

**UNIVERSIDADE DE TAUBATÉ**  
**DEPARTAMENTO DE PSICOLOGIA**  
**Alessandra Franco da Cunha**

**MULHERES E CICATRIZES:**  
**Histórias de Uma Pele Marcada**

**Taubaté – SP**  
**2019**

**Alessandra Franco da Cunha**

**MULHERES E CICATRIZES:  
Histórias de Uma Pele Marcada**

Monografia apresentada ao Departamento de Psicologia  
como requisito parcial para conclusão do curso de  
Psicologia da Universidade de Taubaté.  
Orientadora: Prof.<sup>a</sup> Dra. Adriana Leônidas de Oliveira.

**Taubaté-SP**

**2019**

**Sistema Integrado de Bibliotecas – SIBi/UNITAU**  
**Biblioteca Setorial de Biociências**

**C972m** Cunha, Alessandra Franco da  
Mulheres e cicatrizes : histórias de uma pele marcada /  
Alessandra Franco da Cunha. – 2019.  
67 f. : il.

Monografia (Graduação) – Universidade de Taubaté,  
Departamento de Psicologia, 2019.

Orientador: Profa. Dra. Adriana Leônidas de Oliveira,  
Departamento de Psicologia.

1. Mulheres. 2. Cicatrizes. 3. Autoimagem. 4. Autoestima.  
I. Título.

CDD- 155.633

**ALESSANDRA FRANCO DA CUNHA**

**MULHERES E CICATRIZES:**

**Histórias de Uma Pele Marcada**

Monografia apresentada ao Departamento de Psicologia  
como requisito parcial para conclusão do curso de  
Psicologia da Universidade de Taubaté.

Orientadora: Prof.<sup>a</sup> Dra. Adriana Leônidas de Oliveira.

Data: \_\_\_\_\_

Resultado: \_\_\_\_\_

BANCA EXAMINADORA

Profa. Dra. Adriana Leônidas de Oliveira

Universidade de Taubaté

Assinatura \_\_\_\_\_

Prof. Dr. Armando Rocha Junior

Universidade de Taubaté

Assinatura \_\_\_\_\_

Prof. Dra. Débora Inácia Ribeiro

Universidade de Taubaté

Assinatura \_\_\_\_\_

*Dedico este trabalho ao meu amado Diogo por estar junto a mim hoje e sempre. Dedico também ao meu querido mestre, Roberto Maciel, por me amparar, cuidar de mim e por acreditar em minha capacidade, até quando eu mesma duvidei disto. Obrigada por me acompanhar em todos os momentos e por me inspirar como pessoa e como profissional. Sou eternamente grata!*

## AGRADECIMENTOS

Agradeço a Deus por estar presente em todos os momentos e por abençoar minha caminhada.

Agradeço a profa. Dra. Adriana Leônidas de Oliveira, por reservar, para mim, seu tempo, seu carinho, seu conhecimento, seu sorriso, seu apoio, sua confiança e sua doçura, que me permitiram vencer as inseguranças e, assim, prosseguir nesta jornada.

Agradeço aos professores que me acompanharam neste ciclo, em especial ao Prof. Dr. Armando Rocha Júnior e a Profa. Dra. Débora Inácia Ribeiro, por compartilharem comigo este momento tão especial.

Agradeço aos meus pais pelo apoio, aos meus irmãos pela paciência ao aplacar minha imperícia digital. Agradeço aos meus sobrinhos queridos, os quais, neste período, foram privados das “bagunças” e dos lanches especiais; mas saibam que todo esforço vai valer a pena!

Agradeço aos meus queridos amigos, que estiveram ao meu lado, me auxiliando, me apoiando, orando e zelando por mim. Vocês estarão guardados em meu coração.

E meu agradecimento especial a estas três mulheres vitoriosas - às desta pesquisa -, que compartilharam suas histórias e mostraram que suas cicatrizes marcaram as suas vidas e, por extensão, a minha vida também!

*“Conheça todas as teorias, domine todas as técnicas, mas ao tocar uma alma humana, seja apenas outra alma humana”*

*Carl Gustav Jung*

## RESUMO

A presente pesquisa teve como objetivo analisar o significado das cicatrizes físicas em mulheres adultas. Buscou-se especificamente compreender os eventuais efeitos na sua autoestima e em sua imagem corporal, além dos possíveis impactos na vida familiar e social dessas mulheres. Este trabalho mostra-se relevante, pois além de compreender os possíveis impactos dessas marcas nas vidas dessas mulheres, fornece subsídios para que psicólogos possam trabalhar com essa população nos mais variados contextos. Foi realizada uma pesquisa qualitativa exploratória de estudo de caso, com três mulheres. Para tanto, foram utilizados dois instrumentos para a coleta de dados: entrevista semiestruturada e a técnica projetiva de Desenho Estória com Tema. Resultados revelaram que, ao longo do processo, as participantes tiveram limitações de suas atividades escolares, de trabalho e, no dia a dia, frustrações, perda temporária de autonomia e falta de vontade de viver. As vicissitudes com relação à autoimagem e a autoestima aparecem apenas na vida da participante que sofreu acidente automobilístico. Para superarem essa fase, apresentaram resiliência, otimismo, espiritualidade e puderam contar com um fator considerado fundamental: o apoio familiar. Foi possível concluir que as cicatrizes, advindas de uma doença que é vencida pelo tratamento, são percebidas como um símbolo de força e de vitória, e que elas afetam sensivelmente a autoimagem, porém não são capazes de afetar a autoestima. No caso de uma cicatriz adquirida por um acidente, além do sofrimento físico, uma grande revolta é percebida, e a autoimagem e a autoestima são severamente afetadas. Nesta situação, as cicatrizes simbolizam a resiliência. Esperamos que o conhecimento construído possa contribuir com o trabalho do psicólogo no consultório, em postos de saúde, em clínicas ou hospitais e também em grupos de apoio às pessoas acometidas com cicatrizes, possa auxiliar na elaboração de um programa de orientação a essa população ou gerar um informativo a ser distribuído aos profissionais que lidam com essa clientela.

**Palavras chave:** Mulheres. Cicatrizes. Autoimagem. Autoestima.

## **ABSTRACT**

### **WOMEN AND SCARS: stories of a marked skin.**

This research aimed to analyze the meaning of physical scars in adult women. This work was relevant because besides understanding the possible impacts of these marks on the lives of these women, provided subsidies for psychologists to work with this population in many contexts. An exploratory qualitative case study research was conducted with three women. For this, two instruments were used for data collection: interview and the projective technique of Story Design with Theme. Results revealed that, throughout the process, the participants had limitations of their school, work and daily activities, frustrations, temporary loss of autonomy and unwillingness to live. The vicissitudes regarding self-image and self-esteem appear only in the life of the participant who acquired the scar due to a car accident. To overcome this phase they had resilience, optimism, spirituality and could count on a factor considered fundamental: family support. It was concluded that scars from a disease that is overcome by treatment are perceived as a symbol of strength and victory, and that they significantly affect self-image, but are not able to affect self-esteem. In the case of a scar acquired by an accident, in addition to physical suffering, a great anger is perceived, and self-image and self-esteem are severely affected. In this situation, scars symbolize resilience. Aimed at this research initially understand the meaning of scars for women and the possible effects on their self-esteem and their body image. Subsequently, the study may support the elaboration of a book, manual or article as well as contributing to the work of the psychologist in the private practice, in in clinics or hospitals and also in support groups for people with scars, assist in the elaboration of an orientation program for this population or generate a newsletter to be distributed to professionals dealing with this clientele.

**Keywords:** Women. Scars. Self image. Self esteem.

## **LISTA DE QUADROS**

Quadro 1 – Caracterização das participantes.....	32
Quadro 2 – Impactos da cicatrização na vida pessoal e familiar.....	46
Quadro 3 – Impactos da cicatriz na vida social.....	48
Quadro 4 – Impactos da cicatriz na autoestima e aceitação do próprio corpo.....	50

## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO.....</b>	<b>11</b>
<b>1.1 Problema.....</b>	<b>11</b>
<b>1.2 Objetivos.....</b>	<b>12</b>
1.2.1 Objetivo Geral.....	12
1.2.2 Objetivos Específicos.....	12
<b>1.3 Delimitação do Estudo.....</b>	<b>12</b>
<b>1.4 Relevância do Estudo.....</b>	<b>13</b>
<b>1.5 Organização da Monografia.....</b>	<b>13</b>
<b>2 REVISÃO DE LITERATURA.....</b>	<b>14</b>
<b>2.1 A pele.....</b>	<b>14</b>
2.1.2 A imagem corporal e as mudanças causadas pelas cicatrizes.....	15
2.1.2.3 Autoimagem e autoestima.....	17
2.1.2.4 O papel do psicólogo na área da saúde.....	19
<b>3 MÉTODO.....</b>	<b>24</b>
<b>3.1 Tipo de pesquisa.....</b>	<b>24</b>
<b>3.2 Área de realização.....</b>	<b>24</b>
<b>3.3 Participantes da pesquisa.....</b>	<b>24</b>
<b>3.4 Instrumentos.....</b>	<b>25</b>
<b>3.5 Procedimentos de coletas de dados.....</b>	<b>26</b>
<b>3.6 Procedimentos de análises de dados.....</b>	<b>27</b>
<b>3.7 Análise de desenho-histórico com tema.....</b>	<b>28</b>
3.7.1 Grupo I – Atitude Básica (traços de 1 a 5) .....	29
3.7.1.2 Grupo II – Figuras Significativas (traços de 6 a 11).....	29
3.7.1.3 Grupo III – Sentimentos Expressos (traços 12 a 14).....	30
3.7.1.4 Grupo IV – Tendências e Desejos (traços 15 a 17) .....	30
3.7.1.5 Grupo V – Impulsos (traços 18 e 19).....	30
3.7.1.6 Grupo VI – Ansiedades (traços 20 e 21).....	31
3.7.1.7 Grupo VII – Mecanismos de Defesa (traços 22 a 33).....	31
<b>4 RESULTADO E DISCUSÃO.....</b>	<b>32</b>
<b>4.1 Apresentação das participantes e de suas histórias.....</b>	<b>32</b>

4.1.1 História de Jasmim.....	32
4.1.2 Categorias Temáticas.....	33
4.1.2.1 Categoria I: Impactos da cicatriz na vida pessoal e familiar.....	33
4.1.2.2 Categoria 2: Impactos da cicatriz na vida social.....	34
4.1.2.3 Categoria 3: Impactos da cicatriz na autoestima e aceitação do próprio corpo.....	35
4.1.2.4 Desenho-Estória com Tema.....	35
4.1.2.5 Nome da Estória: “ <i>Nunca desista da vida!</i> ”.....	36
<b>4.2 História de Lavanda.....</b>	<b>37</b>
4.2.1 Categorias Temáticas.....	37
4.2.1.2 Categoria 1: Impactos da cicatriz na vida pessoal e familiar.....	37
4.2.1.3 Categoria 2: Impactos da cicatriz na vida social.....	38
4.2.1.4 Categoria 3: Impactos da cicatriz na autoestima e aceitação do próprio corpo.....	39
4.2.1.5 Desenho-Estória com Tema.....	39
4.2.1.6 Nome da estória: “ <i>A vida real</i> ”.....	40
<b>4.3 História de Tulipa.....</b>	<b>41</b>
4.3.1 Categorias temáticas.....	41
4.3.1.2 Categoria 1: Impactos da cicatriz na vida pessoal e familiar.....	41
4.3.1.3 Categoria 2: Impactos da cicatriz na vida social.....	42
4.3.1.4 Categoria 3: Impactos da cicatriz na autoestima e aceitação do próprio corpo.....	42
4.3.1.5 Desenho-Estória com Tema.....	43
4.3.1.6 Nome da estória: “ <i>Senhora resiliência</i> ”.....	44
<b>5 DISCUSSÃO.....</b>	<b>46</b>
<b>6 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....</b>	<b>55</b>
<b>REFERÊNCIAS.....</b>	<b>57</b>
<b>APÊNDICE.....</b>	<b>60</b>
<b>ANEXO.....</b>	<b>61</b>

## **1 INTRODUÇÃO**

Em nossa sociedade, que valoriza o belo e têm padrões estéticos preestabelecidos, a pele pode ser considerada um "cartão de visitas", que atrai os olhares exigentes e críticos das pessoas. Quando íntegra e saudável, proporciona a relação entre as pessoas e facilita o seu desenvolvimento nos aspectos social, emocional, financeiro e sexual. Porém, quando acometida por afecções cutâneas, pode trazer várias consequências (DE JESUS; DOS SANTOS; BRANDÃO, 2015).

Mulheres que, por diversos motivos, adquirem cicatrizes, percebem e vivenciam de maneira particular essas marcas. Este estudo tem como propósito compreender a subjetividade imposta por essa situação, bem como entender se as cicatrizes podem ou não afetar a autoimagem e a autoestima dessas mulheres.

A autoimagem, diante de um aspecto físico, refere-se ao modo de como a pessoa se enxerga e como se percebe. Já a autoestima é o sentimento que a pessoa tem em relação à sua autoimagem, como a pessoa se interpreta e se vê. Assim sendo, a autoimagem gera a autoestima, que afeta a relação que o Eu constrói com as pessoas. Uma baixa avaliação da autoimagem conseqüentemente leva a uma baixa autoestima (DE JESUS; DOS SANTOS; BRANDÃO, 2015).

### **1.1 Problema**

Considerando os dias atuais, em que as mulheres são crivadas socialmente por centenas de imagens de modelos "magérrimas e perfeitas" e que são admitidas por muitas como um padrão de beleza inexorável, quando o belo é profundamente valorizado, mulheres que saem desse padrão preestabelecido têm uma difícil missão que é a de apagar da mente as imagens de "mulheres perfeitas", enraizadas em nossa memória e em nossa atual cultura. Esse padrão pode gerar, entre outros problemas, uma interpretação distorcida da autoimagem e baixa autoestima.

No instante em que as mulheres não estão dentro desses padrões, por terem sido acometidas por lesões na pele, sejam elas adquiridas por doenças diversas, por acidentes ou por cirurgias, adquirem marcas que podem ser chamadas de cicatrizes. Essas marcas podem trazer conflitos para a vida dessas mulheres, as quais precisam lidar com esses aspectos físicos e emocionais.

Delimitar um estudo apenas com pacientes mulheres é justificável, visto ser possível constatar por meio da literatura que elas tomam um cuidado maior com o corpo e com a imagem corporal, na maioria das vezes, pela cobrança social e cultural (ABREU, 2008).

Diante dessa situação, destaca-se a possível ocorrência de uma exclusão bilateral: de um lado a sociedade que afasta os que não atendem aos padrões predeterminados, e de outro a pessoa com as marcas na pele, que diante da autoimagem alterada se sente exposta aos olhares curiosos e preconceituosos da sociedade. Realidade que pode afetar a autoestima e levar a pessoa ao isolamento social (DE JESUS; DOS SANTOS; BRANDÃO, 2015).

Por isso, questionam-se os impactos que as cicatrizes físicas podem ocasionar na saúde psicológica, no convívio familiar/social e saber se a autoimagem e a autoestima podem ser afetadas quando essas marcas são adquiridas. Ao mesmo tempo, busca-se entender qual o significado dessas cicatrizes para mulheres adultas.

## **1.2 Objetivos**

### **1.2.1 Objetivo Geral**

Compreender o significado das cicatrizes físicas e os possíveis impactos na vida da mulher.

### **1.2.2 Objetivos Específicos**

- Compreender o impacto que as cicatrizes físicas podem ocasionar na vida familiar e social de mulheres adultas.
- Compreender o significado e impacto emocional dessas marcas na sua autoestima e na aceitação de seu próprio corpo.

## **1.3 Delimitação do Estudo**

Delimitou-se a estudar apenas mulheres adultas. Não foram estudadas mulheres menores de idade.

#### **1.4 Relevância do Estudo**

Com este estudo pretendeu-se compreender os impactos que as cicatrizes podem ocasionar na vida de mulheres adultas, fornecendo subsídios para que os psicólogos possam trabalhar com essa população no contexto hospitalar, nos grupos de apoio, no atendimento individual e na psicologia da saúde em geral.

