<i>PÁG.</i>
<b>RESUMO</b> .....	xxxv
<b>ABSTRACT</b> .....	xxxix
<b>APRESENTAÇÃO</b> .....	43
<b>Parte I- Ampliando o horizonte sobre as interfaces do tema: Capítulos introdutórios</b> .....	47
<b>Capítulo 1- Convivendo com a Arte: Expressando, transformando e elaborando</b> ....	49
1.1- Arte e subjetividade: Percurso histórico .....	51
1.2- A Arte e o mundo psíquico .....	57
1.3- Imagens simbólicas e Arte sob a luz da Psicologia Analítica Junguiana ...	64
1.4- O conceito de projeção pertinente à Arte e a interpretação de produções artísticas.....	68
1.5- Arteterapia: Percurso histórico e caracterização .....	72
<b>Capítulo 2- Psicologia, Oncologia e Arte: Interfaces de um tema</b> .....	81
2.1- A vida sob o impacto do câncer .....	83
2.2- Arteterapia com pacientes oncológicos: Delimitando novas possibilidades terapêuticas .....	88
<b>Capítulo 3- Justificativa e Objetivos</b> .....	103
3.1- Justificativa .....	105
3.2- Objetivos .....	106

<b>Capítulo 4- Os passos da pesquisa: métodos e aspectos éticos .....</b>	<b>109</b>
4.1- O percurso metodológico .....	111
4.1.1- Método clínico-qualitativo .....	111
4.1.2- Sujeitos .....	113
4.1.3- O contexto da pesquisa .....	116
4.1.4- Procedimentos na coleta de dados .....	117
4.1.4.1- Entrevistas .....	120
4.1.4.2- Sessões de Arteterapia, sessões verbais e sessões de relaxamento e visualização .....	121
4.1.4.2.1- Técnicas arteterapêuticas .....	124
4.1.5- Métodos de análise do material clínico .....	134
4.1.5.1- Análise de conteúdo .....	134
4.1.5.2- Análise estrutural gráfica .....	135
4.1.5.3- Análise simbólica .....	136
4.2- Aspectos éticos .....	138
<b>Parte II- Um mergulho nas profundezas da subjetividade através do processo arteterapêutico: Análise do material clínico.....</b>	<b>139</b>
<b>Capítulo 5- O percurso trilhado por Renato.....</b>	<b>141</b>
5.1- Síntese do caso clínico: história de vida e história clínica .....	143
5.2- Descrição e análise da evolução psicodinâmica ao longo das sessões .....	147
5.3- Categorização temática do conteúdo verbal registrado durante todas as sessões gravadas .....	210
5.4- Análise estrutural das produções gráficas .....	217

5.5- Descrição das imagens simbólicas presentes nas produções .....	220
<b>Capítulo 6- O percurso trilhado por Pedro .....</b>	<b>225</b>
6.1- Síntese do caso clínico: história de vida e história clínica .....	227
6.2- Descrição e análise da evolução psicodinâmica ao longo das sessões .....	235
6.3- Categorização temática do conteúdo verbal registrado durante todas as sessões gravadas .....	295
6.4- Análise estrutural das produções gráficas .....	300
6.5- Descrição das imagens simbólicas presentes nas produções .....	304
<b>Capítulo 7- Discussão e conclusões.....</b>	<b>307</b>
7.1- Discussão .....	309
7.2- Conclusões.....	321
<b>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....</b>	<b>325</b>
<b>ANEXOS.....</b>	<b>335</b>

	<i>PÁG.</i>
<b>Figura 1-</b> Visão interna – agonia (Ismael Nery).....	59
<b>Figura 2-</b> As ruas da cidade (Leonilson).....	60
<b>Figura 3-</b> A coluna partida (Frida Kahlo).....	61
<b>Figura 4-</b> Surgery memory (Marcia Smith) .....	62
<b>Figura 5-</b> My surgery (Marlene Gharbo Linderman) .....	63
<b>Figura 6-</b> Casa (Renato).....	148
<b>Figura 7-</b> Árvore podada com machado (Renato).....	152
<b>Figura 8-</b> Rappel (Renato).....	154
<b>Figura 9-</b> Dia e noite (Renato).....	157
<b>Figura 10-</b> Coração (Renato).....	163
<b>Figura 11-</b> Improvisação (Kandinsky).....	167
<b>Figura 12-</b> O porto (Miró).....	167
<b>Figura 13-</b> As núpcias (Léger).....	167
<b>Figura 14-</b> Paisagem noturna (Rivera).....	167
<b>Figura 15-</b> Estrada principal e estradas secundárias (Klee).....	167
<b>Figura 16-</b> O sol (Munch).....	167
<b>Figura 17-</b> Interpretação da obra de Kandinsky (Renato).....	170
<b>Figura 18-</b> Côco verde (Renato).....	176
<b>Figura 19-</b> Amarelinha (Renato).....	183
<b>Figura 20-</b> Escravidão e liberdade, fome e fartura (Renato).....	187
<b>Figura 21-</b> Máscara (Renato).....	192

<b>Figura 22-</b>	Estrada (Renato).....	197
<b>Figura 23-</b>	Pulmões doentes e pulmões saudáveis (Renato).....	209
<b>Figura 24-</b>	História de vida (Pedro).....	237
<b>Figura 25-</b>	Furacão (Pedro).....	241
<b>Figura 26-</b>	Ponte sob ameaça de ruptura (Pedro).....	244
<b>Figura 27-</b>	Ponte (Pedro).....	246
<b>Figura 28-</b>	Pintura abstrata (Pedro).....	251
<b>Figura 29-</b>	Linha divisória entre plano inferior e superior (Pedro).....	254
<b>Figura 30-</b>	Colagem (Pedro).....	258
<b>Figura 31-</b>	Sequência de quadrinhos (Pedro).....	264
<b>Figura 32-</b>	Encruzilhada (Pedro).....	274
<b>Figura 33-</b>	Gol (Pedro).....	279
<b>Figura 34-</b>	Construção com sucatas (Pedro).....	288
<b>Figura 35-</b>	Construção com sucatas (Pedro).....	288
<b>Figura 36-</b>	Serpente (Pedro).....	293

	<i>PÁG.</i>
<b>Quadro 1-</b> Caracterização dos sujeitos da pesquisa.....	115
<b>Quadro 2-</b> Locais onde foram realizadas as sessões.....	117
<b>Quadro 3-</b> Data limite e duração mínima da coleta de dados.....	118
<b>Quadro 4-</b> Período de seguimento arteterapêutico de cada sujeito da pesquisa..	118
<b>Quadro 5-</b> Material clínico referente ao processo psicoterapêutico anterior ao início da pesquisa.....	119
<b>Quadro 6-</b> Freqüência das sessões de Arteterapia, das sessões verbais e das sessões de relaxamento e visualização.....	122
<b>Quadro 7-</b> Freqüência das sessões em relação aos cancelamentos e faltas.....	122
<b>Quadro 8-</b> Freqüência da aplicação das técnicas arteterapêuticas.....	133
<b>Quadro 9-</b> Quantidade de produções artísticas analisadas.....	137
<b>Quadro 10-</b> Descrição cronológica das sessões e produções do paciente Renato em relação ao período de tratamento / seguimento durante os anos de 1999 e 2000.....	145
<b>Quadro 11-</b> Descrição cronológica das sessões e produções do paciente Renato em relação ao período de tratamento / seguimento durante os anos de 2001 e 2002.....	146
<b>Quadro 12-</b> Localização das imagens simbólicas em pólos opostos.....	223
<b>Quadro 13-</b> Descrição cronológica das sessões e produções do paciente Pedro em relação ao período de tratamento / seguimento durante os anos de 2000 e 2001.....	233
<b>Quadro 14-</b> Descrição cronológica das sessões e produções do paciente Pedro em relação ao período de tratamento / seguimento durante os anos de 2002 e 2003.....	234



## *RESUMO*

Esta Tese de Doutorado aborda a introdução da Arte como recurso terapêutico aplicado no contexto hospitalar, focalizando a utilização de técnicas artísticas especialmente no processo psicoterapêutico de pacientes oncológicos. Esta intervenção vem sendo gradualmente reconhecida e sistematizada, baseando-se em diferentes enfoques teóricos, de acordo com as metas e com a demanda da população atendida. Neste Estudo Clínico-Qualitativo, portanto, teve-se como objetivo analisar a evolução psicodinâmica de dois pacientes oncológicos, registrando e descrevendo o processo arteterapêutico de cada um deles num seguimento prospectivo realizado no Ambulatório e na Enfermaria de Oncologia Clínica do Hospital das Clínicas da UNICAMP. Os sujeitos eram adultos jovens que haviam recebido diagnóstico de Tumor Ósseo (Sarcoma de Ewing e Osteossarcoma). A compreensão dos aspectos subjetivos e da expressão imagética destes pacientes levou em consideração a utilização de três métodos: análise do conteúdo verbal, análise estrutural gráfica e análise simbólica de acordo com o referencial da Psicologia Analítica Junguiana. Dentre todos os aspectos discutidos nesta pesquisa, destaca-se que, de uma maneira geral, a expressão artística instituiu a linguagem imagética como via de expressão e de comunicação entre paciente e arteterapeuta, parecendo ocorrer, em algumas ocasiões, uma troca inconsciente baseada numa linguagem pré-verbal. As imagens projetadas nas produções artísticas remetem à dimensão intrapsíquica dos pacientes, dando acesso a um universo extremamente amplo e complexo que parece estar muito além dos aspectos psicológicos ligados ao câncer. Neste sentido, observa-se a confluência entre mundo consciente e inconsciente, além da própria simultaneidade entre inconsciente pessoal e inconsciente coletivo que compõem a “gestalt” da produção. Depara-se com imagens recorrentes que, ao reaparecerem, indicavam a importância da assimilação de seu significado simbólico, sendo necessário integrá-lo na consciência. Considera-se a hipótese de que as imagens projetadas representem o próprio processo patológico em uma dimensão imagética, não sendo somente uma consequência do impacto psicológico frente ao diagnóstico. Observa-se a presença de imagens que pareciam representar transcendência, talvez pressagiando o desprendimento do plano material, enquanto morte do corpo físico, no caso de confronto com a morte iminente. As imagens que retratavam polaridades também foram recorrentes (morte e renascimento, dia e noite, destruição e criação, saúde e doença, entre outros), sendo indicativos de um processo compensatório perante o

desequilíbrio proporcionado pela doença e por conflitos pessoais. A Arteterapia proporcionou a aproximação gradual com conteúdos, a princípio, não tolerados pela consciência. Assim, através da catarse, que pode ser proporcionada pela atividade artística, também pôde-se observar o fluxo da energia psíquica do sujeito, o que ofereceu indícios de possíveis conflitos. Portanto, considera-se relevante a atenção cuidadosa à estrutura psíquica do indivíduo diante do contato com imagens que o aproximam de conteúdos arcaicos da psique, sendo necessária, em algumas ocasiões, a intervenção que favoreça o fortalecimento egóico, principalmente no caso do paciente entrar em contato com aspectos ligados aos componentes destrutivos de sua psique, às situações de perda, abandono, limitação e morte. Destaca-se, entretanto, que a elaboração artística, embora possa trazer à tona elementos ligados à doença e à morte é, sobretudo, um processo que leva à saúde.



## *ABSTRACT*

This doctoral thesis deals with the introduction of art as a therapeutic resource, which is applied in the hospital context, focusing the use of artistic techniques especially in the psychotherapeutic process of oncologic patients. Based on different theoretical methods, this intervention has gradually been recognized and systematized, according to the objectives and the number of assisted patients. In this clinical-qualitative study the aim was to analyse the psychodynamic evolution of the oncologic patients by registering and describing the process of Art Therapy of each one of them in a prospective sequence, which has taken place in the outpatient unit as well as in the clinical oncologic inpatient unit of Hospital das Clinicas at UNICAMP. The subjects were young adults who were given the diagnosis of bone tumor (Ewing's sarcoma and osteosarcoma). The understanding of the subjective aspects and the imagetic expression of these patients has taken into account the use of three methods: analysis of verbal contents, analysis of graphic structures and symbolic analysis according to Jungian Analytical Psychology. Among the aspects which were discussed, we emphasize that, in a general view, the artistic expression establishes the imagetic language as a means of expression and communication between patient and art therapist, in which it seems to occur, in some occasions, an unconscious exchange based on a pre-verbal language. The images that are projected in the artistic productions point towards the psychic dimension of the patients, revealing an extremely vast and complex universe, which seems to be far beyond the psychological aspects related to cancer. In this way, we observe the confluence between the conscious and unconscious world as well as the simultaneity between the personal unconscious and the collective unconscious that composes the *gestalt* of the production. We have also found the recurrence of images, which indicated the importance of the assimilation of its symbolic significance, being therefore necessary to integrate it into consciousness. We consider the hypothesis that the projected images represent the pathologic process itself in an imagetic dimension, not being only a consequence of the psychological impact in facing the diagnosis. We observe the presence of images, which seemed to represent transcendence, perhaps predicting the detachment of the material plan as the death of the physical body in case of confrontation with the imminent death. The images that represented these polarities were also recurrent (death and re-birth, day and night, destruction and creation, health and illness, among others), indicating the compensatory process for the imbalance caused by the illness and the

personal conflicts. Art Therapy provided a gradual approach of contents, which at first were not tolerated by consciousness. Thus, through catharsis, which can be obtained by artistic activity, we could also observe the subject's flow of psychic energy, what offered us indication for possible conflicts. Therefore, we consider that the subject's psychic structure should be given a careful attention by the contact with images that makes him closer to the archaic contents of the psyche, being also necessary, in some occasions, the intervention which may offer an egoic strengthening, mainly in cases when the patient establishes contact with aspects related to the destructive components of the psyche, situations of loss, abandonment, limitation and death. We recognize, however, that although the artistic elaboration may bring to the surface elements both related to illness and death, it is above all a process for the promotion of health.



## *APRESENTAÇÃO*

Esta tese de Doutorado é fruto de um trabalho desenvolvido no Serviço de Oncologia Clínica do Hospital das Clínicas da UNICAMP. É a realização de uma importante meta acadêmica e profissional, sendo inspirada pelo próprio aprendizado que apenas a prática clínica pode proporcionar.

Esta pesquisa, portanto, se divide em duas partes. Na primeira delas, que é constituída por quatro capítulos introdutórios, incluímos um levantamento bibliográfico sobre os temas de maior relevância e informações pertinentes à fundamentação, organização e estrutura da pesquisa. No Capítulo 1, destacamos vários aspectos pertinentes à experiência artística que se relacionam à subjetividade, aos processos psicodinâmicos, à visão da Psicologia Analítica Junguiana, à interpretação de produções artísticas e à caracterização da própria Arteterapia. No Capítulo 2, introduzimos o tema da Psico-oncologia, abordando também a aplicação da Arteterapia especificamente com pacientes portadores de câncer. No Capítulo 3, nos referimos à justificativa e aos objetivos desta pesquisa, incluindo no Capítulo 4 referências aos métodos e aos aspectos éticos que nortearão todo o estudo descrito na sequência. Assim, na segunda parte desta tese, abordaremos os resultados pertinentes ao processo arteterapêutico de dois pacientes oncológicos, apresentados nos Capítulos 5 e 6, trazendo à tona em seguida, no Capítulo 7, aspetos relevantes à discussão, conclusões e reflexões finais.

## **CAPÍTULO 1**

### **Convivendo com a Arte: Expressando, transformando e elaborando**

---

## 1.1- ARTE E SUBJETIVIDADE: PERCURSO HISTÓRICO

Os estudos pioneiros que relacionam a atividade artística com a expressão do mundo subjetivo tiveram início no final do século XIX, tendo maior notoriedade a partir do início do século XX, quando começa a haver um progressivo interesse de alguns autores na compreensão mais refinada destes processos. Assim, neste período, as produções de pacientes psiquiátricos se tornaram foco de vários estudos.

A “descoberta” da Arte produzida por doentes mentais não ficou restrita ao campo da Psiquiatria, esta teve importantes repercussões no meio artístico e no público em geral, gerando interesse, curiosidade e até excitação em seus apreciadores. Esta descoberta pode ser considerada como um novo olhar sobre as manifestações espontâneas dos pacientes insanos. Estas manifestações, entretanto, sempre existiram (assim como os desenhos de crianças e as produções de povos primitivos), mas até então passavam despercebidas por olhares viciados que não viam nelas nenhum significado, sendo apenas descobertas no momento em que se tornaram imagens capazes de adentrar a consciência humana (MACGREGOR, 1989).

FERRAZ (1998) em seu livro “Arte e Loucura” descreveu o momento histórico que culminou com o entrelaçamento entre áreas distintas: Arte, Psicologia, Psiquiatria e Psicanálise. No século XIX, portanto, estas áreas definiram e redefiniram suas bases e fundamentos, trazendo novas concepções e novos paradigmas.

Em 1872, o médico-legista Ambroise Tardieu<sup>1</sup> utilizou desenhos como instrumento para diagnóstico. A partir desta iniciativa inovadora alguns psiquiatras passaram a segui-lo.

Em 1876 e 1888, o psiquiatra Max Simon<sup>2</sup> publicou estudos sobre a Arte dos doentes mentais, classificando patologias tendo como base as produções artísticas dos pacientes.

---

<sup>1</sup> TARDIEU, A. *apud* FERRAZ, M.H.C.T. Arte e loucura. Limites do imprevisível. São Paulo: Lemos Editorial, 1998.

<sup>2</sup> SIMON, M. *apud* FERRAZ, M.H.C.T. Arte e loucura. Limites do imprevisível. São Paulo: Lemos Editorial, 1998.

Outros autores também desenvolveram estudos que visaram a compreensão científica das produções artísticas de pacientes psiquiátricos: Regis<sup>3</sup>, em 1883; Morselli<sup>4</sup>, em 1885 e 1894; Lombroso<sup>5</sup>, em 1889; Dantas<sup>6</sup>, em 1900; Mohr<sup>7</sup>, em 1906; e Meige<sup>8</sup>, em 1909. Dentre estes autores, destacaremos dois:

- Lombroso (advogado criminalista): estudou aspectos psicopatológicos observados nas produções gráficas de doentes mentais, também classificando patologias.
- Mohr: recebeu maior notoriedade científica a partir de seu estudo sobre a produção gráfica de doentes mentais. Seu livro, cuja tradução do título é: “A propósito dos desenhos de doentes mentais e da possibilidade de sua utilização para fins diagnósticos”, influenciou vários outros pesquisadores que se engajaram na elaboração de testes projetivos, repercutindo mais tarde também nos estudos de autores que elaboraram testes de inteligência e de avaliação da função percepto-motora.

Neste momento histórico, o movimento psicanalítico também começou a eclodir, havendo confluência de interesses, já que a Psicanálise também se detinha, nesta época, à compreensão da dinâmica psíquica a partir de estudos sobre as obras de alguns artistas consagrados. Duas publicações de Freud foram dedicadas à análise no campo das Artes Plásticas: Leonardo Da Vinci e uma Lembrança de sua Infância, em 1910; e Moisés de Michelangelo, em 1914 (FREUD, 1970 e 1974).

Outros autores também promoveram um novo olhar e uma nova reflexão sobre a estética psiquiátrica (FERRAZ, 1998, p. 21) partindo de estudos sobre os processos artísticos, sobretudo, no que se refere à vida e obra de artistas que apresentavam história

---

<sup>3</sup> REGIS *apud* FERRAZ, M.H.C.T. Arte e loucura. Limites do imprevisível. São Paulo: Lemos Editorial, 1998.

<sup>4</sup> MORSELLI *apud* FERRAZ, M.H.C.T. Arte e loucura. Limites do imprevisível. São Paulo: Lemos Editorial, 1998.

<sup>5</sup> LOMBROSO *apud* FERRAZ, M.H.C.T. Arte e loucura. Limites do imprevisível. São Paulo: Lemos Editorial, 1998.

<sup>6</sup> DANTAS *apud* FERRAZ, M.H.C.T. Arte e loucura. Limites do imprevisível. São Paulo: Lemos Editorial, 1998.

<sup>7</sup> MOHR *apud* FERRAZ, M.H.C.T. Arte e loucura. Limites do imprevisível. São Paulo: Lemos Editorial, 1998.

<sup>8</sup> MEIGE *apud* FERRAZ, M.H.C.T. Arte e loucura. Limites do imprevisível. São Paulo: Lemos Editorial, 1998.

pregressa de doença mental: Rejá<sup>9</sup>, em 1907; Delacroix<sup>10</sup>, em 1920; Morgenthaler<sup>11</sup>, em 1921; Prinzhorn<sup>12</sup>, em 1922; e Kretschmer<sup>13</sup>, em 1929. Dentre estes autores, daremos destaque a dois deles:

- Rejá: sendo crítico de Arte, abordou a expressão do doente mental fora do contexto da Psiquiatria, destacando a “natureza da criação espontânea dos insanos” (Ferraz, 1998, p. 21) a partir de várias manifestações artísticas e comparando estas expressões com a produção de crianças, primitivos e prisioneiros. Considerou a produção dos doentes psiquiátricos como embrionárias no que se refere à técnica pouco desenvolvida e à inexistência da intenção consciente.
- Prinzhorn: publicou em 1922 o livro cujo título traduzido é “A expressão da loucura”. Esta publicação teve na época grande repercussão, focalizando o impulso criador não somente no processo artístico de doentes mentais, mas na expressão artística da humanidade. Este autor trouxe à tona a questão da inclusão da Arte do insano como manifestação artística considerada séria e digna de respeito. Assim, ele “mostra que o doente mental também tem possibilidades criadoras que sobrevivem às desagregações da personalidade” (FERRAZ, 1998, p. 23).

Na década de 20, a Arte começou a ser vista não somente como possibilidade de diagnóstico, mas como elemento terapêutico. Jung passou a introduzir, nesta época, a Arte no processo psicoterapêutico de seus pacientes. Enfatizou sobretudo as imagens do inconsciente, dando ampla importância à manifestação artística em seus estudos. Aprofundou-se na compreensão dos arquétipos do inconsciente coletivo, pesquisando a análise dos símbolos, os processos oníricos e a linguagem imagética, utilizando, já nesta

---

<sup>9</sup> REJÀ, M. *apud* FERRAZ, M.H.C.T. Arte e loucura. Limites do imprevisível. São Paulo: Lemos Editorial, 1998.

<sup>10</sup> DELACROIX *apud* FERRAZ, M.H.C.T. Arte e loucura. Limites do imprevisível. São Paulo: Lemos Editorial, 1998.

<sup>11</sup> MORGENTHALER, W. *apud* FERRAZ, M.H.C.T. Arte e loucura. Limites do imprevisível. São Paulo: Lemos Editorial, 1998.

<sup>12</sup> PRINZHORN, H. *apud* FERRAZ, M.H.C.T. Arte e loucura. Limites do imprevisível. São Paulo: Lemos Editorial, 1998.

<sup>13</sup> KRETSCHMER *apud* FERRAZ, M.H.C.T. Arte e loucura. Limites do imprevisível. São Paulo: Lemos Editorial, 1998.

época, a Arte como parte do tratamento. O ponto de vista da Psicologia Analítica Junguiana será posteriormente abordado.

Com o passar do tempo, o interesse pelas produções artísticas de doentes mentais aumentou. Estas passaram a ser colecionadas por psiquiatras e por apreciadores, sendo analisadas, incluídas em trabalhos científicos ou apresentadas em exposições. Também iniciou-se um interesse crescente na compreensão mais profunda dos processos criativos e expressivos em paralelo aos movimentos artísticos que, principalmente na Europa, caminhavam em direção à ruptura de alguns paradigmas mais conservadores e acadêmicos.

É interessante enfatizar que as primeiras abordagens de psiquiatras sobre a expressão artística dos insanos tiveram a intenção de questionar e até mesmo de atacar a Arte reconhecida como não-patológica. A drástica ruptura trazida pelos movimentos artísticos na virada entre os séculos XIX e XX gerou fortes contestações. Estas reações desfavoráveis partiam não somente do meio psiquiátrico que atribuía semelhança entre a produção de doentes mentais e de artistas da época, mas partiam também de críticos e historiadores de Arte que chamavam a atenção para a manifestação de indícios de uma cultura em processo de desintegração. Portanto, são identificados movimentos contrários: forças que favoreciam a inclusão da produção dos doentes mentais nos cânones da Arte e, em contrapartida, forças que promoviam a exclusão da Arte Moderna (identificada com a Arte dos insanos) dos cânones da Arte (MACGREGOR, 1989).

Em meio a estas contraditórias perspectivas, o expressionismo se destacou como um importante movimento de vanguarda artística que gerou repercussões no meio científico, considerando o trabalho de pesquisa dos artistas que buscavam aspectos ancestrais e primitivos, além da expressão intensa da subjetividade. De maneira inversa, a eclosão deste movimento também foi influenciada pela visão psicanalítica que vigorava na época (final do século XIX e início do século XX). Outro movimento artístico que emergiu sob a influência do pensamento psicanalítico foi o surrealismo (início nos anos 20 do século passado). Assim como os artistas expressionistas, alguns representantes do surrealismo foram buscar inspiração indo ao encontro da Arte produzida por doentes mentais dentro dos hospitais psiquiátricos, incorporando em suas obras elementos oníricos, irracionais,

fantasiosos e até bizarros, numa expressão intensa do mundo imagético interno que buscava subverter a própria censura (FERRAZ, 1998).

Como se vê, o interesse na produção expressiva de pacientes psiquiátricos cresceu neste período, gerando, em contrapartida, novos paradigmas no campo das Artes Plásticas, influenciando inclusive alguns movimentos artísticos. A Arte dos doentes mentais foi valorizada e recebeu espaço dentro de museus na Europa. Jean Dubuffet<sup>14</sup> (1901-1985) foi um dos artistas que mais se interessou pela Arte produzida pelos doentes mentais. Em conjunto com outros artistas, ele fundou a Companhia da Arte Bruta, em 1948, reunindo trabalhos artísticos com características bastante peculiares:

(...) Embora parte considerável dessa coleção tenha sido formada entre as obras de psicóticos, o sentido principal é a produção de pessoas que estejam fora de qualquer condicionamento e sistema cultural ou social e com trabalhos elaborados de modo independente, original, tanto do ponto de vista da forma, temas, como de técnicas e materiais. Geralmente essas pessoas utilizam-se de meios técnicos inusitados, criando suas obras para o próprio uso, como um mundo enigmático e teatral (FERRAZ, 1998, p. 32).

No Brasil, os trabalhos pioneiros com relação à expressão artística de pacientes psiquiátricos foram realizados primeiramente por Osório César, em São Paulo, e por Nise da Silveira, no Rio de Janeiro, influenciando amplamente a proposta atual do arteterapeuta com a introdução da Arte numa proposta diagnóstica e terapêutica.

Osório César<sup>15</sup>, inspirado pelas idéias de Freud num momento histórico de eclosão do movimento psicanalítico, é considerado o precursor no estudo das manifestações artísticas dos doentes mentais no Brasil. Sua prática de intervenção e pesquisa foi realizada com pacientes internos do Hospital Psiquiátrico do Juqueri. Seu primeiro artigo sobre este tema, datado de 1925, intitula-se: “A Arte primitiva nos alienados”. Em 1927, publica em conjunto com Durval Marcondes outro artigo: “Sobre dois casos de estereotipia gráfica com simbolismo sexual”, realizando a análise de seis desenhos de pacientes sob o enfoque da teoria freudiana e junguiana. Neste mesmo ano, apresenta com J. Penido Monteiro o

---

<sup>14</sup> DUBUFFET, J. *apud* FERRAZ, M.H.C.T. Arte e loucura. Limites do imprevisível. São Paulo: Lemos Editorial, 1998.

<sup>15</sup> CESAR, O. *apud* FERRAZ, M.H.C.T. Arte e loucura. Limites do imprevisível. São Paulo: Lemos Editorial, 1998.

trabalho: “Contribuições para o estudo dos simbolismos na Arte”. Em 1929, realiza sua mais importante publicação editando o livro: “A expressão artística nos alienados”. Nesta obra ele analisa desenhos, pinturas, esculturas e poesias de pacientes psiquiátricos sob o enfoque da Psicanálise, comparando a produção de doentes mentais, de crianças e de povos primitivos, e discutindo o tema sobre a Arte dos insanos a partir da descrição de estudos realizados por pesquisadores que o antecederam neste campo de atuação (FERRAZ, 1998).

Nise da Silveira, orientada sob a perspectiva junguiana, também foi pioneira nos estudos sobre os processos artísticos de doentes mentais no Brasil. Desenvolveu e coordenou ateliês de Arte com pacientes psiquiátricos internados, criando em 1946 a Seção de Terapêutica Ocupacional no Centro Psiquiátrico Dom Pedro II em Engenho de Dentro no Rio de Janeiro e fundando também, em 1952, o Museu de Imagens do Inconsciente. Publicou duas obras de suma importância: “Imagens do Inconsciente” (1981) e “O Mundo das Imagens” (1992). Ela rompeu barreiras, trazendo inovações com suas propostas terapêuticas e recebendo notoriedade nacional e internacional, principalmente após manter contato com Jung, que valorizou a importante dimensão de seu trabalho. Este contato ocorreu, quando Nise da Silveira passou a observar um grande número de mandalas entre as produções pictóricas de seus pacientes, enviando correspondência a Jung, em 1954, com o objetivo de obter mais informações sobre estas produções circulares. A partir de então, houve um certo estreitamento na relação entre os dois, abrindo portas inclusive para a exposição de obras produzidas pelos pacientes do Centro Psiquiátrico do Rio de Janeiro, intitulada: “A Esquizofrenia em Imagens”, que ocorreu em Zurique, em paralelo ao II Congresso Internacional de Psiquiatria (SILVEIRA, 1981).

## 1.2- A ARTE E O MUNDO PSÍQUICO

O conceito de Arte vem sendo modificado ao longo da história da humanidade. Ele pode ser contemplado ao considerarmos seu aspecto dinâmico, visto que, em diferentes momentos históricos, a Arte foi concebida sob perspectivas diferentes. PAREYSON (2001) diferencia três categorias: Arte como fazer, Arte como exprimir e Arte como conhecer. A integração destas três categorias que prevaleceram em períodos distintos é o que poderá nos remeter a um conceito mais amplo. Segundo este autor a Arte:

(...) revela, frequentemente, um sentido das coisas e faz com que um particular fale de modo novo e inesperado, ensina uma nova maneira de olhar e ver a realidade; e estes olhares são reveladores sobretudo porque são construtivos, como o olho do pintor, cujo ver já é um pintar e para quem contemplar se prolonga no fazer. (...) A arte é também invenção. Ela não é execução de qualquer coisa já ideada, realização de um projeto, produção segundo regras dadas ou predispostas. Ela é um tal fazer que, enquanto faz inventa o por fazer e o modo de fazer (PAREYSON, 2001, p. 25 e 26).

Como vimos até aqui, a Arte vista como processo subjetivo demarcou mudanças importantes no meio artístico e no meio científico. Após os primeiros estudos que relacionaram Saúde Mental e Arte, a Psicologia, a Psiquiatria e a Psicanálise se aproximaram deste vasto universo. A Arte, não mais vista como reprodução da realidade externa, foi contemplada em sua dimensão subjetiva, levando-se em conta as projeções do mundo psíquico do artista.

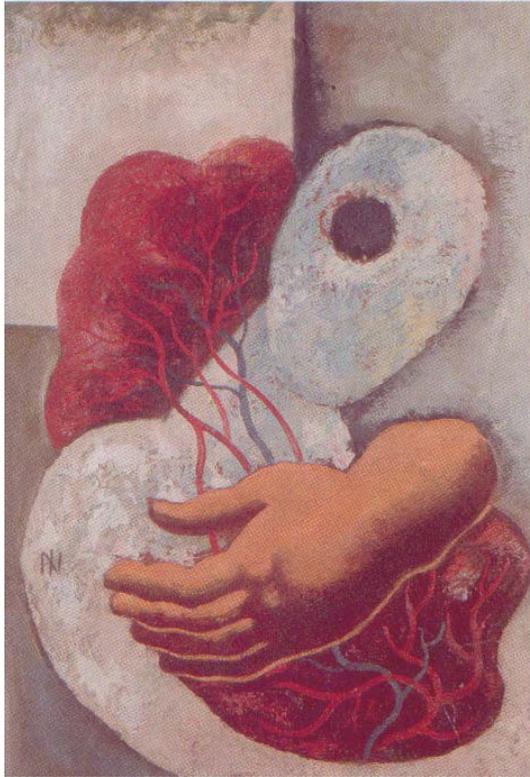
WAHBA (1999), baseando-se na abordagem junguiana, refere-se ao risco da eclosão de sintomas psicóticos a partir da experiência artística. Durante o processo de criação, conteúdos inconscientes podem vir à tona permeados de intenso fluxo de energia psíquica. As funções egóicas e a persona apresentam papel secundário, mas a sombra pode predominar durante a primeira etapa da produção. Assim, apesar do artista se expor ao contato mais íntimo com estes conteúdos do mundo inconsciente, ele necessita de um Ego suficientemente organizado para expressar de forma coerente estes conteúdos:

Um trabalho artístico de coerência e continuidade demanda a colaboração de um ego que esteja estruturado em sua identidade e inserção no mundo, além de ter confiança em seus recursos internos, podendo deles dispor. (...) O artista é de certa forma um filtro para a cultura, assinalando seus movimentos e entraves e, sendo assim, está mais exposto às tensões do inconsciente com sua constante dinamização de conteúdos (WAHBA, 1999, p. 14 e 15).

Em contrapartida, a experiência artística como canal de comunicação interpessoal, como via de acesso ao mundo interno na ampliação da consciência e como possível meio de resolução para conflitos intrapsíquicos pode por si só trazer benefícios terapêuticos. Merece destaque, portanto, como porta de acesso à subjetividade do indivíduo e como canal mediador entre mundo interno e mundo externo. O valor terapêutico, do ponto de vista da expressão subjetiva e da elaboração de conflitos intrapsíquicos, não está na obra de Arte como produção final, mas, sobretudo, no processo artístico (GIGLIO, 1994). O valor que confere à Arte uma qualidade terapêutica pode estar na direção que esta oferece ao sujeito-artista, rumo ao seu próprio trajeto de equilíbrio e saúde.

“A construção estética é sempre uma abordagem de saúde, mesmo que seu objeto seja a doença” (NOSEK, 1997, p. 56). Esta afirmação faz-nos refletir sobre a importância da experiência artística para o desenvolvimento pleno do indivíduo que busca o equilíbrio e a saúde. O objeto, esteticamente investido na obra de alguns reconhecidos artistas, pode ser a própria dor, a própria doença ou o estar doente. Nestes casos, observam-se expressões que condensam tonalidades afetivas bastante acentuadas pelo sofrimento e pela experiência pessoal marcada pela dimensão patológica, evidenciada, algumas vezes, no corpo.

Ismael Nery (1900-1934), Leonilson (1957-1993) e Frida Kahlo (1907-1954) são exemplos deste tipo de expressão estética da experiência com a doença, vivida também ao nível corporal. A biografia dos três mostra nos as marcas do sofrimento expressas em suas produções artísticas decorrentes da tuberculose, em Ismael Nery, da AIDS, em Leonilson, e da poliomielite, do traumatismo (como consequência de um acidente) e também das situações de aborto, em Frida Kahlo.



**Ismael Nery**

Visão interna – agonia

s.d, aquarela sobre carvão

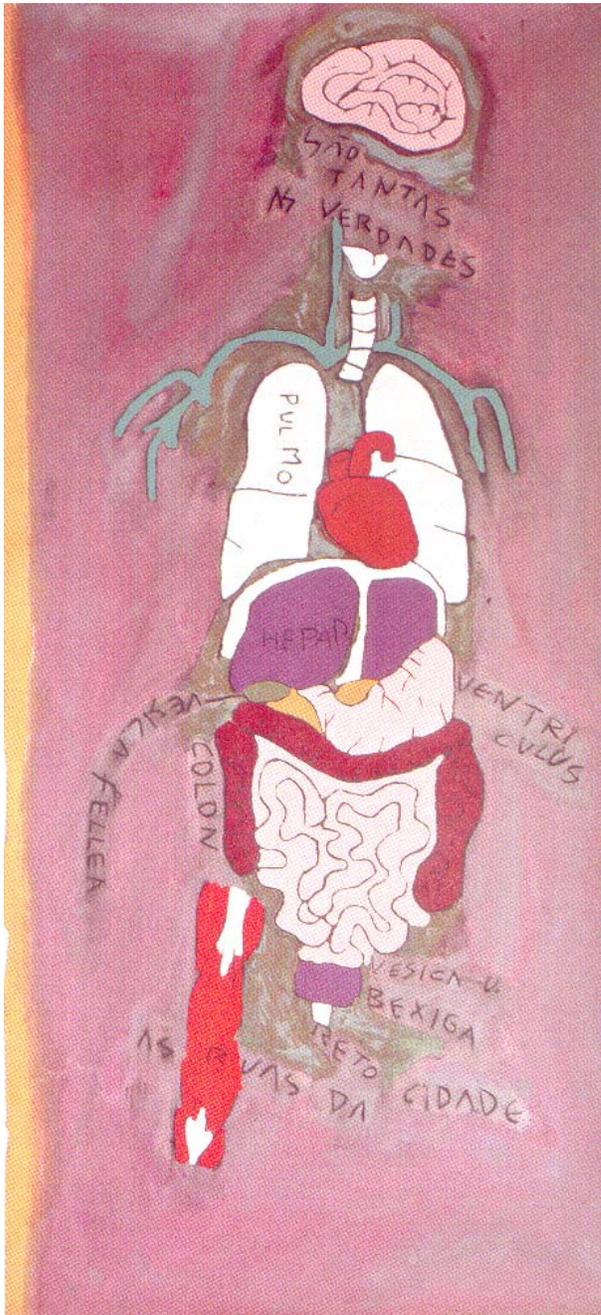
71 x 48 cm

coleção Regina e Chaim Hammer

Fonte: MUSEU DE ARTE DE SÃO PAULO, 2000

**Figura 1**

(...) Ismael Nery, nascido em 1900, morreu tuberculoso muito cedo, antes de completar 34 anos, deixando uma produção pequena mas vigorosa. (...) À medida que o tempo avança e a tuberculose se agrava – e ele tendo crescente consciência da degradação do próprio corpo -, Ismael Nery olha cada vez mais para dentro de si e deixa fluir a angústia numa pintura trágica e literalmente visceral. Pinta corpos abertos, pulmões, cérebros, veias à mostra, pedaços de membros, figuras transparentes cujas auras as envolvem. Constituem as primeiras e impressionantes manifestações, na arte moderna brasileira, da morte como tema (MUSEU DE ARTE DE SÃO PAULO, 2000, p. 32).



**Leonilson**

As ruas da cidade, 1988

acrílico sobre lona

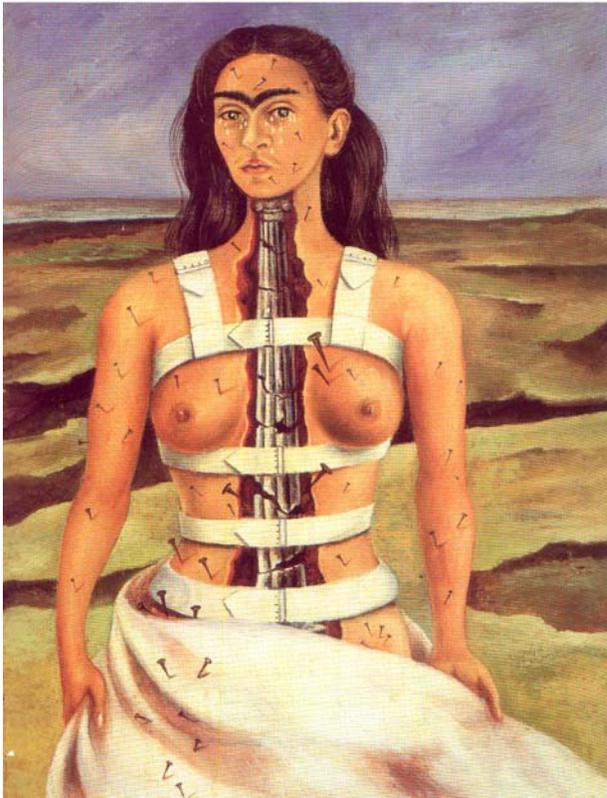
200 x 95cm

coleção particular

Fonte: MUSEU DE ARTE DE SÃO PAULO,  
2000

**Figura 2**

Leonilson foi um dos dois ou três mais talentosos integrantes da chamada geração 80. Logo se diferenciou por sua crescente introspecção. Ao se descobrir soropositivo faz de sua obra um documento impressionante sobre a doença e a solidão (MUSEU DE ARTE DE SÃO PAULO, 2000, p. 62).



**Frida Kahlo**

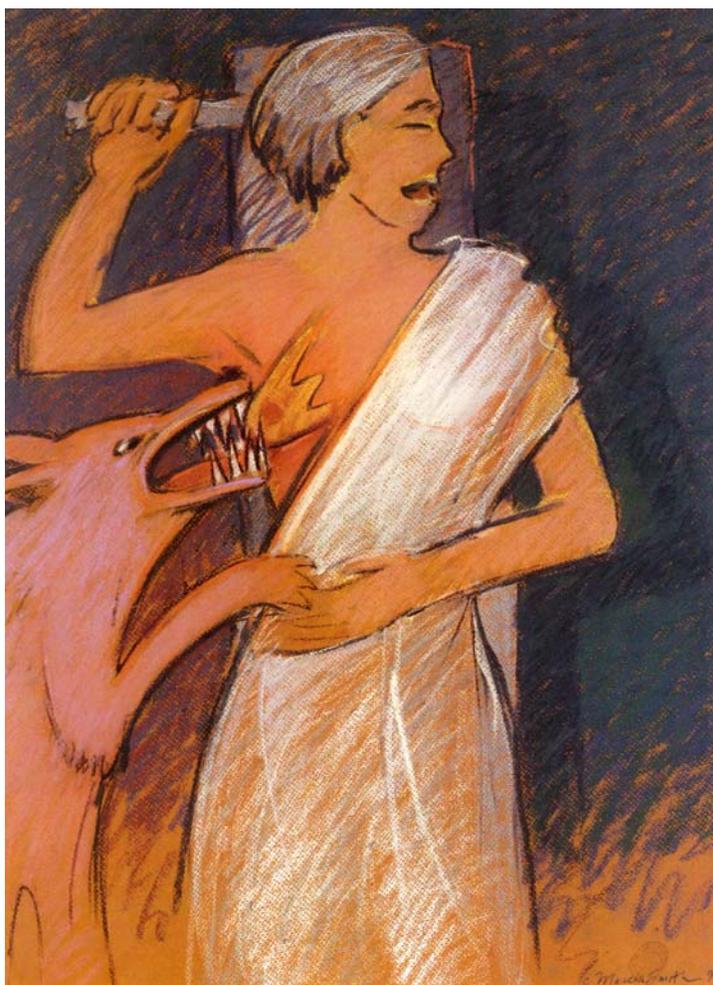
A coluna partida, 1944

Fonte: KETTENMANN, 1994

**Figura 3**

Frida Kahlo é hoje uma das mais significativas pintoras da América (...). Sua produção artística representa, na maioria das vezes, suas vivências pessoais de uma forma explícita e significativa, como se através de seus desenhos e quadros realizasse um auto-retrato íntimo de sua vida. (...) A dor e o corpo são duas das fontes da arte de Frida (...). A pessoa Frida Kahlo é, também, um exemplo de reação ao trauma através da criação artística: inicialmente numa relação falha com a figura materna e logo a seguir através do sofrimento com a poliomielite, aos sete anos. (...) Através de sua arte o sofrimento se tornou ‘mais suportável’ (...). No caso de Frida Kahlo, pintar retratos e – principalmente – auto-retratos poderá representar esforços do self em dar sentido-narrativa-conjunto-integração-sustentação a um self primitivo e fragmentado (...) (OUTEIRAL, 1999, p. 87, 88, 109 e 111).

A Arte como expressão de vivências relacionadas ao adoecer, como comunicação do sofrimento e como manifesto em prol da conscientização da população numa atitude preventiva são três importantes enfoques que prevaleceram na coleção de produções artísticas de mulheres com câncer de mama denominada “ART.RAGE.US. Art and writing by women with breast cancer”. Num movimento organizado pela The Breast Cancer Fund, American Cancer Society (San Francisco Bay Area) e The Susan G. Komen Breast Cancer Foundation (San Francisco Chapter), as imagens e textos produzidos pelas próprias pacientes apresentados ao público através de exposições de Arte e, posteriormente, através da edição de um catálogo comemorativo visou sobretudo a conscientização da população geral sobre a questão do câncer. Na seqüência, vemos duas produções incluídas neste catálogo:



**Marcia Smith**

Surgery memory, 1993

Pastel

25 ¼" x 31 ½"

Fonte: THE BREAST CANCER FUND;  
THE AMERICAN CANCER SOCIETY;  
THE SUSAN G. KOMEN BREAST  
CANCER FOUNDATION, 1998

**Figura 4**

O trabalho artístico apresentado anteriormente (Figura 4) foi realizado após sessão de imaginação guiada. De acordo com a própria autora da obra, durante esta intervenção, ela visualizou a figura de um lobo que rasgava seu seio (como o representa na imagem produzida). Ela relata esta experiência como uma libertação de conteúdos contidos na memória corporal referentes à cirurgia realizada após diagnóstico de câncer de mama (THE BREAST CANCER FUND; THE AMERICAN CANCER SOCIETY; THE SUSAN G. KOMEN BREAST CANCER FOUNDATION, 1998).



**Marlene Gharbo Linderman**

My surgery, 1996

Óleo sobre tela

48'' x 48''

Fonte: THE BREAST CANCER FUND; THE AMERICAN CANCER SOCIETY; THE SUSAN G. KOMEN BREAST CANCER FOUNDATION, 1998

**Figura 5**

Segundo a própria autora da produção que vemos acima (Figura 5), esta pintura representa o pesadelo que ela mesma experienciou ao realizar a mastectomia<sup>16</sup>: expressa seus temores, sua impotência e vulnerabilidade diante do câncer, numa situação de resolução agressiva e radical. Ela considera a Arte uma busca interna (THE BREAST CANCER FUND; THE AMERICAN CANCER SOCIETY; THE SUSAN G. KOMEN BREAST CANCER FOUNDATION, 1998).

---

<sup>16</sup> Cirurgia radical para a retirada do seio.

De maneira geral, o percurso criativo de um artista pode ser analisado a partir de dois aspectos: 1) a expressão intencional e consciente, e, 2) a expressão não-intencional e inconsciente. Na análise de uma produção artística, observamos estes dois aspectos presentes, pois podemos reconhecer o conteúdo intencionalmente comunicado, mas também podemos captar e apreender o conteúdo subliminar ali contido. Assim, o papel ou a tela em branco para o artista plástico, em algumas situações, pode representar o espaço continente necessário para um processo de catarse, onde são depositados os desejos, as angústias, as experiências traumáticas e os conflitos decorrentes de algum complexo. Além disso, esta catarse pode conter projeções arquetípicas, como o próprio Jung destacou em seus estudos. Ainda assim, o sujeito experiencia a possibilidade de reorganização interna, num diálogo entre consciente e inconsciente, em que o fluxo de energia psíquica poderá ser canalizado para a elaboração de uma atividade de transformação e construção.

### **1.3- IMAGENS SIMBÓLICAS E ARTE SOB A LUZ DA PSICOLOGIA ANALÍTICA JUNGUIANA**

Os estudos de C.G. Jung abriram os horizontes da Psicologia e da Psicanálise, influenciando também outras áreas do saber. Suas descobertas e reflexões abalaram os paradigmas do pensamento ocidental pela inclusão de novos enfoques a respeito dos processos psíquicos e da dimensão transcendente do ser humano. Algumas destas descobertas influenciaram amplamente o campo da Arteterapia, abrindo uma específica área de atuação com a análise simbólica e imagética das produções artísticas de pacientes dentro de um enquadre psicoterapêutico.

Para Jung, o princípio originário que rege a natureza humana é o mundo das imagens. Toda a experiência humana tem seu desdobramento a partir desta premissa. Portanto, ele atribui à imagem arquetípica – ou, como também é denominada, imagem primordial - papel fundamental na constituição de todos os processos mentais, visto que aí se configuram as vivências primordiais da humanidade (KUGLER, 2002).

JUNG (1991) diferencia dois tipos de imagens: aquelas de caráter pessoal e as de caráter impessoal. A primeira delas, traz em si conteúdos do inconsciente pessoal e da experiência consciente. A segunda, entretanto, refere-se à imagem primordial quando esta

representa uma manifestação de ordem coletiva, apresentando características mitológicas. Ele considera o fenômeno imagético como “(...) uma expressão concentrada da situação psíquica como um todo (...)” (p. 418), distinguindo-o de qualquer manifestação patológica por não distorcer qualitativamente a realidade externa, sendo apenas o resultado de um processo interno. Assim, a expressão imagética apreende apenas os conteúdos do inconsciente constelados naquele momento, visto que a seleção dos conteúdos relevantes e irrelevantes para a formação da imagem é uma atribuição da instância consciente do indivíduo.

Os arquétipos apresentam certa autonomia e uma carga energética que atrai conteúdos do consciente que lhes revestem com roupagens adequadas à época e à circunstância pela qual são evocados. Portanto, são “elementos estruturais numinosos” que dão a forma para que conteúdos da consciência se moldem e, assim, possam tornar-se perceptíveis. No limiar entre inconsciente coletivo, inconsciente pessoal e consciente, ocorre a formação da imagem arquetípica, isto é, da imagem simbólica. Como nos diz JACOBI (1995, p. 73), “nunca se pode encontrar o arquétipo em si de maneira direta, mas apenas indiretamente, quando se manifesta no símbolo ou no sintoma ou no complexo”.

Portanto, arquétipo e símbolo não são conceitos equivalentes. O arquétipo é o centro energético que poderá ser constelado, emergindo na forma de símbolo. Este último, por sua vez, necessita de um esboço arquetípico, exercendo função transformadora da energia psíquica. O símbolo também agrega uma função terapêutica que não está contida na imagem em si, mas no significado que transcende a própria imagem (TOMMASI, 2003).

O arquétipo condensa imagem e emoção, pois está ligado à vida, ao ser vivo, conseqüentemente, é revestido por sentimento e dinamismo. Desta forma, apenas pode ser compreendido a partir da maneira indicada pelo sujeito que o constela e, assim, não pode ser isolado e nem entendido arbitrariamente (JUNG, 1935 / 1998).

Na interpretação de um símbolo, procura-se decifrar a realidade invisível que se oculta através do que nos é perceptível. Apesar da interpretação, os significados a ele implícitos nunca se esgotam, pois quando seu significado é completamente decifrado, ocorre a morte do símbolo (GIGLIO, 1994; KAST, 1997a).

As imagens espontâneas ou oníricas (assim como os sintomas) podem ser geradas a partir de um processo compensatório que corresponde às funções auto-reguladoras da psique: “a compensação é um regulador inconsciente da atividade consciente”. Neste sentido, os conteúdos que permanecem inconscientes formam um “contrapólo” aos conteúdos da consciência e assim “(...) reúnem uma carga de energia suficiente para irromper na forma de sonhos, imagens espontâneas ou sintomas. O objetivo do processo compensatório parece ser o de ligar, como uma ponte, dois mundos psicológicos. Essa ponte é o símbolo (...)”. É, entretanto, a função transcendente que promove a conexão entre os opostos, sendo a síntese que vai além do conflito: “A função transcendente representa um vínculo entre dados reais e imaginários, ou racionais e irracionais, preenchendo assim a lacuna entre a consciência e o inconsciente” (SAMUELS, et al., 1988, p. 48 e 83).

Os símbolos sempre estiveram presentes ao longo de toda a história da humanidade. (Afinal tudo é passível de se tornar símbolo, desde os elementos da natureza ou os próprios produtos da ação humana, até os elementos abstratos.) JAFFÉ (1964) percorre o longo trajeto histórico da expressão plástica, identificando aspectos simbólicos nestas expressões desde a pré-história, a partir dos registros de pinturas rupestres, até os tempos atuais.

As Artes, em geral, estão repletas de projeções do simbolismo humano, e, portanto, remetem-nos às imagens pessoais e impessoais (arquetípicas) descritas tão amplamente por Jung. Esta constatação justifica a grande influência do pensamento junguiano no desenvolvimento das práticas arteterapêuticas.

A imagem que emerge durante o processo de expressão artística reúne aspectos da psique do sujeito que são constelados naquele específico momento (ZIMMERMANN, 1992), seja na produção de um artista, seja na produção de um paciente dentro de um contexto psicoterapêutico.

De acordo com SILVEIRA (1992), a imagem interna, contrapondo-a à imagem externa como reprodução imagética do mundo circundante, reúne conteúdos conscientes e inconscientes constelados pelas vivências do próprio indivíduo. Neste sentido, são subjetivas, por retratarem a realidade psíquica em sua amplitude (consciente e inconsciente

peçoal), mas podem ser universais, pois muitas vezes apresentam motivos arquetípicos compartilhados com toda a humanidade (inconsciente coletivo).

SILVEIRA (1992) mostrou a importância da linguagem imagética como via de comunicação e como recurso terapêutico ao doente psiquiátrico analisando a série de produções artísticas destes pacientes (como Jung propunha com a análise da sequência de sonhos) e observando a repetição de motivos e a presença do fluxo de imagens do inconsciente carregadas de energia psíquica, inclusive na representação de temas mitológicos.

Jung, por sua vez, tendo fundamentado sua teoria na imagem arquetípica, experienciou a Arte tanto na vida pessoal (JUNG, 1984) quanto na aplicação com seus pacientes em psicoterapia. Segundo ele:

(...) os elementos pictóricos que não correspondem a nenhum lado externo devem provir do 'íntimo'. (...) Como este 'íntimo' é invisível e inimaginável mas pode influenciar a consciência de um modo muito eficaz, levo os meus pacientes, sobretudo os que sofrem de tais efeitos, a reproduzi-los da melhor maneira possível, através da forma pictórica. A finalidade desse 'método de expressão' é tornar os conteúdos inconscientes acessíveis e, assim, aproximá-los da compreensão. Com esta terapêutica consegue-se impedir a perigosa cisão entre a consciência e os processos inconscientes. Todos os processos e efeitos de profundidade psíquica, representados pictoricamente são, em oposição à representação objetiva ou 'consciente', simbólicos, quer dizer, indicam da melhor maneira possível, e de forma aproximada, um sentido que, por enquanto, ainda é desconhecido (JUNG, 1985, p.120).

ZIMMERMANN (1992) considera os efeitos terapêuticos do ato de pintar e desenhar, destacando a canalização da energia contida por meio da catarse, podendo esta gerar a redistribuição da energia psíquica, mencionando também a atualização de processos não conscientes, cristalizando o material difuso, e a oportunidade de oferecer espaço continente às projeções de aspectos do mundo inconsciente que se constelam durante o processo expressivo.

Esta autora discute também a questão da análise e interpretação das produções gráficas e pictóricas dos sujeitos em processo terapêutico. Uma imagem pictoricamente produzida não é possível de ser compreendida e, portanto, interpretada de maneira adequada, se não tivermos informações prévias sobre a história de vida do sujeito que a elaborou. Ainda assim, a interpretação do material artístico nem sempre deverá ser compartilhada com o paciente. Em determinadas circunstâncias é indicado apenas o acolhimento à imagem, permitindo o fluxo contínuo de outras produções que poderão emergir ao longo do processo psicoterapêutico. Entretanto, em outras ocasiões, a interpretação pode se fazer necessária, pois esta intervenção poderá impedir que a imagem reincida atuando sobre o Eu, exercendo papel de domínio e gerando inflação do Ego (ZIMMERMANN, 1992).

#### **1.4- O CONCEITO DE PROJEÇÃO PERTINENTE À ARTE E A INTERPRETAÇÃO DE PRODUÇÕES ARTÍSTICAS**

Um dos processos psíquicos freqüentemente observado nas expressões artísticas é a projeção. O estudo de Mohr (a respeito do desenho de doentes mentais como diagnóstico) influenciou alguns autores na elaboração dos testes projetivos. Assim, o conceito de projeção foi adotado na elaboração destes métodos destinados à avaliação de características dinâmicas e estruturais da personalidade. Segundo ANZIEU (1984), a etimologia deste termo baseia-se em três concepções diferentes:

- Baseada numa ação física que pode ser exemplificada pela imagem de um lançamento de projéteis. Esta concepção foi adotada por Freud como característica da paranóia, levando-se em consideração a ação de “(...) expulsar da consciência os sentimentos repreensíveis, atribuindo-os a outra pessoa” (p. 18). Anzieu comenta que nas técnicas projetivas, o sujeito é encorajado à “descarregar” conteúdos internos indesejados no material que lhe é oferecido.
- Baseada numa abordagem matemática relacionada à geometria projetiva. “A projeção estabelece a correspondência entre um ponto (ou conjunto de pontos) do espaço e um ponto (ou conjunto de pontos) de uma reta ou de

uma superfície” (p. 18). De acordo com Anzieu, nos testes projetivos observa-se a correspondência entre a estrutura das respostas do sujeito submetido ao material de avaliação e sua própria personalidade.

- Baseada na ótica: “(...) Partindo de um foco, a projeção luminosa envia raios ou radiações sobre uma superfície” (p. 18). Anzieu compara as técnicas projetivas ao raio X, que é capaz de revelar aspectos ocultos da personalidade do sujeito: “(...) o latente se torna manifesto; o interior é trazido à superfície (...)” (p. 19).

Referindo-se aos testes projetivos baseados na produção de desenhos, ANZIEU (1984) comenta: “Torna-se possível um conhecimento do indivíduo, a partir do estilo de suas obras” (p. 17). Assim, a Psicanálise apropriou-se das diferentes concepções citadas anteriormente, visando a compreensão mais ampla do universo psíquico e fazendo uso também deste conceito para compreender a relação entre a subjetividade do artista (ou do paciente) e as características de suas obras.

Na abordagem junguiana, a projeção também é valorizada assim como na Psicanálise, observando-se sua constância no cotidiano das pessoas como processo “(...) normal, patológico ou como defesa contra a ansiedade (...)” (SAMUELS et al., 1988, p. 163 e 164). Assim, ela também é reconhecida como aspecto presente na atividade artística. Neste referencial, este conceito tem como base a concepção adotada pela Psicanálise: “Emoções difíceis e partes inaceitáveis da personalidade podem ser colocadas em uma pessoa ou objeto externo ao sujeito” (p. 164). No entanto, é através da projeção que o indivíduo pode se aproximar de seus próprios conteúdos inconscientes de modo que: “(...) os conteúdos do mundo interno se tornam disponíveis à consciência do ego” (p. 164). São, portanto, os elementos da realidade externa (objetos do cotidiano) que compõem a matéria-prima disponível ao mundo interno durante a projeção. Neste processo, é possível ocorrer o contato com a sombra, já que esta é composta por conteúdos inaceitáveis à consciência, sendo parcialmente projetada nos objetos externos. Assim, é imprescindível para a ampliação da consciência que ocorra “(...) integração e recuperação daquilo que é projetado” (p. 164).

Inicialmente, as concepções sobre os processos artísticos partiam de pontos em comum, pois levavam em consideração o estudo empírico das produções espontâneas de pacientes psiquiátricos, crianças e povos primitivos, bem como a relação entre aspectos da vida e da obra de artistas reconhecidos, sendo que estas primeiras pesquisas tiveram como base as idéias psicanalíticas que eram difundidas na época. No entanto, com o passar do tempo, de acordo com a elaboração de novos estudos, com a ampliação de novos conceitos sobre a psique e a partir de diversas correntes teóricas que partiram da Psicanálise Freudiana, as concepções sobre Arte começaram a ser elaboradas sobre a base destes diferentes referenciais que passaram a direcionar um olhar mais específico sobre a produção de Arte, gerando compreensões diferentes sobre o mesmo processo. Assim, observamos aspectos semelhantes e aspectos divergentes quando comparamos o ponto de vista da Psicanálise (em diferentes enfoques: freudiano, lacaniano, kleiniano, winnicottiano, entre outros) e o ponto de vista da Psicologia Analítica Junguiana.<sup>17</sup> Além disso, existem várias outras importantes abordagens teóricas no campo da Psicologia que também passaram a desenvolver estudos sobre esta temática.

Os primeiros estudos psicanalíticos sobre os processos artísticos estimularam a “Psicanálise aplicada à Arte”, como destaca FRAYZE-PEREIRA (1995). Este autor discute este tema recorrendo aos pontos de vista de Lascault<sup>18</sup>, Ricoeur<sup>19</sup>, Mezan<sup>20</sup> e Green<sup>21</sup>, trazendo à tona a importante discussão sobre a interpretação de obras de Arte. Como Frayze-Pereira salienta, baseando-se nestes autores, a interpretação de uma obra não pode ser comparada à interpretação do material clínico visto que não ocorre num processo de relação dual entre paciente e psicanalista. Afinal, o instrumento do psicanalista é o seu próprio inconsciente e, no caso das obras de Arte, “(...) o analista só pode contar com suas próprias associações. A interpretação que irá fornecer é a interpretação que ele deve dar a si próprio dos efeitos da obra sobre sua própria subjetividade.” (p. 96)

---

<sup>17</sup> Nesta pesquisa basear-nos-emos sobretudo no referencial junguiano e, sendo assim, não nos deteremos a descrever detalhadamente as semelhanças e divergências entre as diferentes teorias.

<sup>18</sup> LASCAULT, G. *apud* FRAYZE-PEREIRA, J.A. Olho d’água: Arte e loucura em exposição. São Paulo: Escuta / FAPESP, 1995.

<sup>19</sup> RICOEUR, P. *apud* FRAYZE-PEREIRA, J.A. Olho d’água: Arte e loucura em exposição. São Paulo: Escuta / FAPESP, 1995.

<sup>20</sup> MEZAN, R. A. *apud* FRAYZE-PEREIRA, J.A. Olho d’água: Arte e loucura em exposição. São Paulo: Escuta / FAPESP, 1995.

<sup>21</sup> GREEN, A. *apud* FRAYZE-PEREIRA, J.A. Olho d’água: Arte e loucura em exposição. São Paulo: Escuta / FAPESP, 1995.

Devemos refletir sobre a qualidade e a validade das interpretações psicológicas e psicanalíticas sobre obras de Arte e também sobre o material artístico produzido num contexto terapêutico. Devemos ficar atentos ao risco das generalizações em que são usados manuais de análise de produções artísticas como se fossem receitas prontas, usadas em todas as situações. Também devemos tomar cuidado para não ficar presos às nossas próprias convicções e bases teóricas a ponto de não enxergar outras possibilidades. Os estudos anteriores fornecem-nos importantes diretrizes para compreendermos as projeções e as expressões gráficas e pictóricas dos pacientes, mas estas devem ser analisadas, levando-se em considerações outros aspectos envolvidos no processo psicoterapêutico.

BERGERON et al. (2003) questionam as interpretações de produções artísticas realizadas durante a análise. Eles investigam a validade em especial do modelo adotado pelo *C. G. Jung Institute* em Zurique que analisa as produções de acordo com a disposição de diferentes quadrantes. Segundo este modelo de análise, o espaço do papel é dividido em quatro quadrantes, sendo que cada um destes quatro espaços é relacionado a um significado (a um arquétipo): o lado esquerdo<sup>22</sup> superior é associado ao pai (espírito, logos, arquétipo do velho sábio, autoridade), o lado esquerdo inferior é associado ao inconsciente (espaço da regressão, dependência, segurança, origem, fixação, antigas cicatrizes), o lado direito superior é associado ao futuro, e o lado direito inferior à mãe (terra, feminilidade primordial, arquétipo da grande mãe). Estes autores discutem este tema, levantando a hipótese de que este esquema de interpretação pode ter maior validade para determinado tipo psicológico do que para outro. Além disso, questionam também a possibilidade das respostas emocionais individuais terem influência na expressão espacial do sujeito, visto que cada quadrante está relacionado a um arquétipo específico e cada um destes pode gerar emoções externalizadas de maneira particular. Sob um enfoque metodológico quantitativo, estes autores chegam à conclusão de que este esquema de interpretação através de quadrantes não é totalmente válido por não apresentar respostas fidedignas e estatisticamente significantes. Entretanto, eles sugerem a realização de outros estudos mais específicos.

