

Universidade Tuiuti do Paraná
6ª Turma da Pós Graduação em Psicologia Clínica
Supervisor: Nélio Pereira da Silva

MONOGRAFIA DE CONCLUSÃO DE CURSO

Aspectos Psicológicos do Paciente Diabético

Psicólogas:
Ana Lúcia Teixeira Fedalto
Adriana Cristina de Araújo

Curitiba
2001

**“O real não está nem na saída nem na chegada:
ele se dispõe para a gente é no meio da travessia.”**

Guimarães Rosa

Agradecimentos:

A Dra. Mirnaluci P. R. Gama e a sua equipe da Unidade do diabético do Hospital Universitário Evangélico de Curitiba, pela credibilidade ao inserirmos, no Projeto Doce, um sonho que se tornou realidade graças ao seu esforço e dedicação.

Ao Dr. André F. Picolomini que também nos acolheu junto a Clínica de Nutrição da Universidade Tuiuti do Paraná, local onde é realizado os encontros do Projeto Doce.

A todos os pacientes e familiares que confiaram em compartilhar conosco seus medos, suas angústias, seus temores, principalmente quanto ao futuro devido ao diabetes. Àqueles que continuam firmes e acreditam em um tratamento e em um futuro melhor apostando no trabalho multidisciplinar e também, àqueles que não conseguiram lidar com a dificuldade em ser um diabético e desistiram no meio do caminho, mas que também tem o nosso respeito.

Ao nosso supervisor Nélio Pereira da Silva que nos deu espaço para falarmos do direcionamento do trabalho e dos nossos projetos futuros com relação ao paciente diabético.

ÍNDICE

| | |
|--|-----------|
| 1. Introdução..... | 06 |
| 2. Tema..... | 08 |
| 3. Objetivos..... | 08 |
| 3.1. Objetivo Geral..... | 08 |
| 3.1. Objetivos Específicos..... | 08 |
| 4. Objeto de Estudo..... | 09 |
| 5. Justificativas..... | 09 |
| 5.1. Justificativa do trabalho da Psicologia no Projeto Doce..... | 09 |
| 5.1.1. Trabalho em Grupo..... | 11 |
| 5.1.2. Trabalho Individual (Psicoterapia)..... | 12 |
| 6. Metodologia..... | 13 |
| 7. Justificativa para o Uso de Testes Psicológicos..... | 18 |
| 8. Quadro Teórico..... | 18 |
| 8.1. O que é o Diabetes?..... | 18 |
| 8.2. As dificuldades encontradas..... | 19 |
| 8.3. A Concepção Epistemológica..... | 20 |
| 8.4. A Influência da Função Materna..... | 22 |
| 8.5. As Funções Psicológicas..... | 24 |
| 9. Os Resultados dos Grupos..... | 24 |
| 10. Tipos Psicológicos..... | 28 |
| 11. O Conto de Fadas e sua relação com o Diabetes..... | 30 |
| 12. Relação de fatores emocionais (estresse) e o Diabetes..... | 39 |
| 13. Conclusão..... | 44 |
| 14. Referências Bibliográficas..... | 46 |
| 15. Anexos | |
| I – Anamnese..... | 47 |
| II – Ficha de Acompanhamento..... | 48 |

| | |
|---|-----------|
| III – Entrevista de Desligamento..... | 49 |
| IV – Avaliação da Psicologia no Projeto Doce..... | 50 |
| V – Avaliação dos familiares da Psicologia no P. Doce..... | 51 |
| VI – Avaliação Psicológica dos Pacientes | 52 |
| VII – Estatuto Interdisciplinar do Projeto Doce..... | 54 |
| VIII – Conto de João e Maria..... | 55 |
| IX – Questionário do Evento para Diabéticos Adultos..... | 60 |
| X - Questionário a crianças diabéticas – Evento – Grupo Controle.... | 63 |
| XI - Resultado da Pesquisa aplicada ao Grupo Modelo (Familiares)..... | 66 |
| XII - Resultado da Pesquisa aplicada ao Grupo Modelo (Pacientes)..... | 67 |
| XIII - Resultado da Pesquisa sobre características dos pacientes aplicada ao Grupo Modelo..... | 69 |
| XIV – Tabela dos pacientes – Resultado do Teste de Tipos Psicológicos..... | 72 |
| XV – Resultado da Pesquisa no Evento – Grupo Controle..... | 73 |
| XVI – Laudos do grupo modelo..... | 76 |
| XVII– Desenhos dos grupos com relação as dificuldades c/ o Diabetes..... | 84 |

1. Introdução

O Diabetes é uma realidade deste novo século. A estatística é cada vez maior quando representa o número de pessoas atingidas pela doença e estima-se o aumento futuro deste número visto a falta de conhecimento de muitos sobre a doença e seus sintomas, o que acarreta o desenvolvimento da mesma sem os cuidados preventivos.

Poucos estudos existem sobre esta doença e sua influência nos aspectos psicológicos de diabéticos (ou vice-versa). Assim, este trabalho partiu da escuta do sofrimento e da angústia destes indivíduos e da percepção da necessidade de aprofundar estudos nesta área.

Este trabalho é realizado no contato direto com estas pessoas e, ao se deparar com tal angústia e questionando-se sobre o simbolismo desta realidade, é possível relacioná-la a algo diabólico, referindo-se ao próprio mal. Alguns associam a castigos, por não ter-se importado mais com a própria saúde, por não ter controle de momentos estressantes; outros se questionam dos motivos que o levaram a situação atual, outros apenas aceitam e confiam na expectativa de cura. Mesmo que hajam explicações de influências inconscientes que auxiliaram para o surgimento da doença, ainda assim é um sofrimento real e que deve ser considerado.

É neste sentido que o trabalho sobre estas dificuldades, para que sejam percebidas, compreendidas e superadas, faz-se tão imprescindível. Acredita-se que assim é possível melhor conviver com o Diabetes, uma doença crônica, porém tratável.

Esta pesquisa corrobora o pensamento e experiência de Kaplan, Harold I. (1997):

“(...) o diabete melito é um transtorno do metabolismo e do sistema vascular, manifestado por uma perturbação da manutenção da glicose, lipídios e proteínas pelo corpo. (...) Sua etiologia: A hereditariedade e a história familiar são extremamente importantes, no aparecimento do diabete. Um início agudo está, freqüentemente, associado com o estresse emocional, que perturba o equilíbrio homeostático num paciente predisposto. Os fatores psicológicos aparentemente significativos são aqueles que provocam sentimentos de frustração, solidão e rejeição. Os paciente diabéticos, em geral, devem manter algum tipo de controle dietético, do seu diabete. Assim quando sentem-se deprimidos e rejeitados, freqüentemente exageram no comer ou no beber, de forma autodestrutiva, fazendo com que a doença fique fora de controle. Isto é especialmente comum no diabete juvenil. Além disto, termos tais como oral, dependente, busca de atenção materna e passividade excessiva tem sido aplicado ao paciente diabético.” (p. 715)

Segundo este mesmo autor, a psicoterapia de apoio é necessária, a fim de se adquirir a cooperação no manejo médico desta complexa doença. A terapia deve encorajar os diabéticos a levarem uma vida normal, na medida do possível, com o reconhecimento de suas possibilidades e limitações.

Dados sobre aspectos emocionais do paciente diabético são levantados diante da observação destes pacientes, pesquisas de campo e levantamento bibliográfico, além da constatação de novas pesquisas sobre o assunto que geram novas questões e reflexões.

Recentemente, por exemplo, a pesquisadora Lawrence Leshan cita em seu livro “Brigando pela Vida – aspectos emocionais do paciente com câncer” (1994), uma pesquisa realizada na Inglaterra e no País de Gales, sobre a relação do estado civil e a doença na influência da taxa de mortalidade desta doença, entre os anos 1931 e 32. Relacionando tais dados, ela faz uma análise comparativa com o diabetes e comenta que a taxa de mortalidade do diabetes era geralmente mais alta para as mulheres casadas do que para as viúvas, mesmo em idades mais avançadas. Ela acrescenta que esse fato reforça a idéia de que existe um relacionamento especial entre o estado civil e o câncer, independente dos fatores de idade envolvidos.

Existem também estudos sobre a depressão como o do Dr. Adolpho Milech – endocrinologista do serviço de Nutrologia do Hospital Universitário Clementino Fraga Filho e Professor da Faculdade de Medicina e da Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ)¹, que relaciona a depressão e o diabetes. Segundo sua pesquisa, pessoas com diabetes estão duas vezes mais propensas a apresentar depressão do que as não-diabéticas.

Estas pesquisas apontam para a extensão dos estudos nesta área. Com esta monografia, pretende-se acrescentar conhecimento sobre o assunto e colaborar com o aumento do espaço dedicado para o mesmo nas diversas áreas interessadas.

¹ Revista Viver (site www.revistaviver.com)

2. Tema

O tema desta pesquisa é o estudo das condições psicológicas do paciente diabético nos dias atuais. Aspectos que caracterizam a doença como, por exemplo, a necessidade de informações concretas para seu tratamento adequado ou ainda as dificuldades do paciente diabético assumir o tratamento necessário em sua totalidade serão pesquisados.

As principais questões que rodeiam este estudo é delinear os aspectos psicológicos que norteiam o comportamento de um indivíduo com diabetes, as conseqüências destes comportamentos e a necessidade de processos educativos que auxiliem para o alcance da qualidade de vida destes indivíduos.

3. Objetivos

3.1 Objetivo Geral

Esta pesquisa tem como objetivo geral aprimorar os tratamentos do paciente diabético nos dias atuais, partindo da idéia de melhor entender aspectos psíquicos que influenciam seu comportamento e consequentemente seu estado físico (psicossomático).

3.2 Objetivos Específicos

Um dos objetivos específicos desta pesquisa é o de compreender alguns traços característicos do paciente diabético como, por exemplo, a dependência excessiva a outros indivíduos (como familiares ou médicos) e/ou a dificuldade de controlar-se, incluindo o controle rígido de seu tratamento.

Outro objetivo é, a partir do estudo sobre tipos psicológicos, baseando-se na teoria da tipologia de personalidade de C. G. Jung, compreender melhor os vários aspectos que interagem biológica e psicologicamente no comportamento de pacientes diabéticos, a fim de elaborar formas mais eficazes de convivência com a doença.

Com isto, pretende-se discutir que junto a predisposição do indivíduo, a influência de aspectos psíquicos podem desencadear o Diabetes.

E um terceiro objetivo específico a esta monografia é o de discutir um tipo de tratamento psicológico realizado com um grupo de pacientes diabéticos em Curitiba, há cerca de 1 ano, a fim de aprimorá-lo, melhor fundamentá-lo e desenvolver novas técnicas ao tratamento.

4. Objeto de estudo (problema)

O objeto de estudo desta monografia é um conjunto de comportamentos observados em um grupo específico de pacientes diabéticos participantes de um projeto educacional que visa o aprimoramento no tratamento médico, nutricional e psicológico do Diabetes.

5. Justificativa

Esta monografia se justifica pela importância de se entender alguns aspectos da situação vivencial de um sujeito com Diabetes, e então auxiliá-lo a compreender suas principais dificuldades com relação a doença e seu tratamento atingindo um grau de qualidade de vida mais adequado e saudável.

Parte-se do pensamento junguiano de que o trabalho psicológico de forma geral, pode ser entendido como um tratamento que objetiva o equilíbrio psíquico. Acreditando que o paciente diabético tem direito e necessita deste equilíbrio, até como forma de manter-se controlado fisicamente, estabilizando seu diabetes e evitando conseqüências graves decorrentes de constantes descompensações em seu tratamento (o que será melhor explicado ao longo deste trabalho), tal estudo sobre formas melhores para tal tratamento se justifica.

Não é o objetivo deste trabalho definir uma causa psíquica para a problemática do Diabetes, pensando em termos da doença como fruto de um conjunto de situações na vida do sujeito, nem também determinar um perfil psicológico padrão do paciente Diabético em geral, rotulando assim o grupo estudado. Apenas se utilizará de alguns dados observados destes pacientes em específico para hipotetizar sobre tais comportamentos, compreendendo assim a dinâmica que estabelecem, objetivando auxiliá-los na própria compreensão de si mesmos e conseqüente adesão a um tratamento eficaz.

5.1 Justificativa do Trabalho da Psicologia no Projeto Doce

O trabalho psicológico de forma geral, pode ser entendido como um tratamento que objetiva o equilíbrio psíquico. Se vislumbramos um Projeto Educativo que visa o desenvolvimento de um tratamento efetivo de pacientes diabéticos, é necessário levar em consideração que este paciente, antes de mais nada, é um ser humano bio-psico-social. E, ao se deparar com uma deficiência, é atingido nestes três principais aspectos de sua estrutura. Assim, além de um trabalho médico e nutricional no tratamento do Diabetes, surge a necessidade de avaliar e apoiar este sujeito que encontra-se também debilitado psicologicamente.

O ser humano, desde sua concepção, está envolto por uma constituição biológica e pela influência do meio em que vive e tais fatores estão diretamente vinculados à sua formação. Já nas

primeiras relações que estabelece forma vínculos e a qualidade destes é imprescindível para o bem-estar deste indivíduo.

Cada homem possui um potencial criativo que se ele conseguir colocar em uso para seu benefício, irá desenvolver um estilo único de ser e agir no mundo, buscando o bem estar de si mesmo e da comunidade. Para atingir tal grau de maturidade, o homem pode se utilizar nos dias de hoje, da psicoterapia, que lhe possibilita meios para romper com comportamentos que muitas vezes o fazem sofrer, compreendendo-os e se conscientizando do que lhe acontece e de como é. Para tanto, parte-se do sintoma apresentado pelo sujeito, entendendo sintoma como a queixa que leva alguém a procurar tratamento, mas nele não se concentra. Sendo assim, o trabalho a princípio é focal, direcionado à queixa principal do paciente mas, ao longo do processo, vai-se atender o indivíduo em toda sua plenitude, até que aquilo que primeiramente preocupou o indivíduo, possa ser melhor resolvido.

É com esta perspectiva que a Psicologia completa o quadro de profissionais do Projeto Doce, a fim de alcançar o tratamento de melhor qualidade e mais adequado à pacientes diabéticos e seus familiares. Trabalhando todos estes sistemas que constituem a família, a psicologia contribui de maneira positiva para auxiliar o paciente a tornar-se independente frente a doença, administrando seu próprio tratamento e enfrentando suas dificuldades de forma mais saudável.

Esta idéia de trabalho é corroborada pelo psiquiatra Harold I. Kaplan em seu *Compêndio de Psiquiatria: ciências do comportamento e psiquiatria clínica*, comentando sobre o Diabete Mellito, a seguir: “A psicoterapia de apoio é necessária a fim de se adquirir a cooperação no manejo médico desta complexa doença. A terapia deve encorajar os diabéticos a levarem uma vida normal, na medida do possível, com o reconhecimento de que possuem uma doença crônica, porém tratável” (p. 715).

Pacientes e familiares do Projeto Doce participam do trabalho com a Psicologia da seguinte forma: primeiramente, há um contato individual com o paciente. Após os procedimentos específicos desta primeira etapa, o paciente é encaminhado para o trabalho em grupo e lá serão estabelecidas as regras e atividades desenvolvidas. Paralelo ao trabalho em grupo, o paciente pode ser encaminhado também para o trabalho psicoterápico. É importante deixar claro que para participar do Projeto Doce, apenas o trabalho em grupo com o acompanhamento mensal e por um período de quatro meses é obrigatório após este período os encontros tem um intervalo maior para os encontros passando a periodicidade trimestral. Os familiares de pacientes inscritos no Projeto que quiserem participar deverão passar pelos mesmos procedimentos (contato individual, encaminhamento para trabalho em grupo e psicoterápico, se necessário).

A psicologia participa com os seguintes temas distribuídos durante o ano nos trabalhos em grupos para pacientes e familiares:

1. Independência dos pacientes com relação ao tratamento da doença;
2. Dinâmicas de integração, visando a troca de experiências entre pacientes e motivação do grupo com relação ao tratamento;
3. Aplicação de testes psicológicos projetivos a fim de melhor conhecer a personalidade do paciente diabético e conseqüentemente, auxiliá-lo em suas principais dificuldades;
4. Trabalhar com as principais dificuldades trazidas pelos pacientes em relação a doença (por exemplo, aplicar insulina em público e ser confundido com um drogadito; o desejo de comer algo não recomendado; o medo com relação as possíveis complicações do diabetes)
5. As dificuldades na relação com os familiares quando envolve a doença
6. As dificuldades dos familiares no convívio com um diabético

Além deste tipo de trabalho, a Psicologia ainda oferece o serviço de atendimento individualizado através de psicoterapia a pacientes e familiares que se interessarem pelo mesmo.

5.1.1 Trabalhos em Grupo

a) Acompanhamento psicológico individual de todos os pacientes

Este acompanhamento tem como objetivo conhecer mais particularmente cada paciente, suas questões, seu histórico, sua situação atual. Para este acompanhamento, o psicólogo utilizará instrumentos como a anamnese, a avaliação psicológica, o resumo das sessões e a ficha de desligamento (se necessário), e também são aplicados testes psicológicos para que possamos entender melhor da personalidade do diabético e levantarmos dados estatísticos.. Assim, todos os dados são protocolados e arquivados para fins de organização, controle e pesquisas, sempre preocupando-se com a ética e o sigilo profissional.

b) Trabalho em grupo com pacientes

Consiste em encontros periódicos, a cada 15 dias, com duração entre uma hora e uma hora e meia, com pacientes diabéticos integrantes do Projeto Doce onde serão discutidos temas de interesse do grupo, como: *motivação, integração, troca de experiências, comunicação, auto-estima, independência, angústias e dificuldades que encontram sendo diabéticos*. Têm como objetivo proporcionar espaço para reflexão e criação por parte dos pacientes, sendo que os temas abordados são escolhidos de acordo com a necessidade predominante nos grupos e os conteúdos ali discutidos possuem caráter sigiloso.

Também pretendem proporcionar reflexões e troca de idéias sobre as dificuldades encontradas por cada um dos membros, tornando-as passíveis de solução, tendo em vista sempre o crescimento individual, grupal e relacional de todos os participantes. Para tal, serão utilizadas técnicas como palestras, dinâmicas de grupo, exposições enfocando assuntos pertinentes, vídeos para discussões, técnicas corporais (controle de respiração, relaxamento, concentração, etc). No término de cada trabalho o psicólogo dará aos participantes um *feed-back* de todos os resultados alcançados, ressaltando os pontos positivos e apontando os negativos como forma de ressignificá-los, sempre em direção a mudanças e transformações.

c) Trabalho em grupo com familiares dos pacientes

Da mesma forma que o grupo com pacientes, o trabalho com familiares visa a discussão de temas pertinentes a este grupo em específico, angústias, dúvidas, troca de experiências, motivação e apoio a fim de aprimorar as relações entre pacientes e familiares e assim, alcançar maiores êxitos no tratamento dos pacientes. As técnicas e regras utilizadas são as mesmas para o grupo de pacientes, sendo que o grupo de familiares pode ocorrer paralelo ao de pacientes, distinguindo apenas o local dos grupos. A divisão de pacientes e familiares se faz necessário na medida em que cada grupo possui suas particularidades que devem ser abordadas, cada qual em seu espaço. O psicólogo responsável pelo grupo deve saber compreender a resistência que tanto pacientes quanto familiares podem expressar frente a esta separação, visto que em muitos casos, a dependência do paciente com relação a família é bastante presente. Mas tais questões podem e devem ser trabalhadas com ambos os grupos a fim de aprimorar tais relações.

5.1.2 Trabalhos individuais (psicoterapia)

A psicoterapia consiste em mais um espaço que a Psicologia proporciona no Projeto Doce a pacientes e familiares. O encaminhamento para tal atendimento será de acordo com a percepção do psicólogo quanto a necessidade do sujeito que se dispõe ao tratamento e a demanda deste para o acompanhamento mais individualizado. Deve-se ressaltar que o primeiro encaminhamento pode ser realizado pelo médico do Projeto Doce, mas sempre há a necessidade de um contrato entre o psicólogo e o paciente frisando a implicação deste último quanto ao tratamento. Serão necessárias sessões uma vez por semana, de 50 minutos, em local adequado, privado de interrupções, de forma que no contrato, seja esclarecido ao paciente o objetivo do trabalho psicoterápico e suas regras (sigilo, presença, honorários, desligamento).

6. Metodologia (coleta e hipóteses)

A coleta de dados da presente pesquisa foi realizada nas atividades do Projeto Doce, ocorrida na clínica de Nutrição da Universidade Tuiuti do Paraná -UTP, com 3 grupos diferenciados. O **primeiro grupo**, denominado modelo, é composto por 12 pacientes, todos do tipo I, 7 do sexo masculino e 5, feminino, com idades entre 11 e 32 anos. O **segundo grupo** possui 10 pacientes diabéticos do tipo I, 12 mulheres e 7 homens, entre 14 e 30 anos. O **terceiro grupo**, é formado por 13 pacientes, 12 do tipo I e 1 do tipo II, 6 mulheres e 7 homens, idades entre 20 e 77 anos.

Estes pacientes são voluntários do Projeto idealizado por médicos, nutricionistas e psicólogos do Hospital Evangélico de Curitiba que tem como objetivo principal a adesão de pacientes diabéticos ao tratamento através da educação. São realizados encontros mensais com pacientes e familiares voluntários que aprendem através de palestras, dinâmicas e com a convivência com demais pacientes e familiares, informações necessárias ao tratamento e experiências reais do cotidiano de um Diabético.

Os grupos realizaram 8 encontros, cada grupo, até o presente momento e as seguintes atividades: dinâmicas de apresentação, motivação, conscientização da doença, exposição e reflexão de conflitos, trabalhos em grupo, etc.