Compreender como o bem-estar e a auto aceitação são importantes para a saúde psicológica dessas pessoas e, assim, destacar a importância profissional de se conhecer a dimensão psicológica envolvida nas histórias dessas peles marcadas, para que o psicólogo possa atuar de uma forma mais efetiva e eficaz a partir das experiências narradas por essas mulheres.

#### **1.5 Organização da Monografia**

Esta monografia está organizada em cinco capítulos. O capítulo 1 traz a introdução, apresentação do problema, os objetivos, a delimitação e a sua relevância.

O capítulo 2 aborda a revisão da literatura, desenvolvendo os temas: a pele, a imagem corporal e as mudanças causadas pelas cicatrizes à autoimagem e à autoestima e o papel do Psicólogo na área da saúde.

O capítulo 3 apresenta o método, especificando o tipo de pesquisa, a área de realização, os participantes, os instrumentos, os procedimentos para coleta de dados bem como o procedimento para análise desses dados.

O capítulo 4 apresenta os resultados e a discussão. E o Capítulo 5 apresenta as considerações finais.

## 2 REVISÃO DE LITERATURA:

*Cada criatura humana traz duas almas consigo: uma que olha de dentro para fora, outra que olha de fora para dentro [...] (O Espelho. In: Obra Completa. Ed. José Aguiar, RJ, 1959, p. 341-342). Machado de Assis.*

Na revisão de literatura, iniciaremos descrevendo as questões relativas à pele, em seguida abordaremos o tema sobre a imagem corporal e questões específicas sobre as cicatrizes e sobre a cicatrização, a autoimagem e a autoestima e também o papel do psicólogo na área da saúde.

### 2.1 A pele

A pele é considerada um dos maiores órgãos do corpo humano, com uma área total que varia de 2.500 cm<sup>2</sup> durante o nascimento a 18.000 cm<sup>2</sup> - 25.000 cm<sup>2</sup> em um indivíduo adulto. Sua espessura pode variar de 1,5 mm a 4 mm, com peso médio de (seca) de aproximadamente de 2 kg a 4 kg. É composta por células e estrutura diversas que trabalham harmonicamente o que garante suas funções (HARRIS, 2018).

A pele pode ser vista como uma roupagem flexível e contínua, que nos envolve completamente. Dentre os nossos órgãos, é o mais antigo e mais sensível. O corpo todo é recoberto pela pele. É nosso primeiro meio de comunicação e o nosso mais eficiente protetor (MONTAGU, 1988).

Para Montagu (1988, p. 30) “a pele é o espelho do funcionamento do organismo: sua cor, textura, umidade, secura, e cada um de seus demais aspectos refletem nosso estado de ser, psicológico e também fisiológico”.

Segundo Müller (2001 apud HOFFMANN et al, 2005), a pele é um órgão de comunicação e percepção visível. Ela é o maior órgão de percepção no momento do nascimento, tornando-se o meio para o contato físico e para a transmissão de sensações físicas e emoções.

De acordo com Vivier (1997 apud HARRIS, 2003), a pele, por tratar-se de uma estrutura complexa, pode realizar as funções de:

- Fazer a manutenção de sua integridade e da integridade de todo o organismo;
- Proteger contra diversas agressões e agentes externos;

- Fazer a absorção e a secreção de líquidos;
- Manter o controle da temperatura;
- Formar uma barreira à prova d'água;
- Absorver a luz ultravioleta, protegendo o organismo de seus malefícios;
- Metabolizar a vitamina D;
- Manter as funções sensoriais e estéticas.

Considera-se a aparência, o toque, a maciez, a emissão de odores, a coloração e a sensibilidade da pele como funções estéticas e sensoriais, que são responsáveis pela atração social e física de cada indivíduo (HARRIS, 2003).

Considera-se ainda de acordo com Harris (2003, p. 16), “que a saúde psicossocial do indivíduo é dependente (e muito) de sua aparência externa e da aceitação instintiva das características de sua pele pelos demais componentes de seu grupo social”.

### **2.1.2. A imagem corporal e as mudanças causadas pelas cicatrizes**

Depois de conceituar a pele como órgão tátil, mostrarmos a sua função e importância faz-se necessário definir de acordo com Schilder (1994, p.11), a imagem corporal como “a figuração de nosso corpo formada em nossa mente, ou seja, o modo pelo qual o corpo se apresenta para nós”. A imagem tridimensional que todos têm de si mesmos pode ser chamada de imagem corporal (SCHILDER, 1994).

De acordo com Pitanguy e Salgado (2010, p.356):

A imagem corporal é um componente importante em todo o complexo do mecanismo de identidade pessoal. De forma simplificada, a imagem que uma pessoa tem de si mesma é formada pela inter-relação entre três informações distintas: a imagem idealizada ou aquela que se deseja ter; a imagem representada pela impressão de terceiros (informações externas); a imagem objetiva ou o que a pessoa vê, olhando e sentindo seu próprio corpo.

De acordo com Capisano (2010, p.255), “a imagem corporal não é mera sensação ou imaginação. É a figuração do corpo em nossa mente”.

Segundo Ferreira e Castro-Arantes (2014) cada pessoa está localizada no mundo por meio do corpo e, portanto, seria impossível desassociar os sentimentos do corpo e vice-versa. Nele são registradas e talhadas às marcas da existência, resultantes da forma e do modo que as pessoas estão inseridas no mundo. O que acontece com o corpo reflete-se no interior do

indivíduo, assim como as feições, semblantes e atitudes corporais mudam a partir das emoções e sentimentos.

De acordo com Schilder (1994), a imagem corporal, bem como sua beleza não são rígidos. Construimos e reconstruimos a própria imagem corporal, assim como a imagem corporal dos outros.

Destaca-se que não se deve subestimar a importância da beleza e da feiura reais em nossas vidas. A beleza pode ser uma promessa de satisfação completa ou de levar a tal satisfação. A própria beleza ou feiura não contarão apenas para a imagem que temos de nós mesmos, mas também, para que os outros construam essa beleza (ou feiura) a nosso respeito. A imagem corporal ou mesmo facial de um indivíduo é resultada da vida social. A beleza e a feiura não são fenômenos do indivíduo isolado, mas fenômenos sociais da maior importância (SCHILDER, 1994).

A imagem corporal de cada um e a dos outros, sua beleza ou feiura, tornam-se base para as atividades sociais e sexuais. Acredita-se que os parâmetros individuais de beleza são absolutos (SCHILDER, 1994).

Desse modo, quando somos afetados por uma cicatriz, nossa imagem corporal é mudada, bem como a nossa atitude psíquica. Indivíduos, muito severos com sua imagem corporal ou muitos vaidosos e cuidadosos com o próprio corpo, podem não conseguir enfrentar adequadamente a nova realidade corporal imposta pelas cicatrizes (ABREU, 2008).

A cicatriz pode surgir com o processo natural de cura da pele. É um recurso da natureza com a finalidade de nos proteger contra novos ferimentos naquele lugar, e esse processo é chamado de cicatrização (PINTO; GRILLO, 2005).

De acordo com Candido (2001, p. 91): “a cicatrização é um processo fisiológico dinâmico que busca restaurar a continuidade dos tecidos”.

Conforme Meneghin e Vattimo (2005, p. 31), “cicatrização é um processo sistêmico bastante complexo que exige do organismo produção, ativação e inibição de uma grande quantidade de componentes celulares e moleculares que culminam no processo de restauração do tecido orgânico”.

O processo de cicatrização é ocasionado por *feridas crônicas*, de longa duração ou recorrentes, (úlceras nas pernas ou úlcera de pressão); *feridas agudas*, geralmente são traumáticas, (cortes, lacerações, abrasões, queimaduras e outras) e *feridas pós-cirúrgicas*, são feridas agudas intencionais, como o próprio nome diz, causado em decorrência de uma cirurgia, (são usados

grampos, suturas ou fitas). Algumas dessas feridas são deixadas abertas, a fim de que a cicatrização seja mais lenta para que haja a drenagem do material infectado (DEALEY, 2001).

As feridas cirúrgicas são, na maioria das vezes, planejadas, permitindo ao cirurgião um preparo prévio, com o intuito de utilizar a técnica mais adequada para diminuir os riscos durante e pós-cirurgia, e conseqüentemente uma cicatrização eficiente e com uma aparência menos notável possível (DEALEY, 2001).

Quanto mais a pele ficar lesionada e quanto mais tempo ela demorar a curar, maior será a possibilidade de se ter uma grande e feia cicatriz. Habitualmente, a cicatriz torna-se menos notável e mais aceitável com o passar do tempo, mas isso também depende da textura, profundidade, largura, localização, comprimento e cor da pele (PINTO; GRILLO, 2005).

A cicatriz, além de trazer prejuízos estéticos, também atinge a pessoa nos seus sentimentos de autoestima, interferindo na sua avaliação própria como indivíduo e cidadão. O portador de cicatriz rebaixa a imagem que tem de si mesmo. Por isso a cicatriz não precisa estar visível, ser externa, nem ser de grande tamanho para que se caracterize a seqüela física como dano estético, mental e moral. Além de atrapalhar a aparência estética, compromete também o convívio social e a parte psicológica de muitos portadores dessas marcas, mesmo quando não se lembram de sua origem (PINTO; GRILLO, 2005).

De acordo Schilder (1999), pode-se dizer que sempre haverá algum grau de alteração na imagem corporal quando ocorrer lesões em alguma parte do corpo. A cirurgia por si só já traz mudanças na pele com o corte e com a sua cicatriz.

Todos os pacientes que são submetidos a uma cirurgia sofrem alguma modificação na imagem corporal; a cicatriz cirúrgica é uma forma dessa apresentação. A cicatriz é uma forte característica para se classificar um paciente como cirúrgico e, conseqüentemente, para caracterizá-lo como tendo uma imagem corporal alterada (HANNICKEL, 2002).

### **2.1.2.3 A autoimagem e a autoestima**

A autoimagem refere-se a uma representação cognitiva e emocional do corpo que é aprendida pelo indivíduo. Seu conceito determina como nos sentimos em relação à nossa aparência física e ao nosso corpo por meio a uma ideia de multidimensionalidade. Esse conceito vai se construindo a partir da realidade corporal, de como o corpo se apresenta e do ideal de corpo (SCHILDER, 1994).

A baixa avaliação da autoimagem está relacionada à insatisfação, distorção, depreciação e preocupação com o seu corpo, sendo todos esses itens influenciados por questões socioculturais, fazendo com que essa experiência emocional seja variada. Alguns sintomas podem ser comumente observados em pessoas com perdas e/ou mudanças importantes no corpo: dificuldade nos relacionamentos íntimos e interpessoais, diminuição de relações sociais, sentimentos de isolamento e de constrangimento (SILVEIRA; SILVA; CASTRO, 2012).

De acordo com Cruzeiro e Araújo (2005, p. 12):

A autoimagem interfere diretamente na autoestima. Ela é a imagem que cada um cria de si mesmo e que julga ser ideal para si, direciona e norteia nossas ações, nossos gestos em todos os momentos. Se a nossa autoimagem for positiva, a nossa autoestima também será. Porém, nas situações diversas que vivemos no nosso dia a dia, precisamos ter maturidade e equilíbrio emocional para que não ocorra a baixa autoestima.

Diversos fatores estão relacionados com a autoimagem e interferem diretamente na autoestima. Se existir dificuldades em lidar com essas questões, poderá haver perda de espontaneidade, criatividade, flexibilidade, confiança e segurança, ocasionando uma opressão interna (CRUZEIRO; ARAÚJO, 2005).

Para Cruzeiro e Araújo (2005, p. 11), “a autoestima é a consequência de como está nossa percepção em relação ao mundo, em relação às pessoas do nosso convívio e em relação a nós mesmos, à nossa autoimagem [...]” Está associada à maneira como apercebemos o mundo que nos rodeia bem como a nossa realidade pessoal.

A autoestima é o sentimento que a pessoa tem em relação à sua autoimagem. De acordo com Rosenberg (1965 apud VARGAS, DANTAS e GÓIS, 2005, p.21):

Autoestima como uma atitude positiva ou negativa para com um objeto particular chamado de self. No entanto, autoestima tem duas diferentes conotações. Uma conotação de alta autoestima é aquela cuja pessoa pensa que ela é “muito boa”; uma conotação muito diferente daquela na qual o indivíduo acha-se “bom o suficiente”. É possível que um indivíduo, embora se considerando superior aos demais, possa sentir-se inadequado em termos de certos padrões que estabeleceu para si mesmo. Alta autoestima, como refletida na escala de Rosenberg, expressa o sentimento que o indivíduo tem em achar-se “bom o suficiente”. O indivíduo respeita a si mesmo, considera-se capaz sem, necessariamente, sentir-se superior a outras pessoas. Definitivamente, ele não se considera pior que os demais, embora reconheça suas limitações e expectativas para crescer e se aperfeiçoar. Por outro lado, baixa autoestima implica em auto rejeição, insatisfação consigo mesmo e desprezo por sua própria pessoa.

No decorrer de nossas vidas podemos adquirir cicatrizes as quais não desejamos, elas podem ou não afetar a autoimagem e conseqüentemente a autoestima, mas que em muitos casos, deixam marcas tão discretas que não chegam a incomodar. Por isso este estudo se faz relevante para entender a subjetividade que cerca o assunto.

#### **2.1.2.4 O papel do psicólogo na área da saúde**

A partir de 1948, a Organização Mundial da Saúde passou a definir saúde como um estado de completo bem-estar físico, mental e social e não somente a ausência de doença. Por um lado, essa definição amplia a concepção de saúde, por outro, coloca todos no campo da doença, pois seria impossível ter um completo estado de bem-estar nas três esferas colocadas pela definição. Contudo, é possível conceber doença como a interrupção do curso do bem-estar (BORSOI, 2005 apud CAPITÃO, BAPTISTA, 2017).

Isso posto, essas mulheres que, em algum momento de suas vidas, passaram por uma doença ou por um acidente, que resultaram em uma cicatriz, podem e devem ser atendidas por uma equipe multidisciplinar que deverá auxiliá-las nesse particular momento em que o seu bem-estar foi interrompido. Entende-se equipe multidisciplinar e/ou interdisciplinar profissionais como os médicos, os residentes, os acadêmicos, os enfermeiros, assistentes sociais, fisioterapeutas, nutricionistas, terapeutas ocupacionais e o psicólogo também deve fazer parte dessa equipe (SANTOS; SEBASTIANI, 2011).

Em um primeiro momento, esse atendimento deve acontecer no âmbito hospitalar e, mais adiante, em outros contextos, sejam eles no ambulatório, consultório, em grupo de apoio ou até mesmo e sua própria residência.

A intervenção psicológica pode ajudar essas mulheres no processo de adoecimento e hospitalização, pois elas podem apresentar um estado de desordem orgânica e emocional muitas vezes em um nível inesperado (PREGNOLLATO; AGOSTINHO, 2017).

Para Angerami- Camon (2000), a psicologia da saúde é a prática de levar o paciente a buscar o bem-estar físico, mental e social, abrangendo a participação de outros profissionais da área. Logo, pressupõe e enfatiza a humanização dos atendimentos realizados nessa área, na medida da sensibilização desses profissionais para o modelo biopsicossocial, em que tudo aquilo que faz parte da vida do paciente deve ser considerado de maneira plena e absoluta, ou seja, uma abordagem totalizante. Para Straub (2007, p. 43), “a mensagem central da psicologia da saúde é que a saúde e a doença estão sujeitas a influências psicológicas”.

Os médicos e os outros profissionais de Saúde perceberam que há um lado “obscuro, inconsciente” que traz muitos conflitos, queixas, que complicam a evolução do caso e diminuem a eficácia terapêutica que foi planejada pela equipe (BOTEGA, DALGALARRONDO, 1993 apud ROMANO, 1999).

Para minimizar esses conflitos, o psicólogo que trabalha em âmbito hospitalar deve exercer um olhar como um clínico, ou seja, “à beira do leito”, diretamente voltado a dar assistência ao paciente e também à sua família (ROMANO, 1999).

