DIABETES *MELLITUS* E SUA RELAÇÃO COM A PSICOSSOMÁTICA E O FENÔMENO PSICOSSOMÁTICO À LUZ DA PSICANÁLISE

Amanda Carvalho e Soares[1]
Rildo Santos Loureiro[2]
Faculdade Católica Salesiana de Macaé[1,2]

RESUMO

Este artigo tem como objetivo identificar a atuação do psicólogo no ambiente hospitalar, pelo viés psicanalítico, em pacientes que apresentam Diabetes *Mellitus*; relacionando essa enfermidade a doenças psicossomáticas e ao fenômeno psicossomático (FPS), fenômeno este que resulta em uma incidência sobre o corpo, presente anteriormente de maneira silenciosa no inconsciente. Atualmente é relevante pesquisas relacionadas a diabetes *Mellitus* visto que no Brasil ela se encontra em quinto lugar em ocorrência mundial e a estimativa é que esse número cresça no ano de 2030, de acordo com o Atlas da Diabetes da Federação Internacional de Diabetes (IDF). Trazendo as correntes teóricas responsáveis pela consolidação da psicossomática, contribuições de Freud e teorias de Lacan, associando o real, simbólico e imaginário ao sintoma. Permitindo a afirmação que a doença psicossomática existe. A técnica utilizada foi a revisão bibliográfica e a metodologia empregada foi a qualitativa, a partir de uma pesquisa social estratégica, buscando ressaltar as nuances desses indivíduos que sofrem com doenças autoimunes, segundo um olhar voltado para suas individualidades dentro da sociedade. Portanto é necessária a atuação de um profissional que esteja voltado para a totalidade desses indivíduos que apresentam a diabetes, sendo esse profissional o psicólogo.

Palavras-chave: Psicologia; Psicanálise; Fenômeno Psicossomático (FPS); Psicossomática; Diabetes *mellitus*.

ABSTRACT

This paper aims to identify the role of the psychologist in the hospital environment, through the psychoanalytical bias, in patients with Diabetes Mellitus; relating this illness to psychosomatic illnesses and the psychosomatic phenomenon (PSF), a phenomenon that results in an incidence on the body, previously silently present in the unconscious. Currently, research related to diabetes Mellitus is relevant, since in Brazil it is in fifth place in world occurrence and the estimate is that this number will grow in the year 2030, according to the Diabetes Atlas of the International Diabetes Federation (IDF). Bringing the theoretical currents responsible for the consolidation of psychosomatics, Freud's contributions and Lacan's theories, associating the real, symbolic and imaginary to the symptom. Allowing the statement that psychosomatic illness exists. The technique used was a bibliographical review and the methodology used was qualitative, based on a strategic social research, seeking to highlight the nuances of these individuals who suffer from autoimmune diseases, according to a look focused on their individualities within society. Therefore, the performance of a professional who is focused on all of these individuals who have diabetes is necessary, this professional being the psychologist.

Palavras Chave: Psychology; Psychoanalysis; Psychosomatic Phenomenon; Psychosomatics; Diabetes mellitus.

1. INTRODUÇÃO

Este artigo propõe-se ao estudo da diabetes *mellitus* como processo psicossomático a partir da teoria psicanalítica. Esta pesquisa está vinculada ao Grupo de Pesquisa em Psicologia, Saúde e Interfaces (GPPSI) na Faculdade Católica Salesiana e a linha que a conduz é Psicologia no Cuidado em Saúde e Interdisciplinaridade. O processo da construção do tema do artigo parte da análise de outros temas relacionados à Psicologia, prevalecendo o viés pela psicossomática, visto que, à luz desta área da Psicologia, alguns questionamentos foram sendo suscitados, tais como: por existir tendência de reduzir a ocorrência de problemas de saúde às causas fisiológicas sem tentar entender a origem daquele diagnóstico podendo ser de natureza psíquica? O enfoque se deu na doença autoimune diabetes *mellitus* que se constitui numa forma de manifestação no corpo do sofrimento psíquico, alertando que existe algo muito além do sintoma fisiológico. Desta forma, partiu-se da diabetes *mellitus*, a fim de se entender como essa se apresenta no contexto da clínica psicanalítica a partir do fenômeno psicossomático (FPS) e como o profissional da psicanálise no ambiente hospitalar pode atuar nesses casos.

