BOCA
BOLETIM DE CONJUNTURA

DO SILÊNCIO CLÍNICO À EMERGÊNCIA DO SUJEITO: UMA AUTOETNOGRAFIA DA TRANSIÇÃO DA GAMOPATIA MONOCLONAL PARA O MIELOMA MÚLTIPLO SOB A ÓTICA DA TEORIA DA SUBJETIVIDADE

FROM CLINICAL SILENCE TO THE EMERGENCE OF THE SUBJECT: AN AUTOETHNOGRAPHY OF THE TRANSITION FROM MONOCLONAL GAMMOPATHY TO MULTIPLE MYELOMA THROUGH THE LENS OF SUBJECTIVITY THEORY

DEL SILENCIO CLÍNICO A LA EMERGENCIA DEL SUJETO: UNA AUTOETNOGRAFÍA DE LA TRANSICIÓN DE LA GAMOPATÍA MONOCLONAL AL MIELOMA MÚLTIPLE BAJO LA ÓPTICA DE LA TEORÍA DE LA SUBJETIVIDAD

https://doi.org/10.56238/bocav25n84-018

Data de submissão: 11/10/2026 **Data de publicação:** 11/11/2026

Mariana da Silva Pereira Reis
Psicóloga, Especialista em Epidemiologia e Gerontologia e Cuidado do Idoso, Mestra em Psicologia e Saúde, Doutora em Saúde Pública
Instituição: Faculdade CCI (CCI)
E-mail: contato@psicologamarianareis.com
Orcid: https://orcid.org/0009-0006-8618-6599
Lattes: http://lattes.cnpq.br/8653790526189762

RESUMO

O presente artigo analisa a transição da Gamopatia Monoclonal de Significado Indeterminado (GMSI), em suas manifestações de significado renal (MGRS) e clínico (MGCS), para o Mieloma Múltiplo Ativo (CID-10 C90), à luz da Teoria da Subjetividade, desenvolvida por Fernando González Rey, e da Psicologia da Saúde. Trata-se de uma pesquisa de abordagem autoetnográfica, de caráter crítico e evocativo (Ellis; Bochner; Denzin), articulada ao Método Construtivo-Interpretativo, configurada como estudo de caso singular (N=1). A investigação busca compreender as produções subjetivas constituídas no curso do adoecimento, com ênfase na temporalidade da incerteza, marcada pela experiência da espera vigilante (watchful waiting), e nas rupturas existenciais decorrentes do comprometimento renal e do diagnóstico onco-hematológico. O acervo empírico, constituído por instrumentos e registros de diferentes naturezas, compreende prontuários multidisciplinares (2017–2026), laudos de biópsias renal e de medula óssea, exames laboratoriais longitudinais, diário de campo reflexivo, registros fotográficos de manifestações purpúricas vasculares e depoimentos orais registrados em áudio. Os resultados evidenciam uma discrepância entre a baixa proporção de plasmócitos clonais identificada pela citometria de fluxo (0,14%) e a infiltração medular de 15%, identificada no exame anatomopatológico, além de manifestações de comprometimento tecidual associadas à proteína monoclonal, expressas, entre outros achados, pela proteinúria de 1.116 mg/24h. Essa configuração evidencia a complexidade da relação entre a atividade da doença clonal, a produção de imunoglobulinas monoclonais e a ocorrência de lesões orgânicas, que podem se manifestar antes de uma carga tumoral expressiva. A análise também problematiza as experiências de invalidação

clínica e seus desdobramentos na constituição subjetiva do adoecimento, destacando a emergência do sujeito como agente ativo na produção de sentidos sobre a própria experiência, na ressignificação da dor, na reconstrução das relações de cuidado e na conquista da autoria existencial e científica. Conclui-se que a compreensão do adoecimento não pode se restringir à dimensão biomédica, exigindo o reconhecimento dos processos subjetivos implicados na experiência de viver com uma condição clínica progressiva e marcada pela incerteza.

Palavras-chave: Teoria da Subjetividade. Autoetnografia. Gamopatia Monoclonal. Mieloma Múltiplo. Doença Renal Crônica. Psicologia da Saúde.

ABSTRACT

This article analyzes the transition from Monoclonal Gammopathy of Undetermined Significance (MGUS), in its renal significance (MGRS) and clinical significance (MGCS) manifestations, to Active Multiple Myeloma (ICD-10 C90), from the perspective of the Theory of Subjectivity, developed by Fernando González Rey, and Health Psychology. This is an autoethnographic study with a critical and evocative approach (Ellis; Bochner; Denzin), integrated with the Constructive-Interpretative Methodology and configured as a single-case study (N=1). The investigation seeks to understand the subjective productions constituted throughout the illness process, with particular emphasis on the temporality of uncertainty, characterized by the experience of watchful waiting, and the existential ruptures resulting from renal impairment and the oncohematological diagnosis. The empirical corpus, comprising instruments and records of different natures, includes multidisciplinary medical records (2017–2026), renal and bone marrow biopsy reports, longitudinal laboratory test results, a reflective field diary, photographic records of vascular purpuric manifestations, and audio-recorded oral accounts. The findings reveal a discrepancy between the low proportion of clonal plasma cells identified by flow cytometry (0.14%) and the 15% bone marrow infiltration identified through histopathological examination, alongside manifestations of tissue damage associated with the monoclonal protein, expressed, among other findings, by proteinuria of 1,116 mg/24 h. This configuration highlights the complexity of the relationship between clonal disease activity, monoclonal immunoglobulin production, and the occurrence of organ damage, which may become apparent before a substantial tumor burden develops. The analysis also problematizes experiences of clinical invalidation and their implications for the subjective constitution of the illness experience, highlighting the emergence of the subject as an active agent in the production of meanings regarding their own experience, the re-signification of pain, the reconstruction of care relationships, and the achievement of existential and scientific authorship. It is concluded that understanding the illness process cannot be restricted to its biomedical dimension, but requires recognition of the subjective processes involved in living with a progressive clinical condition characterized by uncertainty.

Keywords: Theory of Subjectivity. Autoethnography. Monoclonal Gammopathy. Multiple Myeloma. Chronic Kidney Disease. Health Psychology.

RESUMEN

El presente artículo analiza la transición de la Gamopatía Monoclonal de Significado Indeterminado (GMSI), en sus manifestaciones de significado renal (MGRS) y clínico (MGCS), hacia el Mieloma Múltiple Activo (CIE-10 C90), a la luz de la Teoría de la Subjetividad, desarrollada por Fernando González Rey, y de la Psicología de la Salud. Se trata de una investigación con enfoque autoetnográfico, de carácter crítico y evocador (Ellis; Bochner; Denzin), articulada al Método

Constructivo-Interpretativo, configurada como estudio de caso singular (N=1). La investigación busca comprender las producciones subjetivas constituidas en el curso de la enfermedad, con énfasis en la temporalidad de la incertidumbre, marcada por la experiencia de la espera vigilante (watchful waiting), y en las rupturas existenciales derivadas del compromiso renal y del diagnóstico onco-hematológico. El acervo empírico, constituido por instrumentos y registros de diferentes naturalezas, comprende expedientes multidisciplinarios (2017–2026), informes de biopsias renal y de médula ósea, exámenes de laboratorio longitudinales, diario de campo reflexivo, registros fotográficos de manifestaciones purpúricas vasculares y testimonios orales registrados en audio. Los resultados evidencian una discrepancia entre la baja proporción de plasmocitos clonales identificada por citometría de flujo (0,14%) y la infiltración medular del 15%, identificada en el examen anatomopatológico, además de manifestaciones de compromiso tisular asociadas a la proteína monoclonal, expresadas, entre otros hallazgos, por proteinuria de 1.116 mg/24h. Esta configuración evidencia la complejidad de la relación entre la actividad de la enfermedad clonal, la producción de inmunoglobulinas monoclonales y la ocurrencia de lesiones orgánicas, que pueden manifestarse antes de una carga tumoral expresiva. El análisis también problematiza las experiencias de invalidación clínica y sus desdoblamientos en la constitución subjetiva de la enfermedad, destacando la emergencia del sujeto como agente activo en la producción de sentidos sobre la propia experiencia, en la resignificación del dolor, en la reconstrucción de las relaciones de cuidado y en la conquista de la autoría existencial y científica. Se concluye que la comprensión de la enfermedad no puede restringirse a la dimensión biomédica, exigiendo el reconocimiento de los procesos subjetivos implicados en la experiencia de vivir con una condición clínica progresiva y marcada por la incertidumbre.

Palabras clave: Teoría de la Subjetividad. Autoetnografía. Gamopatía Monoclonal. Mieloma Múltiple. Enfermedad Renal Crónica. Psicología de la Salud.

1 INTRODUÇÃO: O LIMBO EXISTENCIAL DA ESPERA VIGILANTE E A RUPTURA DO DIAGNÓSTICO

A experiência humana do adoecimento crônico e onco-hematológico impõe ao indivíduo a necessidade de reorganizar profundamente sua existência, produzindo desestabilizações nos referenciais que sustentam a temporalidade, a identidade e a relação com o próprio corpo. No contexto das discrasias de plasmócitos, a medicina ocidental contemporânea estabelece classificações conceituais e diagnósticas que permitem compreender diferentes condições relacionadas à proliferação clonal de plasmócitos e à produção de imunoglobulinas monoclonais. Nesse contexto, encontram-se a Gamopatia Monoclonal de Significado Indeterminado (GMSI/MGUS), a Gamopatia Monoclonal de Significado Renal (MGRS) e a Gamopatia Monoclonal de Significado Clínico (MGCS), além do Mieloma Múltiplo Ativo (CID-10 C90). Embora essas condições apresentem relações clínicas e fisiopatológicas, suas classificações não correspondem necessariamente a etapas sucessivas de uma única trajetória evolutiva. Todavia, para o indivíduo que vivencia as manifestações dessas condições, especialmente durante o período que antecede a confirmação de uma doença hematológica ativa, a ausência de critérios diagnósticos para intervenção terapêutica pode significar a permanência em um estado de incerteza prolongada. Nesse cenário, insere-se a conduta clínica denominada espera vigilante (*watchful waiting*) (KYLE *et al*., 2002; FERMAND *et al*., 2018).

