

PSICOSSOMÁTICA E QUALIDADE DE VIDA DE PESSOAS COM DOENÇA FALCIFORME: ESTUDO DE CASOS CLÍNICOS

PSYCHOSOMATICS AND QUALITY OF LIFE IN PEOPLE WITH SICKLE CELL DISEASE: A CLINICAL CASE STUDY

PSICOSOMÁTICA Y CALIDAD DE VIDA EN PERSONAS CON ANEMIA DE CÉLULAS FALCIFORMES: UN ESTUDIO DE CASO CLÍNICO

João Lucas da Rocha Goulart¹, Sebastião Benício da Costa Neto²

DOI: 10.54899/dcs.v23i86.4278

Recibido: 19/12/2025 | Aceptado: 14/01/2026 | Publicación en línea: 19/01/2026.

RESUMO

A doença falciforme (DF) define-se como a hemoglobinopatia de origem genética mais prevalente no país e que provoca anemia hemolítica crônica, além de diversas outras complicações, tais como as crises dolorosas intensas, que impactam negativamente a percepção da qualidade de vida (QV). Para Fleck et al. (2003), define-se QV como a condição de harmonização dos níveis físico, mental, social, cultural, ambiental e espiritual da experiência de uma pessoa. Por outro lado, em condições médicas especiais, a Psicossomática se apresenta, como um potente paradigma de análise do contexto de enfermidade devido à sua busca de integração de aspectos biológicos, psicológicos e sociais na compreensão do adoecimento humano. Objetivo: Descrever e analisar vivências da qualidade de vida de portadores de DF a partir de uma perspectiva psicossomática. Método: Dez pacientes com doença falciforme foram abordados em ambiente hospitalar público e universitário (durante a internação ou durante a consulta ambulatorial) e submetidos aos seguintes instrumentos: Questionário sociodemográfico e de aspectos clínicos; Inventário Beck de Ansiedade (BAI - 1988); Escala Toulousiana de Coping (ETC-R 2014); e, Roteiro de Entrevista Semiestruturada de Qualidade de Vida. Resultados: Quanto ao perfil sociodemográfico, 70% eram negros, 60% eram mulheres, 90% possuíam alguma religião e 90% recebem de 1 a 3 salários; 50% apresentaram ansiedade grave segundo o BAI - 1988; e 35,5% apresentaram estratégia de coping relacionada ao Fator 1 – Controle, de acordo com o ETC-R 2014. Do extrato do conteúdo obtido pelas entrevistas se chegou a sete categorias de análise, sendo “Relação entre Saúde Física e Emocional” a categoria com maior número de relatos. Conclusão: Há uma interconexão intrínseca entre a saúde física e emocional, onde a dor física não é apenas um sintoma, mas um fator que influencia profundamente o estado psicológico dos indivíduos. A atenção às narrativas desses sujeitos contribui para um entendimento mais abrangente sobre o tema proposto. Este estudo, desenvolvido no escopo de um programa de residência multiprofissional em saúde, é derivado do projeto de pesquisa denominado “Qualidade de vida de pessoas com doenças onco-hematológicas: um estudo de

¹ Residência Multiprofissional em Área da Saúde – Hematologia e Hemoterapia, Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Goiás, Goiânia. Goiás, Brasil. E-mail: joaogoulart853@gmail.com
Orcid: <https://orcid.org/0009-0004-5934-1464>

² Doutor em Psicologia, Universidade de Brasília, Brasília, Distrito Federal, Brasil.
E-mail: sebastiao@pucgoias.edu.br Orcid: <https://orcid.org/0000-0001-8160-3476>

casos clínicos”, aprovado pelo CEP da instituição sob nº CAAE 80893524.8.0000.003, Parecer 7.016.511, e conta com o apoio do “Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico – CNPq”.

Palavras-chave: Doença Falciforme. Hematologia. Psicossomática. Qualidade de Vida.

ABSTRACT

Sickle cell disease (SCD) is defined as the most prevalent genetically originated hemoglobinopathy in the country, causing chronic hemolytic anemia and various other complications, such as intense painful crises, which negatively impact perceived quality of life (QoL). According to Fleck et al. (2003), QoL is defined as the condition of harmonizing the physical, mental, social, cultural, environmental, and spiritual levels of a person's experience. On the other hand, in special medical conditions, Psychosomatics presents itself as a powerful paradigm for analyzing the context of illness, due to its pursuit of integrating biological, psychological, and social aspects in understanding human sickness. Objective: to describe and analyze the quality of life experiences of individuals with DF from a psychosomatic perspective. Method: Ten patients with sickle cell disease were approached in a public university hospital setting (during hospitalization or outpatient consultation) and submitted to the following instruments: a sociodemographic and clinical questionnaire; the Beck Anxiety Inventory (BAI – 1988); the Toulousian Coping Scale (ETC-R 2014); and a semi-structured interview guide on quality of life. Results: Regarding the sociodemographic profile, 70% were Black, 60% were women, 90% had a religion, and 90% received between 1 and 3 minimum wages; 50% showed severe anxiety according to the BAI – 1988; and 35.5% presented a coping strategy related to Factor 1 – Control, according to the ETC-R 2014. From the interview content, seven analysis categories emerged, with Relation between Physical and Emotional Health being the category with the highest number of reports. Conclusion: There is an intrinsic interconnection between physical and emotional health, where physical pain is not just a symptom but a factor that profoundly influences individuals' psychological state. Attending to the narratives of these subjects contributes to a broader understanding of the proposed theme. This study, developed within the scope of a multiprofessional health residency program, derives from the research project titled Quality of life of people with onco-hematological diseases: a study of clinical cases, approved by the institution's ethics committee under CAAE 80893524.8.0000.003, Parcer 7.016.511, and supported by the National Council for Scientific and Technological Development – CNPq.

Keywords: Sickle Cell Disease. Hematology. Psychosomatics. Quality of Life.

RESUMEN

La enfermedad de células falciformes (ECF), la hemoglobinopatía genética más prevalente en Brasil, causa anemia hemolítica crónica, además de otras complicaciones como crisis dolorosas intensas, que impactan negativamente la percepción de la calidad de vida (CdV). La calidad de vida se define como el equilibrio armonioso de los aspectos físicos, mentales, sociales, culturales, ambientales y espirituales de la experiencia de una persona. La psicossomática, por otro lado, se presenta como un poderoso paradigma para analizar el contexto de la enfermedad debido a la integración de aspectos biológicos, psicológicos y sociales. Objetivo: Analizar las experiencias de calidad de vida de individuos con ECF desde una perspectiva psicossomática. Método: Diez

pacientes con ECF fueron abordados en un entorno hospitalario público y universitario y sometidos a los siguientes instrumentos: Cuestionario de aspectos sociodemográficos y clínicos; Inventario de Ansiedad de Beck (BAI - 1988); Escala de Afrontamiento de Toulouse (TCS-R 2014); y una guía de entrevista semiestructurada de CdV. Resultados: En cuanto al perfil sociodemográfico, el 70% eran personas negras, el 60% mujeres, el 90% profesaba alguna religión y el 90% percibía entre 1 y 3 salarios mínimos; el 50% presentaba ansiedad severa según el BAI; y el 35,5% presentó estrategias de afrontamiento relacionadas con el Factor 1 – Control. De las entrevistas surgieron siete categorías de análisis, siendo la "Relación entre la Salud Física y Emocional" la más frecuente. Conclusión: Existe una interconexión intrínseca entre la salud física y emocional, donde el dolor físico no es solo un síntoma, sino un factor que influye en el estado psicológico de las personas. Prestar atención a las narrativas de estos sujetos contribuye a una comprensión más integral del tema propuesto. Este estudio, desarrollado en el ámbito de un programa de residencia multiprofesional en salud, es derivado del proyecto de investigación titulado “Calidad de vida de personas con enfermedades oncohematológicas: un estudio de caso clínico”, aprobado por el Comité de Ética de la institución con el número CAAE 80893524.8.0000.003, Parecer 7.016.511, y cuenta con el apoyo del “Consejo Nacional de Desarrollo Científico y Tecnológico – CNPq”.