Além de observações percebidas ao longo das atividades do grupo, são aplicados e avaliados os instrumentos a seguir (em anexo):

- os questionários aplicados para pacientes e familiares
- anamnese e avaliação do estado psicológico
- testes psicológicos

Outra forma de coleta de dados para a pesquisa foi o evento que aconteceu no dia 14 de Novembro de 2001 no Sesc Centro, durante todo o dia, com a finalidade de comemorar o **Dia Internacional do Diabético**, de forma a tornar pública esta data e aproveitá-la para divulgação de informações sobre o Diabetes, conscientização da necessidade do controle da doença e prevenção das suas conseqüências.

Nesta I Feira de Educação & Controle do Diabetes estiveram presentes em torno de 1000 pessoas. A grande maioria foi composta por aposentados e, em geral de classes mais populares. Pôde-se perceber que a presença maciça deste tipo de público foi de fundamental importância para obter informações sobre as doenças, pois é um público bastante atingido tanto pela idade quanto pela situação econômica.

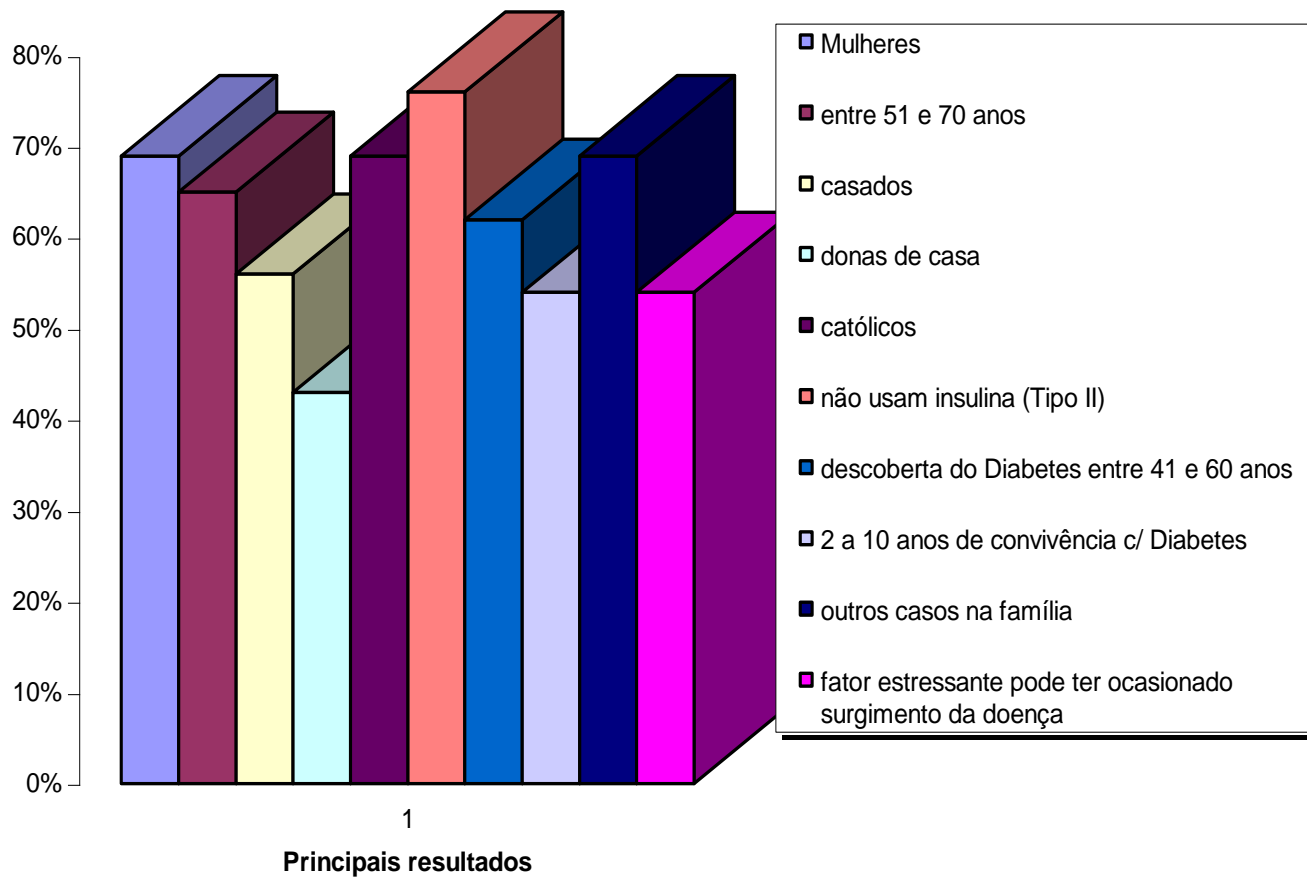
Foram realizados questionários de detecção de fatores emocionais ou situações de stress desencadeando o diabetes ou alterando a glicemia (em anexo). **77** pessoas responderam o questionário e os resultados servem de base para serem comparados com os resultados dos pacientes diabéticos do grupo do Projeto Doce com relação à influência de aspectos emocionais no controle da doença.

Alguns dos principais resultados, a seguir (discutidos no corpo teórico deste trabalho):

- ❑ 69% foram mulheres
- ❑ 65% encontram-se entre 51 e 70 anos
- ❑ 56% são casados
- ❑ 43% são donas de casa
- ❑ 69% são católicos
- ❑ 76% não usam insulina (Tipo II)
- ❑ 62% descobriram o Diabetes entre 41 e 60 anos
- ❑ 54% tem entre 2 a 10 anos de convivência com a doença
- ❑ 69% tem outros casos na família
- ❑ **54% dos entrevistados considera que um fator estressante pode ter ocasionado o surgimento da doença; e destes, 68% acreditam que o fator estressante está relacionado a preocupações em um dado momento da vida**

Veja gráfico abaixo:

Questionário do evento

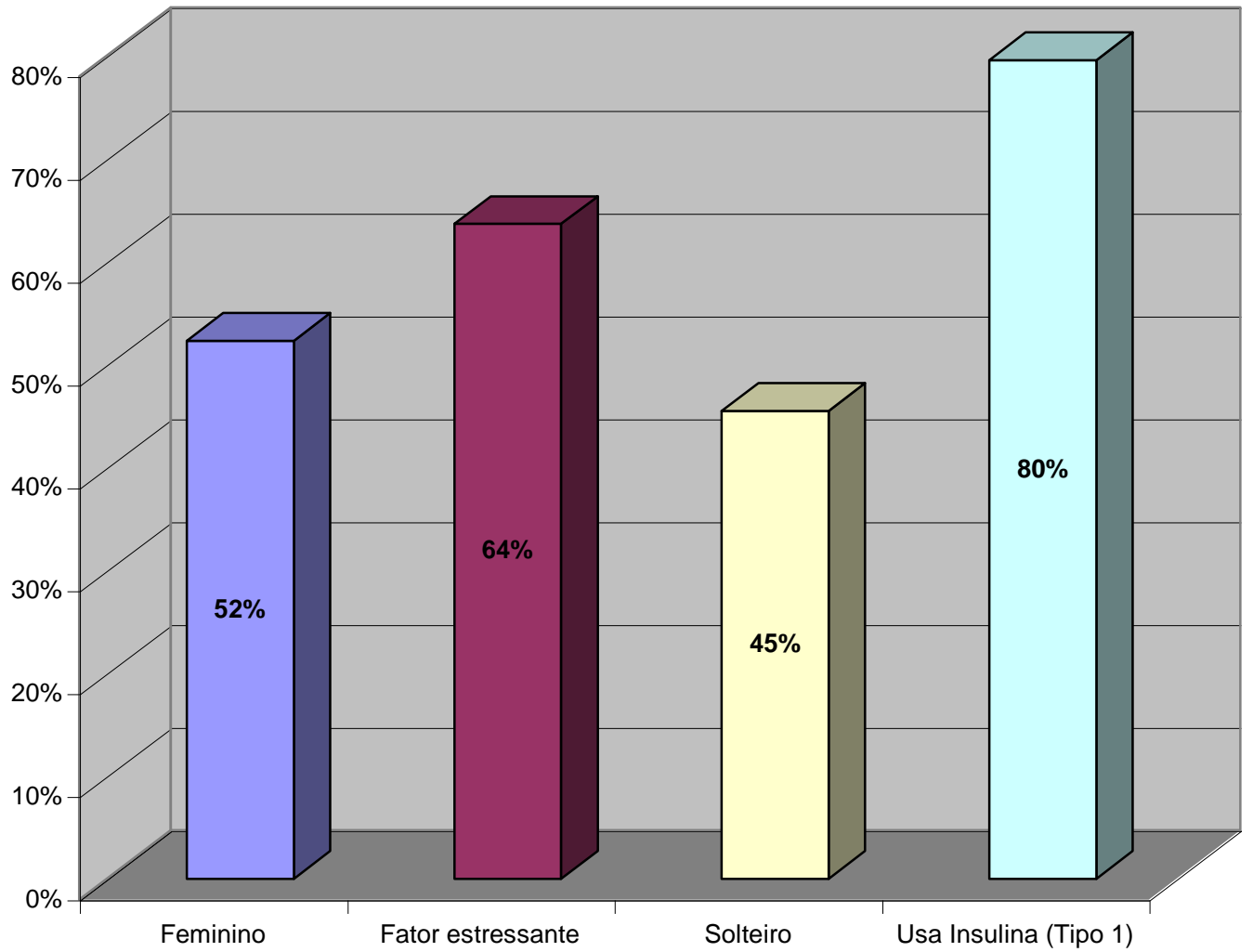


Dados constatados no Projeto Doce em 44 entrevistados

- ❑ 52% foram mulheres
- ❑ Idades entre 06 e 77 anos
- ❑ Profissão diversas
- ❑ 80% insulino dependente (diabetes tipo I)
- ❑ 45% são solteiros
- ❑ 43% casados
- ❑ 5% viúvo
- ❑ **67% dos entrevistados considera que um fator estressante pode ter ocasionado o surgimento da doença; e destes, 68% acreditam que o fator estressante está relacionado a preocupações em um dado momento da vida.**

Veja gráfico abaixo dos principais resultados:

Dados do Projeto Doce



7. Justificativa para o uso de testes psicológicos no P. Doce

Acreditando ser o teste psicológico mais um instrumento utilizado pelo psicólogo para a compreensão de seus casos e conseqüentemente, para melhor encaminhar o tratamento de seus pacientes, além da importância em se mensurar todos os dados levantados através das atividades do Projeto Doce, foi escolhido um instrumento para a presente pesquisa.

Método que quantifica e padroniza características da personalidade de um sujeito e que vem auxiliar o trabalho aqui descrito é o teste **QUATI** que, baseado na teoria de C. G. Jung, define tipos psicológicos. Com este material o sujeito, não só é esclarecido sobre seu padrão de personalidade como a partir disto, pode perceber suas principais dificuldades, às vezes desconhecidas a si mesmo e, então aprender a lidar com elas.

Segundo definição do Manual do QUATI (versão II) de José Zacharias, “o questionário pretende avaliar a personalidade através das escolhas situacionais que cada sujeito faz”. O autor explica que são dadas ao indivíduo que realiza o teste, duas possibilidades opostas de atuação ou escolha, definindo assim a atitude consciente e as funções mais ou menos desenvolvidas (ou inconscientes).

8. Quadro Teórico

8.1 O que é o Diabetes?

A palavra diabetes mellitus origina-se do grego e do latim: Diabetes (líquido que passa direto por um sifão) Mellitus (mel). Esta expressão pode ser traduzida por “urinar muito e doce”.

Em todo o mundo, cerca de 160 milhões de pessoas têm diabetes. Os estudiosos no assunto acreditam que esse número dobrará nos próximos 25 anos. No Brasil, quase 8% da população entre 30 e 70 anos de idade tem diabetes, ou seja, cerca de 10 milhões de pessoas. Segundo o Ministério da Saúde, 50% destas pessoas não sabem que estão com diabetes.

O diabetes, segundo definição no site “bdbomdia.com”– do Centro BD de educação em diabetes, é uma disfunção causada pela falta de insulina, ou pela diminuição na produção ou ainda pela incapacidade em exercer suas funções, provocando o aumento da glicemia (açúcar no sangue).

O diabetes é uma doença crônica onde o organismo não produz insulina ou não pode usar de maneira adequada o que produz. A insulina é produzida por um órgão chamado pâncreas. Quando a insulina age normalmente, a taxa de glicose (açúcar) no sangue diminui e nosso organismo tem a energia necessária para levar uma vida plena e ativa. Nas pessoas com diabetes, esse sistema não

funciona bem. Quando se tem diabetes, seu corpo não pode produzir energia a partir dos alimentos que consome. A glicose fica no sangue em vez de passar para as células do organismo. Então, sem insulina, a glicose consumida (doces, frutas, massas) não consegue ser transformada em energia e a pessoa fica com a taxa de glicose no sangue elevada (hiperglicemia).

Tipo I – no diabetes tipo I, o pâncreas produz pouquíssima ou não produz nenhuma insulina, necessitando de injeções diariamente. Geralmente são crianças e jovens.

Causas: possíveis causas estão relacionadas com a hereditariedade (familiares com diabetes), vírus que tenha lesionado o pâncreas ou disfunção imunológica (sistema de defesa do corpo pode atacar por erro as células protetoras de insulina)

Sintomas: Muita fome, muita sede, aumento de urina, perda de peso repentina, cansaço.

Tipo II – No diabetes tipo II, o pâncreas produz insulina, porém insuficiente. O tipo II é a forma mais comum, compondo quase 90% de todos os casos diagnosticados de diabetes. Geralmente são pessoas com mais de 40 anos e obesas necessitando tomar comprimido antidiabéticos orais. Muitos com o passar dos anos de tratamento, necessitarão de injeções de insulina para melhor controle do diabetes.

Causas: O diabetes tipo II tem maior probabilidade de manifestar-se com mais de 40 anos, com excesso de peso, com hábitos alimentares deficientes, com antecedentes familiares de diabetes e mulheres que tenham tido diabetes durante a gestação.

Sintomas: mal estar, feridas que não cicatrizam, impotência, infecções vaginais repetidas, visão turva. Os sintomas podem desenvolver lentamente, num período prolongado e apresentar diversos níveis de gravidade, podendo ficar anos sem suspeitar, e assim, agravar o seu tratamento. Algumas destas informações foram retiradas do “Programa Educacional Diabetes Lilly”.

8.2 As dificuldades observadas

No Projeto Doce foi observada a importância dos pacientes em terem um espaço para falar das suas dificuldades em ser diabético. Percebe-se a diferença entre o grupo modelo e grupo novo. Os integrantes do grupo modelo apresentam uma certa dose de “obsessão” percebido através dos desenhos e no relato nos encontros do grupo. Os desenhos do grupo modelo tem uma forma, um raciocínio lógico coerente, fala sobre o seu dia a dia, seus controles, sua comida e aplicação de insulina. Já no seu relato falam de que não conseguem mais ficar sem o controle das glicemias capilares, sentem-se ansiosos quando não fazem. Já o grupo Novo seus desenhos são pessoais falando da família e que as coisas ainda estão obscuras e falta ainda informações para lidarem melhor com o diabetes. Pode-se

interpretar destas constatações a progressiva internalização da necessidade de se cuidarem obtidas através das atividades do Projeto.

Ao ser solicitado em uma dinâmica, para definirem suas dificuldades no controle da alimentação, o que comer, quando comer, e também se vão a restaurantes, foi expressado o quanto é difícil lidar com essas situações, como lidar com as pessoas que sentem pena e falam “oh, coitado, é diabético” ou “esqueci de fazer uma sobremesa diferente” ou “pobrezinha, não pode comer”. As mulheres falam do desejo de ter filhos e o medo de engravidar e pensam que esta criança pode nascer com mal formação decorrente do diabetes. A tendência ao isolamento para não ter que se mostrar sendo um diabético ou por estar em determinado lugar e ser confundido com um drogadito ao fazer as aplicações de insulina. O quanto é difícil fazer os exames de sangue. Há alguns que dizem até que o diabetes é “doença de rico”, pois o tratamento é caro, as insulinas, as fitas os exames e que muitas vezes, precisam deixar de ir ao trabalho para poder ir ao médico e fazer os exames. Estas são algumas das restrições que a doença oferece e os incomodam.

Também foi citado os “altos e baixos” da doença que acontecem sem perceber para o diabético e que é difícil prever o acontecimento. Quando menos imaginam estão com sinais de hipo ou hiperglicemia e não sabem ao certo o porquê.

8.3 A Concepção Epistemológica

A principal discussão deste trabalho é, a partir do que foi observado nos grupos em questão, levantar hipóteses acerca dos aspectos psicológicos do paciente diabético e as conseqüências destes para o indivíduo, seu tratamento e sua qualidade de vida. Para tanto, serão entrelaçados todos os dados colhidos durante as atividades do Projeto Doce.

Não é o objetivo deste trabalho definir uma causa para a problemática do Diabetes, pensando em termos da doença como fruto de um conjunto de situações na vida do paciente, mas entende-se que alguns aspectos desta vida e das relações desta pessoa podem ter influenciado e devem ser levados em consideração para o entendimento da doença, de seus aspectos funcionais e conseqüências comportamentais.

O que se ressalta neste trabalho são as questões referentes ao controle alimentar e ao não poder comer, como queixa principal do Diabético.

É preciso primeiramente compreender brevemente a concepção epistemológica que embasa as hipóteses que aqui serão propostas.

Entende-se que o ser humano, desde sua concepção, está envolto por uma constituição biológica e pela influência do meio em que vive e tais fatores estão diretamente vinculados à sua formação

enquanto ser humano bio-psico-social. Já nas primeiras relações que estabelece, seja com sua mãe ou com outra pessoa que acabe exercendo esta função para a criança, estabelece-se um vínculo e a qualidade deste vínculo é imprescindível para o bem-estar e saúde deste indivíduo.

Um dos aspectos que impulsionou uma série de estudos no campo da Psicologia é o fato do ser humano ser constituído de desejos. Para exemplificar, tomemos um exemplo bastante comum para a psicologia: uma criança, recém-nascida, sente fome. Algo, de seu corpo biológico, lhe aponta um desconforto, algo que não está bem e que deve ser finalizado. Então ela deseja imediatamente que cesse este desconforto e o único meio pelo qual pode expressar tal insatisfação é pelo choro. Em alguns casos, esta criança será rapidamente atendida e seu desejo satisfeito, no momento em que sua mãe lhe oferece o que supre sua necessidade, no caso, o leite. Mas não podemos deixar de saber que tal insatisfação momentânea ocorreu. O interessante é como a relação desta criança com seu desejo está sendo estabelecida. Pois algumas crianças podem satisfazer imediatamente o seu desejo, outras, por determinados motivos, devem experimentar um maior tempo de insatisfação até poderem supri-lo. E outras ainda, quem sabe, acabam por não poder supri-los. A diferença nas características de uma criança para outra, entre outros fatores, é como aprende a lidar com este grau de insatisfação.

Segundo a Psicologia Analítica, cujo fundador foi C. G. Jung, muitos dos fenômenos dados na vida de um indivíduo, como este experimentar da fome acima citado, podem e devem ser explicados a partir da história individual do "autor" dos fenômenos, a partir da abordagem sobre seu inconsciente pessoal. E, em um processo psicoterápico e/ou em um espaço proposto para tal, esta história individual pode ser relacionada a situações mais genéricas da humanidade, como por exemplo, os mitos, sempre com o objetivo de que o próprio indivíduo esclareça a si mesmo suas possibilidades, potencialidades, limitações e então, organizar sua vida de forma mais saudável e segura para si.

Através do espaço que a psicologia proporciona o indivíduo pode mostrar-se como ele realmente é com suas dificuldades e angústias. Podem não conseguir se controlar e eventualmente comer algo que não deveriam.

Os pacientes diabéticos estudados mostram-se por um lado, rígidos no controle de sua dieta e de todo seu tratamento que só assim se torna eficaz mas por outro lado, mostram-se "humanos" na medida em que desejam e muitas vezes, este *querer* lhes domina. Mostram a angústia desta ambigüidade, natural a cada pessoa e exacerbada frente ao Diabetes. Mostram a luta de cada momento ao se deparem com tais desejos e mesmo com alguns deslizos, a força de encarar que apenas desta forma proporcionarão a si mesmos uma vida mais saudável, sempre na esperança da cura.

Em linhas gerais, parte-se do pressuposto de que a psique humana é formada, entre outros, pelos vínculos que a pessoa estabelece e a qualidade deste vínculo é imprescindível para o bem-estar e saúde do indivíduo. Qualquer vínculo tem base nas primeiras relações do sujeito que (arquetipicamente)² podem ser entendidas como contendo funções a este sujeito. Em outras palavras, os adultos que manterão contato com um bebê, representam algo para este bebê ao longo de toda sua infância e no restante de seu desenvolvimento. É o que pode-se denominar funções.

As principais funções a serem estabelecidas são a função materna e paterna, que ao longo do processo de desenvolvimento deixam de serem exercidas por pessoas externas a criança e passam a ser incorporadas por ela própria. Assim, o que antes é necessário ser falado por um adulto, passa a ser repetido pela criança, fazendo parte então de suas características, de seu repertório, de sua personalidade.

A função materna pode ser entendida como a necessidade de um ser humano de ser protegido, acolhido, atendido em todas as suas necessidades básicas, estar seguro e ser amado. A função paterna já é a necessidade de corte, de limitações, de imposições, deixando claro que tal atitude é fundamental e adequada para uma boa estrutura de personalidade.