De acordo com Romano (1999), existem basicamente quatro tipos de relações que importam ao psicólogo no contexto hospitalar:

- \* pessoa com pessoa (quem é o paciente e quem é o cuidador);
- \* paciente com grupos, sejam eles, familiar, equipe multiprofissional e grupo de outros pacientes;
- \* paciente com processo do adoecer e com a situação da hospitalização, levando em consideração o local físico em que ele se encontra,
- \* paciente consigo mesmo, sua personalidade, suas necessidades, suas fantasias, seus mitos, etc.

A paciente que esteja internada, mesmo que não queira atenção psicológica, poderá ser observada, ser orientada pela equipe e aprender com as experiências de outros pacientes que estão sendo assistidos. Também será beneficiada por intermédio da participação de seus familiares em grupos de apoio, informativos e outros (ROMANO, 1999).

Para a autora, na prática, mesmo que a demanda não seja espontânea, as pacientes reagem de maneira favorável à aproximação do psicólogo. Na maioria das vezes estabelece-se um bom vínculo, uma compreensão da tarefa, identificando a necessidade do suporte psicológico, desfazendo o mito de que “psicólogo é para louco” (ROMANO, 1999).

Ainda citando Romano (1999), para que a prática seja efetiva é preciso que o psicólogo seja flexível, utilizando-se dos recursos que estão disponíveis, adaptando-se de forma racional e inteligente, respeitando os limites e fazendo valer os seus, mantendo um clima de respeito e cordialidade.

Durante a hospitalização, as questões psicológicas a serem abordadas não devem de modo algum preterir de profundidade, nem de qualidade. Devem ser focais, visando sempre àqueles aspectos estritamente relacionados com a doença, as dificuldades adaptativas à instituição hospitalar, o processo do adoecer, os meios diagnósticos. E,

sobretudo, sensibilizar o cliente para continuar o atendimento psicológico após a alta, se necessário. Esta também é uma tarefa social do psicólogo que atua em hospital: dar a conhecer seus métodos de trabalho, o alcance de sua intervenção, a uma camada da população que dificilmente procuraria espontaneamente esse tipo de ajuda. E mais: é de conhecimento inquestionável que a participação ativa do próprio sujeito, a implicação com seu processo de adoecer é que determina o sucesso de qualquer solução médica, cirúrgica ou não (ROMANO, 1993; 1995; MASSEN et al, 1989). Em outras palavras, é durante a internação que se conhecem as possíveis dificuldades que o paciente apresentará para aderir ao tratamento que será proposto e, ao mesmo tempo, fazê-lo apropriar-se dos motivos pelos quais adoeceu (ROMANO, 1999, p. 60).

Nessa linha, a paciente que necessita adaptar-se a essa nova situação, pode contar com o auxílio da psicologia para ajudá-la nesse particular momento, com intervenções junto a ela, em relação às mudanças objetivas e concretas, por exemplo, “a rotina, os hábitos e também trabalhar em nível cognitivo (mudança na forma de avaliar os estímulos à sua volta)”. A paciente pode defrontar-se com alguns limites pessoais, imagem corporal distorcida, impotência, sentimento de solidão, falta de privacidade e preconceito (PREGNOLLATO; AGOSTINHO, 2017, p.143).

A hospitalização de um dos integrantes da família é um acontecimento que gera estresse. “Como o equilíbrio do sistema é interrompido pelas necessidades internas e pelas solicitações externas, a hospitalização é percebida como ameaçadora” (ROMANO, 1999, p. 73).

As causas mais frequentes de ansiedade nessas famílias são: a repentina e inesperada instalação da enfermidade; as dúvidas sobre o prognóstico; medo que o paciente sinta dor, fique incapacitado ou morra; falta de individualidade e de privacidade; local desconhecido e assustador, separação física e/ou a distância de casa (ATKINSON, 1980; BOZETT, 1983; HALM, 1990, apud ROMANO, 1999).

Esse afastamento leva: alteração dos papéis familiares; as rotinas são quebradas; sentimento de isolamento; sentimento de perda de controle; outras doenças na família; perda de rendimentos; despesas extras para locomoção e manutenção perto dos hospitais e/ou para pagar os tratamentos (ATKINSON, 1980; BOZETT, 1983; HALM, 1990, apud ROMANO, 1999).

Uma modalidade de intervenção que pode amenizar a ansiedade familiar refere-se aos **grupos de apoio aos familiares** de mulheres acometidas por cicatrizes, que devem ser pequenos, podendo ser operatórios, psicoterápicos ou psicodramáticos. Existe uma fase de orientação e preparação em que o coordenador mostra os objetivos do grupo, estabelece o contrato, assegura a confidencialidade e estimula a participação de todos do grupo. Em seguida, todos apresentam as quais pacientes estão vinculados. O psicólogo, para estimular a discussão, pode propor um tema ou pedir a sugestão de um. Para encerrar, deve haver uma conclusão e um resumo e uma síntese da discussão por cada um dos participantes (ROMANO, 1999).

Os benefícios dos grupos de apoio para os familiares são: a percepção de que não estão sozinhos; os sentimentos são compartilhados com pessoas que estão vivendo a mesma situação; percebem que os problemas dos outros, na maioria das vezes, são piores que os seus; a ansiedade é reduzida; novos métodos de adaptação são aprendidos, compreendem melhor a doença e os cuidados dedicados à paciente (HALM, 1990 apud ROMANO, 1999).

O psicólogo também tem o papel de **intermediar a relação equipe/paciente**: sendo porta-voz dos anseios, necessidades para interceder a fim de que os desencontros de informação sejam reduzidos (ROMANO, 1999).

Após o período de internação, **a assistência domiciliar** integra a participação de diversos profissionais nos cuidados oferecidos à paciente em sua casa, seja com objetivo de prevenção de problemas de saúde ou de assistência para doenças já instaladas. Serão atendidas em domicílio mulheres acometidas pelas mais diversas doenças, que impossibilitem ou pelo menos dificultem sua locomoção para o tratamento em hospitais ou clínicas. Contribuindo para a diminuição de gastos institucionais, disponibilizando leitos e colaborando para evitar infecções hospitalares (LAHAN, 2004).

De acordo com Santos (2005), a assistência domiciliar significa acompanhar o paciente e seus familiares, orientando-os e contribuindo com o cuidador, representando uma grande responsabilidade para o psicólogo que atua em domicílios. O grande desafio nessa modalidade de atendimento é a recuperação do paciente e a relação entre ele e seus familiares.

Para o psicólogo, o trabalho em domicílio caracteriza um campo de atuação ainda pouco explorado, que pode colaborar para que pacientes e familiares pensem sobre a prevenção das doenças ou lidem melhor com o tratamento já existentes (LAHAN, 2004). Um exemplo desse tipo de trabalho é o Núcleo de Assistência Domiciliar Interdisciplinar (NADI) do Instituto Central do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (ICHC-FMUSP). Foi criado em 1996 e tem como objetivo principal a desospitalização de pacientes em que seu tratamento possa ser feito em casa, reduzindo seu período de hospitalização e novas internações (JACOB FILHO et al., 2000, p. 541 apud LAHAN, 2004). Tem como objetivos secundários garantir assistência, orientação de pacientes e familiares quanto a noções básicas de saúde e quanto ao envolvimento nos cuidados em geral (LAHAN, 2004).

Assim, o psicólogo considera como a paciente está enfrentando o momento da doença, quais os recursos psíquicos disponíveis, a existência de comprometimentos psíquicos advindos da doença orgânica ou não (daí a importância da interdisciplinaridade, principalmente com a equipe médica), o momento de enfrentamento da doença em que se encontra (negação ou

aceitação) e o prognóstico. É comum o aparecimento de quadros depressivos devido aos diversos graus de dependência a que os pacientes estão submetidos e à mudança de papéis que estão vivendo (LAHAN, 2004).

As **intervenções psicoterapêuticas em grupo** têm se constituído em importantes ferramentas para o manejo, a abordagem e o tratamento de pacientes portadores de psicodermatoses (SILVA; CASTOLDI; KIJNER, 2011). Apesar das psicodermatoses serem doenças de pele, em que o fator emocional é preponderante para seu aparecimento e piora, as intervenções psicoterapêuticas grupais mostram a sua importância em casos de mulheres acometidas por cicatrizes, pois de acordo com Müller (2005), na psicoterapia de grupo, os encontros com outras mulheres que estão enfrentando os mesmos problemas, são oportunidades de trocar informações e compartilhar sentimentos, além de ser fonte de apoio, pois permite que as pacientes possam ver suas fraquezas e forças refletidas nas outras participantes e perceber que as companheiras também sofrem e têm a mesma fonte de dor.

É importante salientar que a Psicologia da Saúde não fica restrita apenas aos ambientes hospitalares, mas também aos centros de saúde ou qualquer programa que focalize a saúde coletiva, como por exemplo, os programas preventivos, cartilhas e/ou folhetos explicativos, treinamentos comunitários, etiologia, manutenção da saúde, entre outros (BAPTISTA; BAPTISTA, DIAS, 2017).

### **3 MÉTODO**

#### **3.1 Tipo de pesquisa**

O tipo de pesquisa utilizado foi a pesquisa exploratória qualitativa, por meio do delineamento de estudo de caso.

De acordo com Gil (2002), a pesquisa de modalidade exploratória propicia uma familiaridade maior com o problema, e seu objetivo é torná-lo mais explícito ou de conceber uma hipótese. Essas pesquisas têm como objetivo principal o aprimoramento de ideias ou a descoberta de intuições. Seu planejamento é bastante flexível, viabilizando as considerações dos mais variados aspectos relativos aos fatos estudados. Esse tipo de pesquisa envolve levantamento bibliográfico e entrevistas com pessoas que tiveram experiências práticas com o problema pesquisado.

Esta pesquisa é qualitativa e, segundo Rodrigues (2007), os dados coletados são analisados indutivamente; a interpretação dos fenômenos e a atribuição de significados são básicas nesse processo de pesquisa.

O tipo de delineamento utilizado foi o estudo de caso, que é uma categoria de pesquisa muito empregada nas ciências biomédicas e sociais. Baseia-se no estudo profundo e exaustivo de um ou poucos objetos, de maneira que permita seu amplo e detalhado conhecimento (GIL, 2002).

Nas ciências biomédicas, de acordo com Gil (2002), o estudo de caso costuma ser utilizado tanto como estudo-piloto para esclarecimento do campo da pesquisa em seus variados aspectos, quanto para a descrição de síndromes raras. Seus resultados, de modo geral, são apresentados em aberto, ou seja, na condição de hipóteses, não de conclusões.

#### **3.2 Área de realização**

As participantes são residentes de Taubaté ou cidades próximas do Vale do Paraíba.

#### **3.3 Participantes da pesquisa**

Foram estudadas três mulheres adultas com idades variadas e acima de 18 anos, residentes na cidade de Taubaté ou cidades próximas do Vale do Paraíba e que possuem cicatrizes na pele, sejam elas de nascença, ocasionadas por acidentes ou em consequência de cirurgias. Foi utilizada uma amostra por acessibilidade, com indicação de terceiros.

### **3.4 Instrumentos**

Foram utilizados dois instrumentos para a coleta de dados: entrevista semiestruturada e a técnica projetiva de Desenho Estória com Tema.

De acordo com Cervo e Bervian (2002), a entrevista é uma conversa orientada com o objetivo claro de recolher dados para a pesquisa e não deve ser vista como uma simples conversa.

A entrevista deve ser feita quando há necessidade de colher dados que não se encontram registrados ou documentados e que podem ser fornecidos por certas pessoas (CERVO, BERVIAN, 2002).

Marconi (1990 apud ANDRADE, 2010) define entrevista não estruturada ou semidirigida como uma conversação informal, que pode ou não estar atreladas às perguntas abertas, propiciando maior liberdade ao entrevistado. Essa entrevista semidirigida deve ser conduzida de forma focalizada, pois mesmo sem obedecer a uma estrutura formal estabelecida previamente, utiliza-se um roteiro com os pontos principais a serem abordados.

Para a pesquisa, foi elaborado um roteiro de entrevista semiestruturada (APÊNDICE A), enfocando os seguintes aspectos: dados pessoais; quando e como as cicatrizes foram adquiridas; impacto dessa cicatriz na vida pessoal, social e conjugal dessa mulher; relação conjugal após o surgimento da cicatriz; como é conviver com a cicatriz nos dias atuais; e qual o significado dessa cicatriz atualmente.

De acordo com Trinca (2014), o Procedimento de Desenhos-Estórias (abreviadamente, D.E.) foi introduzido em 1972, como técnica psicodinâmica de investigação da personalidade. Não é um teste psicológico e sim um meio auxiliar de conduzir o exame psicológico.

A junção das formas gráficas com as formas de percepção temática objetiva a coleta de informações sobre as experiências subjetivas, com ênfase na dinâmica inconsciente. Pode ser aplicado em crianças, adolescentes e adultos que conseguem se comunicar por desenhos e verbalmente (TRINCA, 2014).

Para a aplicação da técnica projetiva Desenho Estória, tivemos como instruções específicas:

- \*Desenhe uma mulher com uma cicatriz;
- \*Conte uma estória sobre o desenho;
- \*Coloque um título para a estória.

### 3.5 Procedimento de coleta de dados

O estudo cuidou das éticas e metodológicas com a assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE), e a ponderação entre os riscos e os benefícios e a relevância social da pesquisa (ANEXO A).

A coleta de dados foi realizada por meio de entrevistas semiestruturada individualmente nas residências das voluntárias. Para garantir a fidedignidade das informações coletadas, elas foram gravadas, e posteriormente transcritas na íntegra, após consentimento dos participantes. As gravações foram apagadas e as transcrições serão guardadas por um período de 5 (cinco) anos pela pesquisadora responsável.

A entrevista é muito adequada para se conseguir informações acerca do que os indivíduos sabem, creem, esperam, sentem ou desejam, pretendem fazer, fazem ou fizeram, bem como as explicações ou razões a respeito dos assuntos abordados (SELLTIZ et al., 1967, apud GIL 1997). A entrevista semiestruturada é uma técnica bastante apropriada para obter dados em profundidade sobre do comportamento humano (GIL,1997).

As participantes foram indicadas por terceiros e foram marcados encontros pré-agendados em suas residências, onde as entrevistas semiestruturadas e a técnica projetiva de Desenho Estória com Tema foram aplicados em apenas um encontro. Começamos pela assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido; após, foi feita a entrevista que foi gravada com a autorização prévia e, em seguida, a aplicação do Desenho Estória. Trinca e Tardivo (2007, p. 429) conceituam:

O Procedimento de Desenhos-Estórias é uma técnica de investigação da personalidade que se coloca, no contexto do diagnóstico psicológico, como meio auxiliar de ampliação do conhecimento da personalidade, em situações clínicas ou não-clínicas. Tem por base, como afirmamos, a combinação do emprego de desenhos livres com o recurso de contar estórias. O examinando realiza uma série de desenhos livres, associados às estórias que eles contam, também de modo livre. Por isso, o D-E já foi referido como uma técnica de desenhos livres que servem como estímulos de apercepção temática. Nesse caso, ele se constitui em instrumento com características próprias, que se vale de processos expressivo-motores e aperceptivo-dinâmicos.

De acordo com Trinca e Tardivo (2007), as características principais do D.E. são:

- \* O examinando faz uso de associações livres;
- \* Tem o objetivo de alcançar aspectos inconscientes da personalidade;
- \* A expressão é conseguida por meios indiretos;
- \* A participação em recursos de investigação próprios das técnicas projetivas;
- \* A técnica permite a ampliação das possibilidades da observação livre;
- \* Permite a ampliação dos processos da entrevista semiestruturada e não-estruturada.