---

<sup>22</sup> Os lados mencionados aqui se referem à perspectiva de quem observa a figura.

Estes autores, mencionando o trabalho de Furth<sup>23</sup> (analista junguiano especializado em Arteterapia), alertam sobre o uso inadequado de alguns métodos de análise que são utilizados como “receitas”, sendo ignorados aspectos pertinentes à dinâmica e à interação entre paciente e analista, além de excluir da análise outros importantes elementos da produção: sentimentos, expressão, resistências, proporções, perspectivas, entre outros.

Com o reconhecimento da projeção de conteúdos conscientes e inconscientes na atividade artística, pesquisadores que se interessaram pela análise de produções gráficas e pictóricas passaram a reunir informações suficientes para padronizar determinadas respostas e categorias, elaborando alguns métodos de avaliação baseados na grafia, no uso de determinadas cores, na disposição espacial e na presença de temas e símbolos. Estes métodos, relacionados aos testes projetivos gráficos, têm sido utilizados também na interpretação de produções em Arteterapia. Eles possuem relevância e validade, mas precisam ser cautelosamente utilizados já que existem outros fatores importantes a serem considerados e relacionados, durante a análise do material artístico produzido por pacientes, dentro de um contexto terapêutico.

## **1.5- ARTETERAPIA: PERCURSO HISTÓRICO E CARACTERIZAÇÃO**

Seguindo a efervescência dos movimentos artísticos de vanguarda e do desenvolvimento dos primeiros estudos sobre as expressões artísticas de pacientes psiquiátricos (em paralelo à aplicação destes novos conhecimentos na elaboração dos métodos projetivos usados no psicodiagnóstico), a Arteterapia passou a ser sistematizada na década de 40, tendo como precursora Margareth Naumburg, nos Estados Unidos.

Esta autora trabalhou com a produção da Arte espontânea durante a psicoterapia, baseando-se no referencial freudiano e considerando que as imagens, espontaneamente projetadas nas expressões gráficas e plásticas, permitiam a liberação do inconsciente:

---

<sup>23</sup> FURTH, G.M. *apud* BERGERON et al. Picture Interpretation and Junguian Typology. *Journal of Analytical Psychology*, 48(I):83-99, 2003.

O processo de arteterapia se baseia no reconhecimento de que os pensamentos e os sentimentos mais fundamentais do homem, derivados do inconsciente, encontram sua expressão em imagens e não em palavras. (...) As técnicas da arteterapia se baseiam no conhecimento de que cada indivíduo, treinado ou não em arte, tem uma capacidade latente de projetar seus conflitos internos em forma visual. Quando os pacientes visualizam tais experiências internas, ocorre frequentemente que elas se tornam mais articuladas verbalmente (NAUMBURG, 1991, p. 388).

NAUMBURG (1991) enfatizou duas perspectivas no trabalho arteterapêutico por ela desenvolvido, a primeira é a sua utilidade como diagnóstico e a segunda é a sua qualidade terapêutica. Enquanto instrumento diagnóstico, esta técnica pressupõe alguns padrões de imagens vistas como respostas gráficas e pictóricas típicas de acordo com o transtorno psíquico apresentado: esquizofrenia, paranóia, transtorno obsessivo-compulsivo, depressão, dependência química, etc. Outro enfoque da Arteterapia como diagnóstico é a possibilidade de se observar as transformações nas produções artísticas dos pacientes, ao longo do processo terapêutico, considerando as alterações psíquicas durante este período, sendo uma maneira de se compreender a evolução psicodinâmica dos pacientes através de suas produções.

Esta autora ainda destacou a diferença do uso de desenhos nos testes projetivos gráficos e dos desenhos e pinturas realizados durante sessões de Arteterapia. Nos testes, observa-se um enquadre especificamente desenvolvido com a finalidade de avaliação psicológica, sendo que a realização dos desenhos é uma tarefa imposta ao sujeito. Na Arteterapia, as produções gráficas e pictóricas são espontâneas, existindo maior flexibilidade no que se refere à atividade expressiva.

A atitude do arteterapeuta durante as sessões não é interpretativa, visto que ele geralmente não interpreta os trabalhos artísticos diante do paciente, mas o encoraja a descobrir os significados ali implícitos, estimulando um processo de análise a partir das próprias associações do sujeito que projetou espontaneamente as imagens. NAUMBURG (1991) considera a Arte produzida pelos pacientes uma linguagem simbólica e, portanto, diferencia a abordagem do arteterapeuta diante destas produções, da abordagem que analistas freudianos e junguianos têm frente aos trabalhos artísticos de seus pacientes. Estes

analistas, segundo esta autora, impõem seus pontos de vista através de interpretações específicas baseadas em seus preceitos teóricos.

Outros autores importantes também influenciaram o uso da Arte no processo terapêutico, trazendo novos conhecimentos a partir de outros enfoques sobre o tema. Dentre eles podemos citar Edith Kramer, desenvolvendo trabalhos na década de 50, Françoise Dolto, trabalhando com crianças na década de 70, Janie Rhyne, introduzindo a concepção da Gestalt-Terapia ao trabalho com Arte nos anos 70 e Natalie Rogers, aplicando a concepção da Teoria Centrada na Pessoa, desenvolvida por seu pai Carl Rogers, também na década de 70 (ANDRADE, 1993).

No Brasil, como vimos anteriormente, os dois precursores na valorização da Arte como diagnóstico e intervenção terapêutica foram Osório César e Nise da Silveira. No entanto, eles não trabalharam especificamente com a denominação Arteterapia. Em períodos posteriores, diversos profissionais desenvolveram e continuam desenvolvendo importantes trabalhos no campo específico da Arteterapia e das Terapias Expressivas, como podemos citar: Maria Margarida de Carvalho, Mônica Serra, Liomar Quinto de Andrade, Angela Phillipini, Selma Ciornai, Joya Eliezer, Lúcia Reily, Elisabeth Zimmermann e Joel Sales Giglio.

A Arteterapia, portanto, passou a ser considerada uma abordagem terapêutica específica, abarcando distinções técnicas e conceituais na diferenciação de duas linhas de atuação: “Art as therapy” (Arte como terapia) e “Art psychotherapy” (Arte psicoterapia). Na primeira delas, Arte como terapia, o foco principal da terapia está no processo artístico, considerando suas propriedades curativas. Na segunda linha de atuação, Arte Psicoterapia, os recursos artísticos são utilizados amplamente para favorecer o processo psicoterapêutico, acrescentando a via imagética e pictórica na comunicação entre paciente e psicoterapeuta. Nesta segunda tendência, o fazer Arte ocorre dentro de um enquadre psicoterapêutico específico, seguindo princípios, técnicas, embasamento teórico e objetivos que visam o desenvolvimento de aspectos da personalidade do indivíduo (ANDRADE, 2000).

É imprescindível considerar que as duas tendências citadas compõem o campo da Arteterapia, não havendo ainda uma distinção conceitual clara utilizada no Brasil. Apenas se observa que os profissionais habilitados à utilização da psicoterapia – psicólogos

e psiquiatras - tendem mais a utilizar as técnicas e as teorias que lhe são instrumentos de trabalho na prática clínica, acrescentando conhecimentos sobre as várias formas de Arte. E os profissionais de outras áreas – também com formação em Arteterapia – tendem a utilizar tanto o referencial teórico quanto as técnicas da Arte Educação, incluindo ainda alguns conhecimentos sobre Psicologia Clínica e do Desenvolvimento no trabalho terapêutico com ênfase no fazer artístico.

PAIN e JARREAU (1996) diferenciam estes dois enfoques da Arteterapia considerando a indicação terapêutica e a adequação ao “setting” e ao enquadre que se tem disponível durante a intervenção:

Poder-se-ia perguntar qual é a diferença entre o trabalho de um animador que acompanha cada paciente na aventura criativa, comentando intuitivamente suas produções e o de um terapeuta que possui um código de interpretação psicanalítico ou outro, apto a dar à expressão do paciente um sentido novo religado à subjetividade deste. De acordo com as condições de tratamento, uma ou outra intervenção se justifica tendo, ambas, efeitos terapêuticos. Se as condições de trabalho são pouco rígidas (horário flexível, grupos abertos, assiduidade não garantida, etc), recomenda-se a primeira modalidade, mesmo que seja um profissional da psicologia quem intervém. Se, por outro lado, a assiduidade e o enquadre estão bem ‘seguros’, podem-se tentar promover relações mais profundas com o paciente (PAIN e JARREAU, 1996, p. 19).

Além das linhas já citadas, também deve-se destacar outra importante diferenciação entre Arteterapia e Terapias Expressivas. Segundo CARVALHO (1995), a primeira delas, refere-se à utilização das Artes Plásticas como recurso terapêutico e, a segunda, inclui outras formas de linguagem através da dança, da música, da dramatização, da poesia, etc. Estas modalidades terapêuticas podem apresentar diferentes embasamentos teóricos, podendo fundamentar-se na abordagem de diversos autores. Além disso, estas modalidades podem ser realizadas em diferentes contextos e com diferentes populações, incluindo o ambiente clínico, escolar, institucional ou hospitalar, realizando-se um trabalho terapêutico específico, de acordo com a demanda da população atendida.

As abordagens arteterapêuticas foram amplamente influenciadas pelas novas técnicas artísticas que surgiram com a ruptura da Arte Contemporânea. Assim, novos elementos foram introduzidos em meio ao avanço tecnológico com a incorporação da

fotografia, das impressões, o uso de materiais reciclados, etc. Além disso, a ideologia estética trazida por diferentes movimentos artísticos também influenciou o trabalho arteterapêutico (PAIN e JARREAU, 1996).

De uma maneira geral, a proposta da Arteterapia é favorecer a experiência terapêutica através da linguagem artística, desenvolver recursos físicos, cognitivos e emocionais, propiciar o desenvolvimento de habilidades e de potencialidades, favorecendo a utilização de recursos internos na resolução de conflitos, e estimular a livre expressão, oferecendo espaço continente para a externalização de aspectos do mundo subjetivo, sejam estes aspectos conscientes ou não (PAIN e JARREAU, 1996).

WADESON (1980) aborda seis aspectos fundamentais a serem considerados no trabalho arteterapêutico:

1. a imagem como processo anterior à elaboração da palavra, como elemento pré-verbal e, portanto, como conteúdo psíquico estreitamente relacionado aos processos primários na constituição das experiências primitivas ligadas à vida pregressa.
2. a redução das defesas (que dificultam o processo terapêutico) através da atividade não-verbal, pois sendo a linguagem através da palavra nosso meio de comunicação mais comum, tornamo-nos aptos a estruturar meios de defesa contra situações mobilizadoras de ansiedade e angústia, fazendo uso de recursos verbais. Entretanto, através da expressão imagética, estas defesas podem se tornar menos articuladas, havendo maior fluxo de conteúdos internos.
3. a objetivação de sentimentos e vivências através da criação de um objeto artístico concreto. Ao transformar conteúdos subjetivos em objetos de Arte, o sujeito poderá sentir-se mais à vontade para falar sobre sua própria subjetividade através da projeção, podendo, gradualmente, reconhecer e integrar seus próprios sentimentos ali depositados;

4. a permanência das produções que perduram ao longo do tempo, sendo estas registros permanentes da experiência subjetiva do sujeito (como sugere o autor, este material pode ser retomado em outros momentos do processo terapêutico);
5. a utilização de uma matriz espacial não-linear, em que são projetados conteúdos intrapsíquicos que co-habitam o mundo interno do sujeito simultaneamente, mas que, na expressão verbal, só podem ser comunicados de forma linear (fato após fato, sentimento após sentimento). A expressão artística pode conter todos estes aspectos vividos pelo sujeito simultaneamente; e
6. a energia criativa e física que passam a fluir mais intensamente, trazendo maior vitalidade a partir da atividade artística.

De modo semelhante, CIORNAI (1995) reconhece que a proposta do arteterapeuta sugere o uso de linguagens não-verbais capazes de exprimir com maior fluência as experiências internas do indivíduo que ainda não puderam ser traduzidas em palavras. Estas formas de expressão que podem ocorrer através de imagens, de movimentos ou de traços são meios de comunicação pré-verbais que podem captar conteúdos mais profundos e antigos do ser humano. São linguagens que não seguem necessariamente uma linearidade causal, lógica, temporal e espacial como encontramos na linguagem verbal.

A experiência artística, de uma maneira geral, está estreitamente ligada à capacidade criativa do sujeito. Contudo, a produção de um objeto artístico requer, além da criatividade, outros atributos presentes no indivíduo que poderão influenciar no resultado estético produzido durante a sessão. Portanto, o trabalho expressivo também envolve a capacidade cognitiva no planejamento e na execução de uma atividade, além da própria habilidade manual. Estes não são atributos somente encontrados em indivíduos com habilidades artísticas especiais, inclusive porque os pacientes indicados para a Arteterapia não precisam necessariamente apresentar experiência artística prévia.

Assim, na análise do material expressivo, a relação entre qualidade artística e capacidade cognitiva deve ser cautelosamente apontada, pois o desempenho do sujeito em um desenho ou pintura muitas vezes está relacionado à familiaridade que este sujeito tem

com este tipo de linguagem e com o próprio material gráfico. De acordo com REILY (2001), esta relação entre desempenho no desenho e nível intelectual demonstra ter maior validade durante o desenvolvimento infantil. Quando o trabalho expressivo é feito com adultos, este não será um parâmetro de avaliação suficiente, pois a produção artística pode não revelar todo o potencial mental e artístico do sujeito.

O trabalho manual desenvolvido durante as sessões de Arteterapia deve ser analisado também de acordo com a relação do paciente-autor com seu próprio corpo, este enquanto instrumento. Neste prisma, a habilidade na tarefa desempenhada e a reação do sujeito diante de suas qualidades ou limitações nesta produção nos dará dicas de como este indivíduo experiencia o próprio corpo, sendo este um aliado na jornada expressiva ou um inimigo que o frustra no empreendimento de seus projetos. Nas palavras de PAIN e JARREAU (1996, p. 62): “Uma má identificação egóica do próprio corpo produz uma dissociação onde o corpo é rejeitado, comprometendo as possibilidades de aprendizagem que dele necessitam”.

No trabalho do arteterapeuta com diferentes populações, o desafio será encontrar condições físicas e psíquicas para que o sujeito (foco da intervenção arteterapêutica) se torne apto e disposto a criar. Será necessário planejar a utilização de instrumentos adequados ao processo artístico e igualmente apropriados às possíveis limitações do sujeito, estimulando, motivando e oferecendo condições suficientes para a prática arteterapêutica na superação das possíveis dificuldades (RUBIN, 1984).

Neste sentido, o processo arteterapêutico deverá ser adequadamente planejado de acordo com as características da população, com o ambiente onde será realizada a intervenção e, principalmente, com a demanda dos sujeitos e da instituição (clínica, hospital, escola, empresa, etc.). FORTUNA (2000), por exemplo, aborda especificamente o trabalho arteterapêutico destinado à população de pacientes idosos, especialmente aqueles portadores de doenças crônico-degenerativas que afetam as funções cognitivas como é o caso da Demência de Alzheimer. Ela descreve a evolução de uma paciente, durante o seguimento em Arteterapia, analisando os benefícios terapêuticos, mas reconhecendo certos limites que são impostos pelo próprio curso da doença degenerativa.

Levando em consideração a demanda da população para quem será destinada a intervenção arteterapêutica, é de suma importância que sejam bem definidos os objetivos da prática terapêutica, pois a partir destes será estabelecido o planejamento das atividades, definindo o enquadre, as técnicas e os materiais. Assim, como exemplifica WADESON (1980), na hipótese de se lidar com conflitos de natureza familiar, os membros da família poderão participar do processo arteterapêutico, sendo proposto o trabalho expressivo relacionado à crise familiar; mas se o objetivo é a intervenção a longo prazo baseada no “insight”, o tratamento deverá ser individual, sendo voltado à produção de trabalhos artísticos espontâneos; ainda assim, se a proposta prevê uma intervenção que promova a socialização, o enfoque arteterapêutico deverá ser em grupo, seja através da elaboração de trabalhos compartilhados, seja na assistência em grupo em que cada elemento elabora a sua produção individualmente.

Como temos visto a partir da literatura sobre o tema, a dimensão do trabalho arteterapêutico é bastante ampla e pode ser adequada a diferentes realidades, em diferentes contextos e com diferentes populações. Além disso, as técnicas arteterapêuticas utilizadas (desenho, pintura, modelagem, colagem, etc.) podem ser fundamentadas e aplicadas a partir de variados enfoques teóricos. Estas características podem fazer com que a Arteterapia seja uma abordagem de intervenção diagnóstica e terapêutica capaz de se adequar mais facilmente à realidade dos pacientes oncológicos, face à diversidade desta população, conforme veremos mais à frente.

## **CAPÍTULO 2**

### **Psicologia, Oncologia e Arte: Interfaces de um tema**

---

## 2.1- A VIDA SOB O IMPACTO DO CÂNCER

Partindo de uma compreensão mais ampla do processo saúde-doença numa dimensão interdisciplinar, começaram a ser estudadas as relações entre câncer e processos psicológicos, tanto no que se refere às relações entre aspectos psíquicos e desenvolvimento ou progressão da doença, quanto no que se refere às repercussões psicossociais decorrentes do adoecer, bem como do tratamento. Assim, estas novas concepções passaram a ser incorporadas na prática clínica com pacientes oncológicos, sendo pouco a pouco implantados serviços de Saúde Mental voltados especificamente a esta população, havendo a participação de psicólogos e psiquiatras nas equipes de Saúde tanto dos hospitais especializados em Oncologia quanto dos hospitais gerais.

Assim, na década de 70, teve início no Memorial Sloan-Kettering Cancer Center, em Nova Iorque, a implantação de um setor de Psiquiatria e Psicologia que teve como expoente a psiquiatra Jimmie C. Holland. Como profissional pioneira nesta área, ela desenvolveu e continua desenvolvendo importantes trabalhos e publicações no campo da Psico-oncologia, sendo fundadora da Associação Internacional de Psico-Oncologia (IPOS – Internacional Psychoncology Society).

No Brasil, o primeiro encontro científico sobre Psico-oncologia data de 1989. Posteriormente, este movimento, que passa a receber maior notoriedade, culmina com a fundação da Sociedade Brasileira de Psico-Oncologia, em 1994, sendo definido, dentro da realidade brasileira, o seguinte conceito para este campo de atuação e estudo:

A Psico-Oncologia representa a área de interface entre a psicologia e a Oncologia e utiliza conhecimento educacional, profissional e metodológico proveniente da psicologia da saúde para aplicá-lo: 1º) Na assistência ao paciente oncológico, sua família e profissionais da Saúde envolvidos com a prevenção, o tratamento, a reabilitação e a fase terminal da doença; 2º) Na pesquisa e no estudo de variáveis psicológicas e sociais relevantes para a compreensão da incidência, da recuperação e do tempo de sobrevivência após o diagnóstico do câncer; 3º) Na organização de serviços oncológicos que visem ao atendimento integral do paciente, enfatizando de modo especial à formação e o aprimoramento dos profissionais da Saúde envolvidos nas diferentes etapas do tratamento (GIMENES, 1994, p. 46).

Neste sentido, observamos que as tendências atuais no atendimento ao paciente com câncer, assim como em outras áreas da Saúde, têm caminhado para a ruptura de antigos paradigmas, existindo importantes movimentos de humanização e de atuação interdisciplinar que valorizam os aspectos subjetivos pertinentes ao adoecer. Inúmeras questões, entretanto, ainda precisam ser esclarecidas e profundamente compreendidas para que a ampla assistência ao paciente com câncer, através da participação da Psico-oncologia, seja realmente valorizada e reconhecida no contexto hospitalar.

Algumas importantes indagações estão constantemente presentes na prática clínica de profissionais que atuam nesta área. São, portanto, questões que estimulam o desenvolvimento de novas pesquisas, sendo focos de diversos estudos na área da Psico-oncologia:

- O que significa adoecer com câncer?
- Qual o impacto deste diagnóstico para o sujeito e para sua família?
- Como o sujeito doente vivencia internamente a experiência de estar com câncer?
- Como encara seu próprio tratamento?
- Quais são suas reações subjetivas durante a fase de tratamento e como ele experiêcia cada diferente etapa?
- Quais os recursos internos mobilizados?
- Quais são as angústias, os medos, as frustrações, as fantasias e as expectativas?
- Como tais aspectos influenciam as possibilidades de enfrentamento diante da situação real e como repercutem na própria evolução da doença e na resposta ao tratamento?
- Como o paciente vivencia seu processo de terminalidade?

- Como é a experiência de ter sobrevivido ao câncer?
- Quais as intervenções terapêuticas mais adequadas à população de pacientes oncológicos?

Cabe a nós, profissionais da Saúde, refletir sobre estas indagações e questionar sobre como poderemos compreender, analisar e avaliar informações que parecem objetivas, mas que envolvem aspectos subjetivos tão importantes e pertinentes à experiência do adoecer com câncer, a fim de efetivamente ajudarmos estes sujeitos. Afinal, o paciente oncológico confronta-se com um novo universo até então conhecido apenas como realidade experienciada por “outras pessoas”, nunca como “sua própria realidade”. Precisa conviver com freqüentes idas à clínica ou ao hospital para tratamento ambulatorial, passando por consultas médicas freqüentes, realizando cirurgias, recebendo infusão de quimioterápicos, realizando radioterapia e, em algumas situações, necessitando permanecer internado no hospital. Passa a conhecer novos conceitos, incorporando em seu vocabulário novas palavras de domínio da Medicina. Entra em contato com sua própria dor e com a dor de outros pacientes, confronta-se com a impotência, com a necessidade de apoio, com as mudanças nos papéis sociais e familiares até então exercidos, com as alterações na imagem corporal, com a ansiedade pelo resultado de exames, com o medo da morte. Este sujeito mergulha nesta nova realidade e precisa encontrar recursos internos próprios para enfrentar a doença, o tratamento e todas as suas repercussões físicas, psicológicas, familiares e sociais.

Nós, profissionais da Saúde, somos apresentados a este sujeito a partir do momento em que ele procura assistência médica, antes ou depois de receber o diagnóstico do câncer. Neste momento, passamos a conhecê-lo enquanto paciente oncológico: pessoa que desenvolveu um câncer e que necessita de tratamento especializado interdisciplinar para sua total recuperação. Mas, enquanto profissionais da Saúde Mental, procuramos compreendê-lo como indivíduo que traz consigo história pessoal, conflitos, sentimentos, dúvidas, temores e anseios, sendo que apenas participamos de sua vida subjetiva a partir de seus primeiros contatos com a doença e com a equipe de Saúde. Aliás, recebemos o encaminhamento deste paciente através da própria equipe de Saúde, pois nem sempre é o

próprio sujeito quem identifica em si os conflitos, mas, em geral, quem os identifica é o profissional que o assiste. Há, portanto, um entrelace de relações presentes neste momento, pois o paciente tem um sofrimento físico / psíquico de menor ou maior intensidade e este pode ser identificado por outros antes mesmo dele próprio reconhecê-lo como tal. Isto, portanto, requer atenção e cuidado, pois somente este reconhecimento o levará a aceitar a ajuda que poderemos oferecer.

De acordo com LUZZATTO e GABRIEL (1998), a população de pacientes oncológicos é bastante heterogênea. Assim, dentre estes pacientes encontramos aqueles que têm história pregressa de transtornos psiquiátricos (sujeitos à reincidência), aqueles que apresentam história de dependência química ou que manifestam mecanismos de enfrentamento inapropriados fazendo uso abusivo de substâncias psicoativas como reação ao estresse do diagnóstico e do tratamento, aqueles que manifestam sintomas de ansiedade ou de depressão também como reação à situação de doença e tratamento, e, ainda, aqueles que apresentam recursos internos suficientes para enfrentar a realidade de maneira madura, mas que procuram ou aceitam ajuda justamente por terem consciência de seus próprios processos subjetivos.

Chama-nos a atenção, entretanto, ao compreender a história pregressa de um paciente, o significado do momento em que a doença eclode em sua vida. CHIATTONE (1992), destaca que “(...) toda doença é um episódio coerente na biografia do indivíduo, apresentando um sentido na história pessoal ou evoluindo conforme as determinantes históricas da vida emocional do paciente” (p. 76). Esta autora compreende o adoecimento do paciente oncológico como um processo global que não se restringe à manifestação orgânica, mas que extrapola as dimensões corporais. Assim, o paciente “(...) adocece como um todo, como uma unidade somato-psicológica (...)” (p. 77).

A Qualidade de Vida e a Saúde Mental do paciente oncológico têm sido foco de muitos estudos científicos, mostrando que o objetivo da terapêutica oferecida a este doente não deve ter como meta, exclusivamente, a cura, a redução do tumor, o aumento da sobrevida ou o alívio da dor física; mas deve incluir a melhoria da qualidade de vida e a possibilidade de resgate da dignidade e da motivação para o viver (CARVALHO, 1994; HOLLAND, 1998).

O tratamento oncológico, em geral, pode ser bastante agressivo e invasivo, mas a proposta terapêutica será especificamente determinada de acordo com o tipo de câncer, com as condições clínicas do paciente e com a avaliação da extensão da doença (estadiamento).

A quimioterapia, por exemplo, é caracterizada pelo uso de um ou mais medicamentos que têm o objetivo de destruir células cancerosas. Estas células podem ser provenientes de uma determinada área bastante específica ou podem também estar localizadas em outras partes do corpo (metástases). Os objetivos da quimioterapia podem ser diversos, pois eles dependem da avaliação realizada inicialmente (estadiamento), sendo administrada de acordo com os seguintes intuitos: como principal terapia com intuito de cura; como terapia adjuvante com intuito de cura ou com objetivo de ampliar a sobrevida; como terapia neoadjuvante, sendo utilizada antes de uma cirurgia ou da radioterapia para reduzir o tumor; como terapia para doença avançada com intuito de prolongar a sobrevida; ou como terapia paliativa também em doenças avançadas (KNOBF et al., 1998).

A radioterapia, entretanto, se baseia na utilização da radiação como forma de tratamento para destruir as células cancerosas, sendo irradiada a localização do tumor ou determinadas áreas do corpo que apresentam desenvolvimento da doença. A indicação deste tratamento também dependerá do diagnóstico e da avaliação inicial do paciente, o que determinará o uso exclusivo da radioterapia ou sua combinação com outras formas de tratamento. A radioterapia pode ser utilizada tanto no tratamento com intuito de cura como no tratamento paliativo (GREENBERG, 1998).

A cirurgia também é outra estratégia importante no tratamento de pacientes com câncer. Sua indicação também dependerá de alguns fatores avaliados pelo médico no início ou no decorrer do tratamento, sendo utilizada para a ressecção total ou parcial do tumor, podendo ser também combinada com outras formas de tratamento (JACOBSEN et al., 1998).

Ao longo de cada uma destas etapas, o paciente vivencia situações diferentes que lhe despertam sentimentos peculiares, gerando reações emocionais específicas como forma de enfrentar a realidade do momento. Nas diferentes fases de seu percurso em busca

da recuperação da Saúde, passa primeiramente pelo impacto do diagnóstico, tendo que lidar em seguida com a proposta do tratamento específico que pode ser destinado à recuperação completa ou, dependendo da extensão do câncer neste momento inicial, destinado ao controle do crescimento do tumor, visando prolongar a sobrevida. Ao término do período de tratamento, estando sem evidências de doença, o paciente passa a manter um seguimento com retornos esporádicos para consultas médicas e para a realização de exames. Em alguns casos, este paciente também poderá ter que enfrentar a situação de recidiva da doença, quando é identificado o reaparecimento do tumor, sendo necessária a retomada do tratamento (que, neste caso, poderá ser paliativo). Nos casos de doença avançada, quando não há mais proposta terapêutica destinada à cura, o paciente passa a receber Cuidados Paliativos, sendo valorizada sobretudo a melhoria da qualidade de vida, através do controle da dor em sua ampla dimensão física, psíquica e espiritual, aliviando também outros possíveis sintomas (HOLLAND, 1998).

## **2.2- ARTETERAPIA COM PACIENTES ONCOLÓGICOS: DELIMITANDO NOVAS POSSIBILIDADES TERAPÊUTICAS**

No campo da Psico-oncologia, dentre as várias modalidades terapêuticas, devemos destacar a Arteterapia, pressupondo-se a importância da experiência criativa para o indivíduo que adoece com câncer. Aqui, identificamos o ponto de interseção que focalizaremos neste estudo, considerando o cruzamento entre Psicologia, Oncologia e Arte.

O artista inglês Adrian Hill é considerado o pioneiro na utilização da Arte com fins terapêuticos, destinada a pacientes com doenças somáticas. Ele desenvolveu, já na década de 40, o trabalho de Arte com tuberculosos internados em um sanatório, aplicando o termo Arteterapia para designar esta intervenção com pacientes em isolamento. Com esta atuação, Hill tinha objetivos terapêuticos, visando oferecer recursos que auxiliassem a superação de sintomas depressivos nesta população específica (LUZZATTO e GABRIEL, 1998; WOOD, 1998; MALCHIODI, 1999). Na Inglaterra, este trabalho pioneiro teve importantes repercussões e, pouco a pouco, esta área de interesse foi sendo compartilhada por outros profissionais, sendo posteriormente constituída, em 1993, uma subárea, dentro

da Associação Britânica de Arteterapeutas (British Association of Art Therapists – BAAT), denominada “The Creative Response” e tendo como principal objetivo o desenvolvimento da Arteterapia especificamente nos Cuidados Paliativos (WOOD, 1998). Assim, com a expansão deste seguimento da Arteterapia principalmente nos EUA e na Europa, tem sido atualmente utilizado o termo “Medical Art Therapy” para designar especificamente a utilização da expressão artística e da imagem com pacientes portadores de doenças somáticas, tendo como objetivos a melhoria da qualidade de vida e a integração entre aspectos somáticos, psicológicos e existenciais (LUZZATTO e GABRIEL, 1998; MALCHIODI, 1999).

LUZZATTO e GABRIEL (1998), autoras que desenvolveram atuações específicas no campo da Arteterapia com pacientes oncológicos, descreveram duas possíveis abordagens: uma delas voltada às propriedades curativas do processo intrapsíquico criativo, e, outra, voltada à utilização terapêutica das relações interpessoais no processo artístico. Também descreveram três dimensões presentes na Arteterapia:

1. Dimensão Expressiva-Criativa: enfatiza a relação entre o paciente e a imagem, sendo o terapeuta o facilitador do processo expressivo.
2. Dimensão Cognitiva-Simbólica: enfatiza a relação entre terapeuta e paciente a partir do desenvolvimento da imagem.
3. Dimensão Interativa-Analítica: combina a comunicação através da imagem e a comunicação direta entre terapeuta e paciente, enfatizando as relações transferenciais e contratransferenciais.

Segundo estas autoras, a prática arteterapêutica permite ao profissional maior flexibilidade por poder utilizar recursos artísticos em abordagens terapêuticas com ênfase no apoio psicológico, no trabalho cognitivo ou nos processos psicodinâmicos, levando em consideração que a população de pacientes oncológicos não é homogênea, apresentando demandas bastante distintas que poderão ser supridas mais amplamente.

Arteterapia em Cuidados Paliativos, como vimos, é outro importante campo de atuação do arteterapeuta. Com uma prática voltada à intervenção direta com pacientes portadores de doenças graves e sem perspectivas de cura e, mais especificamente, com pacientes em fase terminal, o trabalho arteterapêutico em Cuidados Paliativos tem

reconhecida repercussão tanto no que se refere aos resultados terapêuticos quanto no que se refere à apreensão de imagens que simbolizam o processo de terminalidade. Segundo WOOD (1998), esta intervenção pode auxiliar o paciente a compreender sua real situação, enfrentar mudanças relacionadas à imagem corporal, amenizar a dor emocional pertinente ao processo do adoecer e do morrer, aumentar sua autonomia e confiança, fortalecendo algumas habilidades para enfrentar a situação de doença, facilitar a expressão de sentimentos e fortalecer a relação com a equipe de Saúde. Estes benefícios apontados por este autor referem-se aos processos conscientes presentes no contexto de vida do paciente sem perspectivas de cura para sua doença.

Temos observado, então, a partir de alguns estudos baseados em nossa prática clínica, que o processo artístico propiciado ao paciente com câncer pode favorecer a ressignificação da própria vida, na medida em que facilita o encontro de algumas diretrizes para que ele possa lidar com a difícil realidade vivenciada durante a trajetória de doença e tratamento (VASCONCELLOS et. al., 1996; VASCONCELLOS e PERINA, 2002; VASCONCELLOS e GIGLIO, 2003).

Estas observações estão de acordo com as informações encontradas na literatura científica. De uma maneira geral, os trabalhos sobre Arteterapia com pacientes oncológicos que têm sido publicados em periódicos num âmbito internacional focalizam estudos de caso (KERN-PILCH, 1980; RUDLOFF, 1985; MANGO, 1992; BORGMANN, 2002), descrições de programas específicos de Arte no contexto hospitalar (LANE e GRAHAM-POLE, 1994; LUZZATTO, 1998) e, mais especificamente, a questão da introdução da Arte no ambiente clínico e hospitalar através do planejamento de atividades artísticas e da organização de espaços que promovam o contato dos pacientes com a Arte e a cultura (BAILEY, 1997). Portanto, com relação ao tema desta tese, encontramos artigos que se referem à Arteterapia aplicada de uma maneira geral a pacientes com doenças somáticas, artigos que destacam o trabalho arteterapêutico especificamente aplicado a pacientes com câncer e artigos que se restringem a abordar o processo arteterapêutico relacionado ao luto (vivido por pacientes terminais ou por pessoas que perderam entes queridos).

Segundo KERN-PILCH (1980), através da prática arteterapêutica pertinente ao estudo do caso clínico de uma paciente com câncer em fase terminal, foi possível observar a transformação do contexto hospitalar em um espaço mais familiar e acolhedor. O processo artístico foi visto como compensatório diante de tantas perdas vividas pela paciente, além de auxiliá-la à fazer uma revisão a respeito da própria vida, entrando em contato com seus sentimentos com relação à morte.

RUDLOFF (1985), analisando também um caso clínico referente ao processo arteterapêutico de um adulto jovem com câncer, chama a atenção para o último desenho de seu paciente, observando o provável desejo de manutenção do vínculo terapêutico. Ela reconhece a necessidade de tomar consciência dos próprios sentimentos de perda mobilizados durante a intervenção com este paciente.

BORGMANN (2002), levando em consideração a demanda da população de pacientes oncológicos e as intervenções geralmente utilizadas no contexto hospitalar (terapia breve e de crise, programas educativos, terapia de grupo e manejo do estresse) destaca que a Arteterapia favorece a conexão entre Saúde Física e Mental ao oferecer concretamente a possibilidade de resgatar força e coragem através do processo artístico. Na análise do material artístico de três mulheres com câncer, ele observa a capacidade desempenhada por elas de identificar estratégias de enfrentamento através do processo expressivo. A Arteterapia com pacientes com câncer, segundo este autor, desperta novas possibilidades de resolução dos dilemas relacionados à doença, ampliando os recursos disponíveis para o enfrentamento da real situação.

LUZZATTO e GABRIEL (1998), desenvolvendo “workshops” com pacientes oncológicos, descreveram seis fatores terapêuticos relacionados à Arteterapia com esta população:

1. Catarse: encorajam os pacientes a se expressarem livremente, externalizando sentimentos e experiências internas sem qualquer tipo de censura, estimulando o “fazer bagunça”. O objetivo é oferecer espaço continente para a auto-expressão.

2. Criatividade: estimulam a observação do ambiente externo para depois favorecerem as associações criativas a partir da imagem inicial, desenvolvendo assim uma cadeia de imagens associativas que poderão resultar na elaboração da produção artística. O objetivo é favorecer a auto-estima e a autonomia.
3. Comunicação: colocam à disposição figuras e palavras recortadas de revistas para que os pacientes escolham as mais significativas, podendo expressar algo a respeito deles mesmos. O objetivo é reduzir os sentimentos de isolamento e depressão.
4. Contenção: encorajam os pacientes a visualizarem a experiência de estresse que pode ser uma vivência traumática ou a própria situação de doença, sendo depois estimulados a se expressarem sobre tal experiência. O objetivo é externalizar sentimentos intensos e prevenir a ansiedade.
5. Conexão: sugerem aos pacientes para que descrevam seus próprios meios de reação diante de situações traumáticas, reconhecendo seus próprios recursos de enfrentamento. O objetivo é propiciar a auto-compreensão e mobilizar recursos para o enfrentamento de situações difíceis.
6. Mudando a imagem: estimulam os pacientes a pintar uma paisagem sem vida para depois transformá-la em uma paisagem onde lentamente ocorre o crescimento de uma semente. O objetivo é promover a aquisição de novos significados e a renovação da esperança.

TARRAF (1999), através do estudo do caso clínico de uma adolescente com câncer acompanhada através de oficinas de Arte, levantou as seguintes categorias temáticas ao analisar o sentido da atividade artística para esta paciente:

- Arte como propiciadora de alívio das tensões
- Arte como facilitadora da expressão
- Arte como organizadora das experiências internas

- Arte como uma experiência prazerosa
- Arte favorece o reconhecimento do eu e do estilo pessoal
- Arte ajuda a pensar e transpor o significado do trabalho plástico para a vida
- Arte facilita o sonho e a fantasia
- Arte favorece a auto-estima

A compreensão do sentido da experiência artística para os próprios pacientes é fundamental para o aperfeiçoamento das intervenções, para a elaboração de programas específicos e para a introdução da própria Arte nos ambientes de assistência à Saúde.

BAILEY (1997) aborda a introdução da Arte em contextos de Saúde, principalmente em serviços de Oncologia, em unidades de Cuidados Paliativos e em “hospices”<sup>24</sup>. Ela se refere à Arte como possibilidade de expressão e reflexão, ajudando no confronto com a finitude (em situações de ameaça à vida). Também observa a possibilidade de suprir necessidades espirituais, podendo favorecer a regeneração do corpo, da mente, das emoções e do espírito. Considera que isto ajuda as pessoas a encontrarem o sentido da vida, reconectando-as à origem espiritual. Ela sugere várias formas de favorecer o acesso dos pacientes gravemente doentes à Arte dentro do próprio ambiente em que recebem tratamento e cuidados, como por exemplo, a criação de um espaço destinado à Arte, onde pacientes e familiares possam produzir juntos, a organização de bibliotecas para os pacientes, etc.

LANE e GRAHAM-POLE (1994) descrevem a implantação de um programa de Arteterapia em uma unidade de transplante de medula óssea onde passam a ser introduzidos “workshops” de Arte com pacientes, familiares e profissionais de Saúde que atuam na unidade. Uma das atividades descrita é, por exemplo, a elaboração de um jornal feito pelo próprio paciente à medida em que acrescenta de forma criativa elementos relacionados à sua própria história pessoal, trazendo aspectos do passado e do presente, podendo incluir a colaboração de outras pessoas se assim o desejar. Neste jornal, entretanto,

---

<sup>24</sup> “Hospices” são locais destinados ao abrigo e ao cuidado interdisciplinar específico ao paciente terminal.

o sujeito é estimulado à expressar-se livremente através de desenhos, pinturas e através da comunicação escrita, sendo uma oportunidade para a auto-expressão num espaço destinado à Arte criado dentro de um regime de isolamento.

A expressão criativa, através da atividade artística desenvolvida em casas de apoio, favorecendo o processo natural do desenvolvimento de crianças e adolescentes com câncer é o tema abordado por BAHIA (2002) em sua tese de doutorado. Segundo as palavras da própria autora:

(...) ao envolver a pessoa de forma ampla, o experimento teve uma influência direta sobre a saúde das crianças que participaram dos percursos. Exercitando todos os níveis possíveis de desenvolvimento, promoveu a comunicação de maneira fluida, disposta a satisfazer a necessidade de equilíbrio da criança doente. Na exploração dos materiais, foi possível vencer desafios, fazer nascer e crescer formas, descobrir espaços, dar um sentido para aquilo que não tinha nenhum. Neste processo rico, mas desafiador, alguns conseguiram mais, outros menos, alguns não prosseguiram, mas o pouco que experimentaram trouxe contentamento e abrandamento de aspectos enfermos (p. 160).

SPEISER e SPEISER (2003) relacionaram os resultados encontrados nos estudos de psicoimunologia sobre o câncer (que mencionam a repressão das emoções como fator que pode estar associado à progressão da doença) com os benefícios terapêuticos obtidos com a Arteterapia que favorece a expressão de imagens através das produções, podendo ter impacto no funcionamento do sistema imunológico.

HILTEBRAND (1999), abordando o trabalho com manipulação de imagens internas (visualização) na prática arteterapêutica com pacientes oncológicos, compreende que a imagem em si é uma ponte entre o corpo e a mente. O fluxo nesta ponte, entretanto, prossegue em mão dupla: das percepções do corpo para a mente e dos conteúdos da mente para o corpo. Assim, desenvolvendo um método que favorece a externalização de sensações internas (fisiológicas), observa a transposição destas sensações corporais para uma forma concreta, propiciando organização e compreensão das funções físicas. Por outro lado, através da internalização das percepções ao nível da consciência, as imagens podem

influenciar o funcionamento do corpo, tendo repercussão no sistema imunológico. Tanto o trabalho com imagens quanto a Arteterapia, isoladamente, não levam o paciente à cura, mas são métodos de intervenção que possibilitam uma participação mais ativa do sujeito em seu próprio tratamento.

LUZZATTO (1998) diferencia a atuação arteterapêutica no campo da Psiquiatria da atuação destinada a pacientes com câncer. Ela alerta para o fato de que, na primeira área citada, o foco da intervenção é o mundo interno do paciente que apresenta um sofrimento psíquico. Na segunda área, deve-se levar em consideração a existência da dor física que se expressa através de um sofrimento também psíquico e vice-versa. Assim, as estratégias terapêuticas deverão reconhecer a dimensão corporal, existindo a necessidade de alívio, de relaxamento e de experiências tranquilizadoras. Ainda assim, o trabalho do arteterapeuta deverá respeitar as necessidades individuais de cada paciente, desenvolvendo técnicas específicas para cada situação.

Outra diferença importante relacionada à intervenção com pacientes psiquiátricos e com pacientes oncológicos é o que LUZZATTO (1998) chama de “cultura do pensamento positivo” compartilhada entre os pacientes com câncer. Existe a crença de que o pensamento negativo favorece a progressão da doença ou a recidiva e, assim, estes pacientes tendem a querer encarar todo o tratamento mostrando-se sempre fortes e otimistas. Isto denota a articulação de defesas que os distanciam do sofrimento e, dentre estas defesas, observa-se mais intensamente o mecanismo de negação. Algumas vezes, a expressão do sujeito poderá ficar prejudicada pelo medo de compartilhar tais pensamentos e sentimentos, o que não significa que eles não existam. No processo arteterapêutico, assim como na psicoterapia, o objetivo é a ampliação da auto-consciência, mas, diante de tais resistências e defesas fortemente articuladas, a postura do profissional deverá ser de cautela e de respeito aos limites que o próprio sujeito nos mostra durante seu tratamento. Entretanto, é no espaço arteterapêutico que pode ocorrer a verdadeira expressão, pois neste espaço é possível trabalhar a expressão simbólica através das imagens elaboradas nas produções artísticas, ocorrendo a externalização de vivências relacionadas ao confronto com a morte sem que seja necessário nomeá-las.

Os processos inconscientes também podem ser compreendidos e elaborados durante a Arteterapia com pacientes oncológicos. Nesta perspectiva, DREIFUSS-KATTAN (1990) refere-se à postura do arteterapeuta diante do paciente oncológico como uma atitude de acolhimento. Este deverá ser capaz de acolher as imagens projetadas durante o processo criativo, mostrando-se assim capaz de acolher os conteúdos do mundo interno deste sujeito: suas ansiedades, angústias, temores e desejos, tornando possível que a figura do arteterapeuta seja introjetada por ele como objeto bom. Portanto, através deste processo, as ameaças de morte podem ser externalizadas através de suas intensas emoções, especialmente o ciúme e a raiva, sentimentos estes algumas vezes reprimidos ou negados. Os sentimentos destrutivos do paciente não são capazes de destruir o terapeuta, este, provavelmente, permanecerá intacto por ter consciência a respeito da experiência subjetiva do paciente. A possibilidade de expressão da realidade interna e a conscientização de alguns aspectos intrapsíquicos poderão auxiliar o sujeito com câncer em seu processo de auto-reparação. Segundo esta autora, as produções artísticas destes pacientes têm um significado especial: elas representam a fantasia de imortalidade do paciente e a permanência de um vínculo positivo que sobrevive mesmo após a morte ou ao término do tratamento. Assim, observa-se a esperança de sobrevivência através das produções artísticas deixadas (que refletem a personalidade total do paciente). Na intervenção com pacientes oncológicos, o que diferencia é a atmosfera psíquica específica, proveniente das repercussões psicológicas da situação de doença e tratamento.

A imagens elaboradas durante o processo arteterapêutico, principalmente aquelas relacionadas à experiência de confronto com a morte, vêm sendo foco do interesse de alguns profissionais que partem de uma perspectiva psicodinâmica, fundamentando seus estudos tanto na Psicanálise quanto na Psicologia Analítica Junguiana.

SIMON (1981) aborda em seu artigo o que denomina como “Arte do enlutado” (“bereavement art”). Esta autora se refere tanto às pessoas que estão conscientes das próprias perdas (embora não reconheçam em si a necessidade de expressar sentimentos relacionados ao luto) quanto às pessoas que não têm consciência do luto (por terem vivido situações de perda em períodos remotos da vida ou por terem passado por experiências dolorosas que os abalaram intensamente a ponto de reprimirem os sentimentos e as

lembranças antes de expressarem suas dores e lamentos). Este processo é observado no sujeito que se confronta com a morte ou com a iminência desta, seja a morte de uma pessoa próxima ou a sua própria morte. Também passam por vivências de luto aqueles que sofreram algum transtorno emocional, ocorrendo a permanência inconsciente de intensa emoção. Nestes casos, a autora menciona a presença da morte psíquica do “self”, também nomeada como morte psicológica. Ela demonstra em seu artigo que a Arteterapia pode favorecer a expressão do luto não-elaborado trazendo à tona vivências e sentimentos que emergem espontaneamente nas produções artísticas. Segundo o ponto de vista desta autora: “A resolução de conflitos relacionados ao luto liberta a energia criativa que pode então fluir indo ao encontro dos problemas reais e inevitáveis da vida e da morte” (p. 142).

Em seu artigo “Symbols in the graphic art of the dying” (Símbolos na Arte gráfica do morrer), TATE (1989) discute com profundidade a presença de importantes símbolos na produção artística de sujeitos que se confrontam com a morte. Salienta que não temos consciência de muitos de nossos sentimentos relacionados à morte e que, portanto, o contato direto com tais conteúdos, até então inconscientes, pode ser assustador. É, entretanto, através da prática arteterapêutica que estes símbolos poderão eclodir, auxiliando o paciente no contato com seu mundo interno.

Este autor cita ainda vários estudos sobre este tema, reunindo um importante material que, segundo ele, poderá auxiliar o arteterapeuta na intervenção voltada a pacientes sob a iminência da morte. Ele considera importante que este profissional tenha acesso aos “símbolos da morte” através do estudo da história da Arte, da arte funerária e da Tanatologia.

Dentre os símbolos presentes nas produções de pessoas que vivem sob a ameaça da morte, Tate comenta o estudo de Perkins<sup>25</sup> com crianças gravemente enfermas, destacando o predomínio do uso da cor preta nos desenhos; a expressão da casa como símbolo do “self” apresentando indícios da doença que a ameaça; o desenho de cobras representando ameaças; bem como a representação de ovos e pássaros que são interpretados como vida nova e esperança, no caso dos ovos, e, de maneira ambivalente, como espírito livre ou como animal necrófago como o corvo, no caso dos pássaros.

---

<sup>25</sup> PERKINS, C. *apud* TATE F.B. Symbols in the graphic art of the dying. The Arts in Psychotherapy. 16:115-120, 1989.

Também analisando desenhos de crianças com câncer, PERINA (1992) aborda a projeção da doença na representação gráfica da casa. Ela descreve o caso clínico de uma criança com leucemia que acompanha desde o momento do diagnóstico:

Desenha uma casa toda pintada de vermelho e uma árvore com manchas vermelhas (...) a falta de apoio e de estrutura para a casa e a árvore nesse momento inicial mostra exatamente como internamente vivenciava o diagnóstico do câncer. (...) É assim que a criança sente essa invasão de seu corpo pela leucemia (casa toda pintada de vermelho), como ameaça à sua vida, algo que pode destruí-la. (...) o ato de desenhar era a possibilidade de elaborar a situação tão catastrófica em que se encontrava (p. 84).

Perina acompanha a evolução clínica desta criança e observa mudanças importantes nos desenhos. As representações gráficas e os temas abordados correspondem à vivência pertinente ao momento de vida do paciente, sendo que esta mesma criança na fase de recaída da doença projeta temores e angústia de morte:

(...) Passou a desenhar monstros que lutavam entre si ou figuras de super-homens que tentavam destruí-los. Necessitava de seres onipotentes, fortes para destruir os monstros ameaçadores, ou a doença que começava a invadir novamente seu corpo (p. 88).

TATE (1989) também menciona o estudo de WADESON (1975) que analisa desenhos de adultos que apresentavam risco de suicídio ou que tinham história prévia de tentativas de suicídio. Neste material analisado, destacou-se a presença de espirais que foram relacionadas por algumas das próprias pacientes aos pensamentos suicidas.

Outro estudo bastante interessante citado por Tate foi realizado por Gordon<sup>26</sup>. Este explorou a hipótese de que a aplicação do Rorschach com pacientes terminais seria sensível aos sinais de reação do Ego frente à proximidade da morte. Ele elaborou este estudo, aplicando este instrumento de avaliação projetiva com quatro pacientes terminais, concluindo que as respostas ao teste confirmavam a teoria que concebe a existência simultânea de dois pólos na psique: desejo de vida e desejo de morte (pulsão de vida e

---

<sup>26</sup> GORDON, P. *apud* TATE F.B. Symbols in the graphic art of the dying. *The Arts in Psychotherapy*. 16:115-120, 1989.

pulsão de morte), sendo que a predominância de um deles pode estar associada à proximidade da morte mesmo quando não existe consciência sobre este fato.

Tate, baseado nestes estudos, argumenta em seu artigo que as imagens, temas e símbolos de morte podem aparecer nos desenhos e nos testes projetivos antes mesmo de que a noção de morte esteja consciente.

Esta é uma hipótese semelhante à hipótese levantada por HORTON (1998) quando aborda em seu estudo, baseado na análise e na discussão de um caso clínico, a possibilidade de expressão, através de imagens oníricas, de conteúdos inconscientes relacionados ao desenvolvimento do câncer. No caso descrito, a paciente havia realizado tratamento para câncer de mama e estava fora de terapia há três anos quando teve a recidiva da doença. Este autor, que trabalha com pacientes oncológicos fora de terapia (sem evidências de doença), destaca a importância dos terapeutas estarem atentos aos conteúdos oníricos (imagens simbólicas) e aos afetos associados que possam sugerir reincidência da doença. Os pacientes que estão em fase pós-tratamento (sem evidências de doença), estão vulneráveis à recidiva do câncer (principalmente nos primeiros dois anos), sendo fundamental à atenção aos conteúdos inconscientes como expressão da percepção corporal.

Com relação a este tema, podemos citar o estudo de RAMOS (1994) ao analisar o caso de uma paciente portadora de um melanoma. Através da compreensão mais profunda de seu processo analítico (que leva em consideração a análise de sonhos e também da expressão gráfica após aplicações da técnica de imaginação ativa), esta autora destaca um dos sonhos desta paciente que parece antecipar o aparecimento de um caroço. Assim, nesta ocasião, ela é submetida à biópsia com a hipótese de mais um tumor maligno. Ao longo de várias sessões, imagens extremamente significativas relacionadas à vivência intrapsíquica da paciente vêm à tona, favorecendo a ampliação de sua consciência, inclusive ao constatar a transferência negativa com o clínico que a acompanhava. Como resultado da biópsia, foi constatado um tumor de natureza benigna, afastando a hipótese tão temida da reincidência do câncer.

MANGO (1992) também apresenta em seu artigo um caso clínico. Entretanto, ela se refere ao caso de uma paciente idosa portadora de Demência de Alzheimer que participava de sessões de Arteterapia em grupo, elaborando produções que foram

consideradas pela autora como “metáforas de perdas” até que três meses depois a paciente recebe o diagnóstico de câncer. Neste artigo, ela discute a hipótese de que esta paciente detectou inconscientemente seu próprio processo de terminalidade, expressando em seus trabalhos artísticos conteúdos simbólicos que, segundo a autora, são semelhantes aos representados por pacientes com câncer. Ela, portanto, sugere a elaboração de estudos que comparem produções de pessoas que estão morrendo com produções de pessoas que não estão nas mesmas condições.

Quando nos remetemos ao mundo imagético de pacientes com doenças somáticas, numa perspectiva de diálogo do sujeito com seu próprio corpo, devemos levar em consideração que: “O fluxo das imagens interiores pode ter sua origem em percepções físicas. Em geral, o corpo pode assumir o lugar dos motivos a partir dos quais criamos nossas representações” (KAST, 1997b, p.172).

A partir deste ponto de vista, o trabalho arteterapêutico em Oncologia pode nos remeter à compreensão da dimensão psíquica relacionada à experiência do adoecer, pois os pacientes, em geral, projetam imagens muito significativas em seus trabalhos artísticos, mostrando conteúdos simbólicos pertinentes à situação pessoal na relação com o corpo, mas também trazendo à tona conteúdos que nos remetem à dimensão coletiva. As imagens simbólicas trazidas nas produções auxiliam o sujeito a entrar em contato com seu processo interior. Elas não precisam ser interpretadas pelo arteterapeuta, mas devem ser acolhidas e elaboradas.

MINAR (1999), ao trabalhar com pacientes oncológicos através da Arteterapia em grupo, observa a presença do que denominou como imagens do “agressor” e imagens do “curador” (“images of the hurter and the hearler”). As primeiras, imagens do “agressor”, podem ser aquelas relacionadas à própria doença, aos próprios sentimentos de pesar e às reações frente às mudanças na vida decorrentes do câncer. São, portanto, imagens que representam a dor, o sofrimento, as ameaças e temores. Nuvens negras, vulcões, rochas pontiagudas, explosões, ervas daninhas, furacões (vendavais), redemoinhos de água, algas marinhas, velas em combustão, pôr do sol, serpentes e florestas surgem nas produções artísticas dos pacientes. Para lidar e tratar do “machucado”, pacientes e terapeuta trabalham em conjunto, visando melhorar a qualidade de vida, buscando forças saudáveis internas

para combater a doença. Neste processo de mobilização de forças, as imagens do “curador” aparecem, às vezes, até nas mesmas produções onde as imagens do “agressor” estão presentes. Assim, cada indivíduo vê seu “curador” de maneira particular: metáforas de Deus, família, amigos... Surgem fontes de luz, fontes de água, novos horizontes, figuras em crescimento, figuras místicas, mandalas e símbolos de amor. Estes são os símbolos que ajudam os pacientes em seus processos de cura, ajudando-os a lidar com o “machucado”.

Como podemos observar, diversas correntes teóricas têm reconhecido a importância da Arte como recurso terapêutico, fortalecendo a concepção da expressão artística como processo subjetivo e ampliando a utilização destes recursos durante intervenções terapêuticas e psicoterapêuticas a outros campos onde a Psicologia e a Psiquiatria também passaram a ter representatividade. O profissional de Saúde Mental pôde agregar os conhecimentos extraídos de estudos sobre processos artísticos e subjetividade aos conhecimentos da Psicologia e da Psiquiatria clássicas.

Os estudos da Arte, encarada como um processo eminentemente subjetivo e, posteriormente, como recurso terapêutico, constituem a base da ampliação destes conhecimentos para outras áreas no campo da Saúde. Outros estudos são necessários para que esta intervenção seja especificamente elaborada e adequada às diferentes populações onde psicólogos e psiquiatras têm atuado. Neste sentido, observamos que na área da Psico-oncologia, a interface entre processo artístico e câncer tem sido pouco abordada em trabalhos científicos realizados no Brasil, recebendo maior destaque em publicações internacionais ainda em fase de expansão.

## **CAPÍTULO 3**

### **Justificativa e Objetivos**

---

### 3.1- JUSTIFICATIVA

Dentre as especialidades médicas, a Oncologia vem se desenvolvendo amplamente nas últimas décadas. Os tratamentos destinados à cura e ao aumento da sobrevida para pacientes com câncer têm progressivamente evoluído, sendo também valorizada a manutenção da qualidade de vida. A participação das equipes interdisciplinares nesta área tem colaborado para a assistência integral às necessidades dos sujeitos portadores de neoplasias malignas. No entanto, na realidade brasileira, esta contribuição tem permanecido isolada em alguns serviços particulares, sendo que poucos serviços públicos incluem profissionais provenientes de variadas formações, trabalhando em conjunto na assistência ao sujeito doente. Portanto, existe ainda um vasto campo que precisa ser explorado no que se refere à ampliação das intervenções que possam trazer benefícios na prevenção, recuperação e reabilitação junto a esta importante área da assistência médica.

Na prática, a perspectiva da Medicina, de uma maneira geral, ainda adota um modelo de intervenção exclusivamente voltado para o corpo enfermo, preservando a dissociação corpo-mente e mantendo a barreira que separa e isola a prática do médico da prática dos demais profissionais da Saúde. É preciso tornar real e viável a proposta de humanização do espaço hospitalar e para isso se faz necessária a construção de um elo entre diversas áreas, num investimento conjunto totalmente voltado para a recuperação e reintegração do sujeito doente.

A Psico-oncologia surgiu para suprir algumas destas lacunas no atendimento aos pacientes com câncer, pois a experiência de doença, tratamento e reabilitação traz importantes repercussões psicológicas, familiares e sociais. Além disso, as próprias condições e predisposições relacionadas a estas três esferas poderão ser consideradas como fatores importantíssimos quando procuramos compreender o desenvolvimento da doença, a adesão e a resposta ao tratamento oncológico, a remissão ou a recidiva do câncer, a reintegração psicossocial após término de tratamento e o próprio processo de terminalidade.

Neste sentido, levando-se em consideração a crescente necessidade de inovação nas abordagens diagnósticas e terapêuticas no campo da Psico-oncologia e sendo esta uma área ainda em plena expansão, enfatizamos a importância de estudos que abordem a

implementação de novas técnicas especificamente adequadas às características da população de pacientes oncológicos. Abordagens terapêuticas ainda pouco estudadas, quando utilizadas com esta população, como é o caso da Arteterapia, devem ser focos de novos estudos que servirão tanto para a expansão de nossos conhecimentos sobre a experiência subjetiva dos pacientes, numa análise psicodinâmica ou psicossocial, quanto para o aprimoramento de terapêuticas mais adequadas ao ambiente hospitalar e à realidade dos pacientes. São necessários principalmente estudos que tenham o objetivo de aprofundar a compreensão de processos intrapsíquicos de pacientes oncológicos para que cada vez mais seja possível o refinamento da intervenção psicoterapêutica nesta área.

A Arteterapia é uma abordagem com longa tradição na área da Psiquiatria. Todavia, sua utilização no ambiente do hospital geral, com pacientes portadores de doenças somáticas, ainda requer subsídios teóricos e práticos mais consistentes que melhor fundamentem sua eficácia como instrumento diagnóstico psicodinâmico e como estratégia psicoterapêutica.

## **3.2- OBJETIVOS**

### **3.2.1- Objetivo geral**

Estudar a evolução psicodinâmica dos sujeitos incluídos nesta pesquisa (pacientes oncológicos), privilegiando a expressão imagética, analisando a seqüência de produções artísticas realizadas ao longo do processo arteterapêutico.

### **3.2.2- Objetivos específicos**

- Compreender, psicodinamicamente, o conteúdo projetivo presente nas expressões artísticas dos pacientes.
- Relacionar informações sobre a história de vida e sobre a história clínica destes pacientes com os conteúdos projetivos das produções artísticas.

- Estudar o material clínico pertinente aos casos descritos neste estudo, relacionando dados obtidos a partir de três métodos de análise:
  - ✓ Análise do conteúdo verbal, baseada nos relatórios de entrevistas e de sessões arteterapêuticas gravadas e posteriormente transcritas.
  - ✓ Análise estrutural gráfica, baseada em estudos que fundamentaram alguns dos testes projetivos gráficos, segundo HAMMER (1991).
  - ✓ Análise das imagens simbólicas projetadas nas produções artísticas, de acordo com referencial da Psicologia Analítica Junguiana.

## **CAPÍTULO 4**

### **Os Passos da Pesquisa: Métodos e Aspectos Éticos**

---

## **4.1- PERCURSO METODOLÓGICO**

### **4.1.1- Método clínico-qualitativo**

Este trabalho de tese tem como base a abordagem qualitativa de pesquisa. Contudo, levando em consideração as particularidades de uma investigação clínica (destinada aqui ao estudo de casos clínicos), adotamos mais especificamente o método clínico-qualitativo, sendo este um termo desenvolvido por TURATO (2003) que melhor caracteriza o enfoque metodológico aqui utilizado, o que nos permitiu compreender mais profundamente os aspectos subjetivos externalizados pelos pacientes durante as entrevistas e as sessões de Arteterapia.

Este método tem origem na abordagem qualitativa de pesquisa que contempla, por sua vez, um grande campo de investigações de importante repercussão em variadas áreas. Portanto, o método clínico-qualitativo parte desta tradição metodológica que valoriza, sobretudo, a busca pelos sentidos e pelas significações.

A abordagem qualitativa enfatiza o processo das relações humanas, reconhecendo a presença do pesquisador como participante do estudo (DENZIN e LINCOLN, 1994). A intersubjetividade é levada em consideração, sendo que o pesquisador é visto como elemento que pode interferir nas atitudes e respostas dos sujeitos pesquisados (MINAYO, 1996). Neste sentido, a tão almejada neutralidade, enfatizada em alguns estudos, deixa de ser prioridade, pois a própria relação estabelecida entre pesquisador e pesquisado é levada em consideração, sendo que o registro sistemático e completo das informações pertinentes à pesquisa permitirá uma compreensão global dos objetos de estudo (BECKER, 1993).

No enfoque qualitativo, os sujeitos da pesquisa são porta-vozes das representações de determinados grupos, dentro de um recorte histórico, socioeconômico e cultural. Revelam padrões culturais, valores e vivências pertinentes ao contexto no qual estão inseridos (MINAYO, 1996). Por outro prisma, estes indivíduos também revelam aspectos singulares de suas personalidades relacionados às experiências intrapsíquicas vividas intensamente.