Palabras clave: Enfermedad de Células Falciformes. Hematología. Psicosomática. Calidad de Vida.



Esta obra está bajo una [Licencia Creative Commons Atribución- NoComercial 4.0 Internacional](https://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/)

INTRODUÇÃO

A doença falciforme (DF) é uma das doenças hematológicas de relevância epidemiológica por ser um problema de saúde pública no Brasil e no mundo. Afeta, aproximadamente, 30 milhões de pessoas com a estimativa de que nasçam 300 mil crianças vivas anualmente. No país, estima-se que entre 60 mil e 100 mil pessoas vivam com DF e a expectativa de vida daqueles que portam a DF é de aproximadamente 37 anos na mediana da idade ao óbito, em comparação com a população geral (Mota, 2024). Sabe-se, também, que tal enfermidade afeta o desenvolvimento físico, esquelético e sexual e pode culminar em distúrbios psicológicos, tais como ansiedade e depressão, comprometendo, no limite, a percepção da qualidade de vida - QV (Costa Neto; Araujo, 2008; Leite, 2024; Pitaluga; Costa Neto, 2017).

A mutação da doença falciforme foi inicialmente registrada no continente africano, tendo alta incidência neste, na Arábia Saudita, na Índia e no Brasil (Brasil, 2013). Assim, a DF é mais predominante em indivíduos negros e pardos, mas pode ocorrer, também, em indivíduos brancos (Carvalho de Camargo, 2024). Devido a isto, a relação da DF com os processos de determinação

social é histórica e se renova, já que no atual cenário de crise econômica, política e sanitária, o empobrecimento da população negra é um obstáculo adicional para famílias que convivem com uma doença crônica como a DF, seja porque as mães/avós param de trabalhar para exercer o cuidado com as crianças, seja porque as crianças evadem a escola precocemente em decorrência das múltiplas hospitalizações. Estes são fatores complexos, que dificultam a mobilidade social e impactam a renda dessas famílias (Mota, 2024).

A doença falciforme é hereditária e decorre do recebimento de genes com mutação para hemoglobina S advindos do pai e da mãe, sendo o filho destes homozigoto para essa característica, desenvolvendo então a doença falciforme (Brasil, 2015). A hemoglobina S, desoxigenada, polimeriza-se, fazendo com que a hemácia tenha um aspecto similar ao de uma foice, o que dificulta a circulação sanguínea causando vaso-oclusão, infarto, isquemia, dor, necrose, hemólise crônica, e outros danos em tecidos e órgãos (Brasil, 2013). Devido a estas complicações, as pessoas com doença falciforme vivem com limitações provocadas pelo processo de adoecimento desde os meses iniciais de suas vidas, influenciando direta e indiretamente o seu cotidiano. As crises de dores dificultam o acesso e manutenção do emprego, visto que a fadiga, cansaço e indisposição são concebidos pelos patrões e colegas de trabalho como má vontade e irresponsabilidade (Costa, 2025).

Existe, ainda, a dura realidade da discriminação racial, que interfere na vida social e no acesso aos serviços de saúde, tratamento, cuidado e QV desses enfermos (Costa, 2025). Portanto, os determinantes sociais influenciam ou agravam eventos, condicionam o processo de saúde-doença-cuidado e têm importância na abordagem da saúde na sua integralidade. As manifestações clínicas causam repercussão nos aspectos da vida, tais como a interação social, relações conjugais e familiares (Moraes, 2024).

As crises álgicas (dolorosas) são as complicações mais comuns que ocorrem no corpo dos pacientes com DF e diversos fatores podem contribuir para as crises álgicas, tais como hipóxia, infecção, febre, frio, desidratação e tensão emocional. A dor pode ser aguda ou crônica, e pode ocorrer na lombar, articulações e ossos longos, no abdômen, couro cabeludo, face, tórax, costas, peito, pelve, braços, pernas, e mãos e pés com inchaço. Cabe destacar que a dor nas mãos e nos pés geralmente está presente em crianças com doença falciforme de seis meses a dois anos de idade e as crises álgicas podem durar de quatro a seis dias ou perdurar até por semanas (Costa, 2025). Ademais, as pessoas acometidas pela doença falciforme vivenciam a dor total, como somatória das dores física, social, psicológica e espiritual, somada à experiência racial, que

influencia nesse processo de adoecimento e tratamento, além de que cada episódio de dor suscita sentimentos de medo, proximidade da morte, revolta, impotência, insegurança e desconfiança (Carvalho et al., 2021).

Portanto, no contexto da assistência em saúde aos portadores de DF, aliviar a dor se torna uma tarefa complexa pelo seu caráter multidimensional. A dor, de modo geral, envolve algum nível de sofrimento e é uma sensação muito subjetiva e desagradável. Conforme Bastos et al. (2007), o fenômeno da dor está presente no cotidiano da maioria das pessoas desde os primórdios da humanidade e sua ausência significa uma disfunção fisiológica, com riscos para a segurança do indivíduo. A própria interpretação da dor varia de indivíduo a indivíduo, assim como no indivíduo em si, em diferentes momentos de sua vida, sob diferentes contingências. Diante disso, Souza (2023) alerta que mesmo quando a dor surge de uma origem psicológica não deixa de ser real e que calar as emoções faz com que a mente encontre a saída por meio de descargas no corpo, potencialmente gerando muito sofrimento.

Cabe ressaltar que, quadros de dor aguda geralmente estão relacionados à ansiedade e, além disso, a revisão de literatura indica que a DF está relacionada, também, com a depressão (Carvalho de Camargo, 2024). Isso ocorre porque a experiência de incapacidade e as limitações impostas pela doença produzem sentimentos de desânimo e tristeza frente à realidade de uma condição incurável (Menezes et al., 2018).

Estudos sobre QV, desenvolvidos pela Psicologia, são de extrema importância devido à sua capacidade de integrar aspectos subjetivos e objetivos da experiência humana, oferecendo uma compreensão holística do bem-estar individual e coletivo. O conceito de QV, portanto, é entendido como um fenômeno relacionado à percepção de um indivíduo sobre sua posição na vida dentro do contexto em que vive, incluindo a cultura e os valores que guiam seus objetivos, padrões e expectativas (Souza, 2024). Os estudos sobre QV oferecem múltiplas possibilidades de investigação, pois pode ser avaliada a partir de diferentes indicadores, já que se relaciona aos contextos pessoal, de trabalho, conectado, ainda, à saúde física e mental, relações sociais, ambientais, de educação, lazer e religião (Cancian et al., 2023; Costa Neto; Araujo, 2008).

Alinhada a essa perspectiva, tem-se a psicossomática como uma disciplina que engloba a participação das emoções nos fenômenos do adoecimento. Tal enfoque compreende que o ser humano possui um registro psíquico do seu próprio corpo e qualquer lesão ou mutilação nesse físico é experimentada, também, em nível psíquico. Dessa forma, compreende-se que a psicossomática explica a maneira como o organismo responde aos conflitos psíquicos (Souza,

2025), sendo estes ou não criados por meio da subjetivação do social.