Conforme recomendado por Trinca e Tardivo (2007), o D.E. foi aplicado individualmente, usando-se folhas de sulfite brancas, tamanho ofício, lápis preto e uma caixa de lápis de cor. A voluntária deve ficar sentada em frente a uma mesa, com a pesquisadora sentada à sua frente. As instruções são dadas após um breve *rapport*, os lápis devem ser espalhados sobre a mesa, com um lápis grafite misturado junto aos lápis coloridos. A folha de sulfite deve ser entregue à voluntária na posição horizontal, sem se mencionar a possibilidade da mudança de posição da página. Pede-se que a examinanda faça um desenho de uma mulher com uma cicatriz, da maneira que ela preferir, aguardando a sua conclusão. Após esse momento, a folha não é retirada da frente da voluntária e pede-se que ela conte uma estória associada ao desenho e, por fim, solicita-se que ela coloque um título para a mesma.

### **3.6 Procedimento de análise de dados**

Os dados colhidos nas entrevistas foram analisados com técnicas qualitativas de análise de conteúdo, com categorias temáticas.

De acordo com Bardin (1977/2010 apud CASTRO, ABS e SARRIERA, 2011):

Em termos gerais, a AC pode ser definida como um conjunto de instrumentos metodológicos que têm como fator comum uma interpretação controlada, baseada na inferência. Esse conjunto de técnicas de análise visa a obter, por meio de procedimentos sistemáticos, indicadores quantitativos ou qualitativos que permitam a inferência de conhecimentos relativos à produção/recepção de mensagens. Trata-se, em última instância, de um esforço de interpretação que oscila entre o rigor da objetividade e a fecundidade da subjetividade.

Apesar de Bardin (1977/2010) definir a Análise de Conteúdo como um procedimento dedutivo, seu uso pode estar também vinculado a uma epistemologia indutiva (apud CASTRO; ABS, SARRIERA, 2011).

De acordo com Moraes (p. 2, 1999), a análise de conteúdo conceitua-se em:

[...] uma metodologia de pesquisa usada para descrever e interpretar o conteúdo de toda classe de documentos e textos. Essa análise, conduzindo a descrições sistemáticas, qualitativas ou quantitativas, ajuda a reinterpretar as mensagens e a atingir uma compreensão de seus significados num nível que vai além de uma leitura comum.

Ainda segundo Moraes (1999), a análise de conteúdo é um procedimento de grande utilidade na investigação dos problemas cada vez mais diferenciados que busca investigar e que pode ser usado de formas variadas e é adaptável a um campo amplo de aplicação.

Quando aplicada em uma pesquisa qualitativa, a análise de conteúdo parte de uma série de pressupostos, em que os exames realizados em um texto servem de suporte para captar seu sentido simbólico. Assim, a análise de conteúdo foi desenvolvida ao longo de cinco etapas, de acordo com Moraes (1999):

1- Preparação das informações: nessa etapa é preciso realizar um processo de preparação das informações, no qual se deve identificar as diferentes amostras de informação a serem analisadas; iniciar o processo de codificação dos materiais, estabelecendo um código que possibilite identificar rapidamente cada elemento da amostra de depoimentos.

2- Unitarização ou transformação do conteúdo em unidades: deve-se reler cuidadosamente os materiais com a finalidade de definir a unidade de análise; codificar cada unidade; isolar cada uma das unidades de análise; e definir as unidades de contexto.

3- Categorização ou classificação das unidades em categorias: é um procedimento no qual os dados são agrupados, considerando a parte comum existente entre eles. Classifica-se por semelhança ou analogia, segundo critérios previamente estabelecidos ou definidos no processo.

4- Descrição: é a etapa na qual se faz a comunicação dos resultados após ter-se definido as categorias e identificado o material constituinte de cada uma delas.

5- Interpretação: trata-se da procura de compreensão de todo o conteúdo evidenciado nas entrevistas, não só do manifesto, mas também dos latentes, sejam eles ocultados consciente ou inconscientemente pelos entrevistados.

### **3.7 Análise de desenho-estória com tema**

No procedimento de análise dos Desenhos-estórias com Tema foi utilizado o referencial de interpretação de análise de conteúdo baseada no referencial de análise proposto por Tardivo (1985 apud TRINCA, TARDIVO, 2000). A autora baseou-se nos critérios propostos, primeiramente, por Walter Trinca, em 1972, que é composto por dez áreas ou categorias: Atitude Básica, Figuras Significativas, Sentimentos Expressos, Tendências e Desejos, Impulsos, Ansiedades, Mecanismos de Defesa, Sintomas Expressos, Simbolismos e Outras Áreas da Experiência. Dessas dez áreas propostas por Trinca, Tardivo considerou sete relevantes e as denominou Grupos, que foram numerados de I a VII, reunindo cada qual certo número de traços, totalizando 33. Será apresentado, a seguir, esse referencial de análise (TRINCA, TARDIVO, 2000).

#### 3.7.1 Grupo I – Atitude Básica (traços de 1 a 5):

1. Aceitação (necessidades e preocupações com aceitação, êxito, crescimento e as atitudes de segurança, domínio, autonomia, autossuficiência e liberdade);
2. Oposição (atitudes de oposição, desprezo, hostilidade, competição, negativismo, desconsideração, rejeição etc.);
3. Insegurança (necessidades de proteção, abrigo e ajuda, as atitudes de submissão, inibição, isolamento e bloqueio; percepção do mundo como desprotetor, medo de não conter os impulsos; dificuldades em relação ao crescimento);
4. Identificação Positiva (sentimentos de autovalorização, autoimagem e autoconceito reais e positivos; busca de identidade e identificação com o próprio sexo);
5. Identificação Negativa (sentimentos de menor valia, menor capacidade, menor importância e identificação com o outro sexo, autoimagem idealizada ou negativa e problema ligados à autoimagem).

#### 3.7.1.2 Grupo II – Figuras Significativas (traços de 6 a 11):

6. Figura Materna Positiva (mãe sentida como presente, gratificante, boa, afetiva, protetora, facilitadora – objeto bom);

7. Figura Materna Negativa (mãe vivida como ausente, omissa, rejeitadora, ameaçadora, controladora, exploradora – objeto mau);

8. Figura Paterna Positiva (sentida como próxima, presente, gratificante, afetiva e protetora);

9. Figura Paterna Negativa (semelhante ao traço 7, só que em relação ao pai);

10. Figura fraterna Positiva e/ou Outras Figuras (aspectos de relacionamento com irmãos e/ou com outros iguais, companheiros, amigos, etc., ou seja, cooperação, colaboração, etc.);

11. Figura Fraterna Negativa e/ou Outras Figuras (aspectos negativos do relacionamento: competição, rivalidade, conflito, inveja).

#### 3.7.1.3 Grupo III – Sentimentos Expressos (traços 12 a 14):

12. Sentimentos Derivados do Instinto de Vida (ou de tipo construtivo: alegria, amor, energia instintiva e sexual);

13. Sentimentos Derivados do Instinto de Morte (ou de tipo destrutivo: ódio, raiva, inveja, ciúme persecutório);

14. Sentimentos Derivados do Conflito (sentimentos ambivalentes, que surgem da luta entre os Instintos de Vida e de Morte, ou seja, sentimento de culpa, medos de perda, de abandono, sentimentos de solidão, de tristeza, de desproteção, ciúme depressivo e outros).

#### 3.7.1.4 Grupo IV – Tendências e Desejos (traços 15 a 17):

15. Necessidades de Suprir Faltas Básicas (desejo de proteção e abrigo, necessidades de compreensão, de ser contido, de ser cuidado com afeto, necessidades orais, etc.);

16. Tendências Destrutivas (desejo de vingança, de atacar, de destruir, de separar os pais);

17. Tendências Construtivas (necessidades de cura, de aquisição, de realização e autonomia, de liberdade e crescimento).

#### 3.8.1.5 Grupo V – Impulsos (traços 18 e 19):

18. Amorosos;

19. Destrutivos.

3.7.1.6 Grupo VI – Ansiedades (traços 20 e 21):

20. Paranoídes;

21. Depressivas.

3.7.1.7 Grupo VII – Mecanismos de Defesa (traços 22 a 33):

22. Cisão;

23. Projeção;

24. Repressão;

25. Negação/Anulação;

26. Repressão ou Fixação a Estágios Primitivos;

27. Racionalização;

28. Isolamento;

29. Deslocamento;

30. Idealização;

31. Sublimação;

32. Formação Reativa;

33. Negação Maníaca ou Onipotente.

## 4 RESULTADOS E DISCUSSÃO

### 4.1 Apresentação das participantes e de suas histórias

Nesta seção iniciaremos apresentando uma compreensão individual das histórias de cada um dos casos analisados, com a exposição dos conteúdos das categorias temáticas e a análise do desenho-estória com tema. Logo em seguida serão apresentadas as discussões dos resultados, com a comparação entre os casos à luz da teoria. Ressaltamos que os nomes apresentados são fictícios.

Quadro 1- Caracterização das participantes:

PARTICIPANTE	IDADE	ESTADO CIVIL	AS CICATRIZES SURGIRAM EM QUE CIRCUNSTÂNCIAS?
Jasmim	18	Solteira	Doença Renal Crônica
Lavanda	40	Casada	Doença Renal Crônica
Tulipa	30	Solteira	Acidente de Carro

Fonte: Dados da pesquisa

#### 4.1.1 História de Jasmim

*“Cada cicatriz que eu tenho é uma vitória, é uma luta que eu passei.”*

A participante Jasmim tem 18 anos, é solteira, está namorando, mora atualmente com a irmã, o cunhado, as duas sobrinhas e uma cadela. Não tem filhos. Possui o segundo grau incompleto, pois parou de estudar por conta de sua doença. Sua ocupação atual é de dona de casa, mas faz uns trabalhos de manicure em sua própria casa. Após a estabilização de sua saúde, pretende voltar a estudar.

Jasmim adquiriu sua primeira cicatriz aos catorze anos, na jugular direita, em decorrência da introdução de um cateter para a realização de uma hemodiálise, após sofrer de Doença Renal Crônica. A segunda cicatriz ocorreu na jugular esquerda.

Após várias complicações, foi necessário a realização de uma fistula arteriovenosa para a realização da hemodiálise, que ocasionou uma grande cicatriz no braço. A participante convive com essa cicatriz há dois anos. A maior cicatriz aconteceu há um ano em decorrência do transplante renal realizado na participante. Agora, a paciente Jasmim espera o chamado do hospital para reverter a fistula em seu braço.

#### 4.1.2 Categorias Temáticas

##### 4.1.2.1 Categoria I: Impactos da cicatriz na vida pessoal e familiar

Em relação aos impactos da cicatriz na vida pessoal e familiar, Jasmim expressa que houve aceitação de sua parte, o que pode ser percebido em sua fala, *“Pra mim não teve incômodo nenhum”*. Entretanto, Jasmim relata que a família mostrou muita preocupação, *“minha mãe chorava a cada vez que os outros perguntava...”*

Jasmim faz questão de salientar a aceitação e a admiração que seu namorado demonstra por suas cicatrizes, *“Hoje em dia ele (namorado) fala que elas são lindas! Ele beija cada cicatriz e fala que é uma parte da nossa vida.”* Também relata o apoio familiar: *“[...] ia me arrastando até o quarto da minha irmã, vomitando sangue, cuspidando sangue [...] ela me levava pro hospital, onde eu ficava internada no balão de oxigênio, etc.”*

Percebemos outros impactos, não com relação às cicatrizes, mas com relação à Doença Renal Crônica (DRC), que demonstra seu desespero, sua vontade de desistir da vida e sua espiritualidade, um mês antes de conseguir fazer o transplante renal: *“Eu não queria mais viver. Porque a hemodiálise, pra mim, estava difícil, estava sendo muito pesada. Eu, toda a noite, entrava no banheiro e chorava. Falava que a cruz estava muito pesada e pedia pra Deus me tirar da Terra, porque eu não ia aguentar carregar...eu não ia conseguir vencer a luta que Ele me deu, a guerra que Ele me deu. Eu pedia perdão e falava pra Ele me levar porque eu não queria mais passar por essa guerra. Eu não estava mais aguentando... (pausa) eu não podia beber água, eu não podia beber suco, eu não podia participar de uma festa, eu não podia comer nada das coisas que eu gostava! Daí foi quando eu comecei a abusar. Até quando eu estava fazendo hemodiálise, eu começava abusar. Nesse um mês antes, quando eu desisti de tudo, eu comecei a abusar bastante: bebia muita água, bebia muito suco, refrigerante...”* *“Eu não queria mais estar na Terra. [...] Como eu fiquei três anos sem urinar, eu precisava fazer hemodiálise para retirar o líquido, porque se eu não fizesse hemodiálise, eu morria. [...] quando era de*

*madrugada, eu sentava no sofá, encostava-se ao sofá e ficava sem ar (faz um barulho alto, arfando). Porque a água já estava no meu pulmão e no meu coração. Meu coração batia muito forte, acelerado. Eu sempre me tranquei no banheiro, eu sempre me senti... (faz um gesto de abraço), e me sentia confortável pra orar. Eu falava pra Deus que aquilo lá seria o meu fim, que eu não queria mais, pra Ele me perdoar, que a guerra pra mim não estava dando...eu tinha perdido! Que a cruz...eu não estava mais aguentando carregar.”*

Para Jasmim, os principais elementos em relação aos impactos da cicatriz na vida pessoal e familiar são: **aceitação, admiração e apoio dos familiares**. Demonstrou também, mas com relação à doença que causou as cicatrizes, **desespero, vontade de desistir da vida e espiritualidade**.

#### 4.1.2.2 Categoria 2: Impactos da cicatriz na vida social

Com relação aos impactos da cicatriz na vida social, Jasmim compartilha que vivenciou muitas dificuldades escolares, perda de autonomia e fraqueza física: *“eu parei de ir para escola porque estava muito difícil pra mim. Eu fiquei trinta e um dias internada”*. *“Eu não tinha força pra ir pra escola, por causa da hemodiálise, ela enfraquece muito”*.

Para ela, sua percepção, em relação aos amigos da sala de aula foi de comoção, surpresa e curiosidade. *“Sempre fui aquela pessoa que estava junto com a turminha. Daí quando eu entrei na sala, todo mundo tomou um susto, eu estava com aquele acesso no pescoço, aquele negócio pendurado. Então todo mundo perguntava o que era aquilo...”* [...] *“e foi um baque”*. Percebemos por sua fala, que a doença e as cicatrizes decorrentes dela estão sempre juntas, impactando a sua vida social.

Para Jasmim, o modo encontrado para lidar com a situação era manter bom humor, levar na brincadeira e não se deixar desesperar, demonstrado pelas falas que seguem: *“isso aqui? É a anteninha do wi fi. É o wi fi do amor...quem conectar, vai ficar apaixonado. É o wi fi do amor. Tá conectado no meu coração!”*. *“Então eu levava na brincadeira, era para eu não me estressar, para não ficar apavorada”*. *“Eu nunca fui aquela pessoa desesperada com as coisas”*.

No período de sua convalescência, a participante expressa entendimento e aceitação. *“Eu comecei a entender que aquilo ia fazer parte da minha rotina; que aquilo lá seria a minha vida...se não fosse aquilo, eu não estaria na Terra”*.

Apesar de não abordar o assunto religiosidade, a espiritualidade se faz presente em várias de suas falas: *“Foi Deus que colocou no meu caminho, então é isso que eu vou levar.”* *“Eu pedia perdão e falava pra Ele me levar [...]”*. *“Ajoelhei agradecendo! Agradecendo!”*

Para Jasmim, os principais elementos em relação aos impactos da cicatriz na vida social são: **difficultades escolares, perda de autonomia e fraqueza física. Comoção, surpresa e curiosidade** foram os sentimentos que seus amigos demonstraram em relação a ela. Manter o **bom humor, levar na brincadeira e não se deixar desesperar** foram as formas utilizadas por ela para enfrentar a doença e as suas consequências (inclusive as cicatrizes). Bem como o **entendimento, a espiritualidade e a aceitação**.

#### 4.1.2.3 Categoria 3: Impactos da cicatriz na autoestima e aceitação do próprio corpo

Podemos perceber que houve um impacto positivo em sua autoestima e na aceitação de seu próprio corpo, uma vez que Jasmim relata que entende que a cicatriz faz parte dela, foi incorporada à sua identidade, é algo que transmite a sua força frente ao enfrentamento da doença, vitória e resiliência. *“Faz parte de mim!”*. *“Eu amo elas! Se não fosse elas eu não sabia o que seria...”*. *“Significa vida! Vitória...”* (Cicatrizes.)