TURATO (2003), ao definir o método clínico-qualitativo, enfatiza esta derivação da pesquisa qualitativa geral, descrevendo importantes características, das quais destacaremos algumas:

- Interesse do pesquisador voltado às significações dos fenômenos no campo da Saúde.
- O campo de pesquisa é o ambiente natural onde podem ser observados os fenômenos pertinentes à investigação (“settings da Saúde”, de acordo com o próprio autor, p.250).
- É imprescindível o acolhimento às angústias e ansiedades dos sujeitos da pesquisa numa atitude clínica, levando em consideração também as angústias e ansiedades mobilizadas no próprio pesquisador como propulsoras da pesquisa.
- O pesquisador é o instrumento para a coleta de dados e é também ele quem estabelece uma relação de intervenção clínica.
- O pesquisador também atua como bricoleur, tendo a função de construir objetos novos que são compostos a partir de fragmentos de outros objetos. Esta atitude está presente na coleta de dados, quando o pesquisador faz uso de variados recursos e de variadas fontes para compreender mais amplamente o foco de seu estudo. Esta característica também está presente no momento de análise dos conteúdos coletados, à medida em que se torna necessário agregar diferentes referenciais teóricos e diferentes ferramentas de interpretação de resultados.
- A compreensão do processo é superior à constatação do produto como resultado de correlações.
- A pesquisa se respalda em referenciais teóricos e também nas próprias experiências e percepções do pesquisador.

- Ao longo da redação da pesquisa, os processos compreendidos durante o estudo são descritos e interpretados, sendo mencionadas como elementos ilustrativos as citações literais dos próprios sujeitos pesquisados, sendo tecidas relações entre a dimensão interpretativa e o contexto real dos sujeitos.
- Não são feitas generalizações dos resultados e nem tão pouco espera-se a obtenção dos mesmos resultados com a repetição do método em outras situações. O que se espera é que as conclusões e reflexões da pesquisa possam ser levadas em consideração na compreensão de fenômenos que ocorram em situações semelhantes, podendo contribuir ao enriquecer novas discussões no campo das ciências que visam a compreensão do ser humano.

#### **4.1.2- Sujeitos**

Incluímos neste estudo dois pacientes adultos jovens que tiveram diagnósticos de doença neoplásica maligna, um deles estando em fase de tratamento oncológico paliativo<sup>27</sup> e, o outro, estando fora de terapia, em período de seguimento<sup>28</sup> (ambas as situações descritas se referem ao momento de inclusão dos pacientes na pesquisa). Eles já haviam sido acompanhados anteriormente em psicoterapia individual (com uso esporádico de recursos artísticos), tendo também participado de sessões abertas do Grupo de Arteterapia destinado a pacientes oncológicos adultos jovens (entre 18 e 35 anos aproximadamente), ambos os atendimentos (individual e grupal) realizados pela psicóloga responsável por esta pesquisa no Ambulatório de Oncologia do HC-UNICAMP.

---

<sup>27</sup> Tratamento que não apresenta objetivos de recuperação completa do câncer pelo fato da doença não mais responder aos tratamentos curativos, sendo destinado a pacientes fora de possibilidades terapêuticas de cura para melhoria da qualidade de vida, controle do crescimento tumoral e aumento da sobrevida.

<sup>28</sup> Pacientes oncológicos fora de terapia por não apresentarem mais evidências de doença após realização de tratamento (cirúrgico, radioterápico ou quimioterápico), mas que permanecem em seguimento devido ao importante risco de recidiva do câncer, tendo retornos periódicos no ambulatório para consulta e exames.

O número de sujeitos que fizeram parte deste estudo passou a ser redefinido durante a coleta de dados. Convidamos alguns pacientes oncológicos para participarem desta pesquisa, de acordo com o interesse no trabalho arteterapêutico e com as condições clínicas iniciais para retornos semanais ou quinzenais no ambulatório, sendo apresentado posteriormente o Consentimento Livre e Esclarecido para a autorização oficial (Anexo 1). Dos pacientes convidados, alguns não apresentaram boa adesão durante o período mínimo de seis meses e, portanto, foram excluídos do estudo.

A definição do número de sujeitos realizada ao longo do próprio processo de coleta de dados é um critério utilizado em estudos qualitativos. O fato de não se trabalhar com conhecimentos e afirmações prévias sobre os fenômenos que serão estudados, leva o pesquisador a definir ou a redefinir o número de sujeitos no decorrer da própria pesquisa, pois sua inserção no campo de estudo fará com que lide diretamente com as situações dinâmicas peculiares ao ambiente ou à população pesquisada, de modo que possa se ater gradualmente aos casos que emergem no campo (TURATO, 2003).

Neste estudo, estaremos utilizando nomes fictícios quando nos referirmos aos sujeitos da pesquisa, adotando os nomes: Renato e Pedro. Os dois tiveram diagnóstico de Tumor Ósseo, sendo que Renato teve um Sarcoma de Ewing e Pedro um Osteossarcoma.

Sarcoma de Ewing é uma doença que prevalece na adolescência, ocorrendo geralmente progressivo aumento da dor e do tumor até o diagnóstico da doença, tendo como outros possíveis sintomas: febre baixa, mal-estar, cansaço, fraqueza, anemia e sintomas de gripe. Ao diagnóstico, freqüentemente encontram-se metástases nos pulmões e ossos. Já o Osteossarcoma prevalece em adolescentes e em adultos jovens. Os sintomas mais comuns são dores, inchaço e ocasionalmente aumento da temperatura no local. Há ocorrência de metástases precoces, sendo que cerca de 70% dos pacientes recém diagnosticados apresentam metástases não observáveis clinicamente. Estas são mais comuns nos pulmões e o prognóstico está associado a sua ocorrência (VOUTE e HANHAN, 1991).

Descrevemos a seguir, no Quadro 1, algumas características demográficas e alguns dados relacionados à situação de doença e tratamento dos sujeitos da pesquisa:

**Quadro 1- Caracterização dos sujeitos da pesquisa\***

<b>Características</b>	<b>Paciente 1:</b>	<b>Paciente 2:</b>
	<b>Renato</b>	<b>Pedro</b>
<b>Sexo</b>	Masculino	Masculino
<b>Idade</b>	23	24
<b>Estado Civil</b>	Solteiro	Solteiro
<b>Escolaridade</b>	Primeiro grau incompleto	Segundo grau completo
<b>Ocupação</b>	Auxiliar de produção	Escrevente de cartório
<b>Situação empregatícia no início da coleta de dados</b>	Afastado por motivo de saúde	Afastado por motivo de saúde
<b>Religião</b>	Católico, posteriormente freqüentando Igreja Universal**	Não definiu nenhuma religião, mas dizia acreditar em Deus
<b>Diagnóstico</b>	Sarcoma de Ewing	Osteossarcoma
<b>Data de entrada no Serviço de Oncologia</b>	Setembro de 1999	Janeiro de 2000
<b>Tratamentos realizados durante período de coleta de dados</b>	Quimioterapia e radioterapia	Apenas em seguimento oncológico, estando fora de terapia
<b>Situação clínica durante período de coleta de dados</b>	Fora de possibilidades terapêuticas de cura	Sem evidência de doença

\* As informações sobre tratamento se referem ao período da coleta de dados, não sendo levado em consideração neste quadro o período de seguimento psicoterapêutico anterior ao início da pesquisa.

\*\* Praticante após diagnóstico de câncer.

### **4.1.3- Contexto da pesquisa**

Conciliando intervenção e pesquisa, este estudo teve início a partir de um trabalho psicoterapêutico com o uso de recursos artísticos que já vinha sendo desenvolvido no Ambulatório de Oncologia Clínica do Hospital das Clínicas da UNICAMP. Com a implantação de um trabalho voltado à assistência psicológica junto ao Serviço de Oncologia deste hospital (que se iniciou em agosto de 1998), passamos a introduzir técnicas expressivas (desenho e pintura) durante as intervenções psicológicas individuais e em grupo (com o objetivo de ampliação da expressão e da conscientização do mundo psíquico) com pacientes oncológicos em variados estágios da doença e do tratamento.

Esta pesquisa, portanto, foi desenvolvida em um hospital público e universitário, localizado na cidade de Campinas, Estado de São Paulo, sendo a coleta de dados praticamente toda realizada no Ambulatório de Oncologia Clínica do Hospital das Clínicas da UNICAMP. As sessões realizadas neste ambulatório ocorreram em uma das cinco salas de atendimento destinadas à consulta médica, aos procedimentos da equipe de enfermagem e ao atendimento psicológico. Apenas uma sessão considerada nesta pesquisa ocorreu na Enfermaria de Oncologia do HC-UNICAMP, com o paciente Renato, em função de sua hospitalização. Outras sessões que ocorreram durante a internação deste mesmo paciente, pouco tempo antes de sua morte, não foram gravadas em respeito à gravidade de seu estado clínico (em estado terminal), sendo, portanto, apenas mencionadas neste estudo. Assim, a escolha dos locais onde realizamos as intervenções levou em consideração a realidade institucional e a necessidade dos próprios pacientes.

A seguir, apresentamos o Quadro 2, referente aos locais onde foram realizadas as sessões com descrição do tipo de intervenção, levando em consideração a participação de cada sujeito:

**Quadro 2- Locais onde foram realizadas as sessões\***

<b>Locais</b>	<b>Tipos de intervenção</b>	<b>Paciente 1: Renato</b>	<b>Paciente 2: Pedro</b>	<b>Total</b>
Sala de atendimento no ambulatório	Entrevistas, sessões de Arteterapia, sessões verbais e de relaxamento e visualização	20 sessões	17 sessões	37 sessões
Quarto coletivo na enfermaria	Sessão verbal	1 sessão	0	1 sessão
<b>Total</b>		21 sessões	17 sessões	38 sessões

\* Neste quadro, foram incluídas todas as sessões, desde o período anterior à coleta de dados.

**4.1.4- Procedimentos na coleta dos dados**

Após reestabelecer contato com Renato e Pedro no ambulatório, depois de um longo período de interrupção da psicoterapia, retomamos os atendimentos, convidando-os para participar deste estudo clínico. Assim, realizamos a entrevista semi-estruturada (para completar informações), começando, em seguida, o processo arteterapêutico.

Delimitamos, entretanto, uma data final para a coleta de dados, considerando um período de duração mínima do seguimento para ser incluído neste estudo. O fato de determinarmos data limite, significa que tivemos a intenção de fazermos um recorte no processo arteterapêutico de cada sujeito com finalidade de estudo, não sendo necessariamente a finalização da intervenção arteterapêutica. Esta foi nossa proposta inicial para a conclusão da coleta de dados, sendo posteriormente considerada apenas para finalizar o registro das sessões de Pedro, pois Renato foi a óbito antes desta data. Segue abaixo quadro explicativo:

### Quadro 3- Data limite e duração mínima da coleta de dados

Data limite para finalizar a coleta de dados	Final de julho de 2003
Duração mínima do seguimento arteterapêutico	6 meses

Os períodos de seguimento destinados à coleta de dados, realizada com os dois pacientes, tiveram durações entre dez e onze meses. Devemos enfatizar que estes períodos referem-se ao tempo da coleta de dados da pesquisa em que as sessões foram registradas integralmente. Segue quadro explicativo:

### Quadro 4- Período de seguimento arteterapêutico de cada sujeito da pesquisa \*

Pacientes	Meses em 2002												Meses em 2003						
	02	03	04	05	06	07	08	09	10	11	12	01	02	03	04	05	06	07	
Paciente 1 Renato										**									
Paciente 3 Pedro																			

\* Referente apenas ao período de coleta de dados da pesquisa

\*\* O paciente Renato e seus familiares receberam assistência psicológica até a data de sua morte.

Como temos visto até aqui, ao longo desta tese, mencionaremos dois momentos distintos: o período de coleta de dados e, ocasionalmente, o período de seguimento psicoterapêutico anterior à pesquisa (psicoterapia individual e sessões de Arteterapia em grupo). Portanto, é preciso que fique claro que também nos reportaremos às sessões e às respectivas produções artísticas dos pacientes realizadas em fase anterior do tratamento oncológico. Este material é bastante significativo e nos auxiliou a compreender mais profundamente o processo subjetivo de cada um destes sujeitos. Entretanto, o período descrito no quadro acima e o tempo de seguimento de cada paciente que acabamos de descrever não se referem a estas sessões psicoterapêuticas que antecederam o início desta pesquisa.

Todas as sessões analisadas neste estudo, que ocorreram no período destinado à coleta de dados da pesquisa, foram gravadas com a autorização prévia dos pacientes, sendo transcritas em momento posterior. As sessões referentes ao seguimento anterior ao estudo foram registradas em relatórios redigidos logo após cada sessão. Todas as produções artísticas foram arquivadas e também digitalizadas (formando um arquivo de imagens digitais) para serem posteriormente analisadas.

Pesquisamos também informações sobre estes pacientes nos prontuários do Serviço de Oncologia, adicionando, quando necessário, informações fornecidas pela equipe de Saúde.

#### **Quadro 5- Material clínico referente ao processo psicoterapêutico anterior ao início da pesquisa**

<b>Sujeitos</b>	<b>Período de seguimento psicoterapêutico anterior</b>	<b>Número de produções anteriores incluídas</b>
Paciente 1: Renato	Entre os meses de julho e novembro de 2000: Durante quimioterapia adjuvante <sup>29</sup> (pós-operatória)	4 produções, sendo 2 delas realizadas durante atendimento em grupo
Paciente 2: Pedro	Entre os meses de fevereiro de 2000 e setembro de 2001: Sessões esporádicas desde o início da quimioterapia neo-adjuvante <sup>30</sup> (pré-operatória) até período que apresentou dificuldade de adesão após cirurgia (optando por não fazer a quimioterapia adjuvante)	5 produções, sendo 1 delas realizada durante atendimento em grupo

<sup>29</sup> Quimioterapia complementar que é indicada na ausência de qualquer evidência de doença em atividade.

<sup>30</sup> Quimioterapia que tem o objetivo de facilitar o tratamento definitivo do tumor primário.

#### **4.1.4.1- Entrevistas**

A entrevista é uma situação de interação entre pesquisador e sujeito, ou se preferirmos considerar esta relação a partir da perspectiva clínica, entre psicoterapeuta (ou arteterapeuta) e paciente, portanto, não deve ser considerada como uma mera coleta de dados. Neste sentido, devemos ficar atentos à natureza das relações estabelecidas que podem comprometer as informações fornecidas pelo entrevistado neste campo intersubjetivo (MINAYO, 1996).

Este processo de intersubjetividade envolve também o nível das relações emocionais, sendo que a mobilização de sentimentos no entrevistador, no enfoque da investigação clínica, também pode ser vista como um meio de compreender a experiência do entrevistado (REUCHLIN, 1979).

Segundo BLEGER (1995), podemos diferenciar alguns tipos específicos de entrevistas. De acordo com a estrutura, temos entrevistas abertas ou fechadas e, de acordo com os benefícios que podem ser obtidos, temos entrevistas que têm o entrevistado como beneficiado (consulta psicológica e psiquiátrica), o entrevistador como beneficiado (entrevista de pesquisa) ou a instituição como beneficiada.

Neste estudo, utilizamos como instrumento de pesquisa a entrevista semi-estruturada que combina questões fechadas e abertas. Este tipo de técnica difere da entrevista não-estruturada somente em função do grau, pois ambas partem de um roteiro que visa orientar o pesquisador na investigação científica de determinado fenômeno, norteando os objetivos propostos no projeto inicial. O roteiro de entrevista contempla dados objetivos que podem também ser obtidos através de outras fontes, e dados subjetivos que se referem às atitudes, valores, opiniões e sentimentos peculiares à experiência do sujeito entrevistado (MINAYO, 1996).

Utilizamos, portanto, um roteiro semi-estruturado (Anexo 2) que serviu de orientação na entrevista realizada no momento em que retomamos o processo psicoterapêutico com os dois pacientes. Este contém, primeiramente, um questionário com tópicos fechados sobre dados de identificação e dados demográficos, incluindo,

posteriormente, questões e itens mais amplos, contemplando história de vida, antecedentes familiares relacionados à neoplasia e aos transtornos psicológicos e psiquiátricos, e dados sobre saúde e doença pertinentes ao paciente, incluindo aspectos psicológicos e psiquiátricos, história da doença oncológica e itinerários terapêuticos.

#### **4.1.4.2- Sessões de Arteterapia, sessões verbais e sessões de relaxamento e visualização<sup>31</sup>**

É importante esclarecemos que a proposta de intervenção adotada foi a Arteterapia (especialmente a vertente da Arteterapia que privilegia o enquadre psicoterapêutico, também denominada Arte Psicoterapia)<sup>32</sup>. No entanto, durante o seguimento de cada paciente, em algumas ocasiões, observou-se grande demanda para a expressão verbal. Em situações específicas, optamos por sessões exclusivamente verbais, sendo usado também relaxamento e visualização como recurso para a redução da ansiedade ou como técnica favorável à posterior expressão artística. Por focalizar neste estudo, a evolução psicodinâmica dos pacientes, consideramos relevante incluir também estas sessões em nossa análise.

As sessões de Arteterapia tiveram duração média entre 1 hora e 1 hora e 30 minutos, chegando, excepcionalmente, a ter 2 horas de duração. As sessões exclusivamente verbais ou com utilização de relaxamento e visualização tiveram duração entre 30 e 50 minutos. Em geral, foram agendados retornos semanais ou quinzenais, de acordo com as possibilidades de deslocamento dos pacientes até o hospital. O intervalo entre uma sessão e outra sempre foi flexível em função das possíveis intercorrências acarretadas tanto pela situação de doença e tratamento quanto pela condição socioeconômica vivida pelos pacientes. Portanto, em situações específicas, os retornos ocorreram com menor frequência.

---

<sup>31</sup> As sessões de Arteterapia foram supervisionadas pela psicóloga e arteterapeuta Joya Eliezer.

<sup>32</sup> Ao longo desta tese, estaremos utilizando tanto o termo Arteterapia quanto Psicoterapia, já que incluímos sessões com uso de recursos artísticos, sessões verbais e de relaxamento e visualização, priorizando o enfoque da Arte Psicoterapia.

A seguir, apresentamos Quadro 6 referente à frequência das sessões, de acordo com o tipo de intervenção:

**Quadro 6- Frequência das sessões de Arteterapia, das sessões verbais e das sessões de relaxamento e visualização\***

<b>Entrevistas, sessões verbais e sessões de relaxamento e visualização</b>	<b>Paciente 1: Renato</b>	<b>Paciente 2: Pedro</b>	<b>Total de sessões</b>
Sessões de entrevista	2 sessões	2 sessões	4 sessões
Sessões de Arteterapia	15 sessões	13 sessões	28 sessões
Sessões verbais	3 sessões	2 sessões	5 sessões
Sessões de relaxamento e visualização	1 sessão	Nenhuma	1 sessão
<b>Total</b>	<b>21 sessões</b>	<b>17 sessões</b>	<b>38 sessões</b>

\* Referente ao total de sessões descritas neste estudo, incluindo período anterior a coleta de dados.

Durante este período de seguimento referente à coleta de dados, observamos a qualidade da adesão à proposta arteterapêutica; assim, registramos as sessões canceladas e as faltas. Veja Quadro 7 que descreve estes dados:

**Quadro 7- Frequência de sessões em relação aos cancelamentos e faltas\***

	<b>Paciente 1: Renato</b>	<b>Paciente 2: Pedro</b>	<b>Total</b>
Total de sessões	17 sessões	12 sessões	29 sessões
<b>Cancelamentos e faltas</b>			
Cancelamentos	6 sessões	3 sessões	9 sessões
Faltas	Nenhuma	7 sessões	7 sessões
Total de faltas e cancelamentos	6 sessões	10 sessões	16 sessões

\* Referente ao período de coleta de dados da pesquisa, quando passamos a registrar estas informações. O total de sessões também se refere apenas a este período.

Nesta proposta de pesquisa e assistência consideramos fundamental delimitarmos nossa intervenção de acordo com a adequação ao “setting” hospitalar (num enfoque da Psicologia Hospitalar e especialmente da Psico-oncologia) e de acordo com o enquadre arteterapêutico (Arte Psicoterapia), destacando novamente que a intervenção seguiu os parâmetros operacionais da Arteterapia. Já a análise psicodinâmica posterior do material artístico dos pacientes foi orientada predominantemente pelo referencial teórico da Psicologia Analítica Junguiana.

Quanto às sessões de Arteterapia, estas seguiram um protótipo geral de evolução que descreveremos a seguir:

Ao início de cada sessão, freqüentemente ocorria a verbalização espontânea do paciente sobre o decorrer da semana ou do período entre as sessões, algumas vezes, prevalecendo o relato sobre situações vivenciadas e sobre sentimentos e conflitos mobilizados.

Após este momento inicial, introduzíamos a técnica arteterapêutica selecionada previamente para aquela determinada sessão. Assim, esclarecíamos os procedimentos para a atividade e colocávamos à disposição o material destinado à realização do trabalho artístico.

A técnica artística geralmente era sugerida, mas o paciente tinha liberdade para recusar-se a desenvolver determinada atividade ou para optar por outra técnica que ele mesmo julgasse mais adequada ou interessante. Portanto, em algumas sessões, oferecemos o material e propomos alternativas para o desenvolvimento do processo artístico, mas, sempre ficou a critério do paciente a escolha do procedimento e do percurso criativo. Descrevemos, portanto, no próximo item deste capítulo (Técnicas arteterapêuticas), apenas os procedimentos escolhidos e desenvolvidos pelos próprios pacientes.

Sendo introduzida a técnica, acompanhávamos o processo de criação do paciente, dando suporte e estímulo à expressão subjetiva e observando as reações frente à cada etapa da atividade. Com relativa freqüência, os pacientes falavam durante a produção, demonstrando sentimentos despertados no processo criativo, fazendo comentários sobre o

projeto artístico em fase de execução, mencionando inclusive as dificuldades apresentadas, ou ainda, estabelecendo um diálogo sobre conteúdos não diretamente relacionados à atividade, descrevendo fatos ocorridos ou conflitos pertinentes naquele momento.

Dependendo da técnica utilizada, alguns pacientes necessitaram de duas sessões para finalizar a produção, ou em alguns casos, uma sessão foi destinada à execução da atividade artística e outra sessão ficou restrita à expressão verbal sobre a experiência criativa. Entretanto, a maior parte das expressões artísticas foi realizada em uma única sessão (Quadro 8).

Finalizada a produção, estimulávamos o paciente a verbalizar sobre sua vivência durante a elaboração do trabalho expressivo, dizendo como se sentiu, o que achou da atividade, etc. Pedíamos para contar qual havia sido seu projeto artístico inicial, esclarecendo o tema de sua produção e relatando mais detalhes sobre o objeto elaborado. Também solicitávamos a expressão das associações livres com relação à produção final, pedindo inclusive a reflexão sobre possíveis relações entre a obra elaborada e as experiências subjetivas do próprio paciente-autor.

#### **4.1.4.2.1- Técnicas arteterapêuticas**

A escolha das técnicas que foram utilizadas na seqüência de sessões com cada paciente levou em consideração a adequação de seus objetivos terapêuticos à vivência de cada paciente e à aplicabilidade de seus procedimentos na adaptação ao ambiente hospitalar. Do ponto de vista institucional, esta escolha visou justamente esta adaptação à estrutura e à dinâmica do Serviço de Oncologia, num contexto predominantemente ambulatorial. Do ponto de vista de cada paciente, esta opção visou a adequação à situação de doença, tratamento ou seguimento, ao estado psicológico de cada um e à própria evolução psicodinâmica durante o seguimento arteterapêutico, considerando progressivamente as técnicas utilizadas e a observação de seus respectivos benefícios terapêuticos.

Com relação ao período de seguimento psicoterapêutico anterior à pesquisa, devemos esclarecer que nos restringimos à utilização da técnica de Desenho / Pintura baseada na expressão semidirigida, como veremos a seguir na descrição específica das técnicas. Aqui nos referimos tanto às produções realizadas em sessões individuais quanto às produções realizadas em sessões do Grupo de Arteterapia. Entretanto, no processo individual, esta técnica foi utilizada esporadicamente como recurso terapêutico facilitador da expressão de conteúdos internos dentro de um processo psicoterapêutico baseado na expressão verbal. Já no que se refere ao processo grupal, o enquadre da intervenção era delimitado especificamente pelo referencial arteterapêutico e os pacientes adultos jovens que estavam no ambulatório (à espera de consulta ou da aplicação da quimioterapia) eram convidados a participar de uma sessão em grupo, não existindo necessariamente continuidade do processo terapêutico, podendo ser considerado um atendimento de sessão única. Neste enquadre, os pacientes eram estimulados a expressarem seus sentimentos e suas vivências através das atividades gráficas e pictóricas para num segundo momento verbalizarem a respeito.

A seguir, descreveremos cada técnica utilizada com os pacientes participantes deste estudo, destacando materiais, objetivos e procedimentos, de acordo com nossa própria experiência clínica.

### **A) Desenho / Pintura**

#### **Materiais:**

Giz de cera colorido, lápis de cor, lápis grafite, borracha, tintas guache, acrílica ou plástica, pincéis de vários tamanhos (nº 0, 6 e 14), prato para mistura de cores, copo, toalha de papel absorvente, papel Canson tamanho A3, papel sulfite ou tela tamanho 22 x 16 cm.

#### **Variações da técnica:**

A.1. Expressão semidirigida

A.2. Expressão após relaxamento e visualização

A.3. Expressão após apreciação estética de cópias impressas de obras de Arte

A.4. Expressão em quadrinhos

A.5. Expressão a partir de círculo desenhado no papel

### **A.1. Expressão semidirigida**

#### **Objetivo:**

Favorecer a projeção de conteúdo imagético, permitindo a expressão de vivências relacionadas ao contato com o mundo interno e externo (aspectos pessoais e coletivos).

#### **Procedimentos:**

Deixamos o material artístico à disposição, sugerindo ao paciente que o explore a vontade, expressando-se gráfica e/ou pictoricamente. Pode-se oferecer toda variedade de material ou também é possível selecionar apenas alguns para restringir a utilização, por exemplo, oferecendo-se apenas papel Canson e giz de cera ou apenas tela e tinta acrílica. Estas alternativas devem levar em consideração a intenção de trabalhar com materiais constituídos de maior ou menor plasticidade. A opção pelo desenho, pela pintura ou por ambos na elaboração do trabalho criativo permanece a critério do próprio paciente. É claro que, às vezes, o próprio material oferecido pode sugerir maior adequação para o desenho ou para a pintura. Consideramos semidirigida a modalidade expressiva desta técnica porque estimulamos o sujeito a expressar-se através de imagens que lhe sejam significativas e que externalizem sua experiência subjetiva. Finalizada a produção, como em todas as atividades artísticas, trabalhamos com as associações livres referentes à imagem projetada.

### **A.2. Expressão após relaxamento e visualização**

#### **Objetivo:**

Promover a redução da ansiedade, auxiliando o paciente a se concentrar na proposta arteterapêutica e a se desligar momentaneamente da rotina agitada do ambulatório. Com isto, visamos trabalhar com a conscientização corporal e favorecer o contato do sujeito com vivências e imagens internas que deverão ser externalizadas posteriormente através da expressão gráfica e/ou pictórica.

### **Procedimentos:**

Reunimos aqui duas técnicas distintas: relaxamento e visualização seguidos por desenho / pintura.

Após as orientações iniciais para o relaxamento (para o paciente acomodar-se de maneira confortável, procurando se encostar na cadeira, apoiando a cabeça na parede e fechando os olhos), favorecemos o estado de relaxamento, orientando o sujeito a concentrar-se nos movimentos internos do corpo, se desligando gradativamente dos sons e estímulos da realidade externa. Focalizamos lentamente a respiração e o batimento cardíaco, sugerindo ao indivíduo a visualização do movimento respiratório e de todo o trajeto do sangue sendo bombeado e circulando por todo o seu corpo, levando oxigênio e energia para o funcionamento do organismo. Na seqüência, vamos mencionando várias partes do corpo, desde os pés até a cabeça, sugerindo que o paciente visualize a região mencionada, relaxando os músculos e descontraindo a tensão ali contida. Finalizada esta fase, orientamos o sujeito a visualizar um lugar agradável, onde ele entre em contato com elementos da natureza, onde ele se sinta à vontade, podendo captar a energia ali contida. Depois, pedimos para que visualize uma imagem que seja significativa para ele, observando cada detalhe e movimento. Então, gradativamente, sugerimos para que retorne à realidade externa, mas sempre mantendo o estado de relaxamento. Pedimos para que lentamente comece a mover os dedos dos pés e das mãos para depois abrir os olhos. Após este processo, costumamos pedir para que relate sua experiência e expresse verbalmente sobre as imagens visualizadas. Na continuidade, oferecemos o material artístico para que ele possa desenhar e/ou pintar sua experiência, dando ênfase às imagens visualizadas durante o processo descrito. Com este material projetado no papel, trabalhamos com as associações livres do paciente para compreendermos mais profundamente sua experiência subjetiva.

### **A.3. Expressão após apreciação estética de cópias impressas de obras de Arte**

#### **Objetivos:**

Promover o contato do paciente com importantes obras de Arte e desenvolver a apreciação estética, levando-o à reflexão sobre as obras com as quais se identifica, sendo também focalizados em nossa análise os conteúdos mobilizados, as projeções do mundo interno e as associações livres a partir das imagens.

#### **Procedimentos:**

Com esta técnica, primeiramente, estimulamos o contato do paciente com cópias de importantes obras de Arte (selecionadas previamente) provenientes de diferentes movimentos artísticos ao longo da história da Arte. Sugerimos, então, para que ele observe detalhadamente o material até que se sinta à vontade para escolher algumas obras que lhe tenham chamado mais atenção. Depois, o estimulamos para que escolha a que mais se identificou para, em seguida, observá-la atentamente e descrevê-la verbalmente. Na sequência, pedimos para que a reproduza, usando giz de cera sobre a superfície do papel Canson. Ao final da produção, trabalhamos com as associações livres com relação à obra selecionada e com relação à imagem produzida, analisando o conteúdo projetado.

### **A.4. Expressão em quadrinhos**

#### **Objetivo:**

Promover a reflexão sobre a perspectiva de futuro numa sequência espaço-temporal, focalizando sobretudo os processos conscientes pertinentes à organização e ao planejamento da própria realidade de vida.

#### **Procedimentos:**

Ao introduzir esta técnica, propomos para o paciente dividir o papel em quadros (o número de quadros fica a critério do próprio paciente) para, em seguida, desenhar e pintar uma sequência de imagens que representem sua vida desde o presente momento,

seguindo progressivamente em direção ao futuro, num recorte cronológico de aproximadamente seis meses. Com esta instrução, o sujeito é estimulado a projetar no papel suas expectativas, seus planos, seus temores e seus desejos referentes à perspectiva de futuro para os próximos meses.

De acordo com nossa experiência clínica, esta técnica pode ser utilizada em diferentes momentos do tratamento oncológico, mas é especialmente indicada para ser usada com pacientes sem evidência de doença (fora de terapia). A escolha do desenho em quadrinhos com a proposta de uma seqüência cronológica em direção ao futuro, aplicada a pacientes que estavam retomando a rotina diária, após período de intensa intervenção médica e hospitalar, parece-nos apropriada, pois pode gerar a reflexão sobre o próprio planejamento da vida na reorganização do cotidiano ao se confrontarem com a realidade.

#### **A.5. Expressão a partir de círculo desenhado no papel**

##### **Objetivo:**

Oferecer estímulo gráfico circular que mobilize o paciente a representar graficamente seu universo interno, visando observar como ele representa e lida com o limite entre a dimensão interna e externa.

##### **Procedimentos:**

Deixamos o material artístico a disposição do paciente, incluindo folha de papel contendo no centro o desenho de um círculo traçado levemente com lápis grafite. Esclarecemos que ele poderá expressar-se livremente, fazendo uso ou não da figura circular previamente desenhada. Após o processo expressivo, trabalhamos com as associações relacionadas à imagem produzida.

#### **B) Colagem**

##### **Materiais:**

Revistas, recortes de revistas, cola, papel Canson tamanho A3, lápis grafite e lápis de cor.

### **Objetivos:**

Auxiliar o paciente a integrar imagens significativas em um universo continente (o limite do papel), dando sentido e significado ao conjunto composto, podendo remetê-lo aos movimentos de integração e desintegração do próprio psiquismo.

### **Procedimentos:**

Na aplicação desta técnica, oferecemos diversas revistas e também algumas figuras de revistas já recortadas para o paciente observar e escolher imagens significativas para a realização do trabalho de colagem em papel Canson, sendo estimulado a organizar as figuras de modo livre, podendo também incluir a expressão gráfica e pictórica.

A partir do estímulo visual proporcionado pelas imagens freqüentemente vistas nas revistas, o paciente poderá selecionar as que lhe pareçam apropriadas à expressão de sua vivência. Na composição com outras figuras e também na introdução do desenho, observamos a organização que o sujeito dá àquelas imagens ao transpô-las para o papel em branco. Esta é uma técnica de fácil aplicação que apresenta baixo nível de resistência. Em contrapartida, pode tornar-se uma atividade inexpressiva e pouco significativa com pacientes que manifestem dificuldades de abstração.

### **C) Máscara**

#### **Materiais:**

Cartolina, lápis grafite, borracha, folhas de revista rasgadas em pequenos pedaços, cola, espátula, tesoura, tinta acrílica e guache, pincéis de vários tamanhos.

#### **Objetivos:**

A elaboração da máscara, objeto que estabeleceu diversas funções ao longo da história da humanidade e em diferentes culturas (ornamento, hierarquia, neutralização da individualidade, ocultamento da identidade, etc.), pode remeter o sujeito à expressão de aspectos pertinentes à dicotomia aparente / oculto no que se refere à experiência psíquica. Portanto, visamos com esta técnica auxiliar o paciente a entrar em contato com possíveis

conteúdos internos projetados na máscara, observando o significado desta atividade para cada sujeito e também podendo focalizar aspectos relacionados à identidade e à imagem corporal do paciente.

### **Procedimentos:**

Primeiramente, oferecemos um pedaço de cartolina para que o paciente desenhe e depois recorte a forma de sua máscara, tendo liberdade para desenhar o contorno do rosto, os olhos, o nariz e a boca. Em seguida, ele é estimulado a colar diversos pedacinhos de papel rasgado de revista sobre o molde da máscara, sobrepondo diversas camadas de colagem até apresentar a consistência desejada (também a critério do paciente). Na fenda dos olhos, nariz e boca, sugere-se que o sujeito recorte as rebarbas dos papéis excedentes. Terminada esta etapa e estando a peça seca, o próximo procedimento é a decoração da superfície da máscara com o uso de tinta guache ou acrílica nas cores e formas escolhidas pelo próprio paciente. Ao final deste processo de elaboração, trabalhamos com o significado atribuído à máscara e com as associações livres.

### **D) Modelagem**

#### **Materiais:**

Argila, material para revestir a mesa (jornal ou plástico), tinta acrílica e pincéis de vários tamanhos.

#### **Objetivos:**

Promover a canalização da energia psíquica na transformação da argila (material amorfo) em material expressivo, enfatizando o trabalho manual de “dar forma ao barro” e de, literalmente, “colocar a mão na massa” para transformá-la em um objeto com formas e contornos definidos, sendo a ele atribuídos significados, podendo também ser nomeado. Neste processo, visamos auxiliar o paciente a concretizar suas idéias e seus projetos dentro das limitações pertinentes à atividade.

### **Procedimentos:**

Na introdução desta técnica, oferecemos ao paciente um pedaço de argila macia para que ele a amasse com as mãos, sentindo sua textura, sua consistência e sua temperatura, ficando atento também ao seu próprio movimento em contato com a massa, tendo o objetivo de torná-la mais homogênea. É importante também que ele tome consciência das sensações e sentimentos mobilizados durante este processo. Depois de realizada esta primeira etapa, pedimos para que modele uma peça dando à massa a forma que desejar. Após o término e secagem da peça, o paciente poderá pintá-la com tinta acrílica se assim o desejar, finalizando com o acabamento e a decoração da obra. Também trabalhamos com as associações livres e com o relato de sentimentos mobilizados durante o processo arteterapêutico.

### **E) Construção**

#### **Materiais:**

Sucatas de várias origens (sintética, mineral e vegetal), cola, tesoura, tinta guache, pincéis de vários tamanhos, fita adesiva, barbante e linha.

#### **Objetivos:**

Favorecer a canalização da energia psíquica na transformação da sucata em material expressivo, atribuindo nova função, novo sentido e novo significado ao material. Gerar também a reflexão sobre o uso desta energia e do próprio potencial criativo na transformação dos objetos internos e externos, e nos investimentos construtivos e destrutivos.

### **Procedimentos:**

Para a realização desta técnica, colocamos espalhados sobre a superfície da maca todo o material para ser utilizado neste trabalho arteterapêutico antes mesmo do paciente entrar na sala de atendimento. Após o “rapport” da sessão, esclarecemos o paciente sobre a utilização das sucatas em conjunto com o material de apoio (cola, fita adesiva, tesoura, etc.) para a construção de uma peça de acordo com sua livre escolha,

podendo modificar e transformar aqueles objetos em algo novo. Durante a confecção da peça, estimulamos e orientamos o sujeito com relação ao planejamento e à execução da atividade. Ao final, estimulamos o diálogo sobre a produção e sobre o processo de elaboração, analisando os sentimentos e as associações livres.

Todas as técnicas descritas foram utilizadas no decorrer desta pesquisa, mas nem todas elas foram utilizadas com os dois pacientes, portanto, a seguir, no Quadro 8, descrevemos a frequência da aplicação de cada uma das técnicas com cada um dos sujeitos:

**Quadro 8- Frequência da aplicação das técnicas arteterapêuticas durante coleta de dados\***

Técnicas Arteterapêuticas	Paciente 1: Renato	Paciente 2: Pedro	Total de sessões por técnica
Desenho / pintura semidirigido	6 sessões	8 sessões	14 sessões
Desenho / pintura após relaxamento e visualização	1 sessão	Técnica não utilizada	1 sessões
Desenho / pintura após apreciação estética de cópias impressas de obras de Arte	1 sessão	Técnica não utilizada	1 sessões
Desenho / pintura em quadrinhos	Técnica não utilizada	1 sessão	1 sessões
Desenho / pintura a partir de círculo desenhado no papel	Técnica não utilizada	1 sessão	1 sessão
Colagem	1 sessão	1 sessão	2 sessões
Máscara	1 atividade feita em 2 sessões	Técnica não utilizada	2 sessões
Modelagem	1 atividade feita em 2 sessões	Técnica não utilizada	2 sessões
Construção	1 atividade feita em 2 sessões	1 atividade feita em 2 sessões	4 sessões
<b>Total por paciente</b>	15 sessões	13 sessões	28 sessões

\* Referente ao total de sessões descritas neste estudo, incluindo o período anterior a coleta de dados.

#### **4.1.5- Métodos de análise do material clínico**

Para analisar o material pertinente a esta pesquisa, descrevemos e relacionamos dados demográficos, história de vida, história clínica, categorias temáticas abordadas nas sessões e aspectos referentes à linguagem gráfica e às imagens simbólicas que emergiram ao longo do processo arteterapêutico analisados segundo o referencial psicodinâmico, tendo como referência principal a Psicologia Analítica de Jung.

Para compreender o processo subjetivo de cada paciente reportamo-nos à utilização de três métodos de análise do material clínico:

- Análise de conteúdo
- Análise estrutural gráfica
- Análise das imagens simbólicas

Primeiramente, utilizamos cada um destes métodos separadamente para analisar o conteúdo verbal, a estrutura gráfica e o conteúdo simbólico pertinente ao material clínico dos sujeitos da pesquisa, redigindo relatórios de análise referentes a cada um dos pacientes. Com o intuito de relacionar os dados obtidos através destes três métodos, realizamos a leitura destes relatórios de análise procurando identificar o fio condutor pertinente ao processo vivencial de cada sujeito, buscando uma compreensão mais global dos processos intrapsíquicos, analisando a evolução psicodinâmica de cada paciente através da série de imagens projetadas nas produções artísticas.

##### **4.1.5.1- Análise de conteúdo**

Para compreender mais profundamente o conteúdo verbal pertinente às entrevistas e às sessões arteterapêuticas desta pesquisa, tomamos como base o método de análise de conteúdo ao realizar:

- a) leitura flutuante de todos os relatórios (sessões gravadas e transcritas)
- b) registro dos temas que emergiram durante as sessões (anotando observações sobre a relação destes temas com a expressão artística)

- c) agrupamento e descrição de categorias temáticas, e
- d) análise de algumas das categorias a partir da citação literal de fragmentos do discurso dos próprios sujeitos da pesquisa na descrição da evolução psicodinâmica

De acordo com BARDIN (1977, p.42), análise de conteúdo pode ser resumida da seguinte maneira:

Um conjunto de técnicas de análise das comunicações visando obter, por procedimentos, sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens, indicadores (quantitativos ou não) que permitam a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção/recepção (variáveis inferidas) destas mensagens.

Tendo em vista o conteúdo verbal das sessões, buscamos entrar em contato com o universo subjetivo e simbólico presente nesta linguagem para, num momento posterior, cruzar estas informações com os resultados da análise dos conteúdos imagéticos. Portanto, procuramos analisar os significados explícitos e implícitos nas entrelinhas da comunicação entre paciente e psicoterapeuta, levando em consideração que a análise de conteúdo, segundo MINAYO (1996, p.203):

(...) parte de uma literatura de primeiro plano para atingir um nível mais aprofundado: aquele que ultrapassa os significados manifestos.  
(...) Articula a superfície dos textos descrita e analisada com fatores que determinam suas características: variáveis psicossociais, contexto cultural, contexto e processo de produção de mensagens.

#### **4.1.5.2- Análise estrutural gráfica**

Considerando toda a produção artística obtida durante o processo arteterapêutico dos dois pacientes desta pesquisa, selecionamos primeiramente aquelas onde foram realizados desenhos (independente do material utilizado: lápis, giz de cera ou tinta).

Focalizamos, portanto, alguns aspectos pertinentes ao desenho (descritos por HAMMER, 1991) para analisar quando possível: tamanho, pressão, traços e localização. Estes aspectos são considerados, por este autor, como elementos estruturais e expressivos, em contrapartida ao o que é denominado por ele como conteúdo dos desenhos:

(...) o psicólogo clínico está interessado na estrutura e no conteúdo dos desenhos produzidos. O tamanho do desenho, a pressão da linha, a qualidade da linha, a posição do desenho na folha, a precisão, o grau e a área de completude e de detalhamento, a simetria, a perspectiva, as proporções, o sombreamento, o reforço e o que foi apagado pelo sujeito, tudo abrange a fase estrutural ou expressiva do desenho. A análise de conteúdo, por outro lado, considera o tônus postural das figuras, a expressão facial, a ênfase sobre vários aspectos individuais como chaminé, a janela ou a porta da casa, os ramos ou as raízes da árvore, as diversas partes do corpo com suas roupas e acessórios etc. (p .42 e 43)

Com relação ao conteúdo dos desenhos, estes também foram analisados de acordo com os estudos de alguns autores que trabalharam com os testes projetivos gráficos e de acordo com a compreensão das imagens simbólicas projetadas nestas produções, como veremos no item a seguir.

#### **4.1.5.3- Análise simbólica**

Com relação à análise simbólica do material clínico, baseamo-nos preferencialmente, no referencial da Psicologia Analítica Junguiana, incluindo a abordagem de alguns autores que se dedicaram ao estudo dos símbolos. Analisamos, portanto, as produções artísticas levando em conta também a expressão verbal das sessões.

Nesta etapa da análise do material clínico, primeiramente realizamos a observação de cada produção em conjunto com a leitura do respectivo relatório de sessão (seguindo uma seqüência cronológica do processo arteterapêutico), procurando identificar elementos significativos que nos remetessem à compreensão profunda do conteúdo imagético. Baseando-nos nestes elementos identificados, partimos então para o estudo do

conteúdo simbólico trazido à tona durante a elaboração do trabalho artístico, pesquisando na literatura especializada os vários significados atribuídos àquele símbolo em diferentes tradições culturais e em diferentes momentos históricos. Assim, tendo estas informações à disposição, analisamos o material de cada paciente, estabelecendo relações entre nossos estudos e o contexto de vida de cada sujeito. Então, como já vimos, na redação de nosso relatório de análise, discutimos estas relações tendo como referencial teórico a Abordagem Junguiana. É importante destacar que, neste momento da pesquisa, realizamos, na medida do possível, uma análise tridimensional, incluindo o aspecto pessoal, cultural e universal / arquetípico.

Todas as produções foram analisadas, tanto aquelas realizadas no período anterior à coleta de dados quanto aquelas realizadas durante a fase da pesquisa. No quadro a seguir (Quadro 9) pode-se ver o número de produções de cada paciente e o número total de produções analisadas neste estudo:

**Quadro 9- Quantidade de produções artísticas analisadas**

<b>Produções artísticas</b>	<b>Paciente 1: Renato</b>	<b>Paciente 2: Pedro</b>	<b>Total</b>
Produções realizadas em período de seguimento psicoterapêutico anterior	4	5	9
Produções realizadas durante o período de coleta de dados da pesquisa	8	7	15
<b>Total de produções analisadas</b>	12	12	24

## 4.2- ASPECTOS ÉTICOS

Os seguintes preceitos éticos foram utilizados para o desenvolvimento desta pesquisa:

- Os pacientes que participaram deste estudo foram informados e esclarecidos sobre as particularidades da pesquisa, sendo feita a leitura do Consentimento Livre e Esclarecido (Anexo 1) em conjunto com cada um, de acordo com as normas do Comitê de Ética em Pesquisa.
- Foi respeitado o direito de escolha, por parte do paciente, quanto a participação na pesquisa, sendo que este também foi informado sobre a possibilidade de se recusar a fornecer informações no momento em que julgasse necessário.
- Cada paciente incluído no estudo, foi esclarecido, no momento da leitura do Termo de Consentimento, que era livre para deixar de participar da pesquisa, quando assim o desejasse, sem com isso prejudicar o tratamento recebido.
- Foi solicitada a autorização do paciente para que as entrevistas e as sessões de Arteterapia fossem gravadas.
- Ao longo do seguimento em Arteterapia, permanecemos atentos à receptividade do paciente no processo expressivo, sendo esclarecida a possibilidade de recusa na realização da atividade, de acordo com a disposição física e psicológica do indivíduo no momento da sessão.
- A identidade do paciente permanece preservada neste estudo, sendo omitido o seu verdadeiro nome, com o uso de um nome fictício nas descrições dos casos.



***PARTE II***

***UM MERGULHO NAS PROFUNDEZAS DA  
SUBJETIVIDADE ATRAVÉS DO PROCESSO  
ARTETERAPÊUTICO: ANÁLISE DO MATERIAL CLÍNICO***

*“A função da arte não é a de passar por portas abertas,  
mas a de abrir portas fechadas.”*

**Ernst Fischer, 1959**

## **CAPÍTULO 5**

### **O percurso trilhado por Renato**

---

## 5.1- SÍNTESE DO CASO CLÍNICO: HISTÓRIA DE VIDA E HISTÓRIA CLÍNICA

### 5.1.1- História de vida

Renato é um jovem de 23 anos, solteiro, que residia com os pais. Era o oitavo filho de um total de oito irmãos – quatro mulheres e quatro homens. Destes, quatro já haviam falecido e o paciente era o único homem ainda vivo. As três irmãs restantes eram casadas e residiam com suas famílias.

Dos óbitos na família, um irmão havia morrido por acidente automobilístico aos 28 anos, quando Renato ainda era criança; outro, desapareceu quando Renato tinha 13 anos, e o terceiro morreu afogado em um rio cerca de dois anos antes de Renato adoecer. Esta perda o marcou muito, pois eles eram muito amigos. Neste mesmo ano, perdeu por doença uma outra irmã, doente psiquiátrica.

Desde criança apresentava conflitos com o pai, considerando-o uma pessoa severa e difícil de se relacionar. Todos os irmãos homens também pareciam ter problemas de relacionamento com ele. Demonstrando hostilidade com relação à figura paterna, Renato referia-se à mãe como uma mulher sofredora, indefesa, simples e sossegada. Apesar disso, revelou que não tinha muito diálogo com ela, embora esta não deixasse de lado os cuidados do lar. Ele tinha mais diálogo com sua irmã mais velha, que sempre lhe ajudava financeiramente e lhe dava apoio afetivo. Contou também que dificilmente demonstrava seus verdadeiros sentimentos diante dos familiares.

Sua melhor recordação é da pré-escola: lembra-se dos amigos e da felicidade de começar a frequentar o colégio. Parou de estudar na 5ª série, pois não passava de ano. Começou a trabalhar com 13 anos em uma padaria. Voltou a estudar, chegando até a 7ª série, mas preferia trabalhar para poder ter sua própria renda que era usada para manter as despesas diárias. Jogava futebol e chegou a participar da seleção de sua cidade. Começou a namorar e ter vida sexual a partir dos 16 anos. Teve muitas namoradas e o relacionamento mais importante durou quase dois anos. Na adolescência, começou a usar maconha e depois cocaína com vários amigos, deixando de usar estas drogas no período em que iniciou o tratamento oncológico.

Com relação às relações interpessoais, Renato dizia:

*Eu sou uma pessoa que procuro estar sempre bem. Sempre não demonstrando para as pessoas o meu problema. Acho que tem bastante gente que gosta de mim. Uma pessoa fácil de fazer amizade ... Mas por outro lado também uma pessoa carente... Que não sabe contar pra ninguém o que tá sentindo, o que tá passando (...).*

Conta ainda que as amizades diminuíram após o adoecer, considerando-se mais exigente na escolha dos amigos.

### **5.1.2- História clínica**

Aos 19 anos começou a apresentar dores no quadril, permanecendo com estes sintomas por aproximadamente um ano. Recebeu o diagnóstico de Sarcoma de Ewing aos 20 anos. Fez quimioterapia neoadjuvante (ao longo de aproximadamente cinco meses), cirurgia (Hemipelvectomia à esquerda), quimioterapia adjuvante (ao longo de aproximadamente sete meses), permanecendo, em seguida, sem evidência de doença por cerca de nove meses. Durante este período, voltou a estudar, iniciando o supletivo, mas logo soube de uma recidiva e novamente interrompeu a atividade escolar para reiniciar o tratamento oncológico. Também realizou radioterapia em duas ocasiões. Aproximadamente cinco meses depois da recidiva, foi diagnosticada metástase pulmonar, sendo iniciada quimioterapia paliativa experimental, interrompida posteriormente em função da progressão da doença. Com 23 anos, faltando apenas 11 dias para a data de seu aniversário de 24 anos, Renato foi a óbito.

Durante as sessões, demonstrou sentimentos de solidão, abandono, tristeza, ansiedade, carência afetiva e insegurança. Queixava-se de insônia noturna e elevado nível de ansiedade pela impossibilidade de planejamento de vida decorrente da instabilidade de sua situação clínica. Ficava ansioso pela ausência de atividade e trabalho. Manifestava também esperança e importante expectativa de cura apoiada no tratamento e na religião (a princípio católica e posteriormente freqüentando também a Igreja Universal). Estava consciente de seu diagnóstico e da gravidade da doença, reconhecendo as limitações da Medicina em seu caso, mas ainda assim acreditava na possibilidade de recuperação.

**Quadro 10- Descrição cronológica das sessões e produções do paciente Renato em relação ao período de tratamento / seguimento durante os anos de 1999 e 2000**

<b>Ano 1999</b>	<b>Jan.</b>	<b>Fev.</b>	<b>Mar.</b>	<b>Abr.</b>	<b>Ma.</b>	<b>Jun.</b>	<b>Jul.</b>	<b>Ago.</b>	<b>Set.</b>	<b>Out.</b>	<b>Nov.</b>	<b>Dez.</b>
Sessões e Produções												
Situação de tratamento e seguimento									Biópsia	QT* neoadjuvante	QT neoadjuvante	QT neoadjuvante
<b>Ano 2000</b>	<b>Jan.</b>	<b>Fev.</b>	<b>Mar.</b>	<b>Abr.</b>	<b>Ma.</b>	<b>Jun.</b>	<b>Jul.</b>	<b>Ago.</b>	<b>Set.</b>	<b>Out.</b>	<b>Nov.</b>	<b>Dez.</b>
Sessões e Produções							Sessões 1 e 2 (em grupo) Figuras 6 e 7		Sessão 3 Figura 8		Sessão 4 Figura 9	
Situação de tratamento e seguimento	QT neoadjuvante	QT neoadjuvante	Cirurgia		QT adjuvante	QT adjuvante	QT adjuvante	QT adjuvante	QT adjuvante	QT adjuvante	QT adjuvante	Avaliação pós-tratamento

\*QT: quimioterapia

**Quadro 11- Descrição cronológica das sessões e produções do paciente Renato em relação ao período de tratamento / seguimento durante os anos de 2001 e 2002**

<b>Ano 2001</b>	<b>Jan.</b>	<b>Fev.</b>	<b>Mar.</b>	<b>Abr.</b>	<b>Ma.</b>	<b>Jun.</b>	<b>Jul.</b>	<b>Ago.</b>	<b>Set.</b>	<b>Out.</b>	<b>Nov.</b>	<b>Dez.</b>
Sessões e Produções												
Situação de tratamento e seguimento	Seguimento oncológico. Sem evidência da doença.	Seguimento oncológico. Sem evidência da doença.	Seguimento oncológico. Sem evidência da doença.	Seguimento oncológico. Sem evidência da doença.	Seguimento oncológico. Sem evidência da doença.	Seguimento oncológico. Sem evidência da doença.	Seguimento oncológico. Sem evidência da doença.	Seguimento oncológico. Sem evidência da doença.	Seguimento oncológico. Sem evidência da doença.	Recidiva Radioterapia	Radioterapia	
<b>Ano 2002</b>	<b>Jan.</b>	<b>Fev.</b>	<b>Mar.</b>	<b>Abr.</b>	<b>Ma.</b>	<b>Jun.</b>	<b>Jul.</b>	<b>Ago.</b>	<b>Set.</b>	<b>Out.</b>	<b>Nov.</b>	<b>Dez.</b>
Sessões e Produções		Inclusão do paciente na pesquisa Sessão 5	Sessões 6, 7 e 8 Figuras 10 e 11	Sessões 9 e 10 Figura 18 2 sessões canceladas	Sessões 11, 12 e 13 Figuras 19 e 20 1 sessão cancelada	Sessões 14 e 15 Figura 21	Sessão 16 Figura 22 1 sessão cancelada	Sessão 17 e 18 1 sessão cancelada	Sessão 19 e 20	Sessão 21 Figura 23 1 sessão cancelada	Sessões verbais na enfermaria (não gravadas)	
Situação de tratamento e seguimento			Diagnóstico de metástase pulmonar (nódulos bilaterais). Radioterapia		QT* experimental	QT experimental	QT experimental	Cuidados Paliativos	Cuidados Paliativos	Cuidados Paliativos	Data de óbito do paciente	

\*QT: quimioterapia

## 5.2- DESCRIÇÃO E ANÁLISE DA EVOLUÇÃO PSICODINÂMICA DAS SESSÕES

Primeiramente descreveremos e analisaremos duas sessões em grupo e duas sessões de psicoterapia individual e que ocorreram em fase anterior à coleta de dados deste estudo, sendo realizadas durante o período em que Renato estava fazendo quimioterapia adjuvante (pós-cirurgia). Em seguida, passaremos a descrever as demais sessões que ocorreram durante o próprio período da pesquisa, tendo início após a recidiva da doença. Seguiremos, portanto, seqüência cronológica, embora consideremos importante enfatizar que ocorreram intervalos irregulares entre estas quatro primeiras sessões, sendo posteriormente retomado o processo psicoterapêutico a partir da 5ª sessão (destinada à entrevista), após interrupção de aproximadamente um ano e dois meses. Como já mencionamos no Capítulo 3, as sessões anteriores ao início da pesquisa não foram gravadas, mas registradas por meio de relatórios.

### **Sessão nº 1 (em grupo)**

#### **Técnica arteterapêutica:** Desenho / Pintura (expressão semidirigida)

Nesta sessão, solicitamos aos pacientes que realizassem uma pintura que representasse uma característica pessoal. O desenho feito por Renato (Figura 6) representa uma casa sem portas e sem janelas com cores fortes predominantes e contrastantes, principalmente o vermelho que é a cor do telhado. Para completar, aparece no frontispício da casa a palavra “fechado”, mostrando sua atitude diante dos afetos. O telhado tingido de vermelho tem o beiral desproporcional ao tamanho da casa, o que pode significar, segundo HAMMER (1991), a ameaça da perda do controle da fantasia. Portanto, a atitude de se fechar diante da expressão dos afetos e das emoções pode estar associada ao temor das fantasias relacionadas à doença desencadeadas pela situação de fragilidade na fase de tratamento quimioterápico em que se encontrava. Em contrapartida, vivências pregressas e sentimentos não diretamente relacionados ao câncer e ao tratamento também podem estar contidos sob esta fachada de isolamento.



**Figura 6**

**Casa (Renato)**

**Tinta acrílica sobre cartolina azul**

A casa elaborada por Renato nos remete à uma “fachada externa” que não nos permite acesso ao espaço interno. Neste momento, ele expõe sua auto-imagem: aparência sempre alegre e otimista (colorida tal qual a fachada da casa) que, naquele momento inicial de seguimento psicoterapêutico, ainda não oferecia via de entrada para o mundo interior (universo intrapsíquico). Permanecer “fechado” indicava vivenciar internamente algo que não tinha vazão para o mundo externo, o que poderia gerar extrema tensão. É importante destacarmos que é esta a atitude inicial de Renato diante do grupo de pacientes. Ele se mostra comunicativo, bem humorado e extrovertido, mas evidencia em sua produção que esta aparência encobre uma realidade interna ainda desconhecida.

Durante o processo de elaboração do desenho, antes da fase de pintura, Renato usa o lápis grafite para desenhar a estrutura da casa. A parede é constituída por formas retangulares representando tijolos estrategicamente organizados para dar sustentação e, provavelmente, para enfatizar o isolamento e a densidade que separa o interno do externo. Isto nos dá indícios de como esta barreira de proteção é fortemente constituída.

Na pintura com guache, ele opta por cobrir toda a parede (inclusive os tijolos desenhados a lápis), formando retângulos e quadrados maiores em cores contrastantes. Os tijolos podem ser vistos sob as cores mais claras que não encobrem por completo o fundo desenhado. A atitude de encobrir a estrutura de tijolos pequenos parece-nos representar as camadas de proteção que isolam os conteúdos internos, sendo a camada mais superficial uma espécie de alegoria aos olhos dos espectadores.

### **Sessão nº2 (em grupo)<sup>1</sup>**

#### **Técnica arteterapêutica:** Desenho / Pintura (expressão semidirigida)

Para a elaboração da imagem produzida durante este encontro grupal (Figura 7), Renato espontaneamente se une a outro paciente oncológico numa produção em conjunto. A proposta da atividade artística direcionada ao grupo é para que todos expressem espontaneamente suas próprias vivências. Renato e seu colega dialogam a respeito de uma idéia em comum, trocando opiniões até iniciarem a elaboração do projeto artístico. Seu

---

<sup>1</sup> Esta sessão ocorreu duas semanas após a sessão descrita anteriormente.

parceiro nesta produção começa fazendo o desenho de um tronco cortado com um machado fincado em sua superfície horizontal. Renato, em seguida, representa a sombra da figura desenhada que era projetada para o lado direito<sup>2</sup>, sombreando também todo o restante do desenho.

Esta imagem parece ser uma alusão à própria natureza destrutiva da doença – ceifadora de vidas. Deram a este trabalho o título: “A esperança é a última que morre”. O desenho nos parece quase iconográfico, pois o machado, que no caso simboliza a destruição, também dá vida através de uma folha que nasce em seu cabo. Isto nos faz lembrar o ritual da quimioterapia em que a medicação destrói (mesmo as células saudáveis) para, numa segunda fase, restituir a vida.

O tema desta produção é elaborado por dois pacientes oncológicos jovens e, portanto, parece estar relacionado à vivência em comum, numa identificação da dor e do sofrimento desencadeados pela situação de enfrentamento do câncer e de todo o agressivo tratamento.

A árvore que tem função regeneradora, representando fertilidade e vitalidade (KOCH, 1978), nesta imagem aparece podada por um agressor anônimo que apenas deixa ali fincado na própria vítima da agressão o instrumento de seu ato violento. O sujeito da ação não aparece e, portanto, não é identificado. O instrumento da violência é o machado que está fincado próximo ao centro da espiral desenhada na superfície horizontal do tronco mutilado.

Esta produção nos instiga a refletir sobre a experiência de sobrevivência do câncer. A mutilação da árvore parece representar as limitações, as situações de perda, o próprio corpo que vive a agressão (agressor interno: doença, agressor externo: tratamento). Esta obra nos mostra que a vida é capaz de transcender a dor e de brotar através do cabo do machado, numa perspectiva de esperança após o tratamento do câncer.

---

<sup>2</sup> Durante a análise de todas as produções artísticas adotaremos a perspectiva referente à lateralidade (direita e esquerda) de quem observa de frente a figura referida.

A árvore está ligada ao ciclo de vida e morte, comparado ao desenvolvimento da própria existência humana:

O bosque simboliza a vida humana. Não podemos observá-lo sem chegar à conclusão de que a decadência, a morte e a vida se desenvolvem nele da mesma maneira que entre nós homens. (...) A árvore teria sido a sede da alma, idéia que em alguns casos é devida, provavelmente, ao costume de os moribundos se esconderem nos bosques. Em geral o bosque é considerado a morada dos mortos. Nas lendas, o espírito fica retido na árvore e as bruxas residem entre a casca e o lenho. A representação da árvore como ser animado foi, sem dúvida, o que fez surgir entre os lenhadores o costume de pedir perdão à árvore que derrubam. Da árvore ferida com o machado emana sangue (KOCH, 1978, p. 31 e 16).

O machado, segundo CHEVALIER e GHEERBRANT (2003), também traz em si forte ambivalência, significando separação / união e destruição / proteção. “O que separa é também o que seleciona” (p. 576). O machado, portanto, exerce função de discernimento e de diferenciação, podendo extirpar o mal. Nesta perspectiva, a função destruidora deste instrumento também pode ser compreendida segundo a função de proteção, como já mencionamos anteriormente na comparação com o próprio tratamento oncológico.

Observamos também nesta produção a presença de marcas no tronco, recebendo maior destaque uma delas em forma de espiral. A presença da luz e da sombra também tem destaque, pois o lado para onde se projeta a sombra (oposto à direção de onde supostamente vem a luz) é o mesmo lado de onde vem o machado. O sujeito da agressão, portanto, vem desta mesma direção que se distancia da luz.

De uma maneira geral, por intermédio da identificação com o sofrimento de outros pacientes, Renato passa a destituir algumas das barreiras que dificultavam a expressão de experiências subjetivas, sendo possível, neste momento do processo psicoterapêutico, expressar alguns de seus sentimentos.