Uma investigação histórica aponta que, por muito tempo, a medicina ocidental apoiou-se em uma visão fragmentada do ser humano - herança do dualismo cartesiano que, desde o século XVII, separava mente e corpo como domínios independentes. Como consequência, essa perspectiva passou a privilegiar o corpo como principal objeto de análise e intervenção, deixando em segundo plano os aspectos emocionais, subjetivos e relacionais no processo saúde-doença. Nos séculos XVIII e XIX, a medicina biomédica, representada por nomes como Pasteur e Virchow, reforçou esse viés reducionista ao concentrar-se na identificação de agentes externos como determinantes da enfermidade, aprofundando a separação entre corpo e psique (Ronald, 2024).

Logo, a Psicossomática constituiu-se como contraponto a essa visão, estruturando-se como um campo inter e transdisciplinar que integra conhecimentos da medicina, psicanálise, psicologia e neurociência. Para Prestes (2022), a psicossomática é mais do que uma simples teoria: configura-se como uma mudança de paradigma no qual o corpo passa a ser compreendido como espaço de expressão simbólica, memória implícita e linguagem emocional dos conflitos psíquicos. Dessa forma, o sujeito é reconhecido como histórico e afetivo, moldado por experiências de vida, vínculos precoces e contextos sociais (Silva, 2025). Na contemporaneidade, a psicossomática apoia-se no modelo biopsicossocial, que reconhece a saúde como resultado da interação dinâmica entre fatores biológicos, psicológicos e sociais. Esse modelo amplia a compreensão clínica dos sintomas, articulando dimensões objetivas e subjetivas (Ceron et al., 2024).

A Escola de Paris trouxe contribuições centrais ao movimento da psicossomática, destacando a simbolização psíquica e o conceito de pensamento operatório - a dificuldade de transformar vivências afetivas em representações simbólicas, o que pode levar o sofrimento a manifestar-se no corpo. A mentalização, ou seja, a capacidade de compreender estados mentais próprios e de outros, é essencial para a regulação emocional. Pesquisas recentes confirmam que déficits de mentalização estão associados a maior vulnerabilidade psicossomática (Zavarize, 2025). Devido a isso, o fortalecimento dessa habilidade em terapias psicossomáticas tem mostrado reduzir sintomas físicos e psicológicos (Pinheiro Schaefer et al., 2023).

Nas últimas décadas, descobertas da psiconeuroimunologia e da neurociência social têm fortalecido essa visão, evidenciando que fatores emocionais e sociais exercem influência direta em processos biológicos, modulando imunidade, metabolismo e inflamações (De Freitas Olivera

et al., 2023). Estudos em neuroimagem, também, mostram que as emoções possuem base somática, ativando regiões como a ínsula, o córtex somatossensorial e áreas pré-frontais, confirmando a indissociabilidade entre experiência emocional e corpo (De Oliveira, 2025). Atualmente, revisões históricas da psicossomática têm integrado achados da neurociência, da psicologia do desenvolvimento e da medicina integrativa, destacando a importância da regulação afetiva e das experiências emocionais precoces no funcionamento corporal (Barbosa et al., 2024).

Nessa abordagem, é indispensável levar em conta o papel do estresse na QV, sendo o mesmo caracterizado pela percepção subjetiva de mudanças adversas no ambiente (Martins, 2024). O desencadeamento de doenças causado diretamente por fatores emocionais estudado no âmbito da fisiologia do estresse postula que todos os organismos devem manter um equilíbrio dinâmico, ou homeostase, que é constantemente desafiado por forças adversas internas e externas chamadas estressores. O estresse, portanto, ocorre quando a homeostase é ameaçada ou assim percebida; a mesma é restabelecida por várias respostas adaptativas fisiológicas e comportamentais. Essas respostas são mediadas pelo sistema nervoso central (SNC) e autônomo (SNA) e pelos sistemas neuroendócrino e imunológico, que juntos compõem o sistema do estresse. Os estressores, então, incluem uma longa lista de forças potencialmente adversas e as variáveis psicológicas têm um grande impacto na modulação da resposta ao estresse. Alguns estudos têm mostrado que os fatores psicológicos que desencadeiam uma clássica resposta ao estresse incluem situações de perda, falta de controle, falta de previsibilidade e falta de “válvulas de escape” para frustração (Ho, 2010).

Assim, na presença de um estressor, o aumento do tônus cardiovascular é uma resposta lógica a fim de melhor distribuir a glicose mobilizada e o oxigênio aos tecidos que necessitam. Isto é realizado, na maioria das vezes, através do sistema nervoso simpático que estimula o coração a bater mais rápido. Com isso, a pressão sanguínea é elevada através de vasoconstrição, a circulação do sangue para alguns órgãos (ex: o trato digestivo) é diminuída e o volume sanguíneo, também, é aumentado pela vasopressina, que aumenta a reabsorção de água pelos rins. Os resultados patogênicos dessas mudanças são óbvios quando continuados por muito tempo: a hiperatividade do sistema simpático pode levar à hipertensão essencial. Esses fatores podem ativar a cascata de coagulação e propiciar a formação de trombos, levando ao infarto do miocárdio e outras doenças vasculares (Ho, 2010). Tais achados se tornam relevantes ao se lembrar a fisiologia da doença falciforme, na qual há prejuízos frequentes na circulação sanguínea que causam vaso-oclusão, infarto, isquemia, dentre outros efeitos adversos.

A psicossomática, portanto, compreende que tomar conhecimento da origem e da causa dos fenômenos psicossomáticos é de vital importância, por facilitar o trabalho de profissionais da saúde (Souza, 2025). Somado a isso, tem-se que o fomento da narrativa sobre a doença propicia consciência dos elementos que precedem a crise, de modo que se facilita a identificação de recaídas e a tomada de medidas para sua prevenção e manejo, promovendo o reforço da autonomia do usuário. Justamente por isso, nessa pesquisa, busca-se responder a seguinte questão: quais são os indicadores de psicossomática presentes nas narrativas sobre qualidade de vida de pacientes portadores de doença falciforme? Assim, este estudo tem por objetivo primário descrever e analisar as configurações da qualidade de vida de pacientes com doença falciforme. Como objetivos secundários encontram-se: 1) analisar indicadores de processos psicossomáticos presentes no discurso dos participantes em relação à doença falciforme; 2) descrever relatos sobre a relação entre conscientização sobre o diagnóstico, tratamento e emoções associadas; e, 3) avaliar escores de ansiedade e coping do(a)s participantes.

MÉTODO

O presente estudo é de caráter exploratório, qualitativo (com algumas variáveis quantitativas) e transversal. Após aprovação do Comitê de Ética de Pesquisa, bem como dos gestores da instituição, os dados foram coletados em ambiente hospitalar, durante o ano de 2025, conforme a disponibilidade dos pacientes que estiveram internados na Unidade Clínica, ou em consulta ambulatorial de psicologia, em um hospital universitário. Os critérios de inclusão dos participantes envolveram: ter idade superior a dezoito anos, ser paciente do hospital em questão e possuir o diagnóstico de doença falciforme.

Após a explicação dos objetivos do estudo, os pacientes que aceitaram o convite para fazer parte da pesquisa assinaram Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Foram, então, aplicados os instrumentos na seguinte sequência: Questionário sociodemográfico e de aspectos clínicos; Inventário Beck de Ansiedade (BAI - 1988); Escala Toulousiana de Coping (ETC-R 2014); e, Roteiro de entrevista semiestruturada sobre Qualidade de Vida.