Percebemos outros impactos advindos da doença que também foram relatados pela participante, observados nestas falas aqui: *“Quando eu tinha catorze anos, eu tinha corpo, eu tinha tudo...e cheguei a ficar com vinte e oito quilos. Então eu fiquei muito magra, eu me olhava no espelho e chorava. Mas não por causa da cicatriz, do permcath, do permcath não, do cateter que estava no meu pescoço...porque eu estava muito magra...”* *“Chorava, porque eu colocava uma calcinha caia, uma calça caia, eu vestia uma blusa, ficava larga, então, eu não tinha nem roupa mais. Comecei a usar roupa muito infantil.”*

Para Jasmim, os principais elementos em relação aos impactos da cicatriz na autoestima e na autoimagem são: **impacto positivo, aceitação de seu corpo, incorporação à sua identidade, força, vitória e resiliência**.

#### 4.1.2.4 Desenho-Estória com Tema

Os resultados obtidos no Desenho-estória com Tema mostraram que a participante Jasmim tem como **atitude básica** a aceitação e a identificação positiva, o que indica que possui atitudes positivas na vida e luta em uma determinada circunstância.

Os **sentimentos expressos** apresentados foram os sentimentos derivados do instinto de vida, indicando que a participante possui sentimentos positivos, isto é, de afeto, carinho, dedicação, amor, entre outros.

As **tendências e desejos** apresentados foram tendências construtivas, sendo assim, a participante tende a ter atitudes e desejos que levam à construção, ao crescimento. Dessa maneira, pode-se dizer que busca, na maioria das vezes, aprender e crescer com as situações que se acontecem em sua vida.

Os **impulsos** que regem a vida de Jasmim são os impulsos amorosos, mostrando que tem a tendência de aproximar-se de outras pessoas e de realizar trocas de sentimentos construtivos.

A **ansiedade** que predomina é a depressiva, o que indica que a participante possui aspectos de aglutinação, resolução e articulação de questões relacionadas com sua vida.

O **mecanismo de defesa** apresentado foi a racionalização.

#### 4.1.2.5 Nome da Estória: *“Nunca desista da vida!”*

Quando em seu desenho Jasmim diz: *“Nunca desista da vida!”*, ela parece estar mandando uma mensagem para si mesma, mostrando arrependimento e uma preocupação com relação ao perdão Divino, por ter pensado o contrário, no dia em que, às vésperas de conseguir realizar o transplante renal, tomou uma grande quantidade de água, que poderia ter sido letal por conta de suas condições de saúde.

Apesar desse triste momento, a participante demonstra em sua entrevista uma grande força interior, um ótimo humor, bem como uma grande aceitação, muita resiliência e uma enorme alegria de viver.

Sua entrevista e seu desenho-estória são convergentes, pois, durante a primeira etapa, relata não ter problemas com suas cicatrizes, não afetando sua autoimagem e nem sua autoestima. Além disso, as ostenta com um troféu, símbolo, segundo ela, de sua vitória. E durante a segunda etapa, ela faz um desenho uma mulher de biquíni, mostrando todas as cicatrizes pelo corpo, e como ela mesmo diz na estória: *“Ela é como se fosse eu. Sofreu muito, mas tudo foi vencido na batalha dela!”*

O título da estória parece bastante adequado, reafirmando sua vontade de viver.

## 4.2 História de Lavanda

*“Eu passei por tanta coisa, que vou me incomodar agora com uma marca... uma marquinha...que, pra mim, não faz tanta diferença”*

Lavanda tem 40 anos, é casada e tem um filho de nove anos. Mora com ele e com seu marido. Possui o curso superior completo, e apesar de ser professora de Educação Artística, atualmente trabalha como artesã em sua própria casa.

A participante adquiriu as primeiras cicatrizes em 1995, com as fistulas, para a realização da hemodiálise, em decorrência da D.R.C. No final de 1995, a participante adquiriu a cicatriz de um transplante renal, doado pelo irmão. Em 2003, seu organismo começou a rejeitar o rim recebido e, logo em seguida, as hemodiálises recomeçaram e, então, mais uma cicatriz foi adquirida no pescoço.

Em fevereiro de 2004, recebeu outro rim (de uma prima), agora do lado esquerdo. Em 2008, após uma rigorosa avaliação, engravidou e teve seu filho por meio de uma cesárea, ocasionando outra cicatriz na forma de “sorriso”, em seu abdômen.

### 4.2.1 Categorias Temáticas

#### 4.2.1.2 Categoria 1: Impactos da cicatriz na vida pessoal e familiar

Em relação aos impactos da cicatriz (decorrentes da DRC) na vida pessoal e familiar, Lavanda expressa que houve apoio familiar, hospitalidade, acolhimento e mudança de rotina ilustrado em suas falas: *“o bom é que minha família não deixou desanimar...”*. *“Fui para Brasília fiquei com parentes lá, [...] Fiquei o mês de dezembro, janeiro basicamente todo em Brasília [...] logo depois da cirurgia, nos primeiros meses, a rotina no hospital é mais próxima uma da outra [...]”*.

Ainda assim, relata ter sofrido bloqueio emocional, *“Por ter sido um ano muito difícil, muita coisa bloqueou na minha cabeça...algumas datas... algumas realizações... assim que tinham sido apagadas da minha memória”*

Em relação ao seu namorado (atualmente, marido), sua percepção é de que houve apoio do companheiro, fortalecimento do vínculo, trauma do companheiro, dificuldades, preocupação e nervosismo, observados nestas falas: *“Meu namorado...super apoio! [...] tanto,*

*que eu sou casada com ele. É meu marido hoje! Deu todo apoio. Mas foi um trauma muito grande!”. “Eu lembro que foi até uma fase difícil para meu marido também, pelo choque...”. “No final, acho que acabou gostando mais...porque ele acabou sofrendo também. Mas eu sei que ele ficou de DP de três matérias...”. “Ele não passava para mim o nervosismo que tava... mas ele ficou muito preocupado, foi uma fase muito difícil para ele também.”*

Para Lavanda, os principais elementos em relação aos impactos da cicatriz na vida pessoal e familiar são: **apoio familiar, hospitalidade, acolhimento e mudança de rotina**. Demonstrou também **bloqueio emocional, apoio do companheiro, fortalecimento do vínculo, trauma do companheiro, dificuldades, preocupação e nervosismo**. Percebemos que os impactos da cicatriz estão atrelados aos impactos da doença, sendo que os mesmos foram vividos e relatados juntamente.

#### 4.2.1.3 Categoria 2: Impactos da cicatriz na vida social

Com relação aos impactos da cicatriz na vida social (decorrentes da DRC), Lavanda partilha que vivenciou mudança de percepção, perda de autonomia e mudança de rotina, conforme atestam as seguintes frases: *“Eu tava no segundo... terceiro ano de magistério... já mudou a cabeça toda, né!”*. *“Fiquei internada quase dois meses, no hospital, fazendo diálise peritoneal.”*

Apoio dos amigos e esforço coletivo foram suas percepções em relação aos colegas de escola: *“me levavam as coisas no hospital, para eu não ir perdendo muita matéria...me visitavam... tudo... me explicavam as coisas assim, pra eu ir ficando por dentro”*. *“A gente fez um trabalho depois para eu conseguir recuperar as notas.”*

Percebeu também, por parte dos amigos, medo da perda, alegria e amizade: *“Tenho amigas que falam assim: “a gente morria de medo de te perder!”*. *“Elas sentem muito alegres até hoje... uma amizade de anos atrás...”*. *“depois de tantos anos, a gente ainda tem contato”*.

Lavanda comenta também suas percepções a respeito de outros amigos: surpresa e curiosidade: *“Fui conhecendo os amigos dele. O primeiro amigo dele que eu conheci, ele se assustou! Foi na época que eu fazia hemodiálise”*. *“Tenho alguns amigos que não acompanharam a minha fase, quando eu tive o problema, às vezes, principalmente a do braço, e às vezes pergunta: “você fez cirurgia?”*. *“Você fez plástica no braço?”*

De pessoas desconhecidas, Lavanda comenta ter percebido constrangimento *“Na época que eu estava com o cateter, tinha um senhor me parou e falou: “moça, tem um negócio*

*grudado...” porque o cateter ficava aqui meio que no cabelo... daí passei a mão assim... Daí ele viu e pediu desculpas...”*

As percepções a respeito de si mesmas são adaptação, cuidado e tentativa de manter a normalidade: *“não que me incomodasse... tentei viver o mais tranquilo possível nessa fase. E o mais normal possível, tinha todo o cuidado, mas procurei ficar o mais normal possível.”*

Para Lavanda, os principais elementos em relação aos impactos da doença e conseqüentemente da cicatriz na vida social são: **mudança de percepção, perda de autonomia e mudança de rotina.**

**Apoio dos amigos e esforço coletivo** foi o que ela percebeu de seus colegas, em relação a ela, além de **medo da perda, alegria, amizade, surpresa, curiosidade e constrangimento.**

**Tentativa de manter a normalidade, o cuidado e a adaptação** foram as formas utilizadas por ela para enfrentar a doença.

#### 4.2.1.4 Categoria 3: Impactos da cicatriz na autoestima e aceitação do próprio corpo

Podemos perceber que, em um primeiro momento, Lavanda sentiu desespero e incômodo: *“Uma cicatriz além do pescoço... muito grande... chorei muito!”. “Ficava desesperada!”. “Teve uma época que me incomodava. Agora não incomoda mais não!”*.

Mais tarde, deixa transparecer que ocorreu a aceitação de seu próprio corpo, uma vez que Lavanda relata que entende que a cicatriz é algo que transmite a sua força frente ao enfrentamento da doença, vitória e resiliência: *“Eu acho que é de vitória! Saber que eu passei por momentos difíceis e que venci.” “Eu me senti uma guerreira com segunda cicatriz no caso, mais aparente, me senti uma guerreira por uma fase difícil de ter passado!” “... as duas do transplante, que é da barriga, porque ficou uma do lado direito e outra do lado esquerdo, e mais a cicatriz da cesárea... fez uma... (faz um sinal demonstrando uma carinha sorrindo), parece uma estria, de tão fininha que ficou. Então, eu passei por tanta coisa, que vou me incomodar agora com uma marca... uma marquinha... que, pra mim, não faz tanta diferença.”*.

Para Lavanda, os principais elementos em relação aos impactos da cicatriz na autoestima e na autoimagem são: **desespero, incômodo, aceitação, força, vitória e resiliência.**

#### 4.2.1.5 Desenho-Estória com Tema

Os resultados obtidos no Desenho-estória com Tema mostraram que a participante Lavanda tem como, **atitude básica**, a aceitação, a insegurança e a identificação positiva.

A **figura significativa** apresentada foi a figura fraterna positiva.

Os **sentimentos expressos** apresentados foram os sentimentos derivados do instinto de vida e sentimentos derivados do conflito.

As **tendências e desejos** apresentados foram necessidade de suprir a falta básica e as tendências construtivas e, em sendo assim, a participante tende a ter atitudes e desejos que levam à construção, ao crescimento, apesar de demonstrar a necessidade de se sentir protegida e de contar com a ajuda de outras pessoas.

Os **impulsos** que regem a vida de Lavanda são os impulsos amorosos, mostrando que tem a tendência de aproximar-se de outras pessoas e de realizar trocas de sentimentos construtivos.

A **ansiedade** que predomina foi a depressiva, o que indica que a participante possui aspectos de aglutinação, resolução e articulação de questões relacionadas à sua vida.

O **mecanismo de defesa** apresentado encerra-se na racionalização.

#### 4.2.1.6 Nome da estória: “*A vida real*”

Em sua entrevista, Lavanda relata a dura trajetória na busca por melhor qualidade de vida diante do transplante renal. O momento mais difícil dessa etapa, segundo ela, foi quando houve a rejeição do primeiro órgão transplantado, causando muito medo e desespero, e uma nova procura de um doador compatível.

Ela deixa claro sua gratidão aos familiares que lhe deram apoio, aos dois rins transplantados e à grande amizade que nutre por seus colegas da época, e que estão presentes até hoje.

A principal divergência entre a entrevista e o desenho-estória é que, na primeira etapa, ela relata não possuir nenhum problema com sua autoimagem e com sua autoestima, mas tenta esconder as cicatrizes do pescoço com os cabelos. Durante a segunda etapa, apesar de fazer um desenho colorido, sua personagem principal está vestida e, curiosamente, não apresenta nenhuma cicatriz, apesar de ter sido orientada a fazê-lo.

O título de estória parece demonstrar a negação consciente e inconsciente dessas cicatrizes, apesar de, todo tempo, afirmar o contrário.

### 4.3 História de Tulipa

*“Ou eu vou conviver muito bem com ela, ou a gente vai brigar para sempre!  
Então eu vou ficar de bem, que vai valer mais a pena!”*

Tulipa tem 30 anos, é solteira, não possui filhos, mora com os pais e seus três irmãos. Possui curso superior completo e atualmente é agente administrativo. A paciente adquiriu a primeira cicatriz em 2012, devido a um grave acidente entre sua moto e uma Land Rover que a arrastou por dez metros, ocasionando várias cicatrizes na cabeça.

Três anos depois, fez uma cirurgia no braço, e precisou fazer enxerto de músculo, quando nervos foram retirados de sua coxa e implantados em seu braço, ocasionando grandes cicatrizes no ombro e na coxa direita. Algumas cicatrizes no rosto foram eliminadas por meio de cirurgia plástica, pois nessas formaram queloides, os quais coçavam muito e incomodavam bastante, causando muita tristeza e dor. Inclusive, Tulipa chegou a ficar meses sem olhar no espelho e sem vontade de viver. Em relação as outras cicatrizes, sente-se, sim, incomodada, principalmente com as cicatrizes da coxa direita, visto que, segundo ela, são “feias e profundas”.

#### 4.3.1 Categorias temáticas

##### 4.3.1.2 Categoria 1: Impactos da cicatriz na vida pessoal e familiar

Com relação aos impactos da cicatriz na vida pessoal e familiar, Tulipa expressa que houve apoio familiar, *“A minha mãe deu muito suporte, minha família...”*. Porém, percebeu também que houve preconceito familiar, preconceito religioso, recriminação: *“Tenho preconceito da família, minha família é muito católica”!* *“Tenho preconceito religioso, porque as pessoas acham que se você não sarou, foi por falta de fé. Que você não se curou por falta de fé... Meu vô fica batendo na mesma tecla...”*.

Além dessas percepções, passou por traição por parte do namorado, e também o rompimento da relação: *“Sim. Terminamos! (Risos). Eu sofri acidente e três meses depois ele estava namorando com a enfermeira...”*.

Apesar das dificuldades familiares, ela demonstra força, aceitação e resiliência: *“quando eu olho para as minhas cicatrizes, não é nada que me impossibilite. É difícil? É! Mas não é nada que me segure.”* *“O problema é que a gente põe muitas barreiras. Se eu tivesse*

*aceitado logo de cara, quando tudo aconteceu, tinha evitado anos de sofrimento; tinha aprendido mais coisas, que eu comecei a fazer depois. Então, sofre menos quem aceita melhor!”*

Tulipa comenta que não é religiosa, porém cita a espiritualidade: *“Eu não tenho religião, e eu vejo que a minha salvação não era corporal, era espiritual!”*.

Para Tulipa, os principais elementos em relação aos impactos da cicatriz na vida pessoal e familiar são: **apoio familiar, preconceito familiar, preconceito religioso e recriminação**. Em relação ao seu namorado, ela teve **traição e rompimento da relação**. Sua **espiritualidade** é citada, bem como sua **força, aceitação e resiliência**.

#### 4.3.1.3 Categoria 2: Impactos da cicatriz na vida social

Com relação aos impactos da cicatriz na vida social, Tulipa compartilha que vivenciou por parte das outras pessoas, curiosidade e violação da intimidade: *“Todo mundo que me via, ou que lembrava de mim, me perguntava ‘o que aconteceu?’”*. *“As crianças queriam ver e pôr a mão... o tempo todo me fazendo lembrar”*.