**Figura 7**

**Árvore podada com machado (Renato)  
Lápis grafite sobre papel sulfite tamanho A4**

### Sessão nº3<sup>3</sup>

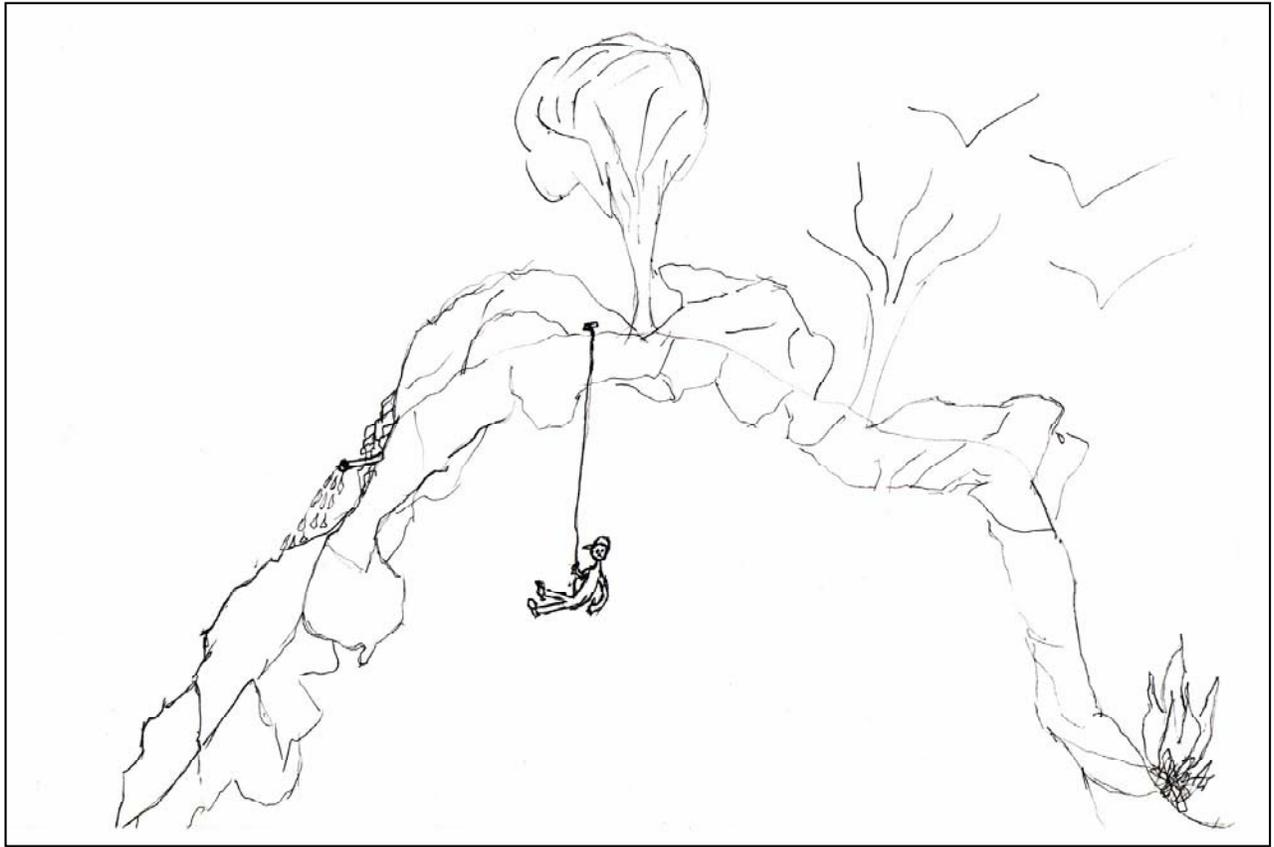
#### **Técnica arteterapêutica:** Desenho / Pintura (expressão semidirigida)

Nesta sessão, partindo da proposta para expressar graficamente algo relacionado com sua própria vivência, Renato lembra-se de um lugar montanhoso onde ele costumava ir com os amigos para fazer escaladas e acampamento. Isto o faz lembrar de uma época em que ele tinha saúde e podia se aventurar com liberdade em esportes radicais. Por outro lado, o desenho (Figura 8) também parece representá-lo como que “pendurado por um fio”, balançando-se no vazio. A montanha (que também se parece com um arco de rochas) pode ser percebida como tendo duas metades: na metade esquerda temos vida – uma árvore com a copa repleta de folhagem e mais abaixo uma fonte de onde jorra água; na metade direita do papel temos aridez e destruição - uma árvore sem folhas e mais abaixo uma fogueira. É curioso observar que ele está perigosamente dependurado na metade esquerda próximo à árvore copada, de frente para a fonte de água e de costas para a fogueira, podendo tudo isto significar sua escolha pela vida. Este desenho sintetiza de forma bastante clara a situação perigosa em que vive o paciente com sua doença, mas mostrando também a sua disposição heróica em lutar contra o câncer. É bom lembrar que na subcultura adolescente a prática de esportes radicais como o rappel tem a ver com o enfrentamento do perigo (a doença).

De acordo com o que já foi descrito anteriormente, nesta produção observamos claramente a dualidade entre opostos. Esta dualidade, entretanto, possui um elemento de interligação entre os lados extremos que é representado pela montanha. Ao observarmos a semelhança desta montanha com a forma de um arco, sendo esta uma imagem simbólica ligada ao destino e à vontade divina (CHEVALIER e GHEERBRANT, 2003), observamos a imagem do próprio paciente, fragilmente sustentado por um fio, que se liga ao arco (ao destino). Nesta perspectiva, também percebemos que é o arco que contém em si os opostos: fonte de água e fogueira, árvore viçosa e árvore seca.

---

<sup>3</sup> Esta sessão ocorreu dois meses e meio após a sessão descrita anteriormente.



**Figura 8**

**Rappel (Renato)**

**Lápis grafite sobre papel sulfite tamanho A4**

Neste paralelo hipotético, podemos refletir sobre o que significa estar pendurado sob o próprio destino. Renato, entretanto, nos oferece nesta sessão esta imagem que se baseia em experiências concretas vividas durante a adolescência, em fase anterior à doença, mas que, representadas no contexto arteterapêutico, parecem revelar a instabilidade e a insegurança de sua atual situação de vida. Assim, estes sentimentos começam a ser externalizados nesta fase de seu seguimento psicológico.

Como vimos, nesta produção, ele desenha uma fogueira em chamas na parte inferior direita. O fogo, em sua ambivalência, nos remete à purificação e à destruição. Em seu aspecto destruidor: “(...) obscurece e sufoca, por causa da fumaça; queima, devora e destrói: o fogo das paixões, do castigo e da guerra.” (CHEVALIER e GHEERBRANT, 2003, p. 443). Como aspecto purificador, ele é complementar à purificação desempenhada pela água.

A fonte de água, também presente nesta produção, parece trazer equilíbrio diante da presença da fogueira no lado oposto. Representa fonte de vida, de imortalidade, de juventude e de ensinamento, num fluxo de perpétuo rejuvenescimento. Segundo CHEVALIER e GHEERBRANT, 2003): “Quem beber de sua água, ultrapassa os limites da condição temporal e obtém, portanto, graças a uma juventude sempre renovada, a longevidade; esta, por sua vez, é produzida também pelo elixir de vida dos alquimistas” (p. 444).

Podemos, assim, refletir sobre a busca de Renato pela sobrevivência ao câncer. Ele parece estar disposto, neste momento de seu tratamento, a alcançar esta fonte de vida que o nutria com vitalidade e juventude, saciando por completo sua sede de viver.

#### **Sessão nº 4<sup>4</sup>**

##### **Técnica arteterapêutica: Desenho / Pintura (expressão semidirigida)**

Nesta sessão, novamente partindo da proposta para que representasse suas próprias vivências, Renato expressa o dia e a noite nos dois lados de uma paisagem (Figura 9). À esquerda, temos uma palmeira com frutos e uma outra planta com flores.

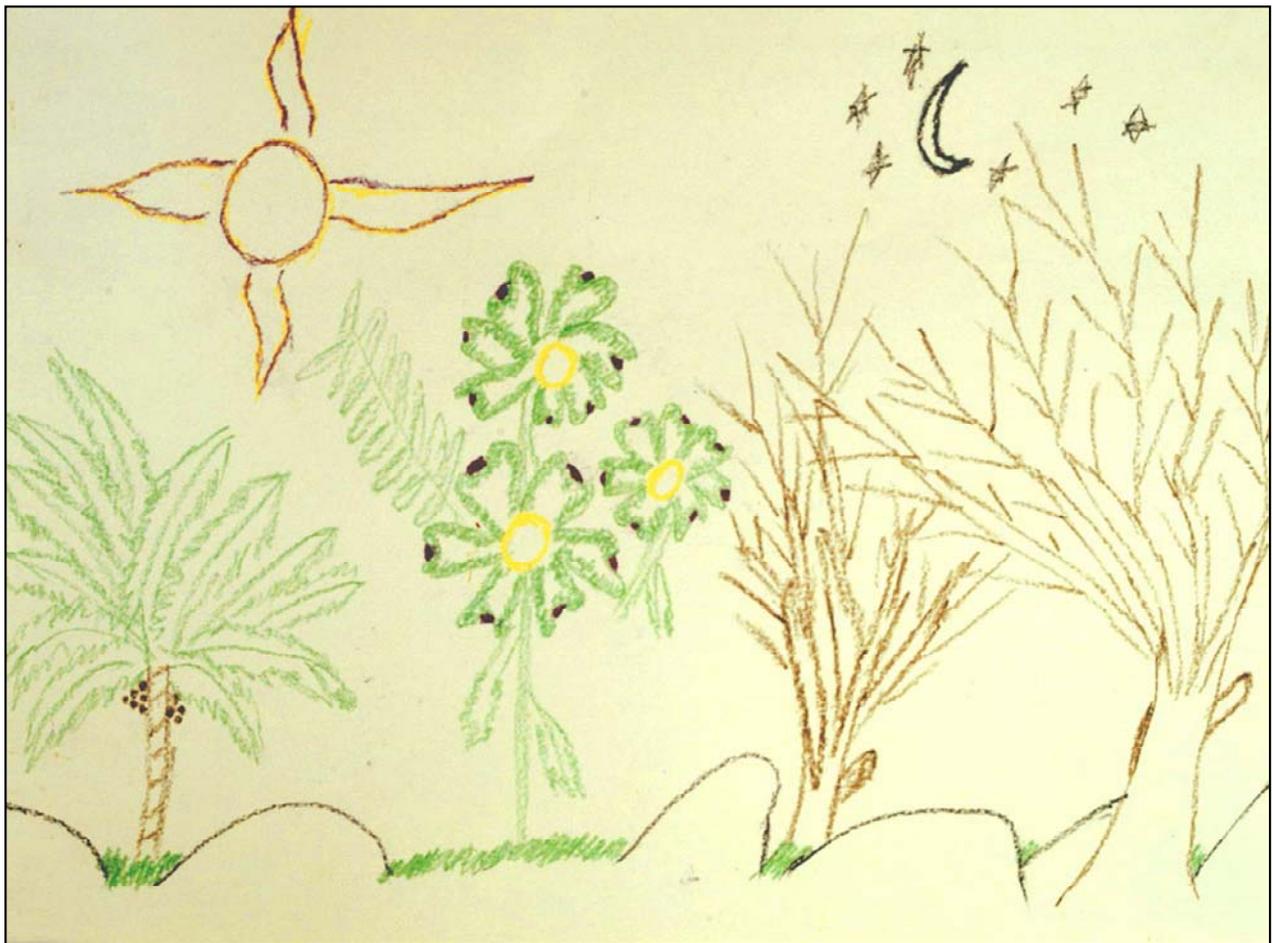
---

<sup>4</sup> Esta sessão ocorreu três semanas após a sessão descrita anteriormente.

Logo acima e à esquerda, um sol com quatro línguas de fogo em forma de cruz. À direita, temos duas *árvores velhas, sem folhas e sem forçãs*. Estas duas árvores trazem em seus troncos dois galhos podados que podem indicar situações traumáticas anteriores, estando relacionadas a situações de desamparo, falta de virilidade e impotência no seu sentido mais amplo (HAMMER, 1991). Podemos lembrar aqui a relação conflituosa com o pai, as perdas dos irmãos em situações traumáticas e a própria doença. Ainda, do lado direito, temos uma lua negra com seis estrelas também negras ao redor. O próprio paciente comentou essa oposição dia e noite relacionando-a com oscilações de seu estado emocional: ora deprimido, com baixa vitalidade, ora energizado, com esperanças de cura. Podemos também inferir esta oscilação nos altos e baixos do terreno que suporta as árvores se alternando entre trechos com vegetação ou desnudos.

Assim como na produção da sessão anteriormente descrita (Figura 8), a produção elaborada nesta sessão também mantém a dualidade entre opostos. No desenho anterior, a montanha (arco de rochas) era o elemento de conexão. Já na produção desta sessão, este elemento de conexão é o solo que sustenta certa integração, mantendo a ligação entre os lados. Observamos também a presença de arcos que representam pedras entre trechos com grama. Eles parecem atuar como conectores, como elementos de ligação em trechos sem vegetação.

É possível identificarmos certa desproporção entre os quatro principais elementos do reino vegetal representados nesta produção. No lado diurno, a palmeira tem pequena dimensão e a planta com flores, por sua vez, tem ampla expansão vertical. No lado noturno, aparecem duas árvores secas, uma delas pouco desenvolvida e a outra apresentando grande porte, tendo os galhos deslocados na direção da menor.



**Figura 9**

**Dia e noite (Renato)**

**Giz de cera sobre papel Canson na cor creme e no tamanho A3**

JUNG (1978), analisando conteúdos do conto de fadas de Grimm “O espírito na garrafa”, aborda a dimensão simbólica do bosque enfatizando o destaque da árvore de maior porte no meio da vegetação:

(...) o bosque, como lugar obscuro e impenetrável à vista, igual à profundidade da água e do mar, é o continente do desconhecido e do mistério, exatamente o símbolo do inconsciente. Entre as inúmeras árvores, seres vivos que constituem o bosque, há uma que se destaca pelo seu grande porte. As árvores são como os peixes n'água, conteúdos vivos do inconsciente. (...) As árvores possuem individualidade, motivos por que muitas vezes simbolizam a personalidade (p. 194).<sup>5</sup>

Nesta produção, como representantes do dia e da noite, temos o sol e a lua negra. Notamos que a figura do sol também lembra uma cruz. Temos aqui uma síntese de dois opostos, o sol como símbolo de vida e a cruz como símbolo de morte. Tanto a cruz em si mesma pode ser entendida na tradição cristã como uma síntese desses dois opostos: morte e ressurreição. Quanto ao sol, que também simboliza ressurreição e imortalidade, expressa no ciclo solar a idéia de morte e renascimento. Este astro, que é fonte de luz, de calor e de vida, representa em seu ciclo um trajeto que vai do despertar ao esmorecer. Segundo CHEVALIER e GHEERBRANT (2003), o sol conduz os homens na vida diurna, levando-os à morte ao se pôr, guiando as almas nas regiões infernais e podendo trazê-las à luz novamente na manhã seguinte. No que se refere à expressão subjetiva inerente à esta produção, estas duas imagens simbólicas (sol e cruz) parecem indicar fantasias de cura ou de imortalidade.

A lua negra à direita nos remete à noite tenebrosa, indicando fantasias aterradoras que em pintura anterior também são contidas pela ausência de portas e janelas e pelo telhado exageradamente amplo. Neste sentido, entrar em contato com tais fantasias poderia gerar uma ação disruptiva, perdendo assim o controle das próprias emoções:

---

<sup>5</sup> Koch (1978) também cita este trecho para compreender o simbolismo da árvore.

A Lua Negra é o aspecto nefasto da Lua: símbolo do aniquilamento, das paixões tenebrosas e maléficas, das energias hostis a vencer, do Carma, do vazio absoluto, do buraco negro com seu poder assustador de atrair e absorver (CHEVALIER e GHEERBRANT, p. 566).

Esta imagem simbólica parece representar também o anseio e o perigoso fascínio de Renato pela luz numa arriscada busca por completude, integração e libertação:

Se não atinge o Absoluto que ele procura apaixonadamente, o ser marcado pela Lua Negra prefere renunciar ao mundo, mesmo que ao preço de sua própria destruição ou do aniquilamento de outra pessoa. Mas se ele sabe transmutar o veneno em remédio, a Lua Negra permite o acesso à porta estreita que abre para intensa libertação, intensa luz (...) A Lua Negra designa uma via perigosa, mas que pode conduzir de maneira abrupta ao centro luminoso do Ser e à Unidade (CHEVALIER e GHEERBRANT, 2003, p. 566).

Esta perigosa procura pode estar associada ao mergulho na escuridão da noite que parecia aproximá-lo dos conteúdos sombrios de seu psiquismo.<sup>6</sup>

Neste contexto, identificamos uma situação limite (entre o dia e a noite, entre o bem e o mal, entre a luz e a escuridão) que também recebe destaque pela presença do número três que aparece no lado diurno e no lado noturno: na representação de três flores de pétalas verdes e na disposição das estrelas ao redor da lua (três estrelas de cada lado). É interessante observarmos que este número, em sua ampla simbologia, demarca o “limite entre o favorável e o desfavorável” (CHEVALIER e GHEERBRANT, 2003, p. 900), podendo significar passagem ou transição a partir do terceiro elemento (mudança de condição após três repetições, após três dias, após três gritos, após três sinais, etc.).

---

<sup>6</sup> Em sessões posteriores veremos como este tema emerge novamente através da insônia noturna, da dor que se intensifica durante a noite e da relação entre quente e frio (dia e noite) também associada à dor.

## Sessões nº5<sup>7</sup> e 6<sup>8</sup>

### Entrevista semidirigida

A primeira destas duas sessões demarca a retomada do processo psicoterapêutico deste paciente após período em que ele permaneceu sem evidência de doença, tendo sido posteriormente diagnosticada recidiva do câncer com metástase pulmonar.

Nestas sessões, resgatamos informações sobre a história de vida e a história clínica de Renato nos baseando no roteiro de entrevista semi-estruturado (Anexo 2) para acrescentarmos dados ainda não pesquisados sobre o paciente. Alguns destes dados foram descritos no item 4.1. deste capítulo.

### Sessão nº7<sup>9</sup>

#### **Técnica arteterapêutica:** Desenho / Pintura (expressão semidirigida)

Nesta sessão, sugerimos a Renato que se expressasse graficamente, externalizando sua própria vivência. O desenho realizado nesta sessão aparece após uma longa interrupção do processo psicoterapêutico, quando passamos a incluir este paciente no estudo clínico. Ele escolhe como tema para sua produção a representação de seu próprio coração (Figura 10). Isto nos faz supor que esta imagem, evidentemente ligada à afetividade, tenta restabelecer o vínculo afetivo com a psicoterapeuta, oferecendo seu coração ferido:

*Um coração. Que eu acho que eu tenho um coração bom. E essas manchas são as... as divergências que às vezes dá que machucam o coração. (...) Tanto no caso da doença, no dia-a-dia, às vezes alguma coisa que você faz de errado e acha que você não tá certo... de coisas do passado. Aquela coisa com meu pai, né... em casa... Um coração bom, mas tem aquelas coisinhas que machuca lá no fundo. (...) Eu acho que é uma cicatriz. Uma coisa que você não esquece, mas uma coisa que fica pra sempre, que você vai levar pra sempre (...). Não é aquela coisa de machucar, machucar, mas uma coisa que*

---

<sup>7</sup> Esta primeira sessão de entrevista foi realizada aproximadamente um ano e quatro meses após a sessão descrita anteriormente.

<sup>8</sup> Sessão realizada uma semana após a anterior.

<sup>9</sup> Sessão realizada três semanas após a anterior.

*às vezes te entristece. Deixa você triste, às vezes você fica pensativo. Mas não é aquela coisa assim, aquela ferida que, bem dizer, não tem cura. Acho que isso vem quando você não tem o que pensar, tá com a cabeça vazia.*

Renato fala sobre manchas e marcas no coração trazendo à tona situações antigas, mágoas, frustrações e sentimentos de culpa, mas também retratando situações atuais relacionadas ao tratamento:

*Essas marcas é coisa antiga. Acho que não tem nada atual. Acho que eu não tenho nenhuma marca atual. Acho que uma das marcas foi a cirurgia, o tratamento, mais recente assim... Lutou, conseguiu... Aí o coração vai continuar predominando até que vai encobrir estas marcas.*

Sobre as marcas antigas, ele fala sobre a difícil relação com o pai que ainda prevalecia na ocasião desta sessão:

*A gente nem conversa mais. A gente se vê todo dia, mas um não fala com o outro. Mas isso já faz tempo. E não fala nada, um nem olha pro outro.*

Renato se refere aos aspectos ruins de sua vida também como feridas sem possibilidade de cura, mas também demonstra certa ambivalência ao considerar a possibilidade da existência de aspectos bons que, por fim, são representados por ele como sendo o fundo vermelho do coração. Ele parece não se dar conta do que havia de bom em sua própria vida, como se ainda precisasse conquistar, mas em seguida demonstra reconhecer que estes aspectos são componentes que antecedem às marcas das divergências:

*(...) acho que todo mundo tem uma marca no coração. Seja boa ou seja ruim. (...) Só que eu não fiz as boas ainda. Ah! Eu acho que a boa é o vermelho que tá, né. Eu acho que o que não tá afetado é sinal que... que a coisa ruim não chegou ali ainda. A maioria.*

Como vemos, após desenhar o coração (símbolo coletivo da afetividade e do amor), ele fala sobre seus sentimentos atuais e sobre os registros afetivos de episódios traumáticos e de relações conflituosas ao longo de sua vida. Estes registros são as três

“*manchas*” que também podem representar a expressão inconsciente da doença e da dor física.

Aqui, ele também mostra o motivo que o levava a temer a expressão dos afetos e das emoções, trazendo à tona o tema da afetividade através da simbologia do coração, que neste desenho parece ferido e marcado. Isto também pode representar a dimensão dos traumas que o machucavam a ponto de atingi-lo em um órgão extremamente vital:

*Acho que é as coisas que acontecem por dentro. O sentimental. Não é uma coisa assim que vê por fora. Às vezes, (alguém) tá vendo (você) feliz ali, mas só você que sabe, né (como está internamente).*

Renato demonstra constante conflito entre expressar suas vivências internas ou negá-las com a intenção de manter aparência otimista diante da vida. Aqui, fica evidente o temor que muitos pacientes com câncer expressam de que seus pensamentos considerados negativos (incluindo pensamentos e fantasias relacionados à realidade de doença e tratamento) possam torná-los mais debilitados e doentes:

*A gente não fala tudo o que passou e tal, o que você sente. Mas acho que todo mundo tem uma marca, né, no coração. Seja boa ou seja ruim... Eu acho que todos têm... (Pausa) Eu acho que hoje eu estou representando aqui, falando... mas eu acho que não tem. Se eu consigo pensar coisa boa, o ruim eu acho que não vai me ajudar em nada. (...) Você fica pensando numa coisa antes dela acontecer, acho que você tá procurando ela também. Que ela nem aconteceu e você já tá com aquele pensamento ali.*

A figura desenhada apresenta um contorno em paliçada que podemos atribuir a uma necessidade de proteção de sua vida afetiva, convergente com a imagem da casa (Figura 6). Desenhando seu próprio coração, representa seus sentimentos e sua vivência interior, expressando também a existência da intenção de, um dia, o coração ficar vermelho por inteiro, o que nos faz supor a sua intensa motivação para a cura. Como símbolo do Self, ele pode estar representando a capacidade integradora do paciente para buscar recuperação, embora em condições físicas precárias:

*A intenção é que um dia ele (o coração) fique vermelho inteiro. Que um dia eu não possa mais lembrar disso. A solução eu acho que é vencer na vida.*



**Figura 10**

**Coração (Renato)**

**Giz de cera sobre papel Canson na cor creme e no tamanho A3**

Ao olhar para o seu próprio coração, representando o contato com seus próprios afetos, Renato projeta sua própria imagem, expressando mais uma vez certa dualidade que traz em si a presença da alegria de um coração sorrindo e a presença de marcas relacionadas às vivências dolorosas:

*Eu olhando pro meu coração? Eu tô vendo que ele tá sorrindo. Não é? Não tá? Mas eu não tive a intenção não. Acho que apesar das marcas, ele tá com a cara de contente. Um coração vivo... Tem aquelas marcas, mas o coração tá lutando. A esperança é a última que morre. O coração tem que estar sempre vivo.*

Novamente a disposição para superar as dificuldades prevalece numa atitude extrovertida com canalização intensa da energia psíquica voltada para a recuperação da saúde.

### **Sessão nº8<sup>10</sup>**

**Técnica arteterapêutica:** Desenho / Pintura (expressão após apreciação estética de cópias impressas de obras de Arte)

Nesta sessão, primeiramente colocamos à disposição do paciente várias cópias impressas de obras de Arte, pedindo para que ele as observasse atentamente até poder escolher as que mais lhe chamassem a atenção por se identificar com algum aspecto ali presente. Dispusemos cópias das seguintes obras:

Os Namorados no Céu de Veneza (Chagall, 1956 / 60)

Narciso (Caravaggio)

A Ventania (Corot)

Santana, a Virgem e o Menino (Da Vinci, encomendado em 1500)

Mulheres que se Penteiam (Degas, 1875 / 1876)

Mulata com Fundo de Casas (Di Cavalcanti, 1966)

---

<sup>10</sup> Uma semana após a sessão anterior.

O Balão Aeroestático (Goya, 1818 / 1819)

O Sonho de Ossian (Inques, 1813)

Improvisação (Kandinsky, 1912)

Estrada Principal e Estradas Secundárias (Klee, 1929)

Elizabeth Bachofen Echt (Klint)

As Núpcias (Léger, 1911)

Nossa Senhora com o Menino Adormecido (Mantegna, 1478~) e Camera degli Sposi – detalhe (Mantegna, 1474 - aproximadamente)

O Porto (Miró, 1945) e Carnaval de Arlequim (Miró, 1924 / 1925)

Henry Laurens Sentado (Mondigliani, 1915)

O Sol (Munch, 1909)

Jesus e São João Batista Menino (Murillo, 1670 - aproximadamente) e A Sagrada Família com o Passarinho (Murillo, 1645 / 50)

O Café (Portinari, 1934)

Vaso de Crisântemos (Renoir, 1905 - aproximadamente)

São João no Deserto (Reynolds, 1776 - aproximadamente)

Paisagem Noturna (Rivera, 1947)

A Cigana Adormecida (Rousseau, 1897), As Núpcias (Rousseau, 1905) e Floresta com Sol no Ocaso (Rousseau, 1907)

A Família Enferma (Segall, 1920)

O Circo (Seurat, 1890 / 91)

Saint-Tropez (Signac, 1897)

Após apreciar cada uma das obras, Renato seleciona sem muita dificuldade seis delas, empilhando todas as outras do lado e deixando expostas em cima da mesa as cópias das seguintes obras:

Improvisação (Kandinsky) – Figura 11

O Porto (Miró) – Figura 12

As Núpcias (Léger) – Figura 13

Paisagem Noturna (Rivera) – Figura 14

Estrada Principal e Estradas Secundárias (Klee) – Figura 15

O Sol (Munch) – Figura 16

Podemos observar que das seis obras selecionadas as três primeiras obras expostas acima (Figuras 11, 12 e 13) são predominantemente abstratas e as três últimas (Figuras 14, 15 e 16) apresentam também elementos abstratos, mas retratam temas recorrentes em outras produções de Renato, pois se referem à paisagem noturna (que aparece na produção da sessão nº4 – Figura 4), à estrada (que veremos mais adiante na sessão nº16 – Figura 22), e ao sol (que também aparece na sessão nº4 – Figura 9 e também mais adiante na sessão nº16 – Figura 22).



**Figura 11**



**Figura 12**



**Figura 13**

**Improvisação (Kandinsky), O porto (Miró), As núpcias (Léger)**



**Figura 14**



**Figura 15**



**Figura 16**

**Paisagem noturna (Rivera), Estrada principal e estradas secundárias (Klee),  
O sol (Munch)**

Diante da escolha de Renato, observamos a predominância de obras com tendências abstratas. Assim, ele passa a considerar que a característica principal das obras que selecionou é a falta de definição:

*Acho que é uma coisa assim que você não tem muita definição do que é, mas é uma pintura bonita.*

Solicitamos a Renato, então, para que faça sua opção por uma única obra. Das seis, ele elege a pintura de Kandinsky denominada Improvisação como a sua preferida.

Ao observar mais atentamente a cópia impressa da obra de Kandinsky, Renato procura identificar formas que correspondam ao seu repertório de imagens, mas ele tenta buscar formas conhecidas, pois lidar com o desconhecido e abstrato parece mobilizar ansiedade:

*Eu não tô vendo nada. Chama atenção as cores dela (da pintura). Isso aí não tem assim uma forma, um desenho que você possa falar: parece uma coisa... A única coisa que dá pra ver aqui, né, parece um pé com uma unha aqui... Aqui, um pouquinho o formato de um cometa, uma lua azul, aqui já um pedacinho de uma ponta de giz.*

Na seqüência desta sessão, propomos ao paciente que utilize a obra selecionada como uma matriz para realizar uma produção com giz de cera de acordo com sua própria interpretação. Assim, Renato elabora seu trabalho (Figura 17) olhando atentamente para a cópia da pintura de Kandinsky e tentando reproduzi-la cuidadosamente.

De uma maneira geral, nesta sessão (com a utilização de imagens que pudessem mobilizar a projeção de conteúdos internos), favorecemos a externalização de associações entre a obra escolhida, a interpretação da obra e a própria experiência de vida do paciente. Assim, Renato traz à tona o significado da abstração (vista por ele como falta de definição), que é ampliado para seu contexto de vida, associando sua escolha com a busca de sentido e de definição de papéis. Isto o remete a questões sobre a constituição de sua própria identidade numa tentativa de autocompreensão e de procura por referências que definam a sua própria personalidade:

*Eu me acho assim um pouco abstrato também... Acho que tem indefinição de você não saber o que é ainda. Que nem uma pintura abstrata que não tem forma nenhuma, a vida da gente também às vezes tem... Tem uma certa hora que você não sabe o que você faz, o que você é, da sua capacidade. Eu acho que o mais importante, do que eu vejo assim na pintura abstrata é a indefinição. Não vê nada definido ali. Eu acho que às vezes a gente pode até estar vivendo isso também. Uma indefinição, uma indecisão.*

Relacionado a este tema da abstração, Renato refere-se ao seu esforço para superar as dificuldades e limitações geradas pela doença e pelo tratamento que repercutiam negativamente em sua capacidade de manter vida ativa. Menciona como fatores de impedimento para manter uma rotina de trabalho a constante dor física, a fraqueza, os efeitos colaterais do tratamento e os retornos periódicos ao hospital. Nesta fase da vida, com 23 anos, ele sentia a necessidade de desempenhar uma atividade profissional que lhe garantisse sustento e que lhe permitisse reafirmar suas potencialidades. Sendo ainda muito jovem, apresentava importantes conflitos por ter planos de vida baseados na aquisição de melhores condições financeiras para o futuro, sentindo-se impotente diante das restrições decorrentes do tratamento:

*Às vezes você quer mudar, quer fazer, mas aí logo que você tá na ativa aí de novo, você vê que tá faltando uma coisa, tá faltando outra. Você tem que correr atrás para conseguir aquilo. Você sente falta das coisas... de tudo você sente falta. Aí você pensa: preciso correr atrás, preciso fazer, preciso estar na ativa, porque se não como é que faz. O meu pensamento é esse... não dá pra ficar pra trás aí, fica aquela coisa abstrata ali, você quer, mas não consegue, as coisas não vêm. Pra você correr atrás, pra você ir lá conseguir começar de novo, isso é difícil. Não vou dizer que é fácil, mas eu tô ligado, eu tô procurando chegar lá.*



**Figura 11**  
**Improvisação (Kandinsky)**



**Figura 17**  
**Interpretação da obra de Kandinsky (Renato)**  
**Giz de cera sobre papel Canson na cor creme e no tamanho A3**

## Sessões nº9<sup>11</sup> e 10<sup>12</sup>

### Técnica arteterapêutica: Modelagem e pintura

Aqui, descreveremos e analisaremos duas sessões destinadas à mesma produção, pois nossa proposta para estas sessões foi o trabalho de modelagem e posterior pintura. Na primeira sessão, Renato faz a modelagem da peça e, na segunda, ele a pinta (Figura 18).

Diante da técnica proposta para a sessão nº9, o paciente mostra indícios da transferência favorável que estabelece com a psicoterapeuta, pois ele busca idéias fora do ambiente terapêutico para que possam ser colocadas em prática nas sessões de Arteterapia. Ele parece ampliar o olhar criativo desenvolvido no “setting” terapêutico para a vida, estando sintonizado com o trabalho de Arte desenvolvido a ponto de intuir a atividade a ser realizada nesta sessão:

*Parece que eu tava adivinhando! Tem uma coisa que eu vou fazer aqui. Vai ficar bom. Coisa que eu vi hoje (...) Sabe o que eu quero fazer? Quero fazer um côco. Um côco... ele cortadinho assim, depois você bota o canudinho assim... Eu vi isso aqui hoje (...) Fiquei olhando assim... falei: 'Puxa, uma coisinha fácil de fazer!' Com a oportunidade aqui agora, quero ver sair, né! (...) Eu vi numa lojinha no centro.*

Durante toda a modelagem da peça de argila, Renato traz à tona aspectos de sua atual vivência, principalmente aqueles relacionados à situação de doença e tratamento. Fala sobre a experiência da dor associada ao câncer, referindo-se à dor noturna e à insônia:

*Agora tá começando a dor de novo (...). É mais à noite, viu Erika. A hora que você deita na cama. De dia tem hora que você tá andando, o corpo tá quente, né, você não sente. A hora que você deita na cama, você deita mas não consegue se mexer, sabe? Você fica e não consegue dormir (...). Ah! Você deita na cama entre nove e meia e dez horas, vai dormir três, quatro horas da manhã. Você tá cansado ali já. Fica ali rolando pra lá e pra cá. Fica pensando... Não resolve nada.*

---

<sup>11</sup> Duas semanas após a sessão anterior.

<sup>12</sup> Uma semana após a sessão nº9

Refere-se também neste momento à sua identificação com o sofrimento de outro paciente hospitalizado, contando sobre um pedido da equipe de enfermagem para que desse apoio e esperança a este paciente que iria fazer a mesma cirurgia a que ele fora submetido tempos atrás. Parece-nos que a própria equipe de Saúde projeta em Renato seus aspectos heróicos, captando sua imagem de força e coragem diante das adversidades:

*A turma (equipe de enfermagem) que falou pra mim ir lá dar uma força que ele tava desanimado, né, achando que não ia andar. Como não vai andar? Também quando eu fiz achei isso. Eu pensava também, sabe? O Dr. falou que ia ter uma seqüela grande.*

Renato se sente revigorado quando percebe que pode ajudar outros pacientes compartilhando sua própria vivência:

*Eu acho que foi gratificante também, viu Erika. Sabe, de tá podendo falar alguma coisa que já aconteceu comigo, que eu já passei por aquilo ali. Eu sei que vai demorar, vai ser a longo prazo, mas vai ficar bom, vai andar.*

Nesta sessão, ele demonstra estar ciente de sua real situação clínica, mencionando a proposta paliativa e experimental do tratamento indicado. Ele, portanto, tem ciência de que a Medicina não oferece mais possibilidades de cura para sua doença, havendo apenas a tentativa de controlar o crescimento do tumor:

*É que ela (a médica) não pode dizer que vai sumir, que vai desaparecer (o tumor). Isso, ela não dá garantia. Mas o que ela falou é que o que ela quer é deixar com que ele não cresça. Mas é uma quimioterapia experimental. É melhor fazer agora que tá bom, do que amanhã. Depois aí você nem consegue fazer a quimioterapia.*

É interessante observarmos que estes temas foram abordados durante a elaboração do trabalho artístico, havendo um paralelo sutilmente estabelecido pelo próprio paciente ao se referir às situações previstas ou imprevistas do tratamento e à modelagem de uma peça que parte de um protótipo idealizado. As situações previstas são aquelas que partem de conhecimento prévio, de probabilidades baseadas na experiência de outros pacientes que já vivenciaram situações semelhantes (como no episódio com o paciente que

estava para fazer cirurgia) ou de modelos idealizados (como na tentativa de reproduzir a peça de argila). As situações imprevistas, por sua vez, são totalmente novas, inesperadas e experimentais (como a proposta de quimioterapia):

*Vai ficar que nem eu, porque é (uma situação) praticamente idêntica a dele. O diagnóstico é o mesmo, a cirurgia é a mesma, o médico é o mesmo. Só o côco aqui que não é o mesmo (risos).*

Como tema recorrente relacionado a um importante conflito, Renato aborda novamente a necessidade de retomar a atividade profissional e desenvolver seu potencial, transformando sua energia contida por meio do trabalho:

*Você fica em casa, você fala: ‘Puxa, mas o que eu vou fazer?’ Sair, procurar emprego... não posso. Procurar emprego aonde? Você pensa em arrumar um servicinho aí... uma coisa fácil para você fazer que não é pesado (...). Mas mesmo assim é aquela velha história: que jeito eu vou fazer? Não sei se é o medo, se é obstáculo.*

Ele procura uma meta para sua vida, pois parece não suportar a idéia de se ver limitado ao tratamento que não mais lhe oferece perspectivas de recuperação. A possibilidade de vida ativa aparece relacionada ao trabalho:

*Eu acho que todo ser humano tem uma meta. É, a gente fala assim... mas também eu não tenho uma meta, porque não tenho o que decidir, o que fazer, o que trabalhar. Porque acho que se tem emprego você pode até falar: ‘Eu vou atingir minha meta máxima no que quero dentro do meu trabalho. Vou subir de cargo. Vou aumentar meu salário.’ Mas quando você não tem, acho que também não tem como você atingir meta.*

Após modelar a forma do côco de acordo com o modelo idealizado, Renato se dispõe a sair da sala de atendimento para buscar um canudinho fora do ambulatório. Ao retornar, o insere na argila ainda fresca, finalizando a modelagem.

Na sessão nº10, Renato chega apreensivo para ver a peça seca após tê-la modelado na sessão anterior:

*Eu gostei de como ficou essa coisa, viu! (...) Eu achei que ia ver, ia tá tudo rachado.*

Durante a pintura da peça, ele retoma o tema sobre a doença que não tem mais perspectivas de cura do ponto de vista da Medicina, mas expressa receber apoio da irmã mais velha com quem compartilha seus problemas, fortalecendo sua fé na recuperação por meio da busca religiosa:

*Eles não falam mais em cura (...). Só que a minha irmã tem aquela coisa com ela que pra Deus nada é impossível (...).*

Ao pintar a superfície do côco elaborado na sessão anterior, procura se lembrar da imagem vista na loja para que possa reproduzi-la da melhor maneira. Após finalizar a pintura, expressa sua satisfação ao desenvolver a atividade proposta, enfatizando a importância de concretizar um plano idealizado:

*Dessa história, o que achei legal é que eu consegui fazer uma coisa que eu vi. Consegui. Acho que o mais importante é que eu vi e cheguei aqui você tava com o material e eu... A idéia veio já na hora (...). Às vezes a gente vê uma coisa, pensa em fazer, mas não consegue, né?*

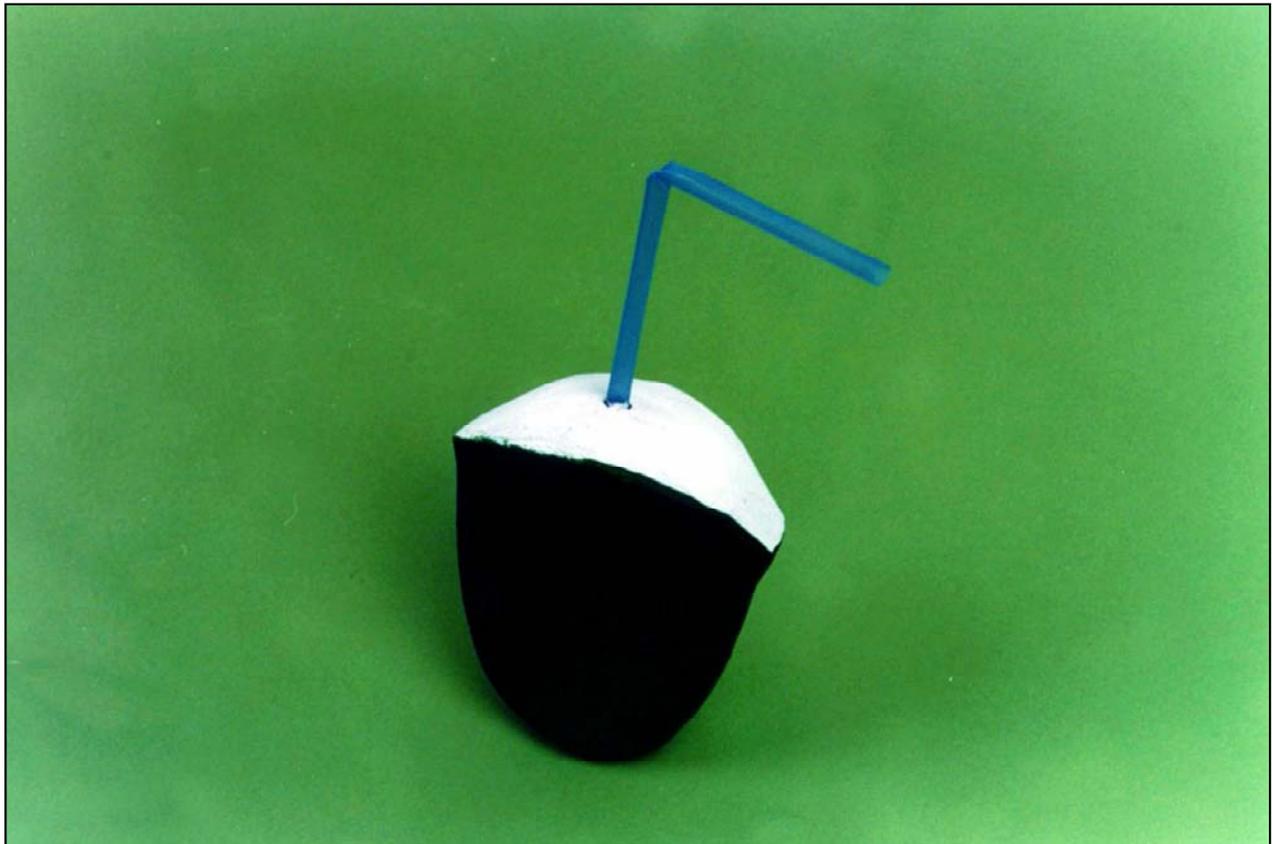
A partir desta atividade, Renato compartilha sua opinião sobre o processo psicoterapêutico de uma maneira geral (psicoterapia verbal ou baseada em recursos artísticos). Ele demonstra valorizar a intervenção, sentindo necessidade de dizer qual era seu ponto de vista na fase inicial de seu seguimento:

*No começo, como até eu pensei, muitas e muitas vezes eu falei: 'Que eu vou fazer lá com aquela mulher?' Ficar conversando lá comigo, sabe? Eu acho que no começo qualquer um aí vem aqui e pensa: 'É uma babaquice isso aí' (...). Mas depois que a gente vai entender que você tem que sentir. Se você não sentir, eu acho que você vai continuar achando que é uma babaquice. Você tá vindo aqui perder seu tempo (...). Acho que sentir o prazer de você tá vindo aqui, sabe? (...) Depois você vai vendo que faz diferença. Quem tem que fazer essa diferença é a gente que é paciente, porque você tá formada, tá aí com a maior boa vontade aqui. Mas depende só da gente. Depende da gente querer (...) Eu acho que tem que ter um tempo aqui, porque você vim uma, duas, três vezes, não... eu acho que é pouco assim pra você sentir...*

Este trecho de sua fala parece-nos bastante importante, pois demarca a valorização do sentimento despertado pela própria vivência. Existe neste momento do processo arteterapêutico a permissão para o 'sentir', pois para ele somente é capaz de ter benefícios com a intervenção terapêutica aquele que se permite sentir e vivenciar o processo, podendo tolerar o incômodo inicial despertado pela proposta de contato com a própria realidade interna.

Podemos, assim, perceber uma significativa mudança com relação à expressão de sentimentos, pois devemos lembrar que a primeira produção de Renato (Figura 6) retrata sua atitude fechada diante dos afetos, demonstrando sua resistência a partir da barreira de isolamento.

O côco verde pronto para ser saboreado, oferecendo água para saciar a sede das pessoas em regiões tropicais, é a imagem escolhida por Renato para ser modelada e pintada. Como fruto verde, ainda não maduro, geralmente apresenta água em abundância, sendo utilizado o canudo para a sucção do líquido que se concentra no interior. Esta via de acesso ao interior, tão importante a ponto de fazer Renato sair do atendimento à procura de um canudo, nos remete à compreensão deste elo de ligação e comunicação entre mundo externo e mundo interno que passa a ser estabelecido através do processo arteterapêutico. É por intermédio da vivência e do sentimento despertado que esta via de acesso se estabelece, ocorrendo em virtude da transferência positiva, como já havíamos mencionado anteriormente.



**Figura 18**

**Côco verde (Renato)**

**Peça modelada em argila e pintada com tinta acrílica**

## Sessões nº11<sup>13</sup> e 12<sup>14</sup>

### **Técnica arteterapêutica:** Construção com sucatas

Estas duas sessões seguem a mesma técnica proposta, sendo realizada uma única produção. Antes de iniciar a atividade, na sessão nº11, Renato apresenta muita necessidade de se expressar verbalmente, pois conta fatos importantes relacionados à superação de obstáculos pertinentes ao início da quimioterapia experimental, relatando também aspectos associados à manifestação da dor decorrente da doença.

A liberação da quimioterapia para a continuidade do tratamento de Renato, a princípio, não é autorizada pelo hospital, pois não há evidências de benefícios em situações como as dele. Como já mencionamos, a proposta desta quimioterapia é experimental. Mas, diante desta limitação, ele luta para manter sua esperança de sobrevivência ao câncer, tentando conseguir a todo custo receber este tratamento. Para isso, protesta diante da superintendência do hospital esperando com esta atitude alguma solução para seu caso:

*A grande jogada minha era o seguinte: eu ia falar pra ela (para a superintendente do hospital) que se ela não fosse comprar o remédio pra mim que ela desse uma carta, uma carta por escrito (...), alegando que o hospital não quis comprar o remédio, que o hospital negou a compra do remédio (...), porque assim eu ia ter como correr atrás, podia fazer um boletim de ocorrência, podia levar na EPTV. Aí eu tinha uma prova que eles não quiseram comprar (...). E até nem precisou nada, eu fui duas vezes lá, mas acho que a mulher falou: 'vamos liberar logo isso antes que dê mais dor de cabeça'.*

Renato tem iniciativa e luta por suas metas. Neste caso, sua meta é a realização do tratamento quimioterápico, pois, apesar de estar ciente de que esta é uma proposta paliativa, acredita que por meio deste tratamento poderá evitar a progressão da doença. Ele se sente fortalecido e satisfeito ao reconhecer que superou um primeiro obstáculo, conseguindo a autorização necessária para o início de seu tratamento:

---

<sup>13</sup> Duas semanas após sessão anterior.

<sup>14</sup> Uma semana após sessão nº11.

*O coitadinho que ficar quieto... Não vai lá... O cara não vai conseguir mesmo. Mas aí, na mesma hora, eu também pensei... Falei: 'Pucha, vê como é que é. Que coisa!' Tem o João também (outro paciente oncológico), o pedido dele foi negado e acho que ele*

Nesta sessão, ele novamente se refere à dor noturna e à insônia. Observamos, portanto, a relação estabelecida por Renato entre estar com o corpo quente (em movimento durante o dia) e estar com o corpo frio (parado durante a noite) associada à manifestação da dor que impede seu sono noturno:

*De dia a gente ainda faz alguma coisinha, se movimenta. Aí, a noite que a gente esfria que é quando dói. (...) Vai dormir de madrugada, na hora que não tá aguentando mais. Aí, cochila e dorme. (...) Não é dor, aquela dor forte. Que nem outro dia que era na perna. Aqui era uma que incomoda na hora que você deita. Deita... você não tem posição pra dormir, mas não chega a ser dor, dor, sabe assim, que você não tá aguentando mais.*

Como abordamos na análise da sessão nº4, em que o paciente elabora uma imagem contendo lado diurno e lado noturno (Figura 9), estas oposições entre o dia e a noite, entre o calor e o frio, entre o movimento e a ausência deste parecem estar constantemente associadas à presença ou à ausência da dor (que passaram a ser relatadas posteriormente), pois a dor prevalece à noite, quando o corpo esfria por não estar em movimento. Na paisagem desenhada na sessão nº4, esta relação fica evidente, pois é na noite tenebrosa, sob a lua negra, que a vegetação está seca, envelhecida, desvitalizada. Sob a luz e o calor do sol, a vegetação ganha novo vigor e desabrocha.

Diante da proposta arteterapêutica, Renato fica entusiasmado e demonstra sua satisfação ao ver todo aquele material (sucatas) espalhado sobre a maca na sala de atendimento. A idéia do que elaborar vem com facilidade, mas ele tenta adequar sua idéia aos materiais disponíveis, pois precisa partir de um plano idealizado para torná-lo viável e concreto. Este é seu grande dilema, tanto na atividade artística quanto na vida:

*Eu vim aqui e falei: 'Hoje vai ter uma oficina aí dentro!' (...) A idéia já veio aqui na cabeça! (...) Mas não tá... As coisas não tá coerente com a minha idéia. (...) Eu queria fazer uma bolona, um boneco, mas*

*não tô achando! (...) Não tô achando alguma coisa... O corpo dele, sabe? Garrafa, pensei... (...) Então, vamos colocar a coisa em prática pra ver o que dá.*

Durante a elaboração da produção com sucatas, Renato aborda outros temas relacionados à sua atual vivência. Fala sobre a experiência de compartilhar seus sentimentos nas sessões de psicoterapia, sobre a expectativa com relação ao tratamento quimioterápico que está para iniciar, sobre sua satisfação com a superação das dificuldades e sobre questões familiares.

Com relação à dificuldade de expressão na intervenção psicoterapêutica, ele relata:

*Não sei se era medo, mas... era um negócio que não... que não queria vir. Mas não é medo de 'medo', é medo de você falar. Medo do... do que vai sair da sua boca.*

No que se refere à expectativa com relação ao tratamento, comenta:

*Só tava esperando chegar o remédio. (...) Você já começa a se preparar. (...) Até na parte da alimentação. Você fala: 'Puxa, já vou começar a comer tudo o que eu... Aproveitar porque depois eu não vou comer. Eu sei que vou ficar enjoado.*

Sobre sua reação de satisfação e entusiasmo diante da superação dos obstáculos, Renato expressa:

*Anima, viu. (...) Você vai atrás, você consegue. Remédio caro... Acho que anima sim a gente. (...) Que só dependia de mim. Aí eu falei: 'Do que depender de mim, eu vou...' (...) Porque também eu sou assim, Erika. Acho que quando tem que resolver, tem que ir ali... Eu vou lá e já... Acho que também sou decidido. Não fico enrolando muito o meio de campo.*

Quanto às questões familiares, Renato comenta que a mãe está doente. Enfatiza também a fragilidade e a vivência sofrida da figura materna:

*Ah! Minha mãe tá com uma tosse! Não pára! E ela tá tendo febre. Uns tempos atrás, ela teve infecção de urina. (...) Por isso que eu falo pra você que eu não durmo. Eu já tava acordado e via também que ela não tava conseguindo dormir. (...) Ah! Ela já é de idade também. Ela também já sofreu pra caramba. Ah! Perdeu os filhos dela. Perdeu o sítio. (...) Ela sabe até que... que se fosse ela, ela não aguentaria passar por tudo o que eu já passei.*

Já na sessão nº12, Renato se refere à importância de estar ciente dos fatos sobre seu quadro clínico. Ele se sente mais seguro quando lida com situações conhecidas:

*Eu penso o seguinte: eu acho que é melhor você tá informado (...) Saber a verdade. 'Ah! É isso, isso e isso!' Acho que não tem que ter negócio de meio termo: ou é ou não é. Acho que não vai ficar aí, fazer uma coisa que você nem sabe o que é que você tá fazendo... Que nem o caso da pessoa esconder uma coisa de você. (...) Às vezes, tem gente que reage de um jeito, mas eu prefiro saber... o que... o que acontece. (...) Como é que a pessoa vai reagir diante de uma coisa que ela não sabe o que é?*

Na elaboração da produção artística (que ocorre ao longo das duas sessões aqui descritas), Renato usa uma garrafa de plástico para fazer o corpo do boneco, colocando feijão no interior da garrafa para dar peso e equilíbrio. O corpo é todo revestido com papel crepon verde e amarelo (que é a roupa do boneco). Os braços são feitos com palito, sendo encapados com papel até a confecção das mãos. Utiliza argila para modelar a cabeça, colocando dois grãos de feijão como olhos. O nariz e a boca são feitos com papel crepon. Também faz um lenço com este papel, colocando-o na cabeça do boneco para substituir um chapéu (forminha de empada em alumínio) que havia sido utilizado na sessão nº11 (Figura 19).

Na sessão nº12, ele coloca os braços, ajusta o acessório colocado na cabeça e completa a decoração da peça. Tem dificuldades com relação ao chapéu que havia sido introduzido como acessório na sessão anterior, pois este não adere à cabeça do boneco. No

confronto com esta situação imprevista, Renato demonstra flexibilidade e capacidade para lidar com frustrações, mas fala sobre as dificuldades e a importância de não perder o controle (“não perder a cabeça”):

*Isso tava fora do previsto! (Chapéu que não aderiu à cabeça.) (...)  
Quem não tem cão caça com gato! (...) Depende é da cabeça. Daí é  
hora de segurar a cabeça. (...) É porque às vezes quando acontece  
alguma coisa que a gente nem espera, você fica estranho. Você não  
sabe o que pensa, o que faz. A cabeça fica meia... desnorçada. É  
difícil.*

A princípio ele se refere a um boneco (no masculino), mas nesta sessão (nº12) o nomeia como personagem do sexo feminino chamada “Amarelinha”. Atribui a ela característica de pessoa idosa, sendo a mascote da Seleção Brasileira na Copa do Mundo de Futebol:

*Ficou com cara de mulher! (...) O pior é que é muié. Tá com cara de  
muié. Vai ser quem? Amarelinha? (...) Ela é... é a mascote da... da  
Seleção. (...) Ah, mascote não precisa ter idade. Tem mascote que  
tem 60 anos. Mas ela também ficou com cara, assim, de uma  
mascote já de idade. (...) Não tá com cara de nova não. Tá mais com  
cara de veinha. (risos)*

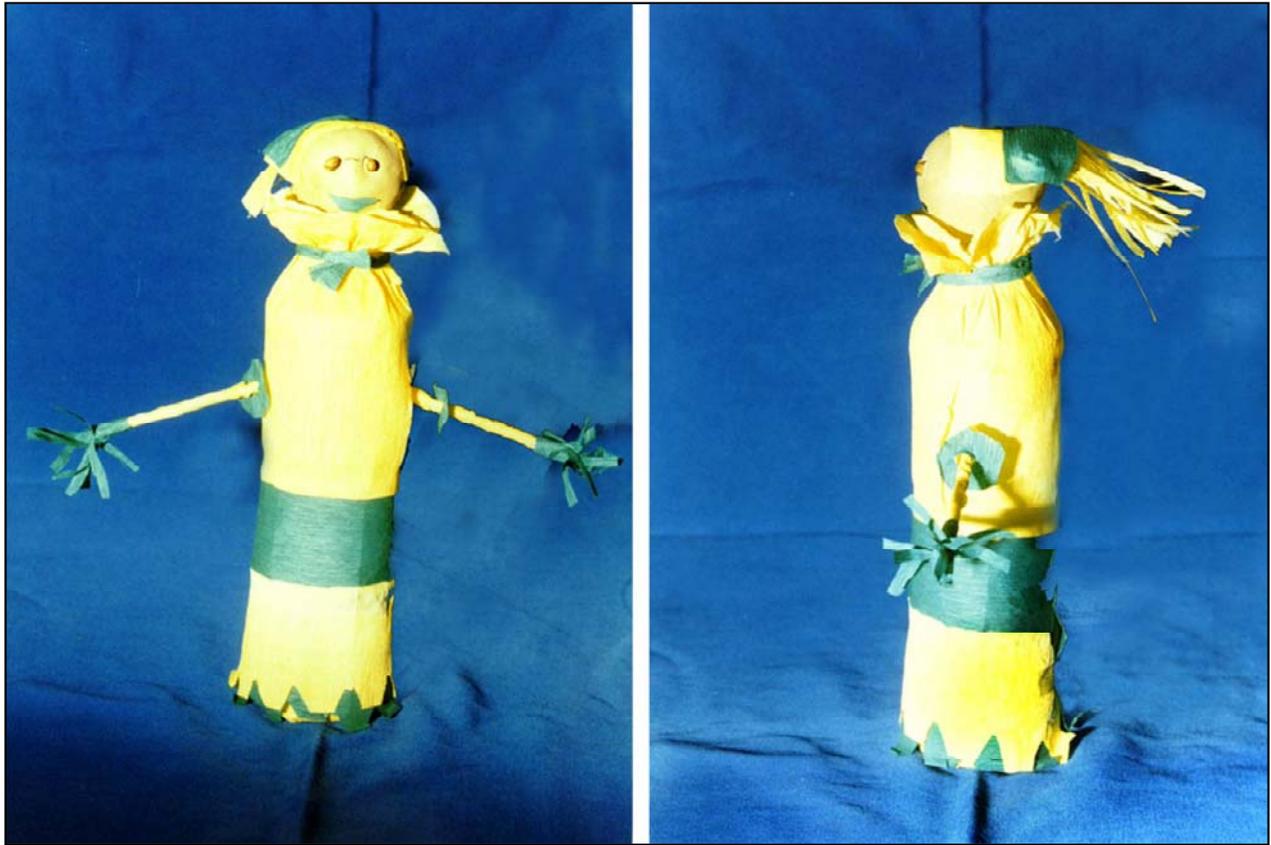
Renato elabora espontaneamente esta personagem e a considera uma companheira, sendo fruto de seu próprio esforço, uma produção que lhe pertence por completo. Talvez esta seja a imagem de sua ânima, personificada na figura elaborada com sucatas, sendo sua imagem psíquica feminina. Parece ser uma personagem que reúne vitalidade, alegria e identidade brasileira (ligação com a pátria-mãe) aos atributos de uma “velha” senhora que apresenta a sabedoria das pessoas mais velhas e experientes aliada à decadência do vigor físico e supostamente à proximidade da morte, o que nos faz pensar no fato de ser tão jovem e já ter vivido tantas experiências marcantes e dolorosas.

*Mascote da Seleção e companheira do Renato. (...) Porque uma obra  
minha vai ser companheira minha. (...) Ela tem alegria. (...) Olhando  
assim pra ela, parece que tá sorrindo.*

Esta alegria relatada por Renato (que se manifesta através do sorriso) é semelhante à alegria vista por ele na imagem do coração (Figura 10), apresentando também relação com a fachada da casa colorida (Figura 6) que não oferece acesso ao interior. Estas imagens denotam aparência agradável e feliz a ponto de ocultar outras características indesejadas.

Outros dois aspectos interessantes observados na produção deste paciente são: a omissão das pernas e a preocupação com o acessório destinado a cobrir a cabeça da personagem. Renato passou a ter uma perna mais curta que a outra após a realização da Hemipelvectomy (retirada cirúrgica de metade da pélvis), omitindo assim as pernas de sua personagem por serem focos de conflito. Além disso, é comum que os pacientes com câncer usem acessórios na cabeça para proteger o couro cabeludo, evitando que as pessoas percebam a queda do cabelo decorrente da quimioterapia. Nestas circunstâncias, geralmente os homens usam bonés e as mulheres usam chapéus, perucas ou lenços, tal como a personagem “Amarelinha”.

Assim, notamos que a produção com sucatas favoreceu a transformação do material proveniente de diversas origens em uma personagem que recebeu “vida” ao adquirir nome, sexo e identidade, sendo “animada” por Renato, que a considerou como verdadeira companheira.



**Figura 19**

**Amarelinha (Renato)**

**Peça construída com sucatas de várias origens incluindo  
argila e papel crepon**

## Sessão nº13<sup>15</sup>

### **Técnica arteterapêutica:** Colagem e desenho

Esta sessão, Renato inicia contando sobre o episódio de internação ocorrido no intervalo de tempo entre a sessão anterior e esta. Fala sobre os sintomas de mal-estar físico e febre. Perante a proposta para a realização de um trabalho de colagem, ele escolhe duas gravuras: a ilustração do porão de um navio negreiro conduzindo escravos e a foto de uma família vivendo a fome e a miséria. No entanto, ele não se contenta com a simples colagem de figuras, achando que desta forma sua produção ficaria empobrecida de significado:

*Ah! Mas se eu só colar foto aí vai ficar babaca demais! (...) Essas duas fotos aqui eu posso dizer assim... é a escravidão no Brasil. Pronto. Tenho um tema, mas só isso.*

Começa, então, a compreender as imagens escolhidas até perceber que seu trabalho ainda não está completo. Observa que falta algo. Assim, manifesta seu desejo de encontrar outras duas figuras que sejam opostas às selecionadas:

*Isso aí é um porão de um navio. (...) Essa aqui parece mais a... aquelas pessoas da Etiópia, né, mais uma coisa assim de fome. (...) Imagem de sofrimento. O que passa é sofrimento. (...) A escravidão no Brasil aqui e aqui demonstrando a fome no mundo hoje. No mundo de hoje que a gente tá vivendo. (...) Sobrou um espaço aí ainda! (...) Deixa eu ver se acho alguma coisa aqui. (...) Minha idéia é representar alguma coisa aqui que nem... aqui eu queria representar o contrário disso. Aqui a escravidão. Eu queria representar aqui a liberdade. Aqui a fome. Aqui a fartura.*

Tenta selecionar outras gravuras nas revistas que possam contrapor à idéia de escravidão e fome, mas não encontra o que procura. Então, opta por colar os recortes escolhidos e desenhar ao lado o que representaria a oposição de tais temas. Para os elementos de conotação negativa, Renato encontra gravuras prontas, já para os elementos de conotação positiva, é preciso elaborar e criar imagens que simbolizem o que está ausente.

---

<sup>15</sup> Esta sessão ocorreu duas semanas depois da sessão anterior, sendo que o paciente ficou internado por seis dias até dois dias antes da data desta sessão.

Esta produção se caracteriza pela composição de elementos distintos que, ao mesmo tempo, têm representação singular (podendo ser analisados separadamente). No entanto, ao serem colocados em conjunto, apresentam a intenção de comunicar uma mensagem que reúne escravidão e liberdade, fome e fartura. Novamente surge a dualidade nos lados do papel, mas aqui parece-nos relevante a noção temporal (presente e futuro) com relação ao anseio para se alcançar a liberdade e para saciar necessidades primárias.

O porão do navio negreiro, tema de uma das gravuras encontradas em revista, representa o interior do navio, onde os escravos eram transportados em condições precárias. Esta imagem selecionada (de acordo com a identificação do paciente) parece trazer à tona novamente a relação entre mundo interno e mundo externo. Nesta gravura, destaca-se a figura de um escravo que estabelece contato com alguém que se encontra na superfície do navio, comunicando-se com o universo exterior e recebendo água.

Como oposição, Renato desenha uma pomba representando a liberdade e alimentos representando a fartura. A pomba também lembra um peixe, o que talvez reflita a profundidade do seu anseio por liberdade (peixe nos remete ao inconsciente). Nesta produção, ele parece expressar, numa dimensão pessoal, a falta de liberdade que vive atualmente e suas dificuldades financeiras:

*(A interpretação do desenho) Fica a critério de quem vê, porque cara de pomba não tem! (...) Eu pensei na pomba, porque a pomba representa paz, liberdade. Eu pensei na pomba, só que não saiu a pomba. Aqui, a fartura, um monte de alimento: pão, fruta.*

A imagem simbólica da pomba representa pureza, simplicidade, paz e esperança, tal como o próprio paciente se refere. Mas, em contrapartida, também é a representação do princípio vital, da alma:

É por isso mesmo representada, em certos vasos funerários gregos, bebendo em uma taça que simboliza a fonte da memória (LAVD, 258). A imagem é repetida na iconografia cristã, a qual, no relato do martírio de São Policarpo, por exemplo, faz com que uma pomba saia do corpo do santo depois da sua morte (CHEVALIER e GHEERBRANT, 2003, p. 728).

Nesta imagem produzida por Renato, a pomba apresenta grande dimensão e parece voar em direção ao alto, o que nos remete à idéia de despreendimento da dimensão material (inferior) para uma busca mais espiritual.