Neste artigo será discutido o conceito de psicossomática e fenômeno psicossomático (FPS), conceituando as correntes que desenvolveram estudos na área da psicossomática e que possibilitaram a elaboração do fenômeno psicossomático e a definição de psicossomática para o DSM-5 serão realizadas considerações relacionadas a diabetes *mellitus* e a atuação do psicólogo da abordagem psicanalítica frente a pacientes com doenças autoimunes. Será exemplificado um caso clínico de um paciente com diabetes *mellitus* que está na fase da adolescência e acabou de descobrir a doença, serão expostos seus questionamentos e incertezas e como o psicólogo atuou a partir disso.

Por meio das leituras sobre doenças autoimunes e conhecimento adquirido durante o curso de psicologia, surgiu o interesse por este tema. Simultaneamente a isto, o recente diagnóstico de diabetes *mellitus* de uma pessoa próxima. Tendo em vista que não existe o diagnóstico de diabetes emocional, conforme usado no senso comum, e pelos profissionais de saúde os questionamentos sobre as causas do surgimento da doença como: poderia se tratar de uma somatização? O que gerou essa somatização? Como uma doença é considerada doença psicossomática e se todas as doenças são psicossomáticas? Sendo assim, iniciou-se o estudo sobre essa doença autoimune diabetes *mellitus*, com um olhar voltado para a psicossomática e conhecendo o FPS (Fenômeno Psicossomático) que se produz como teoria e prática pela psicanálise.

A relevância deste estudo para a psicologia está no fato de ver o sujeito em sua totalidade, o que se constitui pelo biológico, psicológico e suas relações sociais. Todos esses aspectos são constituintes do sujeito, a maneira como essas relações são estabelecidas e a forma que o sujeito as interpreta podem gerar sintomas. Logo, é necessária uma análise da trajetória diagnóstica do paciente, não apenas considerando os aspectos biológicos, hereditários das doenças autoimunes. Vale considerar que algumas doenças psicossomáticas têm origem genética, como algo desenvolvido por questões psíquicas e um dos modos pelo qual podemos pensar esse fato é o processo FPS (Fenômeno Psicossomático). A psicologia vem contribuindo para o diálogo existente em diversas áreas da saúde tão importante para o tratamento dessas doenças.

Propõe-se, assim, uma pesquisa em que se considere o sujeito além de seus aspectos biológicos. Portanto, tem-se como objetivo discutir o fenômeno psicossomático (FPS) no contexto da clínica psicanalítica em pacientes que apresentam diabetes *mellitus.*

2. CORRENTES QUE INFLUENCIARAM O ESTUDO DA PSICOSSOMÁTICA E FENÔMENO PSICOSSOMÁTICO

A psicanálise sempre buscou entender a relação entre o corpo e o psiquismo. Segundo Loureiro e Pires (2020), a psicossomática vem sendo um tema de estudo na psicanálise com os estudos sobre o Inconsciente desde a época de Freud. Estes autores enfatizam que o Fenômeno Psicossomático (FPS) é originário da psicanálise com destaque aos estudos de Lacan. Diante disso, tem-se maior conhecimento em relação aos fenômenos psíquicos pautados nos estudos psicanalíticos.

Em seu estudo sobre a afasia, paralisias e histeria, ainda no século XIX, Freud apresenta a estrutura psíquica, por meio do inconsciente, e cria a psicanálise. Dessa forma, em diversos momentos de sua obra, contribui para a Psicossomática, com o estudo e definição do inconsciente cujo conteúdo é armazenado em toda sua experiência de vida. Também com os trabalhos sobre a histeria e sua associação com a psicossomática. Além disso, há a neurose de angústia que se manifesta de modo somático representando o centro das neuropsicoses (Marty, 1993).

O inconsciente é o ingrediente principal para o entendimento da psicossomática, porque nele estão manifestados todos os desejos e conteúdo que foram reprimidos

anteriormente. Nele não há relação de tempo sobre seus conteúdos, sendo atemporal. Nem mesmo a realidade, o que existe é a realidade psíquica, ele se preocupa apenas com a manutenção do prazer (Freud, 1915).