Na sequência, as entrevistas realizadas com um total de dez pacientes com doença falciforme foram gravadas em áudio e, posteriormente, transcritas literalmente. Os dados coletados foram analisados com o apoio do *software Requalify.ai* (Martins; Souza; Freitas, 2024), e interpretados seguindo a análise de conteúdo temático-categorial (Bardin, 2016). Cabe ressaltar,

pois, que a análise de conteúdo é entendida como um conjunto de técnicas que busca a compreensão dos sentidos manifestados pelos sujeitos analisados, desenvolvendo categorias e códigos analíticos.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

A partir de um questionário sociodemográfico e de aspectos clínicos foi traçado o perfil dos sujeitos participantes da pesquisa (Tabela 1).

Tabela 1- Perfil sociodemográfico dos participantes com doença falciforme (N=10)

Variáveis	n	%
Raça		
Negra	7	70
Branca	3	30
Sexo		
Feminino	6	60
Masculino	4	40
Faixa etária (em anos)		
18-28	3	30
29-39	5	50
40-50	1	10
51-60	1	10
Estado Civil		
Casada(o)	5	50
Solteira(a)	5	50
Religião		
Católica	1	10
Testemunho de Jeová	1	10
Protestante	6	60
Não tem	2	20
Renda familiar		
1-3 salários	9	90
4-6 salários	1	10

Fonte: Dados da pesquisa (2025).

Destacam-se, portanto, as variáveis Sexo, Raça, Religião e Renda Familiar (Tabela 1), nas quais a maioria dos sujeitos são do sexo feminino (60%), negros (70%), possuem alguma religião (80%) e renda entre 1 e 6 salários mínimos (90%). Esses dados vão ao encontro do encontrado por Pitaluga e Costa Neto (2017) ao estudarem 60 enfermos com DF, na mesma instituição. Adicionalmente, esses dados ressaltam, a relevância da espiritualidade religiosa na vida desses pacientes, que pode funcionar como um verdadeiro pilar de suporte emocional em meio às adversidades que encontram; bem como a prevalência de componentes raciais e econômicos que

devem ser levados em conta na avaliação da QV.

Desigualdades sociais na renda, moradia, educação e outros fatores contribuem significativamente para disparidades na saúde física e mental. A exposição diferencial a experiências estressantes é um dos principais motivos pelos quais ocorrem desigualdades em saúde por gênero, étnico-raciais, estado civil e classe social. Diversas pesquisas mostram que indivíduos de classes sociais mais privilegiadas desfrutam de mais saúde física e mental do que indivíduos de classes socioeconômicas inferiores, que reportam maior exposição a situações de vida estressantes e, também, um maior impacto dessas situações em suas vidas quando comparados com indivíduos de melhor condição socioeconômica (Lupie et al., 2001). A frequência de eventos adversos na vida e o nível do estresse percebido mostram uma relação inversa com a condição socioeconômica, enquanto o grau do controle percebido e do apoio social diminui conforme o gradiente socioeconômico diminui (Cruz, 2011).

O racismo, também, pode ser um importante estressor com implicações na saúde. Revisões recentes identificaram mais de 135 estudos empíricos que examinaram a associação entre a discriminação racial/étnica percebida e alguns indicadores de saúde. A maioria desses estudos encontrou associação positiva entre discriminação e indicadores de morbidade. Conclui-se disso, dessa maneira, que percepções de discriminação racial/étnica são um tipo de experiência de vida estressante que podem afetar a saúde adversamente (Williams et al., 2008).

Quanto aos indicadores de ansiedade e de estratégias de enfrentamento psicológico (Tabela 2), percebe-se que a maior parte dos avaliados (50%) apresentou ansiedade grave de acordo com o Inventário Beck de Ansiedade, considerando ainda que muitas questões do inventário incluem sintomas fisiológicos, como palpitações, indigestão e dificuldade para respirar. A ansiedade pode ser descrita como um sentimento confuso e angustiante de incerteza sobre algo futuro que possa ocorrer ou não (Da Fonseca, 2025).

Tabela 2 – Indicadores de Ansiedade e de Coping de Pessoas com Doença Falciforme (N=10)

BAI-1988	Ansiedade	n	%
	Mínima	0	0
	Leve	2	20
	Moderada	3	30
	Grave	5	50
ETC-R 2014	Fatores	Média dos scores	%
	Controle	35,5	24,4
	Recusa	24,0	16,5
	Conversão	27,0	18,5
	Suporte Social	25,8	17,7
	Distração	33,1	22,7

Fonte: Dados da pesquisa (2025).

O transtorno de ansiedade é descrito no Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais (DSM 5-TR) como marcado por reações fisiológicas como inquietação, medo extremo, vulnerabilidade, sufocamento, falta de ar, vertigem, diarreia, tremores, palpitação, enjoo, taquicardia, medo de desmaio e até de morte, devido à intensidade violenta do corpo frente a algum estímulo desencadeante. Tal achado vai ao encontro do que diz Becerra (2025) sobre disfunções emocionais como a ansiedade terem sido identificadas como participantes do quadro clínico de pessoas com DF, interferindo no perfil de dor.

Cunhado por Lazarus e Folkman (1984), o conceito de coping, por sua vez, se traduz num conjunto de determinadas estratégias, de nível cognitivo ou comportamental, cuja função é a de tentar diminuir ou controlar algum desequilíbrio vivenciado. Nesse sentido, os resultados da aplicação da Escala Toulousiana de Coping (ETC-R 2014) demonstraram que a maior parte das estratégias de coping empregadas por esses sujeitos está relacionada ao fator 1 - Controle (24,4%): caracteriza o modo de reação ao estresse segundo o qual, frente a uma situação, uma pessoa tem necessidade de refletir e de organizar quais as melhores estratégias que deve utilizar para a resolver com eficácia, não evitando a sua confrontação; e ao fator 5 - Distração (22,7%): estratégia pela qual uma pessoa procura a companhia de outros ou envolve-se em atividades que a ajuda a não pensar no problema que a incomoda. Tais achados se relacionam à própria condição da doença, que demanda agilidade e resolutividade na busca por tratamento especializado nos primeiros sinais de uma crise, de forma a controlar os agravos; e cuja dor constante é algo com que os pacientes precisam aprender a desenvolver maneiras de conviver e/ou se “distrair”.

A seguir, se encontra a Tabela 3 na qual constam sete categorias a que se chegou a partir das narrativas dos participantes da pesquisa, quais sejam: 1) Adaptação à Doença e Qualidade de Vida; 2) Estigmatização e Preconceito; 3) Fé e Espiritualidade como Fonte de Força; 4) Rede de Apoio Familiar e Social; 5) Dualidade Emocional; 6) Aceitação e Enfrentamento; e, 7) Relação entre Saúde Física e Emocional. Os sujeitos a que correspondem os trechos citados serão identificados de P1 a P10, de modo a preservar seu anonimato.