No que se refere à expressão da vivência coletiva, esta produção expressa a desigualdade das condições socioeconômicas vividas pela população brasileira, enfrentando dificuldades que também levam o povo à falta de liberdade:

*Acho que mostra um pouco do nosso Brasil. (...) Acho que tanto aqui na desigualdade das figuras como na vida real. (...) Escravidão no dia de hoje pode ser até o povo... o povo hoje em dia... sei lá... o que trabalha no dia-a-dia. Eu acho que... até as pessoas se tornam escravas.*

Ele se identifica com esta problemática, compartilhado destas privações na vida familiar e pessoal:

*Na minha casa assim não tem fartura. (...) Eu posso dizer assim... Pra mim, em geral, minha família assim foi sempre sofrido. Sempre faltou as coisas, sabe? Nunca foi aquela mil maravilha. Nunca passou fome, né, mas sempre foi difícil. Sempre faltava as coisas. Às vezes, a gente tinha vontade de comer alguma coisa que não tinha.*

Entretanto, no que se refere à fome, Renato também fala sobre a necessidade do afeto que é o “alimento da alma”. Mais uma vez, o que seria a representação de um sofrimento da humanidade, em nível coletivo, torna-se reflexão para a expressão do sofrimento pessoal:



**Figura 20**

**Escravidão e liberdade, fome e fartura (Renato)**

**Colagem com gravuras de revistas e desenho com lápis grafite sobre papel Canson  
na cor creme e no tamanho A3**

*Esse (o alimento da alma) tá sempre faltando na verdade. Vou dizer pra você que hoje tá bom... Hoje, eu tô bom assim fisicamente, mas lá no fundo tá ainda faltando aquela coisa, sabe?*

O pão, que aparece em conjunto com as frutas representando fartura, nos remete justamente à imagem do “alimento essencial” que na tradição cristã contempla a dimensão espiritual através da representação do “pão da vida” (CHEVALIER e GHEERBRANT, 2003, p. 681).

Fica evidente nesta produção de Renato a existência da intersecção de elementos de natureza pessoal, de natureza cultural e social, e de natureza universal (arquetípica). A própria pomba, por exemplo, representa seu anseio pessoal por liberdade (pelo fato de sentir-se limitado em função da doença e do tratamento), representa uma necessidade do povo brasileiro de libertação diante das opressões sociais e econômicas pertinentes à desigualdade, e, por fim, representa também uma libertação espiritual de desprendimento da matéria, como imagem simbólica da alma enquanto manifestação universal.

### **Sessões nº14<sup>16</sup> e 15<sup>17</sup>**

#### **Técnica arteterapêutica: Máscara**

Na sessão nº14, antes mesmo de lançarmos a proposta arteterapêutica, Renato compartilha seus sentimentos desencadeados pela situação de tratamento. Ele expressa sua amargura e seu estado de ansiedade, mostrando entrar em contato com experiências internas que não deseja transparecer para as pessoas com as quais convive no dia-a-dia:

*Ah! Na verdade, vou falar pra você, viu Erika, eu não sei o que é, mas tem hora que dá amargura... Tem hora que com nada assim, eu tô... Não tô fazendo nada, tô à toa assim e tô nervoso. Não aconteceu nada, ninguém me fez nada... Você tá ali naquela tensão, nervosismo. Nervoso à toa. (...) Nervoso comigo mesmo, sabe? Não falo pra ninguém assim, mas tô ali... Acho que uma coisa assim... Acho que (desejo) acabar a semana (de quimioterapia). (...) Que dá um negócio assim. (...) Uma coisa assim estranha. (...) É um negócio diferente, que eu nunca senti.*

---

<sup>16</sup> Duas semanas após a sessão anterior.

<sup>17</sup> Duas semanas após a sessão nº14

Ele também fala sobre a necessidade de expressar tais sentimentos exatamente no momento em que são vividos, pois muitas vezes apenas pode expressá-los durante as sessões. Nesta hora, percebe que esperou a semana toda para falar a respeito destas experiências e não é capaz de colocar em palavras o que gostaria de compartilhar:

*Às vezes, você fica a semana toda... querendo falar, querendo conversar e a hora que chega aqui (na sessão), você... (...) Não sai nada. (...) Você não consegue definir.*

De encontro a estas dificuldades de expressão, a Arteterapia parece auxiliá-lo, pois afinal existe uma comunicação não-verbal que permeia todo o processo psicoterapêutico. Assim, nesta sessão, propomos a confecção da máscara, esclarecendo a técnica e acompanhando toda a sua elaboração que a princípio foi programada para ser realizada em dois encontros.

Primeiramente, Renato desenha o contorno do rosto sobre a cartolina, desenhando em seguida os olhos, o nariz e a boca. Recorta a forma do rosto, olhos, nariz e boca, passando a colar os papéis (pedacinhos rasgados de revista). A princípio, ele tenta encaixar estes papéis como se montasse um quebra-cabeça, pois demonstra incômodo com a perda da forma e das feições do rosto durante a colagem.

O objetivo da colagem dos papéis sobrepostos é dar consistência à máscara para que ela endureça. Isto é esclarecido ao paciente, embora deixemos a seu critério avaliar a densidade adequada para sua produção. Nesta fase, ele passa a colar os papéis indiscriminadamente, bloqueando o orifício do nariz:

*Depois fura de novo, não fura? Isso que eu pensei, né. Agora vamos ver se dá pra furar. (...) Tô vendo que esse nariz não vai nem sair... (...) Um (pedaço de papel) grandão tirou a forma dele aí.*

Ao considerarmos as possíveis projeções de conteúdos internos na máscara, observamos que esta atitude de obstruir o orifício do nariz (a princípio recortado) com a colagem de papéis, parece estar relacionada à situação de doença com localização nos pulmões, pois três meses antes da data desta sessão foi diagnosticada metástase pulmonar bilateral. Portanto, veremos em sessões posteriores como esta obstrução da via respiratória

(que aparece aqui na atividade artística) se manifesta como cansaço e falta de ar decorrentes do comprometimento dos pulmões.

No decorrer da sessão, ao longo da elaboração do trabalho artístico, Renato retoma o tema sobre a necessidade de expressão, falando sobre a falta de continência familiar. A partir do processo psicoterapêutico, começa a existir um espaço destinado à expressão e ao contato com os próprios sentimentos e vivências internas:

*O pior é isso, Erika. Não tem com quem você conversar. Não tem ninguém que te escuta. (...) E aí vai passando, você vai guardando pra você. Mas sempre dá... bate aquela coisa assim, aquela... vontade de conversar, que você tá ali... querendo dizer o que você tá sentindo ali. (...) Eu acho que eu também não tava nem aí... (refere-se principalmente ao período de vida anterior à doença) Não ligava muito pra essa coisa de conversa, sabe? Acho que não dependia muito dos outros. Pra mim tava bom. (...) É mais agora assim que ultimamente aí eu ando meio carente.*

No trabalho artístico, ele finaliza a colagem e passa para a próxima etapa que é a decoração da máscara. Escolhe a cor verde para pintá-la, mas se preocupa com o fato da pintura não encobrir todo o fundo, transparecendo assim os papéis colados:

*Porque foi muito difícil pintar em cima dessa figura.*

Ele resolve esperar até a próxima sessão para ver a máscara depois de seca e só assim decidir se acrescenta ou não algum detalhe na decoração. Apesar da dificuldade para pintar sobre o fundo de papéis, ele expressa satisfação com o resultado:

*Eu acho que ficou melhor assim aparecendo as coisas (os papéis colados no fundo) do que encobrir tudo de verde. (...) Ah! Não esperava que ia ficar bom assim não. (...) Ficou melhor do que a encomenda. (...) Acho que tá bom. Começar mexer mais, vai estragar.*

Na sessão nº15, portanto, Renato resolve não acrescentar nenhum detalhe à máscara, considerando-a concluída e passando a expressar suas associações com relação à produção elaborada (Figura 21). Assim, ele se refere à máscara como um aparato comum a todos, sendo constituída pela retenção de vivências negativas do passado:

*Acho que todo mundo tem uma máscara. Aí, falar dessa máscara é que é difícil, não dessa aqui (diferencia a máscara subjetiva da máscara concreta). (...) Ah! Eu acho que todo mundo tem um passado, uma coisa. Acho que às vezes um passado ruim, um momento mesmo que tá vivendo. Acho que essas coisas vão se tornando a máscara. Eu acho que o acúmulo de coisas ruins que vai... (formando a máscara)*

Ele diferencia o externo do interno, como já aconteceu em sessões anteriores, mostrando que os aspectos da aparência disponível aos olhos das pessoas nem sempre correspondem ao que se passa na vivência interior:

*Eu acho que as pessoas vão vendo uma coisa diferente e por dentro ela tá sentindo uma coisa. E aí fica difícil você falar o que você tá sentindo e aí vai acumulando. (...) Porque você não quer mostrar o seu lado... A sua dificuldade. Você sempre quer mostrar o melhor que você tem.*

O tema da máscara nos remete à constituição da persona, pois é através dela que o sujeito se confronta com o mundo externo, tendo a função de facilitar o intercâmbio entre os próprios indivíduos em determinados contextos socioculturais. A persona não é uma manifestação patológica e nem tampouco uma expressão considerada falsa; mas a intensa identificação do sujeito com sua persona pode levá-lo à dificuldade de conscientização de sua identidade psíquica que vai além de seu papel social, gerando rigidez e fragilidade psicológica, impedindo o contato com seus processos internos (SAMUELS et al., 1988).



**Figura 21**

**Máscara confeccionada em base de cartolina, revestida a partir da colagem de papéis e pintada com tinta acrílica**

Falando sobre a máscara, Renato se dá conta de aspectos que permanecem encobertos por uma espécie de proteção, tal como nos mostrou logo na primeira produção com a elaboração do desenho da casa (Figura 6) e na produção em que desenhou o coração com manchas (Figura 10):

*Ah! Aí é onde que entra a... aquela coisa... entra o passado. As coisas que aconteceram na sua vida... a raiva, as coisas que você tem guardado dentro de você.*

Dentre estes conteúdos ocultos, observamos que alguns permeiam o limiar entre o consciente e o inconsciente (pois são verbalizados ocasionalmente). Outros, entretanto, apenas são observados por meio das projeções, não havendo consciência de sua dimensão ao emergirem como imagens simbólicas:

*Ah! A minha máscara é... Ah! Não sei. A minha máscara é aquela que você não consegue falar, que você não consegue... Parece até que você tem medo de falar. Acho que essa que é a máscara. (...) Por outro lado, tem uma parte que não mostra... Eu acho que nem mostra e não consegue falar.*

### **Sessão nº16<sup>18</sup>**

**Técnica arteterapêutica:** Desenho / Pintura (expressão após relaxamento e visualização)

Antes de iniciar a atividade artística nesta sessão, Renato se refere à expectativa com relação ao resultado da quimioterapia experimental. Apesar de ter ciência sobre a ausência de perspectivas de cura para sua doença (de acordo com o ponto de vista da Medicina), ele acredita que, com o tratamento que vinha sendo realizado, conseguiria obter a recuperação completa ou parcial de sua saúde:

*Já tá sumindo tudo. (...) Ah! Eu acho que ainda vai ter que fazer mais quimioterapia. Umás três ainda. Mas tô confiante que quando fizer (os exames) vai tá... se não sumiu, vai tá quase sumindo.*

---

<sup>18</sup> Três semanas após a sessão anterior.

Diante de seu anseio por ocupação, em sua busca por trabalho, conta com entusiasmo sobre seu novo emprego. Ele procura adaptar a oportunidade de trabalho às condições de saúde do momento, preparando-se para a realização desta atividade que veio de encontro, neste momento, às suas expectativas de vida ativa:

*Bom, essa semana eu arrumei um servicinho lá pra fazer. Vou começar semana que vem. Pra acabar um pouco com esse negócio de ficar em casa. (...) Bem dizer, você trabalha por dia. É mais por você. Quanto mais você for, mas você ganha. (...) Pra mim, era isso que eu queria. (...) Distrai. Uma coisinha que você não pega peso. E o dia que eu vir aqui, eu não vou lá. (...) Nem comecei, já tô tão alegre de saber que eu não vou ficar em casa, saber que vai chegar de noite, você vai estar mais cansado.*

Renato procura se manter ocupado para não entrar em contato com as angústias e temores associados à situação de doença, evitando assim os pensamentos negativos que trazem à tona a ameaça de morte:

*O problema é ficar em casa. Chega uma hora que você não aguenta mais, sabe? Só pensa besteira quando tá assim sem fazer nada. (...) Quando você tá... (ocupado) você não tem muito tempo também pra ficar aí pensando, né.*

Nesta sessão, realizamos um trabalho breve de relaxamento e visualização para reduzir a ansiedade de Renato, favorecendo a concentração na atividade expressiva. Ele demonstra se sentir à vontade, externalizando sua satisfação após relaxar por alguns minutos e logo se preparando para expressar graficamente a imagem visualizada:

*Esse relaxamento é bom! (...) Ah! (O que eu pretendo fazer) É uma coisa fácil que eu já tava pensando. Depois, a hora que você falou: 'visualiza os detalhes', eu já... (imaginei)*

Nesta produção (Figura 22), ele opta por usar a tela no lugar do papel. Primeiro, desenha levemente a imagem com lápis grafite e, depois, a colore usando tinta plástica. Ele comenta que elaborou em sua produção a imagem que visualizou durante o relaxamento, mas acrescenta que já havia tido contato com uma figura semelhante antes:

*Foi o que veio na cabeça. (...) Eu construí aqui (referindo-se à imagem que foi elaborada naquele momento), mas já tinha visto alguma coisa assim. Aí eu pensei: 'qualquer dia vai surgir a oportunidade que vai dá pra fazer isso'.*

Com relação à imagem que foi a inspiração para sua produção, diz que havia uma estrada e um túnel no lugar do sol, que ficava entre as montanhas, e uma árvore de cada lado:

*Lá, ao invés de sol, aqui, era um túnel. Aqui na estrada, seria o túnel (mostrou a parte da estrada onde iniciaria o túnel entre as montanhas). Aí, tinha as montanhas e as duas árvores aqui do lado. Mas é tipo assim uma estrada.*

Renato se inspira nesta imagem descrita, semelhante à produzida por ele, mas opta por substituir o túnel pelo sol. Na menção à imagem do túnel, parece-nos importante destacar algumas peculiaridades, descritas por CHEVALIER e GHEERBRANT (2003), relacionadas às representações da “travessia” e da “via de comunicação” que permeia a escuridão e conduz à luz, estando presente também em ritos de iniciação:

A crença em grandes estradas subterrâneas, que o sol, os iniciados e os mortos percorrem para alcançar a luz de um novo dia, é muito difundida na maioria das tradições, notadamente no Egito, na Mesopotâmia e na América pré-colombiana. (...) A passagem pelo túnel da morte não tem volta: é a imagem do irreversível, da prova da noite, mas também de um novo nascimento, se for verdade que nascer é abrir os olhos para uma nova luz. (...) O túnel é o símbolo de todas as travessias obscuras, inquietas, dolorosas que podem desembocar em outra vida. Daí a extensão do símbolo à matriz e à vagina da mãe, a vida iniciática do recém-nascido (p. 916).

Na produção de Renato vemos uma estrada que se perde entre as montanhas. No infinito está o sol. Esta estrada pode ser interpretada de duas maneiras. Na primeira, ela representa a estrada de sua vida terrena chegando a um fim. E, na segunda, em termos espirituais, ela pode ser pensada como uma estrada que chega ao sol e que leva à transcendência - o sol representando Deus (Self) (JUNG, 1973 / 1999; EDINGER, 1972;

CHEVALIER e GHEERBRANT, 2003). Queremos lembrar que este foi o penúltimo desenho feito pelo paciente, realizado aproximadamente quatro meses antes de seu óbito, talvez prenunciando sua morte/transcendência.

Em lados opostos da estrada temos duas árvores grandes e uma menor à direita logo abaixo, que se desenvolveu a partir de um fragmento de tinta que pingou acidentalmente do tronco da árvore maior:

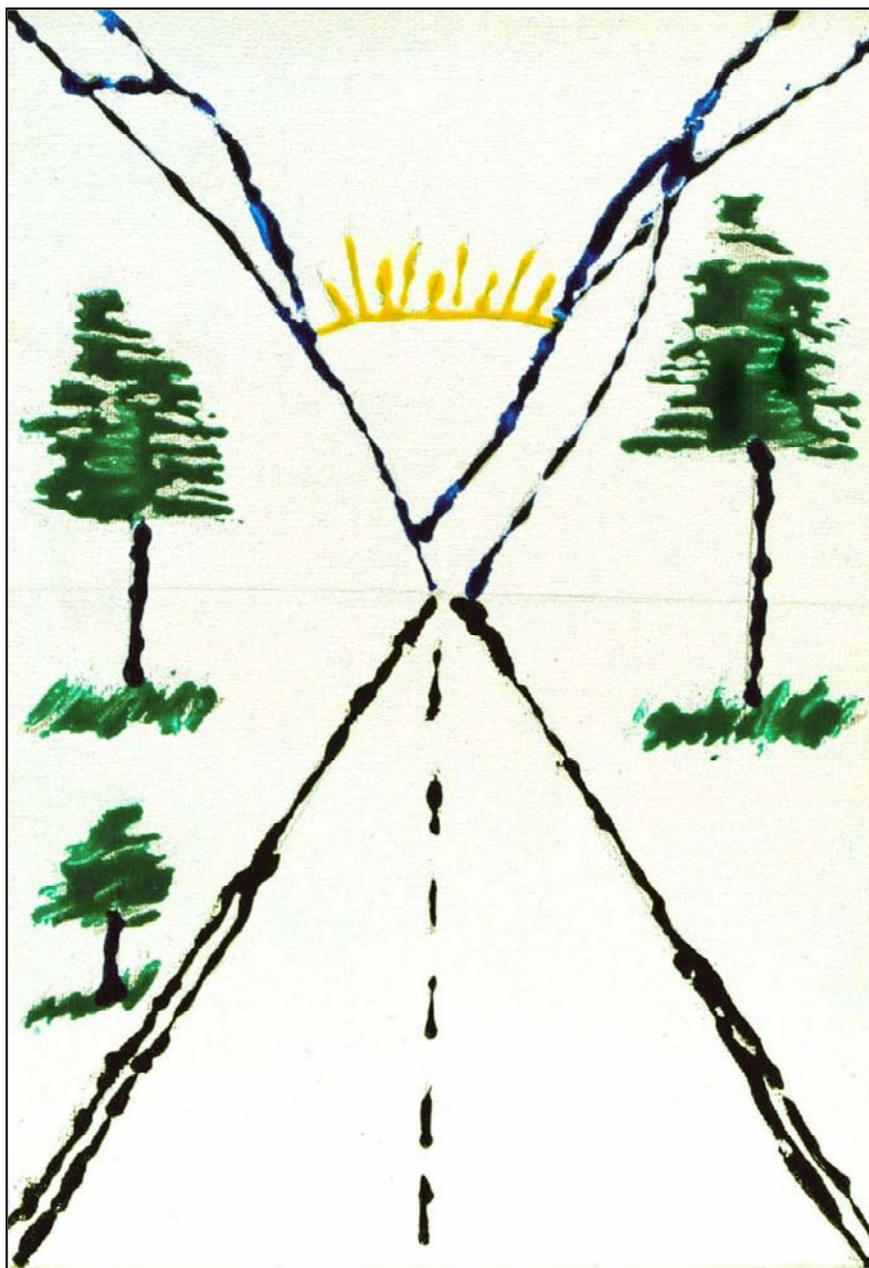
*Vou fazer uma arvrinha aqui. Bem pequenininha. Vou passar o verde em cima do preto (com intenção de encobrir o preto que é a cor do pingo de tinta que caiu acidentalmente sobre a tela).*

Podemos pensar que as duas árvores grandes representam seus pais (separados em lados opostos) e a árvore pequena a ele mesmo. Neste sentido, é interessante notar que as três árvores referidas podem estar também relacionadas ao número três, que também aparece em outras produções do paciente, referindo-se simbolicamente ao plano divino (CHEVALIER e GHEERBRANT, 2003).

Ele observa a imagem pintada na tela e a associa com liberdade, clareza e sossego, sugerindo que esta percepção imagética somente é alcançada quando se está em estado de relaxamento:

*Ah! É uma coisa assim de liberdade, de clareza. Até uma coisa de sossego, porque quando você tá meio sossegado é que você vê uma coisa assim. Acho que não tem muito o que falar.*

Embora nossa interpretação implique em alguma percepção do paciente em relação à sua morte física e posterior transcendência no plano espiritual, conscientemente ele manifestou nesta fase do tratamento seu desejo de cura, o que fica evidente em vários trechos descritos ao longo das sessões.



**Figura 22**

**Estrada (Renato)**

**Tinta plástica sobre tela na dimensão 22x16 cm**

## Sessão nº17<sup>19</sup>

### Sessão verbal

A manifestação da dor oncológica noturna e da insônia, mais uma vez, é foco de destaque no conteúdo da sessão de Renato:

*Aquela coisa, né Erika. Não dorme de noite. Você fica: dorme, acorda... Aí você já acorda com dor, depois não consegue dormir mais. (...) Até que agora de dia já começou a amenizar. De dia, pelo menos passa. Mais é a noite, quando deita na cama. E o pior de tudo é que quando você tá de pé ou sentado não dói, mas você deitou, começa a doer dos lados.*

Nesta sessão, ele também começa a se queixar de falta de ar e cansaço, sintomas decorrentes da metástase pulmonar:

*É ruim! Que dá falta de ar. Começa a doer, doer e você... começa não conseguir respirar. Quando tá doendo... você acorda já assustado. Você já não tem aquele fôlego pra levantar da cama assim... Ou você vai levantar rápido e já dá aquela dor. Não é bem dor, é uma pontada que dá.*

Apesar de todos os intensos sintomas relacionados ao câncer em estágio avançado, Renato não desiste de continuar mantendo uma vida ativa, buscando outra atividade que lhe garanta ocupação diária e uma pequena renda. Desiste do emprego que havia arrumado e passa a trabalhar como vendedor ambulante em uma banca de camelô:

*Ah! Pra mim, você sabe que qualquer atividade é melhor coisa que tem do que você ficar em casa. Mas teve dia ali também que eu achei... acho que era já pra mim estar deitado, não era tanto pra estar lá. (...) É, devia não estar abusando tanto. Mas também, por outro lado, viu Erika, acho que talvez ficar em casa seja pior ainda.*

---

<sup>19</sup> Um mês após a sessão anterior.

Grande parte de sua energia passa a ser investida na manutenção de uma vida ativa como tentativa de desafiar a própria doença e a própria iminência da morte, ocultando a degradação de seu corpo gravemente doente, pois nesta ocasião é interrompida a quimioterapia experimental devido à progressão da doença:

*Ela (a médica) falou que o negócio aumentou mais. Aí, ficar em casa só pensando... aí vai aparecendo mais coisas ainda. (...) E eu também fiz minha parte! Fiz o meu esforço também. Mas aí depois você vê que foi em vão e tal... Também não adianta desanimar. (...) Mas eu penso assim também... não desanimar que nada que faz é em vão. Como não deu certo poderia ter desaparecido.*

Havia um investimento psíquico muito grande na realização desta quimioterapia e Renato depositava toda sua expectativa de recuperação, ou pelo menos de controle da doença, neste tratamento. Diante desta interrupção, ele vive a frustração e o desânimo que transparecem através de suas feições a ponto de dizer que as pessoas passaram a não reconhecê-lo mais:

*Teve dia dessas semanas aí atrás que ninguém me reconhecia. Fica até com medo de me cumprimentar. (...) Ah! Porque quando você tá com dor, você tá estranho, né, com a cara feia. Tá se retorcendo ali. (...) Que não tem como esconder.*

Neste momento do processo psicoterapêutico, Renato começa apresentar resistência à atividade de Arteterapia, alegando que não se sente disposto e preferindo se expressar verbalmente. Assim, diante da proposta de desenvolvimento do trabalho artístico ele se manifesta:

*Eu já tô fugindo daqui já. (...) Não tô com muito pique não.*

Devido à esta resistência, procuramos respeitar as necessidades do paciente que passou a optar pelas sessões verbais. Portanto, nas próximas três sessões não realizamos atividade arteterapêutica, sendo apenas retomado este tipo de intervenção na sessão nº21 (última sessão gravada).

## Sessão nº18<sup>20</sup>

### Sessão verbal

De uma maneira geral, os conteúdos desta sessão giram em torno das questões relacionadas à doença oncológica: sintomas físicos (dor noturna, falta de energia, cansaço, falta de apetite), reações psicológicas (insônia associada à dor e ao sofrimento psíquico, alterações no estado de humor, movimento introspectivo, busca por recursos internos no investimento psíquico voltado à vida, anseio por compreensão), intolerância à medicação para controle da dor (morfina) e busca da cura através da crença espiritual.

Vários destes temas são recorrentes, pois Renato passa a compartilhar mais intensamente os sentimentos e as experiências pertinentes ao adoecer. Ele relata situações vividas que antecedem cada sessão.

Com relação à medicação para controle da dor, o paciente expressa suas fantasias sobre os males causados ao organismo, associando a sensação de estar ressecado internamente, (não eliminando adequadamente fezes e urina) com a febre, que de acordo com sua compreensão é precipitada por estes “conteúdos não eliminados” que elevam a temperatura interna do corpo:

*Eu parei de tomar aquela morfina. (...) Porque aquele remédio resseca muito assim. A garganta da gente fica presa. O organismo... não faz xixi, não faz cocô. Por isso às vezes até acho que dá febre. Porque não sai as necessidades. Eu acho que deve esquentar por dentro, por isso que dá febre.*

Ao relatar sua autopercepção, comenta sobre a redução da energia que culmina com o sentimento de estar enfraquecendo, perdendo a vitalidade. Esta constatação nos faz lembrar de duas de suas produções anteriores que trazem a dualidade: árvores e plantas vitalizadas e férteis contrapondo-se à vegetação seca, velha e desvitalizada (Figuras 8 e 9):

*Eu sinto que deu uma enfraquecida boa. Parece que uma coisa, assim, tirou a energia. Às vezes, eu sinto até que, nas outras vezes, aí dava uma caída assim e já levantava rápido. Ficava bonzinho. Agora tá difícil pra voltar ao normal.*

---

<sup>20</sup> Duas semanas após a sessão anterior.

Apesar da redução da energia e da disposição, Renato ainda procura investir na vida, mantendo o trabalho mesmo com toda a dificuldade decorrente da doença avançada:

*Mas até na hora ali (do trabalho) você aguenta normal. Você tá conversando, tá reanimando. Porque, de manhã, a gente vem... da uma hora até as quatro (da tarde), você sente uma cansaíra assim, mas dá pra aguentar sim, vai bem. Aí, o que acontece? Você sai dali bom, você chega em casa cansado, vou tomar banho e janto. Aí, a hora que eu quero dormir ali... Às vezes, eu fico irritado por causa disso! Porque dá uma vontade de dormir ali e eu não consigo.*

Relata sobre sua crença na cura através da espiritualidade, pois somente a fé mantém sua esperança na vida após a interrupção do tratamento oncológico:

*Não tô pra baixo assim... tô animado. Quando eu vou na igreja lá... com aquela força que vai dar tudo certo, que a dor vai sumir. (...) Tô indo na fé, né. Aqui não adianta mais. Já fez tudo que tinha que fazer. Não vou fazer quimioterapia porque quimioterapia não adianta. Então, tem que partir para outra, né?*

Renato nega ter pensamentos relacionados à morte, procurando reforçar sua intensa disposição para a vida:

*Não penso em morrer, nada disso aí. Penso que vou viver bastante ainda, né. E conseguir a vitória aí.*

Neste momento de seu processo psicoterapêutico, o paciente expressa valorizar o espaço destinado à externalização dos sentimentos que não podem ser compartilhados com as pessoas de seu convívio. Entretanto, reconhece em si um movimento de maior introspecção, tendendo evitar contatos interpessoais:

*Acho que conversar (durante a psicoterapia) também é a coisa melhor que tem. Você fala o que tá sentindo. O que com outras pessoas não pode falar. Que nem, às vezes, que eu tô com dor e falo pra pessoa que tô bom. (...) Pra falar a verdade, não tô dando muita conversa assim como eu tava. Tô ficando mais quieto, mais... Não tô procurando conversar muito assim, nem procurando ninguém, nem atrás de ninguém.*

O paciente nos instiga a nos colocarmos em seu lugar para compreendermos o que significa estar condenado a conviver com uma doença incurável, pois para ele é preciso nos identificarmos com a experiência para podermos compreendê-la profundamente:

*Você, no meu lugar, o que você ia fazer? Se fosse você no meu lugar! Quimioterapia não tem mais que fazer. A radioterapia também não dá. E a dor que não passa. Tem dia que você tá bom, mas tem dia que você não tá legal. E o que você vai... vai atrás do que? (...) Tem que procurar... procurar uma coisa aí que... fortaleza de novo. Reerguer lá em cima.*

### **Sessão nº19<sup>21</sup> (durante internação)**

#### **Sessão verbal**

Esta sessão ocorre na Enfermaria de Oncologia, durante período de internação do paciente. Mesmo internado, ele continua falando a respeito de seu trabalho como camelô, manifestando seu desejo de sair do hospital para retomar sua atividade.

Ele tem apresentado perda de apetite, reduzindo a quantidade de alimento ingerida diariamente. Entretanto, durante a hospitalização, parece associar alguns tipos de alimentos à recuperação do ânimo:

*Segunda e terça eu só comi sopa em casa. Arroz e feijão não tava nem descendo. Eu comi comida esses dias aqui. Comi danone, fruta, chocolate. Essas coisas também que a gente fala que é porcaria, mas também dá uma animada. Uma erguida, né, um pouco.*

Renato sempre demonstrou muita independência, não se apegando à necessidade de companhia nos retornos hospitalares. Ele geralmente estava sozinho, sendo esporadicamente acompanhado por uma de suas irmãs. Nesta sessão, ele se refere à esta necessidade nas ocasiões em que a dor se intensifica:

---

<sup>21</sup> Uma semana após sessão anterior.

*Acho que pra mim não tem muita diferença, se eu vir com alguém ou vir sozinho. Lógico que é bem melhor você vir acompanhado. (...) Você está acompanhado... é sinal de que você não está muito bem também. É melhor você vir acompanhado quando se está com dor. (...) As vezes eu venho sozinho. Não porque eles não querem vir, mas é que não tem quem vir.*

Observamos nesta sessão que a tentativa de estabelecer metas a curto prazo passa a ser uma importante estratégia para Renato lidar com a difícil situação de confronto com as limitações desencadeadas pela doença:

*A minha meta da semana vai ser essa, né, de tentar segurar ela uma pouco aí (a dor) e começar a me alimentar um pouco pra ver se anima mais ainda.*

## **Sessão nº20<sup>22</sup>**

### **Sessão de relaxamento e visualização**

Esta sessão demarca a intensificação do processo de “desvitalização” que, daqui para frente, irá se prolongar (intercalando períodos de “altos e baixos”) por um tempo de aproximadamente dois meses até a data de sua morte. Nos referimos aqui à redução progressiva do investimento psíquico na vida material, numa tendência mais introspectiva. Inicialmente, ele compartilha espontaneamente seus sentimentos e frustrações. Num segundo momento, ele aceita a proposta de relaxamento e visualização.

Ele começa a sentir necessidade de se recolher ao lar diminuindo o ritmo da rotina agitada que sempre gostou de ter, optando por parar de trabalhar para poder descansar:

*Eu estou achando que eu vou ter que dar uma parada pra ver se essa dor melhora. Ficar em casa, descansar um pouco... Porque parece que não, mas cansa também. (...) A hora que tá doendo, doendo mesmo, eu não vejo a hora de chegar em casa e deitar na cama, pegar a coberta e ficar deitado.*

---

<sup>22</sup> Aproximadamente três semanas após a sessão anterior.

Neste momento, Renato está esgotado diante da dor que não cessa, não havendo trégua para que ele se fortaleça novamente:

*É nervoso de dor, irritado pra passar a dor. (...) Você vai dormir com dor, levanta com dor. Aí, quando você vai dormir e consegue dormir, melhora. Mas, depois que acorda, acabou de acordar e, dali vinte minutos, a dor volta de novo. Você levanta e fala: Ah não! Estou bom. Dali quinze minutos a dor volta de novo. Aí passa o dia inteiro. Vem o outro dia e é a mesma coisa.*

Nesta sessão, expressa seus sentimentos e principalmente sua tristeza, mas evita demonstrar esta fragilidade perante as pessoas de seu convívio:

*Mas também choro sozinho. Só você que vê (se refere a ele próprio). (...) Às vezes, passa aquela cena e você pensando... e dá aquela depressão. Aí você chora um pouco e daqui a pouco passa.*

Toda esta reação de recolhimento ao lar e de estado de depressão está relacionada à impotência no confronto com a doença que está em plena progressão, consumindo gradualmente toda sua vitalidade. Portanto, além do cansaço físico decorrente do organismo debilitado, há um esmorecimento diante da vida:

*É como se você está com alguma coisa aí e o pessoal fala: 'Você toma aquilo ali que vai fazer bem.' Aí, você vai lá, toma e nada. Aí, o outro fala: 'Olha! Toma esse remédio aqui que esse vai ser bom.' E você não vê resultado em nenhuma coisa. Isso que é duro. Você quer ver o resultado e o resultado não aparece. E isso vai cansando, te matando...*

Renato teme a limitação física, tendo receio de ficar dependente dos cuidados de seus familiares. Para ele, isto implicaria em prorrogar o sofrimento, sendo preferível a entrega à morte:

*Se você está doente e sabe que daqui uma semana você vai morrer, estava bom. Agora, se você fica aí, vai lutando, vai lutando, vai lutando e o negócio não melhora, aí você fica aí dando trabalho, aí esquece, né. É que nem falar de Deus: 'Ou Você me cura, ou Você me leva de uma vez.' Porque ficar assim não dá.*

É importante esclarecermos que Renato não manifesta desejo de morrer em nenhum instante. Ele apenas passa a refletir sobre a qualidade de sua vida naquele momento, diante de todos os comprometimentos causados pelo câncer. Ele questiona se vale a pena continuar lutando, já que está cansado de lutar contra um inimigo (doença) tão poderoso:

*Você tem vontade de fazer as coisas, mas a tua vontade não supera a dor, não supera o que você está sentindo. Por isso é complicado. (...) Eu não tenho idéia assim de morrer. O que eu não quero é ficar aí sofrendo. Acho que a morte é assim: se você bateu o carro e morreu, morreu. Agora, você ficar três, quatro meses na cama, esperando, esperando e não morre. Esperando a morte, né. Aí é doído.*

Em sua crença espiritual, ele acredita na vida após a morte, compreendendo a finitude do corpo, mas tendo fé na imortalidade da alma:

*Eu acho que tem uma outra vida sim. Eu acho que não é só isso aqui não.*

Para Renato, passa a ser importante viver intensamente cada instante, pois o futuro é incerto e não tem mais o mesmo significado que tinha antes. Ele reconhece o fato de todos terem que pensar no futuro, pois esta é uma preocupação plausível. Apesar disso, ele próprio parece se diferenciar do contexto geral, como vemos no trecho sublinhado:

*Tem que pensar é no momento, porque não adianta pensar no futuro. O futuro é... Amanhã eu não sei como vai ser. Hoje eu ainda estou andando, mas se amanhã eu não conseguir andar? E daí? Como é que vai fazer? Pra que eu vou pensar no futuro? Eu sei que tem que pensar no futuro, né, todo mundo tem, mas a gente não tem. O que eu estou pensando mais é viver dia por dia.*

Após esta primeira etapa da sessão em que Renato compartilha sentimentos e reflexões de suma relevância, realizamos a técnica de relaxamento e visualização.

O paciente refere ter imaginado durante o relaxamento aquela pedreira que havia desenhado na sessão nº3 (Figura 8). Ele resgata uma imagem de paz e tranquilidade que é coerente com suas necessidades do momento. Descreve um cenário que se localiza no

alto de onde é possível vislumbrar a vida: observar e refletir. Também é um lugar de recolhimento, que talvez favoreça o contato com o próprio Self:

*Ah! É aquela pedreira lá! Aquele lugar lá é demais! (...) Aquele lugar é um sossego. É um lugar bem alto, tem bastante árvore, tem pinheiro. (...) É um lugar privilegiado. (...) Você senta na pedra lá e fica olhando. E aí você tenta ver no que você quer pensar. Lá não aparece ninguém. Ninguém vai te encher o saco, não tem barulho de carro, não tem barulho de nada. Só barulho dos passarinhos e mais nada. É um sossego total.*

Notamos aqui a dupla dimensão da experiência humana na simultaneidade de dois universos (realidade externa e realidade interna, materialidade e transcendência). Durante o relaxamento, Renato é capaz de se desligar da dimensão física e material para se ligar às sensações e imagens internas. Nesta vivência de desprendimento, ele relaxa e se sente tranqüilo. Ao retornar à realidade externa, vive o impacto do regresso, pois é hora de voltar à vida cotidiana repleta de conflitos e de dificuldades:

*Ah! Eu tive uma sensação boa de paz, de tranquilidade. O corpo fica mais solto. É uma sensação boa. (...) Mas, a partir do momento que você já volta aqui, aí dá uma quebrada um pouco no clima. (...) Aí já volta pra realidade, já volta tudo. (...) É porque, na hora que você está relaxando, é quase que 100%. A hora que eu estou ali, eu estou tranquilo. Aí, a hora que você volta já... Mas é uma boa experiência.*

### **Sessão n°21<sup>23</sup>**

#### **Técnica arteterapêutica: Desenho / Pintura (expressão semidirigida)**

Neste momento de seu processo psicoterapêutico, Renato vem mantendo instabilidade emocional decorrente das oscilações na expectativa de melhora da qualidade de vida e de recuperação da própria saúde. Ele está ciente da progressão da doença, mas ao mesmo tempo precisa acreditar na reversão de seu quadro clínico, já que esta esperança é o que ainda sustenta seu investimento psíquico na manutenção da vida. O processo de

---

<sup>23</sup> Aproximadamente uma semana após a sessão anterior. Cerca de um mês e meio antes da data do óbito do paciente (última sessão gravada).

desvitalização, descrito na sessão anterior, se mantém, mas, diante do esmorecimento, Renato procura se reerguer, buscando recursos internos para a superação das dificuldades:

*Ah! Eu sinceramente estou naquela assim: 'Puxaram meu tapete!'  
Então, deu uma boa caída sim. Acho que em geral, tanto na parte de  
você se alimentar como no emocional, na disposição do dia-a-dia.  
Tudo deu uma parada. E, agora, lutar para recuperar. Não pode  
cair mais do que já caiu. (...) A minha vida é assim: cheio de altos e  
baixos. Uma hora você está bom e outra hora você cai.*

Nesta sessão, em sua última expressão pictórica (Figura 23), Renato desenha, do lado esquerdo, a imagem de seus pulmões doentes – repletos de metástases – e, do lado direito, dois pulmões saudáveis que mostram sua expectativa de cura. Ele divide o papel em dois lados e escreve logo acima das imagens desenhadas: antes e depois. Nos pulmões doentes, ele representa a doença como manchas negras que desaparecem nos pulmões saudáveis coloridos de laranja, cor do equilíbrio e da saúde (CHEVALIER e GHEERBRANT, 2003). É interessante notarmos que, segundo CAMPOS (1994), esta cor está mais relacionada à fantasia do que à ação. Isto está plenamente de acordo com seu desejo de cura, o que contradiz o prognóstico médico, que nesta altura do tratamento era bastante desfavorável:

*Antes, é como está agora e, depois, é como vai ficar. Uma cor  
alegre. É como vai ficar, limpinho, bonzinho. (...) Acho que aqui é  
como está agora e aqui é como que a gente quer ficar. E a minha  
luta vai ser pra ficar assim, ficar bom.*

Nos momentos de depressão, Renato pensa na iminência da própria morte, sentindo solidão e manifestando seu sofrimento através do choro. Quando se confronta com a angústia de morte passa a buscar o pólo oposto, procurando se ligar à vida no combate à doença. Esta compensação tende a aparecer em seu discurso e em várias imagens produzidas durante o processo de Arteterapia (Figuras 7, 8, 9, 20 e 21):

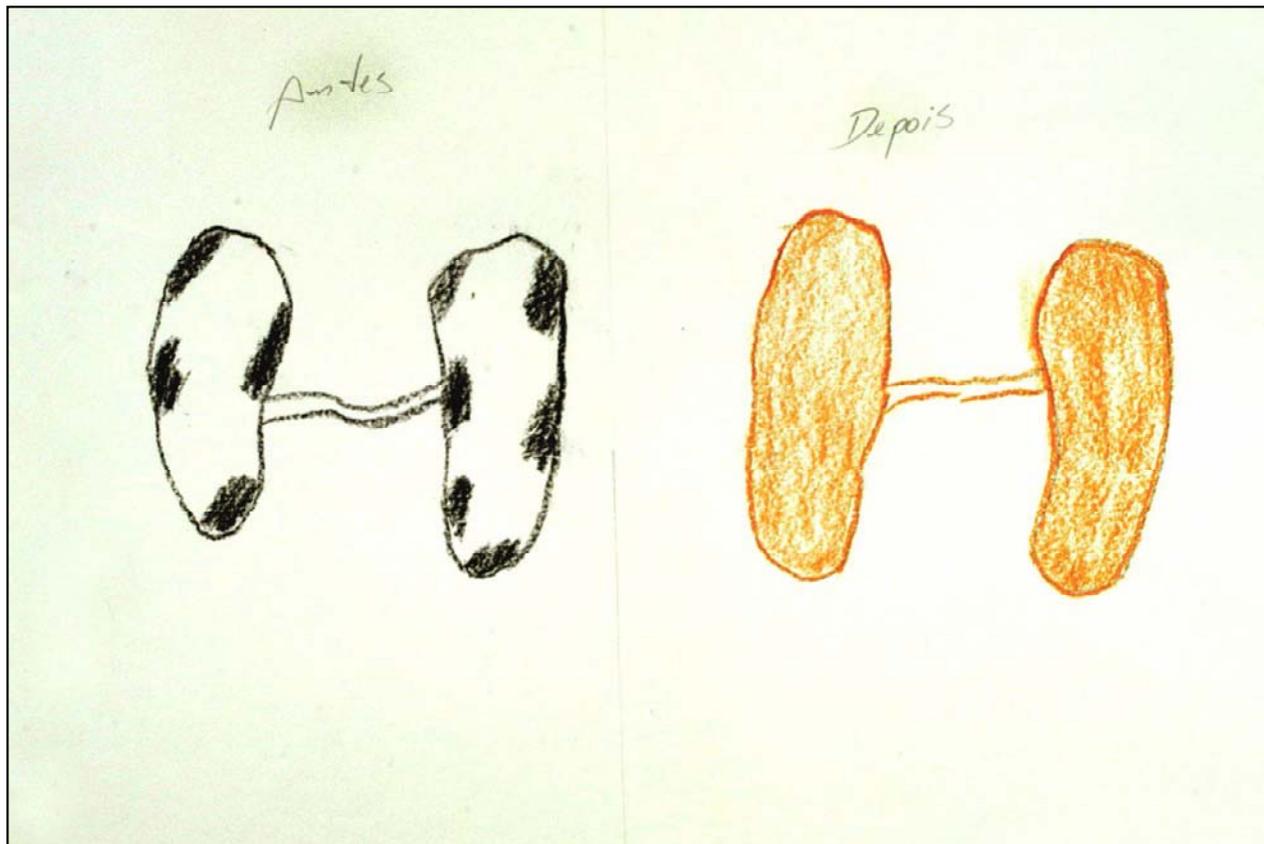
*Não vou mentir pra você que tem hora que não choro, que eu não  
penso que eu vou morrer, que você está sozinho. Você está lá na sua  
casa e está sozinho. E você pensa um monte de besteira. Aí, ao  
mesmo tempo, vem aquela força lá que te levanta.*

A angústia de morte (associada aos sintomas físicos), às vezes, é tão intensa que o leva a perder a própria referência, sendo necessária a presença de outra pessoa para tranquilizá-lo e orientá-lo neste momento:

*Isso fica forte porque às vezes quando você está aí, você está sentindo dor, falta de ar, uma coisa que não dá tempo de você pensar em outra coisa. Você só está pensando naquilo ali: 'Será que eu vou morrer?' Só vem isso assim na cabeça. Não vem outra coisa assim: 'Se você parar e pensar em outra coisa...' Aí, pra você fazer isso aí, você precisa ter uma outra pessoa do seu lado pra acalmar um pouco primeiro, pra você respirar, pra você sintonizar onde é que você está, pra você continuar.*

A vivência das perdas neste processo de declínio da vida é bastante pertinente, pois o paciente sente intensamente cada limitação que lhe é imposta pela sua condição de doente:

*Eu acho que você começa a pensar assim pelas coisas da vida que você está perdendo. Eu já perdi tanta coisa, né. Você vai vendo que você está perdendo. (...) Não é porque você quer, mas é porque vai desanimando.*



**Figura 23**

**Pulmões doentes e pulmões saudáveis (Renato)**

**Giz de cera sobre papel Canson branco tamanho A3**

Diante da gravidade do quadro clínico e da progressão da doença, observou-se em Renato a maior necessidade de compartilhar verbalmente a experiência da dor física e a dificuldade de lidar com a situação de dependência, centrando-se o foco das sessões na expressão dos limites impostos pela doença e na tentativa de reafirmar a possibilidade de cura, negando parcialmente a iminência da morte. Em algumas destas circunstâncias, o trabalho artístico expressou o desejo de recuperação, não abrindo margem para a reflexão consciente sobre sua real situação de saúde.

\*\*\*\*\*

Após esta última sessão descrita anteriormente, foram realizados atendimentos com o próprio paciente e com familiares (mãe e irmã) na Enfermaria de Oncologia. Estes não foram gravados e, portanto, não estão incluídos aqui em nossa análise. Neste período, seu quadro clínico se agravou, sendo que Renato, após lutar bravamente contra a doença, não sobreviveu à agressividade do câncer, morrendo aproximadamente um mês e meio após a data da última sessão aqui registrada.

Observamos que em Renato constelou-se a imagem arquetípica do Herói, pois ele travou uma verdadeira batalha contra o câncer, seguindo árdua trajetória e desafiando os perigos internos e externos: a própria doença e o agressivo tratamento oncológico. Ele passou a ser admirado pelos outros pacientes e pela própria equipe de Saúde. Todos projetaram em Renato seus aspectos heróicos. No entanto, a doença mostrou-se mais resistente e acabou suprimindo as reservas vitais ainda recorrentes, levando-o à morte.

### **5.3- CATEGORIZAÇÃO TEMÁTICA DO CONTEÚDO VERBAL REGISTRADO DURANTE TODAS AS SESSÕES GRAVADAS**

No item anterior interpretamos o conteúdo das sessões incluindo trechos da fala do próprio paciente para ilustrar a descrição do processo psicoterapêutico e a própria análise psicodinâmica. Aqui, apenas descreveremos as categorias temáticas que emergiram durante todas as sessões registradas neste estudo.

## **Relação familiar**

### **Sobre a figura paterna**

- Pai como pessoa difícil de se relacionar
- Pai severo, rígido e punitivo
- Pai que apresentava maiores conflitos com os filhos homens
- Mágoas com relação às atitudes do pai (“manchas no coração” – Figura 10)

### **Sobre a figura materna**

- Mãe simples e sofredora
- Mãe idosa, sossegada e passiva
- Mãe pouco afetiva, mas que supria suas necessidades de subsistência, nunca deixando faltar nada em casa
- Mãe idosa e frágil que não tinha condições de acompanhá-lo durante o tratamento
- Mãe ideal que todos gostariam de ter

### **Sobre alguns dos irmãos**

- Irmã doente que internou por várias vezes em “hospital de louco”: totalmente dependente dos cuidados da mãe
- Irmão alcoólatra e desaparecido
- Irmão mais próximo e amigo: envolvimento com drogas, morte por afogamento
- Irmã mais velha com quem compartilhava suas vivências e seus problemas

## **Relações interpessoais**

- Facilidade para fazer amizades, mas dificuldade para compartilhar sentimentos
- Preocupação com o ponto de vista do “outro” nas relações interpessoais
- Preocupação com as expectativas e cobranças dos “outros”
- Necessidade de agradar aos “outros”
- Movimento introspectivo durante período de progressão da doença e de interrupção do tratamento
- Mágoas e desconfianças nas relações interpessoais após o adoecer
- Necessidade de apoio e de incentivo

## **Situações de ausência, falta e privação ao longo da vida (antes e depois da doença)**

- Dificuldade financeira (quando precisou começar a trabalhar aos treze anos e durante a juventude em sua fase produtiva de trabalho mal remunerado)
- Pobreza e fome no mundo associados ao tema da escravidão e da falta de liberdade
- Carência afetiva tanto no que se refere à vida familiar na infância quanto no que se refere às relações de namoro
- Falta de atividade diária e falta de oportunidades de ocupação associadas ao desânimo, à tristeza e ao pessimismo
- Falta de ocupação para a mente e sentimento de vazio associados à tristeza
- Falta de atividade diária associada à falta de sono (insônia noturna)

- Falta de metas, de objetivos e de sentido para a vida
- Ausência de forma e de definição vista na obra de Arte abstrata e na própria vida

### **Situações de perda ao longo da vida (antes e depois da doença)**

- Repetência, perda do interesse e evasão escolar: vida de estudo interrompida pela precoce necessidade de trabalho aos treze anos de idade
- Perda dos irmãos (três irmãos e uma irmã):
  - ✓ Perda por acidente de automóvel
  - ✓ Perda por desaparecimento
  - ✓ Perda por afogamento
  - ✓ Perda por doença
- Perda da condição física para a prática esportiva após doença e tratamento
- Perda dos amigos após adoecer
- Perda dos cuidados e da atenção à saúde após término do tratamento: falta de atividade profissional neste momento e solidão (breve período sem evidência de doença e posterior período fora de possibilidades terapêuticas de cura)
- Perda de referências relacionadas à própria identidade (auto-imagem comprometida)
- Perda do apetite, da vontade e da disposição
- Perda da “capacidade de sonhar” (com relação ao planejamento do futuro)

### **Situação da doença e do tratamento clínico**

- Percepção da gravidade de seu estado de saúde após início da quimioterapia
- Doença vista como conseqüência de nervosismo, rancor e raiva
- Relação com profissionais da Saúde: sentimento de acolhimento
- Aumento da ansiedade em relação ao tratamento decorrente da falta de atividade diária (falta de ocupação)
- Altos e baixos do tratamento oncológico: constatação de benefícios terapêuticos versus situação real de recidiva e progressão da doença
- Vivências de dor e sofrimento
- Conflito entre estar sozinho (busca por tranquilidade) ou estar na companhia de outras pessoas (necessidade de apoio) durante período de internação hospitalar
- Sentimentos de solidão, abandono e tristeza
- Presença da esperança de recuperação e de idéias de superação dos obstáculos
- Necessidade de repouso
- Confronto com a possibilidade de morte (angústia de morte): preferia uma morte rápida a ficar sofrendo por período indeterminado

### **Sobre os próprios sentimentos**

- Satisfação com a vida que teve antes de adoecer, durante a adolescência
- Frustrações com a vida que não viveu (o que gostaria de ter feito e não fez)
- Dor pela perda dos irmãos, especialmente pela perda do irmão mais próximo

- Intensificação de mágoas do passado
- Alívio ao compartilhar a dor e o sofrimento
- Sentimento de aprisionamento e limitação
- Comparação entre os próprios sentimentos e os sentimentos de outras pessoas
- Reações aos sentimentos mobilizados nos outros (ex. incômodo com o choro da namorada)
- Identificação e compaixão diante do sofrimento de outros pacientes

### **Processos e recursos internos**

- Ciência de seu estado clínico e da alta gravidade de sua doença (percepção ao nível da consciência)
- Esperança de recuperação apesar do contato com a realidade de uma doença sem perspectivas de cura
- Luta contra o câncer visando enfrentar todos os obstáculos (constelação do arquétipo do herói)
- Enfrentamento das situações de dor e de sofrimento: busca por recursos que o auxiliassem a superar a dor (física e psíquica)
- Ocasional dificuldade de contato com a realidade pertinente ao adoecer: fuga e negação parcial diante da intensa angústia de morte
- Necessidade de estar ocupado para não entrar em contato com a realidade da doença e do sofrimento
- Uso do humor para lidar com a difícil realidade
- Viver cada dia, evitando pensar no futuro

- Intensa disposição interna que não corresponde à baixa disposição física durante o período de progressão da doença
- Redução da ansiedade diante de situações conhecidas e previstas do tratamento
- Dificuldades para transformar planos idealizados em ações concretas na vida em geral e no tratamento
- Busca interna por recursos para superar a falta de motivação e de disposição
- Mobilização da própria energia para concretizar metas e para se expressar de modo criativo
- Atribuição de significados: busca por sentido, referência e definição
- Procura por estabilidade e equilíbrio
- Lidando com o inesperado: a fatalidade, a falta de controle, a falta de escolha e a impotência
- Enfraquecimento, desvitalização e perda da energia

### **Sobre o processo arteterapêutico**

- Necessidade de expressão verbal durante as sessões
- Processo criativo: descoberta de novos interesses, motivação, busca por idéias criativas, prazer ao reconhecer beleza e significado em sua própria produção
- Ocasional resistência à psicoterapia (verbal ou baseada em recursos artísticos) em situações de intensa dor e sofrimento: atitude introspectiva (atitude de recolhimento)

- Resistência à atividade de Arte em períodos de intensificação da dor e do sofrimento: falta de energia e de motivação
- Dificuldade de entrar em contato com vivências e sentimentos: algumas resistências ao longo do processo arteterapêutico
- Necessidade imediata para expressar sentimentos no momento em que estes vêm à tona (em períodos de crise)
- Melhor aceitação da Arteterapia passando a valorizar a vivência terapêutica
- Valorização do processo e do seguimento psicoterapêutico
- Expressão da satisfação com o resultado do processo criativo
- Transferência positiva com a psicoterapeuta

#### **Busca pela religião e pelo desenvolvimento da espiritualidade**

- Intensificação da atividade religiosa
- Busca por outra referência religiosa (Igreja Universal)
- Intensificação da crença na cura através da religião
- Crença espiritual com relação à morte: fé na imortalidade da alma

### **5.4- ANÁLISE ESTRUTURAL DAS PRODUÇÕES GRÁFICAS**

#### **Tamanho**

De uma maneira geral, os desenhos elaborados nas produções artísticas de Renato apresentam tamanho adequado à dimensão do papel ou da tela, não sendo considerados pequenos nem grandes demais. Isto é um indício de adequada auto-estima e auto-expansividade.

## **Pressão**

A pressão exercida sob o papel, vista como um indicativo do nível de energia do indivíduo, tende a ser forte nos desenhos de Renato, o que denota uma atitude mais afirmativa com intensa energia.

## **Traços**

Os traços são predominantemente curtos e quebradiços, sendo fortemente reforçados em alguns desenhos. Estas características indicam comportamento impulsivo e excitável com predomínio do sentimento de insegurança e da ansiedade.

Também observamos linhas denteadas em movimento vaivém podendo corresponder à incidência de hostilidade. Além disso, este movimento também parece mostrar alto investimento de energia.

## **Detalhes**

Parece-nos adequada a utilização dos detalhes nos desenhos de Renato, não havendo excesso nem omissão de aspectos importantes.

## **Localização**

Em geral, os desenhos mantêm um eixo que se instala no centro ou próximo ao centro do papel, ocupando de maneira homogênea toda a superfície disponível. Isto demonstra uma personalidade autocentrada. Observamos, entretanto, importante dualidade em vários desenhos com predomínio da distinção bilateral baseada na diferenciação de conteúdos entre o lado esquerdo e o lado direito (Figuras 8, 9, 20 e 23)<sup>24</sup>. Em duas destas produções (Figuras 3 e 4), podemos perceber esta dualidade, mas o conteúdo gráfico sustenta certa integração com o todo. Nas outras duas produções que mencionamos (Figuras 20 e 23), a cisão parece ser mais marcante, não havendo ligação gráfica entre as duas extremidades.

---

<sup>24</sup> Devemos levar em consideração que uma destas produções (Figura 10) não mantém esta dualidade exclusivamente a partir do desenho, mas inclui a técnica de colagem com figuras recortadas de revista.

Em outras quatro produções, a localização do desenho não é totalmente centralizada. A primeira delas (Figura 7), localiza-se abaixo do eixo central, o que pode mostrar maior contato com a realidade, maior ligação com os aspectos concretos da vida, indicando também tendência depressiva com atitude de derrota.

As outras três produções referidas (Figuras 8, 10 e 17) apresentam deslocamento maior para a direita, sendo indicativo de comportamento impulsivo, observado em indivíduos que buscam satisfações imediatas para suas necessidades e impulsos, correspondendo à atitude de extroversão.

### **Cor predominante**

#### **Verde**

Analisando todas as produções de Renato, observamos a ampla utilização da cor verde. De um total de 12 trabalhos artísticos deste paciente, esta cor está presente em seis (Figuras 9, 17, 18, 19, 21, 22), visto que, em três das produções onde o verde não aparece, a atividade gráfica é realizada exclusivamente com lápis grafite, sendo estes considerados trabalhos gráficos acromáticos (Figuras 7, 8 e 20). A opção pelo verde é marcante também em duas peças cuja superfície é predominantemente colorida por esta cor (Figuras 18 e 21).

Renato utiliza o verde para dar cor à vegetação, para fazer contraste na pintura abstrata (tal como na obra de Kandinsky), para colorir a superfície do côco verde, para identificar a cor oficial do uniforme do Brasil na Copa do Mundo de Futebol e para pintar a superfície de sua máscara.

Partindo deste repertório de imagens trazidas por Renato, identificamos o verde como cor predominante do reino vegetal, como representação do fruto ainda não maduro, como identidade relativa à pátria e como representação do que está “aparente” através da máscara.

De acordo com CHEVALIER e GHEERBRANT (2003), o verde é uma cor de tranqüilidade e de equilíbrio, pois é mediadora entre opostos tais como calor e frio, alto e baixo, azul celeste e vermelho infernal. Está entre o dia e a noite, entre a germinação e a putrefação, sendo um ponto de equilíbrio na balança. Como representante do reino vegetal,

é considerada o “despertar da vida” (p. 939), sendo relacionada ao frescor e à esperança. Entretanto, tal como apontam estes autores, esta cor também apresenta certa ambivalência, pois reúne vitalidade e frescor à putrefação como revés:

Pois, e é aqui que a valorização do símbolo se inverte, ao verde dos brotos primaveris opõe-se o verde do mofo, da putrefação – existe um verde de morte, assim como um de vida. O verde da pele do enfermo opõe-se ao verde da maçã e embora as rãs e as lagartas verdes sejam divertidas e simpáticas o crocodilo, escancarando a goela verde, é uma visão de pesadelo, portas dos infernos abrindo-se no horizonte para aspirar a luz e a vida (CHEVALIER e GHEERBRANT, 2003, p. 939).

Parece-nos adequada a relação entre as considerações descritas acima sobre o verde e o processo subjetivo observado durante as sessões, pois há correspondência de significados entre alguns aspectos analisados no material clínico de Renato (tais como elevada esperança de cura com intensa mobilização de energia voltada à vida, busca por equilíbrio e freqüente dualidade entre pólos opostos) e a compreensão simbólica do verde relacionada à esperança, à potencialidade vital, ao equilíbrio entre opostos e a ambivalência vida e morte, crescimento e degradação.

## **5.5- DESCRIÇÃO DAS IMAGENS SIMBÓLICAS PRESENTES NAS PRODUÇÕES ARTÍSTICAS DE RENATO**

Casa fechada

Árvore podada

Machado

Folha brotando

Sombra / projeção da luz

Arco

Fonte de água

Fogueira / fogo

Árvore viçosa e árvore seca

Pássaros

Dia e noite

Sol

Sol em forma de cruz

Lua negra

Estrelas negras

Flores com pétalas verdes

Coração

Manchas no coração

Côco verde

Mulher velha

Mascote da Copa do Mundo

Escravidão

Porão de navio negreiro

Fome / miséria / pessoas desnutridas e doentes

Pomba

Fartura / alimentos

Pão

Frutas

Estrada / Caminho

Pulmões doentes e pulmões saudáveis

Número três (três pássaros, três flores, três estrelas de cada lado da lua negra, três manchas no coração, três árvores em torno da estrada)

### **Imagens simbólicas e bilateralidade**

Durante a análise das imagens projetadas nas produções artísticas de Renato, reconhecemos uma importante distinção, que é enfatizada por ele, entre os dois lados do papel (Quadro 5).

Observamos que as imagens simbólicas dispostas bilateralmente nas produções deste paciente parecem partir de dois critérios: a) oposições não-temporais que têm a intenção de contrastar a direção de dois pólos divergentes como bem e mal, vida e morte, saúde e doença, luz e sombra (correspondendo às imagens descritas no Quadro 5 entre 1 e 7) e, b) seqüência temporal no sentido da esquerda para a direita (correspondendo às imagens descritas no quadro acima entre 8 e 10).

Em suas produções artísticas, ele mostrou tendência a projetar aspectos funestos e sombrios (que parecem representar agressividade, destruição, perda da vitalidade, terror noturno e aspectos inconscientes) no lado direito, incluindo, em contrapartida no lado esquerdo, aspectos mais ligados à vida, à luz e à consciência. Isto pode ser observado em três de seus trabalhos artísticos (Figuras 7, 8 e 9), nos quais se evidencia o contraste entre estes opostos (no quadro anterior correspondendo aos itens entre 1 e 7).

## Quadro 12- Localização das imagens simbólicas em pólos opostos

	Lado esquerdo:	Lado direito:
<b>Polaridades</b>		
1	Figuras com vitalidade	Figuras sem vitalidade
2	Fonte de água	Fogueira
3	Direção de onde vem a luz que projeta a sombra da árvore podada	Direção para onde a sombra da árvore podada se projeta
4	-----	Direção de onde vem o machado que está fincado na árvore podada
5	Sol em forma de cruz	Lua negra e seis estrelas negras
6	Dia	Noite
7	Árvores viçosas com flores e frutos	Árvores secas com galhos podados
<b>Seqüência temporal</b>		
8	Porão de navio negreiro (escavidão)	Pomba (liberdade e paz)
9	Família desnutrida (fome e miséria)	Frutas e pão (fartura)
10	Pulmões doentes	Pulmões saudáveis

Entretanto, em outras duas produções (Figuras 20 e 23), Renato representou, também no lado direito, elementos associados à liberdade, à paz, à fartura e à saúde. Referiu-se à liberdade e à paz representando a imagem da pomba, à fartura através das imagens do pão e das frutas e à saúde por intermédio da imagem de pulmões livres de doença. No lado esquerdo, porém, incluiu elementos associados à falta de liberdade, à miséria, à fome, ao sofrimento e à doença por meio das imagens do porão de um navio negreiro, de uma família com pessoas desnutridas vivendo na miséria e de pulmões doentes. Nestas produções, ele parece seguir o critério descrito anteriormente que mostra a relação temporal (antes e depois) baseada em suas intensas expectativas de libertação, de alívio do sofrimento, de melhora da condição financeira, de uma vida mais digna e de recuperação da saúde.

## **CAPÍTULO 6**

### **O percurso trilhado por Pedro**

---

## **6.1- SÍNTESE DO CASO CLÍNICO: HISTÓRIA DE VIDA E HISTÓRIA CLÍNICA**

### **6.1.1- História de vida**

Pedro é um jovem solteiro de 24 anos, que apresenta história pessoal e familiar permeada por rompimentos afetivos e por conflitos decorrentes da dependência química. Estudou até completar colegial técnico, preparando-se para concursos públicos e para o vestibular (no momento da coleta de dados da pesquisa).

