



## O uso do desenho da Figura Humana e da Figura Humana com Tema na investigação psicológica do paciente com diabetes em grupo psicoeducativo no contexto hospitalar.

### RESUMO

Este trabalho procura investigar, visualizar e compreender aspectos psicodinâmicos do paciente com Diabetes, inserido no contexto hospitalar do Instituto Central do Hospital das Clínicas de São Paulo, por meio da técnica projetiva do Desenho da Figura Humana (DFH) e Desenho da Figura Humana com Tema (DFH-T), baseado nos procedimentos do Desenho-Estória<sup>1</sup> com Tema.

No primeiro item aborda algumas considerações sobre o *Diabetes Mellitus* no que diz respeito aos seus aspectos fisiopatológicos, a adesão ao esquema terapêutico; bem como, uma das atividades aliadas ao tratamento, que é a educação em diabetes, diante da experiência da formação de um Grupo Psicoeducativo.

Paralelamente, faz um estudo da literatura científica, apresentando a relevância do estudo do Diabetes, desde as considerações da medicina psicossomática, passando pela leitura psicodinâmica na avaliação da saúde emocional, e a aplicação de testes e inventários como técnica de investigação, incluindo também a justificativa do uso dos procedimentos do DFH e DFH-T, para alcançar o objetivo proposto pela pesquisa; utilizando para isso o método de estudo de caso, com um enfoque clínico de análise.

Em seguida, procura investigar onde e como a técnica projetiva pode auxiliar num contexto tão específico, com análise dos aspectos formais e de conteúdos do material coletado de 02 pacientes participantes do Grupo Psicoeducativo em Diabetes – HC/FMUSP.

### ABSTRACT

*This present work intends to investigate, visualise and understand the psychodynamic aspects of the outpatient who suffers from Diabetes and is being treated in the Instituto Central do Hospital das Clínicas de São Paulo, through the projective technique of the Drawing of the Human Figure (DHF) and the Drawing of the Human Figure with a Theme (DHF-T), based on the procedures of the Drawing-Story with a Theme.*

*In the first item, some considerations are made about physiopathological aspects and adherence to treatment of Diabetes Mellitus, as well as about activities that go together with the treatment, such as education in diabetes in an experience with a newly created Psychoeducational Group.*

*At the same time, a study of the scientific literature is presented, demonstrating the importance of studying Diabetes. This begins with the considerations on psychosomatic medicine, going through the psychodynamic interpretation of the emotional health, and the submittal of tests and inventories, for purposes of technical investigation. It includes a justification for using the procedures of the DHF and DHF-T, to reach the objectives of the research, using for this purpose the method of case history, with a clinical analysis focus.*

*Next, the study investigates how and where the projective technique can help in such a specific context, with the analysis of the formal aspects and the information collected from two outpatients of the Diabetes Psychoeducational Group in the HC/FMUSP.*

<sup>1</sup> Ainda que alguns autores recomendem o emprego da palavra “história” quando se trata de narrativa de ficção, o uso consolidou a grafia “estória”, que se incorporou à língua portuguesa.

**Eloisa Helena Araujo da Costa**

E finalmente apresenta algumas considerações sobre a necessidade de formulações de mais pesquisas que venham auxiliar o tratamento de uma doença crônica de difícil adesão, como o Diabetes, promovendo a escuta em sua demanda.

*Finally, it presents some considerations on the necessity of doing more research to help the treatment of a chronic disease like Diabetes, which is characterised by difficult adherence to treatment.*

**Palavras-chaves:** Diabetes Mellitus, grupo psicoeducativo, avaliação psicológica, Desenho da Figura Humana (DFH).

**Key words:** Diabetes Mellitus, dsychoeducational group, psychological evaluation, Psychologic Drawing of the Human Figure (DHF).

## INTRODUÇÃO

### 1. Diabetes Mellitus: Aspectos fisiopatológico e educativo

O *Diabetes Mellitus* (do grego “*diabaino*”: “eu cruzo, atravesso, passo”; e do latim, “*mellis*”: “doce”), ocorre em resultado da diminuição ou ausência da insulina - hormônio cuja principal função é regular o fluxo da glicose trazida pelo sangue às células – fornecida pelo pâncreas, mais especificamente, pelas células beta das ilhotas de Langerhans.

Se ocorrer a completa e rápida atrofia dessas células, provavelmente em crianças e adolescentes<sup>2</sup>, não há produção de insulina, e o paciente apresenta sensações de fraqueza, perda de apetite, o que pode levar à morte, pois a glicose não consegue penetrar nas células e se acumula no sangue, não gerando energia vital para sobrevivência do organismo; logo, o paciente precisará fazer uso da

insulina permanentemente, um quadro clínico característico do Diabetes Tipo 1 ou Insulino-Dependente ou Infanto-Juvenil.

No entanto, em pessoas de meia-idade e idosas, o organismo consegue produzir insulina, mesmo que insuficiente em relação ao total de tecidos a serem supridos, principalmente associado à obesidade, ou ainda quando existe uma deficiência parcial do pâncreas, condição que recebe a denominação de Diabetes Tipo 2 ou Não-Insulino-Dependente ou do Adulto, podendo controlar as taxas de glicemia com medicação oral, os chamados hipoglicemiantes, dieta e exercício físico, podendo eventualmente precisar de aplicações de insulina. (veja comparação no quadro 1 do anexo1)

Com a deficiência parcial ou total do pâncreas, e a glicose acumulada no sangue sem utilidade, imagina-se que o paciente com Diabetes apresenta constantemente nível alto de açúcar, no

**O Diabetes Mellitus ocorre em resultado da diminuição ou ausência da insulina.**

<sup>2</sup> Cf. Ball, John. *Compreendendo as doenças: pequeno manual do profissional de saúde*. São Paulo: Ágora, 1998.

---

*O Diabetes Mellitus é um importante problema de saúde pública uma vez que é freqüente e está associado a complicações que comprometem a produtividade, qualidade de vida e sobrevida dos indivíduos.*

---

entanto o organismo, para compensar, tenta eliminar o excesso através da urina, por isso ora pode estar alto, chamado Hiperglicemia, ora pode estar baixo, o que caracteriza a Hipoglicemia. (vide quadro 2 do anexo 1)

A taxa considerada normal de glicose no sangue é, em jejum, de até 120mg%, e, a qualquer hora o dia; entre 60mg% e 160mg%. E a glicose só é detectada na urina quando os níveis de glicemia atingem 180–200mg% ou mais.

O Diabetes não controlado pode levar a sérias complicações como:

- retinopatia diabética: a alta glicemia provoca lesões nos vasos capilares da retina, formando pequenas feridas, podendo levar à cegueira;
- neuropatia periférica: distúrbios nas terminações nervosas (braços e pernas), fraqueza e paralisia - Incapacidade de ereção ou diarreia persistente. As veias e artérias ficando prejudicadas, afetam a circulação sangüínea, podendo ocorrer choques levando à hipertensão e até infarto;
- infecções de pele, vaginites, furúnculos, tuberculose;
- doenças renais: insuficiência renal crônica, uremia, isto é com a glicose alta, os rins têm a função de se livrar do excesso de açúcar; trabalhando exaustivamente, pode levar à insuficiência renal crônica, e como tratamento coadjuvante a hemodiálise.

A maioria dos pacientes recebe o diagnóstico quase que “ocasionalmente” em exames de rotina ou quando procuram auxílio médico já em decorrência das complicações. Considera-se assim uma “doença silenciosa”, pois não produz sintomas significativos ou diferenciados, havendo portanto dificuldades na mudança de hábitos e comportamentos (principalmente alimentares), uma questão também cultural no cultivo

de hábitos saudáveis, antes de ocorrer sérias complicações.

O *Diabetes Mellitus* é importante problema de saúde pública uma vez que é freqüente, está associado a complicações que comprometem a produtividade, qualidade de vida e sobrevida dos indivíduos, além de envolver altos custos no seu tratamento e das suas complicações. Medidas de prevenção do *DM* assim como das complicações são eficazes em reduzir o impacto desfavorável sobre morbimortalidade desses pacientes. Tal impacto pode ser avaliado através de dados obtidos de fontes do Ministério da Saúde<sup>3</sup>, levantamentos regionais e de outras associações<sup>4</sup>:

- *Diabetes Mellitus* como o diagnóstico primário de internação hospitalar aparece como a sexta causa mais freqüente e contribui de forma significativa (30 a 50%) para outras causas como cardiopatia isquêmica, insuficiência cardíaca, colecistopatias, acidente vascular cerebral e hipertensão arterial;
- Pacientes diabéticos representam cerca de 30% dos pacientes que se internam em unidades coronarianas intensivas com dor precordial;
- Diabetes é a principal causa de amputações de membros inferiores;
- É, a principal causa de cegueira adquirida;
- Cerca de 26% dos pacientes que ingressam em programas de diálise são diabéticos.

É em virtude deste aspecto que a proposta dos programas educativos em Diabetes, têm um caráter informativo e preventivo, com objetivos bem definidos, de forma que se construam instrumentos voltados para sua efetivação, fazendo surgir sujeitos responsáveis pelo seu próprio tratamento e cidadãos questionadores. (vide anexo 2 – Instrumento

<sup>3</sup> Silvestre J.A. Hospitalizações SUS 1997. Coordenadoria da Atenção à Saúde do Idoso.

<sup>4</sup> American Diabetes Association. Vital Statistics. 1999.

de Coleta de Dados em Programas Educativos)

No que diz respeito à adesão ao esquema terapêutico, esses programas procuram auxiliar o paciente “...a conhecer melhor suas próprias condições de saúde, de modo que, a partir das informações possam se transformar em gentes interessados em promover seu próprio desenvolvimento, em vez de representarem meros receptores passivos da ajuda veiculadas por outros.” (sic)<sup>5</sup>

A formação de grupos com caráter psicoeducativo em Diabetes, de acordo com a experiência formada no Hospital das Clínicas da FMUSP em maio de 2000, é efetivamente mais que troca de informações e experiências nesse processo “saúde x doença”; vai além: o psicólogo, com uma escuta diferenciada, observa conteúdos subjetivos, temores, frustrações, ansiedades, inerentes ao adoecer, e como, a partir da informação, poder viver de uma forma mais saudável, considerando a saúde não como ausência de doença, mas viver com uma certa qualidade de vida, pessoal e subjetiva, enfrentando situações, mesmo que difíceis, com respeito a suas limitações.

Sendo para isso utilizados, além da escuta clínica do psicólogo, recursos audiovisuais, resumidos num folheto explicativo, entregues no final o programa com informações acessíveis aos pacientes sobre o Diabetes, e num caderno de Receitas. (vide anexo 3 e 4 respectivamente)

## **2. Consideração da Medicina Psicossômática e Leitura Psicodinâmica**

O *Diabetes Mellitus*, é caracterizado como uma doença crônica. Não podemos deixar de evidenciar questões atuais em psicossomática, como ideologia sobre a

saúde, o adoecer, as práticas de saúde. Trata-se de um campo de pesquisa que vem revelar a prática de uma medicina Integral, a qual considera o ser humano em sua totalidade, voltando olhares não mais para doença ou sintoma e sim para o paciente.

Segundo o endocrinologista Ruy Lyra, representante da Sociedade Brasileira de Diabetes em Pernambuco, o Diabetes não pode ser ocasionado por razões emocionais, porém se observa um aumento dos níveis glicêmicos em resposta ao estresse emocional, em indivíduos já diabéticos ou propensos à doença, onde nesta situação são liberados alguns hormônios que têm a capacidade de elevar a glicose.

Cremerius (et al., 1956) investigou em suas pesquisas os aspectos psicossomáticos do *Diabetes Mellitus*; e junto com outros autores fez contribuições da Medicina Psicossomática para a terapia do Diabetes. Kaemmerer (1981) incentivou essas pesquisas. Rozenshy (et al., 1991) investigou as implicações clínicas emocionais da área como: adaptação, depressão, ajustamento familiar, obesidade, hipertensão, disfunção sexual, interpretação de sintomas, fobias, por meio de um estudo de caso.