8.4 A Influência da Função Materna

Para melhor se compreender as funções inscritas no indivíduo, associa-se aqui as características da função materna ao mito de Deméter e Perséfone. Em resumo, Deméter (venerada como uma deusa mãe), era mãe da jovem Perséfone. O mito gira em torno do rapto de Perséfone e a reação de sua mãe a este acontecimento, Deméter. Deméter é o arquétipo³ materno. Segundo, Bolen, J. S. em seu livro “As Deusas e a Mulher”, esta figura representa o instinto maternal desempenhado na gravidez ou através da nutrição física, psicológica ou espiritual dos outros. Quando Deméter é o arquétipo mais forte na psique de uma mulher, ser mãe é o papel mais importante e funcional de sua vida. Este arquétipo motiva as mulheres a nutrirem os outros, a serem generosas no dar, e a encontrarem satisfação como alguém que zela e provê subsistência.

² Jung discute o conceito de arquétipo como o modo de expressão do inconsciente coletivo. (...) Este nível mais profundo manifesta-se nas imagens arcaicas universais expressadas nos sonhos, crenças religiosas, mitos e contos de fadas. (pg 47, 1990)

³ “... são possibilidades herdadas para representar imagens similares, são formas instintivas de imaginar. São matrizes arcaicas onde configurações análogas ou semelhantes tomam forma” (p. 77, 1981)

Alimentar os outros é outra satisfação para a mulher tipo Deméter. Ela acha tremendamente satisfatório amamentar seu próprio filho. Dá-lhe prazer proporcionar fartas refeições para a família e os convidados.

Segundo o autor, Deméter foi a deusa mais generosa. Algumas proporcionam naturalmente alimento real e cuidado físico, outras proporcionam apoio emocional e psicológico, e outras ainda fornecem alimento espiritual. Primeiramente seus filhos dependem de suas mães para tomar conta de suas necessidades físicas. Depois voltam-se a suas mães para apoio emocional e compreensão. E finalmente, podem voltar-se para suas mães à procura de sabedoria espiritual, pois eles enfrentam desapontamento e pesar, ou procuram algum significado na vida.

Pode-se entender que, de certa forma, alguns pacientes diabéticos do grupo estudado podem ter sido criados por uma mãe tipo Deméter, voltando a procurar esta mãe sempre que se deparam com dificuldades. Como Deméter também tem seu lado destruidor, expresso ao negar o que outra pessoa necessita, ela experimenta a autonomia crescente do filho como perda emocional para si própria. Sente-se menos necessária e rejeitada e, como resultado, pode ficar deprimida e zangada.

Quando os filhos adultos a ofendem, a mulher tipo Deméter fica profundamente ferida e confusa. Não pode entender por que os filhos a tratam tão mal, enquanto outras mães têm filhos que as amam e apreciam. Segundo o autor, “elas limitam a independência da criança e desencorajam a formação de relacionamento com os outros. No âmago da ansiedade que as motiva a agir desse modo está uma temida perda de afeição da criança.” (p. 53)

E ainda: “Com a intenção de proteger o filho, a mulher tipo Deméter pode se tornar superdominadora. Ela hesita sobre qualquer movimento, intercede pelo interesse da criança e assume o controle quando há qualquer possibilidade de dano. Consequentemente, a criança permanece dependente dela para lidar com problemas e com pessoas.” (p. 53)

Isto se agrava na situação estudada do paciente diabético que pela sua doença, pode sentir-se mais carente e necessitado de cuidados – exatamente o que sua mãe sabe fazer. Assim, “os filhos da mãe tipo Deméter dominadora algumas vezes permanecem para sempre junto dela, com o cordão umbilical psicológico ainda bastante intacto.” (p. 54)

Num esforço para conduzir suas próprias vidas, alguns filhos da mãe tipo Deméter superdominadora podem se libertar e permanecer distantes. Frequentemente agem assim quando a mãe inconscientemente tenta fazê-los se sentirem devedores, culpados ou dependentes. No caso dos grupos estudados, há relatos de filhos que reclamam da superproteção materna. No caso de A, 18 anos, a mãe não deixa que se matricule em faculdade fora da cidade em que ela mora, preocupa-se por ele fumar,

dirigir, namorar longe de suas vistas e viajar, o que para o filho, é um incômodo constante. A mãe diz não confiar no filho por ele tomar tais atitudes, próprias da idade.

Outro modelo de mães negativas das mulheres tipo Deméter é a mãe que não sabe dizer não para os filhos. Ela se vê como a mãe altruísta, generosa, provedora, que dá e dá. Essa mãe quer que os filhos tenham o que quer que eles queiram. Além do mais, fracassa ao estabelecer limites para o comportamento. Como consequência, os filhos crescem sentindo-se com o direito a consideração especial e mal preparados para se conformar. Na tentativa de ser boa mãe provedora, pode se tornar o oposto.

Esse instinto de nutrir pode eventualmente esgotar a mulher numa profissão de assistência e conduzir a “desgates” sintomáticos de fadiga e apatia, conforme as idéias de Bolen, J. S.. É importante ressaltar a palavra NUTRIR colocada pelo autor. Falamos de uma doença que afeta diretamente a alimentação e esta mãe se preocupa em alimentar, nutrir este filho, em todos os sentidos.

8.5 As Funções Psicológicas

As duas funções são igualmente imprescindíveis para a adequada estruturação de qualquer ser humano e sem elas, graves consequências podem ocorrer na formação da personalidade. Deve-se frisar que estas funções não são necessariamente exercidas pelos principais membros da família nem correspondem ao responsável pela criança. Ou seja, a função materna pode ser exercida muitas vezes por uma atendente de creche, parente próximo a criança ou um pai mais acolhedor e a função paterna, da mesma forma, pode ser exercida não necessariamente pelo pai da criança e inclusive o pode ser por uma mulher que seja próxima e mais limitadora.

Ao longo desta formação, tais funções são incorporadas pelo próprio sujeito que se forma, como dito anteriormente. Ele próprio deverá desenvolver-se a fim de dar conta de sua própria segurança, de suas necessidades, inclusive buscando estar vinculado a pessoas que lhe proporcionem o afeto que lhe satisfaça. Ele toma consciência dos limites impostos pela sociedade, mesmo que o limite seja a frustração de um desejo, e segue de acordo com seus próprios valores, independente.

Claro que esta situação é descrita de forma idealizada para fins de entendimento didático mas é fundamental apropriar-se de tais conceitos para compreendermos a dinâmica de um sujeito. Estas idéias tem base no pensamento freudiano e junguiano das teorias de desenvolvimento do ser humano.

9. Os Resultados dos Grupos

Compreendendo em linhas gerais o desenvolvimento do ser humano, voltamos a atenção para dados das histórias de vida dos pacientes diabéticos dos grupos estudados.

No trabalho com o grupo de pacientes diabéticos, no momento em que a Psicologia abre espaço para que cada um deles, a seu modo e com suas possibilidades, comunique da forma que lhe for possível sobre si, suas particularidades, seu mito pessoal, entende-se ter dado mais um passo ao alcance do objetivo maior do Projeto Doce de auxiliar a todos os envolvidos a buscar qualidade de vida para si próprio e para os que estão a sua volta. O psicólogo contribui na medida em que resgata junto ao sujeito o que mais lhe marca, dá suporte para que este resgate seja suportável a ele neste momento, e o auxilia a esclarecer suas reais condições de se modificar, progredir e superar-se.

Jung dizia que cada homem possui um potencial criativo que se ele conseguir colocar em uso para seu benefício, irá desenvolver um estilo único de ser e agir no mundo, buscando seu bem estar e o da comunidade. Um ser humano só é desenvolvido se interagir criativamente com seu próximo, em prol de um bem comum. Acreditando que estes são alguns dos objetivos da prática clínica, ou seja, propiciar ao homem alcançar este potencial, é necessário ressaltar que não é apenas através de uma análise ou psicoterapia que isto é possível, mas é um dos instrumentos a ser utilizado.

Os principais dados levantados podem aqui ser apontados como: pais separados; ausência do pai; mãe presente e superprotetora; família com problemas conjugais entre os casais; perda de pessoas próximas e significativas.

Também foi feito um levantamento dos comportamentos principais que estes pacientes apresentam frente a vida, às relações que estabelecem e as dificuldades que experienciam. Por exemplo, insegurança, mau humor, necessidade de proteção, revolta, introversão, auto-estima baixa, depressão, sentimento de menos valia, desamparo, medo, pouca independência, sentimento de culpa, ansiedade e até uma responsabilidade excessiva.

A partir deste levantamento de dados, pode-se primeiramente pensar na relação que estes sintomas como, por exemplo, a **dependência excessiva**, a dificuldade de tomarem por si próprios atitudes saudáveis a si mesmo, podem ser relacionados a uma questão real e presente: a dificuldade em se desvincular de uma situação primeira a eles não bem formada, de um corte, de limite. Alguém somente consegue tornar-se mais independente, na medida em que consegue se desvincular de algo que pode lhe satisfazer, mas não mais tanto como antes. Por exemplo, uma criança só consegue andar por que é estimulada a sair de um lugar de inércia (que até pode ser cômodo) para estar em outro lugar mais prazeroso, que possua determinado objeto mais interessante ou pelo simples prazer de movimentar-se e perceber que conseguiu realizar tal feito por si mesma.

Entende-se aqui que estes pacientes, de alguma forma, por não experienciarem adequadamente em sua formação o que conceituamos anteriormente função paterna, ou seja, alguém que colocando limites para sua condição de dependência materna e inércia em um estado mais passivo, pudesse possibilitar o estímulo necessário para torna-se mais autônomo. Alguém que controlando exteriormente seus passos, pudesse ensinar a este sujeito em formação a ter controle de suas próprias atitudes posteriormente.

Agora pode-se pensar a respeito da própria doença, o Diabetes. De forma bastante básica, a principal conseqüência comportamental da doença é o não poder comer. Claro que isto deve ser relativizado, levando-se em consideração a contagem de carboidratos e a alimentação controlada. Mas o que diferencia um diabético de um não diabético pensando psicologicamente, é a impossibilidade desta pessoa de realizar uma função normal a todos os indivíduos da forma mais livre possível. Todo indivíduo possui um controle em sua alimentação mas para o diabético isto passa a ser uma obrigação e uma limitação. Em todas as entrevistas realizadas com os pacientes do grupo de diabéticos em estudo, aparece claro a frustração por não poder comer a hora que quer, o que quer, como quiser.

C., 38 anos relata comer o que não pode quando seu marido lhe convida a jantar. G., 56 anos, relata não querer cozinhar em casa e somente almoçar fora de casa para não ter vontade de comer o que não pode. B., 33 anos, conta ter dificuldades de se controlar quando ela e o marido pedem comida em casa, “é tudo fácil” e tentador ver apenas o marido comer. D., 20 anos, diz que toda vez que sai do colégio, compra chocolates, tendo muita dificuldade em se conter.

Estas dificuldades, comuns a todos os diabéticos, podem ocasionar situações inesperadas. P., 12 anos, participa de uma festa de aniversário de seu pai e parece apresentar-se controlado diante das “tentações”, ou seja, de doces, controlando seu desejo. No dia seguinte, ao pegar sua insulina diária da manhã, acaba trocando-a por humalog⁴, o que lhe ocasiona uma hipoglicemia, e assim, torna-se necessário comer o bolo de chocolate desejado. Esta “*confusão*” pode ser analisada como um ato inconsciente do sujeito em busca de satisfazer o seu desejo, mesmo que isto lhe seja prejudicial.

Interpretando este não poder que aparece como marca no comportamento destes indivíduos, percebe-se claramente a relação da falta de controle que experienciaram ao longo de sua formação e a necessidade de um controle excessivo agora devido a doença que se estabeleceu. Em vários casos dos grupos estudados, surgem relatos de pacientes que experienciaram, em sua história de vida, a ausência paterna, em seu sentido mais amplo. S., 18 anos, relata que o pai nunca esteve presente em momentos importantes de sua vida, como por exemplo, suas internações hospitalares devido a doença. Comenta que, quando criança, só mantinha contato com o pai, quando ele a procurava com intervalos de tempo espaçados. Outro exemplo que mostra a importância da presença paterna é o caso de JE, 27 anos, que

entrou em coma de 30 dias devido a doença e ao voltar, a primeira imagem que vê é a mão do pai, sentindo-se emocionado ao relatar.

O que se pretende aqui é correlacionar estes dados e não definir nem impedir as possibilidades de outras hipóteses. Não se pensa aqui em termos de causa e efeito mas sim, de dados que se correlacionam inconscientemente e aparecem na dinâmica da personalidade do indivíduo.

Então, o Diabetes pode ser visto como uma **marca** no corpo e na vida destes indivíduos de uma necessidade de controle a si mesmos que de outra forma não pôde ser inscrita. Entendendo que este controle é função fundamental na formação da identidade de qualquer pessoa e entendendo que, ou de forma saudável ou não, esta função seria “inscrita” neste sujeito, pois é, segundo Jung, parte de um inconsciente pessoal⁵ e coletivo⁶, o Diabetes exerceria esta função do controlar-se que, por mais sofrida que possa ser ao indivíduo tem a sua função. Mas é através de suas relações que poderá experimentar formas de como se comportar diante de outras pessoas e até para si própria.

Um paciente, D. 15 anos, relata que se ele não fosse diabético, “teria caído no mundo das drogas” (sic). Ele diz que convive com amigos que usam drogas e só não usa também por ter medo do que lhe possa ocorrer devido a doença. Pode-se interpretar que o Diabetes faz neste caso a função paterna de controle e pode-se entender o medo do paciente como medo deste poder de controle paterno.

Percebe-se que o Projeto Doce representa simbolicamente, ao grupo, as funções materna e paterna, que são fundamentais para o indivíduo, principalmente àqueles que não as vivenciaram adequadamente em fases anteriores. Exerce a função materna quando os acolhe, respeita e os protege ao estarem monitorando suas glicemias e os exames de maneira geral. E a função paterna quando restringe a alimentação, mostra a maneira mais adequada de preparar os alimentos e de contar carboidratos.

Foi possível compreender a dinâmica psíquica dos pacientes do grupo modelo, fazendo um diferencial entre as características apresentadas no início do grupo através da anamnese, HTP, desenho da família e desenho livre (resultados em anexo XV). E entrevistas após o período de férias do Projeto Doce.

No período de atendimento os pacientes foram acompanhados por uma equipe multidisciplinar onde apresentavam resultados crescentes e positivos. Após o período de férias os resultados mostrados nos exames laboratoriais foram negativos, e o diabetes da maioria dos pacientes ficou descompensada. Tais resultados podem indicar que ao ser acompanhado por médicos, nutricionistas e psicólogos,

⁴ Insulina de alto poder de absorção.

⁵ Inconsciente pessoal: “refere-se as camadas mais superficiais do inconsciente, cujas fronteiras com o consciente são bastante imprecisas” (Silveira, Nice, pg. 72)

⁶ Inconsciente coletivo: “(...) natureza impessoal e universal. Consiste em formas de pensamento preexistentes, chamadas arquétipos, que dão forma a certos materiais psíquicos que penetram no inconsciente” (Silveira, Nice, pg. 47)

apresentaram bons resultados mas, tais resultados foram prejudicados após ausência do acompanhamento da equipe.

Nas férias, houve de certa forma um distanciamento da equipe do Projeto Doce e ao distanciar-se deste acompanhamento, o paciente pode ter associado inconscientemente, a falta de proteção e policiamento. E não tendo um monitoramento presente agiram de maneira equivalente, ou seja, “não sou cuidado, logo, não me cuido”.

Na entrevista de avaliação após o retorno das férias, os pacientes, que tiveram seus exames alterados, atribuíram a descompensação dos seus exames ao não cumprimento dos horários estipulados para alimentação e rotina para dormir ou levantar, sendo que tais hábitos são de grande importância para o paciente diabético para obter bons resultados no controle de suas glicemias.

O objetivo do trabalho psicológico consiste na internalização das regras que estão voltadas ao controle da doença para melhor compensação das glicemias. Ao internalizar tais conceitos, o diabético, poderá tornar-se uma pessoa com maior autonomia, mais segurança de si mesmo, e como consequência passará a aceitar melhor a doença, convivendo melhor com o seu diabetes, pois trata-se de uma doença crônica.

10. Tipos Psicológicos

Para melhor compreender os traços psicológicos dos grupos estudados, tornou-se importante utilizar uma teoria da personalidade que classificasse alguns tipos fundamentais de comportamento do indivíduo. A teoria escolhida foi a dos tipos psicológicos de C. G. Jung.

Nem todas as pessoas agem do mesmo modo. Este é o ponto inicial que motivou Jung e seus seguidores a estudar os diversos tipos de personalidade. Segundo Sharp (1987), o modelo de Jung diz respeito ao movimento da energia psíquica e ao modo como cada indivíduo se orienta no mundo, habitual ou preferencialmente.

São 8 os grupos tipológicos de Jung: duas atitudes de personalidade (introversão e extroversão) e quatro funções ou formas de orientação (pensamento, sensação, intuição, sentimento).

A introversão e a extroversão são formas psicológicas de adaptação. No primeiro caso, o movimento da energia psíquica é direcionado para o mundo interior; no segundo, a atenção é dirigida para o mundo exterior. Associa-se estas atitudes a uma das quatro funções.

Segundo o autor, a função do *pensamento* refere-se ao processo de pensamento cognitivo; a *sensação* é a percepção através dos órgãos dos sentidos; o *sentimento* é a função do julgamento ou da

avaliação subjetivos; e a *intuição* refere-se à percepção através do inconsciente (por exemplo, receptividade ao conteúdo do inconsciente).

Assim, a função da sensação nos assegura de que algo existe; a do pensamento nos diz do que se trata; o sentimento nos fornece o seu valor e, através da intuição, temos um palpite do que podemos fazer com isso (as possibilidades).

Segundo Sharp (1987), na prática, as quatro funções não estão sujeitas de maneira proporcional ao controle consciente do indivíduo. Invariavelmente, uma ou outra é mais desenvolvida. A função superior é simplesmente aquela que uma pessoa usa com mais frequência; a função inferior não se refere a um estado doentio mas apenas àquela função não-utilizada pelo indivíduo (ou utilizada em menor grau).

Sharp (1987) lembra a classificação de Jung: duas das quatro funções são *racionais* (*pensamento* e *sentimento*) e duas *irracionais* (*sensação* e *intuição*). As racionais se baseiam num processo reflexivo e linear que se aglutina num julgamento particular. Já as irracionais são baseadas em um modo de perceber simplesmente o que é.

O autor alerta para a diferença entre sentimento e emoção. No modelo de Jung, sentimento refere-se estritamente ao modo pelo qual avaliamos subjetivamente o quanto algo ou alguém significa para nós.

Sharp (1987) comenta que segundo Jung, somente pode-se falar de consciência de uma função “quando seu uso é controlado pela vontade e, ao mesmo tempo, seu princípio dominante é algo decisivo para a orientação da consciência”.

Quanto a função auxiliar, é sempre aquela cuja natureza, racional ou irracional difere da função dominante.

Já a função inferior, “sua essência é a autonomia; ela é independente, ela ataca, fascina, e nos rouba o controle”. Sharp cita Marie-Louise von Franz dizendo que a função inferior para esta autora, é geralmente lenta. Segundo Jung, a “função inferior traz em si conteúdos muito reprimidos ou insuficientemente apreciados, que são em parte conscientes em parte, inconscientes”. Segundo Sharp, a medida que uma pessoa atua de modo unilateral, a função inferior vai se tornando primitiva e problemática, tanto para a própria pessoa como para os outros.

Após esta breve revisão acerca do assunto, a seguir é exposto o resultado dos testes aplicados nos pacientes dos grupos do Projeto Doce. Estes testes foram aplicados individualmente e respondidos pelos próprios pacientes. Em um grupo, foi utilizada a versão antiga do teste e no segundo grupo, decidiu-se aplicar a versão mais atualizada do QUATI (ver sobre o teste neste trabalho – item “testes

psicológicos”). Ambas as versões determinam o tipo psicológico do indivíduo. **27** pacientes responderam os testes.

- ❑ Sentimento Extrovertido – 6 (22% de todo o grupo)
- ❑ Sensação Introversa – 6 (22% de todo o grupo)
- ❑ Sentimento Introverso – 5 (18% de todo o grupo)
- ❑ Sensação Extroversa – 5 (18% de todo o grupo)
- ❑ Pensamento Introverso – 4 (14% de todo o grupo)
- ❑ Pensamento Extroverso – 1 (3% de todo o grupo)
- ❑ Intuição Introversa – 1 (3% de todo o grupo)
- ❑ Intuição Extroversa – 1 (3% de todo o grupo)

11. O Conto de Fada e Sua Relação com o Diabetes⁷

Partindo-se da idéia de Jung e seus seguidores sobre a importância dos contos de fadas na formação e desenvolvimento da personalidade do ser humano, serão feitas algumas considerações relacionando o conto de Grim de João e Maria (anexo IX) e a pessoa com Diabetes, seu comportamento, seus desejos, anseios, as implicações da doença no psiquismo do indivíduo e também a influência deste nos sintomas da doença. Esta reflexão também abrange a influência de amigos e familiares sobre esta pessoa e suas dificuldades.

Primeiramente, é necessário registrar as palavras de Nice da Silveira sobre os contos de fada: “Do mesmo modo que os sonhos, são representações de acontecimentos psíquicos (...) encenam os dramas da alma com materiais pertencentes em comum a todos os homens (...) Têm origem nas camadas profundas do inconsciente, comuns à psique de todos os humanos. Pertencem ao mundo arquetípico” (p. 119)

As dificuldades que João e Maria enfrentam neste conto podem ser relacionadas às de uma pessoa diabética. Passaram medo mas, senão tivessem sido deixados na floresta, João não teria a oportunidade de criar. Foi em um momento de crise que ele teve a idéia de levar em seu bolso as pedras que jogaria no caminho a fim de achar o rumo de casa. O Diabetes pode ser encarado como um desafio que a pessoa tem que enfrentar mas através desta, pode descobrir-se e superar-se.