As experiências afetivas vividas por Pedro durante a infância foram marcadas por situações de rompimento. Amar e estabelecer laços afetivos significava correr o risco de sofrer novas perdas, pois a partir de aproximadamente seis anos de idade conviveu com outras três famílias que se responsabilizaram temporariamente por seus cuidados, permanecendo por cerca de um ano e meio ou dois anos com cada uma das duas primeiras famílias e, depois, entre os dez e dezenove anos de idade com a terceira família (que assumiu oficialmente sua guarda e responsabilidade). Posteriormente, depois dos dezenove anos, passou a morar no local de seu trabalho com a família de seu patrão (não perdendo totalmente o contato com os irmãos biológicos nem com a terceira família que o acolheu).

Com a família biológica, até aproximadamente seis anos, enfrentou dificuldades financeiras, não havendo estabilidade econômica para a própria subsistência do grupo familiar e para a adequada condição de moradia, já que chegaram a ficar desabrigados em determinadas ocasiões.

Seus pais biológicos tiveram juntos quatro filhos: Pedro, sua irmã gêmea e duas irmãs mais velhas. Antes da união com a mãe de Pedro, seu pai havia tido um casal de filhos com outra parceira (esta falecera tempos atrás). Assim, sua família era constituída da seguinte composição: pai, mãe, quatro irmãs e um irmão. Uma de suas irmãs era deficiente mental (segundo ele, ela havia nascido de sete meses) e seu único irmão era alcoolista tal como o pai.

Nesta época, Pedro sofreu com a desestrutura familiar, presenciando muitas brigas entre os pais (principalmente quando o pai estava alcoolizado), ficando desamparado e desprotegido durante as ausências da mãe que deixava os filhos sozinhos em casa, convivendo com as dificuldades da própria mãe (ao que tudo indica, apresentava sintomas psicóticos: alucinações) e tendo que se adaptar a cada mudança de moradia (fato que ocorria constantemente):

*Lembro que eu ficava bastante na rua, que a minha mãe saía. (...) O que mais eu lembro é de confusão, é de briga... meu pai com minha mãe... meu pai brigava com minha mãe quando tava bêbado. Às vezes, a gente ficava andando. A gente ficava procurando lugar pra ficar. Quando eu era bem pequeno, né.*

Com cada família que viveu posteriormente, sentia a necessidade de se tornar um membro do grupo familiar, desejando ser realmente filho do casal que o acolhia na ocasião. Apesar deste desejo, não conseguia se reconhecer completamente como filho e nem tão pouco se sentia reconhecido como tal pelas pessoas da família:

*Ao mesmo tempo eu queria ser filho, mas não era filho. Era, mas eu que não queria ficar, né. (...) Eu acho que eu mesmo tinha preconceito, assim... Achava que eu não era dali. (...) Tinha vergonha de falar... Ao mesmo tempo eu queria ser filho dela, mas não podia. (...) Quando eu tava lá, todo mundo achava que eu era filho da Maria (primeira mãe que o acolheu). Quando eu tava com a Lúcia (terceira mãe que o acolheu) todo mundo chamava eu de filho de baiano que era o marido dela. Daí, eu não sabia nem mais o que era.*

Com doze anos começou a consumir bebida alcóolica e entre quatorze e quinze anos passou a usar drogas, especialmente “crack”. Sentiu muito prazer no início, mas depois começou a perder o controle da situação:

*Eu sempre queria saber como era, já fazia tempo que eu queria saber como que... tava curioso pra experimentar. Daí, uma vez eu tinha bebido, tava com uns colegas que eu nem conhecia muito bem. (...) Eu sabia que era ruim, que fazia mal, que não sei o quê. (...) Aí a*

*gente queria fumar maconha. Eu queria, né. Mas o carinha, acho que era viciado em crack. (...) Na hora lá experimentei. Foi muito bom! Muito gostoso! Eu gostei pra caramba. Não deveria, mas... Daí passou um mês, dois meses, depois uma outra época eu experimentei de novo. Aí foi indo. Acho que no primeiro ano foi muito bom. Acho que antes tinha coisa boa. (...) Daí, eu continuei gostando, tal. Aí, começou a descontrolar tudo, estudo... não descontrolou estudo... mas o resto da minha vida descontrolou tudo.*

Pedro passou a perceber certa ruptura em sua própria identidade, pois observava que, durante o dia, apresentava determinado comportamento e, durante a noite, sob o efeito do álcool e das drogas, manifestava atitudes completamente diferentes:

*A coisa era mais ou menos assim: de dia, até mais ou menos meia noite eu era o Pedro. Eu tinha também uns colegas bons, certinhos, mas depois eu mudava. Ia procurar aquilo pra usar outras coisas. Eu ficava bêbado, ia procurando droga.*

Sob o efeito das drogas, sua vida se modificava. Como consequência, quando estava em seu estado normal, passava a se arrepender de suas atitudes, sentindo-se culpado:

*As vezes, os pensamentos que eu tinha, por exemplo quando eu queria beber e usava droga... depois de um determinado tempo, depois de quando eu tava são, eu ficava olhando tudo isso pra trás e me culpando... e ficando com remorso. Daí juntava as coisas também...*

Colocou a vida em risco em muitas ocasiões, chegando inclusive a desafiar a própria morte, tomando doses elevadas de medicamentos ou caminhando pela estrada à noite, sem cuidado nenhum. Também apresentou ideação suicida, pensando em matar uma pessoa e se matar em seguida.

Ao longo do tempo, teve várias internações para o tratamento da dependência química, sendo que, na maioria das vezes, as clínicas tinham enfoque religioso.

Com aproximadamente treze ou quatorze anos passou a ter vida sexual, mas estas relações ocorriam durante as festas em momentos de embriaguez. Pedro é um rapaz introvertido e sempre teve vergonha de andar de mãos dadas com namorada. Aliás, sempre teve relações superficiais e de curta duração.

Durante a adolescência, gostava de jogar bola e de praticar natação no clube de sua cidade. Expressa gostar de ler, embora tenha a expectativa de poder ler mais (esta expectativa parece ter sido despertada pela necessidade de permanecer em casa, evitando a busca por bebida alcóolica e por drogas).

Ao longo do período em que passou a conviver com outras famílias, manteve contato esporádico com a família biológica. Quando estava com aproximadamente quatorze ou quinze anos, sua mãe morreu (mãe biológica). O fato de estar afastado e de desejar romper os laços que o uniam a esta família (querendo ser reconhecido como membro do novo núcleo familiar), parece ter mobilizado em Pedro sentimento de culpa pela morte da mãe, a ponto de se considerar responsável por todo o seu sofrimento.

No decorrer de sua vida, Pedro sempre viveu intensa instabilidade emocional, o que também ficava evidente na situação de dependência química, havendo períodos de abstinência e esperança, e períodos de recaída, culpa e revolta:

*Ah! Faz pouco tempo que eu estou bem. Há uns seis meses atrás tava mal pra caramba, dormia na rua, ficava zoando. Nossa! Era uma confusão danada. Mas agora tô bem. Não tô ligando pra muitas coisas, não tô ligando pra saber se eu vou trabalhar, se não vou. Se alguém vai falar, se não gosta de mim, se alguém tá chateado comigo ou não. Não tô nem ligando. Se eu vou morrer daqui a pouco, se não vou. Tô nem aí. Tô tentando fazer isso, mas é uma doença complicada. Que mais? Tô conversando com Deus, falando: 'me ajuda'. Tô estudando, não tô parado. Então, isso também ajuda é... ao meu emocional ficar bom, sei lá, bom... ficar desencanado de algumas coisas.*

### **6.1.2- História clínica**

Aos 21 anos, começou a apresentar dor no joelho esquerdo após jogo de futebol, evoluindo com aumento do volume da região. Nesta ocasião, Pedro estava internado em uma clínica para tratamento da dependência química. Recebeu o diagnóstico

de Osteossarcoma aos 22 anos, após ter recebido alta da clínica em que estava internado (cerca de 6 meses depois):

*Eu tava internado numa clínica pra dependência. Jogava bola e tal. Toda semana jogava bola. Chegava no final da semana, machucava o joelho. Levava pancada, machucava o joelho. (...) Fui no médico, fez fisioterapia. Tava aumentando a dor. (...) Aí teve o diagnóstico de Osteossarcoma.*

Na ocasião de sua internação nesta clínica, soube, através de cartas enviadas por sua mãe Lúcia (mãe que assumiu sua guarda), que um amigo seu chamado Adriano (nome fictício) estava com câncer e que precisaria amputar uma perna. Quando, mais tarde, Pedro veio a saber que estava com Osteossarcoma, descobriu que tinha a mesma doença deste amigo, passando assim a realizar tratamento na UNICAMP, tal como Adriano. Os dois passaram, então, a freqüentar o Ambulatório de Oncologia, indo juntos com a condução da prefeitura de sua cidade.

Adriano já participava esporadicamente do Grupo de Arteterapia no Ambulatório de Oncologia e foi ele quem estimulou Pedro a participar, pela primeira vez, deste atendimento. No entanto, ao longo da quimioterapia, Adriano não respondeu bem ao tratamento e sua doença progrediu, levando-o à morte.

Pedro realizou quimioterapia neoadjuvante (pré-operatória) e cirurgia conservadora do fêmur, apresentando dificuldade de adesão ao tratamento quando havia indicação para a quimioterapia adjuvante (pós-operatória). Nesta época, ele abandonou o tratamento, retomando o seguimento clínico em momento posterior ao se arrepender pela decisão considerada precipitada:

*Bobeira que eu fiz, mas graças a Deus até agora não aconteceu nada. Até agora, né. (...) Eu não queria fazer quimio, passei muito mal, quase morri. Ficava deitado na cama, passei mal. Todo mundo tratando mal, todo mundo com dó de você. (...) Eu fiquei mal quando eu fiz quimio, porque eu usava droga e eu tive outro tipo de reação com a quimio. (...) Do jeito que eu tava, não tinha gosto pra nada.*

Pedro fez uso de drogas durante o tratamento, manifestando revolta e chegando a ter atitudes autodestrutivas:

*Eu não gostei de quimioterapia. (...) Daí que eu fiquei mal. Daí que eu comecei a usar droga mesmo. Eu tava meio carequinha ainda, aí eu fiquei num hotel e fiquei quatro dias usando drogas. Olha que loucura! Acho que eu queria ter uma overdose. Já tentei várias vezes, mas eu não tinha... Coisa ruim não morre mesmo. Então, ficava completamente louco. Fiz muita coisa. Daí, uma vez, eu tava bem, aí eu falei com o Dr.. Aí, eu pensei: 'Você falou isso! Aí é que eu vou usar mais ainda.' Aí o Dr. descobriu que eu usava droga. Aí, eu fiquei bravo e aí eu falei: 'Aí é que eu vou usar mesmo!'*

Após o período em que abandonou o tratamento, perdemos o seguimento psicoterapêutico que se iniciara na fase de quimioterapia. Entretanto, quando o paciente retomou o seguimento oncológico, reiniciamos os atendimentos incluindo-o nesta pesquisa.

**Quadro 13- Descrição cronológica das sessões e produções do paciente Pedro em relação ao período de tratamento / seguimento durante os anos de 2000 e 2001**

<b>Ano 2000</b>	<b>Jan.</b>	<b>Fev.</b>	<b>Mar.</b>	<b>Abr.</b>	<b>Ma.</b>	<b>Jun.</b>	<b>Jul.</b>	<b>Ago.</b>	<b>Set.</b>	<b>Out.</b>	<b>Nov.</b>	<b>Dez.</b>
Sessões e Produções		Sessão 1 (em grupo) Figura 24	Sessões verbais esporádicas não registradas.**	Sessões verbais esporádicas não registradas.**							Sessões 2 e 3 Figuras 25 e 26	
Situação de tratamento e seguimento	Biópsia	QT* neoadjuvante	QT neoadjuvante	QT neoadjuvante		Cirurgia	Indicação de QT adjuvante *** Sem evidência de doença	Sem evidência de doença	Sem evidência de doença	Sem evidência de doença	Sem evidência de doença	Sem evidência de doença. Dificil adesão. Recaída no uso de drogas
<b>Ano 2001</b>	<b>Jan.</b>	<b>Fev.</b>	<b>Mar.</b>	<b>Abr.</b>	<b>Ma.</b>	<b>Jun.</b>	<b>Jul.</b>	<b>Ago.</b>	<b>Set.</b>	<b>Out.</b>	<b>Nov.</b>	<b>Dez.</b>
Sessões e Produções					Sessão 4 Figura 27				Sessão 5 Figura 28			
Situação de tratamento e seguimento	Sem evidência de doença. Dificil adesão. Recaída no uso de drogas	Sem evidência de doença. Dificil adesão. Recaída no uso de drogas	Sem evidência de doença. Dificil adesão. Recaída no uso de drogas	Sem evidência de doença. Dificil adesão. Recaída no uso de drogas	Seguimento oncológico. Sem evidência de doença	Seguimento oncológico. Sem evidência de doença	Seguimento oncológico. Sem evidência de doença	Seguimento oncológico. Sem evidência de doença	Seguimento oncológico. Sem evidência de doença	Sem evidência de doença. Não adesão ao seguimento. Recaída no uso de drogas.	Sem evidência de doença. Não adesão ao seguimento. Recaída no uso de drogas.	Sem evidência de doença. Não adesão ao seguimento. Recaída no uso de drogas.

\*QT: quimioterapia

\*\* Dificil adesão à psicoterapia.

\*\*\* Neste momento, o paciente não apresenta evidências da doença. No entanto, há indicação para a quimioterapia adjuvante. Ele não adere à esta proposta terapêutica e abandona o tratamento oncológico.

**Quadro 14- Descrição cronológica das sessões e produções do paciente Pedro em relação ao período de tratamento / seguimento durante os anos de 2002 e 2003**

<b>Ano 2002</b>	<b>Jan.</b>	<b>Fev.</b>	<b>Mar.</b>	<b>Abr.</b>	<b>Ma.</b>	<b>Jun.</b>	<b>Jul.</b>	<b>Ago.</b>	<b>Set.</b>	<b>Out.</b>	<b>Nov.</b>	<b>Dez.</b>
Sessões e Produções									Inclusão do paciente na pesquisa Sessões 6, 7 e 8 Figura 29	Sessões 9 e 10 Figuras 30 e 31 3 sessões canceladas	4 faltas	Sessão 11 1 falta
Situação de tratamento e seguimento	Sem evidência de doença. Não adesão ao seguimento Recaída no uso de drogas.	Sem evidência de doença. Não adesão ao seguimento Recaída no uso de drogas.	Sem evidência de doença. Não adesão ao seguimento Recaída no uso de drogas.	Sem evidência de doença. Não adesão ao seguimento Recaída no uso de drogas.	Sem evidência de doença. Não adesão ao seguimento Recaída no uso de drogas.	Sem evidência de doença. Não adesão ao seguimento Recaída no uso de drogas.	Sem evidência de doença. Não adesão ao seguimento Recaída no uso de drogas.	Retomada do seguimento oncológico. Sem evidência de doença.	Seguimen-to oncológico. Sem evidência de doença.	Seguimen-to oncológico. Sem evidência de doença.	Sem evidência de doença. Recaída no uso de drogas. *	Seguimen-to oncológico. Sem evidência de doença. Aceita internação em clínica para dependên-cia química**
<b>Ano 2003</b>	<b>Jan.</b>	<b>Fev.</b>	<b>Mar.</b>	<b>Abr.</b>	<b>Ma.</b>	<b>Jun.</b>	<b>Jul.</b>	<b>Ago.</b>	<b>Set.</b>	<b>Out.</b>	<b>Nov.</b>	<b>Dez.</b>
Sessões e Produções	2 faltas	Sessão 12 Figura 32		Sessões 13, 14 e 15 Figuras 33 e 34	Sessão 16		Sessão 17 Figura 36 Conclusão da coleta de dados					
Situação de tratamento e seguimento	Seguimento oncológico*** Sem evidência de doença. Internação na clínica	Seguimento oncológico. Sem evidência de doença. Decide sair da clínica	Seguimento oncológico. Sem evidência de doença.	Seguimento oncológico. Sem evidência de doença.	Seguimento oncológico. Sem evidência de doença.	Seguimento oncológico. Sem evidência de doença.	Seguimento oncológico. Sem evidência de doença.	Seguimento oncológico. Sem evidência de doença. ***				

\* Neste momento, perde contato com família e amigos. Entra em contato por telefone com a psicoterapeuta pedindo ajuda. Relata alucinações auditivas e medo de enlouquecer.

\*\* A sugestão para internação é da própria família (irmãos biológicos e família que o acolheu posteriormente).

\*\*\* Pedro continuou mantendo o seguimento oncológico.

## 6.2- DESCRIÇÃO E ANÁLISE DA EVOLUÇÃO PSICODINÂMICA AO LONGO DAS SESSÕES

Apresentaremos aqui a descrição e a análise das sessões pertinentes ao processo psicoterapêutico de Pedro. A primeira delas foi realizada em grupo (durante o primeiro ciclo de quimioterapia neoadjuvante), as demais foram individuais (em período após quimioterapia e cirurgia). As cinco primeiras ocorreram em datas anteriores à coleta de dados da pesquisa, na fase inicial do tratamento e durante o período em que apresentou dificuldades de adesão. As sessões posteriores (a partir da 6ª sessão) foram realizadas quando retomamos o contato com o paciente, após a ocasião em que ele permaneceu afastado, abandonando o tratamento oncológico. Este momento de restabelecimento do vínculo psicoterapêutico ocorreu depois de um intervalo de aproximadamente onze meses (entre a 5ª e a 6ª sessão).

Assim como na descrição das sessões do paciente Renato, também seguiremos seqüência cronológica, enfatizando a irregularidade nos intervalos entre uma sessão e outra.

### **Sessão nº1 (em grupo)**

#### **Técnica arteterapêutica:** Desenho / Pintura (expressão semidirigida)

Pedro participa desta sessão em grupo a convite de seu amigo Adriano, como vimos anteriormente. A partir da proposta para a expressão de aspectos relacionados à própria vivência, ele descreve (através de representações pictóricas) alguns importantes fatos de sua história de vida.

Esta produção realizada com guache apresenta quatro níveis horizontais que correspondem a uma seqüência cronológica de acontecimentos e representações simbólicas que vai do plano superior ao inferior, da esquerda para a direita (Figura 24).

Primeiramente, desenha uma casa com cerca, ao lado de sua família (família biológica, excluindo irmãos paternos), acrescentando na extremidade direita uma garrafa e reticências. Esta garrafa, segundo o próprio paciente, representa o alcoolismo de seu pai. No plano horizontal logo abaixo, aparece uma figura abstrata, a casa onde passou a morar

com outra família, uma representação esférica amarela sobre esta casa, o cifrão mostrando melhora na condição financeira e as palavras “família nova”. Abaixo, inclui representações abstratas que diz não saber explicar, reproduzindo novamente a garrafa que agora retrata seu próprio vício. No plano inferior, pinta uma bola de neve preta, a cruz vermelha que representa a necessidade de cuidados médicos após o diagnóstico de câncer e outros elementos abstratos em azul.



**Figura 24**

**História de vida (Pedro)**

**Tinta guache sobre papel sulfite tamanho A4**

Com a divisão horizontal em quatro planos, o paciente demonstra a tentativa de organização de seu universo psíquico através de funções egóicas atuantes neste momento. Os elementos pictóricos permanecem parcialmente desintegrados, mas há esta tendência à ordenação. Assim, Pedro oferece ao grupo fragmentos de sua história pessoal dispostos numa seqüência temporal, baseada em temáticas importantes de sua vida: família e alcoolismo do pai, nova família que assumiu sua guarda (podendo lhe oferecer melhores condições financeiras), sua própria dependência em álcool e drogas e o aparecimento do câncer (provavelmente relacionado à imagem da bola de neve preta que parece surgir como metáfora da doença).

Esta produção instaura uma linguagem simbólica peculiar, pictoricamente representada, que passa a ser utilizada ao longo do processo arteterapêutico do paciente, pois várias imagens que aparecem nesta pintura são recorrentes nas produções posteriores. A inclusão destas imagens simbólicas ocorre espontaneamente neste momento, reaparecendo também de modo espontâneo e, às vezes, reformulado no decorrer das sessões, indicando em alguns momentos um movimento não-intencional e inconsciente à medida em que o próprio paciente não é capaz de explicar o significado atribuído a cada uma delas. Referimo-nos principalmente à representação da figura esférica amarela (presente em todas as produções), da bola de neve preta (que também aparece na Figura 25), da cruz como indicação de sentidos opostos e cruzados (que está presente nos braços cruzados, na representação do “X” e da encruzilhada nas Figuras 25, 31, 32 e 34) e à simbologia das cores predominantes (azul, vermelho, amarelo e preto).

### **Sessão n°2<sup>25</sup>**

#### **Técnica arteterapêutica:** Desenho / Pintura (expressão semidirigida)

Nesta sessão, Pedro relata fatos de sua vida ligados à dependência química, falando sobre alguns episódios de recaída relacionados ao uso abusivo de álcool e crack. Também menciona, neste momento, o desejo quase que incontrolável de usar tais drogas.

---

<sup>25</sup> Aproximadamente oito meses após a primeira sessão.

Parece confuso ao tentar falar de si, demonstrando ambivalência e dificuldades para definir auto-conceitos e auto-referências. Considera-se calmo, tímido, inteligente, trabalhador, paciente, tendo força de vontade e estabelecendo bons relacionamentos. Nestes momentos, sente-se capaz de controlar seus impulsos. No entanto, também percebe em si muito ódio, raiva, fica agressivo, diz e faz tudo o que quer sem controle e sem pensar nas conseqüências, agindo impulsivamente e sentindo que não tem nada a perder, desafiando os perigos. Nestas ocasiões, tende a atuar de modo onipotente, agindo como se pudesse superar tudo, nada podendo atingi-lo.

Estas oscilações estão relacionadas à instabilidade emocional associada à dependência química, havendo uma via de mão dupla. Na medida em que o estado impulsivo favorece à busca por drogas, o próprio vício o leva à intensificação da impulsividade, criando um universo paralelo e ilusório, corrompendo seus valores e o instigando às situações de risco.

Diante da proposta para expressar suas vivências e sentimentos através da representação pictórica, Pedro demonstra ansiedade e medo, mas logo começa a explorar o material, iniciando a pintura.

Inicia pintando uma nuvem azul, dizendo que gosta muito desta cor. Depois parte para a representação de uma figura circular amarela no centro superior do papel, misturando a tinta no pincel com a cor preta para fazer em seguida uma figura esférica, acrescentando também o vermelho para fazer um furacão. As cores vão se misturando no próprio pincel, perdendo um pouco da definição cromática. Pinta o furacão demonstrando tensão e extrema concentração. Na seqüência, parte para os outros elementos da produção, representando uma figura humana de braços cruzados no quadrante superior direito, reforçando, no extremo oposto, o preto através da imagem da bola de neve negra que aumenta progressivamente até explodir e incluindo, novamente, no lado direito uma árvore azul. Em meio a estas figuras, inclui vários traços em diversas cores e direções que parecem contribuir com a imagem do caos (Figura 25).

Relata haver no centro do furacão um “ralo” e um “cortador”, não sabendo explicar o significado destes elementos. No entanto, estes parecem ser indícios que reforçam a destrutividade e a agressividade da ação devastadora. É interessante

compreender a representação do furacão como a união entre o ar, o fogo e a água contra a terra, trazendo toda a destruição, mas abrindo a possibilidade de uma nova era. De acordo com CHEVALIER e GHEERBRANT (2003):

Nas tradições ameríndias, o furacão (ciclone, tromba, tornado, redemoinho) é considerado como uma conjunção dos três elementos (o ar, o fogo, a água) contra a terra.: uma revolta dos elementos. É uma libertinagem quase orgiástica das energias cósmicas. Simboliza o fim de um tempo e a promessa de um tempo novo. Depois da destruição da terra infatigável reproduzirá outra coisa (p. 455).

Este aspecto pertinente à imagem simbólica do furacão pode ser relacionado à dinâmica psíquica de Pedro, havendo oscilações entre momentos de intensa turbulência impulsiva e devastadora, e momentos de relativa estabilidade na busca pela reconstrução do que foi destruído, com expectativa de uma nova fase de vida.

Assim, o caos, a turbulência interna e a própria destrutividade são projetados neste trabalho artístico, sendo posteriormente percebidos como elementos perseguidores e aterrorizantes, pois o próprio paciente após realizar a pintura diz achar sua produção muito “esquisita”, comentando ter ficado assustado e tendo a impressão de que os elementos de sua produção tiravam sarro de sua cara.

Representa, no topo do furacão, a imagem de um rosto (figura circular amarela), dizendo que este parece ser o elemento que tem o controle. Mas, o que pode significar ter o controle do furacão? Será que é possível inibir ou controlar a ação devastadora deste fenômeno natural? Será que há estrutura de Ego suficiente para lidar com estes conteúdos extremamente destrutivos? Estas questões pairam no ar.



**Figura 25**

**Furacão (Pedro)**

**Tinta guache sobre papel Canson na cor creme e no tamanho A3**

Quanto à figura humana pintada em vermelho misturado com preto ao lado, Pedro questiona se ela está triste, mas logo conclui que ela tem um “riso sarcástico”, enfatizando seus braços cruzados, dizendo que ela está deitada e provavelmente morta. Assim, diante de tanto movimento e ação, representados na pintura através da imagem do furacão, está presente também esta figura imóvel, sem ação, de braços cruzados, morta. Vemos, portanto, como o fluxo da energia psíquica é representado nesta produção, visto que a turbulência central parece consumir toda a energia, havendo com isso aspectos da própria psique do paciente desvitalizados e paralisados. Esta paralisação parece ser o fator que impede sua progressão, pois ocasionalmente ele abandona estudos, trabalho, vida afetiva, cuidados com a saúde para viver em função das drogas.

### **Sessão nº3<sup>26</sup>**

#### **Técnica arteterapêutica:** Desenho / Pintura (expressão semidirigida)

Nesta sessão, a produção de Pedro representa uma ponte que “estava para quebrar”. Conta que ela era toda azul, mas que uma parte havia ficado preta. A seta que ele desenha embaixo da ponte indica o que a impede de quebrar, mas esta seta é pintada de branco mostrando intencionalmente o que ele não sabe explicar. Portanto, há algo que mantém sua integridade, mas ele não é capaz de nomear o que a preserva da ruptura total. Ele faz três pontinhos do lado direito (reticências) e diz que representam a continuidade, observando que estes pontos são da mesma cor da seta, mostrando que esta continuidade também é desconhecida. Ao pintar estes três pontos, emite um som correspondendo a cada um deles. Para tentar explicá-los, repete o efeito sonoro designado à figura. Comenta sobre o que há embaixo da ponte, pintado em vermelho, dizendo que isto representa algo ruim (Figura 26).

Esta produção é extremamente significativa<sup>27</sup>, pois demarca uma importante mudança que parte do caos e da desorganização interna (Figura 25) à representação de uma estrutura sob a ameaça da cisão (Figura 26). O que aparecia em azul na produção anterior (cor que o paciente gosta) era a nuvem e a árvore (aspectos talvez preservados em meio à

---

<sup>26</sup> Sessão realizada uma semana após a anterior.

<sup>27</sup> Parte do conteúdo desta produção emergirá novamente em produções posteriores, como veremos ao longo deste capítulo.

destruição gerada pelo furacão), agora esta cor corresponde à estrutura saudável da ponte. O preto da bola de neve aparece aqui como a cor do apodrecimento, da degeneração, mostrando a parte danificada que ameaça romper. A cor vermelha que representava o furacão, a explosão e a pessoa aparentemente morta, passa a representar, nesta produção, o conteúdo líquido de conotação negativa que existe logo abaixo da ponte, remetendo-nos à possibilidade de uma ruptura que leve à queda e à imersão neste conteúdo. Já o amarelo na forma circular do rosto no topo do furacão se transforma na imagem do sol.

A imagem simbólica da ponte contém em si a condensação de vários aspectos ligados ao psiquismo do paciente, numa dimensão pessoal e coletiva. Primeiramente, refere-se à passagem de uma margem à outra, amplamente caracterizada como a passagem entre a terra e o céu. Em relação à ponte dizem CHEVALIER e GHEERBRANT (2003, p. 729): “Essa passagem é a passagem da terra ao céu, do estado humano aos suprahumanos, da contingência à imortalidade (...).”

Este aspecto enfatiza a dualidade relatada por Pedro ao mencionar duas identidades distintas, parecendo viver intensamente esta dicotomia: dimensão humana e dimensão supra-humana, vulnerabilidade e onipotência. Pedro parece trazer à tona, nesta produção, a fragilidade de seu Ego que sofre importante ameaça de cisão. Este parece ser um indício de uma estrutura muito frágil de personalidade, existindo constantemente a iminência de uma invasão de conteúdos inconscientes na consciência, que possam levar à manifestação de sintomas psicóticos.

Outra observação interessante relacionada a esta imagem simbólica é que a passagem representada pela ponte também apresenta um caráter geralmente perigoso, estando relacionada à viagem iniciática. Na tradição do Islã, o percurso da ponte atravessa o inferno, dando acesso ao paraíso. Nem todos são eleitos para completarem tal travessia, pois é preciso ter a alma pura, existindo o risco da queda ao inferno (CHEVALIER e GHEERBRANT, 2003).



**Figura 26**

**Ponte sob ameaça de ruptura (Pedro)**

**Tinta guache sobre papel Canson na cor creme e no tamanho A3**

Este parece ser um caminho de escolhas, sendo que Pedro teme profundamente esta possibilidade de ruptura da travessia e queda para uma dimensão inferior e negativa (inferno):

A ponte coloca o homem sobre uma via estreita, onde ele encontra inexoravelmente a obrigação de escolher. E sua escolha o dana ou o salva (CHEVALIER e GHEERBRANT, 2003, p.730).

Numa outra perspectiva, num enfoque referente à dimensão simbólica pessoal, também podemos relacionar o conteúdo líquido vermelho contido sob a ponte com possibilidade de regresso ao útero materno. Aqui, este retorno remete-nos à ambiguidade apresentada pelo paciente, com relação à rejeição da mãe biológica. Esta hipótese de um regresso parece ser a condenação a um aprisionamento no ventre da mãe morta, pois o próprio paciente relata em sessão posterior que se sentia culpado por ter desejado romper a relação com a família biológica, não estando presente na ocasião da morte de sua mãe. Isto também nos faz pensar na constelação do Arquétipo da Grande Mãe, provavelmente em sua polaridade negativa<sup>28</sup>. Neste momento, ele nega o uso recente de drogas, mas comenta que esporadicamente tem consumido bebidas alcólicas, contando ter ingerido cerveja pouco tempo antes deste atendimento.

#### **Sessão nº4<sup>29</sup>**

#### **Técnica arteterapêutica: Desenho / Pintura (expressão semidirigida)**

Embora tenhamos proposto a Pedro um seguimento psicoterapêutico contínuo, a adesão dele à intervenção não é adequada. Ele interrompe o processo, voltando a usar drogas e ficando afastado de sua casa por alguns meses. Nestes períodos de recaída, Pedro geralmente se distancia da família e dos amigos, sendo difícil localizá-lo para um novo contato, na tentativa de resgate dos atendimentos. Portanto, a sessão descrita aqui ocorre após um destes episódios de afastamento, seis meses após a sessão anterior.

---

<sup>28</sup> Também abordaremos este aspecto no item sobre as cores predominantes, quando analisaremos a simbologia do vermelho.

<sup>29</sup> Aproximadamente seis meses após a sessão anterior.



**Figura 27**

**Ponte (Pedro)**

**Tinta guache sobre papel Canson na cor creme e no tamanho A3**

A produção realizada nesta sessão retoma espontaneamente o tema elaborado anteriormente, pois ele pinta uma ponte usando tinta guache (Figura 27). Nesta imagem observamos uma estrutura que demonstra maior firmeza e solidez em comparação com a produção anterior que ameaça rompimento. É possível que as alterações no estado psicológico do paciente em períodos que antecedem uma crise (procura por drogas, desligamento da família e dos amigos, entre outros) sejam intensamente vividas como ameaças de desintegração psíquica, de modo que pudemos constatar através de sua projeção na produção da sessão anterior (Figura 26) a expressão que antevê esta cisão e queda. No entanto, a imagem analisada aqui, que é realizada meses depois (Figura 27), traz novamente a dualidade e a noção de um trajeto a ser percorrido através da representação da ponte. Como vemos, a estrutura que separa o plano superior do plano inferior é fortemente articulada, transmitindo a idéia de dimensões diferentes.

Em cima da ponte temos uma casa com cerca, vegetação e uma placa comercial. Embaixo temos uma favela pintada em vermelho e preto, sendo acrescentados também pingos de chuva que descem da parte superior até a parte inferior. A chuva tem um significado de purificação por conter em si uma “substância universal”, mediando o processo gasoso e o sólido, e, numa concepção coletiva e mitológica, trazendo influências espirituais para a terra (CIRLOT, 1984).

Observando que a ambivalência e a dualidade ainda permanecem, vemos que a ponte divide duas realidades vividas por Pedro: estar na parte superior, pertencendo a uma família de melhor situação financeira (como a da família que o acolheu) ou estar embaixo da ponte, convivendo com as dificuldades de sua família biológica. Neste sentido, o conteúdo vermelho representado na sessão anterior como elemento de conotação negativa aqui é representado pela favela. A chuva, por sua vez, parece ser um aspecto conciliatório que é capaz de purificar o plano inferior, favorecendo a aproximação de uma dimensão da outra sem trazer o risco de uma ruptura total.

Há um movimento direcionado à integração egóica. A ameaça da fragmentação do Ego (intensamente presente no momento que antecede a crise) se ameniza e o estado psicológico do paciente no momento em que representa a segunda ponte evidencia maior integridade psíquica, embora esta mudança ainda denote instabilidade.

## Sessão nº5<sup>30</sup>

### **Técnica arteterapêutica:** Desenho / Pintura (expressão semidirigida)

Nesta sessão, Pedro demonstra dificuldades para se comunicar ao tentar falar sobre episódios de sua vida, permanecendo confuso ao relatar suas atitudes e sentimentos.

Parece-nos difícil, neste momento, diferenciar duas hipóteses. A primeira delas, corresponderia à possibilidade do paciente já estar sob o efeito de drogas (o que poderia justificar seu comportamento) e, a segunda, estaria relacionada às alterações no estado psicológico que antecederiam mais um novo período de crise, culminando posteriormente com a busca por drogas.

Na produção realizada nesta sessão, Pedro elabora uma pintura abstrata que apresenta diferenças e semelhanças com relação às produções realizadas anteriormente (Figura 28). Notamos que esta pintura feita com guache mantém um padrão diferenciado ao priorizar formas abstratas, mas ao mesmo tempo traz também em si importantes paralelos com o material anterior no que se refere ao conteúdo simbólico referente à disposição das formas e ao uso das cores. Observamos que, da mesma maneira que o paciente apresenta neste momento dificuldades para comunicar objetivamente fatos e experiências de sua vida atual, expressando estar confuso, ele também opta pelas figuras abstratas, mostrando a expressão de vivências internas que nesta ocasião não estão sendo amplamente intermediadas pela consciência, sendo difícil para Pedro nomear e elaborar formas figurativas que expressem suas experiências (o que dependeria de forças egóicas). Portanto, a projeção, nesta produção, parece fluir espontaneamente, não havendo a tentativa de explicar coerentemente o que para o paciente não é possível de ser objetivamente colocado em palavras.

A expressão pictórica apresenta uma “gestalt” que representa o universo interior. As palavras que são ditas a partir da imagem projetada apenas dão pistas para a compreensão do todo, pois são somente fragmentos que tentam dar sentido à experiência subjetiva.

---

<sup>30</sup> Aproximadamente quatro meses após a sessão anterior.

Ao tentar expressar-se verbalmente, trazendo algumas associações com relação à produção, menciona as portas que vão se abrindo incessantemente (pintadas de azul na parte superior do papel com a representação de três pontos – reticências – indicando continuidade), a escada que apresenta um movimento de direção ao alto (tom de tinta esverdeado para representar a escada e branco para mostrar o movimento ascendente), a figura circular em amarelo que se assemelha a um sol e a presença de quatro pássaros.

As inúmeras portas que se abrem parecem se aproximar da figura circular amarela (tendo a indicação das reticências bem ao lado desta imagem). Isto pode ser compreendido como um trajeto através da passagem por todas estas portas que vão se abrindo até o encontro com o círculo/esfera em cor amarela, que talvez represente à conexão com uma dimensão transcendente (o que também pode ser visto na busca por drogas, como tentativa de desligamento da realidade externa e material).

A escada e o movimento ascendente, presentes nesta produção são abordados por ELIADE (1996) estando relacionados à ligação entre o céu, a terra e o inferno, simbolizando também a ligação entre diferentes instâncias do próprio sujeito (numa dimensão intrapsíquica):

(...) a escada contém um simbolismo extremamente rico, sem deixar de ser perfeitamente coerente: ela representa plasticamente a ruptura de nível que torna possível a passagem de um modo de ser a um outro; ou, colocando-nos sob o plano cosmológico, que torna possível a comunicação entre Céu, Terra e Inferno. (...) Ora, sabe-se que o simbolismo da escalada e dos degraus encontra-se com frequência na literatura psicanalítica, o que mostra que se trata de um comportamento arcaico da psique humana, e não de uma criação 'histórica' (...). Porém, não se deve esquecer que a escada simboliza todas estas coisas porque ela existe em um 'centro', porque ela torna possível a comunicação entre os diferentes níveis do ser (...) (ELIADE, 1996, p. 46 e 47).

No plano inferior do papel, Pedro representa uma estrutura em azul que circunscreve o conteúdo vermelho envolto por uma camada em tom ocre. Como vimos, a escada indica a possibilidade de ascendência, mas os traços pintados em preto indicam a possibilidade de queda em direção ao conteúdo vermelho contido no interior da estrutura, o que pode ser interpretado como indício de mais um período de crise, provavelmente associado a mais uma recaída com relação ao uso de drogas.

Como podemos ver, a representação do vermelho abstrato, que segundo o próprio paciente representa algo ruim, surge novamente na parte inferior da pintura (como nas Figuras 26 e 27). Observamos também o movimento do traço em azul que sobe e desce, contornando a imagem vermelha (envolta pelo ocre) e se assemelhando às figuras das duas pontes pintadas anteriormente, sendo que a primeira delas está sobre o conteúdo vermelho de conotação negativa e a segunda sobre a favela pintada de vermelho e preto.

Pedro parece trazer à tona a reincidência de um tema que corresponde a um importante conflito. Comenta desejar permanecer distante das drogas, investindo sua energia nas atividades ligadas ao estudo e à profissão, cuidando de sua saúde e buscando uma vida mais equilibrada. Mas, ao mesmo tempo, sente-se fortemente atraído pela transgressão às normas e pela ruptura com os padrões morais. Assim, notamos que os movimentos enfatizados na pintura do paciente são contraditórios, pois indicam ascendência e descendência, tal como o fluxo de sua energia psíquica, que parece se dividir entre a direção voltada à vida construtiva e a direção voltada à vida destrutiva.



**Figura 28**

**Pintura abstrata (Pedro)**

**Tinta guache sobre papel Canson branco tamanho A3**

## Sessões nº6<sup>31</sup> e 7<sup>32</sup>

### Entrevista semidirigida

A sessão nº6 demarca o restabelecimento do vínculo psicoterapêutico com o paciente após longo período de interrupção, tempo em que Pedro se desligou do seguimento oncológico, mudando de cidade e afastando-se temporariamente da família.

Neste momento, passamos a incluir o paciente na pesquisa, realizando nestas duas sessões entrevista semidirigida destinada a complementar informações importantes para este estudo. O conteúdo verbal pertinente a estes dois momentos de entrevista foi incluído no item 6.1. deste capítulo (sobre história de vida e história clínica), sendo também utilizado para ampliar nossa compreensão sobre a experiência subjetiva do paciente.

## Sessão nº8<sup>33</sup>

### Técnica arteterapêutica: Desenho / Pintura (expressão semidirigida)

Nesta sessão, Pedro relata vagamente sobre o período em que abandonou o seguimento oncológico. Demonstra arrependimento por seu comportamento durante as ocasiões em que costumava fazer uso freqüente de drogas, dizendo que é comum sentir-se culpado por suas atitudes inadequadas quando não está mais sob o efeito de tais substâncias:

*As vezes, eu... as vezes eu... é... As vezes os pensamentos que eu tinha, por exemplo, quando eu queria beber e usar droga, depois de um determinado tempo, depois de quando eu tava são, eu ficava olhando tudo isso pra trás e me culpando e... e ficando com remorso, tal. Daí, juntava as coisas também, as coisas que... como, como que eu ia mudar e tal.*

---

<sup>31</sup> Aproximadamente um ano após a sessão anterior.

<sup>32</sup> Uma semana após a sessão anterior.

<sup>33</sup> Aproximadamente uma semana após a sessão anterior.

Ele passa a recordar alguns episódios de sua vida em que se sentiu um incômodo para as pessoas que viviam ao seu redor, principalmente aqueles ocorridos na época da quimioterapia neoadjuvante, quando percebeu que as pessoas passaram a se preocupar com seu bem-estar:

*Eu não queria beber e bebia. Eu dei trabalho pras pessoas. Ficava preocupado porque as pessoas tinham que trazer aqui e eu dei trabalho, porque eu tava na casa do seu Mário (ex-patrão com quem morou durante algum tempo). Eu falava que eu queria ir embora (queria procurar outro lugar para morar), eles não deixavam. Sabe este sentimento de achar que você tá perturbando, atrapalhando as pessoas.*

Também menciona a hipótese da recidiva da doença, preocupando-se com as possíveis mudanças que seriam desencadeadas, mas também procurando se desligar desta possibilidade:

*As vezes eu me preocupo assim... 'Puxa! Tô estudando, tomara que não apareça de novo, porque, se não, tenho que parar de estudar.' Mas tô desencanado, não tenho muita preocupação. Quem tem mais é minha irmã (irmã biológica).*

Na produção com giz de cera realizada nesta sessão (Figura 29), primeiramente Pedro divide o papel em dois planos (superior e inferior) traçando uma linha com o giz preto e colocando a letra “L” na extremidade esquerda para identificar este traço como linha divisória. Desenha na parte superior um sol (esfera amarela), uma escada, um lago, duas árvores, um banco e quatro pássaros. No nível inferior representa dois traços pretos ascendentes e dois traços vermelhos paralelos à linha divisória (os traços são reforçados através do próprio movimento de vaivém com o giz de cera).

Mais uma vez observamos, em sua expressão gráfica, a presença da dualidade a partir da linha horizontal que divide plano inferior de plano superior. Ele associa a parte desenhada no espaço superior do papel com as experiências boas e saudáveis que pode ter na vida. Já com o conteúdo desenhado no espaço inferior, relaciona-o com as experiências negativas, com os episódios de crise e com os sentimentos considerados indesejados.



**Figura 29**

**Linha divisória entre plano interior e superior (Pedro)  
Tinta guache sobre papel Canson na cor creme e no tamanho A3**

A possibilidade de contenção das águas representada pelas margens do lago parece receber destaque como limite e contorno para o conteúdo interno que, no plano superior do desenho (relativo ao equilíbrio), imprescindivelmente necessita de continência. No entanto, numa dimensão coletiva, o lago também é considerado o “olho da Terra” através do qual o mundo subterrâneo tem acesso à vida que se tem na superfície. Além disso, a imagem do lago também nos remete ao perigoso paraíso ilusório que representa as “criações da imaginação exaltada” (CHEVALIER e GHEERBRANT, 2003, p.533). Assim, o lago pode propiciar esta via de contato entre o mundo real (plano superior) e o mundo subterrâneo (plano inferior) numa passagem capaz de atrair através da sedução ilusória (tal como as atitudes impulsivas que favorecem a crise e a própria sedução pertinente às drogas).

Ao se referir ao plano superior do papel, Pedro fala sobre a experiência simples do aprendizado, referindo-se à necessidade de se “contentar” com esta experiência. Parece falar de sua busca pela satisfação total, talvez almejando a completude:

*Aqui (no espaço superior) você tem que... Como explicar? Aquele prazer de por exemplo... de aprender... de se contentar com... Como eu posso dizer? Me contentar com... Como eu posso dizer? Se contentar com o prazer de se aprender uma palavra por exemplo, você ficar bem com isso, né. (...) Tem que aprender e ao mesmo tempo... é, é, é... me satisfazer com aquilo, né. É... ‘Ah! Que legal!’ Não ficar aí... Sabe? Indo devarinho, tal.*

Com relação à ameaça e à iminência de novas crises, Pedro refere-se ao constante risco de uma recaída no uso de drogas, falando sobre o medo de perder o controle de sua própria vida e também sobre a possibilidade da recidiva do câncer. Conta que estas oscilações entre o estado de equilíbrio (controle dos impulsos) e o estado de crise psíquica (desorganização interna com predisposição ao comportamento impulsivo e destrutivo) vem sendo frequentes durante toda a sua história de vida.

Novamente destacamos o aparecimento de imagens recorrentes que emergem com relativa frequência nas produções deste paciente, o que nos faz pensar na prevalência de aspectos estruturais da psique do sujeito que não são vulneráveis às mudanças relativas

ao estado psicodinâmico. Assim, observamos várias imagens ou elementos gráficos que se mantêm ao longo do seguimento, independente da roupagem com que são revestidos. Esta roupagem designada à representação, por sua vez, é influenciada pelas emoções despertadas em determinados momentos, dando uma nova tonalidade e um novo aspecto ao conteúdo gráfico e pictórico. Podemos citar a esfera amarela (nesta produção como representação do sol), a escada, os pássaros, o conteúdo azul e o conteúdo vermelho.

### Sessão nº9<sup>34</sup>

#### Técnica arteterapêutica: Colagem

Pedro inicia esta sessão comentando sobre as dores que tem sentido na perna, decorrentes da prótese interna que se deslocou. Ele menciona a hipótese da realização de outra cirurgia, demonstrando alívio por saber que estas dores não são indicativos da recidiva do câncer:

*Vai ter que fazer outra... (outra cirurgia) Vai ter que mexer. Que bom, né? (...) Que bom que não tem, né, outra coisa (refere-se ao câncer).*

Após a proposta arteterapêutica, Pedro permanece pensativo e inseguro, compartilhando dúvidas com relação à técnica e procurando encontrar figuras significativas para a realização de seu trabalho expressivo:

*Eu não sei o que eu faço. Ah! E agora? Ichi! Eu não sei o que fazer não. (...) Todo mundo faz isso? (...) Quanto tempo eu tenho? (...) Quantas imagens? (...) É só procurar imagem? E agora eu tenho que colar! (...) Ah! Depois você vai perguntar o que significa, né? Ah! Eu não vou saber responder não!*

A atividade artística parece trazer recordações de sua infância, pois ele menciona que já não fazia mais trabalhos de colagem há muito tempo. Ele se remete ao passado, mas não entra muito em detalhes, evitando falar a respeito.

---

<sup>34</sup> Uma semana após a sessão anterior.

Escolhe as figuras que lhe são significativas e as recorta. Em seguida, dispõem-nas sobre o papel para, na seqüência, colá-las. Demora para iniciar a atividade e para selecionar as figuras, mas rapidamente finaliza a produção. No lado direito, ao lado de uma das figuras centrais, faz um ponto de interrogação com giz de cera preto (Figura 30).

Fala brevemente sobre algumas das figuras selecionadas, tentando dar-lhes significados isolados. Fica impressionado com a imagem masculina pouco nítida sobre o fundo composto por um trecho de floresta e pelas águas de um rio:

*Mais ou menos assim... eu não sei o que significa isso aqui, mas... só sei que aqui tá a sobrevivência do homem. (...) Esse cara todo de gravata, né! Estranho! Tem alguma coisa por traz disso daí, né. (...) Não sei.*

Associa esta imagem masculina com a figura do presidente Bush dos EUA. Comenta sobre a ameaça à paz despertada por este homem tão poderoso que, segundo Pedro, deseja se apoderar da Amazônia para destruí-la.

Fala sobre uma suposta explosão representada pela figura colada ao centro (que parece um átomo). Refere-se à dimensão que extrapola a esfera terrestre e se amplia além do que somos capazes de perceber e compreender (sobre a figura que mostra parte do cosmo - nebulosa). Também aponta para as mãos dadas que, segundo ele, mostram a união das forças, indicando firmeza e para o ponto de interrogação que expressa o questionamento de tudo o que está sendo representado nesta produção: “*O que será?*”:

*Mais ou menos assim... Ai, ai, ai... A aparência (mostra a figura da casa), a firmeza (mostra as mãos unidas)... Que mais? Essa... essa... (pausa) Não sei falar mais. Eu ia falar, mas esqueci. (silêncio) Aqui, eu acho que uma coisa maior, muito mais... Eu não sei falar. Uma coisa... que tá muito acima disso. (sobre a figura que representa parte do cosmo em comparação ao nosso cotidiano) (...) Essa imagem é estranha (sobre a sombra do homem). Não sei. (...) Aqui que tá perguntando: o que será? (sobre o ponto de interrogação)*



**Figura 30**

**Colagem (Pedro)**

**Colagem com gravuras de revista sobre papel Canson branco tamanho A3**

Através da colagem, retrata imagens que ele mesmo não compreende, demonstrando se sentir parte deste universo que ao mesmo tempo o encanta e o assusta:

*Que eu sei é que eu dependo de tudo isso pra sobreviver, mas não que... Eu sei que eu dependo disso pra sobreviver, só que, só que eu não sei... sei que eu sou parte... depende de, pelo que eu vi, depende de... não destruir o que é a sua própria, seu próprio... seus próprios pensamentos bons, sei lá... aquelas coisas que vão te sustentar, sei lá. (...) Você preservar aquilo que você tem, não destruir, não esquecer, largar.*

Notamos que o conteúdo desta sessão retrata a ameaça de destruição representada principalmente pela imagem masculina pouco nítida e pela suposta explosão. Pedro dá destaque a este tema, relacionando-o ao próprio componente destrutivo de sua personalidade que o leva a comportamentos impulsivos e agressivos que ameaçam sua própria integridade física e psíquica. Como podemos exemplificar, este componente se manifesta nas atitudes do paciente contra sua própria vida através das tentativas de “overdose”, das situações de risco intencionalmente vivenciadas e da própria recusa ao tratamento quimioterápico.

No entanto, observamos certa polaridade entre aspectos que se opõem entre a destruição e a criação. Ao centro, evidenciando o componente destrutivo, temos a imagem que representa o homem ameaçando destruir a natureza e a presença da explosão mencionada pelo paciente. Nas laterais, em contraste com as figuras localizadas no centro, aparece a imagem que representa a criação de um universo, através da presença da nebulosa, e a que representa união, força e também cumprimento pela criação de algo importante, através da imagem das mãos dadas ou do aperto de mãos.

Como vimos, a imagem da nebulosa no quadrante esquerdo superior nos remete à origem de um universo, como um conjunto de corpos celestes que compõem um todo extremamente amplo. Assim, Pedro se apropria desta figura ao mostrar que também faz parte desta dimensão cósmica, sendo interessante observar o movimento em espiral que se converge a um ponto central, tal como aparece na última produção deste paciente quando desenha, no centro de uma figura circular, um ponto de origem da vida (veremos mais adiante - Figura 36).

## Sessão nº10<sup>35</sup>

### **Técnica arteterapêutica:** Desenho em quadrinhos

Nesta sessão, Pedro novamente se refere à constante dor na perna (provavelmente decorrente do deslocamento da prótese). Ele justifica as três sessões, anteriormente canceladas, considerando esta dor como um fator de impedimento e comentando também a dificuldade de conseguir condução da prefeitura de sua cidade até o HC-UINCAMP. Além da dor, também menciona alterações no estado físico:

*Às vezes trava, fica fraca (a perna). Eu tenho sempre. Quando eu levanto, quando eu vou... Quando eu tô longe... quando eu mudo de movimento, aí é forte. (...) Nunca parou a dor. (...) As vezes eu tenho... eu tenho... cansaço, não cansaço, é... sentindo fraco assim no aspecto físico. (...) Não tá como eu queria, mas tá... tô andando.*

Fala brevemente sobre seus planos, pensando em aproveitar melhor a vida sem especificar o que o levaria a esta mudança:

*“(Preendo) aproveitar mais o tempo, né. Mais um pouco do que eu tenho aproveitado.”*

Neste momento, Pedro parece se desconcentrar e se desligar da realidade externa, ficando com o olhar imóvel e fixo em um ponto vago. Quando retoma o assunto, após breve pausa, pergunta sobre o que ele mesmo estava falando, como se estivesse momentaneamente ligado a pensamentos distantes.

Conta sobre um episódio recente de sua vida em que encontrou, no ônibus, uma colega (também usuária de “crack”), passando a conversar sobre a procura pela droga, sobre os momentos de prazer e diversão. Nesta ocasião, ela o instiga a retomar o consumo das drogas, convidando-o para uma visita à sua casa. Pedro relata seu incômodo diante da situação, principalmente pelo fato de ter dito a ela que não estava mais disposto a manter o vício:

---

<sup>35</sup> Aproximadamente quatro semanas após a sessão anterior.

*Esse sábado, encontrei uma colega de... de uso, né, daí conversamos sobre... no ônibus. Fiquei conversando, não sei o quê e só falando do bom, da diversão, assim, né, assim, do fato de pegar e ir até tal lugar, voltar... Você vai em tal lugar, buscar e volta. (...) Daí eu falei pra ela: 'Ah! Eu tô sossegado.' Não sei o quê e tal. (...) E falei que tava sossegado, não sei o que. Ela falou: 'Vai na minha casa'. Não sei o quê.*

Situações como esta parecem favorecer a recaída no uso das drogas, pois geram conflitos e despertam novamente a busca pelo prazer momentâneo proporcionado pela substância química:

*A intenção é de.. de mostrar, não de me mostrar. Eu não sei explicar... Não sei te explicar. Eu não achei certo ficar falando que eu tava... (...) Porque na hora, não fiquei assim, não fiquei como em outras vezes que começava a conversar e deu uma vontade do caramba. Eu fiquei um bom tempo conversando, falando assim, né, mas... Mas, ao mesmo tempo, dava uma vontade assim, né, mas...*

Nesta sessão, diante da proposta para a elaboração do desenho em quadrinhos referente à seqüência de seu próprio futuro, Pedro fica mobilizado e bastante inseguro:

*Isso eu não vou fazer de jeito nenhum. (...) Que imagem eu vou colocar pra descrever isso? Pra descrever, pra mostrar isso? Não sei falar, não sei escrever, não sei pensar. (...) É estranho. (...) Como eu vou fazer isso? Tudo depende. (O que é difícil?) O amanhã. (...) Mas eu não penso (no futuro). Penso mais ou menos. Às vezes não acontece o que a gente planeja, né? Engraçado, né? Ichi! (...) Ah! Tudo bem, né? Tudo errado, né? O que que eu vou fazer? Não tenho a mínima idéia. Fazer um risquinho aqui, pode? (...) (Começa a fazer alguns traços.) Nossa que horrível! Esse desenho tá horrível!*

Pensar e representar o planejamento do próprio futuro parece ser uma tarefa extremamente difícil para Pedro, pois o tempo todo ele se depara com situações de escolha, havendo constantemente o risco de novas crises, numa perspectiva de futuro incerto.

Ao iniciar, Pedro se concentra no trabalho artístico, demonstrando empregar muita energia no empreendimento da atividade, permanecendo em silêncio ao utilizar o lápis de cor em movimentos carregados de tensão, mostrando muita determinação na representação das imagens. A insegurança inicial parece que é substituída por um forte impulso que o leva a elaborar as imagens no papel como se houvesse um protótipo que servisse de base para sua produção.

Após finalizar a produção (Figura 31), fala que seu trabalho ficou sujo, mostrando alguns lugares onde o lápis ficou levemente borrado. Diz ter ficado cansado com a atividade, comentando sobre o fato de ter se baseado num planejamento prévio para esta elaboração. Também expressa ansiedade após o término da atividade artística.

Mostrando os primeiros quadros, fala sobre a intenção de representar “luta” através do “X” que enfatiza sentidos opostos:

*Este aqui vem pra cá e este vai pra lá (referindo-se ao “X”). Que mais? Quanto mais luta, mais você, né, maior aqui... (mostra o quadro que tem dois “X”) (...) Mais eu vou ter perspectiva. Mas não é por aí, fica mais difícil.*

Assim, desenha no terceiro quadro superior duas vezes o “X” para mostrar que a duplicidade deste elemento, que representa luta e conflito, amplia o grau de dificuldade. Outros desenhos também enfatizam os sentidos opostos, estes aparecem em forma de setas indicando direções contrárias, enfatizando mão dupla (duas setas vermelhas e seta com dupla indicação de sentido) ou confronto (setas que se aproximam em direções opostas). A esfera vermelha no quarto quadro se projeta para baixo em direção ao último quadro da seqüência, mostrando também setas que indicam sentido descendente e ascendente. Tanto as setas quanto o “X” parecem sugerir o grau de conflito em que Pedro se encontra, pois existem impulsos contraditórios que também são evidenciados em produções anteriores através da intensa dualidade (Figuras 26, 27, 28, 29 e 30). Isto talvez indique o movimento psíquico do paciente na busca por saúde e equilíbrio em contradição com o movimento que o aproxima da atitude destrutiva, da degradação e da doença.

Através do último quadro que contém um pequeno trecho escrito em amarelo: “Ah não! Se eu soubesse, mas você sabe, né?”, Pedro procura responder à proposta arteterapêutica destinada ao trabalho sobre seu futuro, estabelecendo um diálogo com ele mesmo. Ele questiona o fato de ser o autor da produção e da própria vida, devendo saber como será seu futuro, mesmo não sendo capaz de compreendê-lo de maneira consciente:

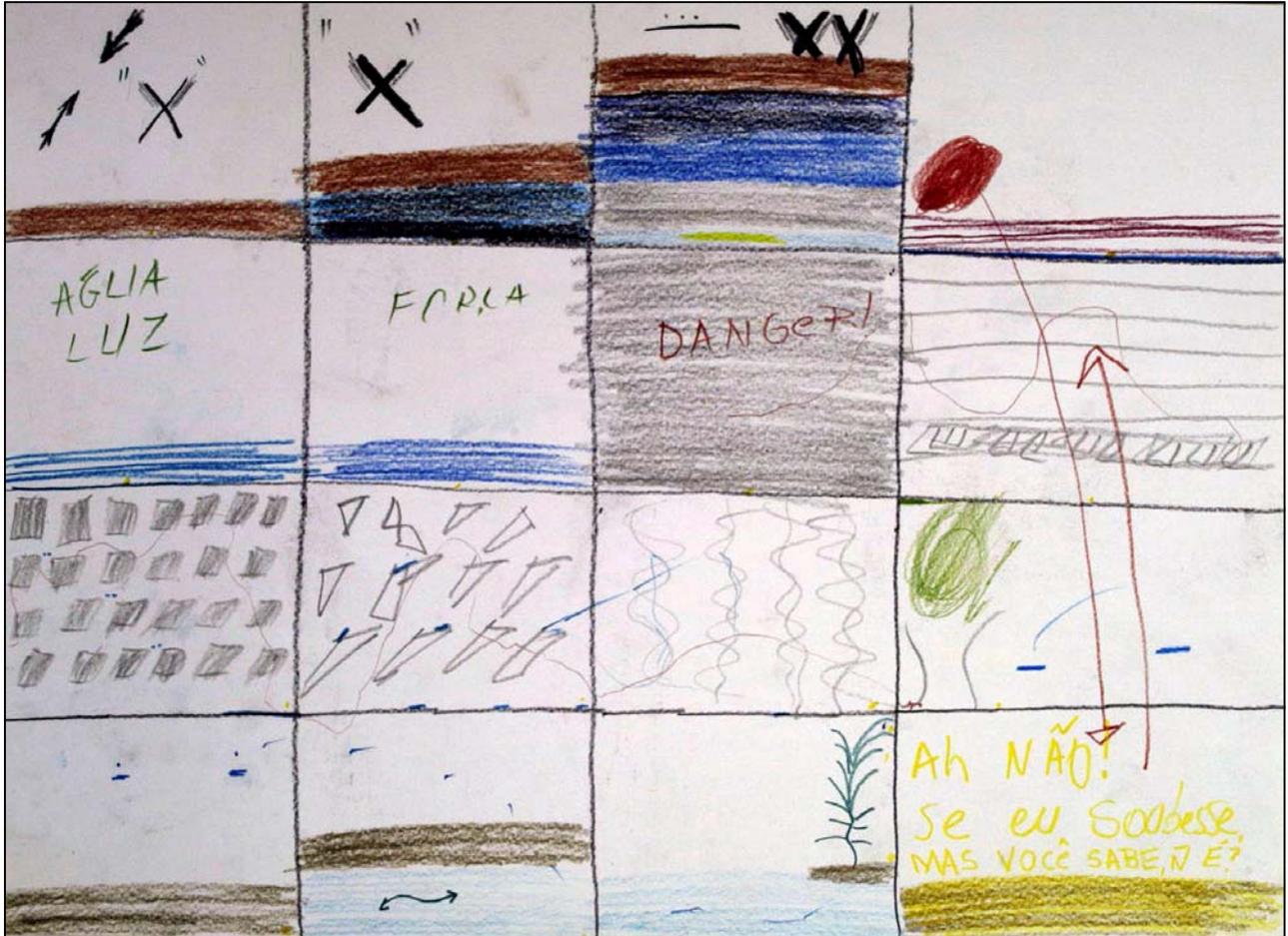
*Se eu soubesse... Mas eu sei, porque... eu sei, porque eu mesmo fiz,  
mas eu não sei te explicar. (...) Eu mesmo sei, só que...*

Parece que ele mesmo sente ter nas mãos o próprio destino, visualizando um percurso repleto de conflitos, tendo uma grande batalha a ser travada (representada pela luta), encontrando elementos necessários à sua vida (água, luz, força), mas também encontrando pela frente situações desconhecidas (figuras abstratas, fragmentadas e confusas) e de perigo (*danger* e esfera vermelha que se projeta em direção a outros quadros). De maneira geral, procura expressar nesta produção aspectos de sua vida ligados ao câncer, ao mundo interior, à dependência química e à atividade profissional:

*Não preciso falar objetivo... Aí, eu falei de doença, de... de, assim...  
interiormente, de drogas. Falei do profissional...*

Nas duas seqüências horizontais de quadros, localizadas no centro do papel, há predomínio da cor cinza. Esta coloração está associada à cor das cinzas que representam valor residual: “(...) aquilo que resta após a extinção do fogo e, portanto, antropocentricamente, o cadáver, resíduo do corpo depois que nele se extinguiu o fogo da vida.” (CHEVALIER e GHEERBRANT, 2003, p.247). Também é a cor da obscuridade que pode remeter o sujeito às imagens submersas no inconsciente:

Quanto aos sonhos que aparecem numa espécie de névoa acinzentada, situam-se nas camadas recuadas do Inconsciente, que precisam ser elucidadas e clarificadas pela tomada de consciência (CHEVALIER e GHEERBRANT, 2003, p.248).



**Figura 31**

**Seqüência de quadrinhos (Pedro)**

**Lápis de cor sobre papel Canson branco tamanho A3**

Portanto, podemos compreender a predominância do cinza em alguns quadros como a representação do luto e da perda da vitalidade. Apesar disso, também podemos identificar a capacidade de regeneração do próprio paciente, observando que das “cinzas” pode renascer a vida, como aparece nos quadros seguintes da seqüência através da presença de uma árvore, de terra, de água e, mais adiante, da união destes elementos: água, terra e vegetação. Esta perspectiva, faz-nos lembrar do mito do pássaro Fênix que renasce das cinzas. A menção ao ciclo morte / renascimento aparece aqui como projeção do movimento de destruição e construção interna.