Tabela 3- Categorias produzidas a partir das narrativas de pessoas com doença falciforme (N=10)

Nome	Descrição	n	%
Adaptação à Doença e Qualidade de Vida	Os entrevistados expressam uma atitude positiva em relação à sua condição de saúde, afirmando que a doença falciforme não os impede de realizar suas atividades diárias.	13	8,8
Estigmatização e Preconceito	Os relatos evidenciam a experiência de estigmatização enfrentada pelos pacientes com doença falciforme, especialmente em ambientes hospitalares. A percepção de serem vistos como dependentes de medicamentos gera um impacto emocional negativo, contribuindo para a ansiedade e o medo de serem julgados.	16	10,9
Fé e Espiritualidade como Fonte de Força	A espiritualidade é um tema recorrente, com os pacientes mencionando a fé como um pilar de suporte emocional. A prática religiosa é vista como uma forma de encontrar conforto e esperança diante das adversidades.	18	12,2
Rede de Apoio Familiar e Social	Os entrevistados destacam a importância de suas redes de apoio, composta por amigos e familiares, que oferecem suporte emocional e prático durante as crises. Isso evidencia como o apoio social pode aliviar o sofrimento e proporcionar um senso de pertencimento.	20	13,6
Dualidade Emocional	Os entrevistados expressam uma complexa dualidade emocional, sentindo-se alegres e tristes simultaneamente. A tristeza é frequentemente associada à dor e à incapacidade de realizar atividades desejadas, enquanto a alegria surge de momentos de fé e apoio familiar.	25	17,0
Aceitação e Enfrentamento	Apesar das dificuldades, muitos entrevistados demonstram uma atitude de aceitação em relação à sua condição, reconhecendo a necessidade de se adaptar às limitações impostas pela doença.	27	18,4
Relação entre Saúde Física e Emocional	Os entrevistados mencionam a interconexão entre a saúde física e o estado emocional. A presença de dor e crises impacta negativamente o bem-estar psicológico, evidenciando a complexidade da experiência psicossomática.	28	19,0
TOTAL		147	100

Fonte: Dados da pesquisa (2025). n= número de trechos de narrativas que compõem uma categoria.

A categoria analítica "Adaptação à Doença e Qualidade de Vida" revela um fenômeno significativo entre os portadores de anemia falciforme. Os relatos dos participantes indicam uma normalização da vida cotidiana, onde a doença é percebida como um aspecto que não interfere de maneira substancial em suas atividades diárias. Por exemplo, um dos entrevistados afirma: "É normal. Agora eu levo a minha vida normal. Para mim essa doença não me influencia em nada" (P07). Essa declaração ilustra uma atitude de aceitação e resiliência, sugerindo que a adaptação à doença é acompanhada por uma reinterpretação da própria identidade, onde a condição de saúde é minimizada em relação à vivência de uma vida plena.

Além disso, outro participante expressa: "Ah, eu vivo a minha vida normal. Pra mim eu não tenho essa doença" (P05). Essa afirmação reforça a ideia de que a percepção da doença pode ser dissociada da experiência cotidiana, permitindo que os indivíduos se vejam além de suas limitações. A negação da influência da doença na vida diária pode ser interpretada como uma estratégia de enfrentamento, onde a construção de uma narrativa positiva se torna força contra os

desafios impostos pela doença falciforme. A QV, conforme relatado pelos entrevistados, é descrita de maneira otimista. Um dos participantes menciona: "Boa. Minha qualidade de vida é boa. Assim, não tenho nada a reclamar" (P04). Essa percepção positiva da QV sugere que, apesar das dificuldades associadas à doença, os indivíduos conseguem encontrar satisfação e bem-estar em suas vidas. A flexibilidade demonstrada por esses participantes pode ser vista como um reflexo de uma adaptação bem-sucedida, onde a busca por uma vida significativa e gratificante prevalece sobre as limitações impostas pela condição de saúde.

A análise dos relatos dos participantes evidencia que o tratamento, em particular o uso do medicamento hidroxiuréia, é visto como um elemento crucial na gestão da doença, atuando como um divisor de águas na experiência cotidiana. Os trechos extraídos das entrevistas demonstram de forma clara a relação direta entre o uso do medicamento e a redução das crises, o que, por sua vez, impacta positivamente na QV dos indivíduos. Um dos participantes compartilha: "Mas aí depois disso, graças a Deus, estou bem. Não estou tendo as crises, não. O que me ajudou mesmo foi o hidroxiuréia, né?" (P09). Este relato não apenas ilustra a eficácia do tratamento, mas também reflete a esperança e a gratidão que os pacientes sentem ao perceberem uma melhora significativa em sua condição de saúde.

Além disso, a adesão ao tratamento é vista como uma questão de sobrevivência, conforme evidenciado pelo seguinte depoimento: "Sim, assim, porque me ajuda a sair da crise, né? Porque se não fosse o medicamento, eu acho que eu morreria de dor" (P02). Essa afirmação ressalta a urgência e a necessidade do tratamento, destacando que a falta de adesão pode levar a consequências graves, como a intensificação da dor e a deterioração da saúde. A partir dessa análise, é possível identificar temas e subtemas que emergem dos relatos, tais como: a eficácia do tratamento, a redução das crises, a melhora na QV, adesão ao tratamento, a percepção de sobrevivência e a gestão da dor. A interconexão entre esses temas sugere que a adesão ao tratamento não é apenas uma questão de escolha, mas uma necessidade vital para os pacientes, que reconhecem o impacto direto do medicamento em sua saúde e bem-estar.

Em seguida, a categoria "Estigmatização e Preconceito" a que se chegou a partir da análise das narrativas dos participantes destaca a intersecção entre a condição de saúde e a percepção social que estes indivíduos enfrentam, especialmente em contextos hospitalares. Evidencia-se, pois, um padrão de estigmatização que se manifesta em múltiplas dimensões, e que afeta não apenas a saúde física, mas também o bem-estar emocional e psicológico dos pacientes. Os depoimentos indicam que a doença falciforme é uma condição frequentemente desconhecida pela

sociedade em geral, o que contribui para a marginalização dos pacientes. Essa falta de conhecimento gera um contexto de sociabilidade e marcado por incompreensão e preconceito.

Dado que a DF é mais predominante em indivíduos negros e pardos (Carvalho de Camargo, 2024), a emergência da referida categoria expõe como a doença falciforme é não apenas uma condição médica, mas também um fenômeno social atravessado por fatores raciais que impactam profundamente a vida desse grupo. A estigmatização não apenas desvaloriza a individualidade dos pacientes e perpetua um ciclo de ansiedade e medo de julgamento, como também revela um conflito que possui um fator sociopolítico relevante. Conviver com uma doença crônica e pertencer a grupos de doenças que se apresentam dentro de um recorte étnico-racial, significa entender todas as complicações que acompanham a formação sócio-histórico da doença (Ferreira da Silveira, 2024). Pode-se então compreender o racismo enquanto algo que tem um componente ideológico, ou seja: naturaliza a associação de aspectos e traços negativos às pessoas negras (Bento, 2022).

No ambiente hospitalar, as violências se manifestam com padrões recorrentes de rotulação e desumanização dos pacientes, vistos pelos profissionais de saúde apenas como dependentes de medicamentos. Um relato ilustra essa percepção: "Colocam como se todo mundo fosse igual. Colocam que todo mundo que tem a doença é viciado em medicamentos" (P10). Frente a essa realidade, observa-se que percepções de discriminação parecem induzir excitação fisiológica e psicológica e, como é o caso com outros estressores psicossociais, conclui-se que a exposição sistemática a experiências de discriminação pode ter consequências a longo prazo para a saúde (Cruz, 2011).

Na sequência, a categoria analítica "Fé e Espiritualidade como Fonte de Força", também, emerge a partir de um tema recorrente nas narrativas, demonstrando a relação entre a fé e o enfrentamento do medo da morte. Um dos participantes expressa: "Eu acho que eu sou bem resolvida, apesar de ter medo da morte, né? Sou cristã e tenho medo da morte" (P02). Essa dualidade entre a crença em uma vida após a morte e o medo da finitude aponta a amplitude da experiência emocional que permeia a existência dos sujeitos. A fé, nesse contexto, não elimina o medo, mas oferece um espaço para que ele seja enfrentado com esperança e aceitação.