⁷ “Os contos de fada, do mesmo modo que os sonhos, são representações de acontecimentos psíquicos... Encenam os dramas da alma com materiais pertencentes em comum a todos os homens (...) Têm origem nas camadas profundas do inconsciente, comuns à psiquê de todos os humanos. Pertencem ao mundo arquetípico” (Silveira, Nice, pg. 119)

O comportamento da madrasta, que insiste junto ao seu esposo e pai das crianças a abandoná-las na floresta chama a atenção. A madrasta, culturalmente, pode ser vista como uma pessoa má (nos contos de fada é sempre representada causando o mal a seus enteados). O arquétipo de “mãe” representa ambos os lados, o de protetora, que cuida e salva, e o de castradora, que limita e disciplina seus filhos, a fim de que se desenvolvam saudavelmente.

As mães devem reconhecer este outro lado da função materna para conseguirem se desvincular de seus filhos (ex: a criança precisa desmamar, ir a escola, etc). A separação será sempre angustiante para ambos os lados mas necessária. Sozinha, a criança enfrenta inúmeras situações que a levarão a lidar com seus medos. Como fará isto, depende fundamentalmente da educação de seus pais. Se eles lhe ensinarem a se cuidar, ela aprende seus valores e se torna conseqüentemente, mais independente, não necessitando que outros façam por ela o que pode fazer por si mesma.

As mães que não conseguem se desvincular de seus filhos de forma saudável (ex: não conseguem deixar seus filhos na escola) os terão sempre ligados e dependentes de sua proteção e afeto, o que os dificultará na busca de seus objetivos. Além disso, com este comportamento superprotetor, essas mães acabam se anulando, esquecendo de seus próprios ideais. Quanto mais superprotetores os pais, mais dependentes deles seus filhos estarão.

Nos dias atuais, é cada vez mais comum que a mulher contribua no orçamento familiar ou simplesmente estabeleça também sua própria carreira profissional. E, ao deixarem seus filhos em busca de um trabalho, algumas mães podem sentir-se culpadas por não estarem o tempo todo ao seu lado. Esta preocupação e culpa impedem-nas de perceber que assim também estão contribuindo para o crescimento e formação de adultos mais criativos, independentes e saudáveis. Esta culpa por “abandoná-los” pode gerar conflito maior na medida em que estes pais, além de superprotegerem, tentam recompensar sua falta dando presentes a estes filhos ou deixando com que façam o que querem. Estas crianças aproveitam deste comportamento de seus pais, e aprendem que, na falta de algo, sempre serão recompensados. Acabam não experienciando o “não ter” e acreditam sempre ser recompensados pelo que não puderam ter, o que não é a realidade da vida.

Percebe-se que este sentimento de culpa é ainda maior para a mãe cujo filho tem alguma doença, no caso, o Diabetes pois, além da preocupação natural por ser mãe, é acrescida de preocupações como por exemplo, “Será que meu filho não está com crises de hiper ou hipoglicemia?” ou “Não vou abandoná-lo para melhor controlar sua doença, vigiá-lo e assim, evitar que passe mal”. E assim, passam boa parte do tempo, angustiadas querendo saber o que pode estar acontecendo com seu filho. Mas nenhuma mãe pode ter o controle pleno de seu filho. Assim como a criança com Diabetes

pode ter uma crise durante o tempo em que está na escola, a criança sem Diabetes também está sujeita a acontecimentos imprevisíveis.

Para que os pais sintam-se mais seguros, é necessário confiar nas orientações do médico e educar seu filho para melhor lidar com sua doença sozinho. Os pais devem incentivar seu filho a perceber seus próprios sintomas e a se cuidar para que não se agravem, assim como avisar a pessoas que possam estar a sua volta para que lhe ajudem caso algo lhes aconteça. Afinal, a melhor pessoa para reconhecer os sintomas da doença é a própria pessoa com o Diabetes. Na condição de responsáveis, os pais devem procurar ajuda médica, nutricional e psicológica quando necessárias, percebendo que a soma de ajuda profissional, responsabilidade pessoal e educação farão o melhor resultado.

De acordo com a idade da criança, é necessário também orientar a criança sobre seus medicamentos e exames, sendo claro e preciso, pois a criança precisa saber o que está acontecendo com ela. A honestidade na relação pais e filhos é fundamental para a saúde de todos e assim, a criança percebe que é capaz de se cuidar, o que é imprescindível. Se os pais não delegarem, não dividirem as responsabilidades com seus filhos, podem absorver toda a responsabilidade para si, ficando a criança isenta de qualquer responsabilidade na adesão ao tratamento da doença. Como é possível que este seja eficaz desta forma?

É importante que o diabético tenha todas as informações do que pode ou não comer pois a dificuldade não é só comportamental mas também de conhecimento racional. Pode-se correlacionar esta realidade com a atividade do semáforo: alimentos se classificam no “verde” podem ser consumidos a vontade; no “amarelo”, devem ser apreciados com moderação e, no “vermelho”, não devem ser consumidos.

É comum os pais assumirem o tratamento no lugar do filho, sempre preocupados, buscando orientações e informações. Mas a pessoa que deveria ser o principal engajado no tratamento não adere a este e, inconscientemente, mantém-se em uma posição mais cômoda. “Se tenho pessoas que cuidem de mim, para que vou me cuidar”. E assim, serão eternas crianças, onde os pais terão que cuidar todo o tempo, pois a criança (e futuro adulto) não aprendem a se cuidar sozinho.

Os familiares podem participar no tratamento do diabético de maneira positiva. No caso de pais de crianças diabéticas, podem delegar responsabilidades a criança no tratamento, suportando o fato do seu filho não poder comer determinados alimentos, não cedendo as manipulações do desejo de seu filho para comer algo que deseje mas não pode.

Pensando na constituição de um sujeito, Freud, Winnicott, e muitos outros autores que estudaram esta área, afirmam que, primeiramente, a criança vive em uma estrutura simbiótica com a

mãe (que inicialmente é saudável mas sua permanência é prejudicial). A mãe é percebida como parte da criança e esta percepção só se diferencia na medida em que a mãe não se faz presente sempre próxima a ela (lentamente vai se desvinculando), não satisfazendo todas as suas necessidades, instaurando a falta no sujeito.

Partindo deste pensamento, pode-se afirmar que a mãe que satisfaz todas as necessidades do filho faz com que ele “acredite” que ela faça parte dele por muito mais tempo do que a realidade. Diferente daquele filho cuja mãe não é presente em tempo integral. É saudável para o bebê não ter todas as suas necessidades satisfeitas de imediato. Por exemplo, um bebê que ao fazer xixi e, antes de que ele sinta o desconforto do “molhado”, a sua mãe, de imediato já lhe troca as fraldas ou, antes dele chorar para mamar, a mãe, imediatamente já lhe coloca o seio na boca. Não tem experienciado a sensação de falta, o que é ruim mas saudável, pois natural na vida de qualquer um.

Para Melaine Klein, a criança vivencia experiências agradáveis ou não que são necessárias para a formação da personalidade. O bebê precisa experienciar o desconforto da fralda molhada para que ao ser trocada ele vivencie algo bom. Qualquer ser humano precisa saber lidar com as situações da vida, sejam elas agradáveis ou não. Alguns reagem de forma mais independentes, mais criativos, outros mais medrosos, mais passivos. Não se deve julgar se tais comportamentos são positivos ou não, mas fica claro que é nestes primeiros momentos da vida e das relações que a personalidade dos indivíduos começa a se formar. O Diabetes é uma das frustrações da vida. Como a pessoa reagirá diante desta dificuldade da vida está diretamente relacionado a sua educação e relação com os pais.

Analisando a situação do familiar da pessoa diabética, se este familiar estiver na posição de alguém superprotetor, existe uma tendência a “adivinhar” o que ele quer, não possibilitando que ele, ao menos, tenha condição de desejar ou de mostrar o seu desejo. Tal preocupação é natural e acontece com qualquer familiar que tenha esta tendência superprotetora, já que o Diabetes é uma doença crônica e, se o paciente não se cuidar, pode haver complicações graves.

Diante de tais preocupações e na ânsia de prestar assistência ao ente querido, os familiares acabam tomando atitudes que o próprio diabético poderia tomar. Tal superproteção é sempre sufocante ao diabético. O sujeito pode perder sua própria identidade e se acomoda diante destas atitudes. Pode sentir-se inútil e pensar que, pelo fato dos outros não acreditarem em seu potencial, ele é mesmo incapaz, não podendo se cuidar sozinho, o que leva a tornar-se cada vez mais dependente e passivo diante de sua própria doença. Acreditando estar fazendo o melhor, este familiar pode estar, na verdade, tolindo a pessoa diabético de suas capacidades. O paciente sente-se desvitalizado, sem forças para viver, entregando-se a doença.

Esta desvitalização pode ser simbolicamente interpretada à uma falta de *sede de vida, de objetivos* e, curiosamente, um dos sintomas do Diabetes é a sede constante. Pode-se analisar esta sede como desejo de tomar, de inserir, de algo que está vazio e precisa ser preenchido e a sede simbólica, da mesma forma, uma necessidade constante deste paciente para preencher este vazio de sua vida, de ir em busca de algo que lhe falta, de superar suas necessidades. Percebe-se a importância de estimular estes pacientes nesta busca de melhores condições de vida física, psíquica e social.

O Diabetes tem grande representatividade na vida de um diabético. Por exemplo, podem sentir a dificuldade de ter um emprego registrado em carteira, queixando-se que o patrão não compreende suas idas ao médico (visitas necessárias para o acompanhamento e controle). Parece que estão diante de uma faca de dois gumes. De um lado, uma “sede” inconsciente pela vida (em busca de sua própria identidade) e, por outro, um ancorar-se na doença no papel de vítima. N., anos, relata que, após a separação dos pais, surge o diabetes e com isto, seu pai acaba voltando para casa, junto dela. Há um ganho secundário em tornar-se doente, a volta do pai, mesmo que inconsciente.

Vejamos também a influência da figura paterna sobre o comportamento das pessoas e particularmente, dos diabéticos. Esta função está diretamente ligada à questão do controle, às limitações e horários a serem cumpridos, mantendo a ordem e a disciplina. Na estória, o pai de João e Maria, mesmo sentindo dificuldade em levar os filhos para a floresta, dá uma ordem e eles obedecem (embora tivessem escutado a conversa dos pais na noite anterior).

Assim também pode acontecer com a pessoa diabética. Ela pode ter dificuldades quanto a alimentação e se sentir a caminho da morte; o mesmo sentimento das crianças na estória, que foram abandonadas na floresta por falta de comida. O diabético tem dificuldades com sua alimentação pois tem restrições quanto a o que comer, não podendo sucumbir às vontades de, por exemplo, comer um doce. Deve obedecer as instruções do médico e do nutricionista. Tal qual Joãozinho que sabia que seria penoso ir para a floresta, mas o fez. O detalhe foi que ele teve uma alternativa bastante criativa, de pegar as pedrinhas e ir jogando-as pelo caminho para achá-lo de volta. Os produtos *diet* podem ser as “pedrinhas” do diabético que o ajudam a se alimentar saudavelmente de acordo com suas possibilidades. Se comerem os mesmos alimentos de antes ou se tiverem uma vida desregrada, sem horários para se alimentar, podem ocorrer complicações. Ou seja, se desobedecerem as regras, podem se complicar.

Portanto, desde pequeno, o sujeito já deve ter experienciado situações adversas ao seu desejo e assim, aprenderá sua melhor maneira de com elas lidar. Apenas ele, e mais ninguém, pode se conscientizar do que quer e do que realmente pode realizar. Esta é a função paterna, que mostra ao sujeito suas possibilidades mas também suas limitações.

Ressalta-se ainda o papel do patinho branco do conto que ajuda João e Maria a atravessarem o rio. Pode-se fazer uma analogia do patinho branco com o médico, o qual o paciente sabe (ou deveria saber) que pode contar, se for necessário, sendo que este, muitas vezes acaba, inclusive, carregando nas costas este paciente até o outro lado, ou seja, até ele se restabelecer. Na estória, João montou no patinho e pediu que Maria montasse também, mas Maria falou que se fossem os dois de uma vez só o pato não agüentaria. Poderia se comparar esta situação como em um tratamento, onde o paciente deve fazer a sua parte também. Assim como o pato não agüentaria com as duas crianças em seus ombros, o médico também precisa dividir o peso da responsabilidade no tratamento com o paciente, delegando parte do tratamento a ele, o principal beneficiado. É a questão do comprometimento.

Se o médico assume o tratamento sozinho, o paciente fica isento das responsabilidades e isso implica em uma dependência excessiva com relação ao profissional. Para alcançar um estado saudável, cada um deve fazer sua parte. O paciente precisa de orientações médicas e o médico, do comprometimento de seu paciente quanto a suas orientações.

João, no conto, joga as pedras e olha para trás. Pode-se interpretar este “olhar para trás” como um olhar para o passado. Cada pedra pode representar também o passado do indivíduo constituindo a solidificação de uma construção. É preciso fazer certas avaliações nesta construção. Ver se nada falta ou sobra. E no decorrer, é importante saber como está sendo estruturada. Existem pessoas que não conseguem olhar para esta construção nem avaliá-la. Não conseguem ver as pedras, como João as via. Nesta situação, pode ser necessário um espaço para refletir sobre estas dificuldades. É então que entra o trabalho do psicólogo e, através da psicoterapia, o paciente pode melhor se conhecer, olhar para sua vida, sua construção, entendendo o que está fora do lugar e como é possível organizá-la.

O trabalho do psicólogo pode ser associado ao de um garimpeiro que está a procura de tesouras, pedras preciosas. Quando as encontra, elas são passadas por um processo de limpeza. E é na peneira que vai surgindo o brilho. Tais jóias, mesmo depois de serem limpas, ainda passam por um processo de lapidação. Através da psicoterapia, o paciente diabético pode trabalhar sua independência assumindo o seu tratamento. Algumas pessoas não conseguem enxergar o que são e do que são capazes.

O processo terapêutico é demorado pois o psicoterapeuta tem que ter cautela, cuidado como o garimpeiro. É uma vida inteira que está sendo revista e modificada. E o andamento do processo terapêutico varia de pessoa para pessoa. É como um forno que pode assar de maneira diferente (por exemplo, o forno de microondas assa muito rápido; o forno a lenha, é mais demorado e o elétrico é um intermediário entre os outros dois). Assim também as pessoas que tem o seu ritmo no acompanhamento psicológico. Olhar para trás, para o que já passou e viveu, é fazer uma reconstrução e isso é saudável. Diferente da pessoa que vive presa a um passado, o que não é produtivo, pois impede a pessoa de aprender com suas experiências e crescer.

Também é necessário olhar para frente. Na estória, o pai de João diz isso a ele. Mesmo não tendo o pai sempre por perto é preciso desenvolver uma força interna para, mesmo em momentos difíceis, encontrar forças e olhar para frente. É preciso ter objetivos e perspectivas. A vida é uma eterna construção e, às vezes, necessitamos olhar para a construção para ver se ela está adequada.

A bruxa no conto, foi facilmente enganada por João por não enxergar direito (quando ela pedia o dedo dele para ver se estava gordinho ele dava a ela um ossinho). João estava enganando a bruxa, pois tinha um objetivo: estava lutando pela vida. Os diabéticos também devem ter o objetivo de lutar pela vida.

Ao sair da sua casa para ir a floresta, Maria leva consigo um pedaço de pão embaixo de seu avental. É importante que o paciente diabético leve sempre consigo algo para comer, como balas, barra de cereal ou outra indicação do nutricionista. O paciente diabético pode ter crises e esta segurança lhe ajudará.

Na estória, João, ao ver sua irmã desesperada, a consola pede para ela se acalmar, que duram tranqüila pois Deus não irá abandoná-los. Diante de uma situação estressante, é necessário manter a calma pois sabe-se que o stress, a ansiedade pode influenciar e alterar a glicemia. Muitas vezes, não se consegue mudar um problema mas pode-se mudar a maneira de encararmos este problema. E isto, ninguém pode fazer por ninguém. As pessoas devem acreditar em si próprias, além de em uma força superior (como cada um conceba esta força, dependendo de sua religião). As crenças religiosas desempenham um papel importante na cura de qualquer doença, principalmente por manterem a fé, a vontade da pessoa de melhorar e curar-se. E é necessário que para isto se mantenha cada um deve fazer a sua parte como ilustra o seguinte conto:

“Uma pessoa muito devota a Deus estava diante de uma tempestade. A enchente estava prestes a cobrir sua casa. Passou uma barca e ofereceu-lhe ajuda. O homem dispensou a barca dizendo que

Deus o salvaria. A água continuou subindo e estava prestes a cobrir o telhado. Veio um helicóptero. Mais uma vez o homem falou da sua fé e que Deus o salvaria. A correnteza foi tão forte que o homem morreu afogado. Chegando no céu conversou com São Pedro e questionou a postura de Deus perguntando o porquê da sua morte, pois ele era um homem de fé. E a resposta que teve foi que Deus havia feito de tudo para salvá-lo. Mandou até um helicóptero, mas ele não soube aproveitar a oportunidade.”

Frente a situações difíceis na vida como, por exemplo, uma doença, é possível sentir-se revoltado, inclusive com as divindades. Pode-se pensar: “Por quê comigo?”. Acredita-se que, se achar um culpado, alivia-se um pouco a angústia da doença. Assim, tem-se a impressão de aliviar a culpa que sentem inconscientemente, pelo surgimento do diabetes ou a culpa que lhe imputam por ser diabético, como se fosse responsável. Alguns pacientes comentam: “Se eu fosse menos estressado, isto poderia não ter acontecido”. Familiares também manifestam este tipo de pensamento sobre a pessoa diabética. O stress, isolado de outros fatores, não deixaria uma pessoa diabética, mas se ela tem uma predisposição genética pode ser um dos fatores desencadeantes da doença. Esta questão fundamental do trabalho é melhor discutida no item relacionado ao stress.

A bruxa, no conto, tem olhos vermelhos e é traiçoeira; fez uma casa de doces, atraiu as frágeis crianças e depois os prendeu. Assim pode ser também a relação do diabético com o doce. Por mais atrativos que sejam não deixam de ser uma armadilha. É necessário se reeducar, através das orientações do nutricionista, aprender a comer e comer com qualidade.

A bruxa prendeu João em um curralzinho e a ele era dado a melhor comida, enquanto Mariazinha só ganhava cascas de caranguejo. Percebe-se o quanto os diabéticos se vêm comendo “cascas de caranguejo”, assim como Maria. Não gostam dos produtos *diet* e querem o que não é aconselhável comer. Este fato pode se agravar se o diabético encarar que os demais membros da família (irmãos, pais, esposos...) comem melhor que ele, o que querem e a hora que quiserem. Pode acabar gerando um desconforto a si próprio pois se sente discriminado, diferente. Esta sensação pode contribuir para sua auto-imagem.

Deve-se ressaltar que tal pensamento e sentimento é fruto de fantasias da própria pessoa. O limite existe para qualquer ser humano. Não poder comer qualquer coisa, o quanto quiser, como quiser é uma realidade a todos, mais evidente em alguns por inúmeras causas.

No caso de crianças diabéticas, a pessoa responsável pode ter dificuldades em lidar com estas diferenças que enfrentam e, muitas vezes, não percebe que protege um filho diabético e não o faz com o outro, que não apresenta a doença. Por exemplo, permite ao não diabético sair e não o diabético. Este

tipo de comportamento acaba despertando ciúmes em ambos os filhos ou pela proteção excessiva ou pela liberdade que os que não possuem gostariam de ter. Apesar das dificuldades em lidar com estas situações, o importante é manter a franqueza e tentar buscar assumir o tratamento, não apenas aconselhar.

Discutindo esta dificuldade entre dizer e fazer, convém exemplificar através de um conto popular. Mahatma Gandhi, certa vez, foi procurado por uma mãe que estava desesperada, pois seu filho havia recebido recomendações médicas de que não poderia comer doce por ser diabético, e ele não seguia tais recomendações. A mãe buscou um aconselhamento. Gandhi pediu a mãe que voltasse com o menino três meses depois. O tempo passou e ela voltou com seu filho e Gandhi pediu ao menino para que ele não comesse mais doce e o menino concordou. A mãe achou aquele comportamento tão simples, e quis saber por que ele demorou três meses para pedir ao seu filho para parar de comer doces. Gandhi respondeu que há três meses atrás ele, Gandhi, ainda comia açúcar.

Através do comportamento de Gandhi pode-se entender que a pessoa que convive e cuida do diabético precisa, em alguns momentos, trocar de lugar com o diabético. Perceber como ele se sente e quais são as dificuldades que ele passa. Perceber seu próprio controle diante das situações da vida e o que isto implica e tem como consequência.

É necessário ter a esperteza de Maria para lidar com situações de pressão, pois muitas vezes, um parente ou amigo não entende as dificuldades do diabético e insiste para que coma um pouco, que não lhe fará mal, etc. Como é da cultura brasileira, comer é um ato social. Também existem pessoas que se sentem ofendidas caso um convidado não como o que lhe oferece. É difícil livrar-se da pressão que as pessoas exercem sobre outras, principalmente quando esta pressão também lhe é interna. No caso, o próprio diabético também gostaria de comer e já tem que se controlar, sem a pressão de ninguém, o que só agrava a situação. É a atitude de cada um em saber lidar com tais situações que diferenciarão o grau de dificuldade que enfrentarão.

O pai das crianças no conto, amarrou um galho na árvore para que elas achassem que ele estava por perto, pois parecia o barulho do machado. Em momentos difíceis, é tranquilizador saber que existe apoio de alguém. O galho também pode ser interpretado como controle ensinado pelos pais está presente e interiorizado nos filhos. Mesmo longe se sua presença física, sabem o que podem ou não fazer. Afinal, nem sempre é possível estar por perto, portanto, é melhor ensiná-los a se cuidar e não depender de seu controle e cuidados. Mas para que isto seja possível, os pais devem estar dispostos a

abrir mão de seu “poder” em controlar e perceber que seus filhos podem ter total capacidade para isto, caso os próprios pais lhe incentivem para tal.

Os personagens do conto conseguem voltar para casa cheios de moedas de ouro. Este fato pode mostrar o quanto sair de casa, procurar novas fronteiras, pode ajudar para o crescimento pessoal e que qualquer um, mesmo o diabético, tem condições de ter uma vida ativa, um trabalho, manter seus relacionamentos e vida social. Voltar para casa pode significar também olhar para si próprio. Encontrar-se com seus princípios e desejos. Perceber o que é seu e o que pode ser cultivado. Isto é possível a qualquer pessoa, independente das dificuldades que possua, basta querer!

12. Relação de Fatores Emocionais (Estresse) e Diabetes

O estresse assola o dia-a-dia das pessoas, nos conflitos familiares, nas relações pessoais e profissionais etc. Nesta pesquisa foi possível observar que fatores estressantes são relacionados ao surgimento do diabetes pelas pessoas entrevistadas. Pretende-se avaliar o estresse como fator de acréscimo no surgimento do diabetes. Sugere-se que além de uma pré-disposição genética ou hereditária, fatores estressantes contribuem para o desencadeamento da doença.

Comparou-se o grupo controle (verificar mais informações na metodologia deste trabalho) com grupos do Projeto Doce, onde foram realizadas anamnese com 44 pacientes, sendo 22 do sexo feminino e 22 do sexo masculino, com idades de 06 a 70 anos.

Ao grupo controle, foi feita a seguinte pergunta: Você acredita que algum fator estressante ou marcante pode ter auxiliado o surgimento do diabetes?

Dos entrevistados, 54% relacionaram o fator estressante ao surgimento do diabetes (Preocupações, perdas de pessoas queridas, acidentes...). Também no grupo de pacientes do Projeto Doce, através de anamnese, 63% relacionaram fatores estressantes ao surgimento da doença (preocupações financeiras, profissionais, familiares...).

Derivada da palavra inglesa, *Stress*, era originalmente empregado em física, no sentido de traduzir o grau de deformidade sofrido por um material quando submetido a um esforço, ou tensão. Em 1936, Hans Selye *in* Silva (1994) introduziu a expressão no jargão médico e biológico, expressando o esforço de adaptação dos mamíferos para enfrentar situações que o organismo perceba como ameaçadoras a sua vida e a seu equilíbrio interior.

É importante para o ser humano um estado de equilíbrio interior chamado por Cãnõn *in* Silva (1994) de homeostase. Qualquer modificação percebida pelo organismo que seria como uma ameaça a

sua vida, desencadearia toda uma situação de alarme e preparação para fazer face ao perigo. Com a percepção dessa ameaça, o cérebro emitiria ordens para a mobilização de defesas e o sistema simpático seria ativado, com a conseqüente descarga de catecolaminas no sangue. Para facilitar poderíamos imaginar a situação de um rato sendo perseguido por um gato. Ao dar-se conta de todo o organismo do rato em resposta a descarga adrenérgica ordenada pelo cérebro, através do simpático, prepara-se para fazer face à ameaça: O coração “bate” mais forte e mais rápida de forma que mais sangue seja fornecido ao músculo e a respiração se acelera e, conseqüentemente, mais oxigênio é disponível; as pupilas dos olhos se dilatam, e assim o animal enxerga melhor, os pêlos se eriçam na esperança de mostrar aspecto assustador ao inimigo. Todas essas alterações caracterizam o estresse, a que o organismo do rato está submetido naquele momento de perigo.

Dr. Marco Aurélio Dias da Silva em “Quem ama não adoece” (1994) faz uma citação de estresse onde um empregado que recebe, ou que esta em vias de receber uma violenta “bronca” do patrão, fica sob tensão e se prepara para enfrentar a situação que vê e sente como ameaçadora e perigosa. Ou seja todo o seu corpo se prepara para as duas reações naturais de qualquer animal frente ao perigo: agressão ou fuga. A grande diferença é que esse empregado não sairá correndo, nem agredirá fisicamente seu patrão, mesmo que tenha um enorme desejo de o fazer. A conseqüência consistirá em que venham sofrer essa descarga, justamente os órgãos como estômago, intestinos, artérias, coração...

O potencial nocivo, causador de doenças criado pelas situações estressantes dependerá do tipo e da intensidade do estresse, mas provavelmente dependerá da sua repetição e duração ao longo da vida e da forma como cada um lida com as situações do dia-a-dia. O componente estressante individual está ligado a personalidade da pessoa, pois tem muito a ver com sua história de vida. Pois enquanto, em um engarrafamento de trânsito, uma pessoa faz xingamentos ou buzina, outros pacientemente aguardam sua vez, ouvindo música ou simplesmente pensando na vida.

O estresse é um mau que atinge as pessoas. É um esforço extra a que o organismo é submetido ao ter que adaptar-se a uma situação diferente do que está acostumado e que lhe provoque sofrimento. Existem três tipos de estresse, segundo o site www.omnium.com: o físico; o ambiental e o psicológico. Estresse físico é causado por uma patologia ou traumatismo; o ambiental, devido ao calor ou frio em demasia. E o psicológico pode ser causado por qualquer pensamento capaz de colocar o organismo em estado de alerta. Este último é que será ressaltado neste trabalho.

Este site descreve as reações nervosas do estresse, abaixo:

Hipotálamo (A)

Todo o estresse produzido por uma preocupação ou ansiedade ativa o hipotálamo, que transmite uma mensagem para que o organismo fique em estado de tensão, de perigo iminente.

Hipófise (B)

Recebe a mensagem, enviada pelo hipotálamo, de que existe uma situação de risco. A glândula envia pelo sangue mensagens químicas para que o corpo se prepare para a luta ou fuga.

Glândula supra-renal (C)

A hipófise determina que a glândula que comece a secretar os adrenalina e cortisol, que preparam o corpo para as situações de perigo. As mensagens são instantâneas

O Corpo (D)

Levado ao estado de alerta, acontecem alterações em todo organismo. O sangue se concentra no coração, para bombear mais rapidamente; nos pulmões, para realizarem mais trocas gasosas, nos músculos para se contraírem; em certas áreas do cérebro que capacitam o organismo para tomar decisões rápidas.

O estresse provoca diversos sintomas, entre eles: aumento do suor; palidez da pele; aceleração do coração e respiração; contração do estômago; aumento do metabolismo; aumento dos níveis de glicose e colesterol no sangue; aguçamento dos sentidos. A repetição destes sintomas, segundo o livro “Quem ama não adoce”, Silva (1994), podem, com o passar do tempo, se agravar e resultar em doenças como, por exemplo, gastrite, úlcera, hipertensão, doenças da tireóide, etc. O estresse é um aviso para o organismo de que algo não está bem e é necessário, portanto, tomar consciência da necessidade de ajuda. A mensagem de perigo é sempre renovada, o organismo permanecer em estado de alerta até entrar em fadiga.

O estresse apresenta sintomas específicos para cada indivíduo. Ele se inicia pela exposição contínua ou exagerada (para aquele organismo) a uma situação determinada. Pode-se perceber o que acontece em uma situação de estresse físico: se você fizer um movimento muscular (perna, braço, mão) de forma repetida e prolongada, seus músculos, sem tempo para se recompor, em determinado momento deixarão de responder ao seu comando. Deixarão de fazer aquele movimento e passarão ou a um estado de torpor ou a efetuar um outro, parecido com um tremor. Duas pessoas fazendo este teste obterão diferentes respostas do organismo. A que tiver melhor preparo físico demorará mais para chegar ao stress muscular.

O estresse se apresenta de maneira diferente para diferentes pessoas. Ele se inicia com sintomas emocionais e se amplia para o campo físico. Nesse âmbito pode-se iniciar com sintomas pequenos e de pouca importância (caspa, por exemplo), mas se expande para sintomas de reflexos mais significativos como enxaqueca, hipertensão, úlcera, etc.

Percebe-se que o percentual demonstrado pelo grupo controle e nos pacientes do Projeto Doce é bastante significativo. Os dados sugerem a hipótese de que o equilíbrio emocional do indivíduo contribui de modo determinante em vários aspectos de sua vida. Isto não significa afirmar que o estresse é causa do diabetes, mas que, havendo uma predisposição biológica, somada a um momento estressante na vida de um indivíduo, doenças podem se desencadear, no caso, o diabetes.

Outras patologias percebem a influência de fatores emocionais interferindo, ou desencadeando doenças, como cita o folder: CCFA – Crohn's & Colitis Foundation of América INC.

Como o corpo e a mente estão estreitamente inter-relacionados, o estresse emocional pode influenciar a evolução da doença de crohn ou qualquer outra doença. Embora problemas emocionais agudos algumas vezes precedam o início ou a recorrência da doença de crohn, essa sequência não implica uma relação de causa e efeito. É muito provável que o estresse emocional, sentido algumas vezes por pessoas com doença de Crohn, seja uma reação aos sintomas dolorosos e incômodos causados pela própria doença. Pacientes com a doença de Crohn devem receber compreensão e apoio emocional de suas famílias e seus médicos. Alguns pacientes se beneficiam consideravelmente do tratamento com um terapeuta informado sobre a doença inflamatório intestinal ou a doença crônica em geral...

Kaplan, Harold I. no Compêndio de psiquiatria afirma que

o sistema imunológico interage tanto no SNC quanto com o sistema endócrino. embora as condições psiquiátricas possam ser associadas com anormalidade no sistema imunológico, não se sabe se esta associação representa um defeito primário ou um efeito secundário de um sistema nervoso. Sabe-se contudo que o sistema imunológico pode estar envolvido na fisiopatologia de condições psiquiátricas, permitindo que um patógeno danifique o tecido nervoso, como ocorre na Síndrome de imunodeficiência adquirida (AIDS) ou danificando o próprio tecido nervoso, como nos transtornos auto-imunes... (1997, pg 148)

Ele continua, na mesma página:

O principal enfoque experimental para os efeitos do estresse sobre o sistema imunológico envolve animais submetidos ao estresse. Os estudos mostram uma redução do número de linfócitos, menor proliferação em resposta ao estímulo, e uma redução da produção de anticorpos. Estes efeitos sobre o sistema imunológico são mais

acentuados nos paradigmas experimentais em que o animal não tem como escapar da situação estressante. Alterações paralelas das respostas imunológicas foram descritas em humanos, em situação de estresse.

Kaplan acrescenta (pg 118): *“a reatividade imunológica pode ser influenciada pelo estresse. O estresse crônico ou intenso, em particular, em geral, torna as células do sistema imunológico menos sensíveis a desafio.”*

Leshan (1994) em seu livro “Brigando pela vida – Aspectos emocionais do câncer” relata que *“(…) entre mais de cinqüenta pacientes que tratei na psicoterapia intensiva, muitos haviam sofrido algum tipo de perda quando crianças; a morte de um pai ou irmão ou afastamento de um ou de ambos os pais física ou emocionalmente”* (pg 72).

Estas observações permitem pensar que os aspectos emocionais podem desencadear doenças orgânicas. A autora acrescenta: *“(…) quando as tensões não são liberadas e a raiva é reprimida, podem tornar-se mais fortes. Sabemos que isso acontece no desenvolvimento de úlceras. Será que podemos negar a possibilidade de que isso também aconteça no desenvolvimento do câncer?”*. Tal questionamento pode ser realizado no caso do diabetes. Será que estado emocional pode contribuir para o desencadeamento do diabetes?

13. Conclusão

O objetivo principal desta monografia a princípio, era o de estudar o comportamento do paciente diabético, desde a descoberta da doença, a influência de características da personalidade no desenvolvimento dos sintomas e a relação da influência do meio social e suas implicações no convívio do Diabetes, tudo isto através da correlação teórico-prática. Ao longo do trabalho, tornou-se cada vez mais necessário restringir os objetivos do estudo, visto a abrangência e complexidade do mesmo.

Após definida a sintomatologia e o tratamento a que um paciente diabético é submetido, passou-se a correlacionar fatos da vivência de sujeitos diabéticos (desde dados de suas vidas anteriores a doença, seu modo de relação familiar e social até seus comportamentos atuais) com a sua aceitação e implicação no tratamento da doença. Através de questionários, testes psicológicos, dinâmicas de grupos e contatos individuais, foi-se delimitando tais comportamentos e hipóteses foram surgindo.

Três principais linhas de pensamento foram-se delineando ao longo da pesquisa: a influência de fatores emocionais (estressantes) ao indivíduo e no controle do Diabetes; a possibilidade de se determinar características de personalidade mais “favoráveis” ao surgimento da doença (indivíduos com mais propensão para este tipo de doença); e, o estudo do simbolismo da doença Diabetes. Estas três linhas são abordadas neste presente trabalho respectivamente nos itens 12, 10 e 8.

Percebe-se a riqueza de cada uma destas linhas de pensamento e conseqüentemente, sua complexidade, o que impossibilita o aprofundamento destes três estudos neste trabalho atual. Portanto, cabe aqui apontar para a possibilidade de estudos futuros nestes três âmbitos, a fim de que se possa melhor pesquisá-los.

Nesta monografia, preferiu-se focar as atenções nas hipóteses sobre a influência dos fatores emocionais (estressantes) no surgimento do Diabetes e os comportamentos do indivíduo frente a esta dificuldade. Conclui-se até agora, através dos dados levantados nesta pesquisa, que esta doença surgiu, para a maioria dos sujeitos pesquisados, em momentos de grande pressão interna ou externa ao sujeito, pressão esta que pode ser correlacionada aos sintomas do estresse. Não é possível, através dos dados obtidos, afirmar um movimento causal nesta relação. Não se pôde comprovar até então que o estresse *causa* o Diabetes mas, situações determinadas como stressantes na vida de um indivíduo podem *potencializar* seu surgimento (acrescido de outros fatores como a influência genética e o comportamento alimentar exagerado, que pode levar a obesidade e maior suscetibilidade a doença). Da mesma forma, a influência de situações stressantes no dia a dia de um diabético pode dificultar o controle da doença problematizando o quadro ainda mais. Fatores stressantes podem ser causa do

desencadeamento e/ou agravamento do Diabetes e ao mesmo tempo, são consequência da constatação da doença.

No contato com pessoas que desenvolveram esta doença, foram-se analisando alguns aspectos específicos de toda esta situação e o que podem simbolizar. Chama a atenção a necessidade de limites que estes sujeitos demonstram, limites que não lhe foram muito presentes ao longo da formação de sua personalidade e, conseqüentemente, que afetam suas relações atuais. Constatou-se que a ausência de uma função paterna, função esta que proíbe e contém o impulso de desejos, está diretamente ligada a função simbólica que o diabetes faz na vida destes sujeitos - também de proibir e conter desejos e querer.

A ambigüidade “desejo / impossibilidade de satisfação deste desejo” que o diabético sente através da vontade de comer e não poder, perpassa toda a discussão do presente trabalho e direciona a atenção para uma das principais funções desta polaridade: o desejo de comer e não poder simbolicamente limita o sujeito, tal limitação pode ser entendida como a função paterna, que não foi internalizada. A doença vem para fazer esta função, necessária ao indivíduo.

Nos grupos também se ressaltou a questão das mães superprotetoras que apesar da boa intenção elas limitam a independência do paciente e assumem o tratamento. Com a intenção de proteger tornam-se superdominadora, como Demeter. No tratamento médico ela intercede pelo interesse do paciente assumindo o controle. O diabético permanece dependente desta mãe por sentir-se mais carente e necessitado de cuidados.

O pensamento junguiano norteou toda a análise do trabalho e também a prática no contato com os pacientes diabéticos voluntários para o Projeto Doce e para a pesquisa realizada.

E toda esta análise aponta para a necessidade do desenvolvimento de técnicas que auxiliem o sujeito com Diabetes a lidar com as dificuldades que enfrenta no cotidiano de forma menos estressante possível. Um dos objetivos desta monografia era apontar para a necessidade de projetos que viabilizem este tipo de conscientização, como foi citado o Projeto DOCE. Envolvendo por um lado, profissionais que percebam a necessidade deste trabalho de sensibilização e por outro, os próprios pacientes que necessitam de tais orientações, o projeto é pioneiro ao perceber a importância deste estudo e também ao priorizar atividades que vão de encontro a esta demanda.

É importante frisar que este presente estudo aponta para diferentes direções de aprofundamento, desafios necessários para a constante superação de barreiras vivenciadas por milhares de pessoas em todo o mundo que sofrem com o Diabetes. Através do contato com alguns destes sujeitos, pode-se compreender que cada batalha vencida no controle dos sintomas pode e deve ser comemorada e, somando a força de vontade de diabéticos, familiares e profissionais da saúde, com o conhecimento da

doença, pode-se alcançar o seu controle e um aumento gradativo da qualidade de vida destes indivíduos, lembrando que o diabetes é uma doenças crônica, porém tratável.

14. Referências Bibliográficas

1. Andrew Samuels, **Bani Shorter and Alfred Palut, A critical Dictionary of Jungian Analysis**, 1986, Direitos adquiridos por Imago editora ltda.
2. Bolen, Jean Shinoda, “**As Deusas e a Mulher**” – **Nova Psicologia das Mulheres** – São Paulo: Paulus, 1990. (Coleção amor e psique).
3. Daryl Sharp **Tipos de Personalidade, O Modelo Tipológico de Jung**. Ed Cultrix Ltda, São Paulo, 1987
4. Debray, Rosine **O equilíbrio psicossomático – e um estudo sobre diabéticos-** São Paulo casa do psicólogo-1995
5. Downing, Cristine (org), **Mirros of the Self Archetypal Images that Shape your life**, Copyright, 1991.
6. Freud, Sigmund-. **Obras Psicológicas Completas**. Edição Standard. Rio de Janeiro: Imago, 1990.
7. Jung, C. G. “**Chaves-resumo das obras completas de Jung**” – São Paulo: Ed. Atheneu, 1998.
8. Kaplan, Harold I **Compêndio de Psiquiatria: Ciências do Comportamento e Psiquiatria Clínica / Harold I., Kaplan, Benjamin J. Sadock e Jack A. Grebb; trad. Dayse Batista. – 7. ed. – Porto Alegre: Artes Médicas, 1997.**
9. Hirsch, Sônia **Sem açúcar com afeto** Rio de Janeiro: CorreCutia, 1998.
10. Lacan, Jacques, 1901-1981, **O seminário, Livro 8: a Transferencia** : texto estabelecido por Jacques Alain-Miller, versão brasileira de Dulce Duque Estrada Revisão do texto Romildo do Rego Barros. – Rio de Janeiro: Jorge Zahar ed., 1992
11. LeShan, Lawrence **Brigando pela vida: aspectos emocionais do câncer** São Paulo: Summus, 1994
12. Oliveira, Rogério, **O doce amargo da vida: depoimento de um médico que aprendeu a conviver com o diabetes**, Rio de Janeiro, ed. Nova Fronteira, 1992.
13. Silva, Marco Aurélio Dias da **Quem ama não adoce** São Paulo, SP, Ed. Best Seller, 1994.
14. Silveira, Nice da **Jung: vida e obra** Nise da Silveira – 7ª ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1981 (Coleção Vida e Obra)
15. Site “bdbomdia.com”– do Centro BD de educação em diabetes
16. Site “omnium.com”
17. Ulson, Glauco **O Método Junguiano** Série Princípios – ed. Ática, 1988, São Paulo
18. Whitmont, Edward C., **A busca do Símbolo – Conceitos básicos de Psicologia Analítica**. São Paulo, Ed. Cultrix, 1995.
19. Valle, Procópio do, **Viva em paz com o seu diabetes**, Rio de Janeiro, ed. Atheneu, 1987
20. Zacharias, José Jorge de Moraes **Manual do Questionário de Avaliação Tipológica (QUATI)**, Versão II, 4ª edição, Revista e ampliada, Ed. Vetor, 2000.

21. Zagury Leão **Diabetes sem medo: Orientação para diabéticos e familiares** – Rio de Janeiro; ed Rocco, 1998

15. Anexos

ANEXO I

ANAMNESE

1. Dados de Identificação

Nome: _____
Endereço: _____ Bairro: _____
Cep: _____ Telefone: _____ Estado Civil: _____
Religião: _____ Profissão: _____
Local de Trabalho: _____ Data de Nascimento: _____
Renda: _____ Origem: _____ Sexo: _____
Psicólogo: _____

2. É diabético a quanto tempo?
3. Como foi descoberto o diagnóstico?
4. Quais as providências tomadas?
5. Ficou hospitalizado? Como foi a recuperação?
6. Qual a atitude tomada pelos familiares diante do diagnóstico?
7. Como era sua vida antes do adoecer?
8. Conte-me um dia antes do adoecer:
9. Tem outra patologia?
10. Algum procedimento cirúrgico? Qual? Como foi a recuperação?
11. Houve algum fato marcante na sua vida ou de seus familiares antes do aparecimento do Diabetes?
12. Tem conhecimento (informações) de sua doença?
13. Já ficou em coma? Como foi a recuperação?
14. Em que momentos seu Diabetes fica alterado?
15. Quais as dificuldades encontradas sendo um diabético?
16. O que é mais importante para você hoje?
17. Como é sua vida social?
18. Como é seu sono?

Obs: O psicólogo deve dar *feedback* para o pacientes apontando o que poderia ser trabalhado após a entrevista de anamnese.

ANEXO II

FICHA DE ACOMPANHAMENTO

Nome: _____ Pront: No. _____
End: _____ Bairro: _____
CEP: _____ Telefone: _____ Local de Trabalho: _____
Psicólogo: _____ CRP: _____

RESUMO DAS SESSÕES

__ / __ / __

__ / __ / __

__ / __ / __

AVALIAÇÃO DA PSICOLOGIA NO PROJETO DOCE

Esta avaliação pretende abrir espaço para os participantes do trabalho com a Psicologia em busca de maiores informações acerca dos membros do grupo, as relações que estabelecem com familiares, em seu convívio social, quais seus comportamentos e dificuldades, sempre com o intuito de aprimorar as atividades do Projeto Doce e alcançar maiores êxitos no tratamento do Diabetes. Informamos que não é preciso se identificar e todos os dados serão mantidos em sigilo. Pedimos sua colaboração nesta avaliação do trabalho da forma mais sincera e completa possível e desde já agradecemos sua participação que muito contribuirá para o crescimento do Projeto.

Sexo: _____ Idade: _____

1. O Projeto Doce ajudou-o a conhecer mais sobre sua doença?
2. Você notou alguma alteração de comportamento ou de relacionamento após o Projeto? Quais?
3. Você sente entusiasmo para frequentar o Projeto Doce?
4. Você tem se sentido mais seguro, confiante e independente com relação ao tratamento do Diabetes?
5. Algum parente frequenta o Projeto Doce no grupo de familiares? Como se sente com esta participação (ou falta dela?)
6. Como está seu convívio familiar?
7. E seu convívio social (escola, trabalho, amigos) ?
8. Em que situações tem se sentido com maiores problemas para conviver com o Diabetes? O que mais lhe perturba em função da doença?
9. Sugestões para o trabalho com a Psicologia tanto no grupo de pacientes quanto de familiares:

AVALIAÇÃO DOS FAMILIARES DA PSICOLOGIA NO P. DOCE

Esta avaliação pretende abrir espaço para os participantes do trabalho com a Psicologia em busca de maiores informações acerca do paciente diabético inscrito no Projeto Doce, suas relações familiares e sociais de forma geral, seus comportamentos diante da doença e também esclarecer dúvidas afim de alcançar melhores êxitos no tratamento e aprimorar as atividades do Projeto. Informamos que não é preciso identificar-se e todos os dados serão mantidos em sigilo. Pedimos sua colaboração para responder a avaliação da forma mais sincera e completa possível e desde já agradecemos sua participação que muito auxilia o trabalho com objetivos de contribuir com mais qualidade no entendimento, aceitação e tratamento do Diabetes.

Sexo: _____ Idade: _____

Qual seu parentesco com o paciente diabético? _____

1. Seu familiar consegue administrar seus medicamentos, seus horários, sua alimentação, sozinho ou requer cuidados de outros?
2. Como você se sente quando seu familiar sai sozinho?
3. Na sua percepção, como a família reage diante do Diabetes?
4. Como você se sente quando seu familiar está em um local onde não tem produtos *Diet*?
5. Você percebe alguma mudança no seu familiar após o acompanhamento psicológico? Quais ?
6. Sugestões para o trabalho com a Psicologia com os pacientes e familiares:

ANEXO VI

AVALIAÇÃO PSICOLÓGICA

1. Dados de Identificação

Nome: _____ Idade: _____
Sexo: _____ Estado Civil: _____ Religião: _____
Psicólogo: _____ Data da avaliação: __ / __ / __

2. Estado Emocional Geral

| | BOM | REGULAR | RUIM | SEM DADOS |
|--------------------------------|-----|-----------|------|-----------|
| Autoconceito | | | | |
| Auto-estima | | | | |
| Ansiedade | | | | |
| Depressão | | | | |
| Informações sobre a doença | | | | |
| Relação com a doença | | | | |
| Informações sobre o tratamento | | | | |
| Estrutura Emocional básica | | | | |
| Defesas Predominantes | () | Positivas | () | Negativas |
| Ruptura Psicótica | () | Sim | () | Não |
| Obs: | | | | |

3. Sequelas Emocionais do Paciente

| | Presente | | Ausente |
|-------------------------|----------|------|---------|
| | Forte | Leve | |
| Com Internação Anterior | | | |
| Com Tratamento Anterior | | | |
| Com Cirurgia Anterior | | | |
| Com Separações | | | |
| Com Perdas / Óbitos | | | |
| Obs: | | | |

4. Temperamento Emocional Observado

| | | | |
|--------------|--|------------|--|
| Introvertido | | Acentuado | |
| Extrovertido | | Compensado | |

5. Postura Frente a Doença e a Vida

| | | | |
|-------------------|--|---------------------|--|
| Tendência Biófila | | Tendência Necrófila | |
|-------------------|--|---------------------|--|

6. Estado Atual Frente a Doença e a Vida

| | | | |
|-----------|--|------------------|--|
| Negação | | Revolta | |
| Barganha | | Depressão | |
| Aceitação | | Ganho Secundário | |
| Obs: | | | |

7. Avaliação Psicossocial

- Infância (composição familiar, relação com os pais, vivências, acontecimentos relevantes)
- Adolescência (hábito, sexualidade, grupos, vivências, acontecimentos relevantes)
- Vida adulta (rotina diária, situação conjugal, relações com parceiros, contato com filhos, vivências, organização do lar, expectativas de vida)
- Contatos Sociais (empregos, amigos, participação na comunidade, lazer, atividades)

ESTATUTO DA EQUIPE MULTIDISCIPLINAR

O projeto DOCE(ver registro em anexo) é constituído de uma equipe multidisciplinar , a saber: médicos, nutricionistas e psicólogos. Trata-se de um trabalho voltado ao bem-estar do diabético e com normas a serem respeitadas. Os profissionais convidados pela equipe médica a fazer parte do projeto DOCE em outras localidades devem estar atentos para as observações deste estatuto.

É importante lembrar que o agir de maneira ética vai além do pensar bem e honestamente, como uma ressonância do mundo individual e pessoal, exigindo ao mesmo tempo que a consciência se manifeste de modo explícito através de ações claras e visíveis.

1) quanto a Adesão dos membros ao projeto doce:

É necessário:

A) ser convidado pela equipe médica.

D) passar por um treinamento na sede (Curitiba).

C) custear o treinamento individual no valor de R\$300, 00, pagamento este que deverá ser depositado em conta corrente oportunamente divulgada e que inclui o material e as horas aula.

B) que a equipe multidisciplinar do projeto DOCE em cada cidade seja formada por pelo menos um profissional de cada área acima descrita, a saber: um médico, um nutricionista, um psicólogo para cada 15 pacientes.

E) o treinamento inicial será realizado na sede (Curitiba) em um final de semana compreendido de quinta-feira a Sábado seguindo a distribuição de aulas teóricas e reuniões práticas de acordo com o folder que será enviado oportunamente. As datas destes treinamentos estarão à disposição através de contato telefônico com a senhorita Fernanda no número 412233277.

D) uma atualização anual através de simpósios ou cursos de atualização vinculando a presença de pelo menos três membros (um de cada especialidade) para que a parceria continue vigente.

2) quanto a responsabilidade Geral dos membros do projeto DOCE:

A) estar presente nas reuniões do grupo a cada encontro local.

B) trabalhar todas as questões pertinentes ao grupo.

C) assumir a responsabilidade somente por atividades para as quais esteja capacitado pessoal e tecnicamente.

B) zelar para que o exercício profissional seja efetuado com a máxima dignidade, recusando e denunciando situações que estejam sendo prejudiciais ao paciente.

E) participar de reuniões juntamente com a equipe multidisciplinar, visando o bem-estar do cidadão participando do grupo.

F) prestar atendimento individual quando necessário.

G) os membros do projeto doce se comprometem a não expandir o conceito do Projeto aos outros profissionais sem o consentimento dos profissionais do projeto DOCE de Curitiba.

H.) os responsáveis locais do projeto deverão prestar relatórios formais registrados em um programa de banco de dados a ser fornecido pela sede, ou em relatórios escritos/datilografados/digitados na impossibilidade de serem fornecidos através do programa (software) . Compromete-se também a enviar esses dados a cada quatro encontros do grupo local isto é os relatórios de verão ser encaminhados, visto que o grupo acontece com a periodicidade de três semanas.

I.) todas as publicações de artigos ou a de estudos usando os dados do projeto DOCE devem receber a aprovação da sede do projeto DOCE, em Curitiba.

J) o grupo deverá ser acompanhado por um período de dez anos.

H) e o desrespeito a uma ou mais regras acima citadas implicará na exclusão e punições a serem avaliadas.

CONTO DE JOÃO E MARIA

Perto de uma grande floresta, vivia um pobre lenhador com a sua mulher e seus dois filhos; o menino se chamava Joãozinho e a menina se chamava Mariazinha. O homem tinha pouca coisa para mastigar, e certa vez, quando houve grande fome no país, ele nem mesmo ganhar para o pão de cada dia. E quando ele estava, certa noite, pensando e se virando na cama de tanta preocupação, suspirou e disse a mulher:

O que será de nós? Como poderemos alimentar nossos pobres filhos, se não temos nada nem para nós mesmos?

—Sabes de uma coisa, —respondeu a mulher —amanhã bem cedo levaremos as crianças para a floresta, onde o mato é mais espesso. Lá acenderemos uma fogueira e as deixaremos lá sozinhas. Elas não vão mais achar o caminho de volta para casa, e estaremos livres delas.

—Não, mulher, —disse o marido —eu não farei isso; como poderei forçar meu coração a deixar meus filhos abandonados na floresta? As feras selvagens viriam logo estraçalhá-los.

—És um tolo, —disse ela, —então teremos de morrer de fome, os quatro; já podes procurar as tábuas para os nossos caixões. —e não lhe deu sossego até que ele concordou.

—Mas eu tenho dó das pobres crianças, mesmo assim, —disse o marido.

As duas crianças que também não conseguiram dormir por causa da fome, ouviram tudo o que a madrastra dissera ao seu pai. Mariazinha chorou lágrimas amargas e disse a Joãozinho:

—Agora estamos perdidos!

—Sossega, Mariazinha. —disse Joãozinho: — não te preocupes. Eu vou encontrar um jeito de nos salvarmos.

E quando os velhos adormeceram, le se levantou, vestiu o casaquinho, abriu a porta e se esgueirou para fora. A lua brilhava bem clara, e as pedrinhas brancas na frente brilhavam como moedas de prata. Joãozinho abaixou-se e encheu os bolsos com aquelas pedrinhas, quantas cabiam. Então ele voltou depressa para a casa e disse a Mariazinha:

— Consola-te, irmãzinha querida, e dorme tranqüila, Deus não vai nos abandonar, —e voltou a deitar-se na cama.

Quando começou amanhecer, antes do sol nascer, a mulher já foi entrando e acordando as crianças:

—Acordai, seus preguiçosos; nós vamos para a floresta buscar lenha, — e ela deu a cada uma um pedacinho de pão e disse: —Isto é para o vosso almoço, mas não comais antes, porque depois não ganhareis mais nada.

Mariazinha colocou o pão debaixo do avental, porque os bolsos de Joãozinho estavam cheios de pedrinhas. Então puseram-se todos a caminho da floresta. Quando já tinham andado um pouco, Joãozinho parou e olhou para trás, para a casa, e fez isso outra vez, e outra vez. O pai falou:

— Joãozinho o que ficas olhando ali e te atrasando? Presta atenção e anda para frente!

—Ora, pais, —falou Joãozinho, —estão olhando para meu gatinho branco que está sentado no telhado e quer me dar adeus.

A mulher falou:

—Bobo, não é o gatinho; é o sol da manhã que brilha na chaminé.

Mas Joãozinho não olhava para o gatinho, e sim jogava cada vez uma pedrinha brilhante do bolso para o caminho.

Quando eles chegaram no meio da floresta, o pai falou:

—Agora juntai lenha, crianças, eu quero acender uma fogueira, para que não sintais frio.

Joãozinho e Mariazinha trouxeram gravetos, um montinho deles. Os gravetos foram acesos e, quando a chama já ardia bem alta, a mulher disse:

—Agora, deitai-vos junto ao fogo, crianças, e descansai, enquanto nós entramos na floresta e procuramos lenha. Quando terminarmos, voltaremos para buscar-vos.

Joãozinho e Mariazinha ficaram sentados junto ao fogo e, quando chegou o meio-dia, cada um comeu o seu pedaço de pão. E como estavam ouvindo os golpes do machado, pensaram que o pai estava perto. Mas, não era o machado, era um galho que o pai amarrara a uma árvore seca, que o vento fazia bater de um lado para outro. Ficaram lá sentados muito tempo, até que seus olhos se fecharam de cansaço e ambos adormeceram profundamente. E quando acordaram, já era noite fechada.

Mariazinha começou a chorar e disse:

—Como é que vamos sair da floresta agora?

Mas Joãozinho a consolou:

—Espera um pouquinho até que aparece a lua, então nós acharemos o caminho.

E quando surgiu a lua chia, Joãozinho tomou a irmãzinha pela mão e seguiu as pedrinhas brancas que brilhavam como moedas de prata recém-cunhadas, e mostravam o caminho às crianças. Caminharam a noite inteira e chegaram de madrugada à casa de seu pai. Bateram na porta e, quando a mulher abriu e viu que eram Joãozinho e Mariazinha, foi logo dizendo:

—Ó crianças más, por que ficastes tanto tempo dormindo na floresta? Nós pensamos que não queriam voltar mais para a casa.

Mas o pai ficou contente, porque lhe doera o coração ter deixado as crianças assim sozinhas e abandonadas.

Pouco depois, houve novamente miséria por toda à parte, e as crianças ouviram a madrasta falando ao pai de noite, na cama:

—Já consumimos tudo de novo; temos ainda meio filão de pão, depois será o fim de tudo. Temos de nos livrar das crianças; vamos levá-las para mais fundo na floresta para que não encontrem mais o caminho de volta. Não há outra salvação para nós.

Isso era doloroso para o coração do homem, e ele pensou: “melhor seria repartir o último bocado com as crianças”. Mas a mulher não queria ouvir nada do que ele dizia, ralhou com ele e repreendeu-o. Quem diz “A” tem de dizer “B” e, já que ele cedera da primeira vez, tinha de fazê-lo também agora.

Mas as crianças ainda estavam acordadas e escutaram a conversa. Quando os velhos adormeceram, Joãozinho se levantou, como da outra vez, mas a mulher trancara a porta e ele não conseguiu sair. Mas ele consolou a irmãzinha e disse.

—Não chores, Mariazinha, e dorme tranqüila; o bom Deus vai nos ajudar. De Manhã cedo a mulher veio e tirou as crianças da cama. Elas receberam o seu pedacinho de pão, que era ainda menor que o anterior. No caminho da floresta, Joãozinho esfarelou-o dentro do bolso, parou diversas vezes e jogou no chão uma migalha atrás da outra.

—Joãozinho, por que ficas parando e olhando para trás? —perguntou o pai. —vai andando em frente.

—Estou olhando para a minha pombinha, que está pousada no telhado e quer me dar adeus, - respondeu Joãozinho.

—Bobo, —resmungou a mulher, —não é pombinha nenhuma, é o sol da manhã brilhando na chaminé.

Mas Joãozinho ia jogando migalha após migalha pelo caminho.

A mulher levou as crianças ainda mais fundo na floresta, onde elas nunca estiveram antes em toda a vida. Lá fizeram novamente uma grande fogueira, e a madrasta falou:

—Ficai sentadas aqui, crianças, e quando estiverdes cansadas, podeis dormir um pouco; nós vamos para dentro do mato cortar lenha e, à tardinha, quando terminarmos, viremos buscá-las.

—Quando foi meio-dia, Mariazinha repartiu o seu pão com Joãozinho, que espalhara o seu pelo caminho. Então eles adormeceram, e anoiteceu, mas ninguém veio buscar as pobres crianças. Elas acordaram quando já era noite fechada, e Joãozinho consolou a irmãzinha e disse:

—Espera só, Mariazinha, até que apareça a lua; aí poderemos ver as migalhas de pão que eu fui espalhando, e elas nos mostrarão o caminho de volta para casa.

Quando a lua surgiu, eles prepararam-se para ir: mas não encontraram nem uma só migalha, porque os milhares de pássaros que voavam na floresta e no campo as bicaram todas. Joãozinho disse a Mariazinha:

—Nós vamos encontrar o caminho!

Mas eles não encontraram. Caminharam a noite inteira e mais um dia, de manhã até a noite, mas não conseguiram sair da floresta. E estavam com muita fome, pois não tinham comido nada a não ser umas poucas bagas que encontraram no chão. E como estavam tão cansados que as pernas não os carregavam mais, deitaram-se debaixo de uma árvore e adormeceram.

Agora já era o terceiro dia desde que eles saíram da casa do pai. Recomeçaram a caminhada, mas só se aprofundaram cada vez mais na floresta, e se não lhes viesse ajuda logo, morreriam de fome. Quando foi meio-dia, eles viram um lindo passarinho branco como a neve pousando num ramo, cantando tão bem que eles pararam para escutá-lo. E quando ele terminou, bateu asas e saiu voando na frente deles, e eles o seguiram, até que ele chegou a uma casinha, sobre cujo telhado pousou. E quando eles chegaram bem perto, viram que a casinha era feita de pão e coberta de bolo, e as janelas eram de açúcar transparente.

—Agora vamos avançar nela, —disse Joãozinho, —e fazer uma refeição abençoada.

Quero comer um pedaço do telhado! Mariazinha, tu, podes comer um pedaço da janela, ela é doce.

Joãozinho estendeu a mão para o alto e arrancou um pedacinho do telhado, para provar seu gosto, e Mariazinha ficou perto da vidraça, para mordiscá-la.

Mas aí eles ouviram uma voz fina gritando de dentro da casa:

“Roque, roque, roidinha,
Quem roeu minha casinha?”

As crianças responderam:

“Não foi ela, não fui eu,
Foi o vento que roeu”.

E continuaram a comer, sem se deixarem perturbar. Joãozinho, que gostou muito do sabor do telhado, arrancou um bom pedaço dele, e Mariazinha soltou uma vidraça redonda inteira, sentou-se e ficou comendo.

De repente, a porta se abriu e apareceu, arrastando os pés, uma mulher muito, muito velha, apoiada numa muleta. Joãozinho e Mariazinha ficaram tão assustados, que deixaram cair o que tinham nas mãos. Mas a velha balançou a cabeça e disse:

—Ei, lindas crianças, quem vos trouxe aqui? Entrai, ficai comigo que não vos farei mal.

Ela tomou os dois pela mão e levou-os para dentro da casinha. E serviu-lhes boa comida, leite com panquecas e açúcar, maçãs e nozes. Depois arrumou-lhes duas boas caminhas com alvos lençóis, e Joãozinho e Mariazinha deitaram-se nelas, pensando que estavam no céu.

Mas a velha só se fingia de boazinha, pois era uma bruxa malvada, que tocaiava crianças, e só construía aquela casinha de pão para atraí-las. Quando uma criança caía em seu poder, ela a matava, cozinhava e comia. As bruxas têm olhos vermelhos e não enxergam muito longe, mas possuem um faro fino como os animais e percebem quando há gente se aproximando. Quando Joãozinho e Mariazinha estavam chegando, ela riu um riso mau e disse zombeteira:

—Estes eu já peguei, não me escaparão mais.

De manhã cedinho, antes que as crianças acordassem, ela se levantou e, quando as viu dormindo tão bonitas, com suas bochechas redondas e coradas, resmungou consigo mesma: “este aqui será um bonbocado!” Então ela agarrou Joãozinho com a sua mão ossuda, levou-o para um curralzinho e trancou-o atrás de uma porta gradeada: ele podia gritar à vontade, que não lhe adiantaria nada.

Ai, ela foi até a Mariazinha, acordou-a com uma sacudidela e gritou:

—Acorda, preguiçosa, vai buscar água e cozinha coisa boa para o teu irmão, que está lá fora no curral e precisa engordar. Quando ele estiver bem gordo, eu vou comê-lo.

Mariazinha começou chorar amargamente, mas era tudo em vão, ela tinha de fazer o que a bruxa malvada mandava.

Agora o pobre Joãozinho era alimentado com a melhor comida, enquanto Mariazinha só ganhava cascas de caranguejo. Todas as manhãs a velha manquitolava até o curralzinho e dizia:

—Joãozinho, mostra-me teus dedos, para eu sentir se já estás gordinho.

Mas Joãozinho lhe passava pela grade um ossinho de frango, e a velha, que tinha a vista fraca, não podia vê-lo e pensava que era um dedo do Joãozinho, e se admirava porque ele não queria engordar.

Quando se passaram quatro semanas e Joãozinho continuava magro, ela perdeu a paciência e não quis esperar mais.

—Aqui, Mariazinha! —gritou ela para a menina; — anda ligeiro e trás a água! O Joãozinho pode estar gordo ou magro, não importa; amanhã eu vou matá-lo e cozinhá-lo.

Ai, como se lamentava a pobre irmãzinha, obrigada a carregar a água, e como lhe escorriam as lágrimas pelas faces abaixo!

—Meu bom Deus, ajuda-nos! —exclamou ela, —antes as feras selvagens nos tivessem devorado na floresta, pelo menos teríamos morrido juntos!

—Poupa-me desta choradeira, —disse a velha; —não vai te adiantar nada.

De manhã cedo, Mariazinha teve de sair para pendurar o caldeirão e acender o fogo.

—Primeiro vamos assar o pão, —disse a velha, — eu já esquentei o forno e sovei a massa.

E ela empurrou a pobre da Mariazinha para fora, para o forno de assar, do qual já escapavam as chamas do fogo.

—Enfia-te lá dentro, —ordenou a bruxa, —e vê se o fogo já está bem para que possamos empurrar o pão para dentro.

Assim que Mariazinha estava quase dentro, ela quis fechar o forno para que Mariazinha lá ficasse assada, porque ela poderia devorá-la também.

—Mas Mariazinha percebeu o que a bruxa tinha em mente e disse:

—Não sei como fazer isso —como é que eu posso entrar lá?

—Menina burra, —disse a velha, —a abertura é bastante grande; olha, eu mesma posso passar por ela, - e ela chegou pertinho e enfiou a cabeça no forno.

Então Mariazinha deu-lhe um empurrão tão forte que ela caiu lá dentro inteira, e a menina bateu a portinhola de ferro e puxou o ferrolho.

“Úuu! A velha começou a uivar horrivelmente, mas Mariazinha saiu correndo e a bruxa perversa teve de parecer queimada.

Então Mariazinha correu direto para o Joãozinho, abriu o seu curralzinho e gritou:

—Joãozinho, estamos livres, a bruxa velha está morta!

Então Joãozinho saltou como um passarinho libertado da gaiola. Como eles ficaram felizes, como se abraçaram e pularam e se beijaram! E como não precisavam mais Ter medo, eles entraram na casa da bruxa. E lá estavam, em todos os cantos, caixinhas cheias de pérolas e pedras preciosas.

—Estas são ainda melhores que as pedrinhas brancas, —disse Joãozinho, e encheu os bolsos com quanto cabia neles, e Mariazinha disse:

—Eu também quero levar alguma coisa para casa, —e encheu o seu aventalzinho.

—Mas agora vamos embora, —disse Joãozinho, —para que possamos sair desta floresta enfeitiçada.

Depois que eles caminharam algumas horas, chegaram a um grande lago.

—Não podemos passar, —disse Joãozinho: —não vejo prancha na ponte.

—E também não há barquinho nenhum, —respondeu Mariazinha, —mas lá está um pato branco nadando; se eu lhe pedir, ele nos ajudará, e ela gritou:

—Patinho, patinho, aqui estão Mariazinha e Joãozinho. Não vemos nem prancha nem ponte, levamos no teu alvo dorso!

—O patinho aproximou-se logo, Joãozinho montou nele e pediu que a irmãzinha montasse junto.

—Não. — disse Mariazinha, assim será pesado demais para o patinho; ele que leve um de nós de cada vez.

Foi o que fez o bom animalzinho e, quando os dois já estavam seguros do outro lado e caminharam um pouco mais adiante, o mato começou a parecer-lhe mais conhecido. E finalmente eles avistaram de longe a casa de seu pai.

Então eles puseram-se a correr, precipitaram-se para dentro da casa e caíram nos braços do pai.

O homem não tivera nem um momento de paz, desde que deixara os filhos na floresta, mas a mulher já morrera.

Mariazinha sacudiu seu aventalzinho e as pérolas e as pedras preciosas saíram pulando pelo chão, e Joãozinho tirava dos bolsos um punhado atrás do outro e as juntava àquelas.

Então, todas as tristezas tiveram fim, e eles viveram juntos e felizes.

Questionário a um paciente diabético – Evento - Grupo Controle

1. Sexo: _____

2. Idade: _____ anos _____ meses

3. Estado Civil: _____

4. Religião: _____

5. Profissão: _____

6. Origem: _____

7. Mora sozinho ou com familiares?

8. Diabetes tipo: _____

9. Uso de insulina: Sim () Não ()

10. Se usa insulina, a quanto tempo: _____

11. Com que idade o diabetes foi diagnosticado? _____

12. Existem outros casos de diabetes na família? Sim () Não ()

13. Renda familiar:

() Até 3 salários mínimos

() 4 a 10 salários

() mais de 10 salários

14. Qual você avalia sua atitude imediata diante do diagnóstico? (*Marque uma ou mais alternativas*)

() Aumento de cuidados consigo próprio

() Atitudes depressivas (choro; ansiedade...)

() Tornou-se mais preocupado

() Sentiu-se culpado

() Não houve mudanças em suas atitudes.

Outras: _____

15. **Você se avalia, se considera hoje, uma pessoa...**

a) () Extrovertida () Introvertida

b) Quando você precisa tomar uma decisão rapidamente...(*Marque uma ou mais alternativas que **mais** lhe caracterizam*):

() Primeiro pensa e depois reage

() Primeiro reage depois pensa

() Vivencia situações mais com as emoções do que com pensamentos

() Examina detalhadamente objetos e situações a sua volta

16. Como é sua rotina diária?

- Costuma exercitar-se.
- Costuma manter contatos sociais (clubes, festas, contato com amigos)
- Costuma ficar mais em casa, saindo apenas para trabalhar ou estudar.
- Costuma viajar

Outras: _____

17. Avalia que seu estilo de vida, seus comportamentos e seu jeito de ser hoje é muito diferente de sua vida antes do Diabetes?

- Sim, mudou e muito
- Não, apenas houve uma mudança na alimentação, medicamentos e exames de rotina

18. Assinale dos itens abaixo, quais foram mudanças significativas para você após a descoberta do Diabetes (*Marque uma ou mais alternativas*):

- Menos contato com amigos agora Mais contato com amigos agora
- Menos contato com familiares Mais contato com familiares
- É mais cauteloso na hora de escolher viajar ou passear
- Trabalha menos
- Parou de trabalhar
- Trabalha mais
- Realiza mais exercícios agora Realiza menos exercícios agora

Outras: _____

19. Acredita que algum fator estressante ou marcante em sua vida pode ter auxiliado o surgimento do Diabetes?

Sim Não

Se **sim** na pergunta anterior, qual?

- Uma outra doença
- Um acidente
- Passava por um momento de muita preocupação na época (trabalho, estudo, problemas familiares...)
- A perda de algum ente querido

Outra: _____

20. Quais as principais dificuldades que você encontra hoje como um Diabético? (*Marque uma ou mais alternativas*):

- Falta de informação sobre a doença
- Controle da alimentação
- Relacionamento social (com amigos ou familiares)
- Preocupação com o que outras pessoas pensam sobre você
- O uso da insulina

Outras: _____

21. Você tem contato com outros Diabéticos?

Sim Não

22. Acha interessante ou necessário para você hoje, participar de um grupo com outros Diabéticos a fim de trocar experiências, as principais dificuldades e obter mais informações sobre a doença através de profissionais especializados (médicos, nutricionistas, psicólogos)?

Sim Não

Questionário a crianças diabéticas – Evento – Grupo Controle

13. Sexo da criança: _____

14. Idade: _____ anos _____ meses

15. Religião: _____

16. Estuda em que série? _____

17. Origem: _____

18. Com quem mora?

19. Diabetes tipo: _____

20. Uso de insulina: Sim () Não ()

21. Se usa insulina, a quanto tempo: _____

22. Com que idade o diabetes foi diagnosticado? _____

23. Existem outros casos de diabetes na família? Sim () Não ()

24. Renda familiar:

() até 3 salários mínimos

() 4 a 10 salários

() mais de 10 salários

25. Quando seu filho diabético lhe pede algo você:

() Dou o que ele pede tentando amenizar a doença dele com presentes

() Não dou o que ele pede pois não posso comprar mas se pudesse daria

() Dou o que ele pede, afinal, ele tem problemas

() Nem sempre dou o que ele pede pois tenho que por limites nele como uma criança sem problemas

Outra: _____

26. Houve mudança na vida social da sua família após a descoberta do Diabetes no seu filho?

() Sim, atualmente freqüentamos menos festas ou encontros sociais

() Mudou pouco, freqüentamos os lugares sociais normalmente

() Houve uma mudança significativa. Hoje não freqüentamos lugares sociais para não constranger (inibir) nosso filho

Outra: _____

27. Você se sente seguro em deixar que seu filho vá sozinho a festas?

() Sim, mas tenho medo que ele não resista e coma muitos doces

() Sim, pois ele conhece as limitações impostas pelo diabetes

() Não permito que ele saia sozinho, tenho medo que algo lhe aconteça

() Ainda não, devido a pouca idade dele

Outra: _____

28. Você já viu seu filho comendo doces escondido?

() Não, mas suspeito que ele coma

- Sim, e briguei com ele, dizendo os problemas desta atitude
- Sim, mas não dei atenção para não deixá-lo triste
- Não, e acredito que ele não faça isso

Outra: _____

29. Quais atividades seu filho diabético tem na escola?

- Ele costuma brincar com outras crianças, é bastante sociável
- Ele prefere jogos, leituras, vídeo-games, ver TV e não realiza muitos exercícios físicos
- Não costuma se exercitar devido a preocupação que temos por causa do Diabetes (temos medo que se machuque)
- Ele costuma fazer algum exercício físico em aulas especializadas (ex: natação, futebol...)

Outra: _____

30. Com relação à família, seu filho é:

- preocupado, quieto, tem poucos amigos, é muito responsável para sua idade e com a doença
- tem muitos amigos e muitas atividades fora da escola mas é comum descuidar-se do tratamento
- inseguro, precisa sempre ter alguém por perto para tomar suas decisões
- tem muita dificuldade com os limites, é agressivo e não segue o tratamento

Outra: _____

31. Seu filho tem capacidade de seguir o tratamento do Diabetes corretamente sozinho?

- sim, já faz parte do seu dia a dia
- não, ele é rebelde e acha difícil o tratamento
- não, preciso cuidar dele o tempo todo, pois ele esquece medicamentos, dieta, horários...
- Não, devido a sua pouca idade

Outra: _____

32. Você fica preocupado ao perceber que seu filho está crescendo e ficando menos dependente de seus cuidados?

- Sim, pois ele longe de mim não se cuida direito
- Às vezes, mas incentivo a que ele tome suas próprias decisões
- Não, pois assim fico mais aliviado e posso dedicar este tempo aos outros filhos ou a mim mesmo

Outra: _____

33. Você fala para outras pessoas que seu filho é diabético?

- Somente com pessoas que tem casos de Diabetes na família, pois tenho medo que meu filho seja discriminado
- Somente com o médico
- Sim, pois acho importante que outras pessoas saibam para socorrê-lo caso necessário
- Evito, e comento somente quando perguntam alguma coisa (me preocupo em não expor sua doença)

Outra: _____

34. Você deixa seu filho realizar tarefas como, por exemplo, ir até a padaria, banca de jornais, cuidar do irmão menor, ajudar em pequenas arrumações da casa?

- sim, mas fico observando
- sim, pois acredito na capacidade dele
- não, pois ele é diabético
- tento, mas ele não obedece

não, devido a sua pouca idade

Outra: _____

35. Houve mudança na alimentação da família após descobrirem que seu filho é diabético?

Sim, pois temos que comer escondido para não deixá-lo com vontade

Sim, pois todos comem a mesma comida que faz parte da dieta dele

não, continuamos com a mesma rotina

Outra: _____

Pesquisa do Grupo Modelo de Diabetes – 2000 Avaliação dos Familiares

Este questionário foi elaborado com o objetivo de investigar a relação do paciente com seu diabetes, o tratamento desta doença e suas expectativas com relação ao tratamento psicológico. Foram respondidos 4 questionários no total.

- Já fez algum tratamento psicológico?

Não – 4

Sim – 0

- Considera importante tratamento psicológico para pessoa com diabetes?

Não - 0

Sim – 4

- Quais as dificuldades que vc encontra no convívio com o diabético?

- compromisso de horários com a alimentação
- limitação com viagens
- evitar determinadas comidas; comer só o necessário
- preocupação com falta de insulina
- outras pessoas estarem preparadas para cuidar, substituir
- dificuldade na hora de medir a glicemia, expectativa quanto aos resultados
- “controle de nervos”

- Em que a Psicologia poderia ajudar?

- Paciente aceitar sua condição de diabético, limitações; ser uma pessoa “normal”
- Tornar-se independente
- Segurança
- Esperança (cura)
- Motivação
- Por em prática os conhecimentos sobre a doença

- Sugestões:

- Conscientização da doença
- Controles (comidas, remédios, etc); limites
- Tipos de trabalhos possíveis
- Motivação

Pesquisa do Grupo Modelo de Diabetes – 2000 Avaliação do Trabalho Psicológico Realizado

Este questionário teve como finalidade avaliar a percepção dos pacientes do grupo com relação ao trabalho da psicologia, o que mais lhes agradou e no que não se sentiram a vontade, a fim de, através deste *feed back*, aprimorar os trabalhos a serem desenvolvidos nos próximos grupos. Foram respondidos 10 questionários no total.

- Quanto ao espaço físico:
Bom - 3
Ótimo - 7
Ruim - 0
Péssimo – 0

- O ambiente estava:
Pouco agradável - 0
Muito agradável - 6
Mais ou menos agradável - 4

- A participação do grupo foi:
Pequena - 1
Cerca da metade - 1
Grande maioria - 8

- Teve oportunidade de expor suas idéias?
Pouca - 1
Muita - 9
Não teve - 0

- Temas para trabalho no grupo:
Atividades fora da sala (passeios, excursão)
Brincadeiras
Relacionamento entre o grupo e com pessoas que convivem

- Você é favorável:
Encontros com grupo Misto (com familiares presentes) - 10
Encontros sem a presença dos familiares - 0
Um grupo constituído somente de familiares – 0

- Encontro com o grupo deveria ser:
Quinzenal - 10
Semanal – 0

- Sente necessidade de acompanhamento psicológico individual semanal:

Sim - 0

Não - 10

- Gostaria que seus familiares tivessem atendimento individual:

Sim - 1

Não - 9

Sugestões:

- Boas técnicas utilizadas
- Técnicas para melhorar a comunicação do grupo e motivação

Pesquisa do Grupo Modelo de Diabetes – 2000

Características dos Membros do Grupo Modelo

Este questionário teve como finalidade conhecer as características pessoais de cada um dos pacientes que formaram o I grupo de trabalho, sua situação social, e sua percepção sobre alguns aspectos de sua vida como o trabalho e a relação deste com seu diabetes. Foram respondidos 10 questionários no total.

- Idades

14; 15; 16; 18 – I; 22; 23 – I; 30

Não respondeu – 1

- Sexo

Fem - 4

Masc – 5

Não respondeu – 1

- Religião

Evangélico praticante - 1

Católico praticante – 5

Católico não praticante

Não respondeu – 1

- Estado Civil

Solteiro - 6

Casado – 2

Viúvo – 1

Não respondeu – 1

- Situação Social

Situação habitacional da família:

Casa de tijolos - 5

Apartamento - 4

Casa de madeira – 1

Média de cômodos: 8

Casa própria - 9

Casa alugada – 1

Profissão:

Estudante - 3

Auxiliar Administrativo
Comerciante
Auxiliar de Produção
Operador
Professora
Não respondeu – 1

Trabalha atualmente:
Sim - 6
Não – 4

Salário:
Renda de 4 a 7 salários mínimos - 2
Renda de 1 a 3 salários mínimos - 3
Não respondeu – 3

Grau de satisfação com seu trabalho é:
Excelente – 1
Bom – 5
Não respondeu – 4

Seu trabalho é estressante ?
Sim - 5
Não - 0
Mais ou menos – 1
Não respondeu – 4

Pratica algum esporte?
Não 3
Sim 6
- Caminhadas 1
- bicicletas 1
- esteira
- ioga
- futebol, volei 1

Quanto a sua glicemia:
Em momentos de stress () aumenta 6 () diminui 2 () fica estável 2
Em momentos de emoção () aumenta 6 () diminui () fica estável 4

Considera seu humor
Bom 7
Estável 4

Prefere lugares
Agitados 4
Calmos 5

Considera-se

Extrovertido 9
Introvertido 1

Considera importante acompanhamento psicológico:
Sim 10
Não 0

Tipos Psicológicos Resultado dos testes aplicados

| NOME | TIPO |
|--------------------------|--|
| Moema | Intuição Extrovertida / Sensação Introvertida Inferior |
| Beatriz | Pensamento Extrovertido / Sentimento Introvertido Inferior |
| Anderson Luis Kochinski | Pensamento Introvertido / Sentimento Extrovertido Inferior |
| Gilda | Pensamento Introvertido / Sentimento Extrovertido Inferior |
| Neilor | Pensamento Introvertido / Sentimento Extrovertido Inferior |
| Sheklain R. Ling | Sensação Extrovertida / Intuição Introvertida Inferior |
| Eloísa | Sensação Introvertida / Intuição Extrovertida Inferior |
| Andréa Cristina Espaki | Sentimento Extrovertido / Pensamento Introvertido Inferior |
| Antônio Lipinski | Sentimento Extrovertido / Pensamento Introvertido Inferior |
| Emil T. Dietz | Sentimento Extrovertido / Pensamento Introvertido Inferior |
| Marco Antônio | Sentimento Extrovertido / Pensamento Introvertido Inferior |
| Nilva Aparecida Ferreira | Sentimento Extrovertido / Pensamento Introvertido Inferior |
| Ezequiel Kniazekleti | Sentimento Introvertido / Pensamento Extrovertido Inferior |
| Gilcezar | Sentimento Introvertido / Pensamento Extrovertido Inferior |
| Maria Aparecida Furlan | Sentimento Introvertido / Pensamento Extrovertido Inferior |
| Marilda | Sentimento Introvertido / Pensamento Extrovertido Inferior |
| Marinele | Sentimento Introvertido / Pensamento Extrovertido Inferior |
| Joel (invalidado) | |
| Samantha | Sensação Extrovertida / Intuição Introvertida Inferior |

| Nome | Atitude | Função Principal | Função Auxiliar |
|----------------------------|-------------|------------------|-----------------|
| Alda Carvalho Bonfim | Introversão | Sensação | Pensamento |
| Carla Isabel Parellada | Extroversão | Sensação | Sentimento |
| Daniele C. M. de Aguiar | Introversão | Intuição | |
| Evanir Horst Bobato | Introversão | Sensação | Sentimento |
| Genesio Gonçalves | Introversão | Sensação | Sentimento |
| José David dos Reis | Introversão | Pensamento | Sensação |
| Márcio da Silva Neiva | | | Sentimento |
| Mirian Antônia S. Teixeira | Extroversão | Sensação | Sentimento |
| Wilma E. Santos Ferreira | Introversão | Sensação | Sentimento |
| Fez no caderno | Introversão | Sensação | Sentimento |

Resultados dos Questionários Aplicados no Evento – Grupo Controle

TOTAL – 77 questionários

Sexo

Masculino 24

Feminino 53

Idade

De 30 a 40 anos 3

De 41 a 50 anos 12

De 51 a 60 anos 26

De 61 a 70 anos 24

De 71 a 80 anos 11

De 81 a 90 anos 1

Estado Civil

Separado 8

Casado 43

Solteiro 8

viúvo 18

Profissão

Dona de casa 33

Aposentado 16

Vendas 5

Outros 23

Religião

Católico 53

Evangélico 18

Outros 6

Mora:

Sozinho 14

Com família 63

Insulina:

Usa (Tipo I) 18

Não usa (Tipo II) 59

Com que idade foi diagnosticado o Diabetes?

Idade

De 20 a 30 3

| | |
|------------|----|
| De 31 a 40 | 10 |
| De 41 a 50 | 25 |
| De 51 a 60 | 23 |
| De 61 a 70 | 12 |
| De 71 a 80 | 4 |

Tempo de Doença

| | |
|-----------------|----|
| Até 1 ano | 17 |
| De 2 a 5 anos | 21 |
| De 6 a 10 anos | 21 |
| Mais de 10 anos | 18 |

Casos na família

| | |
|----------|----|
| SIM | 53 |
| NÃO | 23 |
| Não sabe | 1 |

Renda familiar

| | |
|------------------------|----|
| Até 3 salários mínimos | 58 |
| De 4 a 10 salários | 17 |
| Mais de 10 salários | 2 |

Fator estressante pode ter ocasionado a doença

| | |
|------------|----|
| SIM | 42 |
| NÃO | 32 |
| Não marcou | 3 |

Qual fator pode ter ocasionado o Diabetes?

| | |
|-----------------------|----|
| Outra doença | 3 |
| Um acidente | 2 |
| Preocupações | 30 |
| Perda de ente querido | 9 |

Atitudes após o diagnóstico

| | |
|-------------------------------------|----|
| Aumento de cuidados consigo próprio | 31 |
| Atitudes depressivas | 28 |
| Tornou-se mais preocupado | 41 |
| Sentiu-se culpado | 1 |
| Não houve mudanças | 22 |

Outros: *revolta, disciplina, mudança no desejo sexual*

Tipo

| | |
|--------------|----|
| Extrovertido | 42 |
| Introvertido | 35 |

Quando decide...

| | |
|--|----|
| Primeiro pensa e depois reage | 47 |
| Primeiro reage e depois pensa | 19 |
| Vivencia situações mais com as emoções do que com pensamento | 4 |

Rotina

Exercita-se 37

Mantém contatos sociais 29

Fica em casa 48

Viaja 14

Outros: *evita festas por causa da comida*

Comportamento mudou muito após o Diabetes

SIM 28

NÃO 48

Quais mudanças foram significativas

Menos contato com amigos 7

Mais contato com amigos 12

Menos contato com familiares 9

Mais contato com familiares 12

Mais cauteloso 13

Trabalha menos 13

Parou de trabalhar 8

Trabalha mais 5

Realiza mais exercícios 15

Realiza menos exercícios 7

Outros: *controle da alimentação*

Dificuldades em relação ao Diabetes

Falta de informação 31

Controle da alimentação 46

Relacionamento social 3

Preocupação com os outros 7

Uso da insulina 5

Outros: *sistema nervoso*

Contato com outros diabéticos

SIM 42

NÃO 35

Gostaria de participar de grupos

SIM 61

NÃO 12

LAUDOS

Nome: S. G. B. C.