E ainda publicações brasileiras como Chiozza (et al., 1997) apresentando os afetos ocultos em doenças como a asma, diabetes, cefaléias. Debray (1995), com tradução de Werneck, apresenta *O equilíbrio psicossomático: e um estudo sobre diabéticos*, mostrando as contribuições das provas projetivas: o TAT, a figura complexa de Rey e o desenho de uma pessoa, na compreensão da autoimagem e da organização do esquema corporal de pacientes com Diabetes, no Instituto de Psicossomática de Paris (IPSO).

---

*O Diabetes não pode ser ocasionado por razões emocionais, porém se observa um aumento dos níveis glicêmicos em resposta ao estresse emocional, em indivíduos já diabéticos ou propensos à doença.*

---

<sup>5</sup> Quayle, J.R.B.; Lúcia, M.C.S.; Benute, G.R.G.; Santos, N.O.; Santos, R.M.R.; Rondon, F.C. *A importância do psicólogo na criação e implantação dos programas educativos e de prevenção em saúde. (em prelo)*

Quanto aos aspectos psicodinâmicos do Diabetes, muito se tem investigado a respeito. Inicialmente, Benedek (1948) apresentou o método psicanalítico como técnica terapêutica e de pesquisa em Diabetes. Rudoef (1970) analisando os aspectos psicodinâmicos e psicopatológicos do *Diabetes Mellitus*. Schweitzer (1981) investigou os efeitos do Diabetes sobre o desenvolvimento da personalidade. Tobin (1993) apresentou um estudo de caso auxiliado por um tratamento da psicoterapia psicodinâmica. E mais recentemente, entre outras, a investigação de estrutura da personalidade narcisista em doenças crônicas, mais especificamente em pacientes com Diabetes Tipo II, incluindo o instrumento Duesseldorf Questionnaire for Narcissistic Regulation in Chronic Disease. (Kruse et al., 2000)

Particularmente, o uso de instrumentos na investigação psicológica de pacientes com doenças crônicas tem crescido na comunidade científica. Dunbar (1943) no diagnóstico psicossomático, inclui uma avaliação do teste de Rorschach; Bradley (1979) pesquisa sobre os eventos de vida e o controle do Diabetes através do Inventário Maudsley Personality; Bucher (et al., 1981) investiga os aspectos psicopatológicos e psicodinâmicos do Diabetes na América Latina, utilizando como instrumento um questionário de identificação e o Teste Szondi, como teste projetivo na investigação da estrutura psicodinâmica, sintomas psicossomáticos e mecanismos de defesa.

Lobon (et al., 1995), em sua pesquisa, faz uso dos testes: os Inventários Bell Adjustment e o Beck de Depressão com pacientes de Diabetes Tipo I. E ainda, Garduño (et al., 1998) verifica a frequência de depressão em pacientes com Diabetes tipo II por meio da escala de Beck; e Figueroa (et al., 1995) procurando identificar fatores psicológicos através do Inventário de

Ansiedade IDARE, da Escala de Tennessee e uma entrevista dirigida, como pesquisas de referência na América Latina.

A psicossomática, como uma disciplina distinta da medicina e da psicanálise, embora se encontre estreitamente ligada a ambas, procura abranger todo conjunto de fenômenos relacionados com o adoecer, formas subjetivas desse processo; pois “escolhemos” ou não a doença, da mesma forma que “escolhemos” ou não a cura. Isso depende de cada pessoa com sua história de vida e de sua vontade subjetiva de viver; que corresponde a funcionalidade do ser ou do organismo, onde a eminência de perda (doença) altera o indivíduo em todos os seus aspectos: biológico, psicológico, social e histórico; de forma interdependente, caracterizando sua saúde integral, influenciando o processo doença – cura. Estar doente implica perda da funcionalidade que organiza esse organismo; e a cura, a restituição desta. Por isso, o processo que o envolve perpassa pela subjetividade na afirmação ou negação da cura de sua doença.

Se a doença expressa e revela a forma de uma pessoa viver e sua interação com o mundo, melhorar a qualidade de vida é também auxiliar a funcionalidade desse organismo em todos os seus aspectos físicos, sociais e emocionais.

A Psicologia, enquanto ciência, numa prática hospitalar humanizada, procura compreender o paciente com sua personalidade e suas experiências de vida: como ele está reagindo diante do tratamento, sua responsabilidade e participação no mesmo.

### **3. Avaliação Psicológica – Técnicas Projetivas Gráficas e Verbais**

A avaliação psicológica de um paciente procura a compreensão sobre o fenômeno psíquico. E como investigar esse fenômeno?



Safra<sup>6</sup> refere que “para que um cliente possa expressar uma comunicação verbal direta de suas dificuldades, é necessário que haja capacidade de representar simbolicamente essas dificuldades”, por isso a tentativa de se investigar esse fenômeno, aparentemente inacessível, mas que se revela em sua conduta.

De acordo com Trinca<sup>7</sup> “o primeiro estudioso a aplicar o método psicanalítico na investigação do inconsciente relativo de produções culturais e artísticas foi o próprio Freud”, de cujo método somos aprendizes, e particularmente através dos procedimentos do Desenho-Estória (D-E), como técnica de investigação clínica de aspectos da dinâmica da personalidade, especialmente quando esta apresenta comportamento emocional, reunindo informações oriundas de técnicas gráficas e temáticas.

O D-E tem se mostrado um método, que fornece de forma clara uma síntese dos aspectos fundamentais do funcionamento mental dos sujeitos, e por isso muito utilizado em pesquisas em diversas áreas. Particularmente na saúde tem-se revelado um valioso instrumento, como nos apresenta Ana Maria Trinca (in Trinca, W., 1997, p.51):

Em 1982, Mestriner lidou com pacientes esquizofrênicos hospitalizados; Al’Osta (1984) trabalhou com pacientes hospitalizados com psicose maníaco-depressiva; Flores(1984) atendeu crianças leucêmicas hospitalizadas e terminais; nós focalizamos a atenção em crianças que estavam no período pré-cirúrgico (Trinca, A.M., 1987); Gianotti-Hallage (1988) pesquisou a população portadora de cardiopatias congênitas; crianças asmáticas foram estudadas por Mestriner (1989); a hiperatividade foi objeto de estudo de pesquisa por

Gorodscy (1990); Castro (1990) trabalhou com mulheres estéreis com quadro clínico de edometriose; mulheres que sofreram mastectomia por câncer de mama foram estudadas por Barbosa (1988). Em 1992, foram abordados problemas de úlcera péptica em crianças, por Hames; o câncer infantil e as fases finais da vida da criança, por Perina (1992); e a questão da deficiência visual foi focalizada por Amiralian (1992). Nesse sentido, é relevante a contribuição do D-E à área da saúde... nas mais diversas especialidades: pediatria, foniatria, oncologia, clínica médica etc.

Trinca (1987) nos apresenta que “são raras as citações, na literatura especializada, do uso de estórias associadas a testes gráficos” – embora, historicamente as estórias tem-se apresentado na forma de “inquérito”, ou seja, um conjunto de perguntas, padronizadas ou não, para esclarecimentos a respeito do grafismo, do sujeito e de outros componentes da situação de teste, aplicado na prática clínica do Desenho da Figura Humana, de Machover (1949), Desenho da Família (Hammer, 1969), Teste da Árvore, de Kock (1958), Técnica do Desenho de Oito Folhas, de Caligor (1951), e Técnica Projetiva do HTP, de Buck (1948).

Karen Machover (1949) publicou de forma pioneira o teste do desenho da figura humana (DFH) sob um enfoque projetivo. Partindo da noção de imagem corporal, para a autora a figura representa a própria pessoa que desenha; e o papel, o seu ambiente; ou seja, no significado psicológico do DFH, tendo suas bases na imagem corporal, o sujeito projeta na figura humana o conceito de seus próprios aspectos.

---

*O D-E tem se mostrado um método, que fornece de forma clara uma síntese dos aspectos fundamentais do funcionamento mental dos sujeitos, e por isso muito utilizado em pesquisas em diversas áreas.*

---

<sup>6</sup> Safra, Gilberto. Procedimentos clínicos utilizados no psicodiagnóstico. In Trinca, Walter et al. *Diagnóstico psicológico: A prática clínica*, 1984.

<sup>7</sup> Trinca, Walter. *Formas de investigação clínica em Psicologia*. São Paulo: Vetor, 1998.

Hammer (1981) apresenta que “o uso dos desenhos projetivos da figura humana pode constituir uma fonte de informação e compreensão da personalidade tão frutífera, econômica e profunda”. E segundo Van Kolck (1984), o DFH na avaliação de aspectos da estrutura e dinâmica da personalidade é caracterizada como a prova de mais completo desenvolvimento e amplo emprego, além de ser uma das técnicas projetivas mais utilizadas na pesquisa e na prática clínica, colocando-se após o Rorschach e o TAT na liderança das técnicas mais freqüentemente usadas.

Por isso, na tentativa de aliar as técnicas dos Procedimentos de D-E com a análise da Figura Humana de Machover, na investigação clínica psicodinâmica dos traços de personalidade de paciente com Diabetes em Grupo Psicoeducativo no contexto hospitalar, surge a proposta de uso do Desenho da Figura Humana com Tema (DFH-T), substituindo o inquérito pela estória.

## OBJETIVO

Investigar traços da personalidade de pacientes com Diabetes, na tentativa de auxiliar o tratamento psicológico em grupo psicoeducativo na adesão ao esquema terapêutico, a partir do método do Estudo de Caso, em um enfoque clínico, buscando uma compreensão mais profunda do funcionamento psico-dinâmico dos mesmos.

E assim, levantar hipóteses acerca das relações entre a Diabetes e os aspectos psicodinâmicos a serem testados em estudos mais amplos.

## MÉTODO

**Categoria:** Estudo de caso

**Sujeitos:** 2 pacientes participantes do Grupo Psicoeducativo em Diabetes

do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da USP.

### Sujeito 1 (S1)

54 anos, sexo masculino, professor de música, formação universitária, solteiro, IMC – indica obesidade moderada; há 16 anos sabe seu diagnóstico, ou seja, tinha 38 anos quando descobriu a doença; mora atualmente com a irmã, tem noções básicas relativas ao tratamento e complicações, realiza monitorização e caminhada regularmente como exercício físico, faz uso da insulina (auto-aplicação) e medicação oral, relata ser do Tipo 2. Tem uma vida atarefada como professor de português durante a semana para alunos de Quinta Série, e nos fins de semana procura relaxar ouvindo músicas clássicas e dando aula de piano. Gosta de tocar piano, viajar, visitar amigos e ouvir música. Das recomendações médicas, refere-se à dieta e à atividade física como as mais difíceis de seguir. Associa o aparecimento do Diabetes com o falecimento de sua mãe.

### Sujeito 2 (S2)

55 anos, sexo masculino, trabalha em uma lanchonete escolar (Segundo Grau), casado, IMC – indica obesidade; há 8 anos sabe seu diagnóstico, isto é, tinha 47 anos quando descobriu a doença; mora atualmente com sua esposa, tem noções básicas relativas ao tratamento e complicações, realiza monitorização e caminhada (às vezes) como exercício físico, faz uso da insulina (esposa aplica) e medicação oral, relata ser do Tipo 2. Gosta de jogar baralho, ler, dançar... e “largou a chupeta e pegou no cigarro”. Das recomendações médicas se refere à dieta como a mais difícil de seguir. Associa o aparecimento do Diabetes com o falecimento de sua filha em acidente... “uma experiência contrária às leis da natureza”.

## **Técnica de Coleta de Dados**

Questionário, Observação Clínica e Teste Projetivo.

## **Instrumentos**

Questionário: “Avaliação do Repertório de Informações sobre o Diabetes”; o procedimento do Desenho da Figura Humana (DFH) e o Desenho da Figura Humana com Tema (DFH-T).

## **Procedimentos**

Em se tratando de uma pesquisa baseada em dados científicos, auxiliada por fontes bibliográficas da literatura, as informações que os pacientes compreendiam acerca do Diabetes foram obtidas no primeiro de cinco encontros do Programa, pelo Instrumento de Coleta de Dados do Programa Psicoeducativos do HC/FMUSP: “Avaliação do Repertório de Informações sobre o Diabetes”. (vide anexo 2)

Durante o Programa Psicoeducativo em Diabetes (5 encontros, 2 horas semanais) foram realizadas atividades informativas, necessárias ao tratamento, caracterizadas como autocuidado, bem como os esclarecimentos para promoção da adesão ao esquema terapêutico, utilizando recursos audiovisuais, entregues de forma reduzida através do “Folheto Explicativo” e “Caderno de Receitas” (anexo 3 e 4), auxiliados por uma escuta e observação clínica do ponto de vista emocional.

Na tentativa de investigar aspectos psicológicos ou estado emocional dos pacientes, fez-se uso dos procedimentos técnico e metodológico do Desenho da Figura Humana com Tema, na pesquisa

projetiva da imagem corporal, com a análise dos aspectos formais da figura humana através dos esquemas de avaliação e interpretação proposto por Van Kolck (1984) e análise dos indicadores psicopatológicos proposto por Grassano (1996), tomando como base os procedimentos do Desenho-Estória, com referencial psicanalítico de análise proposto por Trinca<sup>8</sup> (1976), com normas de avaliação realizado por Tardivo<sup>9</sup>, investigando seus temores, defesas, ansiedades e desejos.

Na técnica projetiva associada ao Questionário de Avaliação do Repertório de Informações sobre o Diabetes, observou-se o conteúdo consciente sobre o diagnóstico e as elucidações inconscientes transferidas para o material, principalmente nas histórias relativas a figura humana com diabetes, apresentando traços transferenciais de como os próprios pacientes lidam com seu diagnóstico e tratamento, auxiliando desta forma as intervenções necessárias para melhoria da qualidade de vida durante tratamento, promovendo a adesão terapêutica, em sua análise dos dados.

Os dados obtidos são apresentados qualitativamente com a análise de dois casos clínicos discutidos junto a orientação de pesquisa.

Desta forma, venho, junto ao Instituto de Psicologia do Hospital das Clínicas da Universidade de São Paulo, apresentar a presente monografia para obtenção do título de Especialização em Psicologia Hospitalar: “A Psicologia em Especialidades Médicas”.

<sup>8</sup> Trinca, Walter. *Investigação clínica da personalidade – O desenho livre como estímulo de apercepção temática*. Belo Horizonte: Interlivros, 1976.

<sup>9</sup> Tardivo, L. S. P. C. *Normas para avaliação do procedimento de Desenho-Estória numa amostra de crianças paulistanas de 5 a 8 anos de idade*. Dissertação de Mestrado apresentada ao Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo, 1985.



No teste do desenho da figura humana a pessoa projeta sua imagem ou esquema corporal, seus impulsos, suas ansiedades e defesas, seus conflitos; enfim sua personalidade e sua interação com o meio ambiente. No entanto, a interpretação do material coletado, não pode ser mera análise de suas partes, e sim a transmissão geral transmitida pelo desenho, acompanhada de seus dados de história de vida, resumi-

dos através de um estudo de caso e reunidos na discussão a seguir.

### ESTUDO DO 1º. CASO

#### Sujeito 1 (S1)

**Observações de seu comportamento preliminar:** S1 se lançou à tarefa de modo confortável e confiante, autoconsciente, cauteloso e impulsivo. Realiza ambos os desenhos do sexo masculino.

#### Interpretação do Desenho (DFH-T)

##### 1. Análise dos Aspectos Formais (vide DFH-T no anexo 5, S1)

ITEM	ANÁLISE	
	F1	F2
Tema	Auto-imagem atual	Auto-imagem quando jovem, indicando fixação emocional ou alguma forma de reagir a uma situação presente que leva o indivíduo a pensar em situações anteriores em sua vida.
Postura da figura	Levemente inclinada, o que indica instabilidade, equilíbrio precário – "parece que está caindo", podendo estar projetando sentimentos de iminente colapso da personalidade. Aparenta tranquilidade, apesar dos problemas de saúde.	Estática, parada, jovem de aparência assustada. Representa a figura do paciente com Diabetes, regredido, dependente e assustado.
Localização	Aproxima-se do centro da folha, indicando um comportamento mais dirigido, autocentrado.	Superior a esquerda, indica insegurança em relação a si mesmo. "Flutuando no ar" = indivíduos regredidos que manifestam uma tendência para esconder os desenhos no canto esquerdo superior. (Buck, 1950)
Simetria	Em ambas, há muita semelhança entre as duas partes do corpo, indicando obsessão compulsiva; defesa na rigidez; indivíduos emocionalmente frios e distantes precariamente controlados. Também são correlacionados perfeccionismo e impulso para o exibicionismo.	
Linha de solo	Ausência de linha de solo, deixando a figura solta na página como "sentindo-se no ar".	
Reforço da linha	Recobrir a linha já traçada com riscos mais intensos, indicando sinal de ansiedade, mais intenso na figura 2.	

## 2. Análise dos Aspectos de Conteúdo

ITEM	ANÁLISE	
	F1	F2
Cabeça	Centro de localização do próprio eu; o poder intelectual, o domínio social, o controle dos impulsos, considerada em ambos adequados. Representa no nariz as narinas abertas, expressando rejeição e desprezo.	
Orelhas	Grandes, indica que o indivíduo é suscetível à ofensa e resistente à autoridade.	
Pescoço	Distorção da forma, contorno duplo ou borradura no contorno, como sinal de conflito e problemas com o controle corporal, possível indício de perturbações somáticas.	Adequado. (o que dispensa interpretação)
Ombros	Indica poder ou força basicamente físicos. Ambas as figuras apresentam os ombros quadrados, indicando atitudes hostis, superdefensivas. (Hammer, 1954)	
Cintura	Apresenta na altura da cintura, um cinto dividindo as duas zonas: o tronco superior e inferior indicando controle e racionalização da tensão apresentada pela divisão do corpo. Na F1, é mais elaborado indicando maior tendência em converter a tensão em formas estéticas e próprias de expressão.	
Braços	Pendentes ao longo do corpo, indica inatividade.	Levemente estendidos para o ambiente para frente ou para os lados = urgência de participação social, como pedindo assistência e sentimentos de inferioridade e inadequação. (Hammer, 1954)
Mãos e Dedos	Órgãos de contato e manipulação; instrumentos mais refinados de movimento em direção ao ambiente ou de defesa do ego em relação ao mesmo, portanto ajustamento mais refinado e sensitivo ao ambiente, com ênfase nas relações interpessoais; nas figuras apresentam-se adequados com formas que se aproximam da natural.	
Pernas	Mantêm a estabilidade do corpo, representam contato com o ambiente, suportam e equilibram o corpo, tornam possível a locomoção, compartilham com a região inferior do tronco na esfera sexual; ocultas pelo traje indica racionalização do conflito como defesa do ego.	
Pés e Dedos	Adequados. (o que dispensa interpretação)	Ocultos pelo uso do sapato, indicando insegurança do passo e da adaptação sexual; expressão de falta de autonomia.
Roupas e Acessórios	Protege o corpo com a aparência, no sentido de "fachada social". A roupa acrescenta a imagem corporal, representa o nível de superfície da personalidade, ou seja, como a pessoa é em aparência ou como desejaria aparecer aos outros; um aspecto socialmente convencional e sublimado; o tratamento da roupa é, pelo menos parcialmente, um reflexo do ajustamento emocional. Apresenta-se em traje comum completo, adequado.	
Botões	Na altura da cintura como associação ao umbigo, indicando símbolo umbilical da dependência materna. Enfatizado na linha central (cinto), o sujeito pode ter preocupações somáticas. (Hammer, 1981)	

### Análise das Estórias

A análise das estórias parte de uma fundamentação psicanalítica proposta por Tardivo (1985) in Trinca (1997, p.116), organizados em Grupos (numerados de I a VII) e Traços (33 no total), para “orientar a interpretação clínica”, como “uma forma de facilitação da análise; considerando sete das dez áreas indicadas por Trinca”. (vide anexo 5)

**S1-01 – 1ª. Figura com Estória.** “Paulo é um rapaz muito esforçado nasceu de uma família humilde, seus pais eram pobres, porém deram-lhe uma boa formação, dentro das possibilidades econômicas que tinham. Lutou com muitas dificuldades, porém atingiu seus objetivos propostos. Apesar de problemas de saúde, venceu os empecilhos. Hoje tem sua vida sócio-econômica estabilizada e vive para sua família, feliz ao lado de todos quantos lhe são caros.” (sic)

<b>Grupo I – Atitudes Básicas</b>	Apresenta traços de aceitação e identificação positiva
<b>Grupo II – Figuras Significativas</b>	Figuras, materna e paterna ("pais"), positivas
<b>Grupo III – Sentimentos Expressos</b>	Sentimentos derivados do instinto de vida
<b>Grupo IV – Tendências e Desejos</b>	Tendências construtivas
<b>Grupo V – Impulsos</b>	Amorosos
<b>Grupo VI – Ansiedades</b>	Depressiva (em relação ao objeto – "problemas de saúde")
<b>Grupo VII – Mecanismos de Defesa</b>	Mecanismos mais evoluídos a serviço do ego: racionalização, sublimação.

**S1-02 – 2ª Figura – Pessoa com Diabetes e Estória.** “João é um menino de 12 anos. Aos 03 anos, começou a sentir algumas coisas estranhas: muita sede, urinar muitas vezes ao dia, vistas turvas, etc... Seus pais levaram-no ao hospital. Após os exames clínicos (glicemia) e outros constataram que o

seu problema era o Diabetes (Tipo 1 ou Juvenil). O médico responsável ... receitaram imediatamente insulina NPH 100 mista purificada [*é a mesma que se refere ao seu tratamento*]<sup>10</sup> e a nutricionista do Hospital indicou e prescreveu a dieta a ser aplicada. Sua mãe levou muito a sério o seu tratamento e hoje

<b>Grupo I – Atitudes Básicas</b>	Apresenta traços de aceitação e identificação positiva
<b>Grupo II – Figuras Significativas</b>	Figuras, materna e paterna ("pais"), positivas
<b>Grupo III – Sentimentos Expressos</b>	Sentimentos derivados do instinto de vida
<b>Grupo IV – Tendências e Desejos</b>	Tendências construtivas
<b>Grupo V – Impulsos</b>	Amorosos
<b>Grupo VI – Ansiedades</b>	Depressiva (em relação ao objeto – "problemas de saúde")
<b>Grupo VII – Mecanismos de Defesa</b>	Mecanismos mais evoluídos a serviço do ego: racionalização, sublimação.

<sup>10</sup> Nota da autora

João, apesar dos altos e baixos (hiperglicemia e hipo) vive uma vida regular. Estuda e alegre muito sua família.” (sic)

**OBS.:** Parece ter utilizado os desenhos e estórias para contar sua própria experiência, mostrando dificuldade e possibilidade de vencer. Projeta na F1 sua situação atual; e na F2, quando criança.

## ESTUDO DO 2º CASO

### Sujeito 2 (S2)

**Observações de seu comportamento preliminar:** S2 apresentou dúvidas verbalmente acerca de sua habilidade para desenhar, apresentando traços de insegurança, bem-humorado, desenha alegremente com confabulações.

### Interpretação do Desenho (DFH-T)

#### 1. Análise dos Aspectos Formais (vide DFH-T anexo 5, S2)

ITEM	ANÁLISE	
	F1	F2
Tema	1. Auto-imagem. 2. Pessoa específica; segundo S2, desconhecida.	Auto-imagem atual
Postura da figura	Ambas apresentam-se de perfil, indicando evasão e defesa, recusa a apreender a realidade quando para a esquerda. Na F1, quando desenha outra figura acompanhada, mais encontrado em desenhos de crianças criadas em instituições, com falta de companhia afetiva real.	
Localização	Ambas localizadas na parte superior à esquerda da folha, o que sugere dificuldades em alcançar os seus objetivos e retorno ao passado, menor controle e maior dependência.	
Tamanho	Desenhos pequenos, indicando insegurança, sentimentos de insignificância, retraimento; podendo considerar indício de má auto-imagem, isolamento e rejeição pelo ambiente.	
Pressão	Oscila entre linha média e fina, o que sugere debilidade e baixa energia por razões físicas ou psíquicas. Com pouca pressão, sentimentos de inadequação e/ou deprimidos.	
Simetria	Ausência, pelas figuras em perfil.	
Linha de solo	Ausência, desenhos "flutuando no ar", o que indica insegurança em relação a si mesmo, tendência de manifestação em indivíduos regredidos.	
Traço da linha	Traços mais circulares, tendendo a ser mais dependentes e mais emocionais; linhas contínuas no traçado da cabeça pode constituir um índice de insegurança e ansiedade.	

## 2. Análise dos Aspectos de Conteúdo

ITEM	ANÁLISE	
	F1	F2
Cabeça	Como centro de localização do próprio eu; o poder intelectual, o domínio social, e o controle dos impulsos.	Cabeça com ausência dos caracteres faciais, indicando que há uma tendência a evitar problemas de contato; sujeito evasivo com referência à relação interpessoal (superficialidade, cautela e hostilidade são características nas relações interpessoais do indivíduo.
	Pronunciamento do queixo (compensação de indecisão e medo de responsabilidade); nariz acentuado (sentimentos de impotência sexual); boca côncava e oralmente receptiva (desenho de um indivíduo infantil e dependente (vício). Na F1 a boca tem a presença de um cigarro, acentuando a concentração erótica e como símbolo da busca de virilidade. (Hammer, 1981)	
Tronco	Omissão, indicando repúdio ao próprio corpo, indivíduos regressivos.	

### Análise das Estórias

**S2-01 – 1ª. Figura com Estória.** “Eu nunca gostei de desenhar as vezes que desenhei foi esta cabeça sempre com um cigarro na boca. Você perguntou quem é e eu nunca soube hoje achei parecido com

meu irmão. OK. A outra é uma menina magrinha que eu não conheço.

Minha historinha. Assina.” (sic)

**OBS.:** Falta vínculo, vida; desenha duas pessoas, mas não as correlaciona.

<b>Grupo I</b> – Atitudes Básicas	Apresenta traços de oposição e insegurança, com identificação negativa
<b>Grupo II</b> – Figuras Significativas	Não apresenta figuras significativas
<b>Grupo III</b> – Sentimentos Expressos	Sentimentos derivados do instinto de morte (desprezo e indiferença)
<b>Grupo IV</b> – Tendências e Desejos	Tendências destrutivas
<b>Grupo V</b> – Impulsos	Destrutivos
<b>Grupo VI</b> – Ansiedades	Paranóide (em relação ao ego)
<b>Grupo VII</b> – Mecanismos de Defesa	Negação, anulação e isolamento

**S2-02 – 2ª. Figura – Pessoa com Diabetes e Estória.** “Amigo você não pode fumar, não pode beber, precisa fazer regime, tudo bem. Neste desenho vai ficar sem cabelo, sem olhos, porém se você melhorar, e fazer tudo direitinho, nós vamos terminar este desenho pode ser para melhor ou para pior você decide. É

uma decisão só sua. Se você acha que compensa parabéns vai em frente, caso contrário você escolher fique na sua não prejudique ninguém, você já viveu tantos anos, o que é melhor pra você 80% viveu, tem + 20%, escolha.

Tchau. Seu amigo...

Assina e data.”



<b>Grupo I</b> – Atitudes Básicas	Apresenta traços de insegurança e auto-estima rebaixada. Identificação negativa
<b>Grupo II</b> – Figuras Significativas	Não apresenta figuras significativas.
<b>Grupo III</b> – Sentimentos Expressos	Sentimentos derivados do conflito.
<b>Grupo IV</b> – Tendências e Desejos	Necessidade de suprir faltas básicas. Tendências destrutivas.
<b>Grupo V</b> – Impulsos	Amorosos e destrutivos
<b>Grupo VI</b> – Ansiedades	Paranóide (dirigida ao ego)
<b>Grupo VII</b> – Mecanismos de Defesa	Isolamento, negação.

**OBS.:** Faltam elementos de estruturação do ego: corpo e conteúdos faciais. Transmite um intenso conflito entre a vida e a morte.

## DISCUSSÃO

### 1º. CASO CLÍNICO

Os resultados obtidos no primeiro caso clínico, os traços gráficos de S1 indicam a projeção de sua auto-imagem corporal atual (F1), apresentando tranquilidade, apesar dos problemas de saúde; e jovem (F2) quando soube seu diagnóstico, aos 38 anos, embora com uma “idade emocional”, trazida pela estória de 12 anos, assustado e inexperiente em relação a enfermidade. Confirmando as dificuldades na adaptação, mudança de hábitos e comportamentos enfrentadas por pacientes com doenças crônicas como o Diabetes.

No tratamento diferencial das duas figuras, a F2 é menor e menos elaborada, indicando depreciação, medo e hostilidade, ou seja a F1 apresenta traços mais detalhados em relação a F2, apresentando um decréscimo motor gráfico, o que pode sugerir fadigabilidade, mas segundo Hammer (1981) pode ser uma ansiedade “situacional”.

Os traços de ambas apresentam-se mais em linhas retas, o que tende a ser mais afirmativo. Na F2, as linhas são esboçadas e enfatizadas refletindo ansie-

dade, timidez, falta de autoconfiança e hesitação no comportamento e ao se defrontar com situações novas; linhas de grande pressão usualmente produzidos por doentes orgânicos.

Na F2 há presença de desenhos rígidos que expressam uma atitude basicamente defensiva, presa e rigidamente controlada. Tal rigidez exclui a espontaneidade a auto-afirmação, o que permite uma atitude de “auto-indugência”, podendo também expressar repressão e hiperintelectualização.

A análise dos aspectos de conteúdos das figuras apresenta-nos pequenos traços e sinais de conflitos com o controle corporal, indicando indício de perturbações somáticas, o que pode ser associado ao Diabetes, em uma postura defendida, rígida e de adaptação.

Em ambas as figuras traz botões na altura da cintura (cinto), indicando símbolo umbilical da dependência materna, o que pode ser confirmado, visto que associa o aparecimento do Diabetes com o falecimento de sua mãe, traz na estória S1-02, os cuidados maternos quando recebe o diagnóstico.

As estórias, como já mencionamos, parece que as utiliza para contar sua própria experiência, o enfrentamento das suas dificuldades com tendências construtivas e sentimentos derivados do instinto de vida.

Baseado na análise de Grassano (1996), S1 apresenta em suas produções

---

*A análise dos aspectos de conteúdos das figuras apresenta-nos pequenos traços e sinais de conflitos com o controle corporal, indicando indício de perturbações somáticas, o que pode ser associado ao Diabetes.*

---

*Os mecanismos de defesa são menos evoluídos como a negação, anulação e isolamento, trazendo sérias dificuldades no enfrentamento emocional, prejudicando seu funcionamento mental do ponto de vista psicodinâmico.*

características como a *gestalt* conservada, delimitação e qualidades centrais que caracterizam os objetos gráficos da figura humana na realidade; embora com poucos traços patológicos, ocorrendo dentro de uma totalidade que mantém a organização, os pontos de conflitos se justificam pela sua história pessoal: Diabetes e perda de pessoas significativas.

S1 apresenta os mecanismos mais evoluídos a serviço do ego: como racionalização e sublimação, apresenta dificuldades pela própria enfermidade, mas com possibilidades de vencer e ultrapassá-las, conhecendo e controlando o Diabetes, podendo ter uma vida mais saudável, confirmando que a saúde não é a ausência da doença, mas viver com uma certa qualidade de vida, enfrentando situações com respeito às limitações.

Melanie Klein vê na sublimação uma tendência para reparar e reestruturar o “bom” objeto despedaçado pelas pulsões de destruição, trazida com o Diabetes. Sendo assim, “uma expressão positiva mais elaborada e socializada da pulsão, ou é um meio de defesa capaz de temperar os excessos e os extravasamentos da vida pulsional... ou ainda como uma defesa contra uma lembrança intolerável ao ego” (Nasio, 1988).

## 2º. CASO CLÍNICO

Na análise do segundo caso clínico, S2 em sua produção gráfica apresenta evasão, controle intelectual, rigidez de pensamento e tendência a ocultamento; traz sentimentos de insegurança, retraimento, isolamento e rejeição pelo ambiente.

Há em seus desenhos uma desorganização gestáltica, característica das produções psicóticas, onde a identificação projetiva é evacuativa, não apresenta vínculo entre as figuras, com graves alterações, ausência do corpo – enquanto estrutura do ego – e ambas as figuras postas de perfil, sugerindo, segundo análise de Grassano (1996), traços de uma per-

sonalidade esquisóide, do ponto de vista da percepção e estrutura.

No tratamento diferencial das duas figuras, a F2 (paciente com Diabetes) apresenta-se menos estruturada que a F1, com ausência e/ou omissão dos traços faciais, o que transmite sentimentos de vazio e de energia reduzida, característicos de sujeitos que empregam defesas de retraimento, e às vezes depressão.

S2 associa o aparecimento do Diabetes com o falecimento de sua filha, um evento de vida traumático, “contrário as leis da natureza” (*sic*), transmitindo nos traços gráficos um intenso conflito entre o viver e o morrer, uma evasão e dificuldade de lidar com a realidade e em lidar com essa perda, levando a desestruturação do ego.

A F2, apresentando-se pouco estruturada, sugere debilidade e baixa energia por razões físicas, provavelmente relacionado ao Diabetes, e psíquicas em relação a perda significativa sofrida em processo de luto.

As estórias confirmam os traços gráficos, com sentimentos derivados do instinto de morte, tendências destrutivas e paranóides em relação ao ego.

Os mecanismos de defesa são menos evoluídos como a negação, anulação e isolamento, trazendo sérias dificuldades no enfrentamento emocional, prejudicando seu funcionamento mental do ponto de vista psicodinâmico.

O drama que S2 representa em seu próprio corpo (físico com o diabetes e ausente no traço gráfico) pode ser comparado ao mito grego de Tântalo (vide análise a seguir), onde “sente que não empenhou seu esforço, sua energia, para lograr o que possui e, portanto, não sente o que tem como algo que lhe pertence”. (Chiozza, 1997 p.130).

Na mitologia grega, Tântalo é filho de Júpiter e da oceânide Pluto. O mito é referente a seus crimes e ao castigo... Conta-se que para agradar aos deuses assou o corpo de seu filho Pélope e o

ofereceu como banquete. Avisados a tempo, ninguém comeu o horrível manjar...

...Tântalo foi condenado ao inferno, onde sofre perpetuamente sede e fome, submerso na água até a garganta, debaixo de uma árvore cheia de frutos. Mas quando quer beber e aproxima sua boca à água, esta baixa e seus lábios nunca a alcançam. Igualmente, os frutos se afastam de suas mãos quando os quer agarrar.

Os alimentos “doces” despertam nossas associações com a glicose que o diabético necessita e não logra utilizar. Do mesmo modo, a água na qual ele está submergido até a garganta e que não consegue beber pode ser interpretada como o símbolo inconsciente da perda de “suas águas” (poliúria) e da sua sede insaciável.

Tântalo é condenado pelos deuses a sofrer fome. Tem o que necessita ao alcance da mão, mas não pode obtê-lo. Este drama do mito que constitui a verdadeira essência do suplício, parece representar a intimidade do distúrbio diabético... E Tântalo incapaz de executar contra os deuses, oferece submissamente, como um “doce” manjar, seu próprio filho, que representa seus ideais...

Em termos estruturais, o drama de Tântalo consiste no fato de seu superego, devido a sua extrema debilidade egóica, se transformar em algo muito persecutório e tanático... oferecendo na figura de seu filho, uma renúncia masoquista de seus próprios ideais, através de uma ação tanática autodestrutiva...

### **Durante o Grupo Psicoeducativo em Diabetes**

Ambos os pacientes participaram ativamente do programa, S2 promovendo questionamentos e S1 esclarecimentos, discutindo questões de ordem fisiopatológica, cuidados especiais, monitorização, atividade física, aspectos nutricionais e

apoio emocional, auxiliando o grupo na compreensão do Diabetes e favorecendo o autocuidado, como também a postura responsável diante do próprio tratamento.

Particularmente, S2 pode dar vazão a conteúdos emocionais relacionados ao adoecer e aos cuidados pessoais, na procura de uma estruturação para enfrentar o diagnóstico e suas implicações, mas acima de tudo um sentido de vida. Levando em consideração os aspectos da medicina psicossomática, há um sentido de reparação diante da perda da funcionalidade do seu organismo.

A estória S2-02 acompanhada da pessoa com Diabetes lança uma proposta, mesmo diante de um conflito, e ao longo do programa S2 faz uma opção verbal de mudanças de hábitos alimentares e prática de exercício físico regular, em busca de melhoria de uma qualidade de vida. Embora, recomendado o acompanhamento psicológico, também como parte do tratamento.

Ambos os casos relatam ter Diabetes do Tipo 2, embora seu funcionamento seja do Tipo 1, visto que fazem aplicação da insulina diariamente, o que poderia ser eventual se houvesse adesão ao tratamento médico e nutricional recomendado, segundo dados teóricos expostos na introdução desta pesquisa.

Das recomendações médicas mais difíceis de seguir, predominantemente a dieta foi considerada, e durante o grupo pode-se esclarecer alguns aspectos nutricionais, como não haver absoluta restrição alimentar e favorecer a adesão de uma alimentação mais saudável e menos calórica, sempre considerando que uma alimentação equilibrada pode ser associada às preferências pessoais desde que se consulte sua nutricionista. Para isso, foi fornecido ao final do encontro um caderno de receitas próprio aos pacientes, com também contribuições dos mesmos, devidamente supervisionados e adaptados para sua realidade, bem como, uma degustação para familiarização no sabor

dos alimentos, de uma das receitas do caderno oferecido.

O Diabetes, considerado uma “doença silenciosa”, não havendo sintomas significativos ou diferenciados, e na maioria dos pacientes diagnosticado em decorrência das complicações, confirma as dificuldades na mudança de hábitos e comportamentos com a análise dos 2 casos clínicos apresentados.

Os dados de pesquisas sobre a relação “eventos de vida x o surgimento e controle do diabetes” se confirmam com seus relatos: S1 com a perda significativa materna, e S2 de sua filha; embora considerando suas condutas subjetivas de reação e adaptação frente a perda e ao diagnóstico.

Segundo dados obtidos por Chiozza (1997) em relação aos aspectos psicodinâmicos do Diabetes, confirmam-se com os dois casos quando Mirsky (1939) sugere que nesses pacientes a enfermidade é o resultado de uma falha na adaptação psicofisiológica aos traumas sociais e que o estresse emocional é um mecanismo desencadeante num indivíduo predisposto por fatores constitucionais. E ainda que o Diabetes representa, inconscientemente, uma “perda” particular, caracterizado por um sentimento de “falta” (falta de glicose dentro das células, disposta na corrente sanguínea) de uma propriedade dos “meios” com os quais se vive.

No que diz respeito à adesão ao esquema terapêutico, Chiozza (1997) também formula algumas considerações, diante das pesquisas: Weizsaecker, 1950, em que se observa com frequência no paciente diabético, o pouco cuidado consigo mesmo, por uma atitude de “abandonar-se” no transtorno de seu metabolismo; e Garma, 1975, onde o paciente mostra-se submisso frente a um superego que lhe exige, de certo modo, a sua própria morte.

A escuta de seus relatos, a promoção de um espaço e a troca de experiências,

fizeram deste grupo mais que informativo, como era sua proposta; escutar se tornou um cuidar, um cuidar que também é terapêutico, o que nos remete ao referencial teórico como fundamental, mas insuficiente quando deixamos a margem uma certa atitude, a atitude humana na compreensão do adoecer. Uma experiência sem dúvida que nos faz repensar em nossa própria prática enquanto profissionais da área da saúde.

A formação de grupos com caráter psicoeducativo em Diabetes, de acordo com a experiência formada no Hospital das Clínicas da FMUSP em maio de 2000, é efetivamente mais que troca de informações e experiências neste processo “saúde x doença”; Vai além: o psicólogo com uma escuta diferenciada, observa conteúdos subjetivos, temores, frustrações, ansiedades, inerentes ao adoecer, considerando a saúde não como ausência de doença, mas viver com uma certa qualidade de vida, o que é pessoal e subjetiva.

A motivação, o auxílio mútuo e a coragem no trabalho com grupos nos faz pensar que é característica dos seres humanos reunirem-se em grupos, criando juntos um alicerce social em suas atitudes, embora tenham uma característica comum: o Diabetes. Cada um, com seu pensar e agir, se faz diferente em sua história de vida; numa perspectiva mais ampla, utilizam o trabalho em grupo como um instrumento de aperfeiçoamento do seu próprio funcionamento, procurando melhoria de condições sociais humanas.

A formação de um grupo psicoeducativo em Diabetes no contexto hospitalar, como o HC/FMUSP, superando questões institucionais, pode, a partir de um planejamento supervisionado, discutir questões de ordem fisiopatológica, cuidados especiais, monitorização, atividade física, aspectos nutricionais e apoio emocional pertinentes ao tratamento do Diabetes.

Vale salientar que as limitações oriundas de nossa formação acadêmica mostram o desconhecimento de noções básicas não só médicas como também de enfermagem e nutrição, alusivas à patologia atendida. A compreensão da sintomatologia é parte integrante do trabalho a ser desenvolvido a nível hospitalar, uma vez que as reações emocionais podem ser conseqüência da própria enfermidade. Assim, pode-se perceber que a atuação, sendo multiprofissional, faria grupos educativos mais adequados em suas orientações.

No que se refere ao casos clínicos apresentados, observa-se que embora ambos sejam do sexo masculino, idades semelhantes, com Diabetes Tipo II e funcionamento Tipo I; apresentam traços gráficos e verbais, investigados pela análise do DFH e do DFH-T com histórias, muito diferentes, o que nos fornece base para compreensão de seu funcionamento mental peculiar a cada caso, justificado por história de vida pessoal, reação e adaptação frente ao diagnóstico, comprovando que a avaliação da saúde emocional de pacientes com Diabetes, já tão investigada na comunidade científica, venha contribuir aos esquemas terapêuticos de uma doença crônica de difícil adesão.

Na clínica médica o tratamento é baseado nos sintomas das considerações já descritas ao longo desse trabalho. No início de qualquer atendimento médico, nutricional ou físico, em relação ao Diabetes, é necessário coleta e análise de exames clínicos e dos hábitos pessoais para se estabelecer o diagnóstico e o tratamento mais adequado.

Na prática clínica psicanalítica, o profissional não se detém aos sintomas; sua avaliação é subjetiva e seus instrumentos são a escuta e a observação; a fala é primordial para se entender a falta, sendo assim um dos caminhos de acesso ao inconsciente para compreensão da problemática trazida pelo próprio paciente. O psicólogo não está a serviço da investigação de componentes emocionais da doença: não há investigação objetiva e sim objetivos de investigação definidos.

Não há relação causal direta entre um sintoma e um diagnóstico, do ponto de vista psicanalítico, nem foi nossa pretensão com a presente pesquisa, e sim observar o funcionamento mental de dois pacientes com Diabetes, auxiliando condutas terapêuticas em um grupo psicoeducativo, e assim estimular novas pesquisas na área. Há de se rever duas dimensões essenciais ao tratamento: a transferência e o sentido à escuta clínica, aliando-se assim Medicina, Psicanálise e Psicossomática.

Na atuação prática do psicólogo, em qualquer âmbito institucional em que esteja inserido, em análise clínica ou de pesquisa, há aspectos do ser humano que serão apenas compreendidos. No hospital mais especificamente devem ser: sua saúde e integridade, o estresse e a doença, suas transições e crises, seus conflitos e suas resoluções, suas conquistas de amor e preenchimento. Por isso este profissional – durante o atendimento de seus pacientes, ajudando o ser humano a organizar sua própria existência – o trabalho com seriedade, compromisso e comportamento ético torna-se imprescindível.

---

*Na atuação prática do psicólogo, em qualquer âmbito institucional em que esteja inserido, em análise clínica ou de pesquisa, há aspectos do ser humano que serão apenas compreendidos.*

---



- American Diabetes Association. (1997). *Clinical Practice Recommendations*, 20, 1.
- \_\_\_\_\_. (1999). *Vital Statistics*.
- Ball, J. (1998). *Compreendendo as doenças: pequeno manual do profissional de saúde*. São Paulo: Ágora.
- Bradley, C. (1979). Life events and the control of diabetes mellitus. *Journal of Psychosomatic Research*, 23, 2, 159-162. England.
- Chiozza, L.A. (Org., 1997). *Os afetos ocultos em: psoríase, asma, transtornos respiratórios, varizes, diabetes, transtornos ósseos, cefaléias e acidentes cerebrovasculares*. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Costa, E.H.A. (1998). *O Hospital-Escola Amigo da Criança: uma visão da psicologia na pediatria*. Relatório de Estágio em Psicologia Hospitalar. Dep. de Psicologia da Universidade da Amazônia, Pará.
- Cunha, J.A. (1986). *Psicodiagnóstico*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Debray, R. (1995). *O equilíbrio psicossomático: e um estudo sobre diabéticos*. (José Werneck, trad.). São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Foster, D.W. (1999). Diabetes melito. In: K.J. Isselbacher et alii. *Harrison medicina interna*. (13 ed., pp.2079-2101). Rio de Janeiro: McGraw-Hill.
- Grassano, E. (1996). *Indicadores psicopatológicos nas técnicas projetivas*. (Leila S.L.P.C. Tardivo, trad.). São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Hammer, E.F. (1981). *Aplicações clínicas dos desenhos projetivos*. (Eva Nick, trad.) Rio de Janeiro: Interamericana.
- Kolck, O.L. van. (1984). *Testes projetivos gráficos no diagnóstico psicológico*. São Paulo: EPU.
- Massih, E. (2000). *O agir terapêutico: um modo possível de cuidar*. São Paulo: Cortez.
- Osório, L.C. (1986). *Grupoterapia hoje*. (2ed.). Porto Alegre: Artes Médicas.
- Pagnozzi, L.M. (março 1999). Os programas de educação em diabetes. *Diabetes Clínica* (Jornal multidisciplinar do diabetes e das patologias associadas).
- Pinheiro, A. (27 jun. 1999). Diabetes avança. *Jornal do Brasil*.
- Quayle, J.R.B.; Lúcia, M.C.S.; Benute, G.R.G.; Santos, N.O.; Santos, R.M.R. & Rondon, F.C. *A importância do psicólogo na criação e implantação dos programas educativos e de prevenção em Saúde*.
- Quayle, J.R.B. et alii. *Subsídios para elaboração de projetos e trabalhos de conclusão do curso de aprimoramento em hospital geral - Monografias*. Divisão de Psicologia HC/FMUSP.
- Roche Dignostics. *Convivendo do Diabetes: uma publicação educacional abordando os temas mais importantes da educação em diabetes*. São Paulo.
- Schweitzer, T. *The effects of diabetes mellitus on a disturbance of personality development, and their influence on the course*.
- Silva, M.A.D. (1998). A importância da manutenção da qualidade de vida. *Revista Brasileira de Medicina Psicossomática*, 2, 3, 95-98.
- Silva, J.O.; Bordin, R. (1999). Educação em Saúde. In: Duncan; Schmidt & Giugliani, *Medicina ambulatorial*. São Paulo.

Silvestre, J.A. *Hospitalizações SUS 1997*. Coordenadoria da Atenção à Saúde do Idoso. Ministério da Saúde.

Sociedade Brasileira de Diabetes. (1997). *Consenso Brasileiro de Conceitos e Condutas para o Diabetes Mellitus*.

Trinca, W. (1984). *Diagnóstico psicológico: a prática clínica*. (Vol. 11). São Paulo: EPU.

\_\_\_\_\_. (1987). *Investigação clínica da personalidade: o desenho livre como estímulo de apercepção temática*. (2ed., Vol. 18). São Paulo: EPU.

\_\_\_\_\_. (1997). *Formas de investigação clínica em Psicologia*. São Paulo: Vetor.

## ANEXO

### Anexo 01

Quadro 01 – Diabetes Mellitus

<b>TIPO 1</b> <b>Insulino Dependente ou Infanto-juvenil</b>	<b>TIPO 2</b> <b>Não Insulino-Dependente ou do Adulto</b>
Assim chamada pois, ocorre geralmente na infância ou na juventude, por fatores hereditários, e o pâncreas não produz insulina.	Ocorre em geral acima dos 40 anos, por fatores também hereditários somado ainda a outros fatores, como a obesidade, que levam a uma resistência das células do corpo à ação da insulina.

Quadro 02 – Diabetes Mellitus

	<b>HIPOGLICEMIA</b>	<b>HIPERGLICEMIA</b>
<b>O que é ?</b>	<b>Baixa taxa de glicose no sangue</b>	<b>Alta taxa de glicose no sangue</b>
Quando ocorre ?	Atraso ou falta de alimentação, muita atividade física, abuso da injeção de insulina, de bebidas alcoólicas, ou falta de controle na monitorização...	Abuso na alimentação, não realiza atividade física, a medicação está inadequada, ou ainda quando ocorre um estresse físico ou emocional.
Sinais	<b>HIPOGLICEMIA</b>	
	Tontura, tremor, palidez, suor, palpitação, podendo vir de forma súbita, e ocorrer a perda de consciência (desmaio). Pode levar ao coma hipoglicêmico – morte	
O que paciente precisa fazer?	<b>HIPERGLICEMIA</b>	
	Sede intensa, aumento do volume urinário, perda rápida de peso, tontura, face avermelhada, e a longo prazo pode levar a sérias complicações, onde os maiores prejudicados são os pés e a visão	
O que paciente precisa fazer?	<b>HIPOGLICEMIA</b>	
	Usar glicose por via oral: como ½ copo de suco de frutas ou 1 copo de leite ou água/chá com 2 colheres de açúcar. A reação é de 15 minutos, havendo inconsciência levar imediatamente ao hospital	
O que paciente precisa fazer?	<b>HIPERGLICEMIA</b>	
	Controle do açúcar no sangue com: Dieta - Medicação - Exercício - Monitorização	



## Anexo 02

### HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA FACULDADE DE MEDICINA – USP GRUPO PSICOEDUCATIVO EM DIABETES

#### AVALIAÇÃO DO REPERTÓRIO DE INFORMAÇÕES SOBRE O DIABETES

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

Aplicado: ( ) Antes do Curso ( ) Depois do Curso

Entrevistadores: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Nome: \_\_\_\_\_ RG-HC: \_\_\_\_\_

Idade: \_\_\_\_ Sexo: M ( ) F ( ) Ocupação: \_\_\_\_\_ Estado Civil: \_\_\_\_ Peso: \_\_\_\_ Altura: \_\_\_\_

Escolaridade: \_\_\_\_\_ Estuda ? Sim ( ) Não ( ) Horário: M ( ) T ( ) N ( )

Toma insulina ? Sim ( ) Não ( ) Tipo: \_\_\_\_\_

Toma remédio ? Sim ( ) Não ( ) Qual (is): \_\_\_\_\_

Há quanto tempo tem Diabetes ? \_\_\_\_\_

Quantos anos você tinha quando descobriu a doença ? \_\_\_\_\_

Como você verifica o nível de açúcar (glicemia) do seu organismo ?

( ) Ponta de dedo ( ) Teste da fita de urina ( ) Não verifica

Você acha que está:

( ) Abaixo do peso ( ) Peso normal ( ) Pouco acima do peso ( ) Muito acima do peso

1. Na sua opinião, o que é Diabetes? \_\_\_\_\_

2. Sabe qual é o seu tipo de Diabetes ? Tipo 1 ( ) Tipo 2 ( ) Não sabe ( )

3. Qual o órgão do nosso corpo que produz insulina ? \_\_\_\_\_

4. No Diabetes tipo 1:

( ) O organismo não produz insulina e por isso é necessário a aplicação de insulina todos os dias.

( ) O organismo produz um pouco de insulina e o diabetes pode ser controlado com o uso de comprimidos.

5. No Diabetes tipo 2:

( ) O organismo não produz insulina e por isso é necessário a aplicação de insulina todos os dias.

( ) O organismo produz um pouco de insulina e o diabetes pode ser controlado com o uso de comprimidos.

6. Quais são os níveis normais de glicemia (açúcar) em jejum ?

( ) 50 a 100 ( ) 70 a 126 ( ) 120 a 200 ( ) acima de 200

7. Quais são os níveis normais de glicemia (açúcar) após o almoço ?

( ) 50 a 100 ( ) 70 a 126 ( ) 120 a 200 ( ) acima de 200

8. O que é Hipoglicemia ?

( ) Alta taxa de açúcar na sangue

( ) Taxa normal de açúcar no sangue

( ) Baixa taxa de açúcar na sangue

9. Quais os sinais de Hipoglicemia ?

( ) Tremor ( ) Palpitação ( ) Palidez ( ) Tontura ( ) Emagrecimento ( ) Sede

( ) Suor frio ( ) Coceira no corpo ( ) Urinar muito ( ) Nenhum

10. Quando você sente que está com Hipoglicemia, o que você faz? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**11. Quais as conseqüências da Hipoglicemia ?**

Desmaio             Coma             Confusão mental

**12. O que é Hiperglicemia ?**

Alta taxa de açúcar na sangue  
 Taxa normal de açúcar no sangue  
 Baixa taxa de açúcar no sangue

**13. Quais os sinais de Hiperglicemia ?**

Muita sede             Fome             Fraqueza             Necessidade de urinar toda hora  
 Emagrecimento             Coceira no corpo             Nenhum deles

**14. O que você deve fazer quando estiver com Hiperglicemia?** \_\_\_\_\_

**15. Cite 05 coisas que podem ocorrer por causa da Hiperglicemia?** \_\_\_\_\_

**16. Você conhece as conseqüências do Diabetes não controlado a longo prazo?** \_\_\_\_\_

**17. Cite 05 coisas a fazer para prevenir as complicações?** \_\_\_\_\_

**18. Quais são as recomendações médicas que são difíceis de seguir?** \_\_\_\_\_

Dieta             Exercício Físico             Monitorização em casa             Tomar os remédios  
 Aplicar a insulina             Outros             Nenhum    OBS.: Pode ser marcado mais de um.  
Por quê? \_\_\_\_\_

**19. Cite 05 cuidados especiais que é preciso se ter com os pés?** \_\_\_\_\_

**20. Você pratica exercícios físicos?**

Sim             Não

**21. Se sim, qual o exercício?** \_\_\_\_\_

Com que freqüência?  Diariamente             2 a 4 vezes por semana  
 Semanal             Dê vez em quando

**22. O que acontece com o açúcar no sangue quando fazemos exercícios ?**

Aumenta             Diminui             Não se modifica             Não sei

**23. Fazer exercícios físico é bom, por quê?** \_\_\_\_\_

**24. Cite 06 alimentos que o paciente diabético não deveria beber ou comer?** \_\_\_\_\_

**25. Com que freqüência você consome ?**

Frutas:  1 a 2 vezes ao dia             Mais do que 02 vezes ao dia  
 2 a 4 vezes por semana             Raramente             Nunca

Verduras (folhas):  1 a 2 vezes ao dia             Mais do que 02 vezes ao dia  
 2 a 4 vezes por semana             Raramente             Nunca

Legumes:  1 a 2 vezes ao dia             Mais do que 02 vezes ao dia  
 2 a 4 vezes por semana             Raramente             Nunca

Carnes ou substitutos:  1 a 2 vezes ao dia             Mais do que 02 vezes ao dia  
 2 a 4 vezes por semana             Raramente             Nunca

Leites e derivados:  1 a 2 vezes ao dia             Mais do que 02 vezes ao dia  
 2 a 4 vezes por semana             Raramente             Nunca

Cereais e Massas:  1 a 2 vezes ao dia             Mais do que 02 vezes ao dia  
 2 a 4 vezes por semana             Raramente             Nunca

Doces e Balas:  1 a 2 vezes ao dia             Mais do que 02 vezes ao dia  
 2 a 4 vezes por semana             Raramente             Nunca



Frios e embutidos: ( ) 1 a 2 vezes ao dia ( ) Mais do que 02 vezes ao dia  
( ) 2 a 4 vezes por semana ( ) Raramente ( ) Nunca

Frituras: ( ) 1 a 2 vezes ao dia ( ) Mais do que 02 vezes ao dia  
( ) 2 a 4 vezes por semana ( ) Raramente ( ) Nunca

Refrigerantes: ( ) 1 a 2 vezes ao dia ( ) Mais do que 02 vezes ao dia  
( ) 2 a 4 vezes por semana ( ) Raramente ( ) Nunca

26. Os produtos dietéticos podem ser utilizados:

( ) Nunca ( ) Raramente ( ) À vontade ( ) Não sabe

27. Qual a diferença entre o produto “Light” e “Diet”? \_\_\_\_\_

28. Cite 05 atividades ou mais que quando você faz lhe deixa feliz: \_\_\_\_\_

29. O que você não tem feito que se fizesse te deixaria feliz? \_\_\_\_\_

30. Você lembra de algum fato importante que aconteceu na sua vida antes da Diabetes? \_\_\_\_\_

Somente para o paciente que utiliza Insulina

31. Que tipo de insulina você usa? \_\_\_\_\_ Qual a dose? \_\_\_\_\_

32. Para que serve a aplicação da insulina? \_\_\_\_\_

33. Quem prepara e aplica a injeção? \_\_\_\_\_

34. Em que local(is) é aplicada ?

( ) Braço ( ) Antebraço ( ) Coxa ( ) Perna ( ) Barriga ( ) Nádegas ( ) Todos

35. Quantas vezes você utiliza a mesma seringa? \_\_\_\_\_

36. Quantas horas demora para fazer efeito? NPH: \_\_\_\_\_ R: \_\_\_\_\_

37. Como você guarda o frasco de insulina? \_\_\_\_\_

Obrigado pela sua contribuição !

Estas são informações que nos ajudarão a melhor orientá-los  
durante o Programa Psicoeducativo em Diabetes.

– SEJA BEM-VINDO –

Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de São Paulo  
Curso de Especialização em Psicologia Hospitalar  
Grupo Psicoeducativo

AUTORIZAÇÃO

Eu, \_\_\_\_\_ autorizo a realização deste **Programa: Grupo Psicoeducativo em Diabetes**, do qual preencho um **Protocolo** (Noções Básicas) e realizo a técnica de investigação psicológica chamada “**Desenho-Estória**”.

São Paulo/SP, 18 de Abril de 2000.



### Anexo 03

**Folheto Explicativo**

Grupo Psicoeducativo "Aprender o Diabetes"

Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina - USP  
Grupo Psicoeducativo em Diabetes  
São Paulo, MAR/2008

COORDENADOR: RENEZA COSTA DE MENDONÇA

**RESUMO**

- ✓ O que é Diabetes?
- ✓ Quais os tipos?
- ✓ Hipoglicemia: O que é, sinais e o que fazer.
- ✓ Hiperglicemia: O que é, sinais e o que fazer.
- ✓ Taxa normal de Glicose no sangue.
- ✓ Exatidão: Como medir?
- ✓ Aspectos da Dieta.
- ✓ "Dia" e "Noite".
- ✓ Cuidado com os pés.
- ✓ Exercício Físico.
- ✓ Motivação e Qualidade de Vida.

Quanto a saúde? Motivação?

Sua vida não é só física, é emocional e também social.

A Qualidade de vida é pessoal e subjetiva; é o que cada um, dentro do indeternável, procura para ser mais feliz, vivendo de uma forma mais saudável. Sejam responsáveis pela nossa própria saúde, pela nossa própria vida.

Tem, nunca foi fácil, não consiste em manter o açúcar baixo, mas consiste em agir com força de vontade e uma grande parcela de amor, para que assim, o homem possa superar suas dificuldades e limitações e finalmente viver.

Depois de tudo eu melhorou em seis meses! É real?

**Diabetes**  
Diabetes... o que?

Diabetes Mellitus, mas conhecido apenas como Diabetes, é uma deficiência parcial ou total do pâncreas na produção de insulina.

Deficiência parcial ou total, por isso que existe 2 tipos de Diabetes 1 e 2.

**ISSO MESMO!**

<b>TIPO 1</b> Insulina Dependente ou Insulino-resistente	<b>TIPO 2</b> Não Insulino-Dependente ou do Adulto
Assim chamada pois, ocorre geralmente na infância ou na juventude, por fatores hereditários, o pâncreas não produz insulina.	Ocorre em geral acima dos 40 anos, por fatores também hereditários somado a vida a outros fatores, como a obesidade, que leva a uma resistência das células do corpo à ação da insulina.

O que é a insulina e para que serve?

A insulina é um hormônio produzido pelo pâncreas (uma glândula que fica abaixo do estômago), e ela ajuda a glicose (açúcar que está no sangue) a entrar nas células, o que leva a produção de energia para nosso organismo poder trabalhar bem.

✓ Lave suas mãos diariamente com água morna e sabão neutro. Tome a temperatura da água com as mãos. Não deve ser tão quente ou fria, isso pode machucar a pele. Troque seu pé cuidadosamente, especialmente entre os dedos e ao redor dos unhas.

✓ Após lavar, passe um hidratante na palma e nos pés, para evitar rachaduras, mas nunca entre os dedos. Não use talco, spray ou esfoliante nos pés. Faça um exercício aeróbico.

✓ Corte as unhas em linha reta, não deixando as pontas curtas. Não retire as calosidades ou calos das unhas. Informe a pessoa que cuida de seus pés para seguir essas medidas. Unhas encruadas e calos devem receber tratamento de um profissional - médico.

✓ Ao fazer exercício diariamente, para estimular a circulação sanguínea, use calçados adequados e a palmilha quando indicada.

✓ Não faça exercício diariamente, para estimular a circulação sanguínea, use calçados adequados e a palmilha quando indicada.

✓ Não faça exercício diariamente, para estimular a circulação sanguínea, use calçados adequados e a palmilha quando indicada.

✓ Não faça exercício diariamente, para estimular a circulação sanguínea, use calçados adequados e a palmilha quando indicada.

Veja e responda?

Insulina

Glicose

Célula

Se a glicose não entra na célula, por falta de insulina (deficiência na sua produção) como fica o nosso corpo?

A taxa de glicose no sangue do paciente com Diabetes pode variar, ou seja, ela pode estar baixa (hipoglicemia), ou pode estar alta (hiperglicemia).

Como assim?

Veja os quadros a seguir:

<b>HIPOGLICEMIA</b>	<b>HIPOGLICEMIA</b>
O que é?	Baixa taxa de glicose no sangue.
Quando ocorre?	Acontece na falta de alimentação, má absorção física, abuso de álcool, uso de insulina em excesso ou uso de medicamentos sem orientação.

**HIPOGLICEMIA**

Alta taxa de glicose no sangue.

Acontece em situações de alimentação, má absorção física, abuso de álcool, uso de insulina em excesso ou uso de medicamentos sem orientação.

Cuidado!

Obra a alimentação e o exercício de rotina.

Exatidão: Como medir?

Aspectos da Dieta.

"Dia" e "Noite".

Cuidado com os pés.

Exercício Físico.

Motivação e Qualidade de Vida.

**3**

**OBSERVAÇÕES**

- ✓ Procure se alimentar de 3 em 3 horas em pequenas quantidades.
- ✓ Lembre-se "tudo alimento se transforma em açúcar", principalmente doces, frutas e massas.
- ✓ DIET (sem açúcar, com gordura)

DIET = DIETA → mas consumi moderadamente.

- ✓ Igh (sem açúcar e pouca gordura)

Por que a pessoa com Diabetes precisa ter muito cuidado com os pés?

A atenção é especial, porque a circulação da pessoa com Diabetes está prejudicada pelo aumento de açúcar no sangue, o que dificulta a cicatrização e pode levar à perda da sensibilidade.

- ✓ A pessoa pode se machucar e nem perceber.
- ✓ Com esse tipo de pé não sente queimaduras, cortes e outros machucados, facilitando o aparecimento de infecções.
- ✓ Quando observar qualquer alteração, procure o médico. Ele pega que ele examine seus pés durante a consulta.

**4**

Como se faz quando está em casa ou no trabalho?

**HIPOGLICEMIA**

Contra, tontura, palpitação, suor, fraqueza, tremor, e ocorre a perda de consciência (desmaio). Pode levar ao coma. Hipoglicemia → morte.

**HIPOGLICEMIA**

Sóla insulina, aumento de volume urinário, perda de peso, cansaço, fadiga, desidratação e a longo prazo pode levar a várias complicações, sendo as mais graves: retinopatia, nefropatia, neuropatia e doença cardiovascular.

**HIPOGLICEMIA**

Usar glicose por via oral: 15 a 20g de açúcar em 150 ml de líquido. Se não melhorar, usar glicose por via intravenosa em hospital.

**HIPOGLICEMIA**

Controle do açúcar no sangue com: Dieta - Medicação - Exercício - Monitoração.

Qual a taxa de glicose no sangue considerada normal? Ser menor, até 120 mg/dl.

**5**

A qualquer hora o dia: Entre 60 mg/dl e 100 mg/dl.

Se a Diabetes não for controlada, o que pode acontecer?

A circulação sanguínea é um dos principais sistemas do nosso corpo, estando prejudicada com o aumento de glicose, pode levar a uma série de complicações como: cegueira, hipertensão, insuficiência renal, infecções de pele e até infarto, amputação de membros e impotência sexual.

Como se faz quando está em casa ou no trabalho?

Usar glicose por via oral: 15 a 20g de açúcar em 150 ml de líquido. Se não melhorar, usar glicose por via intravenosa em hospital.

Controle do açúcar no sangue com: Dieta - Medicação - Exercício - Monitoração.

Qual a taxa de glicose no sangue considerada normal? Ser menor, até 120 mg/dl.

**6**

Tendo cuidado especial em caso de infecções, viagens:

- ✓ Planejando a gravidez;
- ✓ Andando sempre com um cartão de identificação do diabético;
- ✓ E evitando situações de estresse físico e emocional, permanecendo assim, na medida do possível, que você tenha uma vida mais saudável.

Evitar bebidas alcoólicas, fumar ou usar qualquer tipo de drogas.

Não consumi alimentos com muito sal, gorduras (como frituras, salgadinhos e derivados), mel, açúcar mascavo, melaço, doces e refrigerantes.

Atenção com líquidos durante as refeições. Há preferência para alimentos integrais. Use produtos dietéticos, observando o rótulo para ver sua composição, e sob orientação médica.

Procure comer devagar, mastigando bem os alimentos, converse tranquilamente e relaxado. Os alimentos como batatas, milho e abóbora podem ser consumidos quando preparados no forno. Use adoçante artificial.







**08 - Gêzeus de Ricca**

**Ingredientes:**  
01 pacote de fermento biológico  
01 col. colher de açúcar em pó de forno  
01 col. colher de sal  
1/2 xícara de água  
1 e 1/2 xícara de farinha de trigo  
03 xíq. xícara de óleo de canola ou girassol

**Para o recheio:**  
01 xícara de ricota esmagada com o queijo  
01 xícara picada em cubinhos  
02 xíq. xícara de queijo ralado  
Sal a gosto  
01 xícara de canela

**Tempo de preparo:** 1h/15  
**Rende:** 30 unidades (100 cal cada)  
**Calorias por unidade:** 40

**Prepares:** em uma vasilha funda de plástico coloque o fermento, o açúcar, o sal e a água. Misture e deixe descansar por 5 min. Em outra vasilha, coloque a farinha peneirada, faça uma poeirão no centro e junte o restante do fermento. Em seguida, junte o óleo e misture com uma colher de pau. Adicione com as mãos até obter uma consistência elástica, mas que não grude nas mãos. Sobre uma superfície lisa enfarinhada, disponha a massa e soque por 5 min. Corte a massa novamente em uma vasilha, cubra com filme plástico e deixe até um pouco de pão. Deve encorar até dobrar de volume. Misture os ingredientes do recheio com um garfo e reserve. Divulga a massa cortada sobre um superfície enfarinhada, abra com um rolo e corte com o cortador de biscoito de 5 cm (pode ser usado a boca de um copo com o interior alinhado). Coloque os discos de massa em uma assadeira untada e polvilhada com farinha, deixando uma distância de 2 cm cada. Decore com 1 col. colher de ricota sobre cada disco de massa. Assar em forno quente, preaquecido, por 15 min. ou até que as bordas fiquem douradas. Uma quente.

**09 - Bolo de Queijo**

**Ingredientes:**  
03 ovos  
01 xícara de leite de coco light  
01 xícara de leite desnatado  
02 xíq. xícara de queijo branco light  
1/2 xícara de açúcar em pó de forno  
02 col. colher de margarina light

**01 xícara de farinha de trigo**  
**01 xícara de fermento em pó**  
**01 col. colher de raspa de limão**

**Para untar:**  
01 xícara de manteiga de ovelha  
02 col. colher de farinha de trigo

**Tempo de preparo:** 1h/10

**Rende:** 16 fatias  
**Calorias por fatia:** 110

**Prepares:** ligue no liquidificador os ovos, o leite de coco, o queijo, o açúcar e a margarina por 02 min. À parte, peneire a farinha com o fermento. Junte o creme batido no liquidificador. Misture bem com uma colher de pau. Para untar, coloque as raspa de limão. Unte uma forma redonda de 20 cm de diâmetro com o açúcar, polvilhe com a farinha de trigo e misture bem com as mãos, preaquecido, por cerca de 40 min. ou até que o bolo fique seco. Corte em fatias.

**10 - Pão de Natal Dietético**

**Ingredientes:**  
01 xícara de farinha de trigo integral  
1/2 col. colher de sal  
1/2 col. colher de óleo vegetal  
01 xícara de margarina  
02 ovos batidos  
Coco ralado sem sal 1 xícara  
01 xícara de leite desnatado  
01 xícara de açúcar mascavo  
02 xíq. xícara de água quente  
02 xíq. xícara de óleo de girassol

**Prepares:** peneire a farinha e a margarina com o sal. Ligue na frigideira os ovos que estiverem no forno. Junte todos os demais ingredientes, misturando muito bem. Unte levemente 2 formas para pão de 8,5 x 11 cm e coloque a mistura dentro. Coloque dentro com papel manteiga dobrado, fazendo um pregue por dentro. Em seguida, cubra com papel alumínio, fazendo também um pregue por dentro. Ferva os pães com bastante água dentro da forma. Coloque as formas sobre uma panela grande com água fervente em fogo mínimo. Coloque os pães por 45 minutos. Ligue a água e retire com papel manteiga e papel alumínio. Pode ser guardado em lugar fresco e seco por até 2 semanas. Para assar, coloque os pães sobre o vapor por 1 a 1,50 min. a 3 h. Cada pão rende 10 porções.

**Sugestão:** se conservado na geladeira pode ser servido frio e pode ser acompanhado de creme de leite light.

**Fonte de Pesquisa:**  
✓ **Rowling, Stella.** O Grande Livro da Nova Cozinha para Diabéticos. Título Original: *The everyday diabetic cookbook*. Ed. Madraswetter. São Paulo, 1999.  
✓ **Uchida JM, Jaku, Diavie e Sobrinhas.** Ed. Guanabara. 2. ed. Rio de Janeiro, 1988.  
✓ **Reisner.** Dieta Já. Ed. Senac. Edição nº 20, 22, 23 e 24. Ano: 1999.  
Supersal de Salgema Diet – Dieta já. Edição nº 01. Ano: 1999.

**Associação de Pacientes com Diabetes**

*Uma missão nobre,  
uma luta, "Vá!"*

✓ **Associação Nacional de Assistência ao Diabético – ANAD**  
Rua Eça de Queiroz, 190 – Vila Mariana, São Paulo-SP  
Fone: (11) 572-6059, 548-6784 e fax: 549-6422

✓ **Associação de Diabéticos Inverdi – ADI**  
Av. Dr. Arnaldo, 202 – São Paulo-SP  
Fone: 3475-3266

✓ **Sociedade Brasileira de Diabetes – SDB**  
Av. Paulista, 2073, 16 e 17, Comp. 2123 – São Paulo-SP  
Fone: 247-8663 e 289-2841

✓ **Federação Nacional de Associações de Diabéticos**  
Rua Eça de Queiroz, 190 – Vila Mariana, São Paulo-SP  
CSP: 04011-011 São Paulo - SP

**Mensagem Final**

*"Viver não consiste em respirar,  
mas em agir; e nada de grandioso se  
consegue sem uma forte vontade e  
uma grande parcela de amor, para  
podermos superar as dificuldades e  
as nossas limitações..."*

## Anexo 05

### MATERIAL UTILIZADO PARA ANÁLISE

#### A) Desenho da Figura Humana (DFH) e Desenho da Figura Humana com Tema (DFH-T)

##### Sujeito 01 (S1)

##### S1-F1 – DFH



##### S1-F2 – DFH-T



## Sujeito 02 (S2)

S2-F1 – DFH



S2-F2 – DFH-T



### B) Resumo da coleta dedados e estória

#### S1

Paciente, 54 anos, sexo masculino, professor de música, formação universitária, solteiro, IMC – indica obesidade moderada, 16 anos sabe seu diagnóstico, tinha 38 anos quando descobriu a doença, mora atualmente com a irmã, tem noções básicas relativas ao tratamento e complicações, realiza monitorização e caminhada regularmente como exercício físico, faz uso da insulina (aplicação pelo próprio pc.) e medicação oral, relata ser do Tipo 2, “ter uma vida atarefada como professor de português durante a semana para alunos de 5ª série, e nos fins de semana procura relaxar ouvindo músicas clássicas e dando aula de piano... Gosta de tocar piano, viajar, visitar amigos e ouvir música “. Das recomendações médicas se refere a dieta e a atividade física como as mais difíceis de seguir. Associa o aparecimento do Diabetes com o falecimento de sua mãe

#### S1-01 – 1ª Figura com Estória (sic)

“Paulo é um rapaz muito esforçado nasceu de uma família humilde, seus pais eram pobres, porém deram-lhe uma boa formação, dentro das possibilidades econômicas que tinham. Lutou com muitas dificuldades, porém atingiu seus objetivos propostos. Apesar de problemas de saúde, venceu os empecilhos. Hoje tem sua vida sócio-econômica estabilizada e vive para sua família , feliz ao lado de todos quantos lhe são caros.”

#### S1-02 – 2ª Figura – Pessoa com Diabetes e Estória (sic)

“João é um menino de 12 anos. Aos 03 anos, começou a sentir algumas coisas estranhas: muita sede, urinar muitas vezes ao dia, vistas turvas, etc... Seus pais levaram-no ao hospital. Após os exames clínicos (glicemia) e outros constataram que o seu problema era o Diabetes (Tipo 1 ou Juvenil). O médico responsável ... receitaram imediatamente insulina NPH 100 mista purificada (*é a mesma que se refere ao seu tratamento*) e a nutricionista do Hospital indicou e prescreveu a dieta a ser aplicada. Sua mãe levou muito a sério o seu tratamento e hoje João, apesar dos altos e baixos (hiperglicemia e hipo) vive uma vida regular. Estuda e alegre muito sua família.”

#### S2

Paciente, 55 anos, sexo masculino, trabalha em uma lanchonete escolar, 2º grau, casado, IMC – indica obesidade, 8 anos sabe seu diagnóstico, tinha 47 anos quando descobriu a doença, mora atualmente com sua esposa, tem noções básicas relativas ao tratamento e complicações, realiza monitorização e caminhada (dê vez em quando) como exercício físico, faz uso da insulina (esposa que aplica) e medicação oral, relata ser do Tipo 2, “gosta de jogar baralho, ler, dançar... e largou a chupeta e pegou no cigarro”. Das recomendações médicas se refere a dieta como a mais difícil de seguir. Associa o aparecimento do Diabetes com o falecimento de sua filha em acidente... “uma experiência contrária as leis da natureza”

#### S2-01 – 1ª Figura com Estória (sic)

“Eu nunca gostei de desenhar as vezes que desenhei foi esta cabeça sempre com um cigarro na boca. Você perguntou quem é e eu nunca soube hoje achei parecido com meu irmão. OK. A outra é uma menina magrinha que eu não conheço.

Minha historinha. Assina.”

#### S2-02 – 2ª Figura – Pessoa com Diabetes e Estória (sic)

“Amigo você não pode fumar, não pode beber, precisa fazer regime, tudo bem. Neste desenho vai ficar sem cabelo, sem olhos, porém se você melhorar, e fazer tudo direitinho, nós



vamos terminar este desenho pode ser para melhor ou para pior você decide. É uma decisão só sua. Se você acha que compensa parabéns vai em frente, caso contrário você escolher fique na sua não prejudique ninguém, você já viveu tantos anos, o que é melhor pra você 80% viveu, tem + 20%, escolha.

Tchau. Seu amigo ... Assina e data.”

### C) Referencial de Análise das Estórias<sup>1</sup>

**Grupo I - Atitudes Básicas:** Inclui tanto as atitudes básicas em relação a si próprio, como em relação ao mundo, as quais foram agrupadas nos traços 1 a 5:

1. *Aceitação:* são incluídas nesse traço as necessidades e preocupações com aceitação, êxito, crescimento, e atitudes de segurança, domínio, autonomia, auto-suficiência e liberdade.
2. *Oposição:* atitudes de oposição, desprezo, hostilidade, competição, negativismo, não-colaboração, desconsideração e rejeição aos outros.
3. *Insegurança:* necessidade de proteção, abrigo e ajuda; atitudes de submissão, inibição, isolamento e bloqueio; percepção do mundo como desprotetor; medo de não conter os impulsos; dificuldades em relação ao crescimento.
4. *Identificação Positiva:* sentimentos de valorização, auto-imagem e autoconceito reais e positivos, busca de identidade e de identificação com o próprio sexo.
5. *Identificação Negativa:* opondo-se ao traço 4, refere-se a sentimentos de menos valia, incapacidade, desinportância, identificação com o outro sexo, auto-imagem idealizada ou negativa e problemas ligados à imagem corporal.

**Grupo II – Figuras Significativas:** aspectos referentes às relações com as figuras significativas. Para isso, são utilizados os conceitos da teoria psicanalítica, especialmente de Melanie Klein, a respeito das relações de objetos. Aqui são incluídos os traços 6 a 11:

6. *Figura materna positiva:* mãe sentida como presente, gratificante, boa, afetiva, protetora, facilitadora; objeto bom e sentimentos positivos em relação à mãe.
7. *Figura materna negativa:* mãe vivida como ausente, omissa, rejeitadora, ameaçadora, controladora, exploradora; objeto mau, atitudes e sentimentos negativos em relação a mãe.
8. *Figura paterna positiva:* pai sentido como próximo, presente, gratificante, afetivo, protetor, além de outros sentimentos amorosos e atitudes favoráveis em relação ao pai.
9. *Figura paterna negativa:* à semelhança do traço 7, pai ausente, omissão, ameaçador, autoritário, além de outros sentimentos negativos em relação ao pai.
10. *Figura fraterna (ou outra) positiva:* aspectos de relacionamento com os irmãos e com outros iguais (companheiros, amigos etc.); ou seja, cooperação, colaboração, igualdade etc.
11. *Figura fraterna (ou outra) negativa:* da mesma forma que o traço 10, aqui se refere aos aspectos negativos nas relações, isto é, competição, rivalidade, conflito, inveja, falsidade etc.

**Grupo III – Sentimentos Expressos:** partindo da descrição de Trinca (1987,p.58), os traços foram agrupados em três traços. Para isso, partiu-se da teoria kleiniana, que configura a existência dos instintos de vida e de morte, os quais são constitucionais, como o são, também, os conflitos daí decorrentes. Assim, os sentimentos expressos foram agrupados de acordo com os critérios, nos itens 12 a 14:

12. *Sentimentos derivados do instinto de vida:* são os mais construtivos, com alegria, amor, energia, instinto sexual, conquista, sentimento de mudança construtiva etc.
13. *Sentimentos derivados do instinto de morte:* são os mais destrutivos, com ódio, inveja, ciúme persecutório, voracidade, desprezo etc.

<sup>1</sup> Tardivo, Leila S. Cury (1998, p.116). *Análise e Interpretação in Trinca, Walter. Formas de Investigação Clínica em Psicologia.* São Paulo: Vetor.

14. *Sentimentos derivados do conflito*: incluem-se os sentimentos ambivalentes, que surgem da luta entre os instintos de vida e de morte; ou seja, são próprios desta fase da elaboração da posição esquizo-paranóide e da vivência da posição depressiva, como postula Klein (9). Aparecem, nesses momentos, sentimentos de culpa, medos de perda e de abandono, solidão, tristeza, desproteção, ciúme depressivo e outros.

**Grupo IV – Tendências e Desejos:**

15. *Necessidade de suprir faltas básicas*: incluídas as mais regredidas, como desejos de proteção e abrigo, necessidades de manter as coisas da infância, de compreensão, de ser contido, de ser cuidado regressivamente, de afeição primitiva, necessidades orais etc.

16. *Tendências destrutivas*: insere-se aqui as mais hostis, como desejos de vingança, de atacar, de destruir, de separar os pais, de ocupar (destruindo) o lugar do pai ou da mãe, necessidades de poder, de hostilizar etc.

17. *Tendências construtivas*: são aquelas mais evoluídas, como necessidades de cura, de aquisição, de realização e autonomia, mas também de liberdade, de crescimento, de construtividade; de desejos de canalizar a energia sexual e agressiva, de recuperar partes sadias, de desligar-se de coisas infantis, de evitar danos físicos e/ou psicológicos.

**Grupo V – Impulsos:** Com base na teoria que divide os impulsos em amorosos (decorrentes do instinto de vida) e destrutivos (decorrentes do instinto de morte), manteve-se os mesmos itens de Trinca (1987), incluindo os traços de 18 e 19:

18. *Amorosos*

19. *Destrutivos*

**Grupo VI – Ansiedades:** Seguindo a mesma orientação, partiu-se da definição kleiniana de ansiedade. Assim, a ansiedade encarada como uma ameaça, um perigo, pode ser sentida como sendo dirigida ou ao ego (ansiedade paranóide) ou ao objeto (ansiedade depressiva). Assim, os traços 20 e 21 são:

20. *Ansiedade paranóide*

21. *Ansiedade depressivas*

**Grupo VII – Mecanismos de Defesa:** Incluídos nesse item os mecanismos de defesa definidos a partir da teoria psicanalítica. As definições dos mesmos podem ser encontradas, por exemplo, em Laplanche & Pontalis (1989). Pudemos obter os traços 22 a 33:

22. *Cisão*

23. *Projeção*

24. *Repressão*

25. *Negação/Anulação*

26. *Regressão a estágios primitivos*

27. *Racionalização*

28. *Isolamento*

29. *Deslocamento*

30. *Idealização*

31. *Sublimação*

32. *Formação Reativa*

33. *Negação maníaca ou onipotente*