Depois, a categoria analítica "Rede de Apoio Familiar e Social" se mostra essencial para se entender a experiência desse grupo, ressaltando a importância das relações interpessoais como um recurso vital para enfrentar as adversidades que a condição da DF traz. A análise dos trechos significativos das entrevistas permite mergulhar mais fundo nos elementos que constituem essa

rede de apoio, bem como nas dinâmicas emocionais e práticas que dela emergem.

Em primeiro lugar, é claro que a rede de apoio social é composta, em grande parte, por familiares e amigos, que desempenham papéis fundamentais no suporte emocional e prático. Um dos entrevistados compartilha: "Então, a minha mãe fala comigo, meus primos, meus avós, todo mundo, o tempo inteiro, manda mensagem, fala que tem oração, liga... Mas o apoio ali presencial mesmo é só do meu esposo" (P03). Este relato ilustra a diversidade de interações que formam a rede de apoio, onde a presença física é valorizada, mas o contato virtual, também, se mostra significativo, como evidenciado na afirmação: "Assim, contato virtual é o tempo inteiro, sabe? Tem esse apoio emocional à distância, né?" (P02).

A gratidão expressa pelos entrevistados em relação a esses vínculos é um tema recorrente, indicando que o suporte social não apenas alivia o sofrimento, mas também contribui para um senso de pertencimento e segurança emocional. Um participante destaca: "E eu tenho muita gratidão pelo que eles têm feito comigo, está me ajudando aqui, né? Está ficando aqui e a gente sempre conversa bastante" (P05). Essa gratidão sugere que a rede de apoio não é apenas um recurso passivo, mas um elemento ativo que promove a capacidade de enfrentamento diante das dificuldades.

Além disso, a estrutura familiar é, frequentemente, mencionada como o núcleo central de apoio. Um dos entrevistados afirma: "Família mesmo, quem fica mais perto de mim são eles. Meu filho, meu marido e minha mãe" (P08). Essa centralidade da família indica que, para muitos, as relações familiares são a base sobre a qual se constrói a rede de apoio, refletindo a importância das dinâmicas familiares na experiência de viver com uma condição crônica. A análise dos dados, pois, sugere que a rede de apoio social não se limita a um conjunto de relações, mas é um sistema dinâmico que envolve interações emocionais, práticas e simbólicas. Tal noção vai ao encontro dos achados de estudos epidemiológicos prospectivos que demonstram associações entre estresse na vida, posição ou condição social, qualidade dos relacionamentos sociais - isto é, redes sociais, laços dos indivíduos com amigos, família, trabalho e comunidade através de grupos sociais e religiosos - e saúde (Cruz, 2011).

A relação entre aceitação e enfrentamento é, ainda, mais aprofundada quando considera-se a busca ativa por tratamento e a tentativa de "sair daquele ciclo vicioso" (P08). É o que aparece com a categoria analítica "Aceitação e Enfrentamento". A busca por um tratamento eficaz e a determinação em seguir com a vida, apesar das limitações, são indicativos de uma postura resolutiva. Os pacientes não se limitam a aceitar passivamente sua condição, mas buscam

ativamente formas de melhorar sua qualidade de vida e de se reintegrar socialmente, como evidenciado na reflexão sobre a perda de amizades e oportunidades de trabalho (P06).

Deste modo, a análise dos trechos revela que a aceitação e o enfrentamento não são fenômenos isolados, mas sim interdependentes. A aceitação da condição de saúde pode facilitar com que os pacientes desenvolvam estratégias de enfrentamento mais eficazes, e em contrapartida, o enfrentamento pode reforçar a aceitação ao proporcionar uma visão mais esperançosa sobre o futuro baseada no sucesso em superar as adversidades passadas.

Outrossim, a categoria analítica intitulada "Dualidade Emocional" revela um fenômeno complexo e multifacetado que permeia as experiências dos entrevistados, refletindo uma coexistência de sentimentos de alegria e tristeza. Essa dualidade é particularmente significativa no contexto da saúde e da vivência com a doença falciforme, onde as emoções são intensificadas por fatores como a dor física, a limitação nas atividades diárias e o suporte social. Os relatos dos participantes evidenciam uma luta interna entre a alegria e a tristeza, que se manifestam simultaneamente em suas narrativas. Por exemplo, P09 expressa essa dualidade ao afirmar: "Eu sou alegre e triste ao mesmo tempo. Triste por não ter saúde, por não fazer as atividades que eu gostaria" (P09). Essa citação ilustra como a limitação imposta pela condição de saúde gera um sentimento de tristeza que contrasta com momentos de alegria, sugerindo que a saúde é um fator central na experiência emocional dos indivíduos.

Além disso, a oscilação entre estados emocionais é uma constante nas narrativas. Um dos entrevistados menciona: "Tem dia que eu estou muito feliz. Tem dia que me bate aquela... angústia" (P07). Essa afirmação sugere que a felicidade e a tristeza não são estados fixos, mas sim flutuantes, influenciados por circunstâncias externas e internas. A relação entre a saúde mental e a experiência emocional é ainda mais evidenciada quando um participante relata: "Tem sete anos, né? Mas o meu psicológico, meu emocional, sempre foi mais abalado, desde a perda. É algo que eu não entendo..." (P04). Aqui, a referência à perda indica que eventos traumáticos podem exacerbar a dualidade emocional, contribuindo para um estado de confusão e desamparo. A influência do tratamento na experiência emocional, também, é um aspecto relevante. Um entrevistado menciona: "Com a melhora do tratamento, às vezes fica bom, né? Fica mais alegre. Aí, às vezes, com a notícia ruim de um médico, fica mais negativo, né?" (P03). Essa citação destaca como a saúde física e as expectativas em relação ao tratamento podem impactar diretamente o estado emocional, criando um ciclo de esperança e desilusão.

Então, a ansiedade e a tristeza são sentimentos que permeiam momentos significativos,

como o aniversário, conforme relatado: "Tristeza. Aquela ansiedade. Você sabe que agora é meu aniversário" (P07). Essa observação sugere que datas comemorativas, que normalmente são associadas à alegria, podem ser também fontes de tristeza e ansiedade, refletindo a complexidade das emoções vividas pelos entrevistados. Em síntese, a análise dos trechos relevantes dentro da categoria "Dualidade Emocional" demonstra que a vivência com a doença falciforme é, também, um campo de contraste emocional, onde os sentimentos se entrelaçam e se manifestam de maneira dinâmica.

Damásio (1996) propõe uma integração entre cognição, emoção e somatização em sua Hipótese do Marcador Somático. O autor compreende a emoção como a combinação de um processo mental de avaliação, simples ou complexo, com respostas dispositivas a esse processo, em sua maioria dirigidas ao corpo propriamente dito, resultando num estado emocional do corpo, mas, também dirigidas ao próprio cérebro (núcleos neurotransmissores no tronco cerebral), resultando em alterações mentais adicionais. Em outras palavras, a emoção é um conjunto de mudanças no estado corporal associado a imagens mentais específicas (pensamentos) que ativaram sistemas específicos no cérebro. Na experiência da emoção, o corpo passa por mudanças significativas e é levado a um novo estado. O processo inicia-se com uma avaliação cognitiva do acontecimento, que invoca imagens cerebrais verbais e não verbais. Num nível não consciente, redes no córtex pré-frontal reagem automática e involuntariamente aos sinais resultantes do processamento de tais imagens. Portanto, nessa visão, a emoção é uma função secundária à cognição que envolve sinalização cérebro-corpo-cérebro (marcadores somáticos).