O corpo, na psicanálise freudiana, é estabelecido segundo sua estrutura libidinal, sendo visto como "um organismo cujo limite ultrapassa o do próprio corpo, o órgão tomando sentido e função em referência ao sujeito dividido e ao objeto ***a***". sendo assim, muitas teorias psicossomáticas foram formuladas e conduzidas por 3 correntes importantes (Valas, 2003, p.70):

1."Os fenômenos psicossomáticos tendo um sentido", nessa corrente os estudiosos acreditam que a enfermidade tem uma causa psíquica de originária, assim como explica Grodeck (1988), as enfermidades orgânicas surgem a partir de um desejo, tendo um sentido específico. E ele usa a expressão "linguagem do órgão", dando o exemplo de uma mulher que tem câncer do colo do útero remetendo a um desejo de ser mãe. (*apud* Valas, 2003, p.71).

Outro autor dessa corrente, Alexander (1952) traz o conceito de neurose vegetativa e considera que a doença é resultado das emoções, impulsos (desejos) não realizados, reprimidos. Traz como exemplo um indivíduo que sofre por "sede de amor", relacionando a doença a sua primeira infância com a possibilidade de remeter à primeira infância, produzindo uma úlcera no estômago (*apud* Valas, 2003, p.71).

Também há o conceito de conversão simbólica que se baseia no conceito de conversão histérica dos estudos de Freud, estabelecendo que as somatizações estão relacionadas a afetos insatisfeitos. Esses afetos são recalcados e a energia produzida gera lesões corporais. Um outro conceito seria a conversão somática, muito utilizado por Gama e iniciado por *Melanie Klein* relativa a conflitos anteriores do complexo de Édipo, tendo suas bases em etapas mais remotas do psiquismo. Cada sintoma psicossomático é associado com um aspecto da personalidade. Na conversão somática é consequência dos mecanismos de regressão e de fixação, que geram o recalque. É perante a castração que se desenvolveria o processo, começando prematuramente na vida do indivíduo. Com isso, ele sugere uma afirmação de que se diversos analistas não se deparam com a consequência da conversão somática no paciente, logo a incidência é no fator biológico e a morte real (Valas, 2003).

2."Os fenômenos psicossomáticos não têm sentido", o estado psicossomático está presente no indivíduo antes do desenvolvimento da linguagem, estabelecida pelo ambiente afetivo. A Escola psicossomática da Sociedade psicanalítica de Paris, representada por Held (1958), Marty (1963), Fain, M' Uzan e David acreditava nisso. O exemplo trazido relacionado a essa corrente teórica traz sobre uma pessoa que apresenta uma a realidade, identificada no objeto, sendo este a duplicada do próprio indivíduo, ligada íntima e familiarmente. Relativo ao mundo, o indivíduo apresenta uma relação de manipulatória através do "pensamento operatório" definido por Marty (1980 *apud* Valas, 2003, p.73) como resultado da ausência de afetividade. A explicação seria a partir do Super- Eu, que frequentemente serve de elo e controle entre o "isso e o eu", estando rompido. Dessa forma, as "vagas inconscientes" não causam nenhuma desordem na superfície consciente, na qual se revelam "conteúdos e pensamentos razoáveis".

O indivíduo exposto está distante do seu inconsciente, não apresentando expressão verbal, transferência escassa, resultante de ausência de imaginação, preso a um sintoma que não consegue afastá-lo. Por que a lesão? Porque a falta de "representação faz a libido e a agressividade se confundirem e se transformarem em energia pulsional indiferenciada" Portanto, o corpo é sujeitado à implicação das "forças pulsionais liberadas". Essas forças, sem representações, percorrem especificamente o órgão, causando lesões a ele, pois a pulsão nas vias entre: de morte e de vida permanece atuando inconscientemente sobre o corpo de forma intensa. Como efeito, a intenção não é achar um sentido, mas criar um, para que se produza um "fantasma" colocado à serviço do paciente (Valas, 2003, p. 74).