Após terminar a produção e fazer alguns comentários, Pedro introduz um novo elemento gráfico ao desenho, completando todos os quadros com uma pequenina esfera amarela (um ponto que dificilmente é reconhecido na imagem impressa contida nesta tese). Assim, a respeito deste elemento, o paciente faz o seguinte comentário:

*É que eu esqueci disso no trabalho. (...) Se não, fica sem sentido. (...)  
É, então, é importante, mas depois eu conto (referindo-se à  
importância do ponto amarelo).*

Apesar de enfatizar a relevância deste novo elemento, não demonstra ter consciência de seu significado. No entanto, parece estar relacionado com todas as figuras circulares e esféricas amarelas que estão presentes em todas as produções gráficas de Pedro, sendo um elemento que também surge aqui compondo todos os quadros que representam seu futuro.

Ao encerrarmos a sessão, ele finaliza trazendo um interessante questionamento sobre o futuro: *O futuro não é agora? O futuro não está acontecendo?*

Esta indagação reforça a idéia de que é muito difícil para Pedro abstrair o próprio futuro, já que a incerteza deste momento hipotético mobiliza insegurança e ansiedade. O que importa é viver cada instante, tendo previsão apenas do futuro imediato, numa perspectiva a curtíssimo prazo. Esta dificuldade de vislumbrar a própria dimensão futura parece estar relacionada principalmente com a instabilidade gerada pela dependência química e também com a experiência de enfrentamento do câncer.<sup>36</sup>

---

<sup>36</sup> Apesar de Pedro estar fora de terapia (sem evidência de doença), o risco da recidiva do câncer é encarado como constante ameaça, principalmente pelo fato do paciente não ter cumprido rigorosamente todas as etapas do tratamento.

## Sessão nº11<sup>37</sup>

### Sessão verbal

Pedro apresenta mais um período de crise que tem início três dias após a sessão descrita anteriormente, quando volta a consumir bebida alcóolica, permanecendo desaparecido por alguns dias, estando na presença de seu irmão paterno que também é dependente químico:

*Eu bebi. Aí depois... Quantos dias, quantas semanas? Desde? Meu Deus! (...) Faz um mês, então! (...) Então foi mesmo assim... eu bebi e aí, começou tudo de novo, né. (...) Eu bebi, depois... eu bebi, fiquei na rua. Depois eu fui... Aí no outro dia o meu irmão foi lá em casa. (irmão paterno também alcoolista) Aí eu bebi, aí deu a louca. Nós pegamos e fomos pra Santos. Aí eu fiquei lá.*

Nesta sessão, ele retoma o seguimento psicoterapêutico após várias faltas. Neste intervalo entre sessões, durante o tempo em que ficou desaparecido, ele entra em contato por telefone (através do meu celular) pedindo ajuda, relatando medo de enlouquecer devido à manifestação de alucinações auditivas e visuais. Aqui, ele relata sobre esta experiência, utilizando a expressão “ter passado” ao se referir à idéia correspondente ao uso abusivo de drogas, quando não é capaz de “voltar” ao estado normal, não cessando o efeito da substância química:

*Daí, eu achei que eu tinha ficado louco. (...) Eu tava escutando vozes. Eu acho que foi depois que eu bebi. (...) Ah então! Aí eu pensava que eu tinha ficado louco. Não sei se eu tive algum tipo de delírio, eu não sei. Que eu achava que eu tinha passado, sei lá, que eu tinha usado droga. (...) Eu não conseguia voltar mais, que eu achava que eu não conseguia voltar mais. (...) Passado é... quando você usa muito droga você, logo logo você... sei lá... você fica... você não volta. Daí eu achava que eu não tinha voltado, não passava, não passava... (o efeito da droga). Fiquei uns dois, um dia e pouco, três*

---

<sup>37</sup> Aproximadamente um mês após última sessão. Neste período entre sessões, Pedro teve recaída quanto ao uso de drogas. Ficou desaparecido por alguns dias, rompendo o contato com o família. Entrou em contato comigo por telefone pedindo ajuda, pois estava com medo de enlouquecer devido à manifestação de alucinações auditivas e visuais.

*dias, acho, perdido. Lavava o rosto, voltava. Sentava, voltava. Bebia água, voltava. Você ficava assim... Eu fiquei muito mal assim. Eu tava com consciência que eu tinha 'passado'. Eu ouvia as coisas, ficava vendo as coisas. Eu vi meu irmão que não tava lá. Via as coisas assim. (...) Daí eu fui pro hospital que eu não tava voltando. Fui no hospital, fiquei um dia lá. Daí eu não conseguia dormir de jeito nenhum.*

Depois da crise, vem o arrependimento, a intensa culpa por perceber tudo o que foi perdido e danificado:

*Mas eu vou e volto. Não adianta, eu começo a ficar bem e de repente, eu quebro tudo, entendeu? (...) Sabe, você tá tão bem e de repente você quebra tudo, tudo, tudo. (...) Eu não quero ficar sempre assim. (...) Eu magôo as pessoas que estão perto de mim. (...) Eu não quero ficar mais perto.*

Notamos que o conteúdo de seu relato apresenta semelhanças com o conteúdo de alguns de seus trabalhos gráficos. Pedro se refere ao movimento de ir e vir (“*Mas eu vou e volto*”), no sentido da progressão e da regressão como mostram as setas (mão dupla) no desenho em quadrinhos (Figura 31), as escadas e os traços que indicam ascendência (evolução) em oposição aos movimentos que indicam queda (Figuras 28 e 29). Ele também fala sobre sua própria capacidade de destruição ao “quebrar” tudo, assim como nos mostra na pintura da ponte que também ameaça quebrar (Figura 26).

Neste momento, ele se deprime, sentindo a perda da motivação para a vida após o episódio de recaída no uso de drogas. Pensa em abandonar tudo e se entregar ao vício, sentindo-se totalmente derrotado:

*É, eu já passei da conta. (...) Caiu de novo, né. Complicado! Eu não sei porque eu fiz isso, mas... (...) Daí foi, não tem jeito. (...) Eu tenho pensado em... sei lá, descambar, não sei. (...) Hoje assim eu não queria (sobre a possibilidade de recuperação). Eu sei que eu me recupero, depois não recupero e ao mesmo tempo... Eu tento, mas... Eu não acredito. Eu perdi tudo! Eu cheguei onde eu não podia chegar. Ao mesmo tempo eu penso, às vezes não. Não sei, não sei. Eu não vejo uma recuperação, não tem jeito. Eu não tenho jeito. (...) É meu esse... esse destino mesmo. Sei lá. Eu tento, mas não tá comigo, não adianta.*

Pedro passa a refletir sobre os fatores que precipitam estes episódios de recaída, mencionando a mudança de comportamento que antecede à crise:

*Eu tive alteração de comportamento, mas eu não tinha feito nada. (...) Impaciente, não conseguia ficar quieto num lugar. (...) Isso foi o que o cara do carro me falou (motorista que o leva para escola). Não falou pra mim, falou pra minha irmã que parecia que eu tinha usado droga. Que eu tava estranho, que eu... ficava fazendo umas coisas assim... Eu percebi que eu tava impaciente, que eu tava... Percebi sim, que eu tava... Mesma coisa que às vezes, que eu tivesse acabado de fumar.*

Ao mesmo tempo que pensa em abandonar tudo e se entregar às drogas, teme os infortúnios deste infeliz destino, considerando suas próprias necessidades de subsistência:

*As vezes, eu penso, né, que eu vou ficar ruim, eu vou querer voltar, vou querer assistir televisão, sei lá, vou querer comer. Que eu fiquei mal, né, fiquei, acho, que uns oito dias. Sem comer, sem comer, sem... Acho que eu fiquei mais de oito dias. (...) Mas eu acho que eu não vou ficar bem não. Porque é uma coisa mais forte do que eu.*

Pedro parece viver o momento das “cinzas” que vem após o período de crise, como podemos observar na produção realizada na sessão anterior (Figura 31), quando passa a representar figuras abstratas na cor cinzenta, após o quadro que contém a figura esférica vermelha. As cinzas aparecem como resíduo proveniente da combustão do fogo, representando o vestígio da destruição. Assim, observamos que este paciente mantém freqüentemente este ciclo, tendendo a reconstruir sua vida em momento posterior, repetindo constantemente a dinâmica patológica que o leva às crises consecutivas: a partir das cinzas advém o renascimento.

Retomamos nesta sessão, a análise de sua última produção, realizada na sessão anterior (Figura 31), já que o conteúdo simbólico representado parece estabelecer relação com a posterior recaída. Assim, ao observar a própria produção, Pedro demonstra espanto, percebendo na projeção de sua imaginação como ele próprio antecipou os fatos ocorridos posteriormente:

*Nossa senhora! Eu mesmo fiz, né? (Fica pensativo.) Eu tava imaginando já, né? Imaginando isso aqui cair aqui, sei lá (sobre a esfera e as setas vermelhas).*

Ele aborda a presença do pequenino ponto amarelo desenhado em cada um dos quadros, referindo-se à luz que o acompanha. No entanto, ele sempre está à procura deste elemento considerado bom, nem sempre sendo capaz de se manter próximo, talvez seguindo caminhos que o distanciam desta luz:

*Mais ou menos assim ó: eu tô aqui, eu quero vim aqui, mas a hora que chega aqui, tem isso aqui. Daí aqui tá na água. Só que daqui vai aqui, sei lá, tá aqui, depois tem tudo isso aqui. Depois vem, vem, einnnnnn! (emite um som) Tô indo atrás, tô indo atrás, tô indo atrás. (Mas o que é esse amarelo?) É uma luz, alguma coisa pra mim... É alguma coisa boa. Tá aqui, depois, só que eu vou aqui e não tá, tá aqui no fundo, mas não tá no fundo, tá lá em cima, depois eu chego aqui, mas daí eu descubro aqui. (...) Daí eu subi aqui e aí eu pulei.*

É muito interessante observar que Pedro chama atenção para o que sempre esteve e estará presente em seu mundo interior, como se ele mesmo reconhecesse a presença de aspectos que não são iluminados pela consciência, compreendendo que o presente contém o futuro ao perceber que dentro de si sempre existirá a condição em potencial para a eclosão deste movimento de progressão e regressão. Por não ter consciência, acaba seguindo um rumo que o aproxima do perigo:

*Saber e se surpreender. (...) Ah! Se eu soubesse! Isso tudo aqui tava aqui já, só que eu não sabia. Eu tive que entrar em outro lugar, vem o perigo, vem o perigo. (...) Eu sei que tem isso aqui, que vai e volta.*

Ao final da sessão, esclareço a Pedro sobre a indicação para uma avaliação psiquiátrica, orientando-o sobre este encaminhamento. Diante desta proposta, ele se mostra resistente<sup>38</sup>, demonstrando temer a medicação e, provavelmente, o próprio diagnóstico de doente psiquiátrico, temendo ser reconhecido como “louco”:

---

<sup>38</sup> Assim como em outras ocasiões anteriores, quando menciono a importância do seguimento psiquiátrico.

*Eu não tava querendo marcar nada. Depois eu não venho. (...) Eu vou lá, depois ele vai me dar remédio. (...) Lembra que eu te falei que eu fiquei na clínica, que eu fiquei mal. Não conseguia fechar a boca, às vezes, não conseguia abrir. Parecia que ia explodir. Eu fiquei muito ruim. Eu não gosto de tomar remédio. Eu tomei todos os remédios, quase morri.*

### **Sessão nº12<sup>39</sup>**

#### **Técnica arteterapêutica:** Desenho / Pintura (expressão semidirigida)

Nesta sessão, Pedro comenta, inicialmente, sobre o período em que ficou internado na clínica para tratamento da dependência química (entre a sessão anterior e esta), mencionando o enfoque religioso desta terapêutica e se referindo ao seu desejo de retomar a rotina diária fora da clínica:

*Saí porque... uma porque eu tinha vontade de sair e que... sei lá.  
(...) Ficar lá sem... sei lá. Ficar lá contra minha vontade. Apesar que, se eu fosse ficar lá, eu ia ter que fazer a vontade de... deixar de, parar de fazer a sua vontade e fazer a vontade de Deus e tal.  
(...) É, segundo eles, né.*

Após o período de recaída e de posterior recuperação, parece procurar reconstruir sua vida, sendo necessário para isso estar de volta ao contexto habitual, passando a sentir necessidade de sair da clínica onde predominava a rígida rotina que visava afastar os internos das “tentações” propiciadas pela própria sociedade. Conta que, logo que saiu da clínica, procurou seu ex-patrão<sup>40</sup> no local onde trabalhava anteriormente, mostrando-se arrependido por atitudes do passado e procurando reparar alguns erros ao buscar uma reaproximação.

---

<sup>39</sup> Aproximadamente dois meses e meio após a última sessão. Neste período ficou internado em clínica para tratamento da dependência química.

<sup>40</sup> Conviveu com a família de seu ex-patrão, residindo na casa dele por determinado período.

Refere-se também a outras formas de tratamento para a dependência química, falando sobre o fato de não ter paciência para frequentar a sala do A.A. (Alcoólicos Anônimos) e do N.A. (Narcóticos Anônimos), expressando pouca motivação, em função da dinâmica entediante destes grupos.

Após o tempo de permanência na clínica que, como vimos, priorizava uma terapêutica baseada no enfoque religioso, Pedro volta, com maior disposição, para a prática religiosa, acreditando na possibilidade de recuperação. Ele parece abrir mão de seu senso crítico com relação às doutrinas religiosas para se apegar à fé:

*Então, uma das coisas que eu não vou deixar de ir é na igreja. (...) Não sei direito como é lá... Desde o dia que eu saí de lá... (se refere ao fato de estar frequentando uma igreja desde o dia em que saiu da clínica) Mas é evangélica, não é católica. É evangélica, é isso... sei lá. Mas eu não vou misturar muita coisa, porque... Todas (as religiões) você vai questionar alguma coisa, não tem jeito. Então não estou ligando muito pra isso não. Estou indo lá, estou me sentindo bem. (...) Acho que até estou até motivado... Criar um pouquinho de ânimo para que pudesse ir lá no oratório, falar, subir lá, ficar... (se refere à possibilidade de dar seu depoimento durante o culto).*

Perante a proposta arteterapêutica, Pedro demonstra insegurança, auto-crítica e necessidade de ajuda:

*Complicou, heim! Não sei o que posso desenhar não! Ai, ai, ai! Fazer o que, né? Não faço nada... O que eu penso eu não sei desenhar. (...) Não consigo fazer nada! Não sei fazer nada, posso desenhar o que eu quero? (...) Se eu precisar você me ensina? (...) Meu sobrinho faz melhor!*

Ao longo do processo artístico, ele vai se surpreendendo com o resultado de sua própria expressão pictórica:

*Isch! Sei lá o que eu tô fazendo aqui! Nossa senhora! Tá preto! (risos) Preto não, né! E agora? Não tá dando certo não! (...) Dá certo sim!*

Depois de finalizada a produção (Figura 32), Pedro fala sobre um “caminho” que é representado por uma rua ou uma estrada:

*Ah! Isso pode ser que seja um... (pausa) Pode ser que seja um caminho. São vários modos de olhar, sei lá. (...) Dá para entender que isso aqui é uma rua? (...) É uma estrada! (...) Encruzilhada.*

Relata que a figura esférica amarela, que está no cruzamento entre os dois caminhos (que seguem em direções distintas), mostra o ponto em que ele mesmo se encontra, havendo uma espécie de rastro que indica seu percurso até aqui: “*Da onde eu tô... da onde eu vim... Sei lá.*”

Ele está, portanto, no cruzamento entre os caminhos, na própria encruzilhada. Este momento parece ser de decisão, de escolha. A opção pelo caminho a ser seguido é o atual dilema vivido por este paciente que, após reviver experiências degradantes, reflete sobre o próprio rumo de sua vida. CHEVALIER e GHEERBRANT (2003) mencionam o momento de reflexão, de recolhimento e até de sacrifício associados à pausa proporcionada pela encruzilhada:

De acordo com o ensinamento simbólico de todas as tradições, a parada na encruzilhada parece ser obrigatória, como se uma pausa para a reflexão, para o recolhimento religioso e mesmo para o sacrifício fosse necessária, antes de se prosseguir na busca do caminho escolhido (p. 370).

Como estes autores enfatizam, a encruzilhada é o próprio encontro com o destino. Isto nos parece interessante quando observamos a seqüência das produções e dos fatos a partir do material clínico de Pedro, pois ele projeta uma dimensão de seu próprio futuro na produção anterior (mostrando os perigos, os conflitos, as forças em oposição, a luz – Figura 31), tendo uma recaída logo em seguida e retornando à psicoterapia, nesta atual sessão, com o tema da encruzilhada, o que parece representar justamente esta possibilidade de reflexão e contato com o próprio destino que, ao que tudo indica, depende de uma escolha. Este momento é extremamente delicado, exige cautela, pois afinal: “(...) cada nova encruzilhada oferece uma nova possibilidade de escolher o caminho certo. Com uma única ressalva: as escolhas são irreversíveis.” (p. 370)

Esta escolha não depende de ninguém, apenas dele mesmo. Nenhuma pessoa poderá orientá-lo neste momento, pois o destino parece estar em suas próprias mãos. Assim, Pedro levanta várias questões sabendo que deverão ser respondidas por ele mesmo:

*Que caminho eu vou? Não tem ninguém aqui. Não tem ninguém que possa pedir informação. Pra que lugar eu tenho que ir? (...) Mas pra onde eu vou? Pá... pensa um pouquinho aí. Você pode encontrar alguma pessoa que... (pausa) Que passe e fale pra você: 'Aquele caminho vai em tal lugar, aquele outro não sei pra onde, e tal. Mas chega em tal lugar e aquele outro também vai em tal lugar.' Cada um vai ter uma rota diferente, em uma cidade diferente.*



**Figura 32**

**Encruzilhada (Pedro)**

**Tinta acrílica sobre tela na dimensão 22x16 cm**

Assim, diante deste dilema propício para reflexões, Pedro parece reconhecer a importância do desenvolvimento da espiritualidade. Contudo, ao mesmo tempo, vê a fé como uma necessidade, como algo que precisa ser desenvolvido para que o leve à recuperação, o que talvez o afaste de uma busca verdadeiramente interna pela própria espiritualidade:

*Eu tenho que crer que Ele (Deus) vai me ajudar, que... sei lá... que Ele possa falar comigo de alguma forma. (pausa) Tem que acreditar, né!*

A encruzilhada, além de ser lugar de passagem, também é local destinado ao despacho e ao descarrego, numa atitude de desprendimento das forças negativas e nefastas que possam assombrar os indivíduos. Na tradição do candomblé, este é o local onde é possível o encontro com Exu.

Assim, podemos compreender que o confronto com os próprios aspectos sombrios se faz necessário, sendo que a encruzilhada surge nesta produção para representar o momento de desprendimento (e talvez de contato) destas influências internas negativas que o levaram à crise, para que seja possível o início de um novo ciclo. Isto nos faz pensar na própria natureza contraditória e ambivalente do ser humano que contém em si a polaridade, mas que procura manter o equilíbrio destas forças, como fica evidente nas representações gráficas de Pedro que mostram sentidos opostos (Figuras 31 e 32). Como destacam CHEVALIER e GHEERBRANT (2003): “cada ser humano é, em si mesmo, uma encruzilhada onde se cruzam e se debatem os aspectos diversos de sua pessoa.” (p. 369)

### **Sessão nº13<sup>41</sup>**

#### **Técnica arteterapêutica:** Desenho / Pintura (expressão semidirigida)

Pedro conta brevemente sobre o lugar onde está residindo, no momento desta sessão, falando sobre o pouco contato que tem com pessoas que estão convivendo ao seu redor. Ele está morando em outra cidade, alugando um quarto sozinho e permanecendo afastado de sua família por mais tempo.

---

<sup>41</sup> Aproximadamente cinco semanas após a sessão anterior.

Ao realizar a produção artística referente a esta sessão, mantém-se bastante concentrado, elaborando o desenho com obstinação e permanecendo o tempo todo em silêncio até, de repente, avisar: “*acabou!*”

No relato sobre sua produção (Figura 34), enfatiza a possibilidade de crescimento a partir dos próprios erros cometidos no passado. Fala também sobre a necessidade do cuidado com aspectos de sua própria vida e sobre a importância de ter consciência de seus próprios limites, mantendo o contato com a realidade:

*Que tudo aquilo que eu fiz de errado, foi bom, com... com... com o objetivo de melhorar, de ficar sóbrio, de estar feliz. É... O que eu fizer hoje, eu só vou colhendo um dia de cada. Que mais? Que eu preciso estar sempre... preciso estar sempre... olhando aquilo que eu estou fazendo, cuidando do que eu tô fazendo, vendo se não tem nenhum tipo de... de... de defeito que esteja ocorrendo, algum tipo de, assim, de coisas que possam atrapalhar. Buscando aquilo que é para o meu bem. (...) Que mais? Está enraizado, aí. Com o pé no chão mesmo, sabendo das minhas possibilidades, sabendo do que eu posso e não posso.*

Traz a imagem da semente que começa a brotar na terra ao receber água da chuva (cuidados necessários à vida):

*Fiz como se fosse uma semente, depois... tem uma muda. (...) Como se fosse alguma coisa que esteja molhando, cuidando. Sei lá! Alimentando (com relação à pequena nuvem com chuva que tem logo acima da semente brotando no canto superior esquerdo do papel). E também, né, ali depois, eu poder cercar, poder cuidar (sobre a árvore cercada ao lado).*

De acordo com CIRLOT (1984), a semente simboliza o que há de potencial a ser desenvolvido, estando relacionada à manifestação da esperança:

*Símbolo das forças latentes, não manifestadas; das possibilidades misteriosas cuja presença nem se suspeita às vezes e que justificam a esperança (p. 518).*

A imagem da cerca ao redor da planta já desenvolvida parece representar a necessidade de continência, numa atitude de cuidado e preservação da vida que se encontra no interior. Portanto, percebemos o quão importante é a manutenção do “cuidado” para que esta vivência de crescimento interno possa se expandir, não sendo prejudicada por fatores destrutivos que levem a mais um episódio de crise e recaída.

Pedro também representa aqui os conteúdos que podem ser “*absorvidos*” por ele, mostrando a dualidade entre o que há de bom (conteúdo azul dentro do recipiente) e o que, a princípio, parece bom, mas na realidade é prejudicial à sua própria vida (conteúdo vermelho riscado com um “X”). Assim como observamos em outras produções deste paciente, ele novamente faz uso das cores azul e vermelha para mostrar a oposição entre o bem e o mal:

*Ali as coisas que eu tenho que ter comigo (os dois recipientes), seria coisas boas (conteúdo azul) e, as vezes, coisas que no momento é bom e depois prejudica (conteúdo vermelho).*

No plano horizontal do meio, na extremidade esquerda, Pedro desenha uma estrada com pegadas coloridas de vermelho. A partir destas, crescem raízes que representam a necessidade de se situar sobre o solo, mantendo os pés no chão. Podemos inferir a possibilidade desta imagem retratar sua permanência, pelo menos temporária, em “solo firme”, pois as raízes o mantêm ligado à terra, num plano mais ligado à consciência, desfavorecendo a suspensão aos ares, talvez propiciada pelas experiências proporcionadas pelo uso de drogas. Outra inferência é a idéia de fincar raízes associada à necessidade de estabilidade quanto à própria referência de origem e moradia. Assim, as raízes também podem mostrar seu anseio pelo encontro das próprias origens. Isto se justifica, como estratégia compensatória diante de tanta instabilidade ao longo da vida, pois como já vimos, durante a infância, Pedro ficou desabrigado, algumas vezes, quando estava sob os cuidados dos pais biológicos, posteriormente conviveu com várias famílias, após os dezoito anos, por algum tempo, passou a não ter referência fixa e estável de residência, caminhando pelas ruas sem rumo, durante episódios de uso contínuo de drogas.

*Ali eu fiz, assim, tipo umas pegadas, mas que... que... ela tá firme, tá com... tá com as raízes crescendo, assim, tá firme (desenha as pegadas em vermelho em uma estrada).*

Ao lado da estrada com pegadas, Pedro desenha um sol (esfera amarela). Ao redor, colore um trecho da superfície do papel com a cor azul, escrevendo duas vezes a letra B na cor verde (representando a palavra bom), duas vezes a letra R na cor roxa (representando a palavra ruim) e incluindo um pequeno ponto preto no centro deste espaço pintado de azul, localizando-se entre as representações do “bom” e do “ruim”. A respeito da superfície azul, ele a descreve como sendo o mar que é iluminado pelo sol. O ponto preto é uma gota perdida na imensidão deste mar, estando associado à própria pessoa que se encontra também perdida, mas que tem o sol que a todos ilumina:

*Aí é uma sensação de coisas boas. O sol nasce pra todos! Sei lá. (...) Ao mesmo instante que eu não sou... assim, perto de algumas coisas ínfimas, assim... Às vezes pode ser que ‘Ah! Você tá perdido!’ Como se fosse um mar aqui e você fosse tipo uma gota assim. Ao mesmo tempo o sol tá ali iluminando tudo aquilo ali, né. Mesmo o lado bom como o ruim. E você nunca vai tá sozinho.*

O mar como ponto de origem e de regresso, como potencial capaz de gerar transformações contém em si a ambivalência (CHEVALIER e GHEERBRANT, 2003), tal como Pedro descreve ao enfatizar os pólos opostos (bom e ruim). Estar no meio desta dimensão do mar (como uma gota – uma partícula em meio a um continente) torna-o suscetível a estas possíveis transformações que talvez ainda se encontrem em fase embrionária. Neste sentido, os autores citados referem-se ao mar como:

*(...) lugar dos nascimentos, das transformações e dos renascimentos. Águas em movimento, o mar simboliza um estado transitório entre as possibilidades ainda informes as realidades configuradas, uma situação de ambivalência, que é a de incerteza, de dúvida, de indecisão, e que o mar é ao mesmo tempo a imagem da vida e a imagem da morte (p. 592).*



**Figura 33**

**Gol (Pedro)**

**Giz de cera sobre papel Canson branco tamanho A3**

Assim, todos os elementos gráficos incluídos na dimensão superior do papel, contidos por um traço semelhante a um arco, indicam através de uma seta o “gol”. Este, por sua vez, aparece primeiro no lado esquerdo e depois no lado direito, havendo um elo de ligação entre um e outro através de um traço que indica altos e baixos. O gol representa a situação de vitória e esta somente é conquistada por intermédio deste processo de transformações que apenas ocorre neste plano superior circunscrito:

*Tudo isso leva à vitória. Gol, né! Mesmo que, em determinados momentos, às vezes, você tá perdendo... Com certeza, se você tiver tudo isso você tá bem.*

Como vimos, estes significativos conteúdos, que passam a ser reunidos e contidos, demonstram ser capazes de conduzir Pedro à vitória ou, em outras palavras, à recuperação. Este processo de transformações parece-nos semelhante ao processo alquímico (como metáfora do que ocorre no mundo intrapsíquico). Aliás, a própria representação gráfica que reúne várias imagens simbólicas, incluindo pólos opostos (bom e ruim), pode ser comparada à integração de elementos do mundo interno de Pedro que podem leva-lo à transformação intrapsíquica. Assim, SAMUELS et al. (1988) faz os seguintes esclarecimentos com relação à alquimia:

O alquimista, cuidadosamente, deveria escolher elementos na base de um esquema organizado em termos de OPOSTOS. Isso porque a atração dos opostos acarretava sua eventual conjunção e, em última análise, a produção de uma nova substância, resultante das substâncias originais, porém delas diferente. A nova substância, após a combinação química e a regeneração se realizarem várias vezes e de modos diferentes, iria emergir como algo puro. (...) Portanto, a alquimia elude a divisão interpessoal/intrapsíquica e é uma METÁFORA que elucida o modo como um relacionamento com uma outra pessoa promove um crescimento interno e também como os processos intrapsíquicos provêm as relações pessoais. (...) A alquimia torna-se uma metáfora pertinente quando consideramos o relacionamento entre ANALISTA E PACIENTE (p. 22 e 23).

Neste sentido, poderemos observar adiante, nas sessões posteriores, como este processo de transformação, aqui mencionado, irá repercutir na experiência de vida deste paciente.

### **Sessões nº14<sup>42</sup>e 15<sup>43</sup>**

#### **Técnica arteterapêutica:** Construção com sucatas

Pedro fica surpreso ao entrar na sala de atendimento e encontrar vários materiais espalhados sobre a maca. Este primeiro contato com as sucatas favorece a introdução da proposta arteterapêutica logo no momento inicial da sessão, pois desperta a curiosidade do paciente, estimulando-o à atividade artística.

Diante de todo o material, Pedro começa a explorar as possibilidades de construção, observando tudo o que está a disposição para seu uso. Ele se preocupa com o fato de “estragar” os materiais durante a confecção de seu trabalho artístico: *“Mas não vai estragar? Pode? Não desmancha?”*

Esta ansiedade inicial que se manifesta como preocupação perante à possibilidade de estragar os objetos que lhe são oferecidos, parece estar de acordo com a própria dinâmica do paciente com relação à sua característica destrutiva. Ele considera que ao tocar os objetos, modificando-os através do recorte, da colagem e da pintura, ocorra a danificação de sua estrutura. Os objetos, portanto, deixarão de ser como antes e isto o preocupa. No entanto, ele não se dá conta do processo de transformação que poderá ocorrer, pois ao invés de estragar, ele poderá transformá-los.

Estas observações são extremamente pertinentes, quando comparamos o conteúdo desta atual sessão com o da sessão anterior, pois, ao realizarmos uma reflexão posterior à seqüência das sessões, notamos que a escolha desta técnica (construção com sucatas) vem de encontro ao próprio processo alquímico mencionado na análise da sessão anterior. Assim, num nível de comunicação inconsciente e intuitiva, optamos por esta técnica que parece explorar o próprio movimento do paciente com relação às transformações intrapsíquicas que podem levá-lo à integração interna.

---

<sup>42</sup> Aproximadamente uma semana após a sessão anterior.

<sup>43</sup> Uma semana após sessão anterior, sendo uma continuidade da mesma produção.

Pedro expressa o sentimento de estar paralisado perante inúmeras alternativas, tanto no que se refere à variedade de materiais, quanto às possibilidades de construção. Esta atividade o instiga a tomar a iniciativa para a realização de uma escolha: “*As vezes uma coisinha de nada paralisa a gente!*”

Parece que esta paralisação está relacionada à necessidade de canalizar seus impulsos diante das normas e exigências do mundo externo, a ponto de poder fazer escolhas necessárias à vida. Esta dinâmica requer estrutura de Ego suficiente para a organização do mundo interno. Assim, Pedro fala sobre seu anseio pelo livre fluxo dos conteúdos internos, mencionando a não existência de exigências e de normas que, ao nosso ver, são interdições já interiorizadas, pois consideramos que o temor diante da punição seja um mecanismo de controle de seus próprios impulsos destrutivos, já que nos parece haver o predomínio da autopunição:

*Seria bom se pudesse misturar tudo, né? (misturar todos os materiais) Pudesse fazer o que quisesse, sem ter escolha... Sem isso, sem aquilo. Sem exigências, né! Sem nada. Sem medo da punição.*

Pedro permanece observando todos os materiais, cantarolando algumas canções e também explorando os sons que pode obter com as sucatas (mexendo em plásticos, batendo as conchas umas contra as outras, etc.). Em alguns momentos também cheira certos objetos, sendo que, nesta fase de exploração dos materiais, diz sentir fome, comentando ter se lembrado de alguns alimentos.

Ele busca idéias para a elaboração de seu trabalho artístico e, para isso, destina parte do tempo da sessão, observando e explorando o material até encontrar o que procura. Parece querer saber sobre minha capacidade de suportar a espera, questionando sobre meu cansaço: “*Você não se cansa?*”

Retoma o tema sobre a possibilidade de estragar o material, pedindo agora minha autorização para destruir os objetos: “*Pode destruir qualquer coisa?*”

Inicia a produção (Figuras 35 e 36), fazendo alguns comentários e demonstrando preocupação com o tempo que ainda tem disponível: “*Complicado, né! Eu ia fazer bem feitinho, né, mas não vai dar tempo!*”

Durante a elaboração da produção, Pedro continua demonstrando a preocupação com a possibilidade de danificar os objetos. Neste momento, esta apreensão não está mais relacionada aos objetos que são a matéria-prima para sua obra (as sucatas), mas sim refere-se à possibilidade de estragar a produção que está em fase de elaboração, sendo construída aos poucos. Portanto, o processo artístico depende de seu próprio empenho, podendo ser prejudicado de acordo com suas ações durante a confecção da peça. Assim, ele verbaliza: *“Acho que estraguei! (Estragou?) Ainda não!”*

Ele parece fazer associações durante o processo criativo, trazendo questionamentos ao entrar em contato com o material através das sensações despertadas, como é o caso da percepção através do olfato, quando menciona sentir o cheiro da terra<sup>44</sup> e associá-la à carne: *“Cheiro de terra! (...) Será que a carne é feita de terra?”*

A relação entre “carne” e “terra” é bastante interessante, já que isto nos remete à oposição entre “carne” e “espírito” tal como entre “terra” e “céu”. O aspecto carnal, na tradição cristã, refere-se à dimensão corporal que não se dispõe aos valores espirituais, estando ligada à esfera do pecado, que se relaciona aos prazeres do corpo, aos maus hábitos, a ponto de ofuscar a visão interior mais profunda. Neste sentido, como podemos ver, a terra também está ligada ao humano como contraponto à dimensão que transcende a própria carne e alcança a esfera espiritual (CHEVALIER e GHEERBRANT, 2003).

Sobre o processo criativo, Pedro conta que, ao iniciar a produção, ainda não tinha uma idéia do que estaria elaborando, mas já sabia que usaria alguns materiais. Portanto, ele tinha certeza de que estaria utilizando as duas bolinhas amarelas (bolinhas de tênis), a linha, as conchas e a terra.

Durante todo o trabalho de elaboração artística, Pedro permanece concentrado e envolvido com a atividade. No entanto, após finalizar a produção, apresenta dificuldades para organizar suas idéias a ponto de expressar-se verbalmente, tal como o faz através da expressão imagética:

---

<sup>44</sup> A terra é um dos materiais disponíveis para a elaboração do trabalho artístico nesta sessão.

*Engraçado, né! Eu sou uma pessoa que não consigo falar nada. Vamos supor... As vezes eu imaginava umas coisas, né, que agora eu esqueci. Agora, eu olhando agora... olhando agora, olhando agora, olhando agora... Parece que, por exemplo, eu tenho que responder rápido, mas ao mesmo tempo eu não consigo responder rápido. Entende?*

Em função do intenso envolvimento neste processo criativo, pôde entrar em contato com vivências internas, chegando a se desligar parcialmente do mundo externo, mencionando inclusive a sensação momentânea de estar sozinho. Ocasionalmente, esta intensa concentração era prejudicada por idéias que o traziam à realidade, como por exemplo a preocupação com o tempo da sessão:

*Eu gostei, né. Que mais? Foi... O que que eu posso falar? Eu achei que eu fiz com, com... com um pouco de... com bastante, com bastante, como dizer assim... Quando eu comecei a fazer, eu achei que eu fiz sem ficar com medo, sem ficar... fiz normal, assim... praticamente, entendeu? Embora às vezes eu tenha ficado pensando: 'Será que tá acabando o tempo? Será que tá com pressa? Será que...' Entendeu? Por algum momento, eu achei que eu tava sozinho praticamente assim.*

Na produção realizada nesta sessão, Pedro utiliza duas formas retangulares de isopor, colocando-as em posições opostas, de modo que as duas superfícies côncavas ficassem voltadas para direções opostas, uma para baixo e outra para cima. Estas duas formas são perfuradas no centro por quatro palitos de madeira (palitos de churrasco) que, por sua vez, oferecem a estabilidade à peça, fixando uma parte na outra e dando suporte para a introdução de outro objeto que acaba fazendo a conexão entre as formas, sendo introduzido um canudo na cor verde (destes utilizados para colocar diploma) neste espaço intermediário entre parte inferior e superior.

Toda a lateral da superfície côncava da peça superior é pintada com a cor azul e amarela. Com o azul, Pedro elabora um movimento entrelaçado. Já o amarelo é usado para o acabamento da borda. No interior desta superfície, o paciente espalha terra e conchas. As conchas são colocadas com a superfície côncava para baixo, recebendo todas elas uma

pincelada de tinta azul. Em duas laterais da forma Pedro coloca uma pá de madeira (destas usadas para tomar sorvete). No centro, unindo os quatro palitos ali fincados, ele coloca um elástico (na parte superior) e um pedaço de linha na parte inferior sobre a terra. Tanto o elástico quanto a linha circunscrevem os quatro palitos. Entre estes palitos, são colocadas duas esferas amarelas (bolas de tênis). Nas laterais da esfera disposta na parte superior, são colocados pedacinhos de plástico (pintados de amarelo) e pedacinhos de tecidos coloridos. Nas laterais da esfera colocada na parte inferior (sobre a terra) é fixado um objeto de metal em forma oval. A forma disposta na parte inferior da produção é pintada com a cor vermelha, sendo decorada também com algumas pinceladas de amarelo que parecem unir o plano inferior ao superior.

Ao trabalharmos com o significado da imagem elaborada com sucatas, Pedro refere-se ao azul entrelaçado na lateral da parte superior da peça como representação da água que permanece ao redor da terra. As partes coloridas com a cor amarela são reflexos dos palitos pintados de amarelo que sustentam as esferas e se encontram no centro da peça. O objeto de metal que se liga à uma das esferas amarelas circula em torno das duas esferas. A água também apresenta um movimento circular ao redor da terra que está no centro. Isto nos faz pensar que a imagem interna que dá origem à esta peça, sendo projetada nesta produção artística, é dinâmica e mantém um constante movimento. As duas pás de madeira colocadas nas laterais são consideradas pelo paciente como “entradas” ou “caminhos” que dão acesso à parte interna repleta de terra, seguindo um movimento de descida.

Pedro fala sobre a presença da energia representada pela cor amarela. Parece haver um fluxo contínuo de movimento desta energia que estabelece o elo de ligação entre o plano superior e o plano inferior da peça. As esferas, segundo o próprio paciente, são fontes desta energia e também fontes de luz que giram ao redor do próprio eixo, sendo que o objeto de metal oval também gira em torno das duas esferas:

*Quando eu fiz, por exemplo, eu fiz como se aqui (esferas amarelas) tivesse passando energia para cá (mostrando a parte inferior). Das duas formas (nos dois sentidos – de cima para baixo e de baixo para cima). Fiz como se fosse, assim, filtrado, entendeu? Sei lá! Uma coisa assim. (...) Assim, quando eu falo de passar de um lugar pra*

*outro. (...) Aqui, ela tem uma... uma... tipo um... recebe aqui embaixo uns raios de luz. Não é escuro aqui não. Da mesma forma que... não que filtra... Ela pode receber o calor daqui, entendeu? Só que, não é filtrar... mas a terra, por exemplo, pode cair. Só que... tipo, como tá a energia aí, não cai, uma coisa assim.*

Ele expressa de maneira confusa as várias perspectivas relacionadas a esta produção com sucatas, mencionando a possibilidade de duas imagens. A primeira, refere-se à produção em si, contendo energia e movimentos que permanecem no ar. A segunda, representada como um objeto em transformação que se modifica e que é considerado fonte de origem:

*Como se fosse... é... assim... uma coisa que vai transformando, uma coisa que tá aqui e transforma na outra, tá, tá. Ela foi modificando até chegar... Foi modificando. (...) Dá pra ver dois objetos, né. (...) A primeira vez, eu fiz com a intenção de um objeto que fosse... que tivesse movimento, mas que ficasse no ar. Certo? E o outro, agora, que eu vi também que veio, assim, que as coisas vão modificando. Não modificando, mas que faz parte de uma engrenagem mais... assim sólida, sei lá. (...) Que dá origem a várias coisas. (...) Dá pra ver várias coisas, sei lá.*

Pedro estabelece uma importante relação, comparando a si próprio com a terra contida na superfície côncava superior da peça. Assim, ele fala sobre suas necessidades, referindo-se à importância da luz e da água e mostrando sua ligação com algo considerado superior, que ele próprio não é capaz de compreender em sua ampla dimensão:

*Falando em código também... Por exemplo, eu sou a terra. Eu preciso de luz, de água. E... Eu tô fixado em alguma coisa que não é... que é superior, que eu não sei o que é. Entendeu? Que eu não consigo ver, mas é isso aí.*

Podemos refletir sobre a ampla dimensão deste trabalho artístico, destacando que cada elemento incluído nesta produção contém em si uma vasta representação simbólica que poderia ser explorada profundamente tanto como imagem capaz de nos aproximar de símbolos inatingíveis (numa dimensão coletiva), quanto como imagem capaz

de compor um todo extremamente amplo e representativo do universo interior do paciente. A própria escolha por determinados materiais, por si só, já nos oferece pistas sobre a dinâmica intrapsíquica de Pedro.

A inclusão de conchas, que são colocadas sobre a terra, merece destaque em função de sua vasta utilização em cerimônias fúnebres, devido ao simbolismo ligado ao nascimento e ao renascimento. Neste sentido, é interessante observar a repetição deste tema (que aqui aparece sob o simbolismo das conchas), já que, em sessões anteriores, analisamos a dinâmica do paciente que evidencia situações de “morte e renascimento” através dos períodos de crise e posterior recuperação. Segundo ELIADE (1996), este tipo de manifestação diz respeito às relações simbólicas (nem sempre conscientes) que se perpetuam em diversas culturas. No caso das conchas, estas são relacionadas à fertilidade, à sexualidade e ao renascimento num plano espiritual:

(...) as pérolas e as conchas preparam o morto para um novo nascimento. (...) as conchas marinhas e as ostras expressam o simbolismo do nascimento e do renascimento. As cerimônias de iniciação compreendem uma morte e uma ressurreição simbólicas; a concha pode significar o ato do renascimento espiritual (ressurreição) com tanta eficácia que ela assegura e facilita o nascimento carnal (ELIADE, 1996, p. 134 e 132).



**Figuras 34 e 35**

**Construção com sucatas de várias origens (Pedro)**

Como vemos, esta produção é extremamente complexa, pois parece representar a totalidade do psiquismo do paciente, mostrando inclusive o fluxo de energia psíquica que estabelece a ligação entre planos diferentes. Assim, também observamos que algumas das imagens simbólicas aqui presentes são recorrentes, tendo aparecido em produções anteriores: a esfera amarela, a terra, o acesso que indica movimento descendente, a cor azul disposta no plano superior, o vermelho no plano inferior e o amarelo como representação da luz. A própria estrutura da peça se assemelha à estrutura de imagens gráficas produzidas anteriormente, enfatizando a dualidade que se baseia nas dimensões inferior e superior.

### **Sessão nº16<sup>45</sup>**

### **Sessão verbal<sup>46</sup>**

Na ocasião desta sessão, observamos a intensa necessidade que Pedro manifesta de se reaproximar das origens familiares, tanto da família biológica quanto da família que o acolheu posteriormente (dos dez aos dezenove anos). Além disso, também notamos a necessidade de reparação perante estes familiares ao reconhecer conflitos e dificuldades enfrentadas em função da dependência química. Ele inicia a sessão contando sobre os acontecimentos relacionados às últimas duas semanas. Neste período, ele permaneceu por alguns dias na casa de sua irmã gêmea, mantendo contato com o pai biológico e com outros familiares.

Também relata ter visitado sua outra referência de família (pais que assumiram sua guarda e responsabilidade), sentindo necessidade de se reaproximar destas pessoas que o acolheram. Com relação a esta família, conta sobre a situação de alcoolismo também vivida pelo pai<sup>47</sup>, falando sobre sua própria identificação com este vício. Comenta sobre o desejo de ajudá-lo, mostrando a intenção de compartilhar seus problemas, reconhecendo que também enfrenta as tentações do vício. Neste momento, Pedro também procura dar apoio à mãe que parece sofrer com a situação do marido, convidando-a para irem juntos a uma reunião de um grupo que presta ajuda aos familiares de dependentes químicos. Nesta

---

<sup>45</sup> Aproximadamente vinte dias após a sessão anterior.

<sup>46</sup> A gravação desta sessão ficou prejudicada, portanto, registramos seu conteúdo através de relatório escrito.

<sup>47</sup> Tanto o pai biológico quanto o pai que posteriormente assumiu sua guarda apresentavam problemas relacionados ao álcool.

reunião, ele dá seu depoimento, mencionando seu próprio vício e o de seus dois pais, tendo a intenção de dividir suas experiências com pessoas que vivem situações semelhantes. Conta ainda que enviou, pelo correio, uma carta destinada à mãe agradecendo-lhe por tudo o que havia feito por ele desde que o acolheu, considerando que este ato representa um inestimável presente que ela lhe ofereceu e que ele guarda com todo o seu amor.

Neste contexto, comenta ter se lembrado do quão importante foi para ele ter também se reaproximado de seu ex-patrão para pedir desculpas por tudo de ruim que fez no passado, pelos conflitos e pela ingratidão.

Ainda nesta sessão, passa a expor suas recordações com relação à expressão de tristeza e de sofrimento vista no rosto de sua irmã gêmea cada vez que o via retornar após um período de recaída em que ficava desaparecido, vagando drogado pelas ruas da cidade. Considera que prejudicou muito sua família, mas também sente-se prejudicado por vários acontecimentos dolorosos do passado, principalmente aqueles vividos durante a infância.

Tendo em vista todo o processo psicoterapêutico vivido por Pedro até aqui, consideramos extremamente significativo o conteúdo desta sessão, pois este nos oferece indícios do resultado de um processo de transformações que veio sendo lentamente elaborado até o momento desta sessão. Reconhecemos, portanto, o contato de Pedro com as experiências reais de sua vida, mostrando-se mais centrado e estruturado o suficiente para enfrentar os próprios problemas relacionados ao vício, assumindo inclusive a responsabilidade de seus atos e demonstrando necessidade de reparar os erros e de expressar seu afeto às pessoas queridas. Parece que o contato profundo com conteúdos internos, numa vivência que poderíamos chamar de alquímica, como vimos anteriormente, gerou a reintegração de seu Ego a ponto do paciente se sentir apto para o confronto com os problemas reais de seu cotidiano. Ele precisou mergulhar no universo interior para emergir fortalecido.

Esta aparente e suposta “vitória”, tal como o “gol”, não significa a recuperação total, pois afinal Pedro ainda terá que enfrentar inúmeras dificuldades ao longo de sua vida (principalmente relacionadas à dependência química). Este momento de luz, de consciência dos próprios conflitos e dificuldades, significa apenas uma etapa importante a que devemos dar destaque, diante de todo o percurso psicoterapêutico deste paciente.

## Sessão nº17<sup>48</sup>

**Técnica arteterapêutica:** Desenho / Pintura (expressão a partir de círculo desenhado no papel)<sup>49</sup>

A partir da proposta arteterapêutica, Pedro fica pensativo, demonstrando receio ao se confrontar com o estímulo gráfico oferecido, tendo que lidar com o espaço interno e com o espaço externo na dimensão do papel.

Ele inicia a produção (Figura 37), desenhando quatro círculos azuis e depois um círculo central também azul que parece estabelecer um elo de união entre os quatro primeiros. Sua grafia é composta por traços finos que posteriormente são reforçados com o giz de cera da mesma cor. Em seguida, começa a fazer o contorno em preto de uma figura que parece semelhante a uma serpente, reforçando também o traço em momento posterior. A imagem deste “ser” sai do interior do círculo central e segue em movimento espiral até extrapolar o limite com o espaço externo, expandindo-se para a região exterior da figura circular. Na seqüência, desenha o contorno preto de outro círculo que fica no interior da figura apresentada como estímulo inicial ao paciente. Assim, ele pinta o espaço entre estes dois círculos com a cor amarela e depois pinta o corpo da serpente com a cor alaranjada. Também pinta com movimentos circulares a extremidade da serpente que se localiza no espaço interno, usando a cor verde e depois a cor amarela. Usa o roxo para desenhar traços que se acumulam dentro do círculo e se expandem para o exterior. Reforça, em seguida, o outro extremo da serpente (o que fica na parte externa) usando o giz preto. Por último, desenha pequenas espirais azuis que saem das laterais do círculo azul central até o limite do papel.

Pedro relata que a figura laranja (serpente) gera “*outro ser*” no centro do círculo; ali seria o espaço de se “*fazer gerar*”. Como vimos, os traços roxos saem de dentro e se expandem para fora, assim como a própria imagem da serpente que extrapola os limites do círculo. As espirais azuis nas laterais do papel mostram, segundo Pedro, que esta imagem é apenas um recorte do todo (como uma fotografia), representando algo muito mais amplo e dinâmico (não estático).

---

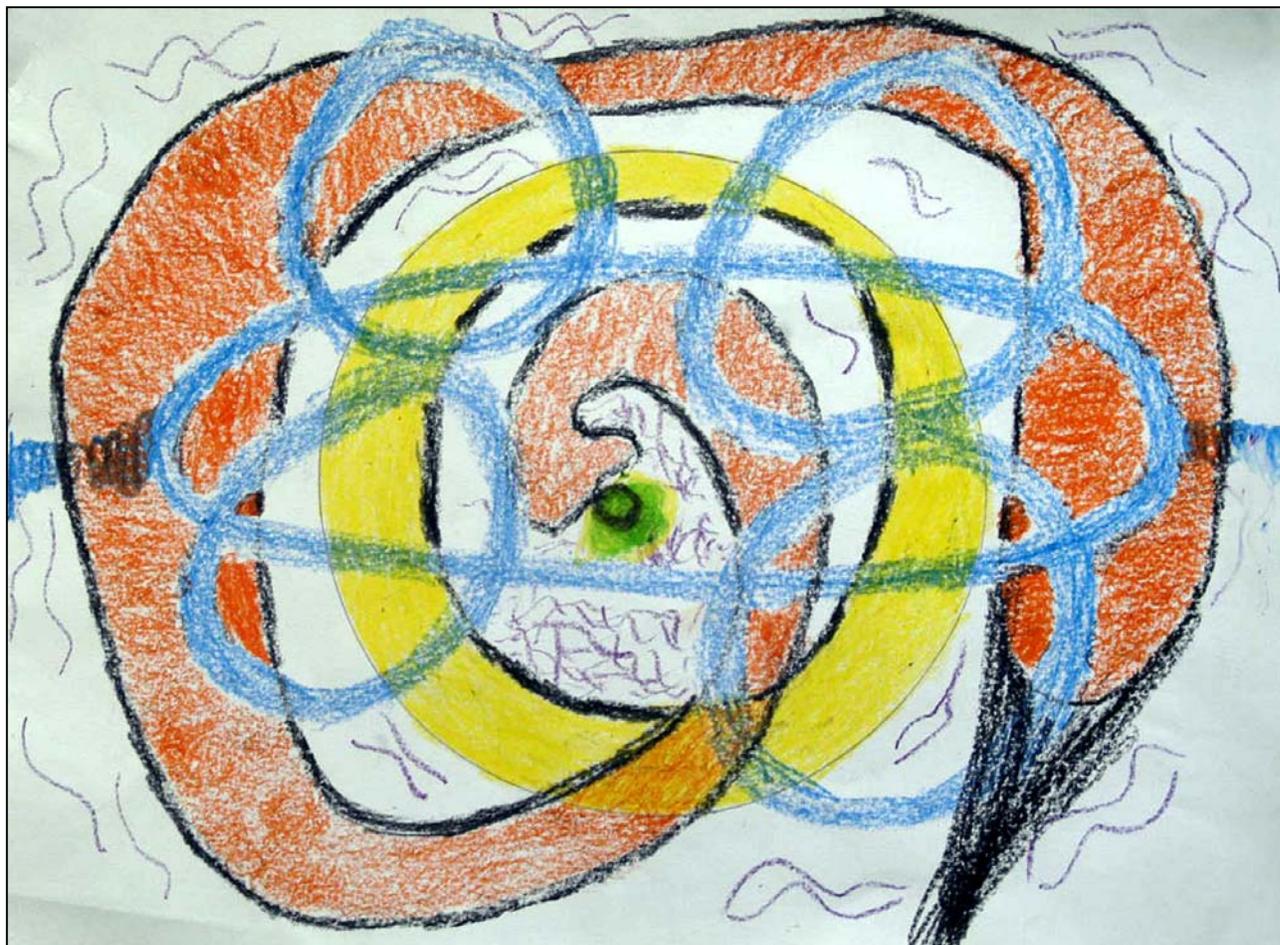
<sup>48</sup> Aproximadamente dois meses e meio após a sessão anterior.

<sup>49</sup> A gravação desta sessão também ficou prejudicada, portanto, registramos seu conteúdo através de relatório escrito.

Durante a elaboração desta produção, Pedro retoma o tema sobre o medo de enlouquecer, comentando sobre as experiências de perda do controle das emoções e dos impulsos, e sobre as alucinações auditivas e a agitação, mesmo em períodos que não está sob o efeito de drogas.

As imagens que extrapolam o limite entre o consciente e o inconsciente, brotando livremente em sua consciência, parecem assustá-lo, pois este fluxo imagético é bastante intenso, sendo composto por conteúdos que o próprio paciente não dá conta de esclarecer. Assim, é possível fazermos uma analogia entre este processo psíquico e a imagem da serpente, como símbolo do inconsciente, que nesta produção rompe a barreira entre o interno e o externo. Outro aspecto interessante está relacionado à ligação desta imagem simbólica com os aspectos obscuros, incompreensíveis e misteriosos do psiquismo (CHEVALIER e GHEERBRANT, 2003). Como podemos ver, esta parece ser uma alusão ao próprio processo psíquico vivido por Pedro, trazendo à tona o temor, mencionado por ele, perante à ameaça de uma invasão de conteúdos do inconsciente que o levem à loucura. Assim, consideramos a concepção de JUNG (1999) ao analisar a imagem simbólica da serpente como representação do inconsciente, que emerge numa ação repentina, despertando incômodo e temor:

(A serpente) É um excelente símbolo do inconsciente, que exprime a presença inesperada e repentina do mesmo, sua intromissão incômoda ou perigosa e seu efeito amedrontador (p. 363).



**Figura 36**

**Serpente (Pedro)**

**Giz de cera sobre papel Canson branco tamanho A3**

O conteúdo desta produção também nos remete ao fenômeno da criação e da origem, tanto no que se refere à vida quanto ao próprio cosmo. Neste sentido, esta imagem se assemelha ao ventre materno como continente onde a vida se desenvolve e à nebulosa como representação da origem do universo (tal como aparece na Figura 30).

O ponto central que se encontra no interior do círculo é exatamente o ponto de origem. Esta é a matriz a partir da qual se perpetua a vida. De acordo com CHEVALIER e GHEERBRANT (2003) a própria serpente está associada à regeneração: “Globalmente, a serpente aparece como a grande regeneradora e iniciadora, a senhora do ventre do mundo (...)” (p. 818).

O fascínio despertado, a partir da apreciação desta imagem, oferece-nos indícios da projeção de conteúdos bastante primitivos da psique de Pedro, sendo uma imagem arquetípica que nos aproxima de aspectos do inconsciente coletivo.

\*\*\*\*\*

Após a sessão descrita anteriormente, Pedro deu continuidade ao seguimento clínico através do Serviço de Oncologia Clínica e através do Serviço de Ortopedia, mantendo também a fisioterapia. Com relação ao processo psicoterapêutico, esta foi realmente a última sessão realizada com o paciente, sendo feito o encaminhamento para o Ambulatório do Psiquiatria para a continuidade da intervenção com outro profissional.

O processo psicoterapêutico aqui descrito mostra-nos a trajetória de um paciente que, apesar de inúmeros conflitos e dificuldades, conseguiu superar o câncer, apresentando uma adesão desfavorável ao tratamento oncológico, devido aos aspectos patológicos da drogadição, mas estabelecendo um vínculo psicoterapêutico positivo que o auxiliou a entrar em contato com aspectos de sua psique, mergulhando profundamente no trabalho artístico, através da intensa projeção de seu mundo imagético.

### **6.3- CATEGORIZAÇÃO TEMÁTICA DO CONTEÚDO VERBAL REGISTRADO DURANTE TODAS AS SESSÕES GRAVADAS**

Assim como descrevemos no capítulo anterior, com relação ao caso clínico do paciente Renato, aqui também incluímos as categorias temáticas que emergiram durante todas as sessões registradas neste estudo pertinentes ao paciente Pedro.

#### **Conflitos da infância e aspectos relacionados à dinâmica familiar**

- Recordação de situações de conflito entre os pais biológicos
- Alcoolismo do pai, do irmão paterno biológico e do pai que, posteriormente, assumiu seus cuidados (guarda e responsabilidade)
- Instabilidade quanto à moradia durante a infância (período em que conviveu com família biológica)
- Dificuldades financeiras que comprometiam a própria subsistência do grupo familiar (período em que conviveu com família biológica)
- Sintomas psiquiátricos da mãe biológica
- Instabilidade quanto ao cuidado familiar: vários períodos em que permaneceu sob os cuidados de outras famílias
- Conflitos quanto à própria referência familiar (com cada família que conviveu desejou ser reconhecido como membro familiar)
- Desejo de romper relação com família biológica para poder se vincular à nova família

### **Sobre os próprios sentimentos**

- Sentimento de culpa associado ao adoecimento e à posterior morte da mãe biológica (sente-se responsável por ter se afastado dela)
- Sentimento de desamparo vivido durante a infância
- Sentimento de vazio no que se refere aos vínculos sociais
- Sentimento de culpa pelos comportamentos e atitudes ligados ao uso de drogas
- Sentimento de culpa decorrente das atitudes inadequadas nas relações familiares (com suas duas famílias) e nas relações interpessoais
- Sentimentos de impotência e inutilidade, associados à idéia de estar sendo um estorvo para os amigos e familiares
- Sentimento de perda e de autodestruição

### **Processos e recursos internos**

- Conflitos quanto à própria identidade
- Ideação homicida e suicida (desejo de matar alguém e depois se matar)
- Reconhecimento da própria derrota (por não conseguir ficar afastado das drogas), gerando paralisação de sua energia voltada à vida
- Necessidade de reparação diante das atitudes inadequadas do passado
- Dificuldade de controle dos impulsos que o levam à busca por drogas
- Necessidade de conter seus próprios impulsos
- Medo e preocupação com relação à hipótese de recidiva do câncer

- Relação entre as ameaças de destruição da natureza e as ameaças ocasionadas pelos comportamentos autodestrutivos, pelo uso de drogas e pelo câncer
- Necessidade de preservar o que tem de bom numa dimensão material, familiar e psíquica, considerando que depende destes aspectos para sobreviver (tal como dependemos da natureza)
- Polaridades: bom e ruim, destruição e construção / criação, movimento ascendente e movimento descendente (evolução e crise)
- Componente destrutivo de sua personalidade que acaba atingindo as pessoas que estão ao seu redor

#### **Anseios, expectativas e necessidades**

- Desejo de aproveitar melhor a vida
- Desejo de recuperação com relação à dependência química
- Necessidade de se contentar e de se satisfazer com situações simples de aprendizado
- Necessidade de cuidado e de continência para a preservação da vida
- Necessidade de estabilidade
- Desejo de manter prática religiosa

#### **Preocupações, frustrações e inseguranças**

- Dificuldade de pensar e de falar sobre o futuro
- Dificuldade de encarar a própria imprevisibilidade do futuro
- Frustração e enfraquecimento diante de várias tentativas frustradas de recuperação com relação à dependência química
- Dúvidas com relação ao percurso de vida a ser seguido

### **Aspectos relacionados à doença oncológica**

- Preocupação da família com relação ao diagnóstico de câncer, principalmente em função da dependência química de Pedro
- Preocupação com o fato de dar trabalho e aborrecimento aos familiares, diante do diagnóstico e do tratamento do câncer
- Incômodo diante das visitas que o procuravam, em casa, curiosas para saberem informações sobre sua doença
- Coincidência ao descobrir ter desenvolvido a mesma doença que seu amigo havia manifestado pouco tempo antes
- Uso de drogas durante o tratamento quimioterápico
- Arrependimento por ter abandonado o tratamento pós-operatório (quimioterapia adjuvante)
- Preocupação com a recidiva do câncer
- Preocupação com as limitações possivelmente ocasionadas a partir da hipótese de uma recidiva
- Dor na perna decorrente do deslocamento da prótese

### **Aspectos relacionados à dependência química**

- Sobre a primeira experiência no uso do “crack”: conflitos entre o desejo de experimentar e o reconhecimento dos prejuízos causados pelas drogas
- Intenso prazer inicial com o uso do “crack”
- Fatores que o predisõem às recaídas: contato com outros usuários, música, determinados ambientes, alterações em seu estado emocional
- Conflitos entre o desejo de usar as drogas e a tentativa de controle de seus impulsos

### **Relações interpessoais**

- Tendência ao estabelecimento de relações superficiais e pouco afetivas
- Muito namorador, mas nunca mantendo relacionamento afetivo estável
- Dependência química prejudicando a convivência com alguns colegas da escola

### **Reflexões sobre a própria vida**

- Momentos de escolha, de decisão: caminhos a serem seguidos
- Escolhas na vida que somente dependem dele
- Possibilidade de crescimento a partir dos erros do passado
- Menção ao próprio potencial de desenvolvimento
- Importância de ter consciência dos próprios limites ao manter o contato com a realidade

### **Aspectos relacionados ao processo arteterapêutico**

- Dúvidas e inseguranças relacionadas à proposta arteterapêutica
- Lembranças da infância associadas à atividade arteterapêutica
- Espanto, temor e questionamento com relação ao resultado da própria elaboração artística
- Estranhamento e dificuldade de reconhecer as próprias produções
- Preocupação com a destruição dos objetos a serem usados durante a produção artística

- Preocupação com a possibilidade de estragar o próprio objeto artístico que está sendo elaborado no momento
- Anseio pela livre expressão, sem censuras, sem exigências e sem medo de punição

#### **Referência ao aspecto espiritual**

- Busca pela recuperação total através da religião
- Presença da “luz” (sol) que a todos ilumina, impedindo a solidão e o desamparo (talvez como metáfora de Deus)

### **6.4- ANÁLISE ESTRUTURAL DAS PRODUÇÕES GRÁFICAS**

#### **Tamanho**

As expressões gráficas e pictóricas de Pedro tendem a ocupar toda superfície do papel. Em geral, apresentam grande dimensão podendo indicar compensação diante do sentimento de constrição emocional devido às vivências de frustração. Nesta perspectiva, ocorre grande descarga motora com predomínio da liberação de impulsos agressivos no meio ambiente.

#### **Pressão**

Para a análise deste item, consideramos as produções realizadas com uso de giz de cera e lápis de cor. Portanto, observamos que a pressão do giz e do lápis sobre o papel é predominantemente forte, o que denota importante investimento de energia.

#### **Traços**

De uma maneira geral, há variação de traços em linhas retas e circulares, observando-se relativa prevalência de uma ou de outra de acordo com a produção. Isto parece indicar instabilidade entre a atitude mais afirmativa e a atitude mais dependente e emocional. Os traços geralmente são firmes, sugerindo tensão.

## **Detalhes**

Observamos, eventualmente, ausência de detalhes adequados nas produções com tendência figurativa, sendo um indício do sentimento de vazio e do retraimento. Isto aparece na representação de casas, figuras humanas e de outros elementos empobrecidos de detalhes (Figuras 24, 25, 26, 27 e 34).

## **Localização**

De um modo geral, as representações gráficas e pictóricas preenchem quase que por completo a superfície do papel. Algumas representações contidas em determinadas produções permanecem desintegradas em relação ao conjunto, sendo difícil identificar um eixo que sustente a figura total (Figuras 24, 25 e 34), embora estas sejam distribuídas de forma homogênea. Outras apresentam conteúdo mais integrado, havendo um eixo mais centralizado em relação à dimensão do papel (Figuras 26, 27, 29 e 37), este é um aspecto observado em sujeitos auto-centrados.

Notamos também a presença da dualidade expressa no conteúdo gráfico, mostrando certa ruptura entre o universo inferior e o universo superior do papel, geralmente, sendo delimitada por uma linha horizontal divisória entre estes dois planos. Isto fica claro quando observamos a representação das pontes em duas produções (Figuras 26 e 27) e a representação de outras figuras mais abstratas (Figuras 28 e 29).