Diante disso, a categoria "Relação entre Saúde Física e Emocional" destaca que a experiência de dor física não apenas afeta o bem-estar físico, mas, também tem um impacto significativo no estado psicológico dos pacientes. Essa relação é evidenciada em diversos trechos das entrevistas, que ilustram a intensidade e a profundidade dessa interconexão. Por exemplo, um dos participantes expressa que: "meu psicológico, quando eu fico doente, fica péssimo" (P10), indicando que a saúde física precária está diretamente relacionada a um estado emocional negativo. Essa afirmação sugere que a dor não é apenas uma experiência física, mas, também uma experiência que gera ansiedade e medo, refletindo a complexidade da experiência psicossomática.

A sensação da dor, parcialmente reconhecível pelos testemunhos dos doentes e dos feridos, é primeiramente um fato pessoal e íntimo e que escapa a qualquer medida ou a qualquer tentativa de delimitação e descrição total. É nesse sentido que Le Breton (2013) afirma que a dor

é um fracasso radical da linguagem, pois, por ser fechada na obscuridade da carne reserva-se à deliberação íntima do indivíduo. Entende-se também, por essa perspectiva, que emergência da dor é uma ameaça perigosa ao sentimento de identidade, pois induz ao comedimento nas relações sociais: o indivíduo com dor relaxa o controle que normalmente organiza as relações com os outros e se permite atitudes (caretas, lágrimas, dentre outros) ou palavras (palavrões, queixas, dentre outros) que contrastam com seus comportamentos habituais. Ou então ele pode se fechar em si mesmo para enfrentar sua dor sem enfraquecer sua energia ou para evitar contatos que, ao seu ver, podem diminuir a estima que os outros lhe dedicam. O desinteresse pelo mundo exterior e o fechamento em si podem alimentar uma atenção exclusiva a qualquer mudança corporal e a amargura ligada à vida diminuída tende a invadir a experiência inteira, suscitando um pessimismo total.

Por conta disso, a descrição das crises de dor é frequentemente acompanhada por sentimentos de fraqueza e impotência. Um entrevistado menciona que "as dores, geralmente, elas começam mais leves" e que, à medida que a crise se intensifica, a dor se torna "horrível e insuportável" (P03). Essa progressão da dor não apenas limita a capacidade funcional do indivíduo, mas, também contribui para um estado emocional de esgotamento, como evidenciado pelo relato de outro participante que descreve seu estado como "bem abalada" e "esgotada" (P02).

A ansiedade relacionada à dor é, também, um tema recorrente nas entrevistas. Uma das participantes menciona que "sinto uma dor ali e aquilo já acaba com o meu dia, eu já fico paralisada, com medo" (P05). Essa citação ilustra como a dor física pode desencadear uma resposta emocional intensa, levando a um ciclo vicioso onde a dor gera ansiedade, que por sua vez pode exacerbar a percepção da dor. Ademais, a incerteza em relação à gravidade das crises de dor também contribui para o estado emocional dos pacientes. Um entrevistado expressa sua preocupação ao afirmar que "nunca sei se vai ser uma crise que eu vou comprar um dipirona em casa, um remédio e vou ficar bem, ou se vai ser uma crise que eu vou ficar cinco dias gritando de dor" (P08). Essa incerteza não apenas aumenta a ansiedade, mas, também pode levar a um estado de vigilância constante, onde o paciente se sente em alerta para a possibilidade de uma nova crise.

Por fim, a relação entre saúde física e emocional é ainda mais complexa quando se considera o impacto das crises na vida cotidiana dos entrevistados. Um participante relata que, durante as crises, "não consigo tomar banho" e que, em algumas ocasiões, seu marido precisa escovar seus dentes (P10). Essa limitação funcional não apenas afeta a QV, mas, também pode levar a sentimentos de dependência e vulnerabilidade, que são prejudiciais ao bem-estar

emocional.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ao considerar a doença crônica e as crises dolorosas recorrentes em pacientes com doença falciforme, é fundamental levar em conta os fatores emocionais envolvidos em suas queixas, uma vez que o estado afetivo desempenha um papel crucial na vivência da dor. A influência do psiquismo no processo de adoecimento se manifesta tanto no seu surgimento quanto na sua manutenção ou recuperação, de modo que questões emocionais podem aumentar ou reduzir a vulnerabilidade do indivíduo ao adoecer, sempre em interação com o organismo e o ambiente social em que está inserido.

As entrevistas com pessoas que vivem com doença falciforme mostraram experiências diversas, mas com pontos em comum. Redes de apoio, familiares ou religiosas, aparecem como fundamentais para o bem-estar emocional, embora preconceito, solidão e ansiedade também sejam desafios recorrentes. A adaptação se manifesta em muitos relatos, geralmente na forma de atitude de enfrentamento apesar das limitações impostas pela condição. Há variações claras entre os entrevistados: alguns destacam luta contra estigma e isolamento; outros enfatizam gratidão pelas melhorias de saúde e suporte recebido.

Esses depoimentos ilustram a interconexão entre saúde física, emocional, revelando que a dor não é apenas sintoma, mas dimensão que afeta profundamente o ser na complexidade de sua existência. O equilíbrio entre a vida cotidiana e o manejo da doença exige abordagem integrativa, que inclua uma dimensão social do sofrimento, reforçando a importância de suporte social robusto, atenção à espiritualidade e sensibilização contra o preconceito.

Essas conclusões convergem com a literatura que enfatiza a importância dos aspectos psicossociais na doença falciforme como parte essencial da melhoria da qualidade de vida dos portadores. Em síntese, o estudo aponta para a necessidade de um cuidado integral, que vá além do modelo biomédico e incorpore perspectivas biopsicossociais. Tal mudança de paradigma não diminui a relevância dos aspectos biológicos, mas amplia a compreensão de ser humano e de saúde. A partir dessa visão, profissionais de saúde podem ampliar a avaliação da dor e do sofrimento, adotando escuta sensível à singularidade de cada pessoa, o que contribui para a humanização do cuidado e para intervenções e políticas públicas mais eficazes.

Assim, conclui-se que a qualidade de vida em pessoas com doença falciforme está

profundamente ligada aos processos psicossomáticos, pois, de um lado, as emoções, relações sociais e significados atribuídos à doença influenciam a dor e o adoecer. Por outro lado, o cuidado que integra corpo, psiquismo e contexto social favorece adaptação, bem-estar e humanização da assistência.

Por fim, há de se considerar que este estudo se encontra limitado, tanto pelo número restrito de participantes, quanto pelo recorte de estudo transversal que não possibilita a compreensão, a partir dos relatos, dos fatores que são mais permanentes e estáveis e aqueles transitórios quando se articula os processos psicossomáticos com a percepção da qualidade de vida.

AGRADECIMENTOS

Os autores agradecem o apoio do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico – CNPq, por meio da Chamada CNPq. Nº 18/2024.

REFERÊNCIAS

BASTOS, D. F. et al. “Dor”. **Revista da Sociedade Brasileira de Psicologia Hospitalar**, v. 10, n. 1, jun., 2007.

BARBOSA, F. C. et al. “Psicossomática: da prática médica interna às conexões neuropsicanalíticas”. **Caderno Pedagógico**, v. 21, n. 8, 2024.

BARDIN, L. “**Análise de Conteúdo**”. São Paulo: Edições 70, 2016.

BECERRA DE OLIVEIRA, L. “Impacto da dor, ansiedade e depressão na qualidade de vida de indivíduos com doença falciforme”. **Revista Brasileira de Saúde Funcional**, v. 13, n. 1, 2025.

BENTO, C. “**O pacto da branquitude**”. São Paulo: Companhia das Letras, 2022.

BRASIL. Portaria nº 27, 12 de junho de 2013: Decisão de incorporar hidroxiuréia em crianças com doença falciforme no Sistema Único de Saúde - SUS. **Diário Oficial da União**, 2013. Disponível em: saude.gov.br . Acesso em: 15/12/2025.

BRASIL. **Doença falciforme: conhecer para cuidar**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2015. Disponível em: saude.gov.br . Acesso em: 14/12/2025.

CARVALHO, E. S. “Why does your pain never get better? Stigma and coping mechanism in people with sickle cell disease”. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 74, n. 3, junho, 2021.

CARVALHO DE CAMARGO, L. “Transtorno Depressivo e doença falciforme: O estado da arte”. **Psicologia e Saúde em Debate**, v. 10, n. 1, novembro, 2024.

CANCIAN, Q. G. et al. “Qualidade de vida no desenvolvimento do trabalho na percepção dos professores universitários”. **Boletim de Conjuntura (BOCA)**, Boa Vista, v. 13, n. 39, março, 2023.

CERON, G. C. et al. “Avaliação da Percepção Médica sobre o Cuidar/Curar para a Saúde Psicossomática”. **Revista Psicologia e Saúde**, vol. 16, setembro, 2024.

COSTA, P. N. et al. “Anemia falciforme, diagnóstico precoce e aconselhamento genético na doença falciforme: uma revisão de literatura”. **Revista JRG de Estudos Acadêmicos**, v. 7, n. 15, julho, 2024.

COSTA NETO, S. B.; ARAUJO, T. C. C. F. Qualidade de vida do enfermo oncológico: um panorama sobre o campo e suas formas de avaliação.. In: Vicente Augusto de Carvalho et al. (Org.). **Temas em Psico-Oncologia**. São Paulo: Summus Editorial, 2008, p. 195-208.

CRUZ, M. Z. “**Psicossomática na saúde coletiva: um enfoque biopsicossocial**”. (Dissertação de Mestrado em Saúde Coletiva). Botucatu: UNESP, 2011.

DA FONSECA, P. A. “Transtorno de ansiedade: Uma revisão bibliográfica sobre o mal do século XXI”. **Revista Contemporânea**, v. 3, n. 8, agosto, 2023.

DAMÁSIO, A. R. **O Erro de Descartes: emoção, razão e o cérebro humano**. São Paulo: Companhia das Letras, 1996.

DE FREITAS OLIVEIRA, M. E. et al. “Depressão em pacientes oncológicos: Uma contribuição da psiconeuroimunologia”. **Revista Transformar**, v. 17, n. 2, 2023.

DE OLIVEIRA, L. F. et al. “Transformação neuroquímica do cérebro pela aceitação da dor emocional”. **COGNITIONIS ScientificJournal**, v. 8, n. 1, abril, 2025.

FERREIRA DA SILVEIRA, N. B.; ARRUDA, D. O. “Consequências do racismo na trajetória de estudantes negros que convivem com a doença falciforme no Brasil”. **Revista Magistro**, v. 1, n. 29, fevereiro, 2025.

FLECK, M. P. A. et al. “Desenvolvimento do WHOQOL, módulo espiritualidade, religiosidade e crenças pessoais”. **Revista de Saúde Pública**, v. 37, n. 4, agosto, 2003.

HO, R. C. M. et al. “Research on Psychoneuroimmunology: Does Stress Influence Immunity and Cause Coronary Artery Disease?”. **Annals Academy of Medicine**. Singapura: Review Article, 2010.

LAZARUS, R.S.; FOLKMAN, S. **Stress, appraisal and coping**. New York: Springer, 1984.

LEITE, M. et al. “Depressão em pacientes com doença falciforme: uma revisão de literatura”. **Hematology, Transfusion and Cell Therapy**, v. 46, n. 4, outubro, 2024.

LE BRETON, D. **Antropologia da dor**. São Paulo: FAP-Unifesp, 2013.

LUPIE, S. J. et al. “Can poverty get under your skin? basal cortisol levels and cognitive function in children from low and high socioeconomic status”. **Development and Psychopathology**, vol. 13, n. 3, fevereiro, 2001.

MARTINS, I. M. C. et al. “Efeitos do estresse emocional crônico na saúde cardiovascular”. **Brazilian Journal of Health Review**, vol. 7, n. 9, novembro, 2024.

MARTINS, L. F.; SOUZA, F. R.; FREITAS, J. M. **Requalify.ai** (Version 0.1).

Recuperado de <https://requalify.ai>. 2024.

MENEZES, N. R.; CARVALHO, G. B.; COSTA NETO, S. B. “As contradições do corpo: relato de experiência na clínica hematológica”. **Perspectivas em Psicologia**, vol. 22, n. 2, Jul./Dez., 2018.

MORAES, V. M. S. et al. “Influência dos determinantes sociais nos agravos da doença falciforme”. **Hematology, Transfusion and Cell Therapy**, vol. 46, n. 4, outubro, 2024.

MOTA, C. S. et al. “Àgô Sankofa: um olhar sobre a trajetória da doença falciforme no Brasil nos últimos 20 anos”. **Ciência & Saúde Coletiva**, vol. 29, n. 3, março, 2024.

PINHEIRO SCHAEFER, M.; BECKER, D.; SCHNEIDER DONELLI, T. “Intervenções promotoras da capacidade de mentalização e função reflexiva: uma revisão integrativa”. **Ciencias Psicológicas**, vol. 17, n. 1, 2023.

PITALUGA, W. V. de C.; COSTA NETO, S. B. Avaliação da Qualidade de Vida de Portadores de Anemia Falciforme. In: Daniela Sacramento Zanini; Margareth Regina Gomes Veríssimo de Faria. (Org.). **Teoria, pesquisa e aplicação em psicologia: clínica e saúde**. 1ed. Curitiba: Appris, 2017, v. 1, p. 33-60.

PRESTES, V. R. **A psicossomática como expressão da linguagem: considerações pelo viés da multimodalidade pulsional** (Tese de doutorado em Psicologia e Sociedade). Assis: Unesp, 2022.

RONALD, C. **Antropologia médica e “mudança de estilo de vida”**. Rio de Janeiro: Autografia, 2024.

SILVA, A. R. M. “O corpo que se impõe no discurso: Psicossomática e psicanálise no Sistema Único de Saúde”. **Revista Acadêmica Online**, vol. 11, n. 58, Jul./Ago. , 2025.

SOUZA, I. O.; FONTES, F. C.; RESGALA JR, R. M. “Dor psicossomática: Um grito de socorro do corpo” **Revista Ibero-Americana de Humanidades, Ciências e Educação**, vol. 9, n. 9, setembro, 2023.

SOUZA, D. M. et al. “Qualidade de vida: Uma análise das produções de psicólogos entre 2018-2022”. **ARACÊ**, vol. 6, n. 3, novembro, 2024.

WILLIAMS, D. R. et al. “Perceived Discrimination, Race and Health in South Africa”. **Social Science & Medicine**. vol. 67, n. 3, maio, 2008.

ZAVARIZE, S. F. “A psicossomática e o corpo: uma revisão teórica sobre a integração mente-corpo na saúde e na doença”. **Revista Faculdades do Saber**, vol. 10, n. 26, novembro, 2025.