3."Os fenômenos psicossomáticos têm sentido próximo da conversão histérica, mas não totalmente". Afirmada por Valabrega (1984), responsável por ampliar a noção de conversão, através da conversão psicossomática. Anteriormente já se falava da conversão histérica e da conversão emocional. Ressalta que "o fantasma do doente é tomado no sintoma". Sendo assim, o fantasma do psicossomático distinto do fantasma neurótico, presente no corpo do doente ("corporeidade do doente"), é capaz de ser irreconhecível. Portanto, o fenômeno psicossomático não é identificado pelo indivíduo, nunca mencionado por ele, como um ser com vidas distintas. A palavra fantasma aqui usada está relacionada com a origem da palavra fantasia no viés psicanalítico. (*apud* Valas, 2003, p.76).

Essas três correntes se fundamentam na teoria psicanalítica, porém, é necessário trazer nesta discussão a contribuição de Lacan (1954-55) na psicanálise criando o fenômeno

psicossomático (FPS) a partir de seu conceito de real, simbólico e imaginário, que para ele a psicossomática faz parte do real, existindo no corpo algo que não se submeteu à linguagem. Logo permanece no corpo, não de forma simbólica. Dessa maneira, a psicossomática movimenta-se através da pulsão de morte, não atravessando os campos da linguagem. O organismo humano é matriz da erotização dos órgãos, com uma "escrita" específica que não tem participação da via simbólica. Os Fenômenos Psicossomáticos (FPS) não se estruturam como os sintomas neuróticos, por não terem um caráter simbólico e não detectado como componente do inconsciente, relacionado a uma direta inscrição no corpo. (*apud* Ronaldi; Nicolau; Pitanga, 2013).

Na análise psicanalítica o processo do FPS (Fenômeno Psicossomático) é trabalhado de maneira subjetiva, produzindo reflexões sobre a psicanálise e buscando uma posição ética do analista. Sendo assim, Lacan (1964) destaca que a importância da psicanálise para a psicossomática é a contínua existência de uma ligação com a "lei do desejo". Essa diferenciação entre histeria e FPS é necessária para o analista, por denotar que não pode ser interpretada, sendo indecifrável, como uma escrita não legível. Sendo assim, é o momento de sair do fenômeno e chegar a uma interpretação se faz no processo analítico, "sustentada por um desejo do analista" (*apud* Ronaldi; Nicolau; Pitanga, 2013, p.101).

Mesmo com a contribuição da psicanálise não se pode ignorar o que é trazido atualmente no DSM-5 (APA, 2014) sobre a classificação específica para doenças que afetam tanto o corpo quanto a mente de um indivíduo, denominada *transtorno de sintomas somáticos e transtornos relacionados*, antes classificadas como *transtornos somatoformes*. A classificação anterior não explicitava para os médicos que não estavam na área da psiquiatria, como médicos da clínica geral. Os sintomas sem explicação, a princípio, para a medicina ficavam em destaque no tratamento. Concluir um diagnóstico sem entender a causa do sintoma somático e biológico causava danos por colocar em evidência a divisão entre mente e corpo, causando um dualismo para um diagnóstico impraticável. Para além disso, e mesmo existindo um diagnóstico, não é descartada a possibilidade de um transtorno mental com uma comorbidade, sendo um transtorno de sintoma somático e transtornos relacionados.

Atualmente, denominar um transtorno de sintomas somáticos é dizer que está embasado em "sintomas positivos (sintomas somáticos perturbadores associados a pensamentos, sentimentos e comportamentos geralmente não esperados em resposta a esses sintomas)". Mas, eles não têm nenhuma associação biológica, estão relacionados ao transtorno conversivo e na

pseudociese, porque nesses transtornos há a possibilidade de comprovar que os sintomas não são iguais aos apresentados na doença (APA, 2014, p. 310).