Idade: 18 anos

Profissão: Auxiliar Administrativa

Filhos: 0

Estado Civil: Solteira

Religião: Igreja Quadrangular

HTP

Desenho da casa: Fica claro o problema somático que parece levar S. a pressões do ambiente e conseqüente dificuldade dela em relacionar-se com a realidade em que vive. Sente-se pressionada e defende-se ou agredindo ou tornando-se inibida e, como movimento natural do inconsciente para equilibrar-se, pode recorrer a aspectos de sensibilidade, artísticos. Pode haver alguma dificuldade na leitura, fala ou escrita (investigar).

Desenho da árvore: S. parece equilibrada para a idade com alguns traços de imaturidade e insegurança talvez frente a relação com os pais. Aparece algum sentimento de rejeição talvez ligado a figura materna. Tenta compensar tais sentimentos com a criatividade e uma postura de superioridade, mais fantasioso do que real.

Desenho da figura humana: S. parece apresentar certa imaturidade e inadequação frente à sua realidade, talvez normal para sua idade mas com alguns aspectos agressivos relevantes, talvez relacionados a preocupação quanto a ser desejada e aprovada pelos que estão a sua volta, apontando a figura materna como principal foco de atenção. Aparecem certos traços de sensibilidade e adequação quanto ao próprio sexo e a necessidade de se adequar socialmente.

Desenho Livre: S. quer entrar na faculdade e ser médica, figura bastante significativa em sua vida, já que tem diabetes. Este fato pode ser interpretado como um desejo de se curar, entender sobre sua doença, sua situação, sobre si mesma. O desenho está adequado, centrado e parece tender para uma postura mais rígida e controlada, apesar de ainda ser difícil controlar-se.

Interpretação geral: Parece claro nos desenhos a presença do problema somático (Diabetes) que leva S. a sentimentos de cobrança, pressão e controle do ambiente. S. reage a tais situações defendendo-se como pode, ora mais agressiva ora mais controlada e por vezes até, responsável demais, não lidando com a realidade mas fantasiando, até numa postura mais superior. Apresenta sinais de imaturidade talvez naturais para sua idade, que apresentam-se em certa agressividade, inibição ou preocupações quanto ao ser desejada. Demonstra certa infantilidade e insegurança frente a figura materna, necessitando de aprovação e afeto. Para manter-se equilibrada, aponta aspectos de criatividade e sensibilidade artística que a mantém segura e também possibilidades de comunicabilidade social, adequação no relacionamento interpessoal, nem sempre tão real mas com possibilidades de que isto se realize.

Avaliação Psicológica:

O diagnóstico foi descoberto aos 7 anos, devido a emagrecimento após carnaval (pai viu e se assustou). Foi internada no hospital Evangélico. O pai é ausente, separado da mãe há 6 anos e demorou para ver a filha (após a descoberta da doença); tem pouco contato com ele, sendo estes contatos somente quando

ele liga para ela. Tem 3 irmãs; uma irmã é bem participativa, bastante procurada na Igreja. S. gosta de Internet e não costuma sair muito de casa pois sua mãe não deixa devido a sua da doença. As outras irmãs costumam sair (certa privação de liberdade). S. costuma ficar triste com esta proibição da mãe mas logo passa. S. tem amigos da Igreja e por um tempo, fez parte do “Louvor” em sua Igreja. Segundo anamnese, S. queixa-se da mãe, que reclama por ela ser muito quieta e muito apegada ao pai ausente. Parece também dependente da mãe e, durante algumas sessões, sempre falando em nome de sua mãe e não dela própria, situação que está sendo trabalhada em terapia.

LAUDO

Nome: P. M. (mãe: L.)

Data de nascimento:

Profissão:

Filhos: 0

Idade: 11 anos

Estado Civil: Solteiro

Religião: Espírita

HTP

Desenho da casa: P. possui características marcantes em sua personalidade, ainda em formação, como a curiosidade e iniciativa, explicado pelo fato de agir mais pelo instinto do que pela razão. Parece um pouco tenso e ansioso, talvez por saber de seu problema somático e não saber como lidar com ele ainda, talvez esperando que possa “fugir” deste problema, mas não vê saída. É extrovertido e comunica-se facilmente, além de parecer estar se firmando como “homem”.

Desenho da árvore: P. apresenta aspectos de curiosidade, inteligência, espiritualidade e sensibilidade. Parece auto-confiante e seguro de si, apesar de talvez não demonstrar aspectos de conflito e insatisfação consigo. Algumas vezes pode ser mais instável e denota conflitos através de tensão e ansiedade, talvez relacionados ao Diabetes.

Desenho da Figura Humana: O desenho denota características agressivas em P., talvez sendo expressada oralmente, em suas relações. Tem dificuldades nestas inter-relações apesar de desejar contato. Necessita mostrar sua força e masculinidade, o que pode estar estimulando a agressão. O desejo de autonomia e independência parece estimulado pela espiritualidade, inteligência e sensibilidade. Compreende a realidade de seu problema somático (Diabetes) o que causa tensão e lhe deixa bastante ansioso. Recorre à fantasia quando não sabe lidar com sua real situação.

Desenho da Família: O grupo familiar parece coeso. P. apresenta-se ao lado do pai e todos os membros da família aparecem bem. Algumas características que mais ressaltam: a necessidade de bons relacionamentos apesar de apresentar conflitos naturais; o medo da castração; talvez até relacionada aos sacrifícios conseqüentes do diabetes e a forma como P. parece encará-lo, mais fantasioso.

Desenho Livre: Desenho estereotipado (palhaço), apresenta características de expansão, intelecto, necessidade de demonstrar virilidade, problemas na comunicação e agressividade, aspectos típicos da idade mas com necessidade de se melhor investigar.

Interpretação Geral: P. possui características marcantes em sua personalidade, ainda em formação, como a curiosidade e iniciativa, explicado talvez pelo fato de agir mais pelo instinto do que pela razão. Depara-se com a realidade de seu problema somático (Diabetes) o que lhe causa tensão e lhe deixa bastante ansioso. Não sabe lidar com este problema talvez esperando que possa “fugir” deste, mas não vê saída. É extrovertido e comunica-se facilmente. Parece auto-confiante e seguro de si, apesar de talvez não conseguir demonstrar aspectos de conflito e insatisfação. Estes conflitos são demonstrados através da agressividade, expressada oralmente, o que dificulta suas relações. Deseja contatos mas está aprendendo a ser coerente em suas obstinações. Ora mostra-se “viril”, independente, em busca de sua autonomia. Muitas vezes recorre à fantasia quando não consegue enfrentar sua realidade. O grupo

familiar parece coeso. P. apresenta-se próximo ao pai; há o medo da castração, talvez relacionado aos sacrifícios conseqüentes do diabetes ou dos limites naturais da vida.

Avaliação Psicológica:

Pela avaliação, P. é extrovertido e tranqüilo. Sua mãe é bastante preocupada com seu tratamento. Sente-se constrangida ao visitar parentes devido a disciplina alimentar de P. Conta que já perdeu um filho assim que nasceu então, quando soube do diagnóstico de seu filho, sentiu-se chocada. Descreve-o bastante participativo, é atleticano e enfrenta dificuldades na adaptação da disciplina alimentar, já que antes de saber do diagnóstico, não apresentava nenhum tipo de regra quanto a horários de refeições. Também sente estar se adaptando com viagens e a possibilidade de seu filho ficar na casa de outras pessoas. Segundo percepção da psicóloga, P. parece reviver fixações anais, relacionada a questão do controle, como por exemplo, em desafiar a mãe em suas ordens de arrumar a cama. Os pais são presentes e participativos quanto ao tratamento do filho mas a mãe relata dificuldades conjugais.

LAUDO

Nome: S. R. L.

Data de nascimento: 31/05/1982

Profissão:

Filhos: 0

Idade: 18 anos

Estado Civil: Solteira

Religião: Católica

HTP

Desenho da casa: S. apresenta características de insegurança e falta de confiança em si, e parece defender-se de possível pressão ambiental, de forma mais regressiva, mais tímida. Mantém-se equilibrada com a realidade mantendo espírito criativo.

Desenho da árvore: O desenho demonstra necessidade de segurança e independência, falta de maturidade e de firmeza. S. parece estar se sentindo sem apoio, sem base para suas atitudes e frente a vida. Típico da idade, apresenta momentos de introversão e narcisismo.

Desenho da Figura Humana: O desenho é bastante marcado por aspectos de indecisão, insegurança, insatisfação, auto-crítica e falta de controle. S. parece estar “solto”, perdida em seus conceitos, sua situação e o ambiente em que vive. É sensível e tem consciência destes conflitos, parecendo buscar autonomia e independência, apesar de possuir sentimentos de culpa e não estar muito adaptada socialmente, o que é normal para sua idade.

Desenho Livre: Desejo de aumentar energia física, de clareza e de um conhecimento mais profundo de si mesmo.

Desenho da família: Os membros da família aparecem distantes, com sinais de egocentrismo, dificuldade na relação com o pai e a irmã mais velha e proximidade com a irmã do meio. A mãe de S. aparece presente e próxima. Parece ambivalente quanto a dependência materna e a necessidade de independência e de afeto. Parece dispôr-se ao contato mas sente-se reprimida e sem saber como se colocar (típico da idade).

Interpretação Geral: S. apresenta conflitos típicos da idade como, por exemplo, o conflito familiar e a sensação de não ter seus próprios valores e independência. Parece reagir as pressões do ambiente em que vive, tornando-se mais fechada em si mesmo, um pouco tímida e até meio egocêntrica. Em muitos momentos deve sentir-se insegura e sem confiança ligando-se a mãe e a irmã do meio a fim de se encontrar. A sensação que mais marca neste momento para S. parece ser a de sentir-se “no ar”, solta, perdida. Mas busca encontrar-se, desejando mudanças e mais energia para realizar o que quer. Eventualmente, pode recorrer a criatividade, o que pode ser mais estimulado para que se sinta mais autoconfiante e equilibrada. Apesar de bastante crítica consigo própria e até apresentando alguns sinais de culpa, S. parece precisar de estímulo para correr atrás do que quer, sentir-se mais segura e confiante, sempre com um direcionamento para que saiba melhor se relacionar com o meio em que vive.

Avaliação Psicológica

Apresenta BOM autoconceito, informações sobre a doença e o tratamento. É REGULAR sua estrutura emocional básica e sua relação com a doença, apresentando certa revolta. Apresenta sinais de depressão. É introvertida, apresenta postura biófila frente a vida. Aponta como mudanças em sua vida após o conhecimento do diagnóstico a relação com amigos, a alimentação e as aplicações de insulina. Tem 3 irmãs, sendo S. a caçula. Aponta dificuldades de relacionar-se com o pai. Tem amigos mas muitas vezes quer ficar só, se isola no quarto que é separado da casa. Seus pais são ausentes desde a infância; têm lanchonete e quando criança, sempre ficou em creche. Diz que em casa, ninguém liga para doença e ela se cuida sozinha. Ninguém lhe cobra suas tarefas escolares e cita isto para descrever sensações de abandono. Seu esquema corporal parece modificado, sentindo-se gorda, já que pesava 55 kg antes da diabetes e hoje, pesa 59 kg. Pensa em fazer vestibular Turismo ou Comissária de Bordo, o que pode ser interpretado como desejo de ficar longe de casa. Diz que não gosta de ir para casa, preferindo ficar com os amigos.

LAUDO

Nome: N.

Data de nascimento:

Profissão:

Filhos: 0

Idade: 15 anos

Estado Civil: Solteiro

Religião:

HTP

Desenho da casa: N. parece centrado, equilibrado, com algumas dificuldades na comunicação com as pessoas, um pouco tímido, principalmente nos primeiros contatos. Adota uma postura defensiva, talvez por às vezes sentir-se cercado. Desenvolve suas relações, estabelecendo bons contatos com outras pessoas ou com a própria realidade.

Desenho da árvore: N. tem personalidade criativa, espirituosa, inteligente, social e maduro. Para sua idade, pode apresentar-se mais “adulto” talvez por um domínio de seu super-ego. Esta facilidade de adaptar-se e socializar parece contrastar com necessidade de isolamento, autonomia e solidão, talvez por sentir-se angustiado, irritado, inseguro.

Desenho da Figura Humana: N. parece preocupado consigo mesmo, introspectivo e afim de se conhecer e ao mundo a sua volta. Também parece preocupado com sua aparência, sua virilidade (típico da idade). Está aprendendo a controlar os impulsos e relacioná-los ao intelecto, policiando-os. Torna-se inseguro, às vezes, e dependente.

Desenho da Família: Parece estabelecer um contato adequado para sua idade com a família, sendo a avó uma figura marcante e próxima a N. Encontra-se emotivo, ansioso, sem confiança em si, passivo e com expectativas frente a vida, mais inibido.

Desenho Livre: Com este desenho, N. apresenta traços de passividade, introspecção e produção. Apresenta desejo de mudança e de conhecer-se, um pouco angustiado e conflitante.

Interpretação Geral: N. apresenta-se centrado, equilibrado, com algumas dificuldades na comunicação com as pessoas, um pouco tímido, principalmente nos primeiros contatos. Adota uma postura defensiva, talvez por às vezes sentir-se cercado. Desenvolve suas relações, adaptando-se e sociabilizando-se. Em outros momentos tem necessidade de isolar-se, ser mais autônomo, como se estivesse querendo fugir ou mudar sua situação atual. Sente-se angustiado, irritado, inseguro. Parece preocupado consigo mesmo, por isto é mais introspectivo. Quer se conhecer e ao mundo a sua volta. Preocupa-se com sua virilidade e sua aparência (típico da idade). Por vezes, não sabe como equilibrar impulsos e intelecto, sendo levado pelo super-ego, policiando-se. Às vezes, é mais inseguro e dependente, talvez ligado à sua avó, figura marcante. O grupo familiar parece coeso e N. pode

apresentar conflitos frente aos pais, natural para sua idade. Nestas horas pode ser mais emotivo, ansioso e passivo. A passividade é marcante, desejando mudanças em sua vida mas em uma postura de espera, angustiante.

LAUDO

Nome: F. C. K.

Data de nascimento:

Profissão:

Filhos: 0

Idade: 14 anos

Estado Civil: Solteiro

Religião: Católico

HTP

Interpretação Geral

F. está adequado para sua idade, apresentando traços de indecisão e insegurança. Parece bastante voltado para situações mais fantasiosas, talvez fugindo de sua realidade e apostando em soluções mágicas para seus problemas. O video-game (desenho livre) parece provar esta fuga na fixação por jogos (alienação). A figura materna parece marcante em suas relações, ainda bastante dependente apesar de sentir-se afastado, separado. Deseja afeto e inter-relacionamentos mas luta por sua independência. Característica marcante é o conflito sexual, também natural para a idade. Mas como todo conflito, ocupa parte de sua energia, e parece preocupado em controlar seus impulsos, apesar de parecer se deixar levar mais pelos impulsos que pela razão. Sua angústia pode também estar relacionada à consciência que tem sobre sua doença e como se disciplinar e abrir mão de coisas que gosta.

Avaliação Psicológica

F. apresenta BOM autoconceito, informações adequadas sobre a doença e um bom relacionamento com a doença. Sua auto-estima é considerada REGULAR. Apresenta defesas negativas, tendo os irmãos como modelos destas defesas. É introvertido, com postura biófila frente a doença e a vida e parece aceitar sua doença. Soube do diagnóstico quando começou a emagrecer demais e a maior mudança em sua vida após saber do diagnóstico foi a disciplina alimentar. Gosta de brincar de bicicleta. Sua postura é avaliada de forma a desejar mas não operacionalizar seus desejos. Algumas das manifestações

psíquicas e comportamentais que apresenta são a raiva, a impotência, a dependência, o desamparo e a privação de liberdade. Também parece bastante fantasioso com relação aos fatos de sua vida.

LAUDO

Nome: A C. E.

Data de nascimento:

Profissão: Professora

Filhos: 0

Idade: 29 anos

Estado Civil: Viúva

Religião: Católica

HTP

A apresenta traços marcantes de inibição, deixando-se inacessível, não estabelecendo contatos com o ambiente a sua volta. Além de retraída, possui forte desejo de proteção às pressões que sofre do ambiente, sentindo constantemente insegura. O teste aponta determinado sentimento de culpa a ser investigado em posteriores entrevistas mas tal sentimento pode ser causa ou conseqüência deste retraimento marcante. Pode ter desenvolvido um complexo de inferioridade que acaba impedindo sua comunicabilidade e contato social. É objetiva e intelectual, reprimindo seu lado mais sensível e emocional. Por isso, seus contatos são superficiais e parece estar isolada da realidade em que vive. Deseja modificar este tipo de comportamento, ter mais contatos e talvez por isso, apresente traços de indecisão e ambivalência. Encontra-se em um estado regressivo, tomando atitudes infatilizadas, sem possibilidades de assumir responsabilidades e tomar atitudes com clareza. Sua família não parece ser um ponto de apoio em sua vida e as relações familiares devem ser investigadas e aprofundadas. Parece estar presa a posições mais infantis e regressivas. Neste estado mais reprimido, eventualmente pode perder o controle de suas emoções, inclusive de sua agressividade. Pode não estar sendo agressiva com o ambiente mas consigo própria, o que a prejudica e a deixa ainda mais sem energias para modificar sua posição depressiva. Culpa e depressão são sentimentos narcísicos que comprovam a posição que A toma frente a vida, fechada para as experiências reais talvez pela forma como encare a própria realidade somática, o diabetes. Deve-se investigar até que ponto A não possa estar encarando a doença como castigo (mesmo que inconscientemente), por algo que sinta culpa, o que a deprime ainda mais e a impossibilita de lutar contra tal situação prejudicial.

Avaliação Psicológica

Introvertida, soube do diagnóstico quando entrou em coma. Tem 5 irmãos, 3 deles são professores, como ela. Trabalha com surdos. Quando criança, brincava como “moleca”. Refere-se a sua vida adulta

lembrando que imaginava morrer antes do marido e aconteceu o contrário. Mora com a mãe. Apresenta estresse psicológico, certo isolamento e desamparo. Perdas marcantes em sua vida (marido, pai e sogro), observando que todas são de figura masculina.

ANEXO XVII

Desenhos dos grupos sobre dificuldades com relação ao diabetes

Marco Antonio: desenhou uma estrada e uma curva relatou que se perdeu na curva com seu diabético, que tem complicações.

Marinele: desenhou uma interrogação e falou das muitas dúvidas que tem com relação a doença e do medo que tem com relação as complicações.

Gilda: desenhou uma paisagem como um jardim de um lado um rio e do outro lado umas montanhas. Falou da dificuldade em atravessar o rio das privações da doença.

Marilda: desenhou uma casa e deu ênfase a mesa e familiares em volta. Falou da dificuldade em comer por ser diabética e principalmente quando esta a família toda reunida.

Jose Roberto: relacionou a doença como algo alienígena que esta com ele e que é difícil lidar com estas dificuldades.

Antonio Liping. Figura do diabo inclusive com trident e falou das privações da vida sendo um diabético.que deixa de fazer várias coisas boas.

Cida: desenhou um buraco, sol e uma árvore. Diabetes e um buraco, fundo do poço mas que ela tem força e esperança e que ela encontra esta força no senhor Jesus. Que ela vai lutar contra esta doença até receber a cura, pois Deus é poderoso e não a desampará.

Jose Eduardo: Fez desenhos pequenos no canto direito da pagina. Glucometer insulina caneta de insulina e figura humana (palito), o diabetes foi bom na sua vida, pois através dele descobriram uma doença que seria passado despercebido. O diabetes é bom.

Eloísa: Desenhou uma curva e relatou as dificuldades, os alto e baixo que o diabetes tem em sua vida. Chorou bastante, uma moça levou um lenço para ela e algumas pessoas a aconselharam.

Moema: (cega) relatou um vaso rosa e outro marrom.... não consigo lembrar direito.

Beatriz: Desenhou paisagens com sol e com chuva: é assim que é o diabetes para ela pois em alguns momentos esta bom e em outros não. Quando esta boa as suas glicemias é como se estivesse sol e o mar estivesse calmo. Mas os momentos que sua glicemia esta alterada sente-se em um mar revolto, chuva raio...

Elenice: Fez duas paisagens na mesma folha uma que tem a imagem do diabo com tridente e outra menina feliz com bexiga na mão Citou que antes do projeto tinha vergonha medo, ficava triste, deprimida e o diabetes atrapalhava sua vida. Depois do projeto passou a conviver com outras pessoas e hoje sabe que outras pessoas também sofrem com isso, pois antes achava que era somente ela.

Sheik Lin –Desenhou um relógio e falou das dificuldades que tem em regular seus horários. Sai com dificuldade.

Andréia: Vários desenhos de uma menina conversando em balões falando antes do projeto e agora. Relatou a insistência das pessoas para que ela comesse bolo e que ela não sabia lidar com a situação. E com ajuda do projeto ela aprendeu a lidar com as situações e consegue se divertir e ir a festas. Com o projeto também ela se sente mais próxima dos médicos, sente-se segura.

Piercarlo: desenhou um prato de comida, glucometer e caneta de insulina. Falou das dificuldades de horários. Que tem que se cuidar. ele é bastante razão, pensamento.

Ezequiel: desenhou insulina, que é vida escreveu isso ele nas nuvens, que tem que se cuidar se não terá complicações. E outra figura no chão próximo de uma árvore, força e quando se tem o controle do diabetes.

Neilor: desenhou figura humana escreveu fazer exercício, barra de cereal diet, caneta de insulina, glucometer, encruzilhada com vários caminhos e falou do quanto é necessário se cuidar, que ele diabético tem vários caminhos e tem que seguir o mais rígido para ter bom controle e ficar bem.