A espera vigilante é frequentemente apresentada pela equipe médica como uma conduta prudente e não invasiva, cujo propósito consiste em evitar a exposição precoce do paciente aos efeitos adversos de tratamentos potencialmente tóxicos, especialmente os quimioterápicos, enquanto não forem identificados critérios clínicos e laboratoriais que justifiquem a intervenção terapêutica. No contexto do mieloma múltiplo, essa decisão considera, entre outros parâmetros, a presença de lesões em órgãos-alvo, tradicionalmente avaliadas por meio dos critérios CRAB: hipercalcemia (*hypercalcemia*), comprometimento renal (*renal impairment*), anemia (*anemia*) e lesões ósseas (*bone lesions*).

Entretanto, sob a perspectiva psicológica e existencial, a espera vigilante pode assumir significados que ultrapassam sua finalidade estritamente biomédica, convertendo o cotidiano do indivíduo em uma experiência de incerteza persistente. O sujeito passa a ocupar uma posição de vigilância clínica contínua, na qual seu corpo é submetido a sucessivos exames, avaliações e monitoramentos, sem que necessariamente exista, naquele momento, indicação de tratamento específico para a condição clonal identificada. Configura-se, assim, uma experiência paradoxal: o

indivíduo não dispõe, em determinadas circunstâncias, de reconhecimento clínico que justifique uma intervenção terapêutica direcionada à doença hematológica, mas tampouco consegue recuperar a percepção de segurança e integridade associada à condição de saúde. Seu corpo deixa de ser experimentado exclusivamente como espaço de existência e passa a ser também percebido como objeto permanente de investigação, mensuração e vigilância.

Para compreender a complexidade dessa vivência, a antropologia médica e a medicina narrativa oferecem uma distinção epistemológica fundamental entre os conceitos de *disease* e *illness*. O primeiro diz respeito à doença enquanto entidade biológica, caracterizada por alterações fisiopatológicas, teciduais ou laboratoriais identificadas e interpretadas pelo conhecimento biomédico. O segundo refere-se à experiência humana, subjetiva, fenomenológica e sociocultural do adoecimento, tal como vivenciada e significada pela pessoa em sua singularidade (KLEINMAN, 1988; CHARON, 2006). Enquanto a biomedicina direciona seu olhar prioritariamente para a *disease*, buscando identificar frações de proteínas monoclonais, proporções de plasmócitos na medula óssea e alterações na taxa de filtração glomerular, o indivíduo vivencia a *illness*, constituída por experiências que não se esgotam nos indicadores laboratoriais ou nas classificações diagnósticas. Essa experiência compreende a angústia diante das sucessivas coletas de sangue, o medo dos procedimentos invasivos envolvidos nas biópsias, a fadiga cuja origem nem sempre é imediatamente esclarecida, a dor articular cuja legitimidade pode ser questionada ou desconsiderada e a apreensão silenciosa que acompanha a expectativa pela disponibilização de um novo resultado laboratorial, a cada três ou seis meses. Trata-se, portanto, de dimensões distintas, mas indissociáveis, do processo de adoecimento, cuja compreensão exige ultrapassar a identificação da alteração orgânica e reconhecer os sentidos produzidos pelo sujeito diante das transformações que atravessam sua existência.

É precisamente nesse hiato entre a objetificação biomédica e a experiência subjetiva do adoecimento que emerge a presente investigação autoetnográfica. Na condição de psicóloga, mestra em Psicologia e Saúde e doutora em Saúde Pública, vivenciei uma inflexão existencial na qual o instrumental teórico e conceitual construído ao longo de anos de formação acadêmica e atuação profissional passou a ser mobilizado também para compreender e produzir sentidos sobre meu próprio corpo adoecido. A experiência de ocupar, simultaneamente, a posição de profissional da saúde e de pessoa submetida aos procedimentos diagnósticos e às incertezas do acompanhamento clínico produziu deslocamentos importantes na relação com o conhecimento, com a prática profissional e com a própria experiência de adoecimento. O percurso teve início em 2017, com um episódio de pielonefrite

grave, e adquiriu novos contornos em 2019, com o diagnóstico de Glomeruloesclerose Segmentar e Focal (GESF). Entre 2025 e 2026, a investigação clínica revelou a presença de proteína monoclonal IgG/Kappa, elevação da proteinúria, que atingiu 1.116 mg/24h, e, posteriormente, a identificação de infiltração medular focal de 15% por plasmócitos clonais. Esses achados, considerados no conjunto da avaliação clínica, laboratorial e anatomopatológica, integraram o percurso de investigação que culminou no diagnóstico de Mieloma Múltiplo Ativo.

Diante desse percurso, a presente pesquisa tem como objetivo geral analisar o processo de transição da Gamopatia Monoclonal para o Mieloma Múltiplo sob a perspectiva da Teoria da Subjetividade, desenvolvida por Fernando González Rey, e da Psicologia da Saúde, buscando compreender como a passagem do silêncio clínico associado à espera vigilante para a ruptura produzida pelo diagnóstico mobiliza configurações subjetivas, desencadeia zonas de dor e experiências de invalidação e, simultaneamente, cria possibilidades para a emergência do sujeito. Essa emergência é compreendida como um processo de produção subjetiva no qual o indivíduo assume uma posição ativa, reflexiva e geradora diante das circunstâncias vivenciadas, participando da construção de sentidos sobre o próprio adoecimento, da ressignificação da dor, da elaboração de possibilidades de cuidado e da reconstrução de sua própria história. Nesse movimento, a experiência pessoal deixa de ocupar exclusivamente o lugar de objeto da interpretação biomédica e passa a constituir também um campo legítimo de produção de conhecimento, reflexão crítica e autoria científica.

2 REFERENCIAL TEÓRICO E EPISTEMOLÓGICO: A TEORIA DA SUBJETIVIDADE E A SOCIOLOGIA DO CORPO ADOECIDO

2.1 A SAÚDE COMO PROCESSO SUBJETIVADO E SISTEMA COMPLEXO

A Teoria da Subjetividade, desenvolvida por Fernando González Rey no contexto da tradição histórico-cultural da Psicologia e em diálogo com o pensamento da complexidade, representa uma ruptura com as concepções positivistas e cartesianas que restringem a compreensão da saúde à ausência de doença ou à manutenção de um equilíbrio biológico estático. Para González Rey (1997, 2011, 2015), a saúde não constitui um estado imutável nem um atributo exclusivamente biológico, mas um processo sistêmico, histórico, plurideterminado e dinâmico, profundamente relacionado à cultura e constituído no tecido da subjetividade individual e social.

Nessa perspectiva, o adoecimento não pode ser compreendido como um acontecimento exclusivamente orgânico que se instala de fora para dentro em um corpo passivo. O corpo biológico e

a dimensão psíquica não constituem instâncias independentes, mas dimensões de uma unidade complexa, cuja compreensão exige considerar os processos subjetivos que participam da experiência humana. Quando uma doença crônica ou onco-hematológica se manifesta, seus desdobramentos não se restringem aos tecidos e órgãos diretamente comprometidos, mas podem alcançar a organização da vida em sua totalidade, produzindo deslocamentos nas relações com o trabalho, a família, a temporalidade, a autonomia e os projetos de futuro (MORI; GONZÁLEZ REY, 2012; PERES, 2019). Como apontam Mori e González Rey (2012, p. 143), "a saúde como processo subjetivo implica reconhecer que os sentidos produzidos pela pessoa diante da enfermidade não são reflexos diretos da lesão biológica, mas construções ativas da pessoa enquanto sujeito de sua própria vida".

Compreender a saúde como processo subjetivado implica, portanto, reconhecer que a experiência do adoecimento não pode ser deduzida diretamente da gravidade da condição clínica, dos resultados laboratoriais ou das classificações diagnósticas. Pessoas que compartilham uma mesma condição patológica podem produzir sentidos subjetivos distintos diante de suas manifestações, dos tratamentos, das limitações funcionais e das possibilidades de continuidade da vida. A experiência de adoecer é constituída na articulação entre a história individual, os contextos relacionais, as condições socioculturais e as produções subjetivas que emergem diante das circunstâncias vivenciadas. Assim, a dimensão orgânica permanece fundamental, mas não esgota a compreensão do processo de saúde e doença.

2.2 SENTIDOS SUBJETIVOS, CONFIGURAÇÕES SUBJETIVAS E A UNIDADE SIMBÓLICO-EMOCIONAL

O núcleo ontológico da Teoria da Subjetividade encontra-se articulado às categorias de sentido subjetivo e configuração subjetiva. O sentido subjetivo expressa a unidade indissociável entre processos simbólicos e emocionais, constituindo uma produção singular que emerge na experiência humana. Não se trata de uma associação linear entre pensamento e emoção, tampouco de uma reação imediata diante de determinado acontecimento, mas de uma produção subjetiva na qual processos simbólicos e emocionalidades se integram de maneira dinâmica, constituindo novas possibilidades de significação da experiência (GONZÁLEZ REY, 2005, 2011).

Nessa perspectiva, acontecimentos como o recebimento de um laudo médico, a manifestação de uma dor corporal, o aparecimento de manchas purpúricas ou a interação com um profissional de saúde não possuem significados universais ou previamente estabelecidos. Cada um desses

acontecimentos pode adquirir sentidos subjetivos singulares, constituídos na articulação com a história de vida, as relações sociais, as experiências anteriores e as configurações subjetivas da pessoa. Desse modo, uma mesma informação clínica pode produzir diferentes desdobramentos subjetivos, dependendo da maneira como se integra à organização subjetiva de quem a vivencia.

As configurações subjetivas, por sua vez, representam organizações sistêmicas e dinâmicas de sentidos subjetivos que participam da produção de novas experiências e da organização da vida do indivíduo. Não correspondem a estruturas rígidas ou a conjuntos estáticos de significados, mas a sistemas complexos, nos quais diferentes produções subjetivas se articulam e se reorganizam continuamente. Essas configurações participam da maneira como a pessoa se posiciona diante das circunstâncias, estabelece relações, interpreta acontecimentos e produz alternativas de ação no mundo.

No contexto do adoecimento crônico e das doenças hematológicas, a constituição de configurações subjetivas relacionadas ao medo da finitude, à insegurança, à impotência ou à perda de controle pode produzir desdobramentos importantes na maneira como o indivíduo vivencia sua condição clínica e estabelece relações com os serviços de saúde. Em determinadas circunstâncias, tais produções podem restringir suas possibilidades de posicionamento, favorecendo experiências de passividade diante das decisões e dos procedimentos que atravessam seu cotidiano. Entretanto, a emergência de novos sentidos subjetivos, produzidos a partir da reflexão, da escrita, das relações afetivas e da apropriação de recursos teóricos, pode favorecer processos de reconfiguração subjetiva e a construção de novas possibilidades de posicionamento diante do adoecimento. Nesse movimento, tornam-se possíveis processos de desenvolvimento subjetivo, fortalecimento da capacidade de ação e reconstrução de projetos de vida, sem que isso implique necessariamente a eliminação do sofrimento ou a superação das limitações impostas pela condição clínica (ROSSATO, 2019; SOUZA; TORRES, 2019).

2.3 A ÉTICA DO SUJEITO E A INSEPARABILIDADE ENTRE PRÁXIS CLÍNICA E INVESTIGAÇÃO

No campo da saúde mental e da atenção às enfermidades crônicas, Goulart (2015, 2019) defende a importância de uma ética do sujeito, fundamentada no reconhecimento da pessoa em sua singularidade e em suas possibilidades de produção subjetiva. O modelo biomédico hegemônico, quando orientado predominantemente pela objetificação e pela patologização da vida, tende a reduzir o indivíduo a um conjunto de sintomas, alterações orgânicas ou códigos diagnósticos, restringindo o

reconhecimento de sua experiência e de sua capacidade de participação nos processos de cuidado. Em contraposição a essa lógica, a ética do sujeito propõe a construção de espaços relacionais nos quais a pessoa possa expressar sua voz, participar das decisões relativas ao próprio cuidado, exercer sua autonomia e produzir posicionamentos diante das circunstâncias terapêuticas e existenciais que vivencia.

Essa perspectiva encontra aproximações com as proposições de Mori (2015, 2019) acerca da relação entre a prática profissional em Psicologia e a produção de conhecimento científico. No contexto da Teoria da Subjetividade e da Epistemologia Qualitativa, a investigação e a intervenção não constituem dimensões isoladas ou necessariamente sucessivas, uma vez que ambas podem integrar processos de produção de conhecimento e de transformação da realidade investigada. O próprio processo investigativo, ao favorecer a reflexão, a expressão e a elaboração de experiências, pode participar da emergência de novos sentidos subjetivos e de novas possibilidades de posicionamento diante da realidade vivenciada.

A pesquisa autoetnográfica desenvolvida por uma profissional da saúde que também vivencia o adoecimento permite aprofundar essa articulação entre práxis e investigação. Nessa configuração, a pesquisadora não ocupa exclusivamente a posição de observadora externa de um fenômeno, mas participa diretamente da experiência que constitui o objeto de investigação. A condição de profissional da saúde e, simultaneamente, de pessoa submetida aos processos diagnósticos, às incertezas clínicas e às relações de cuidado produz um campo singular de reflexão epistemológica. Investigar a própria trajetória não significa apenas recuperar acontecimentos ou organizar cronologicamente experiências, mas construir interpretações sobre os processos subjetivos que emergem no curso do adoecimento. A escrita e a análise reflexiva da própria história passam, assim, a constituir recursos de elaboração da experiência, produção de conhecimento e reconstrução das relações estabelecidas consigo mesma, com o corpo e com os outros (MORI, 2019; ROSSATO, 2019).

Nessa perspectiva, a autoetnografia não se limita à exposição de uma experiência individual, tampouco transforma a vivência pessoal em evidência generalizável. Sua contribuição reside na possibilidade de produzir conhecimento a partir da articulação entre experiência, reflexividade, construção teórica e análise crítica dos contextos socioculturais e institucionais nos quais o adoecimento se desenvolve. A experiência singular adquire, portanto, relevância epistemológica não por representar outras trajetórias, mas por possibilitar a construção de inteligibilidade sobre processos humanos que atravessam as relações entre saúde, subjetividade e cuidado.

2.4 CORPORIFICAÇÃO, DOR E RECONSTRUÇÃO DO SELF NA CRONICIDADE

A compreensão da dor física e das manifestações somáticas no contexto do adoecimento crônico exige uma abordagem que ultrapasse a interpretação estritamente anatomofisiológica do corpo, incorporando contribuições da sociologia e da antropologia. David Le Breton (2007, 2011), em seus estudos sobre a sociologia do corpo e a antropologia da dor, demonstra que o corpo não pode ser compreendido apenas como organismo biológico e estrutura anatômica, uma vez que constitui também uma dimensão fundamental da existência e da inserção do sujeito no mundo. O corpo é atravessado por significações sociais, culturais e simbólicas, sendo simultaneamente condição da experiência humana e espaço no qual se inscrevem as relações estabelecidas com o ambiente, com os outros e consigo mesmo.

Nessa perspectiva, a dor e as lesões somáticas podem desestabilizar a experiência cotidiana de estar no mundo, produzindo rupturas na relação aparentemente natural que o indivíduo estabelece com o próprio corpo. Aquilo que anteriormente era experimentado como dimensão integrada à existência pode passar a ser percebido como fonte de ameaça, imprevisibilidade e sofrimento. No adoecimento crônico, essa transformação pode adquirir particular intensidade, uma vez que o corpo passa a ocupar continuamente o campo da atenção, seja pela presença de sintomas, pelas limitações funcionais, pela necessidade de tratamentos ou pela submissão a procedimentos diagnósticos sucessivos. O indivíduo pode, então, experimentar uma relação ambivalente com o próprio corpo: simultaneamente lugar de existência e fonte de incerteza, espaço de identidade e objeto de monitoramento clínico.

Complementarmente, Charmaz (1991, 1995), ao investigar a experiência de pessoas que vivem com enfermidades crônicas, especialmente em sua obra *Good Days, Bad Days: The Self in Chronic Illness*, desenvolve a noção de sofrimento do self (*suffering of self*). A autora demonstra que a doença crônica pode produzir rupturas contínuas nas rotinas, na autonomia, nas relações sociais e na autoimagem, favorecendo experiências de desvalorização, dependência e perda de controle sobre a própria vida. O adoecimento não compromete apenas determinadas funções orgânicas, mas pode alterar profundamente a maneira como o indivíduo se reconhece, se relaciona e projeta sua existência.

A reconstrução do self, nesse contexto, envolve um processo contínuo de elaboração das transformações impostas pela enfermidade e de produção de novos significados para a experiência. Não se trata simplesmente de adaptar-se às limitações ou de recuperar uma identidade anterior ao adoecimento, mas de construir possibilidades de continuidade existencial diante de uma realidade corporal e social que se modifica. A escrita autobiográfica e a narrativa de si podem assumir papel

relevante nesse processo, na medida em que permitem organizar experiências, recuperar acontecimentos, expressar sofrimentos e estabelecer relações entre diferentes momentos da trajetória pessoal. Por meio da elaboração narrativa, torna-se possível integrar a experiência da enfermidade à história de vida sem reduzir a identidade do indivíduo à condição patológica que vivencia. A doença passa a constituir uma dimensão de sua existência, mas não sua totalidade (CHARMAZ, 1995).

3 PERCURSO METODOLÓGICO: AUTOETNOGRAFIA CRÍTICA E O MÉTODO CONSTRUTIVO-INTERPRETATIVO

3.1 A AUTOETNOGRAFIA EVOCATIVA E CRÍTICA E A LEGITIMAÇÃO DO SINGULAR (N=1)

A opção metodológica desta investigação fundamenta-se na autoetnografia crítica e evocativa, conforme as contribuições de Carolyn Ellis, Arthur P. Bochner e Norman K. Denzin (ELLIS; BOCHNER, 2000; DENZIN, 2014; ELLIS *et al*., 2011). A autoetnografia constitui uma abordagem de pesquisa que utiliza a experiência pessoal e autobiográfica do pesquisador como ponto de partida para analisar e compreender dimensões culturais, sociais, institucionais e políticas de determinada realidade. Distanciando-se de um relato meramente intimista ou autocentrado, a autoetnografia crítica mobiliza a experiência e a subjetividade do pesquisador como recursos de reflexão e análise, possibilitando problematizar relações de poder, práticas institucionais, formas de violência simbólica e institucional presentes nos sistemas de saúde e possibilidades de transformação e emancipação existencial (DENZIN, 2014).

A sustentação epistemológica do estudo de caso singular (N=1), no campo da Psicologia e da Saúde, encontra respaldo na Epistemologia Qualitativa de González Rey (1997, 2005) e nas contribuições de Mitjáns Martínez (2019) acerca da legitimação do singular. Nessa perspectiva, o conhecimento científico não se fundamenta prioritariamente na frequência estatística dos fenômenos ou na representatividade de amostras probabilísticas, mas na qualidade da construção teórica produzida a partir do estudo aprofundado de determinada realidade. A singularidade não constitui uma limitação à produção de conhecimento, mas uma condição legítima para a investigação de processos complexos, cuja compreensão exige considerar a organização e a dinâmica dos fenômenos em sua especificidade.

O caso singular (N=1), portanto, não se destina à generalização estatística dos resultados, tampouco à representação de uma população de indivíduos que compartilham determinada condição clínica. Sua legitimidade epistemológica reside na possibilidade de produzir inteligibilidade sobre processos que, embora constituídos em uma trajetória particular, permitem formular hipóteses,

identificar relações e desenvolver construções teóricas potencialmente relevantes para a compreensão de outras realidades humanas. Trata-se de reconhecer que a profundidade da investigação de um caso pode contribuir para a produção de conhecimento científico sem que a experiência singular seja convertida em modelo universal ou representação homogênea de outras experiências de adoecimento (GONZÁLEZ REY, 2005; MITJÁNS MARTÍNEZ, 2019).

3.2 ACERVO EMPÍRICO E PROCEDIMENTOS DE PRODUÇÃO DE INFORMAÇÃO

Em consonância com os princípios da Epistemologia Qualitativa, a produção de informação nesta investigação não se fundamentou na aplicação de testes padronizados ou questionários fechados, mas na constituição de um acervo empírico diversificado, composto por diferentes registros e instrumentos de expressão da experiência, acumulados ao longo do período de 2017 a 2026. Esse acervo foi organizado de modo a possibilitar a articulação entre os acontecimentos clínicos, as manifestações corporais, as experiências relacionais e as produções subjetivas constituídas no percurso do adoecimento. Compreende cinco fontes principais:

1. **Prontuários e laudos médicos multidisciplinares:** documentos referentes ao acompanhamento clínico nas especialidades de Nefrologia, Hematologia, Reumatologia e Ortopedia; laudo de biópsia renal por agulha, realizado em 2019, com achados compatíveis com Glomeruloesclerose Segmentar e Focal (GESF); registros de mielograma e imunofenotipagem por citometria de fluxo, realizados em 2025; laudo de biópsia de fragmento de medula óssea obtido por trefina, em 2026, com identificação de infiltração por plasmócitos clonais e elementos que integraram a confirmação diagnóstica do Mieloma Múltiplo Ativo (CID-10 C90); além de laudos de exames de ressonância magnética das regiões cervical e lombar.
2. **Exames laboratoriais longitudinais:** série histórica de exames de sangue e de urina de 24 horas, realizados entre 2025 e 2026, contemplando a avaliação longitudinal de parâmetros relacionados à função renal e à atividade hematológica, incluindo proteinúria, creatinina, hemoglobina, imunofixação de proteínas e dosagem de cadeias leves livres no soro. Esses registros possibilitaram acompanhar as alterações laboratoriais ao longo do período investigado e estabelecer relações temporais entre os achados clínicos e os acontecimentos vivenciados.
3. **Diário de campo reflexivo e narrativas memoriais:** registros escritos sistematicamente pela pesquisadora em cadernos de campo, produzidos após consultas médicas, durante períodos de

espera em salas de exames e em momentos de intensificação dos sintomas corporais. Esses registros contemplaram impressões, experiências emocionais, reflexões, questionamentos e acontecimentos significativos relacionados ao processo de adoecimento, constituindo material relevante para a compreensão das produções subjetivas ao longo da trajetória investigada.

4. **Diário visual somático:** acervo fotográfico organizado de maneira sistemática, destinado ao registro das manifestações cutâneo-vasculares observadas ao longo do processo de adoecimento, especialmente manifestações purpúricas e lesões descritas no contexto da investigação de possíveis alterações vasculares, localizadas predominantemente nas pernas e nos pés. Os registros foram considerados em articulação com os demais documentos clínicos, incluindo os resultados de avaliações hematológicas que demonstravam contagem plaquetária dentro dos parâmetros de normalidade nos momentos documentados.
5. **Depoimentos orais e registros de áudio:** gravações espontâneas em áudio, realizadas pela própria pesquisadora durante deslocamentos e em momentos de crise existencial relacionados ao processo de adoecimento. Posteriormente, esses registros foram transcritos integralmente e incorporados ao acervo empírico da investigação, permitindo recuperar narrativas, expressões emocionais, reflexões e elaborações produzidas em diferentes momentos da experiência vivida.

A utilização articulada dessas diferentes fontes possibilitou construir uma compreensão ampliada do percurso investigado, considerando tanto os acontecimentos clínicos documentados quanto as experiências e produções subjetivas que emergiram em sua relação com o adoecimento. Os documentos médicos e laboratoriais não foram tratados como elementos autossuficientes para a interpretação da experiência, mas como registros que, em articulação com as narrativas, os registros reflexivos, as imagens e os demais materiais, participaram da construção interpretativa do fenômeno estudado.

3.3 O MÉTODO CONSTRUTIVO-INTERPRETATIVO: INDICADORES, HIPÓTESES E ZONAS DE INTELIGIBILIDADE

A análise das informações foi orientada pelo Método Construtivo-Interpretativo, fundamentado na Epistemologia Qualitativa de González Rey (2005). Essa perspectiva metodológica caracteriza-se por um processo contínuo, recursivo e construtivo de produção de conhecimento, no qual o pesquisador não se restringe à descrição dos registros empíricos, à reprodução de informações ou à categorização

indutiva de manifestações isoladas. Ao contrário, assume uma posição ativa na construção de interpretações, articulando elementos aparentemente dispersos e produzindo hipóteses que possibilitam avançar na compreensão da realidade investigada.

Nesse processo, a informação empírica não possui significado teórico intrínseco ou previamente determinado. Sua relevância emerge da interpretação realizada pelo pesquisador, considerando as relações estabelecidas entre diferentes elementos do acervo, as contradições identificadas, a trajetória histórica do fenômeno e os referenciais teóricos que orientam a investigação. O conhecimento é, portanto, construído progressivamente, por meio de um movimento de articulação entre o empírico e o teórico, no qual as hipóteses formuladas podem ser reformuladas, ampliadas ou abandonadas à medida que novas relações interpretativas são produzidas.

O procedimento analítico foi organizado em três movimentos interligados e não necessariamente lineares:

a) **Identificação e construção de indicadores:** identificação de elementos do acervo empírico que, ao serem interpretados em articulação com outros registros, adquirem relevância para a construção teórica. Esses elementos podem envolver expressões emocionais presentes nas narrativas, informações contidas nos laudos clínicos, contradições entre discursos e acontecimentos, manifestações corporais, experiências relacionais e registros reflexivos. Os indicadores não correspondem a dados isolados ou categorias previamente estabelecidas, mas a construções interpretativas que permitem avançar na compreensão dos processos subjetivos investigados.
b) **Formulação e desenvolvimento de hipóteses recursivas:** articulação dos indicadores construídos com o objetivo de elaborar hipóteses explicativas sobre os processos investigados. Nesse movimento, são estabelecidas relações entre os acontecimentos biológicos, as experiências relacionais, as circunstâncias institucionais e as produções de sentidos subjetivos constituídas no percurso do adoecimento. As hipóteses assumem caráter processual e provisório, sendo continuamente confrontadas com os demais elementos do acervo empírico e com as construções teóricas desenvolvidas ao longo da investigação.
c) **Construção de zonas de inteligibilidade:** elaboração de construções teóricas que possibilitam compreender dimensões da realidade investigada que não se apresentam imediatamente nos registros empíricos. As zonas de inteligibilidade resultam da articulação entre os indicadores, as hipóteses construídas e os referenciais da Teoria da Subjetividade, em diálogo com a literatura

médica, psicológica e sociológica. Não correspondem a categorias classificatórias definitivas, mas a espaços de produção de conhecimento que ampliam a compreensão dos processos subjetivos e das relações entre a experiência corporal, o adoecimento e os contextos de cuidado (GONZÁLEZ REY, 2005; MORI, 2015).

Dessa maneira, a análise não se orientou pela busca de relações causais lineares entre os acontecimentos clínicos e as manifestações emocionais, mas pela compreensão da complexidade dos processos que se constituíram na trajetória investigada. Os achados biomédicos, as experiências de invalidação, as manifestações corporais e as narrativas produzidas pela pesquisadora foram considerados em suas relações recíprocas, permitindo construir interpretações sobre a emergência do sujeito diante da incerteza, da vulnerabilidade e das transformações impostas pelo adoecimento.

3.4 DIMENSÃO ÉTICA E SALVAGUARDAS EM AUTOETNOGRAFIA

A dimensão ética desta investigação foi orientada pelas diretrizes estabelecidas na Resolução CNS nº 510/2016, que dispõe sobre as normas aplicáveis às pesquisas em Ciências Humanas e Sociais, e na Resolução CNS nº 466/2012, do Conselho Nacional de Saúde, considerada a natureza da investigação e a necessidade de proteção dos direitos, da dignidade e da privacidade das pessoas envolvidas. Por se tratar de uma autoetnografia crítica centrada na experiência da própria pesquisadora, a investigação contempla a possibilidade de compartilhamento voluntário de aspectos de sua trajetória pessoal e clínica, reconhecendo a autoria da experiência narrada e do conhecimento produzido. Essa decisão, entretanto, não implica a exposição irrestrita de informações de terceiros ou de dados pessoais e institucionais que possam permitir sua identificação.

Como salvaguardas éticas destinadas à prevenção e à redução de possíveis repercussões emocionais decorrentes da recuperação de memórias dolorosas e da elaboração narrativa da experiência de adoecimento, foram estabelecidas as seguintes medidas:

a) **Acompanhamento psicoterapêutico individual:** manutenção de acompanhamento psicoterapêutico semanal, realizado por profissional externa à investigação, como espaço de cuidado e suporte emocional durante o processo de produção e análise do material autoetnográfico.
b) **Adoção de pausas estratégicas incondicionais:** previsão de suspensão temporária das atividades de escrita, registro e análise sempre que as condições físicas ou emocionais da pesquisadora assim

exigirem, especialmente diante de intercorrências clínicas, realização de procedimentos invasivos, novas biópsias, agravamento de sintomas ou episódios de exaustão física. Essa medida busca assegurar que as exigências da produção científica não se sobreponham às necessidades de cuidado e preservação da saúde da pesquisadora.

c) **Preservação do sigilo e do anonimato de terceiros:** adoção de procedimentos destinados a impedir a identificação de profissionais de saúde, instituições hospitalares, familiares e demais pessoas mencionadas nos registros da investigação. Para tanto, são utilizados pseudônimos quando necessário, além da supressão de nomes, assinaturas, timbres institucionais e outras informações identificadoras presentes nos documentos e materiais utilizados. O compartilhamento de registros clínicos e de imagens também considera a necessidade de preservar informações pessoais e elementos que possam possibilitar a identificação de terceiros.

Essas salvaguardas fundamentam-se no reconhecimento de que a legitimidade da autoetnografia não elimina a responsabilidade ética da pesquisadora em relação às pessoas e aos contextos institucionais que integram sua narrativa. A exposição da própria experiência não autoriza a divulgação de informações privadas de terceiros, tampouco afasta a necessidade de ponderar os possíveis riscos emocionais, relacionais e sociais decorrentes da publicação. Assim, a construção do conhecimento científico é compreendida como um processo que deve permanecer articulado ao compromisso ético com a dignidade humana, a privacidade, o cuidado e a responsabilidade na divulgação dos resultados.

4 CONSTRUÇÃO DAS ZONAS DE INTELIGIBILIDADE: DO SILÊNCIO CORPORAL À EMERGÊNCIA DO SUJEITO

4.1 A GÊNESE NEFROLÓGICA E A VIOLÊNCIA DA INVALIDAÇÃO MÉDICA (2017–2025)

A trajetória do adoecimento tem sua gênese remota em 2017, quando vivenciei um episódio agudo e grave de pielonefrite, acompanhado de bacteremia. Esse quadro infeccioso constituiu um marco importante na história clínica que se desenvolveu nos anos seguintes. Em 2019, diante da persistência das alterações renais, fui submetida a uma biópsia renal por agulha, cujo resultado confirmou o diagnóstico de glomerulosclerose segmentar e focal (GESF) primária, acompanhada de síndrome nefrótica. Durante os anos subsequentes, a GESF foi abordada, no âmbito do

acompanhamento nefrológico, como uma condição clínica específica, tratada por meio de corticoterapia e períodos de imunossupressão.

Entretanto, entre 2021 e 2024, o surgimento e a persistência de manifestações sistêmicas, entre elas, fadiga crônica, dores articulares difusas e episódios recorrentes de lesões purpúricas nas pernas, levaram-me a buscar avaliações em diferentes especialidades, especialmente na reumatologia e na hematologia. Esse período foi marcado por uma sucessão de consultas e investigações, mas também por experiências de invalidação verbal e de desqualificação do meu testemunho acerca da dor e das alterações corporais vivenciadas. Diante da ausência de determinados marcadores sorológicos considerados clássicos nos exames de rotina, um dos profissionais que me atendeu proferiu a seguinte afirmação, posteriormente registrada em meu diário de campo:

> Você está procurando doença, parece que você quer ficar doente. Você é uma pessoa completamente saudável, você não precisa ficar procurando doença (Notas de campo, registro oral, 2024).

Essa fala condensa uma experiência de deslegitimação do sofrimento e de desqualificação do conhecimento produzido pela própria pessoa sobre seu corpo. À luz das discussões desenvolvidas pela sociologia da saúde e pela medicina narrativa, tal experiência pode ser interpretada como uma forma de violência epistêmica, na medida em que o relato da pessoa adoecida deixa de ser reconhecido como fonte legítima de informação para a compreensão de sua condição clínica (KLEINMAN, 1988; DENZIN, 2014). Ao atribuir à paciente um suposto desejo psíquico de adoecer, a fala deslocou a atenção da investigação da complexidade dos sintomas para uma interpretação centrada em uma possível disposição subjetiva para a doença. Com isso, manifestações corporais persistentes foram reduzidas a uma explicação comportamental, sem que sua articulação com o conjunto da trajetória clínica fosse suficientemente considerada.

As repercussões subjetivas dessa experiência envolveram isolamento, insegurança e um profundo sentimento de desamparo. Em determinado momento, para conseguir algum respaldo social e justificar as limitações funcionais que experimentava, vi-me recorrendo, em conversas informais, à metáfora de uma doença autoimune socialmente reconhecida: dizia que poderia ter lúpus. Essa referência não correspondia a uma tentativa de produzir deliberadamente um diagnóstico, mas expressava a necessidade de encontrar uma linguagem socialmente compreensível para explicar meu sofrimento e minhas limitações, diante da dificuldade de obter reconhecimento para sintomas cuja

origem ainda não estava esclarecida. A expressão de que eu precisava “simular lúpus” traduz, portanto, a dimensão subjetiva de uma experiência na qual a legitimidade do sofrimento parecia depender da existência de um nome diagnóstico reconhecido pelos outros.

4.2 OS PARADOXOS DOS EXAMES E A COMPREENSÃO DA GAMOPATIA MONOCLONAL NO CONTEXTO DO MIELOMA MÚLTIPLO ATIVO

O cenário clínico sofreu uma mudança significativa em meados de 2025, quando exames de eletroforese e imunofixação de proteínas identificaram a presença de uma banda monoclonal de imunoglobulina IgG/Kappa no soro. A partir desse achado, passei a ser acompanhada sob a hipótese diagnóstica de gamopatia monoclonal de significado indeterminado (GMSI). Todavia, ao longo de 2025 e no início de 2026, os resultados dos exames laboratoriais e os achados clínicos passaram a compor um quadro de interpretação complexa, que evidenciava os limites de uma leitura isolada dos diferentes indicadores biomédicos.

Enquanto a proteinúria de 24 horas apresentava elevação progressiva, alcançando 1.116 mg/24h, e a creatinina sérica atingia 1,94 mg/dL, o aspirado de medula óssea, analisado por imunofenotipagem por citometria de fluxo, identificava apenas 0,14% de plasmócitos clonais. Esse resultado contrastava com a intensidade das preocupações clínicas relacionadas às alterações renais e às manifestações sistêmicas que eu vinha apresentando. A discrepância entre os achados suscitou questionamentos sobre a representatividade da amostra aspirada e sobre a possibilidade de que a análise do material líquido não expressasse integralmente a distribuição das células clonais no tecido medular. Nesse contexto, a investigação passou a exigir a articulação entre diferentes métodos diagnósticos e a consideração do conjunto dos dados clínicos, laboratoriais e histopatológicos.

A compreensão desse cenário também exigiu considerar os conceitos de gamopatia monoclonal de significado renal (*Monoclonal Gammopathy of Renal Significance* - MGRS) e gamopatia monoclonal de significado clínico (*Monoclonal Gammopathy of Clinical Significance* - MGCS). Essas categorias ampliam a compreensão das repercussões de pequenos clones de células B ou plasmócitos, uma vez que a relevância clínica de uma proteína monoclonal não depende exclusivamente da quantidade de células clonais identificadas na medula óssea. Conforme discutido por Fermand e colaboradores (2018), determinadas imunoglobulinas monoclonais podem apresentar propriedades patogênicas e provocar lesões em órgãos e tecidos, mesmo quando produzidas por clones de pequena dimensão. Assim, a avaliação da gamopatia não deve se restringir à carga clonal, mas considerar

também as características da imunoglobulina produzida, os órgãos potencialmente acometidos e a demonstração de uma relação entre o componente monoclonal e a lesão orgânica.

Essa perspectiva mostrou-se especialmente relevante para a compreensão das alterações renais e das manifestações cutâneas que integravam minha trajetória clínica. Entretanto, a presença concomitante de GESF, proteinúria e componente monoclonal não permite, isoladamente, estabelecer uma relação causal entre essas condições. A hipótese de envolvimento renal associado à gamopatia exige correlação clínico-patológica e consideração dos achados específicos da biópsia renal. Do mesmo modo, as manifestações purpúricas demandam investigação própria, não sendo possível atribuí-las automaticamente à paraproteína monoclonal. O aporte dos conceitos de MGRS e MGCS reside, nesse contexto, em ampliar as possibilidades interpretativas diante de manifestações clínicas que não podem ser compreendidas apenas pela quantificação do clone plasmocitário.

O aprofundamento da investigação ocorreu em fevereiro de 2026, com a realização de biópsia de fragmento sólido de medula óssea por trefina. Diferentemente do material obtido por aspiração, o fragmento histológico permitiu avaliar a arquitetura do tecido medular e evidenciou infiltração focal de aproximadamente 15% de plasmócitos clonais com positividade para Kappa. O resultado contrastou com o percentual de 0,14% identificado anteriormente pela citometria de fluxo no aspirado medular, indicando que os dois procedimentos, por utilizarem materiais e princípios analíticos distintos, não poderiam ser interpretados como medidas diretamente equivalentes. A possibilidade de hemodiluição do aspirado também passou a integrar a compreensão dessa discrepância.

A análise histopatológica representou, assim, um marco na elucidação do quadro hematológico e integrou o conjunto de achados que fundamentaram a conclusão diagnóstica de mieloma múltiplo ativo, conforme registrado na documentação clínica, sob o código CID-10 C90. A confirmação diagnóstica produziu uma ruptura importante na trajetória de investigação, especialmente porque permitiu reconhecer a existência de uma condição orgânica que demandava acompanhamento e intervenção especializados. Esse acontecimento também modificou retrospectivamente o significado atribuído às experiências anteriores de dor, fadiga e invalidação. Não se tratava, contudo, de afirmar que todos os sintomas apresentados ao longo dos anos decorriam necessariamente de uma única causa, mas de reconhecer que a ausência de uma explicação diagnóstica naquele período não autorizava a desqualificação da experiência corporal relatada.

4.3 MANIFESTAÇÕES SOMÁTICAS, SINTOMAS MOTORES E O IMPACTO NO COTIDIANO E NA FAMÍLIA

Paralelamente às alterações renais e hematológicas, o início de 2026 foi marcado pelo aparecimento de manifestações motoras e estruturais que repercutiram diretamente no exercício da minha atividade profissional como professora universitária e na organização da vida familiar. Passei a apresentar episódios recorrentes de perda de força muscular e parestesia no braço esquerdo, que culminavam na queda involuntária de objetos, como canetas, apagadores e garrafas de água, durante as aulas, diante dos estudantes. Exames de imagem da coluna identificaram protrusão discal em C5-C6, associada à compressão radicular, além de um nódulo no corpo vertebral de L1, cuja natureza demandava esclarecimento.

A dor corporal e as limitações funcionais intensificaram-se com a ocorrência de uma fratura no dedo indicador da mão esquerda durante uma tentativa de segurar um objeto leve e de uma fratura por estresse no pé, ocorrida durante um movimento habitual no box do banheiro. Para alguém cuja história pessoal era marcada pela prática do escotismo, por caminhadas e por um cotidiano de significativa autonomia física, a experiência de não conseguir caminhar sem dor ou segurar uma caneta sem dificuldade produziu repercussões profundas na relação com o próprio corpo e na configuração subjetiva de autossuficiência. A perda, ainda que parcial e situada, de capacidades anteriormente incorporadas à rotina não representou apenas uma limitação funcional: colocou em questão referências identitárias construídas ao longo da vida e exigiu a produção de novos sentidos diante de um corpo que já não respondia às expectativas habituais (LE BRETON, 2011; CHARMAZ, 1995).

No âmbito doméstico, essa experiência também se desdobrou na necessidade de reorganizar a vida familiar e de construir formas de comunicação sobre o adoecimento com meus filhos. Como mãe e psicóloga, vivenciei a tensão de administrar a revelação do diagnóstico onco-hematológico sem produzir, na rotina das crianças, um sentimento de pavor ou desesperança. A preocupação em protegê-las não significava ocultar integralmente a realidade vivida, mas encontrar maneiras de compartilhar informações compatíveis com suas possibilidades de compreensão, preservando os vínculos afetivos e a segurança cotidiana.

Nesse percurso, a maternidade, longe de constituir apenas uma dimensão de sobrecarga, configurou-se como uma importante fonte de sentidos subjetivos fortalecedores. O vínculo com meus filhos mobilizou recursos subjetivos e impulsionou a busca por alternativas terapêuticas, sem que isso significasse a eliminação do sofrimento ou a obrigação de manter uma postura permanentemente

positiva diante do adoecimento. A possibilidade de continuar participando da vida familiar, preservando a presença afetiva e construindo formas possíveis de cuidado, passou a integrar o processo de reorganização da minha experiência.

Outro elemento significativo foi a construção de um vínculo humanizado e profundamente empático com a profissional responsável pelo meu acompanhamento nefrológico. A relação estabelecida passou a ocupar um lugar de sustentação afetiva e de confiança, em contraste com as experiências anteriores de frieza, desqualificação e invalidação. A expressão “amiga de alma”, utilizada por mim para traduzir a qualidade desse vínculo, revela a importância subjetiva de uma relação de cuidado na qual pude experimentar reconhecimento, escuta e acolhimento. Essa experiência evidencia que a relação profissional-paciente não se restringe à transmissão de informações ou à execução de procedimentos técnicos: ela também pode constituir um espaço de produção de sentidos subjetivos e de reconstrução da confiança nas relações de cuidado (MORI; GONZÁLEZ REY, 2012; GOULART, 2019).

4.4 SÍNTESE LONGITUDINAL DOS INDICADORES CLÍNICOS, BIOMARCADORES E VIVÊNCIAS

A Tabela 1 apresenta uma síntese longitudinal dos principais indicadores clínicos, laboratoriais e das experiências subjetivas registradas ao longo do percurso de investigação, entre 2017 e 2026. A organização temporal permite visualizar a coexistência de diferentes acontecimentos clínicos e produções subjetivas, evidenciando que o percurso do adoecimento não se constituiu como uma sucessão linear de eventos, mas como um processo complexo, atravessado por incertezas, interpretações, rupturas e reorganizações da vida cotidiana.

Tabela 1. Linha do Tempo Clínica, Biomarcadores e Indicadores Subjetivos (2017–2026)

Período	Status Biomédico / CID	Biomarcadores Principais	Achados de Imagem / Biópsia	Vivência Subjetiva Dominante
2017 – 2019	Pielonefrite Aguda e Início da GESF	Proteinúria Subnefrótica; Creatinina 1,1 mg/dL	Biópsia Renal (2019): Glomerulosclerose Segmentar e Focal	Susto inicial; tentativa de manutenção da rotina e negação do risco crônico.
2020 – 2024	Sintomas Sistêmicos e Peregrinação	Surgimento de Banda Monoclonal no soro; Plaquetas normais	Exames reumatológicos negativos para lúpus e artrite	Sensação de invalidação médica ('procurando doença'); simulação de lúpus para acolhimento.
Meados 2025	Fase da GMSI e 'Espera Vigilante'	IgG/Kappa presente; Proteinúria em ascensão (600 mg/24h)	Início do protocolo de acompanhamento quadrimestral	Limbo existencial; vivência do 'corpo monitorado' e angústia na espera de laudos.
Fevereiro 2026	Ruptura: MGCS e Mieloma Múltiplo Ativo	Proteinúria 1.116 mg/24h; Creatinina 1,94 mg/dL; Hemoglobina 10,2 g/dL	Aspirado: 0,14% de plasmócitos. Biópsia Sólida (Trefina): 15% infiltração focal (CID C90)	Choque com confirmação diagnóstica; desmistificação da somatização; alívio pelo diagnóstico real.
Março–Out 2026	Manifestações Motores e Reestruturação	Manutenção da paraproteína monoclonal; Estabilização renal	RM Cervical: Protrusão C5-C6; Nódulo L1; Fraturas em dedo e pé	Emergência do Sujeito; escrita autoetnográfica; proteção afetiva aos filhos e ressignificação.

Fonte: Elaborada pela autora com base no acervo empírico indutor, laudos do Laboratório Sabin e prontuários médicos (2017–2026).

4.5 A EMERGÊNCIA DO SUJEITO: O DESPERTAR DA VOZ E A RECONSTRUÇÃO DO AGENCIAMENTO

A confirmação diagnóstica do mieloma múltiplo ativo, em 2026, embora tenha representado um acontecimento de grande impacto existencial, atuou paradoxalmente como um marco no processo de emergência do sujeito. Na Teoria da Subjetividade, o sujeito não corresponde a uma condição permanente ou a uma característica atribuída ao indivíduo, mas expressa uma produção subjetiva que pode emergir em momentos de tensão, contradição ou ruptura, quando a pessoa passa a produzir alternativas diante das condições que a atravessam. Nessa perspectiva, a emergência do sujeito envolve a possibilidade de gerar novos sentidos subjetivos e assumir posições próprias diante das circunstâncias, sem que isso implique controle absoluto sobre os acontecimentos ou superação definitiva das contradições vividas (GONZÁLEZ REY, 2005; PERES, 2019).

O alívio contraditório experimentado diante da confirmação histopatológica esteve relacionado, sobretudo, à possibilidade de conferir inteligibilidade a uma trajetória marcada por sintomas persistentes e por sucessivas experiências de desqualificação. O resultado objetivo da investigação não apagou o sofrimento acumulado, tampouco transformou retrospectivamente todas as manifestações anteriores em expressões de uma única condição. Entretanto, representou uma ruptura com a narrativa segundo a qual eu estaria procurando uma doença ou atribuindo significado excessivo às próprias sensações corporais. O diagnóstico permitiu reconhecer a existência de uma condição clínica relevante e reafirmar a legitimidade da necessidade de investigação, acompanhamento e cuidado.

A partir desse momento, a posição subjetiva de quem aguardava passivamente a interpretação de exames e a validação de suas queixas começou a se transformar. Passei a produzir uma relação mais ativa com minha própria trajetória, articulando a experiência de adoecimento à minha formação como psicóloga, pesquisadora e docente universitária. O sofrimento deixou de ocupar apenas o lugar de uma experiência a ser suportada ou explicada por terceiros e passou também a constituir um campo de reflexão, elaboração e produção de conhecimento. Esse movimento não significou abandonar a condição de paciente, negar a dependência de cuidados especializados ou assumir uma posição de autossuficiência diante da doença. Significou, antes, construir possibilidades de participação e autoria em uma trajetória na qual, por muito tempo, minha voz havia sido secundarizada.

A escrita desta autoetnografia constituiu um dos principais espaços de expressão desse processo de emergência do sujeito. Ao retomar os acontecimentos, organizar registros, confrontar documentos clínicos e produzir interpretações sobre as experiências vividas, passei a estabelecer novas relações com minha própria história. Conforme a perspectiva de Rossato (2019), a produção subjetiva em processos de desenvolvimento humano não se reduz à adaptação às circunstâncias, podendo envolver a criação de alternativas e a reorganização das relações da pessoa consigo mesma, com os outros e com o contexto em que vive. Nesse sentido, a apropriação teórica da própria experiência de sofrimento não representa uma simples intelectualização da dor, mas uma possibilidade de produzir novos sentidos a partir dela.

Ao transformar episódios de sofrimento, resultados aparentemente contraditórios e experiências de invalidação em elementos de análise e construção teórica, a escrita possibilitou ressignificar acontecimentos anteriores e ampliar minha participação na produção de conhecimento sobre o próprio adoecimento. Esse movimento também dialoga com as discussões de Charmaz (1995)

acerca das transformações do self diante da doença crônica, embora a emergência do sujeito, na perspectiva de González Rey, não se confunda com a reconstrução identitária descrita pela autora. Trata-se, aqui, de compreender a produção de novas posições subjetivas diante das contradições da experiência, nas quais a pessoa não apenas reorganiza a narrativa sobre si, mas também produz alternativas e assume maior autoria em suas ações.

A emergência do sujeito, portanto, não se expressa na negação da vulnerabilidade, na superação do sofrimento ou na recuperação de uma autonomia absoluta. Ela se manifesta na possibilidade de produzir sentidos e posicionamentos próprios mesmo em condições de incerteza, dependência e limitação. A escrita autoetnográfica tornou-se, assim, um espaço de articulação entre experiência, reflexão e produção científica, permitindo que a trajetória de adoecimento fosse compreendida não apenas como uma sequência de alterações clínicas, mas também como um processo de produção subjetiva, no qual a voz da pessoa adoecida reivindica legitimidade e participa ativamente da construção dos sentidos do cuidado e da própria existência.

5 DISCUSSÃO E IMPLICAÇÕES PARA A PSICOLOGIA DA SAÚDE

Os achados desta investigação autoetnográfica apresentam implicações teóricas e práticas relevantes para a Psicologia da Saúde, bem como para o diálogo interdisciplinar com a Hematologia e com os campos envolvidos na organização do cuidado às pessoas com condições raras, crônicas e onco-hematológicas. Em primeiro lugar, a experiência analisada evidencia a necessidade de superar abordagens reducionistas que, ao privilegiarem indicadores biomédicos isolados, podem limitar a compreensão da complexidade das gamopatias monoclonais e de suas possíveis repercussões orgânicas. A avaliação dessas condições não deve se restringir à quantificação de plasmócitos identificados em amostras de medula óssea, devendo considerar, de forma articulada, as características do componente monoclonal, os achados laboratoriais, os resultados histopatológicos, as manifestações clínicas e o comprometimento de órgãos potencialmente envolvidos.

Conforme discutido por Fermand e colaboradores (2018), pequenos clones de células B ou plasmócitos podem produzir imunoglobulinas monoclonais com potencial patogênico, capazes de provocar lesões em órgãos e tecidos mesmo quando a carga clonal não corresponde aos parâmetros habitualmente associados às formas estabelecidas de malignidade hematológica. Essa compreensão amplia o olhar clínico para além da dimensão quantitativa do clone, destacando a importância de investigar a repercussão biológica da proteína monoclonal. No contexto desta autoetnografia, a

discrepância entre os resultados obtidos por citometria de fluxo no aspirado medular e pela análise histopatológica do fragmento de medula por trefina tornou evidente a necessidade de interpretar os diferentes exames considerando suas particularidades metodológicas e seus limites. A experiência também reforça que a avaliação clínica não pode desconsiderar manifestações orgânicas e funcionais que demandam investigação, mesmo quando determinados indicadores laboratoriais parecem inicialmente pouco expressivos.

Essa discussão apresenta uma implicação importante para a Psicologia da Saúde: o reconhecimento da complexidade clínica constitui também uma condição para a legitimação da experiência subjetiva da pessoa adoecida. Quando os indicadores biomédicos são interpretados de maneira fragmentada, existe o risco de que sintomas persistentes, limitações funcionais e relatos de sofrimento sejam desconsiderados ou reduzidos a explicações insuficientes. A integralidade do cuidado pressupõe, portanto, que a experiência relatada pelo paciente seja reconhecida como dimensão relevante da avaliação, sem que isso signifique substituir a investigação médica por interpretações subjetivas, mas, ao contrário, favorecer a articulação entre conhecimento clínico, escuta qualificada e compreensão da singularidade do processo de adoecimento.

Em segundo lugar, a investigação evidencia os desafios subjetivos e relacionais que podem atravessar a experiência da espera vigilante (*watchful waiting*). Embora essa conduta possa ser clinicamente indicada em determinadas condições, quando os critérios para intervenção terapêutica ainda não estão estabelecidos, sua realização não deve ser confundida com ausência de cuidado ou acompanhamento passivo. A espera vigilante exige monitoramento clínico, comunicação acessível, esclarecimento sobre os critérios de acompanhamento e disponibilidade para reavaliar o quadro diante de alterações relevantes. Entretanto, quando a pessoa não recebe informações suficientes sobre sua condição, não compreende o significado dos resultados ou não encontra espaço para expressar suas preocupações, a temporalidade da espera pode adquirir uma dimensão de desamparo e insegurança.

A experiência aqui analisada demonstra que a incerteza diagnóstica não se restringe à ausência de uma definição nosológica. Ela atravessa a relação da pessoa com o próprio corpo, reorganiza expectativas em relação ao futuro e interfere na maneira como interpreta sintomas, exames e possibilidades de tratamento. Nesse cenário, a espera pode deixar de ser vivenciada apenas como uma etapa do acompanhamento clínico e passar a constituir uma experiência subjetiva marcada pela vigilância constante, pela antecipação de possíveis agravamentos e pela dificuldade de construir referências estáveis para a vida cotidiana. As contribuições de Kleinman (1988) e de Mori e González

Rey (2012) permitem compreender que o adoecimento não se esgota em sua dimensão orgânica, uma vez que envolve produções de sentido relacionadas às experiências pessoais, às relações sociais e às formas de organização do cuidado.

Diante disso, a Psicologia da Saúde pode desempenhar papel relevante na construção de práticas de acolhimento e escuta qualificada desde a identificação de alterações clínicas que impliquem acompanhamento prolongado. Isso inclui a criação de espaços nos quais a pessoa possa expressar dúvidas, receios, expectativas e repercussões do processo de investigação, bem como compreender as informações relacionadas ao acompanhamento e às possibilidades de cuidado. A atuação psicológica não deve se limitar à intervenção diante de sintomas emocionais já estabelecidos, mas integrar uma perspectiva preventiva e promotora de saúde, atenta às condições subjetivas e relacionais que participam da experiência de adoecimento. Nesse sentido, torna-se fundamental reconhecer o indivíduo como sujeito de sua trajetória, e não apenas como portador de resultados laboratoriais que precisam ser repetidos periodicamente.

O estudo evidencia a relevância das práticas de Medicina Narrativa (CHARON, 2006) e da autoetnografia crítica (DENZIN, 2014) como possibilidades de ampliação da compreensão sobre a experiência do adoecimento. Essas perspectivas contribuem para reconhecer a narrativa da pessoa adoecida como uma dimensão legítima de produção de conhecimento, permitindo que acontecimentos clínicos sejam compreendidos em articulação com suas repercussões subjetivas, relacionais, familiares e sociais. A escrita autobiográfica, quando acompanhada de um processo sistemático de reflexão e elaboração teórica, pode constituir um espaço de produção de sentidos, reconstrução narrativa e expressão de aspectos da experiência que nem sempre encontram lugar nos registros clínicos convencionais.

No percurso aqui analisado, a escrita autoetnográfica possibilitou retomar episódios de sofrimento, confrontar diferentes registros da trajetória clínica e produzir interpretações sobre as relações entre corpo, adoecimento, cuidado e subjetividade. Esse movimento não deve ser compreendido como uma garantia de efeito terapêutico ou como uma resposta universal às experiências de doença crônica, mas como uma possibilidade de elaboração e produção de conhecimento situada na singularidade da experiência investigada. Ao conferir inteligibilidade a acontecimentos anteriormente vivenciados de maneira fragmentada, a escrita permitiu deslocar a posição de passividade atribuída à pessoa adoecida e construir novas possibilidades de participação na própria trajetória de cuidado.

Essa produção também envolve a reconstrução da relação com o corpo. Como discute Le Breton (2011), a experiência corporal participa da constituição das relações do indivíduo consigo mesmo e com o mundo, de modo que as alterações decorrentes do adoecimento podem produzir rupturas nas referências habituais de identidade, autonomia e pertencimento. Nesse contexto, a reconciliação com as limitações corporais não significa conformismo ou aceitação passiva das condições impostas pela doença, mas a possibilidade de construir novas formas de relação consigo, com os outros e com as atividades cotidianas, considerando as transformações que atravessam a existência.

A articulação entre Medicina Narrativa, autoetnografia crítica e Teoria da Subjetividade permite, portanto, ampliar a compreensão do cuidado para além da intervenção sobre alterações orgânicas ou da identificação de manifestações psicopatológicas. A experiência singular do adoecimento passa a ser considerada em sua complexidade, reconhecendo-se que a pessoa produz sentidos, posicionamentos e alternativas mesmo diante de condições marcadas por incerteza, sofrimento e limitações. Essa perspectiva também contribui para uma ética do cuidado fundamentada no reconhecimento da dignidade, da singularidade e da participação ativa da pessoa adoecida, favorecendo relações profissionais mais dialógicas e humanizadas.

Assim, as implicações desta investigação ultrapassam a dimensão individual da experiência narrada. Embora não se pretenda estabelecer generalizações a partir de um estudo autoetnográfico de caso único, a análise oferece elementos para a reflexão sobre práticas de cuidado dirigidas a pessoas que vivenciam condições crônicas e onco-hematológicas, especialmente aquelas atravessadas por incertezas diagnósticas, acompanhamento prolongado e experiências de invalidação. Ao evidenciar a importância da escuta, do reconhecimento do testemunho e da construção compartilhada do cuidado, o estudo aponta para a necessidade de práticas interdisciplinares que articulem rigor técnico, sensibilidade clínica e compreensão da dimensão subjetiva do adoecimento.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A trajetória analisada nesta autoetnografia — desde o período de incerteza diagnóstica associado à Gamopatia Monoclonal de Significado Indeterminado (GMSI), passando pelas repercussões renais relacionadas à Glomerulosclerose Segmentar e Focal (GESF), até a confirmação diagnóstica do Mieloma Múltiplo Ativo — evidencia que a experiência do adoecimento crônico e de uma condição onco-hematológica constitui um processo profundamente humano, atravessado por

ambiguidades, sofrimento, incertezas e tensões nas relações institucionais de cuidado. O percurso analisado demonstra que os indicadores biológicos e os registros diagnósticos, embora indispensáveis à compreensão e ao acompanhamento das condições clínicas, não são suficientes para apreender a complexidade da experiência da pessoa que adoece. A enfermidade não se restringe às alterações identificadas pelos exames, pois envolve transformações na relação com o próprio corpo, na organização da vida cotidiana, nos vínculos afetivos e nas possibilidades de produção de sentidos diante da existência.