## **Cores predominantes**

### **Azul**

O azul aparece em todas as produções pictóricas de Pedro. Em geral, esta cor é usada na representação de elementos abstratos, nuvens, árvore, estrutura das pontes, pássaros, água, frutos e conteúdo bom contido em recipiente.

Às figuras pintadas de azul, geralmente, são atribuídas características positivas em oposição às coloridas de vermelho que recebem conotação negativa nas expressões artísticas de Pedro. Também observamos que há uma tendência geral para a representação do azul no plano superior do papel e do vermelho no plano inferior em algumas produções

que enfatizam esta dualidade (Figuras 26, 27, 28, 29 e 35). Neste sentido, observamos que esta oposição também é reconhecida na própria simbologia destas cores, pois o azul (associado ao branco) se opõe ao vermelho (associado ao verde) no combate entre o céu e a terra retratado na iconografia cristã. Sendo o azul uma cor mais imaterial, fria e pura, corresponde às transparências na natureza, expressando a jornada para o infinito na transformação do real em imaginário. (CHEVALIER e GHEERBRANT, 2003).

Numa concepção psicanalítica, esta cor indica a “força do Ego”, estando relacionada às emoções na manifestação do estado de tranquilidade (havendo maior controle dos impulsos) até a própria supressão dos sentimentos (SCHAIE e HEISE, 1964).

Parece-nos apropriado este paralelo, pois o paciente demonstra oscilações entre a impulsividade e o controle das emoções, demonstrando instabilidade emocional nos períodos de recaída com relação ao uso de drogas e supressão dos próprios sentimentos (indiferença) em períodos que permanece distante do vício, numa ação compensatória do Ego.

### **Vermelho**

Como vimos, o vermelho surge algumas vezes como oposição ao azul, estando mais relacionado aos aspectos negativos. No entanto, observamos que algumas produções de Pedro trazem à tona o risco de uma incursão no vermelho que, ao mesmo tempo, atrai e repulsa. Segundo CHEVALIER e GHEERBRANT (2003), o vermelho é amplamente difundido como alerta e proibição, mas curiosamente também é representado como um convite à transgressão. Neste aspecto, notamos a percepção que o paciente tem das situações de risco e de ameaça que permeiam sua vida, podendo identificá-las como tal (situações relacionadas ao uso de drogas, ao comportamento autodestrutivo e à doença oncológica). Em contrapartida, também observamos a forte atração que estas situações mobilizam, tornando-o vulnerável à recaída.

Nas produções deste paciente, esta cor aparece na representação da cruz, do furacão, da figura humana aparentemente morta com braços cruzados e riso sarcástico, do conteúdo que está abaixo da ponte, da favela e de elementos abstratos.

Podemos relacionar o vermelho (contido sob a ponte na Figura 26, sob a estrutura abstrata azul na Figura 28, sob a linha horizontal divisória de plano superior e inferior na Figura 29 e contido como conteúdo ruim no recipiente riscado com um “X”) com o aspecto matricial e uterino ligado à esta cor. Todo este vermelho que parece ser representado como conteúdo que se localiza num espaço interior, talvez esteja relacionado a uma referência inconsciente de Pedro ao ventre materno. CHEVALIER e GHEERBRANT (2003), mencionam este aspecto da simbologia desta cor:

Este vermelho, como se vê, é matricial, uterino. Só é licitamente visível no curso da morte iniciática, onde adquire um valor sacramental. (...) Os oceanos purpúreos dos gregos e o mar Vermelho estão ligados ao mesmo simbolismo: representam o ventre, onde morte e vida se transmutam uma na outra (p. 944).

Nesta menção inconsciente ao universo uterino, a figura ambivalente da mãe vem à tona. Tendo-se em vista a conotação negativa associada a esta cor, algumas figuras coloridas com o vermelho talvez representem a imagem do ventre da mãe morta, da mãe que o rejeitou, de acordo com a dimensão pessoal ligada à história de vida do paciente. Surge o anseio pelo regresso à vida uterina na busca por proteção, continência e reconhecimento materno. Mas, ao mesmo tempo, surge a repulsa e a percepção do perigo. Estas produções, entretanto, também contêm projeções arquetípicas, trazendo à tona o Arquétipo da Grande Mãe, provavelmente, numa polaridade negativa, conforme pudemos observar através das próprias associações do paciente durante as sessões.

### **Amarelo**

O amarelo aparece em todas as produções pictóricas de Pedro. Em todas elas, esta cor é principalmente representada sob a forma esférica. Está presente tanto nas pinturas abstratas quanto nas figurativas, algumas vezes surgindo como representação do sol. Segundo CHEVALIER e GHEERBRANT (2003), ela é considerada a cor dos deuses contendo em si a eternidade divina, semelhante ao ouro que é um metal incorruptível e, portanto, da eternidade.

A ligação com a dimensão divina parece estar relacionada especialmente à aparição desta cor como figura esférica, pois a esfera tende a estabelecer ligação entre diferentes planos, como destacam os autores já mencionados:

A passagem da esfera, do círculo, do arco com formas retangulares, simboliza também a Encarnação (CHAS, 79), a mesma pessoa oriunda de duas naturezas, a divina e a humana, fazendo a ligação, a ponte, a união, entre o céu e a terra (p. 388).

Isto enfatiza o elo entre mundo material e mundo espiritual, talvez representando uma passagem entre uma esfera e outra. Esta porta de acesso, que surge como referência a uma possível conexão de Pedro com um plano imaterial e transcendental, provavelmente facilita o fluxo de conteúdos arquetípicos que, ocasionalmente, emergem sob diferentes roupagens.

## **6.5- DESCRIÇÃO DAS IMAGENS SIMBÓLICAS PRESENTES NAS PRODUÇÕES**

Bola de neve preta que aumenta progressivamente

Casa

Garrafa

Cruz vermelha

Cifrão

Furacão

Explosão

Árvore

Nuvem

Figura humana aparentemente morta com braços cruzados e riso sarcástico

Sol / Esfera amarela / círculo amarelo

Ponte

Favela

Chuva

Escada

Lago

Nebulosa / imagem do cosmo

Figuras que indicam cruzamento, disposição em sentidos opostos (cruz vermelha, braços cruzados da figura morta, “X” no desenho em quadrinhos, encruzilhada, “X” sobre o conteúdo vermelho negativo do recipiente)

Encruzilhada

Pegadas que criam raízes

Planta crescendo

Cerca

Mar e gota

Conchas

Terra

Serpente / ser que gera vida

Número quatro também relacionado ao simbolismo da cruz (quatro planos, 4x4 nos quadrinhos, quatro círculos)

## **CAPÍTULO 7**

### **Discussão e conclusões**

---

## 7.1- DISCUSSÃO

A compreensão da evolução psicodinâmica dos dois pacientes incluídos neste estudo, através da análise do material clínico (tanto do conteúdo verbal quanto das produções artísticas) fez-nos refletir sobre vários aspectos pertinentes à experiência de cada sujeito, bem como sobre a própria natureza da intervenção arteterapêutica utilizada no campo da Psico-oncologia.

Alguns destes aspectos, que estão relacionados à vivência intrapsíquica e que emergem durante o processo criativo, compõem uma dimensão que está muito além da própria realidade de vida permeada pelo câncer, favorecendo nosso contato com um mundo imagético extremamente valioso devido à riqueza de componentes simbólicos que nos aproximam da própria experiência humana. A situação de confronto com a doença oncológica é parte deste universo e, portanto, emerge através de temáticas recorrentes que expressam dor, sofrimento, temores, angústia de morte, sentimentos de perda e luto.

Nas produções do paciente Pedro e em trechos de seu próprio relato, por exemplo, observamos esta ampla dimensão que passa a ser projetada na atividade artística, aparecendo no processo de elaboração e na produção final. O mundo psíquico é projetado em sua absoluta complexidade, havendo um fluxo espontâneo de imagens internas que não se limitam ao controle e à intenção consciente relacionados à comunicação interpessoal; também não se restringindo à expressão de aspectos ligados ao câncer. Pelo contrário, as imagens são ricas de significados e estes vão além do que o próprio paciente é capaz de explicar, pois a complexidade e o estranhamento diante deste contato não permitem a compreensão completa do fenômeno imagético. Assim, devemos reconhecer que nossa própria interpretação também é limitada na medida em que fazemos parte deste mesmo universo.

É interessante observar que na confluência entre aspectos pessoais e coletivos, presentes nas produções, as imagens consideradas universais aparecem em paralelo à representação pessoal, pois a própria imagem interna eleita para ser incluída na produção artística diz respeito ao mundo subjetivo do paciente, indicando a constelação de arquétipos que ocorre a partir da convergência de planos distintos da psique do sujeito em determinado

momento. Como já vimos anteriormente, de acordo com JACOBI (1995), apenas temos acesso ao arquétipo através das imagens simbólicas, dos sintomas e da manifestação dos complexos.

Estes aspectos (relacionados à dimensão pessoal e coletiva) são abordados por alguns autores junguianos que se dedicaram ao desenvolvimento de estudos relacionados à expressão imagética e artística (SILVEIRA, 1981 e 1992; ZIMMERMANN, 1992; GIGLIO, 1994). Neste sentido, podemos citar, por exemplo, a partir dos resultados desta pesquisa, a presença de imagens que contrapõem luz e sombra, dia e noite, vida e morte. Estas representações de polaridades são parte da experiência de toda a humanidade, encontradas em diversas culturas e em diferentes momentos históricos, mas, em contrapartida, são também parte da vivência pessoal do próprio paciente com relação aos temores, às fantasias e à angústia de morte desencadeados pelo desenvolvimento do câncer. A inclusão de movimentos ascendentes e descendentes também é outro exemplo, pois indicam, segundo o ponto de vista do paciente, a possibilidade de evolução, progressão e consciência em oposição ao risco da queda, da crise e da degradação; o que numa dimensão coletiva representa a possibilidade de ascensão ao nível transcendente (espiritual) em oposição tanto à permanência num plano terreno (humano) quanto à incursão num nível inferior de degradação representado simbolicamente pelo próprio inferno. Assim, devemos destacar que esta representação paralela (entre conteúdos do inconsciente pessoal e coletivo) é percebida em várias produções, tanto do paciente Renato quanto do paciente Pedro.

O fluxo de imagens arquetípicas através da projeção de conteúdos arcaicos da psique nas produções artísticas deve ser cuidadosamente analisado, devendo ser observadas as reações do paciente durante este processo, principalmente pelo risco de que tais conteúdos favoreçam a eclosão de sintomas psicóticos (WAHBA, 1999), mostrando-se necessário o trabalho terapêutico que vise também o fortalecimento das funções egóicas para que o sujeito mantenha estrutura suficiente para a jornada arteterapêutica. Observamos este tênue limiar entre mundo externo e interno durante o processo criativo de Pedro, pois este paciente, em diversas ocasiões, mergulhou profundamente nas imagens internas que pareciam fluir de maneira espontânea. Também percebemos alterações em seu estado

psíquico, que também eram observadas nas produções artísticas, em sessões que geralmente antecederam a recaída com relação à procura por drogas, havendo a repetição de uma situação de crise.

A situação de catarse que pode ser proporcionada pelo trabalho arteterapêutico também merece destaque, já que este movimento pode ser facilmente observado durante o processo expressivo do paciente Pedro. ZIMMERMANN (1992) fala sobre a canalização da energia psíquica que pode ser redistribuída através da experiência expressiva. Assim, percebemos também que as imagens projetadas nas produções nos mostram como este fluxo energético se organiza, pois, como pudemos analisar na produção do paciente Pedro (onde ele representa o potencial destrutivo de um furacão - Figura 25), há uma concentração desta energia (em movimento) que parece ficar aprisionada na figura central (furacão), existindo ao lado a imagem de uma pessoa morta, de braços cruzados parecendo representar a paralisação de alguns aspectos de sua própria psique.

Na interpretação do conteúdo projetivo, observamos que a própria “gestalt” da produção artística favorece a apreensão de aspectos do mundo consciente e inconsciente, assim como de aspectos pessoais e coletivos. Afinal, todos estes encontram-se condensados na mesma imagem, pois, tal como WADESON (1980) descreve, geralmente não há um encadeamento linear que possa traduzir o conteúdo projetado, visto que a imagem por si só contém inúmeros elementos que estão presentes simultaneamente.

Ao considerar esta perspectiva, devemos reconhecer que as produções resultam de dois movimentos expressivos distintos. Em primeiro lugar, a elaboração do trabalho artístico parte de um planejamento intencional que permite a inclusão de elementos que compõem o todo de modo consciente, apresentando o objetivo de estabelecer uma comunicação pela via da imagem. Quanto a este movimento, podemos direcioná-lo a partir de uma proposta arteterapêutica focal, havendo uma temática específica para ser trabalhada. Em segundo lugar, reconhecemos que estas produções contêm em si aspectos inconscientes (tanto referentes ao inconsciente pessoal quanto ao coletivo), sendo possível identificarmos conteúdos simbólicos extremamente significativos. Esta dupla referência de conteúdos (conscientes e inconscientes) permite-nos compreender mais profundamente o mundo intrapsíquico destes indivíduos, principalmente pela dificuldade que se observa na

população de pacientes oncológicos quanto à externalização de fantasias, sentimentos e temores associados ao câncer; como bem destaca LUZZATTO (1998), ao abordar a “cultura do pensamento positivo” compartilhada pelos doentes ao manifestarem atitudes pouco espontâneas, com a intenção de transmitirem otimismo e força diante da batalha contra a doença.

Com relação a este tema, podemos citar algumas produções do paciente Renato que mostram sua atitude consciente e intencional perante a situação de doença, destacando a referência ao “coração contente” apesar das marcas do sofrimento (Figura 5), à mascote da Seleção Brasileira na Copa do Mundo de Futebol trazendo um sorriso no rosto (Figura 19) e à expectativa de cura que aparece através da possibilidade de transformação dos pulmões doentes em pulmões sem doença (Figura 23), mostrando seu otimismo, independente da progressão do câncer, ao recorrer à própria esperança como recurso necessário à manutenção de seu equilíbrio psíquico.

Apesar da intenção consciente, nem sempre coerente com a vivência interna, percebemos que o simples estímulo oferecido ao sujeito para que ocorram reflexões e associações com relação à imagem já é capaz de favorecer seu contato com outros aspectos contidos nas produções. Assim, com esta intervenção, podemos colocar este indivíduo em contato com a representação de sua própria realidade interna, sem ocultar os aspectos sombrios de seu psiquismo, mas, ao mesmo tempo, favorecendo uma aproximação gradual, de acordo com a estrutura de cada um para reconhecer as próprias projeções na produção artística elaborada.

Esta observação é importante, especialmente no que se refere ao trabalho com pacientes oncológicos, porque notamos que alguns pacientes precisam fazer uso de estratégias que impeçam o contato direto com alguns conteúdos mobilizadores de angústia, principalmente aqueles relacionados às experiências de perda, limitação e morte. Neste sentido, a Arteterapia promove o contato com a imagem em si, independente de haver interpretação do conteúdo simbólico ali contido, sendo que esta aproximação (e a própria elaboração da atividade artística dentro de um “setting” psicoterapêutico) por si só já pode ser capaz de favorecer a ampliação da consciência, não sendo necessário traduzir em palavras o que já foi externalizado através de imagens.

Alguns elementos, entretanto, serão utilizados sobretudo para a realização de um psicodiagnóstico através da compreensão das produções artísticas. O traço, a pressão colocada sobre o instrumento gráfico (lápiz, giz de cera ou pincel), os detalhes e a localização do desenho no espaço também fornecem informações importantes sobre a estrutura de personalidade do sujeito. No entanto, especialmente a escolha das cores (que também tendem a aparecer em localidades específicas do espaço disponível estando associada a uma imagem simbólica) oferece-nos elementos relacionados à tonalidade afetiva pertinentes ao momento vivido. Assim, podemos citar dois exemplos: a predominância de traços curtos e quebradiços nas produções gráficas de Renato sugerindo características relacionadas à impulsividade e à excitabilidade, além de componentes ligados à insegurança e à ansiedade, e, a tendência para a expressão de um estado de maior equilíbrio a partir da prevalência do azul e a tendência para a expressão de um estado de alerta, tensão e ansiedade (em função do risco iminente de um período de crise) através da predominância do vermelho nas produções de Pedro.

Nas produções dos pacientes, podemos identificar a projeção de imagens simbólicas que talvez estejam relacionadas à situação de ameaça proporcionada pelo câncer (e pela dependência química, no caso do paciente Pedro). Será que estas imagens são desencadeadas pelo confronto com o diagnóstico da doença, representando o medo dos pacientes perante o aspecto destrutivo do câncer? Ou será que elas retratam uma realidade interna que é convergente à situação real pertinente ao adoecer? Nesta segunda hipótese, a dinâmica intrapsíquica corresponderia simultaneamente à dinâmica do próprio organismo que se encontra doente, não sendo um reflexo ou uma consequência da experiência de vida permeada pelo câncer, do reconhecimento da doença ou dos sentimentos por ela despertados, mas seria sobretudo a própria manifestação patológica em uma dimensão imagética. Assim, encontramos eco a estas indagações em alguns estudos que sugerem esta convergência entre as imagens simbólicas (presentes em sonhos e em produções artísticas) e o processo do adoecer e também do morrer, levantando a hipótese de que este conteúdo imagético, às vezes, antecede o próprio diagnóstico do câncer e a própria noção consciente da morte iminente, sendo a expressão de conteúdos que vêm à tona oriundos das profundezas do inconsciente (TATE, 1989; MANGO, 1992; RAMOS, 1994; HORTON, 1998).

Estas conjecturas são respaldadas por outros autores. KAST (1997) também argumenta a respeito deste processo imagético que pode ter como origem as próprias sensações desencadeadas pelo corpo, sendo que estas seriam a fonte primária de um fluxo de imagens interiores. Assim, segundo HILTEBRAND (1999), a imagem em si seria a ponte que liga o corpo à mente, existindo um fluxo que favorece tanto a influência das percepções do corpo na mente quanto da mente no próprio corpo.

Portanto, numa atitude de manipulação do objeto de Arte, é interessante observar como o paciente interage com sua produção, durante a fase de elaboração criativa. Aqui também identificamos este processo de conexão entre mente e corpo, na medida em que a atitude do sujeito frente à transformação do material artístico (que é proporcionada através da própria interação de seu corpo com o material) oferece indícios desta relação entre as funções do Ego e a ação motora que promove a elaboração do objeto como produção final. A este respeito, citamos PAIN e JARREAU (1996) que se referem à possibilidade de uma má identificação egóica do próprio corpo, o que poderia prejudicar o desempenho do indivíduo durante a realização do trabalho artístico. Percebemos, então, que estas relações (que dizem respeito à influência do Ego na ação motora sobre o material) podem ser vistas na atitude do paciente Pedro ao interagir com a produção feita com sucatas, sendo que ele se dá conta de sua capacidade destrutiva a ponto de constantemente observar que está estragando a peça elaborada.

A elaboração artística em si, mesmo quando contém imagens que simbolizam morte, destruição, desorganização psíquica, perda da vitalidade e conflitos em geral, deve ser vista como um processo que leva à saúde, ao equilíbrio e à reorganização interna. Notamos claramente estas projeções nas produções dos pacientes e percebemos que o trabalho artístico, ao favorecê-las, traz também a possibilidade de transformação através da própria atividade criativa. NOSEK (1997) alerta sobre esta vertente da expressão artística, dizendo que a construção estética sempre está a favor da saúde, ainda que represente a própria doença.

Ao olhar para a própria imagem projetada na produção artística, o sujeito poderá se reconhecer nela ou não. O espanto e o estranhamento com o resultado final do processo criativo, às vezes, indica o quão assustador é o contato com o mundo interno,

estando presentes conteúdos inconscientes que, ao entrar em contato com a consciência, mobilizam repulsa e até medo. Isto fica claro durante o seguimento psicoterapêutico do paciente Pedro, quando ele mesmo se espanta com o resultado do trabalho artístico, questionando a autoria da produção. O que parece assustar, neste caso, é a constatação da desorganização interna, da complexidade do mundo psíquico que, ao ser projetado na produção artística, inclui também conteúdos da sombra. Portanto, o componente destrutivo também causa pavor, assim como os aspectos que estão relacionados à morte ou à perda da vitalidade, observados em algumas produções do paciente Renato. TATE (1989) refere-se ao caráter assustador do contato direto com conteúdos ligados à morte, enfatizando a importância do espaço arteterapêutico destinado à apreensão destes conteúdos que eclodem através das imagens simbólicas. O que, no ponto de vista de SIMON (1981), favorece a expressão do luto não-elaborado, seja em situações de confronto com a morte de um ente querido, seja em situações de confronto com a própria morte.

No caso do paciente Renato, que durante todo o processo psicoterapêutico já vivenciava situações de perdas e luto (principalmente após a recidiva da doença, tendo que lidar com a progressão de um câncer avançado), duas produções, em especial, nos remetem à possibilidade da transcendência, parecendo sugerir um desprendimento do plano material para uma jornada rumo ao plano espiritual (Figuras 20 e 22). Estas imagens fazem pensar numa transcendência a partir da própria morte do corpo físico, mostrando a imagem da pomba como representação do espírito e uma estrada que conduz ao sol. Neste sentido, podemos refletir sobre os símbolos da morte que emergem aqui, mostrando um trajeto relacionado ao próprio morrer que parece sereno e tranquilo. As imagens da destruição e da desvitalização também aparecem em outras produções, mas estas sempre surgem numa dimensão polarizada, havendo elementos ligados à vida que parecem compensar e equilibrar a energia que o liga à morte como degradação do corpo.

Do ponto de vista psicodinâmico, como DREIFUSS-KATTAN (1990) destaca, a atitude do arteterapeuta deve ser de acolhimento aos conteúdos projetados pelo paciente, considerando que o “setting” psicoterapêutico deverá proporcionar a contenção adequada de aspectos do universo psíquico do sujeito que constantemente vêm à tona no decorrer das sessões. No trabalho com pacientes oncológicos, muito frequentemente são trazidas à

sessão vivências que representam angústia, medo, raiva, revolta e frustração. Assim, alguns conteúdos destrutivos, por vezes projetados durante a elaboração do trabalho artístico ou na própria produção final, devem ser contidos pelo arteterapeuta de modo que não comprometam o vínculo com o paciente, não destruindo a própria figura do profissional. Observamos estes componentes de natureza destrutiva nas produções e no próprio processo arteterapêutico do paciente Pedro que, constantemente, preocupava-se com a possibilidade de estar estragando o material artístico (principalmente as sucatas) durante a fase de elaboração do trabalho criativo, mostrando-se muitas vezes inseguro. As imagens que simbolizavam destruição, perigo, risco de ruptura e turbulência também apareceram com bastante frequência ao longo de várias sessões. Neste sentido, parece-nos que a continência proporcionada ao paciente favoreceu a externalização destes conteúdos, dificilmente tolerados pela consciência.

Nas produções dos dois pacientes incluídos neste estudo<sup>50</sup> identificamos a presença de polaridades contidas no mesmo trabalho artístico. Destacamos os pólos opostos: dia e noite, quente e frio, luz e sombra, morte e renascimento, vitalidade e perda da vitalidade, sol e lua, doença e saúde, escravidão e liberdade, fome e fartura, criação e destruição, bom e ruim, movimento ascendente e movimento descendente. Também constatamos uma constante divisão do espaço (principalmente do papel) em duas dimensões: no caso do paciente Renato, havendo divisão entre lado esquerdo e direito, e, no caso do paciente Pedro, entre plano inferior e superior. A constante polaridade e dualidade é um indício da função compensatória da psique que se manifesta através da busca pelo equilíbrio, correspondendo às funções auto-reguladoras, numa ação do inconsciente sobre o consciente.

Segundo SAMUELS et al. (1988): “O objetivo do processo compensatório parece ser o de ligar, como uma ponte, dois mundos psicológicos. Essa ponte é o SÍMBOLO; embora os símbolos, para serem eficazes, devam ser reconhecidos e compreendidos pela mente consciente, isto é, assimilados e integrados” (p. 48). Com relação às produções destes pacientes, consideramos que este processo compensatório teve a função de proporcionar uma homeostase para suprir o desequilíbrio desencadeado pela

---

<sup>50</sup> Levando em consideração também o relato dos pacientes, assim como nossa interpretação.

doença e por outros fatores relacionados à história pessoal de cada um (tal como a situação de desamparo e de dependência química). Assim, podemos citar como exemplo, algumas situações pertinentes aos casos clínicos: para equilibrar a predominância dos aspectos destrutivos, surge o tema da criação; para compensar a degradação física decorrente da doença e da perda da vitalidade, surge a idéia universal de uma nova vida ou do ciclo vida e morte representados pela folha que brota.

MINAR (1999) também aborda a presença destas polaridades nas produções artísticas de pacientes com câncer. No entanto, restringe sua interpretação, destinada à presença destes pólos, classificando-os como imagens do “agressor” e imagens do “curador”, referindo-se primeiramente às ameaças, perdas e temores associados ao câncer e, posteriormente, à mobilização de recursos internos que predisponham o indivíduo à vida.

Estas observações, que constataam a presença de pólos opostos ou de imagens ligadas a um agente que agride e ameaça opondo-se às imagens ligadas a um agente que cura e restitui a vida, apenas podem ser realizadas quando reunimos material suficiente de um mesmo paciente para comparar a evolução de seu processo psicodinâmico ao longo do tratamento ou do seguimento clínico. Isto é extremamente relevante se considerarmos todas as transformações que ocorrem no decorrer de um seguimento psicoterapêutico, estando relacionadas aos fatos do cotidiano (ligados ou não à situação de doença e tratamento) ou à própria realidade psíquica de cada sujeito. Assim, reconhecemos aspectos estruturais e aspectos dinâmicos da psique.

Como pudemos analisar neste estudo, existe um fluxo intenso de imagens recorrentes que emergem durante todo o processo arteterapêutico, mantendo a mesma estrutura, mas aparecendo em roupagens diferentes. A este respeito, SILVEIRA (1981 e 1992) estuda amplamente a aparição de motivos recorrentes nas produções de pacientes psiquiátricos. Alguns motivos reaparecem com freqüência, mostrando um significado que precisa ser assimilado pelo sujeito para que o conteúdo inconsciente correspondente seja integrado à consciência. Portanto, observamos que os temas e imagens recorrentes nas produções dos dois pacientes incluídos em nosso estudo são muito significativos, se levarmos em conta o processo psicodinâmico de cada um deles.

No caso do paciente Renato, notamos a dualidade relacionada com certa frequência à dicotomia vida e morte (Figuras 7, 8 e 9). Esta se reflete também na constante preocupação e queixa do paciente quanto às perdas (mortes simbólicas) e à busca por atividades que lhe proporcionem vida útil (movimento e ação associados à vida). Assim, as dualidades escravidão e liberdade, saúde e doença também parecem manter relação com os pólos opostos: vida e morte, pois o processo de perda da vitalidade talvez gere limitações que o levam ao aprisionamento (escravidão - morte simbólica) e o anseio por liberdade o conduz à vida (liberdade – vida / Figura 20), assim como fica claro observar que a saúde está associada à vida (pulmões saudáveis) e doença à morte (pulmões doentes - Figura 23).

Já com relação ao paciente Pedro, observamos a presença constante de imagens que retratam situações de perigo, bem como a própria ameaça de queda (que representa o risco da crise, da degradação, da recidiva do câncer e da recaída no uso de drogas) em oposição ao movimento de ascensão (que representa sua busca por evolução, progressão, consciência e desenvolvimento da espiritualidade - Figuras 26, 28, 29, 31 e 34). Também identificamos outras imagens recorrentes: aquelas que trazem à tona a polaridade bem e mau (muitas vezes representadas pelas cores vermelha e azul – Figuras 26, 28, 29, 30 e 31), os caminhos que o remetem a uma escolha (qual direção seguir? subir ou descer? – Figuras 28, 29 e 32), aquelas imagens ligadas à origem, à criação e ao desenvolvimento da vida (Figuras 30, 33 e 37), o cruzamento (presença da cruz, do “X”, da encruzilhada como situações de conflito entre forças opostas – Figuras 24, 31, 32 e 33), as reticências (como continuidade – Figuras 24, 26 e 28), e a esfera amarela (que parece representar a luz e a energia – presente em todas as suas produções).

O caminho (estrada, acesso, ponte, passagem), a luz (sol, energia, esfera amarela), a vida que se inicia ou a situação de renascimento (broto que se desenvolve a partir do cabo do machado, planta que é germinada), a noção de estar perdido (gota no meio da imensidão do mar, abstração como falta de definição na vida), as situações de perigo (estar pendurado por um fio na prática do “rappel”, risco de ruptura e queda), e a perspectiva de transcendência (busca pela espiritualidade, estrada que leva ao sol, esfera amarela que dá acesso ao interior do círculo) são alguns dos temas que parecem ser comuns aos dois pacientes quando comparamos todas as produções incluídas neste estudo.

É importante salientar que estas imagens e temas surgem para os dois pacientes em contextos diferentes. Por exemplo, para Renato, o “caminho” parece conduzi-lo à morte (numa idéia de passagem) e, para Pedro, este “caminho” talvez seja uma referência ao trajeto de sua vida cotidiana que é o resultado de suas próprias escolhas (bem ou mal, ascensão ou decadência). Isto ocorre porque é evidente que existem diferenças com relação ao processo subjetivo de cada um deles, mas, além disso, também devemos enfatizar que a própria situação clínica dos dois parece ser um fator de diferenciação. Tanto Renato quanto Pedro tiveram o diagnóstico de um tumor maligno ósseo (Sarcoma de Ewing e Osteossarcoma), sendo que os dois são pacientes adultos jovens. Entretanto, a evolução do tratamento oncológico de cada um ocorreu de modo bastante diferente. Renato, após nove meses sem evidência de doença, apresentou recidiva, tendo que reiniciar o tratamento e, posteriormente, apresentando progressão do câncer até sua morte. Pedro, por sua vez, realizou o tratamento inicial, abandonando a terapêutica quando não apresentava mais evidência da doença, permanecendo fora de terapia até a data de nossa última sessão, mas trazendo outros importantes conflitos com relação à dependência química. Portanto, estas diferentes realidades vêm à tona no material clínico destes dois pacientes, pois, um deles, vive um momento de confronto com as perdas decorrentes do adoecer e com o enfrentamento da morte, e, o outro, vive um período de escolhas e de reintegração.

Nesta pesquisa, portanto, fizemos questão de realizar a descrição detalhada das sessões, porque, não só a produção deve ser analisada, mas todo o processo de elaboração, incluindo as reações perante a técnica e perante o resultado. A importância do processo artístico também é bastante enfatizada por GIGLIO (1994). Ele se refere à projeção do mundo interno e à interação entre o sujeito e o produto de sua expressão criativa como um processo que favorece o contato deste indivíduo com o universo simbólico ali contido, podendo ocorrer, aos poucos, a reintegração destes conteúdos na psique, numa jornada rumo à individuação.

A compreensão do processo arteterapêutico no campo da Psico-oncologia deverá levar em consideração que a população de pacientes com câncer é heterogênea, como enfatizam LUZZATTO e GABRIEL (1998), não devendo haver uma interpretação que se restrinja às questões relacionadas à doença oncológica, já que vários outros conflitos

poderão repercutir no bem-estar físico e psíquico do sujeito, como por exemplo os conflitos com o pai, no caso do paciente Renato, assim como, a experiência de desamparo vivida na infância e a situação de dependência química, no caso do paciente Pedro. A este respeito, CHIATTONE (1992) dá destaque ao adoecer como um processo integral do ser, havendo certa coerência entre a própria história pessoal do indivíduo e seu adoecimento, bem como, entre a vida pregressa e a evolução de sua doença.

Parte da bibliografia sobre o tema da Arteterapia com pacientes oncológicos tende a limitar-se a uma abordagem cognitiva deste processo (restrita à dimensão consciente), não havendo um maior aprofundamento na compreensão de aspectos psicodinâmicos. Assim, este enfoque da intervenção parece atender as necessidades institucionais que priorizam o bem-estar dos pacientes através das atividades ocupacionais que poderão ser desenvolvidas no contexto hospitalar, sendo a Arteterapia uma delas. Como bem destacam PAIN e JARREAU (1996), a atividade artística realizada em contextos de Saúde apresenta importante efeito terapêutico. Contudo, havendo condições para que ocorra um enquadre favorável ao trabalho psicoterapêutico, poderemos estabelecer relações mais profundas com os pacientes, promovendo a transformação psíquica necessária à resolução interna dos conflitos e a redução de alguns sintomas de natureza psicológica ou psicossomática.

Estas publicações que focalizam aspectos conscientes trabalhados durante a Arteterapia, como podemos citar os trabalhos de LANE e GRAHAM-POLE (1994), WOOD (1998) e BORGMANN (2002), mencionam intervenções focais que atuam no nível da consciência, tendo o objetivo de aliviar o sofrimento associado ao ambiente hospitalar, reduzir a ansiedade e favorecer a atitude otimista diante do tratamento. Estas atuações são extremamente válidas para que ocorra a humanização nos contextos relacionados à Saúde. No entanto, elas não substituem a prática clínica que se baseia no uso da Arte dentro de um enquadre psicoterapêutico, pois apenas a intervenção que favorece o contato do sujeito com aspectos inconscientes (sombrios) é que pode promover uma profunda transformação.

LUZZATTO e GABRIEL (1998) chamam a atenção para este ponto, mostrando que a própria característica da Arteterapia, baseada na aplicação de técnicas distintas (que podem propiciar o trabalho cognitivo ou psicodinâmico), favorece a maior

flexibilidade perante a demanda da população atendida e, ao nosso ver, também perante a demanda da própria instituição hospitalar.

Vale a pena refletir sobre este direcionamento focal da intervenção arteterapêutica (e também psicoterapêutica) que tem predominado no contexto hospitalar, pois consideramos que esta opção está relacionada ao caráter de urgência que caracteriza a maior parte dos atendimentos em Psicologia Hospitalar. Muitas vezes, os encaminhamentos são apenas realizados em situações de crise e desespero, quando a equipe multiprofissional já não encontra mais recursos para lidar com a sintomatologia psíquica do paciente, não sendo possível, assim, um trabalho terapêutico que perdure ao longo do tratamento oncológico; o que poderia prevenir e evitar os picos de crise dos pacientes que tanto angustiam a equipe. O grande problema está no número reduzido de profissionais da Saúde Mental contratados nos hospitais para uma grande demanda de pacientes. Os profissionais que conseguem “um lugar ao sol” estão fadados à prática de uma intervenção que apenas serve para “apagar o fogo”, permanecendo em seguida à espera de mais outro foco de incêndio que logo surgirá. Isto inviabiliza uma prática clínica mais eficiente que dê respaldo às necessidades dos pacientes oncológicos.

A intervenção arteterapêutica tal como foi realizada neste estudo torna-se inviável perante a grande demanda de pacientes que, em geral, precisam ser atendidos por um único profissional nos grandes hospitais. Nestas circunstâncias, são indicados os atendimentos em grupo, baseados também em técnicas arteterapêuticas.

## **7.2- CONCLUSÕES**

No decorrer deste estudo, refletimos amplamente sobre o processo arteterapêutico dos dois pacientes oncológicos analisados aqui, o que nos fez chegar às seguintes conclusões:

- Através da Arteterapia pudemos analisar profundamente aspectos do mundo psíquico destes dois pacientes, o que talvez tenha nos aproximado da compreensão mais ampla de uma dinâmica intrapsíquica que extrapola a

própria situação de confronto com a doença e com o tratamento, correspondendo ao contato com aspectos relacionados à própria experiência humana.

- A objetivação do mundo imagético através da Arteterapia pareceu favorecer uma aproximação gradual dos pacientes oncológicos com os conteúdos projetados nas produções. Assim, os aspectos sombrios (inconscientes), que podem conter elementos mobilizadores de angústia tais como conteúdos ligados às perdas, às limitações, à degradação física, ao abandono, ao sofrimento e à morte, puderam ser aos poucos externalizados durante as sessões, sendo gradualmente integrados à consciência. Neste sentido, consideramos importante salientar que a proposta terapêutica nos casos de pacientes com câncer, principalmente em fase de tratamento intensivo, não deve ter como meta a mobilização de angústia, já que se faz necessário para o paciente o investimento da energia psíquica no próprio tratamento e na recuperação de sua saúde.
- O constante paralelo entre conteúdos do inconsciente pessoal e do inconsciente coletivo pôde ser observado nas produções artísticas destes pacientes, mostrando a simultaneidade destas dimensões contidas nas mesmas imagens. Isto nos proporcionou a sensação de estar constantemente ligados a estes dois mundos (àquele que diz respeito à vivência pessoal e àquele que nos conecta com a experiência de toda a humanidade).
- Também observamos este paralelismo com relação aos conteúdos expressivos intencionais (ligados ao plano da consciência) e aos conteúdos não-intencionais e, portanto, inconscientes. Esta duas dimensões também aparecem dispostas de maneira simultânea, oferecendo indícios do que o próprio paciente deseja transmitir e do que ele ainda não tem consciência ou procura, propositalmente, omitir.
- A expressão artística realizada durante o processo psicoterapêutico instituiu a linguagem imagética como via de expressão e comunicação entre paciente e psicoterapeuta. De acordo com o fortalecimento do vínculo, iniciou-se o

estabelecimento de uma comunicação ao nível inconsciente, existindo uma linguagem pré-verbal que o psicoterapeuta passou a compreender dentro do contexto expressivo e imagético que emergiu repetidamente ao longo das sessões. Esta comunicação inconsciente também pareceu influenciar a escolha de técnicas arteterapêuticas e a seleção do material que foi oferecido ao paciente, mostrando que o psicoterapeuta precisa acolher e traduzir as necessidades do paciente, respeitando seus limites.

- As associações livres, relacionadas ao processo artístico e à produção final, facilitaram a comunicação verbal e auxiliaram os pacientes a compreender mais amplamente o significado dos seus momentos de vida.
- O fazer artístico mostrou-se como uma possibilidade de ampliação da livre escolha, da independência e da autonomia, especialmente no caso do paciente Renato que se sentia limitado em função do adoecimento. Esta postura, propiciada pela Arte, opõe-se ao modelo hospitalar de passividade ao qual os pacientes são submetidos no cotidiano de tratamento.
- A possibilidade de integração psíquica e de organização do mundo interno, a canalização da energia psíquica para uma atividade construtiva e o fortalecimento da relação terapêutica foram também alguns resultados observados com a Arteterapia.
- As expressões artísticas dos dois pacientes apresentaram pontos convergentes (provavelmente ligados à dimensão coletiva), mas estes foram representados de acordo com a situação subjetiva pertinente à realidade de cada um deles. Isto evidencia as diferenças também relacionadas à doença e ao tratamento, pois, como vimos, Renato enfrentou um câncer extremamente agressivo que o levou à morte e Pedro superou a doença, permanecendo sem evidência do câncer, mas tendo que lidar com os conflitos decorrentes da dependência química e da ameaça de desintegração psíquica.

- Ficou bastante evidente a presença de pólos opostos nas produções artísticas dos dois pacientes, o que pareceu indicar a necessidade de compensação diante das perdas, dos perigos e da instabilidade pertinentes ao adoecer e a outras situações relacionadas à vida pregressa e atual dos pacientes.
- As imagens recorrentes, presentes nas produções artísticas dos dois pacientes, ofereceram-nos indícios importantes que nos aproximaram de uma compreensão mais ampla do psiquismo destes indivíduos, indicando também aspectos relacionados à estrutura da psique em comparação com as transformações psicodinâmicas e com os aspectos pertinentes às emoções despertadas em momentos específicos.
- Na dinâmica das sessões arteterapêuticas, durante todo o processo de projeção das imagens internas, de elaboração e de transformação do material artístico em trabalho expressivo, os pacientes pareceram deixar simbolicamente parte de si. Em contrapartida, talvez tenham levado as imagens e os conteúdos internalizados, decodificados e ressignificados. O material deixado durante a psicoterapia talvez possa representar a permanência e a imortalidade através das imagens produzidas.



## *REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS*

- ANDRADE, L.Q. **Terapias expressivas**. São Paulo: Vetor, 2000.
- ANDRADE, L.Q. **Terapias expressivas**. Uma pesquisa de referenciais teórico-práticos. São Paulo, 1993. (Tese – Doutorado – Universidade de São Paulo).
- ANZIEU, D. O Conceito de Projeção em Psicologia. In: ANZIEU, D. **Métodos projetivos**. Rio de Janeiro: Campus, 1984, p.15-34.
- THE BREAST CANCER FUND; THE AMERICAN CANCER SOCIETY; THE SUSAN G. KOMEN BREAST CANCER FOUNDATION. **Art.Rage.Us**. Art and writing by women with breast cancer. San Francisco: Chronicle Books, 1998.
- BAHIA, M.C.B. **Estudo da expressão criativa da criança e do adolescente com câncer em casas de apoio**. São Paulo, 2002. (Dissertação – Mestrado - Pontifícia Universidade Católica de São Paulo).
- BAILEY, S.S. The arts in spiritual care. **Seminars in Oncology Nursing**, 13(4):242-7, 1997.
- BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. Tradução de Luís Antero Reto e Augusto Pinheiro. Lisboa: Edições 70, 1977. Título original: L'Analyse de contenu.
- BECKER, H.S. **Métodos de pesquisa em ciências sociais**. São Paulo: Ed. Hucitec, 1993.
- BERGERON, D.P.; ROSEN, D.H.; ARNAU, R.C.; MASCARO, N. Picture Interpretation and Jungian Typology. **Journal of Analytical Psychology**, 48(I):83-99, 2003.
- BLEGER, J. **Temas de psicologia**. Entrevistas e grupos. Tradução de Rita Maria M. de Moraes. São Paulo: Martins Fontes, 1995. Título original: Temas de psicología (entrevistas y grupos).
- BORGMANN, E. Art therapy with three women diagnosed with cancer. **The Arts in Psychotherapy**, 29:245-51, 2002.
- CAMPOS, D.M.S. **O teste do desenho como instrumento de diagnóstico da personalidade**. Petrópolis: Vozes, 1994.
- CARVALHO, M.M.M.J. (Coord.). **A arte cura?** Recursos artísticos em psicoterapia. Campinas: Editorial Psy II, 1995.

- CARVALHO, M.M.M.J. (Coord.). **Introdução à psiconcologia**. Campinas: Editorial Psy, 1994.
- CHEVALIER, J.; GHEERBRANT, A. **Dicionário de símbolos**. Rio de Janeiro: José Olympio, 2003.
- CHIATTONE, H.B.C. Uma vida para o câncer. In: ANGERAMI-CAMON, V.A.; CHIATTONE, H.B.C.; NICOLETTI, E.A. **O doente, a psicologia e o hospital**. São Paulo: Pioneira, 1992. p. 71-108.
- CIORNAI, S. Arte-terapia: O resgate da criatividade na vida. In: CARVALHO, M.M.M.J. (Coord.). **A arte cura?** Recursos artísticos em psicoterapia. Campinas: Editorial Psy II, 1995. p. 59-64.
- CIRLOT, J. **Dicionário de símbolos**. Tradução de Rubens Eduardo Ferreira Frias. São Paulo: Ed. Moraes, 1984.
- DENZIN, N.K.; LINCOLN, Y.S. Introduction. Entering the Field of Qualitative Research. In: DENZIN N..K.; LINCOLN, Y. S. (Ed.). **Handbook of Qualitative Research**. London: Sage Publications, 1994. p.1-17.
- DREIFUSS-KATTAN, E. **Cancer Stories**. Creativity and self-repair. Hillsdale: Analytic Press, 1990.
- EDINGER, E.F. **Ego and archetype**. Boston & London: Shambhala, 1972.
- ELIADE, M. **Imagens e símbolos**. Ensaio sobre o simbolismo mágico-religioso. São Paulo: Martins Fontes, 1996.
- FERRAZ, M.H.C.T. **Arte e loucura**. Limites do imprevisível. São Paulo: Lemos Editorial, 1998.
- FRAYZE-PEREIRA, J.A. **Olho d'água: Arte e loucura em exposição**. São Paulo: Escuta / FAPESP, 1995.
- FREUD, S. Leonardo da Vinci e uma lembrança de sua infância. In: STRACHEY J. (Ed.). **Edição Standard Brasileira das Obras Completas de Sigmund Freud**. Tradução de O.C. Muniz. Rio de Janeiro: Imago, 1970. p.53-124. (Trabalho original publicado em 1910). v.XI

FREUD, S. O Moisés de Michelangelo. In: STRANCHEY J. (Ed.). **Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud**. Tradução de O.C. Muniz. Rio de Janeiro: Imago, 1974. p.249-279. (Trabalho original publicado em 1914). v.XIII

FORTUNA, S. M. C. B. **Terapias expressivas, demência de Alzheimer e qualidade de vida**: Uma compreensão junguiana. Campinas: Editora Alínea, 2000.

GIGLIO, J.S. Técnicas expressivas como recurso auxiliar na psicoterapia: Perspectiva junguiana. **Boletim de Psiquiatria**, 27(1):21-5, 1994.

GIMENES, M.G.G. Definição, foco de estudo e intervenção. In: CARVALHO, M.M.M.J. (Coord.). **Introdução à psiconcologia**. Campinas: Editorial Psy, 1994. p.35-56.

GREENBERG, D.B. Radiotherapy. In: HOLLAND J.C. (Ed.). **Psycho-Oncology**. New York: Oxford University Press, 1998. p.269-76.

HAMMER, E.F. **Aplicações clínicas dos desenhos projetivos**. Tradução de Eva Nick. São Paulo: Casa do Psicólogo, 1991. Título original: The clinical application of projective drawings.

HILTEBRAND, E.U. Coping with cancer through image manipulation. In: MALCHIODI, C.A. (Org.). **Medical art therapy with adults**. London & Philadelphia: Jessica Kingsley Publishers, 1999. p.113-35.

HOLLAND J.C. (Ed.). **Psycho-Oncology**. New York: Oxford University Press, 1998.

HORTON, P.C. Detecting cancer in dream content. **Bulletin of Menninger Clinic**, 62(3):326-33, 1998.

JACOBI, J. **Complexo arquetico símbolo na psicologia de C.G. Jung**. Tradução de Margit Martincic. São Paulo: Editora Cultrix, 1995. Título original: Komplex archetypus symbol in der Psychologie C.G. Jungs.

JACOBSEN, P.B.; ROTH, A.J.; HOLLAND, J.C. Surgery. In: HOLLAND J.C. (Ed.). **Psycho-Oncology**. New York: Oxford University Press, 1998. p.257-68.

- JAFFÉ, A. O simbolismo nas artes plásticas. In: JUNG C.G. (Org.). **O homem e seus símbolos**. Tradução de Maria Lúcia Pinho. Rio de Janeiro: Editora Nova Fronteira, 1964. p.230-271. Título original: The man and his symbols.
- JUNG, C.G. **Tipos psicológicos**. Tradução de L.M.E. Orth. Petrópolis: Editora Vozes, 1991. Trabalho original publicado em 1921.
- JUNG, C.G. **A vida simbólica**. Tradução de A. Elman. Petrópolis: Editora Vozes, 1998. Trabalho original publicado em 1935.
- JUNG, C.G. **Memórias, sonhos e reflexões**. Traduzido por D.F. Silva. Rio de Janeiro: Editora Nova Fronteira, 1984. Trabalho original publicado em 1963.
- JUNG, C.G. **O espírito na arte e na ciência**. Tradução de M.M. Barros. Petrópolis: Editora Vozes, 1985. Trabalho original publicado em 1966.
- JUNG, C.G. The spirit mercurius. In: JUNG, C.G. **Alchemical studies**. London & Henley: Routledge & Kegan Paul, 1978. p.191-201. Trabalho original publicado em 1967.
- JUNG, C.G. **Símbolos da transformação**. Tradução de Eva Stern. Petrópolis: Editora Vozes, 1999. Trabalho original publicado em 1973.
- KAST, V. **A dinâmica dos símbolos**. Fundamentos da psicoterapia junguiana. Tradução de Milton Camargo Mota. São Paulo: Edições Loyola, 1997a. Título original: Die dynamik der symbole – Grundlagen der jungschen psychotherapie.
- KAST, V. **A imaginação como espaço de liberdade**. Diálogos entre o ego e o inconsciente. Tradução de Maurício Mendonça Cardozo. São Paulo: Edições Loyola, 1997b. Título original: Imagination als raum der freiheit.
- KERN-PILCH, K. Anne: An illustrative case of art therapy with a terminal ill patient. **American Journal of Art Therapy**, 20:3-11, 1980.
- KETTENMANN, A. **Kahlo**. Germany: Taschen, 1994.
- KNOBF, M.T.; PASACRETA, J.V.; VALENTINE, A.; McCORKLE, R. Chemotherapy, hormonal therapy, and immunotherapy. In: HOLLAND J.C. (Ed.). **Psycho-Oncology**. New York: Oxford University Press, 1998. p.277-88.

- KOCH, K. **Teste da árvore**. Tradução de Olga Montovani. São Paulo. Ed. Mestre Jou, 1978. Título original: Der baum test.
- KUGLER, P. Imagem psíquica: Uma ponte entre o sujeito e o objeto. In: YOUNG-EISENDRATH, P.; DAWSON, T. (Org.). **Manual de Cambridge para estudos junguianos**. Tradução de D. Bueno. Porto Alegre: Artmed Editora, 2002.
- LANE, M.T.R.; GRAHAM-POLE, J. Development of art program on bone marrow transplant unit. **Cancer Nursing**. 17(3):183-92, 1994.
- LUZZATTO, P. From psychiatry to psycho-oncology: Personal reflections on the use of art therapy with cancer patients. In: WOOD, M.J.M. (Ed.). **Art therapy in palliative care**. The creative response. London & New York: Routledge, 1998. p.169-75.
- LUZZATTO P.; GABRIEL, B. Art Psychotherapy. In: HOLLAND J.C. (Ed.). **Psycho-Oncology**. New York: Oxford University Press, 1998. p.743-57.
- MACGREGOR, J.M. **The discovery of the art of the insane**. Princeton: Princeton University Press, 1989.
- MALCHIODI, C.A. Introduction. Art therapy and medicine: Powerful partners in healing. In: MALCHIODI, C.A. (Org.). **Medical art therapy with adults**. London & Philadelphia: Jessica Kingsley Publishers, 1999.
- MANGO, C. Emma: Art therapy illustrationg personal and universal images of loss. **Omega: Journal of Death and Dying**, 25(4):259-69, 1992.
- MINAR, V.M. Art therapy and cancer: Images of the hurter and healer. In: MALCHIODI, C.A. (Org.). **Medical art therapy with adults**. London & Philadelphia: Jessica Kingsley Publishers, 1999. p.227-242.
- MINAYO, M.C.S. **O desafio do conhecimento**. Pesquisa qualitativa em saúde. São Paulo & Rio de Janeiro: Hucitec – Abrasco, 1996.
- MUSEU DE ARTE DE SÃO PAULO **Brasil. Psicanálise & modernismo**. São Paulo: MASP, 2000.

- NAUMBURG, M. Arteterapia: Seu escopo e função. In: HAMMER, E.F. **Aplicações clínicas dos desenhos projetivos**. Tradução de Eva Nick. São Paulo: Casa do Psicólogo, 1991. p.388-392. Título original: The clinical application of projective drawings.
- NOSEK, L. Psicanálise e arte: Leonilson – Uma reflexão. **Ide**, 31:54-60, 1997.
- OUTEIRAL, J. Frida Kahlo: Um estudo sobre a questão do trauma. In: OUTEIRAL, J. **Meros ensaios**. Escritos psicanalíticos. Rio de Janeiro: Revinter, 1999. p.87-111.
- PAIN, S.; JARREAU, G. **Teoria e técnica da arte-terapia**. A compreensão do sujeito. Porto Alegre: Artes Médicas, 1996.
- PAREYSON, L. **Os problemas da estética**. Tradução de M.H.N. Garcez. São Paulo: Martins Fontes, 2001.
- PERINA, E.M. **Estudo clínico das relações interpessoais da criança com câncer em fases finais**. São Paulo, 1992. (Dissertação – Mestrado – Universidade de São Paulo).
- RAMOS, D.G. **A psique do corpo**. Uma compreensão simbólica da doença. São Paulo: Summus, 1994.
- REILY, L. **Armazém de imagens**. Ensaio sobre a produção artística de pessoas com deficiência. Campinas: Papyrus, 2001.
- REUCHLIN, M. **Os métodos em psicologia**. Lisboa: Moraes Editores, 1979.
- RUBIN, J.A. **The art of art therapy**. New York: Brunner / Mazel Publishers, 1984.
- RUDLOFF L. Michael: An illustrated study of a young man with cancer. **American Journal of Art Therapy**. 24:49-62, 1985.
- SAMUELS, A.; SHORTER, B.; PLAUT, F. **Dicionário crítico de análise junguiana**. Traduzido por Pedro Ratis e Silva. Rio de Janeiro: Imago, 1988. Título original: A critical dictionary of junguian analysis.
- SCHAIE, K.W.; HEISE, R. **Color and personality**. Berna: Hans Publishers, 1964.
- SILVEIRA, N. **Imagens do inconsciente**. Rio de Janeiro: Alhambra, 1981.

- SILVEIRA, N. **O mundo das imagens**. São Paulo: Editora Ática, 1992.
- SIMON, R.M. Bereavement art. **American Journal of Art Therapy**. 20:135-43, 1981.
- SPEISER, V.M. ; SPEISER, P. Using the arts as support for cancer patients. In: Art Therapy World Congress, 1.; Budapest. **Anais**. Hungria, 2003. CD Room.
- TARRAF, M.B. **O sentido da arte para uma adolescente em tratamento de câncer**. Ribeirão Preto, 1999. (Dissertação – Mestrado – Universidade de São Paulo).
- TATE, F.B. Symbols in the graphic art of the dying. **The Arts in Psychotherapy**. 16:115-20, 1989.
- TOMMASI, S.M.B. **A dinâmica de complexos inconscientes por meio de símbolos religiosos nas arte plásticas de pacientes psiquiátricos**. São Paulo, 2003. (Tese – Doutorado – Universidade Metodista de São Paulo).
- TURATO, E.R. **Tratado de metodologia da pesquisa clínico-qualitativa**. Petrópolis: Vozes, 2003.
- VASCONCELLOS, E.A.; GIGLIO, J.S. Art therapy in Psycho-oncology: The subjective expression of the illness [Abstracts of the 6<sup>th</sup> World Congress of Psycho-Oncology]. **Psycho-Oncology**, 12(4, Supplement):202, 2003.
- VASCONCELLOS, E.A.; PERINA, E.M. Adolescence and cancer: The use of history books and illustrations fo preadolescent and teenagers in group therapy [Abstracts of the SIOP XXXIV Meeting – International Society of Paediatric Oncology]. **Medical & Pediatric Oncology**, 39(4):364, 2002.
- VASCONCELLOS, E.A.; PERINA, E.; VANNI, R. A adolescência sob o estigma do câncer. **Revista de Psicologia Hospitalar**. 12(2):30-5, 1996.
- VOUTE, P.A.; HANHAN, D.K. Câncer ósseo e de partes moles. In: HOSSFELD, D.K.; SHERMAN, C.D.; LOVE, R.R.; BOSCH, F.X. **Manual de oncologia clínica**. Tradução de E.S.P. Bélaváry e M.R. Torloni. 5<sup>a</sup> ed., São Paulo: Fundação Oncocentro de São Paulo, 1991, p. 345-352.
- WADESON, H. **Art psychotherapy**. New York: John Wiley & Sons, 1980.

WADESON, H. Suicide: Expression in images. **American Journal of Art Therapy**, 14: 75-82, 1975.

WAHBA, L.L. Arte e loucura. **Insight**, setembro, 1999.

WOOD, M.J.M. (Ed.). **Art therapy in palliative care**. The creative response. London & New York: Routledge, 1998.

ZIMMERMANN, E.B. **Integração de processos interiores no desenvolvimento da personalidade**. Campinas, 1992. (Dissertação – Mestrado – Universidade Estadual de Campinas).



## *ANEXOS*

## **Consentimento Livre e Esclarecido**

Estamos desenvolvendo junto ao Serviço de Oncologia Clínica do Hospital das Clínicas da UNICAMP um projeto de pesquisa na área da Saúde Mental, desenvolvido pela psicóloga Erika Antunes Vasconcellos e orientado pelo Prof. Dr. Joel Sales Giglio, docente do Departamento de Psicologia Médica e Psiquiatria. Este projeto, intitulado “Estudo da Expressão Artística de Pacientes Oncológicos em Diferentes Estágios do Tratamento ou do Seguimento Clínico”, tem como objetivo oferecer assistência psicológica, através da Arte-Terapia, para uma delimitada população de pacientes oncológicos, visando analisar a evolução psicológica destes pacientes.

É importante destacar que a Arte-Terapia é uma modalidade terapêutica que utiliza recursos provenientes de variadas formas de Arte durante as intervenções. Portanto, estaremos avaliando o uso desta técnica no tratamento psicológico de apoio. Com esta abordagem de psicoterapia, esperamos obter benefícios relacionados à melhoria do bem-estar psicológico e da qualidade de vida do paciente.

A participação do paciente neste estudo é totalmente voluntária e este poderá deixar de participar da pesquisa a qualquer momento, sem prejuízo do atendimento, cuidado ou tratamento oferecido pela equipe de saúde do HC-UNICAMP. Será mantido o sigilo e o caráter confidencial das informações, sendo também garantido que sua identificação não será exposta nas conclusões da pesquisa e nem tão pouco nas publicações, sendo que estaremos prontos a responder questões e a oferecer esclarecimentos sobre a pesquisa e o tratamento psicológico utilizado.

Todos os participantes do estudo receberão atendimento psicológico semanal, quinzenal ou mensal, havendo variação na frequência de acordo com a indicação em cada caso, sendo que estes atendimentos ocorrerão no Ambulatório ou na Enfermaria de Oncologia do HC-UNICAMP ou ainda, em casos excepcionais, no próprio domicílio, também dependendo da indicação. Além da intervenção psicoterapêutica, também estaremos realizando entrevistas e aplicação de questionários padronizados com os pacientes, pesquisa em prontuário médico e entrevista com médicos e outros profissionais da equipe de saúde, sendo que estes recursos serão utilizados para a aquisição de maior quantidade e qualidade de informações.

Eu

....., portador do RG n.º ....., n.º de registro no HC-UNICAMP: ....., estando neste momento com ..... anos de idade e residindo atualmente no endereço: Rua/Av.: ....., Número:....., Bairro:....., Cidade:....., Estado: ....., Telefone: (.....) ....., fui informado(a) a respeito da pesquisa anteriormente esclarecida, que vem sendo desenvolvida pela psicóloga Erika Antunes Vasconcellos, e estou de acordo em participar dos atendimentos e das atividades programadas. Concordo ainda que este material, resultado da assistência, possa ser utilizado para fins de pesquisa, ser publicado e/ou apresentado em eventos científicos.

Fui esclarecido(a) e estou consciente de que em nenhum momento meu nome será mencionado, de forma que minha identidade seja preservada.

Estou ciente de que poderei solicitar esclarecimentos a qualquer momento, se necessário, que a minha participação é voluntária e que posso recusar responder qualquer questão quando julgar conveniente.

Assinatura do(a) paciente .....

Assinatura da psicóloga responsável pela pesquisa .....

Data e local .....

Assinatura do orientador da pesquisa .....

Qualquer dúvida ou intercorrência entrar em contato com a psicóloga responsável pela pesquisa no Ambulatório de Oncologia Clínica do HC-UNICAMP.

F: (19) 37887363 (Ambulatório)

**Em caso de reclamações entrar em contato com o Comitê de Ética e Pesquisa**

**F: (19) 37888936**

## Roteiro de Entrevista

Data da 1ª entrevista:

### **I. Dados de Identificação**

Nome do paciente:

Endereço:

Telefone: (    )

Registro no HC-UNICAMP n.º:

Registro na Oncologia n.º:

Sexo:

Data de nascimento:

Estado civil:

Constituição familiar (genetograma)

Pessoas que atualmente habitam a mesma residência:

Religião:

Com relação à religião: praticante(    ) não praticante(    )

Naturalidade:

Procedência:

Escolaridade:

Profissão:

Com relação à profissão: atuando(    ) afastado(    ) aposentado(    )

Motivo e duração do afastamento ou da aposentadoria:

Ocupação atual:

Atuais atividades de lazer:

## **II. Queixa Principal e Queixas Secundárias**

### **III. Dados sobre História de Vida**

Gestação

Infância

Escolaridade

Adolescência/Juventude

Vida sexual

Interesses/Lazer

Religião

Perdas significativas

Vida cotidiana

Relação familiar/conjugal

História familiar

Relacionamento interpessoal (atitudes sociais)

História sócio-econômica e ocupacional

Planos de vida e expectativas de futuro

### **IV. Antecedentes familiares**

#### **1. Relacionados à doença oncológica:**

Doenças graves em familiares:

Outros familiares que tiveram câncer:

Evolução clínica destes familiares:

Óbitos na família relacionados ao câncer:

Reação do paciente perante o adoecer deste familiar:

#### **2. Relacionados a transtornos psicológicos e psiquiátricos:**

Pessoas com transtornos psicológicos e/ou psiquiátricos na família:

Quais as atitudes desta pessoa?

Alguém na família já foi internado em hospital psiquiátrico?

Casos de alcoolismo/dependência química:

Casos de suicídio ou tentativa de suicídio:

## **V. Dados sobre Saúde e Doença**

### **Relacionados à doença oncológica:**

Diagnóstico:

Termos utilizados pelo paciente:

Quando recebeu este diagnóstico?

Como reagiu?

Qual foi a reação dos familiares?

História da doença:

Itinerários terapêuticos:

Quais os tratamentos já realizados?

Na sua opinião, quais os resultados obtidos com estes tratamentos?

Qual o tratamento atual?

Reações frente ao tratamento:

Reações subjetivas relacionadas à doença e ao tratamento:

Representações sociais da doença:

Sentimentos mobilizados no momento de vida atual:

Desejos e necessidades atuais:

Expectativas relacionadas ao tratamento:

Se realiza tratamento com intuito de cura (TC):

Como se sente durante os retornos no hospital?

Como se sente durante o contato com outros pacientes oncológicos?

Quais os resultados que espera com o tratamento?

Se recebeu a informação de término do tratamento, sendo considerado sem evidência da doença (SED):

Há quanto tempo finalizou o tratamento?

Retorna ao Ambulatório de Oncologia com qual frequência?

Como reagiu a esta informação?

Atualmente, como tem sido seu dia-a-dia?

Como se sente durante os retornos ao hospital?

Se ocorreu recidiva da doença:

Local da recidiva:

Por quanto tempo permaneceu sem evidência da doença (SED)?

Como reagiu à recidiva?

Se não realiza mais tratamento curativo, sendo considerado um paciente fora de recursos terapêuticos de cura (FRTC):

Como lida com a atual situação de saúde?

Se o tratamento não obteve o resultado esperado e foi interrompido, como reagiu a esta interrupção?

Retorna ao Ambulatório de Oncologia com qual frequência?

Como se sente durante os retornos no ambulatório?

Observações quanto ao grau de consciência do paciente com relação ao atual estado de saúde:

### **Relacionados a fatores psicológicos e psiquiátricos:**

Antecedentes psiquiátricos:

Internações psiquiátricas: Sim ( ) Não ( ) Diagnóstico:

Descrição dos sintomas psiquiátricos:

Uso de substâncias químicas (álcool, tabaco, outras drogas):

Ocorrência e frequência do consumo:

Descrição da qualidade do sono atual:

Descrição da qualidade da alimentação atual (apetite):

Descrição de pensamentos negativos ou pensamentos obsessivos:

Descrição do comportamento sexual:

Sintomas de isolamento e depressão:

Ideação suicida:

Mudanças significativas percebidas após o adoecer: