

# Psicologia em Pesquisa

<https://periodicos.ufjf.br/index.php/psicologiaempesquisa>

## Psicanálise e diabetes: reflexões sobre a Clínica Ampliada<sup>1</sup>

### Psychoanalysis and Diabetes: reflections about the Expanded Clinic Care

### Psicoanálisis y diabetes: reflexiones acerca de la Clínica Ampliada

Christiane Carrijo<sup>2</sup>, Bruna D'arezzo Pessente Gallucci<sup>3</sup> & Rafaela Gonçalves Carvalho<sup>4</sup>

---

<sup>1</sup> O artigo descreve reflexões e o trabalho realizado em um Projeto de Extensão Universitária desenvolvido no Ambulatório de Crianças e Adolescentes com Diabetes Mellitus 1 do Hospital Estadual de Bauru, com apoio e recursos da PROEC – Pró-Reitoria de Extensão Universitária e Cultura/UNESP.

<sup>2</sup> Faculdade de Ciências/Bauru, Universidade Estadual Paulista. *E-mail:* [christiane.carrijo@unesp.br](mailto:christiane.carrijo@unesp.br) *ORCID:* <https://orcid.org/0000-0002-1486-7006>

<sup>3</sup> Psicóloga Clínica, São Carlos-SP. *E-mail:* [brunadarezzo@gmail.com](mailto:brunadarezzo@gmail.com) *ORCID:* <https://orcid.org/0000-0003-1193-5699>

<sup>4</sup> Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo. *E-mail:* [rafaelagonc.c@gmail.com](mailto:rafaelagonc.c@gmail.com) *ORCID:* <https://orcid.org/0000-0003-4152-6685>



*Informações do artigo:*

*Christiane Carrijo*

[christiane.carrijo@unesp.br](mailto:christiane.carrijo@unesp.br)

*Recebido em: 26/09/2022*

*Aceito em: 31/30/2023*

## RESUMO

O objetivo desse artigo consiste em descrever atividades de um Projeto de Extensão Universitária para crianças e adolescentes com diabetes mellitus tipo 1. A metodologia é clínico-qualitativa, com ações nos ambulatórios de um hospital, de modo a fomentar o campo de estudos sobre intervenções da clínica ampliada com escuta psicanalítica. Resultados indicam aspectos emocionais como complicadores da doença e exigem uma escuta psicológica dos pacientes e familiares/cuidadores para melhor compreensão dos fatores subjacentes aos sintomas. Descreveram-se propostas para uma clínica ampliada de psicologia e a reflexão sobre o fazer psicanalítico nesse campo da saúde.

## PALAVRAS-CHAVE:

Psicanálise; Diabetes Mellitus; Clínica Ampliada; Crianças; Adolescentes.

## ABSTRACT

This article aims to describe the activities of a University Extension Project for children and adolescents with type 1 diabetes mellitus. The methodology is clinical-qualitative, with actions in the ambulatory care center of a hospital, in order to promote the field of studies on interventions of the expanded clinic care with psychoanalytic listening. Results indicate emotional aspects as complications of the disease and require psychological listening to the patients and their family members/caregivers to better understand the factors underlying the symptoms. We describe proposals for an expanded psychology clinic and reflect on the psychoanalytic practice in this healthcare field.

## KEYWORDS:

Psychoanalysis; Diabetes Mellitus; Expanded Clinic Care; Children; Adolescents.

## RESUMEN

El objetivo de este artículo consiste en describir las actividades de un Proyecto de Extensión Universitaria para niños y adolescentes con diabetes mellitus tipo 1. La metodología es clínico-cualitativa, con acciones en un servicio ambulatorio de un hospital, a fines de fomentar el campo de estudios acerca de intervenciones de la clínica ampliada con escucha psicoanalítica. Los resultados señalan aspectos emocionales como complicaciones de la enfermedad y exigen una escucha psicológica de los pacientes y familiares/cuidadores para comprender mejor los factores subyacentes a los síntomas. Se describen propuestas de una clínica ampliada de psicología y la reflexión acerca de la práctica psicoanalítica en este campo de la salud.

## PALABRAS CLAVE:

Psicoanálisis; Diabetes Mellitus; Clínica Ampliada; Niños; Adolescentes.

O tratamento de crianças e adolescentes com diabetes mellitus tipo 1 (DM1) apresenta dificuldades e especificidades para cada etapa do ciclo vital (Anderson et. al, 2008). Há presença de variados aspectos emocionais complicadores da doença, como o estresse, a depressão, o desamparo, sentimentos de desintegração e hostilidade, e intenso sofrimento psíquico (Vargas et al., 2020). As mudanças hormonais da puberdade e a influência do grupo de amigos parecem exercer um papel no declínio do controle metabólico do diabetes na adolescência (Anderson et al., 2008).

---

Como apresentado em um congresso científico (Carrijo, 2014), constata-se carência nos dados a respeito dos aspectos emocionais e psicossociais da doença segundo a visão do próprio paciente, bem como poucos estudos sistematizados com levantamento dos fatores emocionais e as fantasias que a permeiam. Ainda assim, temos a indicação de que o apoio psicológico tanto aos pacientes quanto aos familiares mantém um caráter psicoeducativo, sendo as estratégias e técnicas de controle da doença uma prioridade.

Contudo, nota-se a necessidade de as intervenções psicológicas levarem em consideração as interferências do campo das fantasias inconscientes e das representações psicossociais do paciente nas práticas de autocuidado, pois, nas pesquisas não se questiona: “o quanto as tentativas de envolver os pais no cuidado com a doença... sofrem a interferência de variáveis psicossociais e, principalmente, emocionais, por meio das fantasias inconscientes de culpa, raiva, frustração e medo da morte” (Carrijo, 2014, p.18).

O objetivo desse artigo consistiu em descrever brevemente a construção e execução de um projeto de extensão universitária para crianças e adolescentes com diabetes mellitus tipo 1 (DM1) (ações de 2013 a 2015), em um ambulatório de um hospital estadual, no interior do estado de São Paulo, de modo a fomentar o campo de estudos e discussões sobre intervenções da clínica ampliada com escuta psicanalítica (CAAE: 05834112.3.0000.5398). Para uma melhor compreensão dos fatores subjacentes à doença, a clínica ampliada com escuta psicanalítica considera questões pertinentes à doença conjuntamente com uma atenção uniformemente flutuante aos dizeres dos pacientes e com ênfase aos conceitos clínicos do campo da psicanálise, tais como a necessidade, o desejo, as pulsões, a demanda, a transferência e as fantasias (Carrijo, 2014).

Devido à complexidade e amplitude do campo investigado, não existe a pretensão de que a discussão teórica e prática seja esgotada nesse breve artigo. É importante registrar a urgência de trabalhos que descrevam propostas de intervenção para pacientes DM1, a família e a equipe multiprofissional, bem como seus resultados, tendo em vista a carência destes na literatura científica (Oka et al., 2020). Também notamos a falta de estudos que descrevam propostas de uma clínica ampliada psicanalítica para o DM1.

### **Reflexões Psicanalíticas**

Os impasses de se fazer psicanálise no hospital para pessoas com DM1 começam com questões próprias do campo da psicanálise, como a demanda e a transferência. Moretto (2002) faz uma discussão pertinente ao campo da psicanálise em seu livro “O que pode um analista no hospital”. A autora coloca que a demanda da Instituição hospitalar é sempre de um apaziguamento da angústia do paciente, ou mesmo da total eliminação da angústia, e assim a demanda institucional que se faz para o psicanalista é a de cumprir com a ordem médica. E o que é a ordem médica?

Clavreul (1983) afirma que o discurso do médico é o discurso da ciência, o qual realiza a exclusão da subjetividade tanto de quem o enuncia como de quem o escuta. Nesse sentido, o discurso médico não é o médico, pois, tanto o profissional quanto o doente estão subjugados. A validade da ordem médica advém do discurso da ciência, e esta ordem não admite contestação, aceita apenas o cumprimento de suas exigências. É complexo constatar que cabe ao médico, funcionário do discurso médico, fazer cumprir a ordem médica, e assim sendo, calar seus sentimentos e também se anular como sujeito e, principalmente, se autorizar a partir desse outro lugar, o do discurso da ciência. Segundo Moretto (2002), ao mesmo tempo que temos essa problemática do campo com relação à demanda institucional, ocorre a pergunta a respeito

da demanda dos pacientes do hospital, se eles desejam fazer uma análise ou mesmo serem acolhidos em uma escuta psicanalítica.

O analista, em seu espaço clínico de consultório, é procurado por pessoas que desejam se submeter a uma psicanálise, mas, e quando o analista se oferece no hospital para realizar um trabalho terapêutico com pacientes? Isso necessariamente significa que esses pacientes não têm uma demanda de análise? A demanda é o modo como o sintoma ou a própria doença é dita ou compreendida pelo paciente (Moretto, 2002). Como muitas vezes a ordem médica precisa excluir posições subjetivas em nome de uma objetividade da escuta, cabe ao profissional psi acolher esse campo de fala do paciente que de certa forma foi suprimido. O psicanalista, solicitado pelo hospital para colocar ordem e esclarecer os fatores psíquicos, mesmo sabendo da impossibilidade de responder sobre o desejo inconsciente, oferece sua escuta a essa demanda do paciente. Contudo, nem sempre esse sofrimento consegue ganhar palavras suficientes e espaço no hospital. “A psicanálise, por sua vez, não conhece do homem senão sua ‘falta a ser’, pela palavra na qual ele testemunha isto” (Moretto, 2002, p.95). O profissional psi pode oferecer sua escuta clínica, mesmo diante da recusa do paciente e lidar com isso, pois considera essa ação de resistência como marca do sujeito do inconsciente. “É nesse sentido que, desde a escuta e a acolhida da demanda do paciente, as duas clínicas, médica e psicanalítica, se distanciam” (Moretto, 2002, p.89).

No ambulatório de diabetes mellitus para crianças e adolescentes, as questões já começam no campo acima esboçado. Tenta-se lidar com o discurso médico levando-se em consideração que a médica que comanda esse ambulatório solicitou o serviço de psicologia para seus pacientes por acreditar ser este uma parte fundamental do trabalho com essa população. Ou seja, a profissional sabe que seus pacientes precisam de um espaço para falar de seus problemas com a doença, e acredita que esse espaço pode ser conduzido por um

profissional da psicologia. Contudo, a expectativa do lado institucional e médico é a de obter com o trabalho da psicologia uma melhora objetiva nos exames de glicemia dos pacientes, maior adesão ao tratamento médico e, assim sendo, maior controle da doença. A ordem institucional impõe no campo do discurso médico, e mesmo nas fantasias do profissional da medicina dirigidas aos da psicologia, uma expectativa senão de cura, de melhora e controle da doença. Tentar lidar com o discurso médico significa levar em consideração a problemática que o permeia sem, contudo, esquecer que o discurso próprio da psicanálise leva em consideração a realidade psíquica dos pacientes, suas narrativas, um sujeito que se diz. Trata-se de trabalhar com a alteridade e levar em consideração o sujeito do inconsciente.

Em conformidade com essas colocações, o trabalho de escuta psicanalítica no ambulatório de diabetes mellitus também é empático com a fala da médica nesse mesmo enquadre psicanalítico. Procura-se escutá-la, ouvir suas angústias para com seus pacientes, suas dificuldades, as expectativas de que eles possam construir projetos de vida apesar da doença.

A vivência dessa prática de resistência se dá nas conversas entre os profissionais dos dois campos, nos seminários clínicos nos quais medicina e psicologia conversam sobre suas especificidades e dificuldades e apontam os limites encontrados em suas atuações. No início do projeto, durante o primeiro ano, os pacientes participaram dos grupos com escuta psicanalítica apenas se assim o desejassem, e combinamos com a profissional de medicina não os obrigar a entrar no serviço de psicologia. Na verdade, a população participou sem resistência, e pensamos que isso aconteceu, talvez, pela novidade, ou mesmo pela vontade dos pacientes em agradar a médica, ou por entenderem que a psicologia seria mais um serviço ofertado no ambulatório.

Na medida em que foram superadas a demanda inicial de amor e as primeiras fantasias de amor dirigidas aos profissionais da psicologia (expectativas de que esse profissional “misterioso”, que “sabe tudo de mim” pudesse me dar uma resposta, aliviar meu sofrimento, etc.), apareceu certa resistência à participação da parte de alguns adolescentes. Estes apresentaram dúvidas sobre entrar nos grupos, ou mesmo quando participando, uma grande dificuldade em falar de si. Concomitantemente, surgiu para alguns pacientes a real possibilidade de iniciarem um dizer sobre si mesmos, escutarem-se, descobrirem vivências comuns ao cotidiano do DM1 e compartilharem suas expectativas sobre o tratamento no ambulatório. Isto aconteceu porque nos primeiros encontros os pacientes puderam realizar uma retificação subjetiva, ou seja, houveram momentos para a demanda sobre o tratamento para o diabetes ser falada, escutada e pontuada. Esse é o fazer da chamada retificação subjetiva, na qual o analista questiona o sujeito a respeito da posição que ele ocupa na realidade que nos apresenta, assim como da sua participação na desordem da qual ele se queixa (Nasio, 1999). É na retificação subjetiva que o analista propicia um espaço de escuta para que o paciente fale e, ao mesmo tempo, devolve essa fala retificando-a de seus ditos, pontuando-os, dando sua impressão; “... quer dizer dar uma resposta que consiste em restituir ao paciente alguma coisa da relação que ele tem com o sofrimento” (Nasio, 1999, p. 12).

O sofrimento sendo dito pedirá do paciente uma tomada de posição em relação aos seus sintomas: entrar em contato e dar visibilidade aos seus sentimentos e expectativas em relação à doença. Quando os adolescentes passaram pela experiência de ter um espaço para falarem de si e dos seus sentimentos sobre a doença (raiva, medo, tristeza, estresse, ansiedade, nervosismo), tivemos dois tipos de reações: a dos pacientes que falaram espontaneamente e a daqueles que ficaram mais quietos, calados, alguns claramente tímidos, envergonhados e com dificuldade para se expressar com palavras.

Num segundo tempo dos atendimentos, procuramos checar as expectativas deles a respeito da médica, dos psicólogos e sobre a doença. A maioria tinha boas perspectivas em relação à médica e aos profissionais da psicologia, porém, poucos falaram abertamente sobre seus sentimentos de “raiva”, “estar de saco cheio”, “de não adiantar nada” e de “não quererem participar”. Alguns disseram não querer nem mais ir ao ambulatório, se fosse possível. Pensamos que estes pacientes estavam expressando sentimentos que não podem ser nomeados na lógica da ordem médica e, nesse sentido, a importância de um espaço de escuta psicológica de orientação psicanalítica no hospital tem se mostrado um recurso relevante. De acordo com o psicanalista e médico François Ansermet (2014), o psicanalista não vai ao hospital para acrescentar sua especialidade à dos outros, já que a psicanálise se baseia no particular e a medicina a convoca a partir de questões universais do processo de adoecimento. Neste sentido, o papel do psicanalista seria sustentar este mal entendido.

Cabe dizer que esta clínica é rigorosamente permeada pelo mal entendido, uma vez em que o trabalho fundamentalmente se baseia na fala e na linguagem como precursores da experiência, dentro ou fora do hospital. Assim, o trabalho do psicanalista no hospital não estaria inviabilizado por isso. No que se refere ao diabetes mellitus, é consenso na literatura que a intervenção em equipe multidisciplinar se faz necessária, o que inclui a intervenção psicológica. Considera-se que assistência deve partir da integralidade biopsicossocial para que uma melhor adesão ao tratamento e melhora na qualidade de vida sejam alcançadas (Estupiñán et al., 1994; Scarinci et al., 1988).

Pensamos que a dificuldade dos pacientes para falarem de si, no espaço que proporciona uma escuta psicanalítica, provavelmente se deve a estranheza da situação: falar de si dentro de um grupo de pessoas consideradas “estranhas”, mas ao mesmo tempo “próximas familiares” apenas pela proximidade de possuírem o mesmo signo, a doença do diabetes. Corroboramos



---

que essa dificuldade de falar de si mesmo em um grupo é maior, porque, ao oferecermos uma escuta psicanalítica em sessões individuais, para determinados pacientes, a fala espontânea destes emergiu com facilidade. A dificuldade para manter um atendimento individual e clínico se deu em virtude de o Ambulatório não ter como disponibilizar sempre salas específicas para os mesmos, e também devido ao alto número de pacientes atendidos e que retornam com intervalos longos.

Nesse ponto do trabalho da construção de uma escuta psicanalítica, refletimos que a demanda desse tipo de paciente que frequenta um ambulatório do hospital a cada 30, 40, 60 ou mesmo 70 dias, não seja necessariamente uma demanda de análise, mas, sim, uma demanda de falar da angústia com relação à doença. Como a angústia se dá pela falta de significantes que a nomeiem, um dos trabalhos possíveis de uma escuta psicanalítica seria a de se oferecer como um outro, testemunha, que possibilita a fala espontânea emergir e permitir que o paciente nomeie sua angústia com seus próprios significantes e não apenas que aceite as palavras que lhes são dadas pelo discurso institucional (glicemia alterada, glicemia alta, possibilidade de cegueira, amputação, problemas renais, paciente com dificuldade de controle glicêmico, diabético, etc.). Ao se escutar, o paciente tem a possibilidade de ir além do discurso aparente, podendo encontrar maneiras próprias de lidar com sua angústia frente à doença e, quem sabe, algumas vezes, fazer adentrar o desejo no espaço da escuta psicanalítica.

A regra da associação livre é fundamental em todo o trabalho com esses pacientes. Fazê-los compreender que existe um espaço institucional no qual é possível e se deve falar tudo o que vier a mente sem restrições, e conseguir que executem verdadeiramente a regra de ouro da psicanálise é, por si só, um desafio, mas também uma das maneiras de perceber que pode existir psicanálise no hospital. Nesse contexto de entraves pertinentes ao campo, levamos em consideração a hipótese de que o silêncio de alguns pacientes, algumas dificuldades para

---

iniciarem uma fala, ou mesmo algumas recusas em falar ou participar do grupo, parecem ser demonstrações do sujeito do inconsciente que resiste à ordem institucional imposta. Então, ao nos depararmos com esses pacientes resistentes à oferta de análise, surge um mal-estar muito grande, um desconforto por não encontrar uma acolhida para o trabalho da psicologia e um questionamento incessante a respeito de nosso papel e lugar junto a esses pacientes.

Segundo Simonetti (2011), os aspectos psicológicos envoltos em um adoecimento não estão “soltos no ar”, mas encarnados em pessoas. Neste sentido, o trabalho do psicólogo no hospital deve considerar não apenas as angústias do paciente, mas também as da família e as dos profissionais envolvidos no cuidado. Pensamos que o profissional da área psi precisa ter clareza de sua posição dentro da Instituição para que o trabalho de escuta do desejo não se perca. Precisa ter como referência que o discurso médico não é o discurso psicanalítico. Assim sendo, a psicanálise auxilia a psicologia a destacar a importância de existir um espaço terapêutico institucional de escuta também para os profissionais da área da saúde.

Dessa maneira, sentimentos, expectativas e dificuldades podem ser nomeados por meio do acolhimento e o psicólogo precisa levar em consideração as contradições e o cuidado com a saúde mental de todos. Ele precisa lidar com as expectativas que o médico e a equipe de saúde têm em relação ao profissional da psicologia, implícitas na ordem institucional, de que ele precisa apoiar os pacientes, apaziguar a ansiedade, fazê-los se tornarem obedientes às prescrições médicas e/ou hospitalares, conter qualquer surto de agressividade, combater a depressão, enfim, fazer tudo o que for possível para que esses pacientes fiquem bem. Ora, a própria oferta de um campo de escuta psicanalítica é terapêutica, contudo não no sentido de cumprir a expectativa de uma domesticação do indivíduo a regras institucionais. Afinal, um espaço psicoterapêutico possibilita ao próprio paciente se escutar e perceber suas dificuldades. É apenas nesse sentido que pode acontecer certo alívio da angústia e uma melhor adesão ao

---

tratamento médico, que, segundo Rinaldi (2015), significa dar ao sujeito o espaço para que ele exista em toda a extensão do seu sintoma; um trabalho centrado em uma perspectiva ética e não em uma moral assistencialista.

O médico trata do ser humano adoecido, assim como todo profissional da saúde. Então, qual a especificidade do psicanalista? Ele cuida da saúde mental, mas mais especificamente do campo do inconsciente, logo, do desejo, e é por isso que lida com a escuta do campo fantasmático do corpo pulsional e não apenas com o corpo orgânico: “... o corpo psicanalítico encontra seu lugar não apenas em uma anatomia (...) mas, também, em uma anatomia própria, singular. Tal anatomia se constrói a partir do cenário fantasmático de cada um” (Fernandes, 2011, p. 114). É para esse corpo libidinal, no qual ocorre o jogo pulsional, que se dirige a atenção da escuta e da intervenção psicanalítica. Pois é nele que as diferenças entre a necessidade e o desejo se manifestam, bem como onde passa a fazer sentido, por exemplo, o motivo de alguns pacientes não seguirem as regras médicas prescritas para conseguirem a cura ou o controle da doença. A diferença entre a necessidade e o desejo no DM1 aparece nitidamente quando o paciente, pelo prazer de comer o que lhe apetece, corre o risco de injúria ou morte. A necessidade biológica do corpo que precisa seguir à risca as prescrições médicas para sobreviver é suplantada pelo desejo do corpo libidinal, que não cumpre o mandato orgânico e repetidamente ocasiona uma ruptura, uma falta, e conseqüentemente possibilita o aparecimento do inconsciente.

Foram três anos de trabalho do projeto de extensão, com muitas propostas de intervenção, e de variados enquadres: atendimento psicoterapêutico individual, anamnese com a família (cuidador/acompanhante), escuta psicanalítica para a família (cuidador/acompanhante), grupos psicoterapêuticos com escuta psicanalítica para adolescentes, e oficinas psicoeducativas na sala de espera em grupo para pacientes e

cuidadores. Descreveremos brevemente uma das propostas de atendimento ofertadas pelos discentes/executores e a coordenadora/executora do projeto.

### **Apresentação Geral do Enquadre**

Como doença crônica, o diabetes mellitus insulino dependente afeta em torno de uma a cada quinhentas pessoas abaixo dos vinte anos de idade (Hoett, 1991). A adesão ao tratamento é imprescindível, dada a necessidade de contar com o envolvimento ativo e voluntário do paciente no manejo de sua doença para controle e prevenção. A DM1 tem causas genéticas e também pode estar associada a fatores ambientais como estresse, obesidade, alimentação rica em carboidratos e traumas emocionais. A primeira estratégia utilizada para propiciar a adesão é a educação: “por meio de informações sobre as consequências de um mau controle da doença e através de estratégias, orientações e informações que visam estimular o diabético a fazer suas escolhas a partir do conhecimento adquirido” (Pessente & Mouammar, 2016, p. 1-2). Segundo as pesquisas, burlar o tratamento faz parte do quadro do diabetes, mesmo que os pacientes saibam da importância do controle da doença para evitar consequências graves (Marcelino & Carvalho, 2005; Marques et al., 2011). Nesse contexto, estudos para investigar questões emocionais dos pacientes auxiliariam a compreender o quanto estas interferem e atrapalham no grau de consciência da doença e suas repercussões (Pessente & Mouammar, 2016).

Nesse contexto, uma das intervenções foram as oficinas psicoeducativas para sala de espera, com a temática alimentação, desenvolvidas para pacientes e familiares do ambulatório de diabetes do Hospital Estadual; participaram um total de 30 pessoas entre crianças, adolescentes e cuidadores a cada encontro. Estes aconteceram às quartas-feiras, das 8h às 10h30min da manhã, em uma sala de espera destinada apenas para esse grupo. Em relação à metodologia, utilizou-se: (a) a análise clínico-qualitativa das narrativas; (b) apresentação de slides com temáticas sobre alimentação saudável; (c) exposição dialogada; (d) escuta

psicanalítica (necessidade, desejo, demanda inconsciente, tipo de transferência, atos falhos); (e) dinâmicas de grupo; (f) acolhimento do discurso dos cuidadores, com atenção a suas dúvidas e angústias; (g) e espaço para troca de experiência entre os familiares. A avaliação do trabalho psi apresentou resultados de satisfação dos participantes e dos profissionais do hospital. A proposta acolheu o sofrimento e realizou a escuta das alteridades através de processos educativos e de escuta ativa, considerando o desejo, as histórias de vida e emoções relacionadas com a doença (Pessente & Mouammar, 2016).

### **Diabetes Mellitus tipo 1 e a Clínica Ampliada com Escuta Psicanalítica: Possibilidades de Intervenção a Partir de um Projeto de Extensão Universitária<sup>5</sup>**

Crianças e adolescentes são a população atingida pelo DM1 (Grupo de Estudos em Endocrinologia & Diabetes [GEED], 2001). Para esse grupo, é importante a adesão ao tratamento em virtude de complicações como problemas de visão e neurológicos, distúrbios como irritabilidade, convulsões, taquicardia, etc. Segundo pesquisa de Michels et al. (2010), no caso da diabetes o termo “adesão” se refere ao envolvimento ativo e voluntário do paciente no manejo de sua doença.

Adesão e mudanças necessárias para o tratamento são desafios para os pacientes, familiares e profissionais da saúde, pois apenas o engajamento nas atividades de autocuidado e a mudança efetiva no comportamento são potencialmente capazes de assegurar hábitos de vida saudáveis (Pessente & Mouammar, 2016). O apoio e a participação ativa da família são muito importantes para o controle da doença, principalmente nas crianças, devido a alterações complexas nos hábitos cotidianos, tais como: o controle da glicemia com picadas de ponta de dedo, controle alimentar, injeções de insulina e restrição de atividades físicas. Além dessas

<sup>5</sup> Com algumas mudanças e acréscimos no texto, esse tópico e o anterior, ‘Apresentação Geral do Enquadre’, foram apresentados como Trabalho Oral na UFOP, nos cadernos do 7º Congresso Brasileiro de Extensão Universitária (2016, 7, 8 e 9/09). [https://cbeu.ufop.br/anais\\_files/7c015ab2abf5c6fba7f12a6c4dce9d30.pdf](https://cbeu.ufop.br/anais_files/7c015ab2abf5c6fba7f12a6c4dce9d30.pdf)

alterações, há a visão mantida socialmente de que a criança diabética é “a criança diferente e doente”, podendo muitas vezes haver a presença de estresse e ansiedade nesta população (Marcelino & Carvalho, 2008). Na infância, certas emoções e sentimentos podem ocasionar eventos estressantes, levando a mudanças psicológicas, químicas e físicas no corpo (Lipp & Lucarelli, 2011), e o estresse e a ansiedade podem alterar o índice glicêmico, este com a urgência de se manter controlado em indivíduos diabéticos (Anderson et al., 2008; Marcelino & Carvalho, 2008).

Como apontado por Pessente e Mouammar (2016), Kubler-Ross (2008) descreveu cinco estágios encontrados nas vivências com situações terminais na seguinte ordem: (a) negação e isolamento; (b) raiva; (c) barganha; (d) depressão; e (e) aceitação. Podemos levar em consideração que pacientes com doenças crônicas, como o diabetes, podem experimentar esses mesmos estágios propostos por Kubler-Ross (2008). Contudo, um ouvinte atento e sensível, papel assumido pelo psicólogo, nota no discurso o uso de defesas como uma maneira de apaziguar o sofrimento. Muitas vezes, a defesa do paciente encontra uma maneira sistemática de evitar entrar em contato com o sofrimento psíquico, e o espaço institucional hospitalar facilita os mecanismos defensivos por não ser o local para se pensar e expressar sentimentos. Assim, “o diálogo com pacientes diabéticos demonstrou possíveis defesas de negação da doença por meio de fantasias de cura, nas quais muitas vezes aparecem combinadas com uma ideiação milagrosa de cura” (Pessente & Mouammar, 2016, p. 4).

O psicólogo com uma comunicação aberta e sutil, então, auxilia os pacientes diabéticos a enfrentarem o medo iminente, a ansiedade e o estresse de certos momentos da vida. Segundo Moretto (2002), a escuta psicanalítica oferecida e executada no contexto hospitalar é diferenciada porque promove a fala do sujeito e a escuta através da posição analítica. Dessa maneira, abrem-se oportunidades para o paciente se escutar e propiciar a subjetivação,

---

comumente deixada de lado pela ordem médica presente no contexto hospitalar. Reconhecer as diferenças faz parte da escuta psicanalítica, bem como o acolhimento das emoções e dos sofrimentos presentes nos discursos dos pacientes, levando em consideração as contradições e o respeito à alteridade. A escuta psicanalítica é atenta às lacunas do discurso desse sujeito/paciente e, nas intervenções das oficinas, em sala de espera, para crianças e adolescentes com DM1 e cuidadoras (população atendida no projeto de extensão universitária), apareceram fantasias de cura da doença, sobre a alimentação e a respeito da causa do diabetes (Pessente & Mouammar, 2016).

Processos educativos e troca de experiências comuns entre os usuários podem ser realizadas em sala de espera como uma forma de ocupar um tempo ocioso na instituição, possibilitando um maior contato entre o paciente e a equipe de saúde (Veríssimo & Valle, 2006). A sala de espera ocupa um espaço multifacetado e dinâmico para intervenções psicológicas e onde acontecem fenômenos psíquicos e culturais, singulares e coletivos (Teixeira & Veloso, 2006). Nesse sentido, no anseio da sala de espera possibilitar a avaliação da condição do paciente e de seu cuidador/família, bem como interagir para desmistificar tabus e entender crenças sobre a doença, o projeto de extensão, com intervenções planejadas nesse ambiente, executou uma oficina psicoeducativa sobre alimentação. Um espaço de escuta, acolhimento e ludicidade potencializado para sala de espera do ambulatório do hospital permitiu oferecer orientações sobre a dieta alimentar necessária e os riscos da doença, mas também escutar as fantasias e contradições a respeito da rotina alimentar (Pessente & Mouammar, 2016).

A proposta da clínica ampliada do Sistema Único de Saúde (SUS) integra várias abordagens de tratamento com o objetivo de realizar um manejo eficaz na complexidade do trabalho multidisciplinar em saúde. O foco consiste em desenvolver o processo de humanização em territórios da saúde (Ministério da Saúde, 2009). Para Pessente e Mouammar (2016), “a psicologia, realizando uma escuta psicanalítica, tem muito a oferecer aos conhecimentos nesta área à medida que propõe um olhar sobre a singularidade de cada sujeito” (p.5). A equipe multidisciplinar na assistência à saúde necessita ter como foco a integridade biopsicossocial dos pacientes, a fim de auxiliar o cuidado com a doença e promover maior qualidade de vida (Ferraz et al., 2000). Nesse bojo, as intervenções realizadas pelo projeto de extensão executado no ambulatório propiciaram oportunidades de atuação prático-teórica da psicologia, como também se aproximaram da proposta da clínica ampliada do SUS, pois promoveram a humanização nos procedimentos de cuidados e manejos no ambulatório de diabetes (Pessente & Mouammar, 2016).

### **Método**

O projeto contou com uma metodologia clínico-qualitativa com intervenções na área da saúde. Turato (2003) aponta que trabalhos clínicos-qualitativos se atentam para os sentidos e significados dos fenômenos e para a interpretação destes. Através da observação e escuta dos sujeitos da pesquisa em ambiente natural, o pesquisador consegue preservar as relações interpessoais e as características do fenômeno observado.

As etapas do projeto ocorreram na seguinte ordem: (a) leitura da bibliografia referente às áreas da saúde em Psicologia, Psicanálise e Diabetes Mellitus; (b) reunião com a supervisora/coordenadora do projeto para elaboração da prática a partir do referencial teórico e da demanda advinda do ambulatório; (c) preenchimento de cadastro dos extensionistas no HE; (d) planejamento (intervenções, supervisões, etc), (e) aplicação das propostas de



intervenção; e (f) avaliação do trabalho realizado em cada proposta. Especificamente com a proposta para sala de espera, nomeadas oficinas psicoeducativas sobre alimentação, as intervenções aconteceram às quartas-feiras, das 8h às 10h30min da manhã, durante cinco meses, no ano de 2015. Em cada encontro participaram, em média, trinta pessoas, entre pacientes de 0 a 17 anos com diabetes mellitus e seus familiares/cuidadores (Pessente & Mouammar, 2016).

Nas oficinas, foram utilizadas: (a) dinâmicas de apresentação pessoal para iniciar as intervenções; (b) escuta psicanalítica dessas narrativas; (c) exposição de slides sobre alimentação com estratégias lúdicas; e (d) associação livre dos participantes sobre as imagens de alimentos exibidos – destaca-se a escuta dos significantes, contradições e conflitos nas falas dos pacientes e familiares. Ao final, facilitava-se um espaço de diálogo com todos os participantes para tirar dúvidas, dividir experiências e dar lugar de destaque para as angústias dos familiares e pacientes.

Os materiais utilizados foram: folha sulfite, apresentação de slides, cadeiras e lápis. Os extensionistas procuravam estabelecer uma relação de proximidade com os presentes para que estes se sentissem envolvidos com o dispositivo, e assim pudessem falar livremente sobre suas opiniões. Ao término de cada oficina, eram transcritos os principais discursos e considerações dos pacientes e de seus familiares, os quais eram encaminhados para a discussão em supervisão com a coordenadora, quinzenalmente. Em algumas intervenções eram exibidos slides com “... informações sobre alimentação saudável, dificuldades em manter uma rotina alimentar saudável, alimentos industrializados e a capacidade de viciar o paladar e influência das mídias na disseminação de gostos de hábitos alimentares prejudiciais à saúde” (Pessente & Mouammar, 2016, p. 7). Destacamos a importância do espaço dado para as associações livres e falas dos participantes durante a apresentação dos slides, interditando a possibilidade de as

intervenções serem confundidas com uma palestra. Três tipos de instrumento foram aplicados para avaliação dessas oficinas: o primeiro foi destinado à médica/equipe de saúde, o segundo aos cuidadores e pacientes maiores de 10 anos e o terceiro aos pacientes menores de 10 anos. Participaram do instrumento de avaliação uma médica responsável, vinte e oito cuidadores<sup>6</sup>, pacientes maiores de 10 anos e três pacientes menores de 10 anos (Pessente & Mouammar, 2016).

### **Resultados e Discussão**

Considerando o tratamento e as intervenções na sala de espera, destacamos a necessidade de os participantes precisarem se ausentar das atividades, um por vez, durante alguns minutos devido à medição glicêmica. Logo em seguida eles retornavam para as oficinas. Dessa maneira, para manter o acolhimento, garantia-se aos frequentadores o livre arbítrio para decidir participar ou não da proposta. Este ambiente de diálogo garantiu uma alta adesão ao trabalho psi, contudo, devido ao modelo de sala de espera, poucos responderam à avaliação que era solicitada ao final da manhã, uma vez que muitos eram chamados para o atendimento com a médica e não retornavam. Com os instrumentos de avaliação respondidos (três questionários específicos: um para crianças até 10 anos; outro para adolescentes e cuidadores; e um para equipe de saúde do ambulatório), constatou-se que os pacientes e cuidadores se apresentaram satisfeitos ou muito satisfeitos com a oficina de alimentação, principalmente no sentido de transformar a sala de espera em um espaço de interação e diálogo (Pessente & Mouammar, 2016).

---

<sup>6</sup> Apenas uma parte dos participantes respondeu aos questionários de avaliação, devido ao problema do tempo de permanência dos mesmos no hospital.

As oficinas se apresentaram como um espaço aberto para troca de experiências, principalmente em relação às dificuldades cotidianas, dietas alimentares, conflitos familiares e aprendizado de novas informações. A primeira das estratégias utilizadas, chamada “Que alimento é esse?”, mostrou, por meio de slides projetados, diversos alimentos naturais com o intuito de avaliar o nível de contato que as crianças e adolescentes possuíam com os alimentos (Pessente & Mouammar, 2016). A segunda estratégia convidou tanto as crianças quanto os cuidadores para refletir sobre quanto açúcar contém nos refrigerantes (colocava-se numa mesa um litro de coca-cola ao lado de uma jarra de vidro e despejava-se a quantidade de açúcar da coca-cola na jarra). Assim, mostrava-se a quantidade em gramas de açúcar que os diversos tamanhos de refrigerantes possuem, desde a latinha até a maior garrafa.

Os pacientes e cuidadores perceberam que ainda não sabiam dimensionar concretamente os danos desse tipo de bebida, e demonstraram vontade de mudança nos hábitos alimentares. As estratégias das oficinas eram acompanhadas de espaço para livres associações e falas livres a respeito das imagens, indicando os conflitos entre as necessidades alimentares das crianças e o desejo delas por certos alimentos proibidos. A dificuldade das cuidadoras em lidar com a dieta alimentar em um ambiente familiar em que os outros filhos possuem a possibilidade de ingestão de alimentos com alto teor glicêmico pode ser acolhida e debatida.

Se faz muito importante, nos trabalhos psi com crianças e adolescentes em ambulatórios de hospitais, a construção de um espaço de acolhimento para falar sobre as emoções e dificuldades com a doença. Observamos o quanto os pacientes eram abafados pelos cuidadores, frequentemente mães, que preferiam falar em nome de seus filhos sem levar em consideração suas presenças. Assim, como observado a partir do trabalho de Moretto (2002), um trabalho psicanalítico nas instituições de saúde possibilita restituir aos pacientes um lugar para seu próprio discurso e lhes dar a oportunidade de serem ativos no processo de saúde-doença.

O trabalho psi de extensão universitária auxiliou aos participantes à compreender a relação das emoções com a variação glicêmica, as fantasias de cura total da doença em contraposição à frustração da não cura na realidade material, e as fantasias alimentares para atender ao desejo que se opunham às necessidades da saúde do corpo. A partir do projeto, reforçou-se a necessidade de um trabalho multidisciplinar no ambiente ambulatorial hospitalar, dando destaque ao papel do psicólogo, bem como de outros profissionais envolvidos na saúde que promovam a ampliação da humanização do processo de tratamento do DM1 (Pessente & Mouammar, 2016).

### **Considerações Finais**

É importante refletir a respeito dos efeitos do diagnóstico e do tratamento de DM1 sobre a saúde mental dos pacientes, assim como sobre a importância de um atendimento psicológico com escuta psicanalítica em ambulatórios de DM1 em variados enquadres numa clínica ampliada.

O atendimento psicológico com escuta psicanalítica em sala de espera, associado a um trabalho psicoeducativo com a aprendizagem das rotinas necessárias aos pacientes, são facilitadores de um espaço para a escuta do desejo, das fantasias, crenças e contradições inerentes ao diabetes. O Projeto de Extensão executou propostas de processos educativos e de escuta psicanalítica com ênfase no acolhimento dos pacientes, indo além da proposta tradicional de atendimento focado na queixa dos sintomas e no tratamento orgânico do sujeito. O trabalho psicoterapêutico com os cuidadores (familiares) e as crianças e adolescentes é fundamental para enfrentar as dificuldades de uma mudança na rotina alimentar, bem como para lidar com as fantasias e expectativas sobre a doença. Variáveis emocionais associadas à doença como tristeza, ansiedade, raiva, medo, estresse e depressão, as quais evidenciam

---

sofrimento psíquico, foram mencionadas pelos participantes ao longo das oficinas (Pessente & Mouammar 2016).

Rodrigues & Carrijo (2014) avaliaram as crenças/representações desses pacientes a respeito de sua doença, da médica chefe do ambulatório e da equipe de psicologia. Com frequência, apareceu a fantasia de cura, de negação da doença, e grande dificuldade de adesão à dieta restrita e controle glicêmico rigoroso. Com relação à figura da médica e do grupo de psicólogos, registrou-se a crença de estes serem os responsáveis por encontrar a cura e tirá-los daquela situação (Pessente & Mouammar, 2016). Com os resultados apresentados na Extensão Universitária, justifica-se a importância de uma escuta psicológica para crianças e adolescentes com DM1 e de seus familiares em ambulatórios de hospitais. E da mesma maneira, um trabalho multiprofissional que leve em conta a humanização dos serviços de saúde. Ademais, marca-se a importância de uma escuta psicanalítica por esta levar em consideração não apenas a existência do corpo biológico, mas também do corpo pulsional, com a inclusão das fantasias e do desejo inconsciente.

## Referências

- Anderson, B. J., Goebel-Fabbri, A. E., & Jacobson, A. M. (2008). Pesquisa comportamental e aspectos psicológicos no diabetes: Progresso e perspectivas. In C. R. Kahn, G. C. Weir, G. L. King, A. M. Jacobson, A. C. Moses, & R. J. Smith (Orgs.), *Joslin Diabetes Melito* (14ª ed., pp. 645–660). Artmed.
- Ansermet, F. (2014). Medicina e psicanálise: o elogio do mal-entendido. *Opção Lacaniana*, 13, 1–5.  
[http://www.opcaolacanianana.com.br/pdf/numero\\_13/Medicina\\_e\\_psicanalise.pdf](http://www.opcaolacanianana.com.br/pdf/numero_13/Medicina_e_psicanalise.pdf)
- Carrijo, C. (2014). *Diabetes mellitus em pré-adolescentes e o fazer psicanálise no hospital: Reflexões e impasses do campo*. Caderno de Resumos da 4ª Jornada de Psicanálise da UNESP e 2º. Simpósio Internacional de Psicanálise da UNESP – Psicanálise e Sociedade Hoje (pp. 18). Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho”.  
<http://docplayer.com.br/16095932-Ficha-catalografica-1-departamento-de-psicologia-ii-titulo.html>
- Clavreul, J. (1983). *A Ordem Médica*. Brasiliense.
- Estupiñán, F. V., Arreola, F., Martínez, C. G., Peña, J. E., Fiorelli, S., Gutiérrez, Lorenzana. E. J., Islas, S., Lifshitz, A., Méndes, J. D., Hernández, G. P., Revilla, C., & Schettino, B. G. (1994). Aspectos psicosociales de la diabetes mellitus. *Revista Médica del Instituto Mexicano del Seguro Social*, 32(3), 267–270.
- Fernandes, M. H. (2011). *Corpo*. Casa do Psicólogo.
- Ferraz, A. E. P., Zanetti, M. L., Brandão, E. C., Romeu, L. C., Foss, M. C., Paccola, G. M. G., Paula, F. J. A., Gouveia, L. M. F., & Montenegro Jr, R. (2000). Atendimento multiprofissional ao paciente com diabetes mellitus no ambulatório de diabetes do

- HCFMRP-USP. *Medicina (Ribeirão Preto)*, 33(2), 170–175.  
<https://doi.org/10.11606/issn.2176-7262.v33i2p170-175>
- Grupo de Estudos em Endocrinologia & Diabetes – GEED. (2001). Proposta de um estudo multicêntrico com diabéticos em uso de insulina. *Endocrinologia & Diabetes Clínica e Experimental (Curitiba)*, 1(5), 15–18. <https://doi.org/10.1590/S0034-71672008000600009>
- Hoett, J. J. (1991). Uma esperança para os diabéticos. *Saúde do Mundo*, 12(5), 4–5.
- Kubler-Ross, E. (2008). *Sobre a morte e o morrer*. Martins Fontes.
- Lipp, M. E. N., & Lucarelli, M. D. M. (2011). *Manual de Escala de Stress Infantil – ESI*. Casa do Psicólogo.
- Marcelino, D. B., & Carvalho, M. D. B. (2008). Aspectos emocionais de crianças diabéticas: Experiência de atendimento em grupo. *Psicologia em Estudo*, 13(2), 345–350.  
<https://doi.org/10.1590/S1413-73722008000200017>
- Marcelino, D. B., & Carvalho, M. D. B. (2005). Reflexões sobre o diabetes tipo 1 e sua relação com o emocional. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 18, 72–77.  
<https://doi.org/10.1590/S0102-79722005000100010>
- Marques, R. M. B., Fornés, N. S., & Stringhini, M. L. F. (2011). Fatores socioeconômicos, demográficos, nutricionais e de atividade física no controle glicêmico de adolescentes portadores de diabetes melito tipo 1. *Arquivos Brasileiros de Endocrinologia & Metabologia*, 55, 194–202. <https://doi.org/10.1590/S0004-27302011000300004>
- Michels, M. J., Coral, M. H. C., Sakae, T. M., & Furlanetto, L. M. (2010). Questionário de atividades de autocuidado como Diabetes. *Arquivos Brasileiros de Endocrinologia & Metabologia*, 54(7), 644–651. <https://doi.org/10.1590/S0004-27302010000700009>

- Ministério da Saúde. (2009). Secretaria de atenção à Saúde Política Nacional de Humanização da atenção e Gestão do SUS. *Clínica Ampliada e Compartilhada*. Ministério da Saúde. [https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/clinica\\_ampliada\\_compartilhada.pdf](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/clinica_ampliada_compartilhada.pdf)
- Moretto, M. L. T. (2002). *O que pode um analista no hospital?* Casa do Psicólogo.
- Nasio, J. D. (1999). *Como trabalha um psicanalista?* Jorge Zahar.
- Oka, L. H. M., Oliveira, J. T. B., Anacleto, G. M. C., & Prado, C. E. A. (2020). Análise da produção científica sobre diabetes tipo 1 em crianças na perspectiva da psicodinâmica. *Revista Científica UMC*, (esp. PIBIC). <http://seer.umc.br/index.php/revistaumc/article/download/1467/919>
- Pessente, B. D., & Mouammar, C. C. E. (2016, 07–09 de Setembro). *Intervenções psicoeducativas sobre alimentação com escuta psicanalítica com crianças e adolescentes com diabetes mellitus tipo 1 no ambulatório de diabetes no Hospital Estadual de Bauru*. Anais do 7º. Congresso Brasileiro de Extensão Universitária. Universidade Federal de Ouro Preto. [https://cbeu.ufop.br/anais\\_files/7c015ab2abf5c6fba7f12a6c4dce9d30.pdf](https://cbeu.ufop.br/anais_files/7c015ab2abf5c6fba7f12a6c4dce9d30.pdf)
- Rinaldi, D. (2015). Micropolítica do desejo: a clínica do sujeito na instituição de saúde mental. *Ciência & Saúde Coletiva Online*, 20(2), 315–323. <https://doi.org/10.1590/1413-81232015202.173320>
- Rodrigues, M. C., & Carrijo, C. (2014, 27–28 de Novembro). *O médico, o psicólogo e a doença – crenças e representações de adolescentes com diabetes mellitus* [Apresentação de Pôster] II Jornada de Psicologia Hospitalar Hospital das Clínicas, Botucatu UNESP. <http://solusite.com.br/site-hc/wp-content/uploads/2022/01/O-MEDICO-O-PSICOLOGO-E-A-DOENCA-CRENCAS-E-REPRESENTACOES-DE-ADOLESCENTES-COM-DIABETES-MELLITUS.pdf>



- 
- Simonetti, A. (2011). *Manual de psicologia hospitalar: o mapa da doença*. Casa do Psicólogo.
- Scarinci, I. C., Almeida, H. G. G. de, Haddad, M. do C. L., Tokushima, E. H., & Ferreira, C. M. de A. (1988). Atuação da psicologia no atendimento interdisciplinar ao diabético. *Semina: Ciências Biológicas e da Saúde*, 9(3), 151–156. <https://doi.org/10.5433/1679-0367.1988v9n3p151>
- Teixeira, E. R., & Veloso, R. C. (2006). O grupo em sala de espera: território de prática e representações em saúde. *Texto & Contexto Enfermagem*, 15(2), 320–325. <https://doi.org/10.1590/S0104-07072006000200017>
- Turato, E. R. (2003). *Tratado da metodologia da pesquisa clínico-qualitativa: Construção teórico-epistemológica discussão comparada e ampliação nas áreas da saúde e humanas*. Vozes.
- Vargas, D. M., Barbaresco, A. C., Steiner, O., & Silva, C. R. L. D. (2020). Um olhar psicanalítico sobre crianças e adolescentes com diabetes mellitus tipo 1 e seus familiares. *Revista Psicologia e Saúde*, 12(1), 87–100. <http://dx.doi.org/10.20435/pssa.v12i1.858>
- Veríssimo, D. S., & Valle, E. R. M. (2006). A experiência vivida por pessoas com tumor cerebral e por seus familiares. *Psicologia Argumento*, 24(45), 45–57. <https://periodicos.pucpr.br/psicologiaargumento/article/view/20093>