Pessoalmente, Tulipa conta ter sentido, em várias ocasiões, vergonha e insegurança: *“Um dia que eu resolvia por um short, as pessoas diziam:” Nossa! Que cicatriz enorme! “Aí eu tinha menos vontade ainda de colocar”*.

Por outro lado, a percepção da participante é de que teve apoio e incentivo no ambiente de trabalho: *“Uns dois anos de trabalho no S. fez um calor absurdo. Então que eu fazia: eu vinha de Pinda até aqui, de regata e me trocava. Um dia minha chefe falou: “porque que você troca?”. “Fica de regata!”. “Daí ela foi falando que não tinha nada a ver... que nem parecia tanto assim”*.

Para Tulipa, os principais elementos em relação aos impactos da cicatriz na vida social são: **curiosidade e violação da intimidade**. Pessoalmente, sentiu: **vergonha e insegurança**.

Sua percepção é que no ambiente de trabalho ela recebeu **apoio e incentivo**.

#### 4.3.1.4 Categoria 3: Impactos da cicatriz na autoestima e aceitação do próprio corpo

Para Tulipa, suas primeiras impressões foram de desconforto físico com as sequelas e dor: *“porque como é no ombro, qualquer coisa que você vai olhar no espelho, ela já estava aqui... ela ficou bem alta, vermelha, grossa”*. *“Às vezes nos dias que está muito calor elas coçam muito! E o braço inteiro ia ficando vermelho”*. *“ Eu me incomodava fisicamente, ela era*

*desagradável”, ” por muito tempo ficou machucando...”. “Porque no rosto ia ficar assim cada vez maior e por tomar sol também, vai ficando escuro e vai formando bolhas”.*

Também foi sentido por ela, uma falta de vontade de viver e dificuldades de aceitação da autoimagem: *“Eu fiquei meses sem me olhar no espelho, de não querer ter vida mesmo. Uma situação bem difícil!” “ Não me agradava quando eu olhava no espelho e aí eu tinha que ficar procurando roupas adequadas”.*

Ela relata também ter passado por preocupações com a aparência, frustração e falsas expectativas em relação às cicatrizes: *“Não gosto da aparência delas, porque para ajudar eu tive que loide”. “Então, elas me deixaram um pouco frustrada”. “Eu sabia que ia ficar uma cicatriz grande, mas eu achava que ia ficar uma linha fininha, bonitinha, como todo mundo... e a minha não ficou!”. “Fiz tratamento depois, mas ela não ficou com aparência legal”.*

O uso da roupa como proteção (escudo) foi narrado por ela: *“Por um tempo me incomodava bastante... de eu usar só casaco... podia estar o calor que fosse...”. “o tempo todo, procurava sempre uma roupa que cobrisse”. “E aí só usava calça, calça, calça”.*

Tulipa passou por ressignificação da autoimagem e por reconciliação com a autoimagem: *“Principalmente a que eu tinha no rosto... eu fiz plástica”. “Quando eu olho para elas eu tenho que falar: a gente tá de bem!!!”.*

Também demonstrou sentir que as cicatrizes foram incorporadas à sua identidade, aceitação, tranquilidade e incorporação ao próprio corpo: *“Antes sim! Hoje não! Hoje eu me dou super bem com elas!”. “Eu vivo bem com elas, mas no começo não é legal. [...] ela faz parte sim, de mim!”. “Hoje eu já não ligo mais... sou bem tranquila...”. “fui comprando uma regata e agora já ando até de biquíni”*

Para Tulipa, os principais elementos em relação aos impactos da cicatriz na autoestima e aceitação do próprio corpo são: **desconforto físico com as sequelas, dor, falta de vontade de viver, dificuldades de aceitação da autoimagem, preocupações com a aparência, frustração, falsas expectativas em relação às cicatrizes, o uso da roupa como proteção (escudo), ressignificação da autoimagem, reconciliação com a autoimagem, aceitação, tranquilidade e incorporação ao próprio corpo.**

#### 4.3.1.5 Desenho-estória com tema

Os resultados obtidos no Desenho-estória com Tema mostraram que a participante Tulipa tem como **atitude básica** a aceitação, a insegurança, a identificação positiva e a identificação negativa.

A **figura significativa** apresentada foi a figura materna positiva e a figura fraterna positiva.

Os **sentimentos expressos** apresentados foram os sentimentos derivados do instinto de vida e os sentimentos derivados do conflito.

As **tendências e desejos** apresentados foram necessidade de suprir faltas básicas e tendências construtivas, sendo assim a participante tende a ter atitudes e desejos que levam à construção, ao crescimento, apesar de demonstrar a necessidade de se sentir protegida e de contar com a ajuda de outras pessoas.

Os **impulsos** que regem a vida de Tulipa são os impulsos amorosos, mostrando que tem a tendência de aproximar-se de outras pessoas e de realizar trocas de sentimentos construtivos.

A **ansiedade** que predomina foi a depressiva, o que indica que a participante possui aspectos de aglutinação, resolução e articulação de questões relacionadas com sua vida.

Os **mecanismos de defesa** apresentado foi a racionalização.

#### 4.3.1.6 Nome da estória: “*Senhora resiliência*”

Durante seu relato, Tulipa exterioriza toda sua raiva, indignação e dor por ter sido atropelada e largada para trás, sem ter sido socorrida pelo motorista causador do acidente, que lhe trouxe enormes cicatrizes pelo corpo, inclusive em sua face. Além disso, conta sobre o fato de ser traída por seu namorado e por sua enfermeira no momento mais difícil de sua reabilitação.

Tulipa teve momentos difíceis em sua recuperação, passando por preconceito, vergonha, sem querer se olhar no espelho, culminando na falta de vontade de viver. Após a realização da cirurgia plástica que eliminou (quase que totalmente) suas cicatrizes no rosto, fez as pazes com o espelho, exibindo uma figura de mulher exuberante, bonita, bem arrumada, sorridente e ensolarada. Demonstra encarar suas limitações e cicatrizes com otimismo e resiliência.

Resiliência essa expressa também no título e em toda a sua estória que conta com várias personagens reais e todas elas mostram um pouco das situações e sentimentos vivenciados por

ela ao longo de sua trajetória: dor, falta de vaidade, vergonha, mutilação, incomodo, tristeza, reconstrução da autoimagem e gratidão.

Então, os dois instrumentos são convergentes, conforme ilustra esta sua frase, que parece ter sido proferida para ela mesma: *“Ela tem a cicatriz e ela tem uma vida tão boa!”*.

O título da estória é bastante apropriado, principalmente por retratar seu modo de conduzir a vida.

## 5 DISCUSSÃO

Neste item, todas as participantes foram analisadas quanto aos impactos sofridos diante da vida pessoal, familiar e social, representadas em quadros representativos. Veja:

Quadro 2 - Impactos da Cicatriz na Vida Pessoal e Familiar

<b>CATEGORIA 1</b>	
<b>JASMIM</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Aceitação</li> <li>• Admiração</li> <li>• Apoio familiar</li> <li>• Desespero</li> <li>• Vontade de desistir da vida</li> <li>• Espiritualidade</li> <li>•</li> </ul>
<b>LAVANDA</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Apoio familiar</li> <li>• Hospitalidade</li> <li>• Acolhimento</li> <li>• Mudança de rotina</li> <li>• Bloqueio emocional</li> <li>• Apoio do companheiro</li> <li>• Fortalecimento do vínculo</li> <li>• Trauma do companheiro</li> <li>• Dificuldades</li> <li>• Preocupação</li> <li>• Nervosismo</li> </ul>
<b>TULIPA</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Apoio familiar</li> <li>• Preconceito familiar</li> <li>• Preconceito religioso</li> <li>• Recriminação</li> <li>• Traição</li> <li>• Rompimento da relação</li> <li>• Espiritualidade</li> <li>• Força</li> <li>• Aceitação</li> <li>• Resiliência</li> </ul>

Fonte: Dados da pesquisa de campo

Podemos perceber que em relação aos impactos das cicatrizes na vida pessoal e familiar, o apoio familiar esteve presente na história das três participantes. Esse aspecto vai ao encontro do que afirma Angerami-Camon (2011), quem diz que a família passa a ter um papel decisivo no auxílio e na adaptação da paciente nesses períodos difíceis da vida, ajudando (ou comprometendo) o trabalho da equipe de saúde.

Para Giacomini e Galvan (2005, apud BIANCHINI; DELL'AGLIO, 2006), a família exerce um papel fundamental no processo de hospitalização, por meio do apoio emocional,

acolhimento e incentivo, tornando-se, na maioria das vezes, determinante no prognóstico do tratamento, bem como na sua recuperação.

A família aparece como fonte de apoio e força e torna-se fundamental para que a mulher enfrente a doença e o tratamento sem desanimar, tornando os caminhos a serem percorridos menos agoniantes e sofridos. Acredita-se que a família, ao manter-se unida nesse momento, ajuda no fortalecimento da paciente (FEIJÓ et al.,2009).

Dois participantes relataram a espiritualidade em suas entrevistas, em diferentes intensidades. Os autores Fleck et al. (2003) afirmam que a religiosidade/ espiritualidade é uma estratégia de enfrentamento importante diante de situações consideradas difíceis, como é o caso do diagnóstico de uma doença que produz um grande impacto na vida da paciente, cujo tratamento é permeado de eventos estressores.

Jasmim e Tulipa, em categorias diferentes (1 e 3), e por razões diferentes, uma em decorrência das dificuldades enfrentadas diante da DRC, e a outra participante decorrente das cicatrizes propriamente ditas, relatam a perda da vontade de viver.

Borges et al. (2018), em seus estudos, afirmam que as alterações físicas e psicológicas levam às ideias, às tentativas e a atos suicidas. Define-se suicídio como um ato consciente de autodestruição, ato intencional de uma pessoa em dar fim a sua própria vida. Tentativa de autoextermínio é todo caso de morte resultante direta ou indiretamente de um ato positivo ou negativo da vítima, de forma intencional, na qual se deflagra a morte, como a perda da vontade de viver, o desejo ou a intenção de autodestruição. Apesar de nenhuma das duas participantes terem relatado tentativa de suicídio, de fato, o desejo de morrer esteve presente em algum momento da doença ou da recuperação.

Jasmim, Lavanda e Tulipa, em vários momentos, relataram que tiveram limitações em suas atividades, sejam elas em casa, na escola, no trabalho, etc. A respeito disso, Angerami-Camon (2011, p. 50) conceitua que: “limitação de atividades – pode ser ocasionada pela própria doença ou tratamento, com déficit temporário ou definitivo de locomoção, postural, de comunicação, proporcionando campo para a passividade frente à hospitalidade e à vida”.

Veja o exemplo no quadro abaixo.

Quadro 3 - Impactos da Cicatriz na Vida Social

CATEGORIA 2	
JASMIM	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Dificuldades escolares</li> <li>• Perda de autonomia</li> <li>• Fraqueza física</li> <li>• Comoção</li> <li>• Surpresa</li> <li>• Curiosidade</li> <li>• Bom humor</li> <li>• Levar na brincadeira</li> <li>• Não se deixar desesperar</li> <li>• Entendimento</li> <li>• Espiritualidade</li> <li>• Aceitação</li> </ul>
LAVANDA	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Mudança de percepção</li> <li>• Perda de autonomia</li> <li>• Mudança de rotina</li> <li>• Apoio dos amigos</li> <li>• Esforço coletivo</li> <li>• Medo da perda</li> <li>• Alegria</li> <li>• Amizade</li> <li>• Surpresa</li> <li>• Curiosidade</li> <li>• Constrangimento</li> <li>• Tentativa de manter a normalidade</li> <li>• Cuidado</li> <li>• Adaptação</li> </ul>
TULIPA	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Curiosidade</li> <li>• Violação da intimidade</li> <li>• Vergonha</li> <li>• Insegurança</li> <li>• Apoio e incentivo</li> </ul>

Fonte: Dados da pesquisa de campo

Em relação aos impactos das cicatrizes na vida social, todas as participantes, comentam suas dificuldades em relação à perda da autonomia, seja ela em decorrência da DRC, ou do acidente que a paciente Tulipa sofreu, não especificamente em decorrência das cicatrizes. Porém, o tema é de extrema relevância, sendo abordado por Angerami-Camon (2011, p. 50):

A doença, hospitalização e tratamento ocasionam a perda do controle sobre o destino da pessoa, que pode ser percebida como total ou parcial, variando para a compreensão do fenômeno a inter-relação entre os limites e as possibilidades reais impostos pela crise do adoecer e a forma de elaboração da doença e a flexibilidade existente na equipe de saúde e família, ou seja, se é incentivado ou não o exercício da autonomia e condição de agente sobre sua própria vida no que concerne ao paciente assistido por essa.

Otimismo e o bom humor foram características observadas apenas na participante Jasmim, e segundo Straub (2007) pessoas otimistas vivem vidas mais longas e mais saudáveis. Quando internadas, ficam menos tempo hospitalizadas e têm uma recuperação mais rápida que pessoas pessimistas e negativistas.

Dois sentimentos relatados apenas pela participante Tulipa com relação às suas cicatrizes no âmbito social foram a insegurança e os conflitos percebidos como violação da intimidade. Angerami-Camon (2011) conceitua que a insegurança é uma sensação de perda de referências familiares, indica fragilidade do ego e pode estar presente em estados ansiosos, como neste caso, então relacionados com a situação de doença e de hospitalização. Ainda de acordo com o mesmo autor, conflitos em relação à privacidade é a “alteração na condição de intimidade, podendo ser devido à despersonalização gerada pela internação, como relacionada à história da pessoa, com a perda da sensação de particularidade e acompanhada de sensação de invasão” (ANGERAMI-CAMON, 2011, p. 50).

As participantes Lavanda e Tulipa comentam que tiveram, em suas histórias, apoio e incentivo dos amigos, colegas de escola e companheiros de trabalho, bem como o esforço coletivo de todos, mostrando a importância do suporte emocional. Em relação a este tema, Siqueira e Padovan (2007), citando Adam, King, King (1996); Helgeson, Cohen (1996) e Seeman (1998), conceituam que o suporte recebido de pessoas com as quais se mantém fortes e significativos laços de amizade, em quem confia-se para ajudar, apoiar e ouvir nos momentos difíceis, deve ser denominado de suporte social emocional, que pode ser verbal ou não verbal.

Todo esse cuidado faz com que a pessoa se sinta respeitada e amada por alguém que se preocupa com ela e que é capaz de lhe dar um *feedback* positivo e também demonstrar empatia. Percebemos que esse suporte social emocional se mostrou um importante fator de proteção para o enfrentamento das dificuldades advindas da doença, do acidente e das cicatrizes, possibilitando enfrentamento e desenvolvimento de resiliência.

Quadro 4 -Impactos da Cicatriz na autoestima e aceitação do próprio corpo

<b>CATEGORIA 3</b>	
<b>JASMIM</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Aceitação</li> <li>• Incorporação à sua identidade</li> <li>• Força</li> <li>• Vitória</li> <li>• Resiliência</li> </ul>
<b>LAVANDA</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Desespero</li> <li>• Incômodo</li> <li>• Aceitação</li> <li>• Força</li> <li>• Vitória</li> <li>• Resiliência</li> </ul>
<b>TULIPA</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Desconforto físico com as sequelas</li> <li>• Dor</li> <li>• Falta de vontade de viver</li> <li>• Dificuldades de aceitação da autoimagem</li> <li>• Preocupações com a aparência</li> <li>• Frustração</li> <li>• Falsas expectativas em relação às cicatrizes</li> <li>• Uso da roupa como proteção (escudo)</li> <li>• Ressignificação da autoimagem</li> <li>• Reconciliação com a autoimagem</li> <li>• Aceitação</li> <li>• Tranquilidade</li> <li>• Incorporação ao próprio corpo.</li> </ul>

Fonte: Dados da pesquisa

Em relação aos impactos da cicatriz na autoestima e aceitação do próprio corpo, a resiliência foi um item que apareceu nos relatos das três participantes. Podemos dizer que a resiliência se fez presente nas três experiências.