Diante das experiências de invalidação médica e das repercussões subjetivas da espera vigilante, a Teoria da Subjetividade, desenvolvida por Fernando González Rey, ofereceu as bases epistemológicas para compreender como a produção de novos sentidos subjetivos e a apropriação reflexiva da própria trajetória podem favorecer processos de emergência do sujeito. Nesse contexto, a passagem da posição de um corpo permanentemente monitorado para a construção de uma relação mais ativa com a própria história não representou a superação da vulnerabilidade ou a recuperação de um controle absoluto sobre o adoecimento. Expressou, antes, a possibilidade de produzir novos posicionamentos diante das circunstâncias, ressignificar experiências anteriores e construir alternativas de participação na própria trajetória de cuidado.

A escrita autoetnográfica assumiu, nesse processo, uma função central como espaço de elaboração, reflexão e produção de conhecimento. Ao articular registros clínicos, experiências corporais, memórias e interpretações teóricas, tornou-se possível conferir inteligibilidade a acontecimentos que, em diferentes momentos, haviam sido vivenciados de forma fragmentada. A transformação da experiência pessoal em objeto de investigação não eliminou as contradições do adoecimento, mas permitiu construir uma narrativa na qual a pessoa que vive a condição clínica também participa da produção de conhecimento sobre ela. Desse modo, a autoria existencial e científica emergiu não como negação da condição de paciente, mas como possibilidade de ocupar uma posição ativa e reflexiva diante da própria história.

As reflexões desenvolvidas também apontam para a importância de práticas de cuidado que reconheçam a singularidade da pessoa adoecida e considerem a dimensão subjetiva como parte constitutiva dos processos de saúde e doença. A escuta qualificada, o reconhecimento do testemunho da pessoa, a comunicação cuidadosa durante os períodos de investigação e acompanhamento e a construção de relações profissionais dialógicas não devem ser compreendidos como elementos acessórios do atendimento, mas como dimensões fundamentais de uma atenção integral. A experiência

analisada evidencia, particularmente, que a incerteza diagnóstica e a espera vigilante demandam acompanhamento que ultrapasse a repetição de exames e a observação de indicadores biomédicos, incorporando também as repercussões subjetivas, familiares e sociais desses processos.

Por fim, embora os resultados de uma investigação autoetnográfica não tenham como finalidade estabelecer generalizações estatísticas, sua contribuição reside na possibilidade de produzir zonas de inteligibilidade que ampliem a compreensão de experiências semelhantes e suscitem novas reflexões no campo da Psicologia da Saúde. Ao colocar em diálogo a experiência singular, a Teoria da Subjetividade e a produção científica, este estudo reafirma a necessidade de uma compreensão do adoecimento que não reduza a pessoa à sua condição clínica. A emergência do sujeito, nesse percurso, expressa a possibilidade de recuperar a voz, produzir novos sentidos e reafirmar o compromisso ético com a vida, com os vínculos familiares e com a construção de um conhecimento psicológico sensível à complexidade da existência humana.

REFERÊNCIAS

CHARMAZ, Kathy. Good Days, Bad Days: The Self in Chronic Illness and Time. New Brunswick: Rutgers University Press, 1991.

CHARMAZ, Kathy. The body, identity, and self: adapting to impairment. Sociological Quarterly, v. 36, n. 4, p. 657-680, 1995.

CHARON, Rita. Narrative Medicine: Honoring the Stories of Illness. New York: Oxford University Press, 2006.

DENZIN, Norman K. Interpretive Autoethnography. 2. ed. Thousand Oaks: SAGE Publications, 2014.

ELLIS, Carolyn; ADAMS, Tony E.; BOCHNER, Arthur P. Autoethnography: an overview. Historical Social Research / Historische Sozialforschung, v. 36, n. 4, p. 273-290, 2011.

ELLIS, Carolyn; BOCHNER, Arthur P. Autoethnography, personal narrative, reflexivity: researcher as subject. In: DENZIN, Norman K.; LINCOLN, Yvonna S. (Orgs.). Handbook of Qualitative Research. 2. ed. Thousand Oaks: SAGE Publications, 2000. p. 733-768.

FARIA, Rosa Malena Delbone de; SILVA, R. O. P. Gamopatias monoclonais: critérios diagnósticos e diagnósticos diferenciais. Revista Brasileira de Hematologia e Hemoterapia, v. 29, n. 1, p. 17-22, 2007.

FERMAND, Jean-Paul *et al.* Monoclonal gammopathy of clinical significance: a novel concept with therapeutic implications. Blood, v. 132, n. 14, p. 1478-1485, 2018.

GONZÁLEZ REY, Fernando Luis. A saúde na trama complexa da cultura, das instituições e da subjetividade. In: GONZÁLEZ REY, Fernando Luis (Org.). Saúde, Cultura e Subjetividade: uma referência interdisciplinar. São Paulo: ANEP, 2015. p. 19-42.

GONZÁLEZ REY, Fernando Luis. Pesquisa Qualitativa e Subjetividade: os processos de construção da informação. São Paulo: Cengage Learning, 2005.

GONZÁLEZ REY, Fernando Luis. Psicologia e saúde: desafios atuais. Psicologia: Reflexão e Crítica, v. 10, n. 2, p. 275-288, 1997.

GONZÁLEZ REY, Fernando Luis. Subjetividade e Saúde: superando a clínica da patologia. São Paulo: Cortez Editora, 2011.

GOULART, Daniel Magalhães. Clínica, subjetividade e educação: um projeto alternativo para forjar uma ética do sujeito no campo da saúde mental. In: GONZÁLEZ REY, Fernando Luis (Org.). Saúde, Cultura e Subjetividade. São Paulo: ANEP, 2015. p. 115-138.

GOULART, Daniel Magalhães. Saúde mental, educação e desenvolvimento subjetivo: o trabalho voltado para uma ética do sujeito. In: MITJÁNS MARTÍNEZ, Albertina; GONZÁLEZ REY,

Fernando Luis; VALDÉS PUENTES, Roberto (Orgs.). Epistemologia Qualitativa e Teoria da Subjetividade: Discussões sobre Educação e Saúde. Uberlândia: EDUFU, 2019. p. 185-210.

KLEINMAN, Arthur. The Illness Narratives: Suffering, Healing, and the Human Condition. New York: Basic Books, 1988.

KYLE, Robert A. *et al.* A long-term study of monoclonal gammopathy of undetermined significance. New England Journal of Medicine, v. 346, n. 8, p. 564-569, 2002.

LE BRETON, David. A Sociologia do Corpo. Petrópolis: Editora Vozes, 2007.

LE BRETON, David. Antropologia da Dor. São Paulo: Unesp, 2011.

MELO, Breno Zoé Brito Vieira de. Diagnósticos diferenciais do mieloma múltiplo: uma revisão integrativa de literatura. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Medicina) – Universidade Federal de Pernambuco, Recife, 2022.

MITJÁNS MARTÍNEZ, Albertina. Epistemologia qualitativa: dificuldades, equívocos e contribuições para outras formas de pesquisa qualitativa. In: MITJÁNS MARTÍNEZ, Albertina; GONZÁLEZ REY, Fernando Luis; VALDÉS PUENTES, Roberto (Orgs.). Epistemologia Qualitativa e Teoria da Subjetividade: Discussões sobre Educação e Saúde. Uberlândia: EDUFU, 2019. p. 29-58.

MORI, Valéria Deusdará. A psicoterapia na perspectiva da Teoria da Subjetividade: a prática e a pesquisa como processos que se constituem mutuamente. In: MITJÁNS MARTÍNEZ, Albertina; GONZÁLEZ REY, Fernando Luis; VALDÉS PUENTES, Roberto (Orgs.). Epistemologia Qualitativa e Teoria da Subjetividade. Uberlândia: EDUFU, 2019. p. 155-184.

MORI, Valéria Deusdará. Os sentidos subjetivos configurados na experiência do câncer: um estudo de caso. In: GONZÁLEZ REY, Fernando Luis (Org.). Saúde, Cultura e Subjetividade. São Paulo: ANEP, 2015. p. 89-114.

MORI, Valéria Deusdará; GONZÁLEZ REY, Fernando Luis. A saúde como processo subjetivo: uma reflexão necessária. Psicologia: Teoria e Prática, v. 14, n. 3, p. 140-152, 2012.

PERES, Vaneza de Cássia. Subjetividade, saúde humana e terapia familiar. In: MITJÁNS MARTÍNEZ, Albertina; GONZÁLEZ REY, Fernando Luis; VALDÉS PUENTES, Roberto (Orgs.). Epistemologia Qualitativa e Teoria da Subjetividade. Uberlândia: EDUFU, 2019. p. 211-236.

ROSSATO, Marisa. Contribuições da Epistemologia Qualitativa na mobilização de processos de desenvolvimento humano. In: MITJÁNS MARTÍNEZ, Albertina; GONZÁLEZ REY, Fernando Luis; VALDÉS PUENTES, Roberto (Orgs.). Epistemologia Qualitativa e Teoria da Subjetividade. Uberlândia: EDUFU, 2019. p. 125-154.

SOUZA, E. C.; TORRES, J. F. P. Theory of Subjectivity and its main concepts. Obutchénie: Revista de Didática e Psicologia Pedagógica, v. 3, n. 2, p. 45-68, 2019.