Diante das inúmeras definições de termo, escolheu-se uma que foi feita por Souza e Cerveny (2006), que em contato com fatores estressores, a resiliência é desenvolvida:

[...] a resistência é resultado, tanto de herança genética, quando do contato com microorganismos ou elementos microestressores – se assim pode-se denomina-los- o que torna o organismo resistente e/ou imune a determinadas enfermidades. Supõe-se, então, que a resiliência definida como resistência também só possa ser desenvolvida por meio do contato das pessoas com estressores os quais consegue superar (SOUZA; CERVENY, 2006, p. 26).

Segundo Martins et al. (2016), na comparação feita pelos autores supracitados, a resistência não é comparada com invulnerabilidade, que é quando uma pessoa não se deixa afetar

por eventos que são estressores. Morais e Koller (2004, apud BIANCHINI; DELL'AGLIO, 2007, p. 428) afirmam que a “resiliência é entendida como uma reafirmação da capacidade humana em superar adversidades, mas que isto não significa dizer que o indivíduo saia da crise ileso, como implica o termo invulnerabilidade”. As autoras defendem que as bases da resiliência são tanto constitucionais quanto ambientais, que significa que não existe uma quantidade fixa de resiliência em um paciente e/ou indivíduo e, sim, que o modo mais sadio de lidar com a crise pode variar de acordo com as circunstâncias.

Faz-se necessário conceituar também o termo, no contexto da doença:

Pensa-se em indivíduos que apresentam resiliência frente às mais variadas situações problemáticas, mas quer-se destacar aqui a doença como a principal delas. A resiliência, neste contexto, seria a capacidade de um indivíduo lidar com a doença, aceitando suas limitações, colaborando com aderência ao tratamento, readaptando-se e sobrevivendo de forma positiva (BIANCHINI; DELL'AGLIO, 2006, p. 430).

Na narrativa da participante Tulipa, observamos uma enorme preocupação com sua aparência e com a aceitação de sua autoimagem. Sobre este assunto, conceitua o autor, Schacter (1962, apud PITANGUY; SALGADO, 2010, p. 358) “quando e se, devido a um acidente ou doença, algo ocorre que destrói ou modifica qualquer parte do nosso corpo, nós necessitamos reorganizar completamente a nossa própria imagem e, enfim, a concepção que fazemos de nós mesmos”.

A deformidade afeta o comportamento da pessoa e do grupo que, por sua vez, com o seu comportamento prejudica no senso subjetivo que a pessoa tem da deformidade. Torna-se claro que é importante então avaliar de onde procede o paciente. Além disso, muitas vezes são “produzidos” conceitos de beleza segundo a moda “do momento”. Por outro lado, enquanto pessoas de determinada cultura podem considerar as cicatrizes como uma mutilação grosseira, para outras, como, por exemplo, algumas tribos africanas, elas representam sinal de *status* e motivo de grande orgulho e ostentação (PITANGUY; SALGADO, 2010).

A participante Tulipa afirma que decidiu fazer cirurgia plástica nas cicatrizes que havia no rosto *por não suportar olhá-las no espelho*. De acordo com Pitanguy e Salgado (2010, p. 360), a face é a identificação do ser com o mundo. Por meio dela expressamos nossas emoções. Por outro lado, muitos interpretam as características estruturais da face como indício da personalidade ou do caráter. Quando existe uma deformidade na face, não altera simplesmente a face da pessoa, “pois as incisões vão além da superfície cutânea, atingindo também a psique e acarretando, às vezes, mudanças súbitas e profundas no caráter e na personalidade”.

Assim, após a cirurgia plástica na face, Tulipa demonstra ter alcançado a ressignificação e a reconciliação da autoimagem. Para Pitanguy e Salgado (2010, p. 360), a questão fundamental dessa mudança não se encontra apenas na reconstrução da imagem física. Na realidade, “o retrato que cada pessoa faz de si, ou seja, sua autoimagem, é o que constitui o verdadeiro cerne da individualidade e do seu comportamento. Através da reconquista do respeito próprio e da autoconfiança, o paciente promoverá o redimensionamento do “seu eu”.

Outro sentimento relatado apenas pela participante Tulipa foi a frustração, que de acordo com Angerami-Camon (2011), é uma reação normal da pessoa estando diante de privação ou perdas de prazer. Pode acontecer durante a hospitalização, por meio de condutas que por ventura não deram certo, além da vida comprometida pela perda da saúde. Geralmente está associada aos estados depressivos (característica passiva), mas também pode estar relacionada com a fase da revolta, com energia mobilizada pela raiva (característica ativa).

Os sentimentos de força e vitória são relatados de maneira muito enfáticas pelas participantes Lavanda e Jasmim, quando adquiriram as cicatrizes em decorrência do transplante renal. Em relação a esse assunto, Baron (2010, p. 384), corrobora os relatos das participantes:

O transplante, como processo, envolve constantemente certa complexidade. Várias dimensões chamam a atenção, a começar pela doença até a pouco letal, e passando pela decisão da terapêutica heroica, que substituirá a dependência da máquina pela espera angustiante de um órgão, pela eleição e preparo de um doador, pelas esperanças e frustrações do paciente renal (receptor) e chegando até um resultado vitorioso ou fracassado. Mesmo assim, parece compensadora tal atividade, pois o que se busca é prolongar vidas a serem usufruídas sem sofrimento, o que se faz enfrentando morte e triunfando sobre ela.

Ainda em relação a esses impactos, as três participantes afirmam que após um tempo de adaptação houve a aceitação. Sob essa perspectiva, Angerami-Camon (2011, p.18) afirma que aceitação é “estado psicológico onde há compreensão real dos limites e possibilidades impostas pela doença, hospitalização, tratamento e a vida, com a ocorrência de flexibilidade e fluência para lidar com a crise que se instalou”. Nesse caso, a ansiedade está em um nível suportável para o paciente, familiares e equipe de saúde.

De acordo Stedeford (1986, apud ANGERAMI-CAMON, 2011, p.18): “A aceitação não é o mesmo que a ressignificação. É uma avaliação realística da situação clínica, conforme esta muda, com a determinação de se ajustar da maneira mais adequada possível”.

Para Guedes et al (2005), a maneira de reagir frente à doença diferencia-se de pessoa para pessoa. Algumas buscam apoio na fé, nos amigos e familiares e em outras, por exemplo,

nos profissionais de saúde, o que proporcionou a essas mulheres uma diminuição dos sentimentos negativos referentes à imagem corporal. Porém, nenhuma delas, estiveram imunes após cirurgia e ao acidente, de sentir, além de ansiedade, medo, depressão e outros, também as vivências traumáticas (QUINTANA; KALIL, 2012).

A palavra trauma é utilizada para referir-se a acidentes corporais e também aplicado a fenômenos psicológicos, trazendo ao conceito de traumatismo psicológico a noção de casualidade e tratamento. Assim, culminou na proposta de diagnóstico Transtorno de Estresse Pós-Traumático (TEPT) na Classificação Diagnóstica Americana em sua terceira versão (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders-DSM-IV) (CARNEIRO et al., 2009, apud QUINTANA; KALIL, 2012).

O TEPT é definido como um conjunto de reações associadas à memória do evento traumático, o qual é decorrente de uma vivência de ameaça à vida, com possibilidade de morte, por exemplo, acidentes automobilísticos, desastre natural e ser portador de uma doença grave com risco de morte. Outras situações potencialmente traumáticas são consideradas, como a notícia de morte inesperada, morte ou lesão experimentada por membro da família ou pessoa próxima, portanto não sofrida diretamente pelo indivíduo (JACKSON et al., 2007 apud QUINTANA; KALIL, 2012).

Apesar das três participantes terem passado por eventos traumáticos, que ameaçaram suas vidas e culminaram nas cicatrizes, as percepções e as vivências foram diferentes. No depoimento de Jasmim e Lavanda, percebemos mecanismos de enfrentamento eficientes para a manutenção de suas integridades psíquicas. São eles: sentimentos conformação, quando aceitaram as mudanças ocorridas de forma positiva e de sublimação, ao tentarem minimizar os danos trazidos pela doença e pelo transplante. A maneira com a qual estas mulheres reagiram frente aos seus problemas e os mecanismos dos quais utilizaram para enfrentá-los estão intimamente relacionados às suas crenças, a seus valores e ao apoio que receberam dos seus familiares, dos amigos e da equipe de saúde (GUEDES et al, 2005).

Diferentemente das duas, Tulipa apresentou uma vivência persistente e intensa das memórias do acidente que se manifestaram de maneira intrusiva sem controle, gerando sofrimento psicológico, manifestações fisiológicas semelhantes às ocorridas durante o evento, comportamento de esquiva e excitabilidade persistentes (SUKANTARAT; GREER; BRETT, WILLIAMSON, 2007 apud QUINTANA; KALIL, 2012).

Percebemos, portanto, que quando uma cicatriz advém da doença, que é vencida com o tratamento, ela é aceita de maneira mais natural, possibilitando a estas mulheres pesquisadas uma reflexão sobre seu modo de sentir e agir diante de situações difíceis, permitindo-lhes uma

maior valorização pessoal, à medida que aumenta a percepção de si como pessoas mais fortes e capazes de superar tal experiência de uma maneira satisfatória e digna (GUEDES et al, 2005).

Em contrapartida, quando a cicatriz é adquirida por um acidente, percebemos que o sofrimento trazido pelo evento, culminando em sequelas físicas e psicológicas, passam por um caminho árduo e longo, com sentimento de revolta e de abandono por parte do causador do acidente (QUINTANA; KALIL, 2012). Porém, após vencer essa demorada etapa de maneira satisfatória, a cicatriz é percebida como sinal de resiliência e aceita como parte de sua história.

Estas três mulheres em foco, cada qual a seu tempo, perceberam-se como “mulheres normais” e procuraram existir e lidar com seus desejos e projetos, continuando, enfim, a sua existência.

## 6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Aqui temos que, em primeiro momento, os principais impactos na vida familiar e social dessas mulheres não foram em decorrência, especificamente, das cicatrizes; e, sim, devido à Doença Renal Crônica ou do acidente automobilístico. O primeiro sentimento que se instala é de desespero, por não se entender a situação imediatamente: seja pelo medo da morte ou de sequelas físicas, pelo ambiente hospitalar amedrontador, pelo momento de crise que se instalou com a enfermidade e/ou com todas as mudanças de rotina impostas pela situação. Diante desse cenário, todos esses sentimentos são preponderantes na vida das pacientes e de seus familiares.

Com a adaptação da situação e o **apoio familiar**, essas mulheres tiveram mais força para enfrentar as enfermidades, com recuperação mais rápida e, por consequência, aceitaram suas cicatrizes, tanto do transplante, quanto do acidente. Assim, percebemos a importância primordial do apoio familiar na reabilitação dessas mulheres.

Com relação especificamente às cicatrizes, podemos concluir que as mulheres, que as adquiriram em decorrência do transplante renal, percebem essas marcas como um sinal de **força e vitória**, e essas cicatrizes são aceitas como parte de sua identidade e de sua autoimagem de forma natural. Quando as cicatrizes foram adquiridas em consequência de um acidente, os sentimentos de raiva, revolta, vergonha, frustração e dificuldades de aceitação da autoimagem, são marcantes, e o caminho para a reconciliação com a autoimagem é muito mais longo e dolorido, porém a **resiliência** surge para ressignificar a vida dessa mulher. Podemos dizer que, no princípio, as cicatrizes afetaram a autoimagem das participantes, mas depois elas foram aceitas e incorporadas e, hoje, a imagem corporal foi reestabelecida e a autoestima não é afetada.

Esse estudo mostra-se relevante, pois apresenta um assunto pouquíssimo abordado pela área da Psicologia em relação à produção científica. É significativo pelo grande número de mulheres afetadas por cicatrizes e que não encontram apoio psicológico no momento da internação.

Neste trabalho foi possível apurar que nenhuma das três participantes tiveram atendimento psicológico enquanto estavam no ambiente hospitalar, ou logo após os eventos que culminaram nas cicatrizes. Assim, orientar profissionais que atendem a essa população em hospitais, no ambulatório ou “à beira do leito”; no atendimento de pacientes e de seus familiares individualmente ou em grupos; em clínicas particulares; em postos de saúde; para desenvolver uma cartilha explicativa, entre outros, pode ser de grande valia para futuras intervenções que esses profissionais possam realizar.

Diante do exposto, como propostas para futuras investigações, sugerimos pesquisas com mulheres que sofreram lesões físicas ocasionadas por seus parceiros; com mulheres que tiveram cicatrizes por cirurgias plásticas malsucedidas; com uma população masculina acometida por cicatrizes; com pessoas de ambos os sexos, que realizaram cirurgias bariátricas; com pessoas que possuem cicatrizes auto infringidas; com pessoas que sofreram queimaduras, com pessoas que nasceram com algum tipo de cicatriz. Então, pelo presente estudo aqui desenvolvido, abre-se um grande leque de possibilidades a serem exploradas.

## REFERÊNCIAS

- ABREU, P. W. *O coração e as suas marcas no corpo*. Psicologia-Pedra Branca, 2008.
- ANDRADE, M. M. *Introdução à metodologia do trabalho científico: elaboração de trabalhos na graduação*. 10 ed. São Paulo: Atlas, 2010.
- ANGERAMI-CAMON, V. A. *Psicologia Da saúde: Um Novo Significado Para a prática clínica*. Pioneira Thomson Learning, 2002.
- \_\_\_\_\_. *E a Psicologia Entrou No Hospital*. São Paulo: Cengage Learning, 2011.
- ASSIS, M. *Obra completa*. Rio de Janeiro: Nova Aguilar, 1985. vol. 3
- BAPTISTA, M. N.; BAPTISTA, A. S. D.; DIAS, R. R. A Psicologia da Saúde no Mundo e a Pesquisa no Contexto hospitalar. In: BAPTISTA, M. N.; DIAS, R. R. *Psicologia Hospitalar: Teoria, aplicações e casos clínicos*. 2 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2017.
- BARON, M. Transplante Renal. In: MELLO, Júlio de (Org.). *Psicossomática hoje*. Porto Alegre: Artes Médicas, 2010. cap. 38, p. 376-384.
- BIANCHINI, D. C. S.; DELL'AGLIO, D. D. Processos de resiliência no contexto de hospitalização: um estudo de caso. *Ribeirão Preto: Paidéia*, v. 16, n. 35, 2006. p. 427-436
- BORGES, R. T. et al. O empoderamento da mulher queimada por autoimolação e sua sustentação na religião e espiritualidade. *Revista Brasileira em Promoção da Saúde*, v. 31, n. 4, 2018.
- CANDIDO, L. C. *Nova abordagem no tratamento de feridas*. São Paulo: Senac, 2001.
- CAPISANO, F. H. Imagem Corporal. In: MELLO, Júlio de (Org.). *Psicossomática hoje*. Porto Alegre: Artes Médicas, 2010. cap. 18, p. 255-273.
- CAPITÃO, C. G.; BAPTISTA, M. N. Avaliação Psicológica da Saúde: Um Campo em Construção. In: BAPTISTA, M. N.; DIAS, R. R. *Psicologia Hospitalar: Teoria, aplicações e casos clínicos*. 2 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2017.
- CASTRO, T. G.; ABS, D.; SARRIERA, J. C. *Análise de conteúdo em pesquisas de Psicologia*. *Psicologia Ciência e profissão*, v. 31, n. 4, 2011.
- CERVO, A. L.; BERVIAN, P. A. *Metodologia científica*. 5 ed. São Paulo: Prentice Hall, 2002.
- CRUZEIRO, H. C. S.; ARAÚJO, R. G. N. Aspectos psicológicos do portador de feridas. In: JORGE, Sílvia A.; DANTAS, Sônia R. P. E. *Abordagem multiprofissional do tratamento de feridas*. São Paulo: Atheneu, 2005.
- DEALEY, C. *Cuidando de feridas: um guia para enfermeiras*. 2 ed. São Paulo: Atheneu, 2001.

DE JESUS, P. B. R.; DOS SANTOS, I.; BRANDÃO, E. S. *A autoimagem e a autoestima das pessoas com transtornos de pele: uma revisão integrativa da literatura baseada no modelo de Callista Roy*. Aquichan, v. 15, n. 1, p. 6, 2015.

FERREIRA, D. M.; CASTRO-ARANTES, J. M. Câncer e corpo: uma leitura a partir da psicanálise. *Analytica: Revista de Psicanálise*, v. 3, n. 5, p. 37-71, 2014.

FLECK, M. P. A. et al. Desenvolvimento do WHOQOL, módulo espiritualidade, religiosidade e crenças pessoais. *Revista de Saúde Pública*, v. 37, p. 446-455, 2003.

GIL, A. C. *Métodos e técnicas de pesquisa social*. 5 ed. São Paulo: Atlas, 1997.

\_\_\_\_\_. *Como elaborar projetos de pesquisa*. 4 ed. São Paulo: Atlas, 2002.

GUEDES, M. V. C. et al. Adaptação psicossocial do adolescente pós-transplante renal segundo a teoria de Roy. *Investigación y educación en enfermería*, v. 23, n. 1, p. 68-77, 2005.

HANNICKEL, S. et al. *O comportamento dos laringectomizados frente à imagem corporal*. *Rev. bras. cancerol*, v. 48, n. 3, p. 333-9, 2002.

HARRIS, M. I. N.C. *Pele: Estrutura, propriedades e envelhecimento*. São Paulo: Senac, 2003.

\_\_\_\_\_. *Pele: Do nascimento à maturidade*. São Paulo: Senac, 2016.

HOFFMANN, F. S. et al. *A integração mente e corpo em psicodermatologia*. *Revista Psicologia-Teoria e Prática*, v. 7, n. 1, 2005.

LAHAM, Cláudia Fernandes. Peculiaridades do atendimento psicológico em domicílio e o trabalho em equipe. *Psicol. hosp. (São Paulo)*, São Paulo, v. 2, n. 2, dez.2004. Disponível em <[http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1677-74092004000200010&lng=pt&nrm=iso](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1677-74092004000200010&lng=pt&nrm=iso)>. Acesso em 07 set.2019.

PREGNOLATTO, A. P. F.; AGOSTINHO, V. B. M. O Psicólogo na Unidade de terapia Intensiva – Adulto. In: BAPTISTA, M. N.; DIAS, R. R. *Psicologia Hospitalar: Teoria, aplicações e casos clínicos*. 2 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2017.

MARTINS, M. C. F. et al. Resiliência: uma breve revisão teórica do conceito. In: REZENDE, M. M.; HELENO, M. G. V. *Psicologia e Promoção de Saúde em Cenários Contemporâneos*. 2 ed. São Paulo: Vetor, 2016.

MENEGHIN, P.; VATTIMO, M. F. F. Fisiopatologia do processo cicatricial. In: JORGE, S. A.; DANTAS, S. R. P. E. *Abordagem multiprofissional do tratamento de feridas*. São Paulo: Atheneu, 2005.

MONTAGU, A. *Tocar o significado humano da pele*. São Paulo: Summus, 1988.

MORAES, R. Análise de Conteúdo. *Revista educação*. v. 22. n. 37. Porto Alegre, 1999.

MÜLLER, M.C. *Psicossomática: uma visão simbólica do vitiligo*. São Paulo, Vetor. 2005.

- PINTO, A. I.; GRILLO, F. K. F. N. *Aspectos psicológicos e sociais do indivíduo portador de cicatriz*. REVISTA UNINGÁ, v. 3, n. 1, 2017.
- PITANGUY, I.; SALGADO, F. Aspectos filosóficos e psicossociais da cirurgia plástica. In: MELLO, Júlio de (Org.). *Psicossomática hoje*. Porto Alegre: Artes Médicas, 2010. cap. 26, p. 356- 367.
- QUINTANA, J. F.; KALIL, R. A. K. Cirurgia cardíaca: manifestações psicológicas do paciente no pré e pós-operatório. *Psicologia Hospitalar*, v. 10, n. 2, p. 17-32, 2012.
- RODRIGUES, W. C. et al. *Metodologia científica*. Paracambi: Faetec/IST, v. 40, 2007.
- ROMANO, B. W. *Princípios para a prática da psicologia clínica em hospitais*. [sal.]: Casa do Psicólogo, 1999.
- SANTOS, C. T.; SEBASTIANI, R. W. Acompanhamento Psicológico à Pessoa Portadora de Doença Crônica. In: ANGERAMI-CAMON, Waldemar Augusto; CHIATTONE, Heloisa Benevides Carvalho.; SEBASTIANI, Ricardo Werner.; et al. *E a psicologia entrou no hospital*. [s.l.]: Cengage Learning, 2011.
- SANTOS, N. C. M. *Home care: a enfermagem no desafio do atendimento domiciliar*. 1 ed. São Paulo. Martins Fontes, 2005.
- SCHILDER, P. *A imagem do corpo: as energias construtivas da psique*. 2 ed. São Paulo: Martins Fontes, 1994.
- SILVEIRA E SILVA, M.; KERN DE CASTRO, E. *Qualidade de vida e autoimagem de pacientes com câncer de cabeça e pescoço*. *Universitas Psychologica*, v. 11, n. 1, 2012.
- SIQUEIRA, M. M. M.; PADOVAN, V. A. R. Suporte Social. In: SIQUEIRA, M. M. M.; JESUS, S. N.; OLIVEIRA, V. B. *Psicologia da Saúde: teoria e pesquisa*. São Bernardo do Campo: Universidade Metodista de São Paulo, 2007.
- SOUZA, M. T. S.; CERVENY, C. M. O. Resiliência psicológica: revisão da literatura e análise da produção científica. *Interamerican Journal of Psychology*, v 40, 2006.
- STRAUB, R. O. *Psicologia da Saúde*. Porto Alegre: Artmed, 2007.
- TRINCA, W.; TARDIVO, L. S. L. P C. Desenvolvimento do Procedimento de Desenhos-Estórias (D-E). In: CUNHA, J. A. (Org) *Psicodiagnóstico-V*. Porto Alegre: Artmed, 2007.
- TRINCA, W. Métodos de investigação em Psicanálise / Blog de Psicanálise. Disponível em: <<https://psicanaliseblog.com.br/2014/11/24/metodos-de-investigacao-em-psicanalise/>> Acesso em: 24 de fevereiro de 2019.
- VARGAS, T. V. P.; DANTAS, R. A. S.; GOIS, C. F. L. *A autoestima de indivíduos que foram submetidos à cirurgia de revascularização do miocárdio*. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, v. 39, n. 1, p. 20-27, 2005.

## APÊNDICE A – Roteiro de entrevista.

Data da entrevista: \_\_/\_\_/\_\_

Sexo:(fem. () masc. Idade: \_\_\_\_\_ Data de Nascimento: \_\_/\_\_/\_\_

Ocupação: \_\_\_\_\_

Escolaridade:()1º grau incompleto;( ) 1º grau completo; () 2º grau incompleto; () 2º grau completo; () superior incompleto; () superior completo.

Situação Conjugal atual: () solteira; () casada/união estável; () viúva; () separada/divorciada; () outros.

Possui filhos? () sim () não. Qual a idade dos filhos? \_\_\_\_\_

Mora com quem? \_\_\_\_\_

\*Quando e como a cicatriz foi adquirida?

\*Você sente que esta cicatriz impactou de alguma forma em sua vida? Pessoalmente?  
Na relação familiar ou social?

\*Houve mudanças na relação conjugal após o ocorrido? Se a resposta for positiva, quais foram?

\*Você sente que esta marca interfere na aceitação do seu próprio corpo?

\*Você acredita que ela interfere em sua autoestima?

\*Como você convive hoje em dia com esta marca?

\*Qual o significado atualmente desta cicatriz?

\* Gostaria de falar algo a mais sobre a temática que não foi abordado?

## **ANEXO A - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.**

### **TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**

#### **PESQUISA: MULHERES E CICATRIZES: Histórias de Uma Pele Marcada.**

**1. Natureza da pesquisa:** Você é convidado a participar desta pesquisa, que tem como objetivo compreender o significado das cicatrizes físicas e os possíveis impactos na vida da mulher.

**2. Participantes da pesquisa:** mulheres adultas acometidas por alguma cicatriz física.

**3. Envolvimento na pesquisa:** Ao se integrar neste estudo você deve participar de um procedimento para a coleta de dados que será conduzido por Alessandra Franco da Cunha, aluna de Graduação do curso de Psicologia. O procedimento consiste nas seguintes etapas: Você deverá responder algumas perguntas por meio de entrevista e deverá fazer um desenho a partir das devidas instruções. Você terá tempo livre para responder ao solicitado e eventuais dúvidas serão esclarecidas no momento da aplicação. A entrevista deverá ser gravada mediante sua autorização. As gravações serão transcritas e o material será guardado pela pesquisadora por um período de 5 anos. Após este período, o material será destruído.

É previsto um único contato com cada participante, que deve durar aproximadamente 1 hora e 30 minutos, entretanto, caso o participante se sinta cansado e assim desejar, a coleta de dados poderá ser dividida em dois encontros. Você tem a liberdade de recusar a sua participação, sem qualquer prejuízo para você. Solicitamos sua colaboração garantindo assim o melhor resultado para a pesquisa. Sempre que quiser você poderá pedir mais informações sobre a pesquisa entrando em contato com a Pesquisadora responsável Profa. Dra. Adriana Leônidas de Oliveira através do telefone (12)981326333 (inclusive ligações a cobrar) ou com a aluna Alessandra, através do telefone (12) 991905558 (inclusive ligações a cobrar).

**4. Riscos:** A pesquisa apresenta risco mínimo. O possível risco que a pesquisa poderá causar é que a Sra. se sinta desconfortável emocionalmente, insegura ou não deseje fornecer alguma informação pessoal solicitada pela pesquisadora. Com vistas em prevenir possíveis riscos gerados pela presente pesquisa ficam-lhe garantidos os direitos de anonimato, de abandonar a pesquisa a qualquer momento, de deixar de responder qualquer pergunta que julgue por bem assim proceder, bem como solicitar para que os dados fornecidos durante a coleta não sejam utilizados. Caso sinta necessidade, a Sra. poderá ser encaminhada para atendimento psicológico

no Centro de Psicologia Aplicada da UNITAU. Os procedimentos utilizados nesta pesquisa obedecem aos Critérios da ética na Pesquisa com Seres Humanos conforme a Resolução n. 510/16 do Conselho Nacional de Saúde. Os procedimentos utilizados não oferecem riscos à sua dignidade.

**5. Confidencialidade:** Todas as informações coletadas neste estudo são estritamente confidenciais. Os dados serão identificados com um código, e não com o nome. Você não será identificado em nenhuma publicação que possa resultar. Os dados e instrumentos utilizados na pesquisa ficarão arquivados com o pesquisador responsável por um período de 5 (cinco) anos, e após esse tempo serão destruídos. Este termo de consentimento encontra-se impresso em duas vias, sendo que uma cópia será arquivada pelo pesquisador responsável, e a outra será fornecida a você.

**6. Benefícios:** O conhecimento adquirido poderá subsidiar o desenvolvimento de medidas com objetivo de criar propostas para intervenções com as pacientes e seus familiares, e também aos psicólogos capazes de desenvolver meios para se trabalhar com essas mulheres e seus familiares.

**7. Pagamento:** Você não terá nenhum tipo de despesa por participar desta pesquisa, bem como nada será pago por sua participação do (a) mesmo (a).

**9.** Você terá o esclarecimento sobre o estudo em qualquer aspecto que desejar e estará livre para recusar-se a participar e a recusa em participar não acarretará qualquer penalidade ou modificação na forma em que é atendido pelo pesquisador, que tratará a sua identidade com padrões profissionais de sigilo. Você pode a qualquer momento, retirar seu consentimento, excluindo a sua participação.

**10.** Após a conclusão estará à disposição na Biblioteca do Campus do Bom Conselho da Universidade de Taubaté, uma monografia contendo os resultados.

**11.** Em caso de dúvidas com respeito aos aspectos éticos deste estudo, você poderá consultar o Comitê de Ética em Pesquisa – CEP/UNITAU na Rua Visconde do Rio Branco, 210 – centro – Taubaté, telefone (12) 3635-1233, e-mail: cep@unitau.br

Após estes esclarecimentos, solicitamos o seu consentimento de forma livre para participar desta pesquisa.

Portanto, preencha os itens que seguem:

**Consentimento pós-informação**

Eu,

---

portador do documento de Identidade \_\_\_\_\_ fui informado (a) dos objetivos da pesquisa “**MULHERES E CICATRIZES: Histórias de Uma Pele Marcada.**”, de maneira clara e detalhada e esclareci minhas dúvidas. Sei que a qualquer momento poderei solicitar novas informações e modificar minha decisão de participar se assim o desejar.

Declaro que concordo em participar. Recebi uma cópia deste termo de consentimento livre e esclarecido e me foi dada à oportunidade de ler e esclarecer as minhas dúvidas.

---

Assinatura

Taubaté, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2019.

---

Prof.<sup>a</sup>Dr.<sup>a</sup> Adriana Leônidas de Oliveira  
CRP. 06/41548-8 – Pesquisador Responsável



**PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP**  
**DADOS DO PROJETO DE PESQUISA**

**Título da Pesquisa:** MULHERES E CICATRIZES: Histórias de Uma Pele Marcada

**Pesquisador:** Adriana Leônidas de Oliveira

**Área Temática:**

**Versão:** 1

**CAAE:** 10249719.0.0000.5501

**Instituição Proponente:** Universidade de Taubaté

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

**DADOS DO PARECER**

**Número do Parecer:** 3.265.919

**Apresentação do Projeto:**

O projeto está organizado contendo todos os elementos necessários.

**Objetivo da Pesquisa:**

Investigar o significado das cicatrizes adquiridas por mulheres adultas.

**Avaliação dos Riscos e Benefícios:**

Faz adequada avaliação de riscos e benefícios, com vistas a prevenir os primeiros.

**Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

Trata-se de pesquisa de interesse para a formação acadêmica da aluna.

**Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:**

O TCLE encontra-se de acordo com a Resolução 510/16

Continuação do Parecer: 3.265.919

**Recomendações:** Considerando a temática da pesquisa, recomenda-se que seja adicionado no TCLE a possibilidade de encaminhamento para atendimento psicológico caso seja detectada a necessidade.

**Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:**

Não há pendências.

**Considerações Finais a critério do CEP:**

O Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade de Taubaté, em reunião realizada no dia 12/04/2019, e no uso das competências definidas na Resolução 466/12, considerou o Projeto de Pesquisa: APROVADO.

**Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:**

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1317522.pdf	25/03/2019 23:30:39		aceito
Outros	Adriana_Leonidas_Modelo_Termo_de_Compromisso_do_Pesquisador.pdf	25/03/2019 23:28:15	Adriana Leônidas de Oliveira	aceito
Outros	Roteiro_entrevista.pdf	25/03/2019 23:27:52	Adriana Leônidas de Oliveira	aceito
TCLE / Termos de Assentimento/Justificativa de Ausência	TCLE.pdf	25/03/2019 23:27:35	Adriana Leônidas de Oliveira	aceito
Projeto Detalhado/Brochura Investigador	Projeto_completo.pdf	25/03/2019 23:27:19	Adriana Leônidas de Oliveira	aceito
Folha de Rosto	Folha_rosto_assinada.pdf	25/03/2019 23:27:08	Adriana Leônidas de Oliveira	aceito

**Situação do Parecer:**

Aprovado

**Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

TAUBATE, 15 de abril de 2019.

---

**Assinado por:**  
**José Roberto Cortelli**  
**(Coordenador (a))**

**Endereço:** Rua Visconde do Rio Branco, 210

**Bairro:** Centro

**CEP:** 12.020-040

**UF:** SP

**Município:** TAUBATE

**Telefone:** (12)3635-1233

**Fax:** (12)3635-1233

**E-mail:** cepunitau@unitau.br