Quando um indivíduo busca seu diagnóstico desse transtorno, o alerta deve ser para sinais e sintomas somáticos, associados a pensamentos, sentimentos e comportamentos incomuns. Os sintomas não são o que vão comprovar o transtorno, mas a forma como eles são apresentados e como são entendidos. Quando os sintomas são combinados a aspectos cognitivos, afetivos e do comportamento, provocam um estudo clínico preciso do caso. Transtornos mentais podem inicialmente ter apenas sintomas somáticos, produzindo-os ou aparecer junto com sintomas somáticos ou então associados a eles como comorbidades, apesar de serem constantemente relacionados a sofrimento psicológico e psicopatologia (APA, 2014).

São muitas causas que podem apresentar o diagnóstico de transtorno de sintomas somáticos e transtornos relacionados: ser biologicamente e geneticamente vulnerável, como; ter sensibilidade à dor; ter vivido traumas, violência, abusos e privações e a aprendizagem. Também existem as adversidades no exercício da medicina em diferentes culturas que mudam o modo de aparecimento da doença, sua identificação e o tratamento delas. que muitas vezes colocam o sofrimento psíquico em um lugar inferior ao fisiológico. Essas adversidades culturais interferem na forma como os indivíduos percebem e sentem o próprio corpo, entendem que estão doentes e procuram um médico, logo a somatização será variada de acordo com culturas e sociedades (APA, 2014).

3. DIABETES *MELLITUS* E FENÔMENO PSICOSSOMÁTICO

Diante do exposto, será apresentado um caso de Diabetes Mellitus para melhor aprofundamento dos conceitos relativos à psicossomática e Fenômeno Psicossomático (FPS) em uma doença autoimune que está cada vez mais presente no cotidiano dos brasileiros. Atualmente, o Brasil é considerado o quinto em ocorrência da diabetes em todo o mundo, com dezesseis milhões e oitocentos mil diabéticos em idades entre vinte a setenta e nove anos, sendo inferior, somente a China, Índia, Estados Unidos e Paquistão. A estimativa é que a doença chegará a vinte e um milhões e quinhentos mil, em 2030, dados do Atlas da Diabetes da Federação Internacional de Diabetes (IDF) (*apud* Brasil, 2022).

Segundo Hisada (2003), pouco tempo atrás, recebia o diagnóstico de diabetes, apenas, quando a glicose estava acima de 140 mg por 100mm^3 de sangue, entretanto a Associação

Americana de Diabetes, diminuiu o nível de glicose no sangue para 125mg. Essa doença apresenta duas classificações: Diabetes tipo I e tipo II. o tipo I não há nenhuma produção de insulina no pâncreas, habitualmente, denominada diabete dependente de insulina (insulina – dependente) ou juvenil. Jovens apresentam primeiramente essa doença, com idades inferiores a 25 anos. No tipo II, classifica-se como não dependente de insulina ou do tipo adulto, pessoas superiores a 40 anos de idade, apresentam essa doença. Nesse caso a insulina ainda é produzida pelo pâncreas em pequenas quantidades. No entanto, os tecidos não apresentam uma resposta efetiva em relação à insulina produzida. Em ambos os casos, o açúcar consumido pelo sujeito, é coletado pelo organismo e não absorvido.

Burd (2010) afirma que a diabetes *mellitus* é uma doença psicossomática, ocorrem desordens no organismo de causa psíquica. Não é apenas uma enfermidade, mas um amontoado de distúrbios que ocorrem no metabolismo do paciente. A hereditariedade e o contexto familiar são possíveis causas para o começo da doença. Muitas vezes o indivíduo acometido pela doença sente-se frustrado, sozinho, desanimado, o que é consequência de uma pessoa emocionalmente estressada. A diabetes não pode ser classificada como emocional, por não apresentar o estresse emocional como um causador da doença, mas o estresse agrava a doença. geralmente são em momentos de grande estresse que o indivíduo descobre seu diagnóstico, como no caso da diabetes assintomática. Isso acontece porque o estresse libera hormônios, que elevam as taxas de glicose no sangue. Por não saberem como agir, os indivíduos acabam se alimentando de forma exagerada ou praticando menos exercícios (Burd, 2010; Barbosa; Duarte; Santos, 2012).

Caso clínico: Seguindo com este mesmo autor, apresenta-se um caso clínico, do paciente Marcos, 15 anos. ele foi para emergência de um hospital apresentando dores abdominais generalizadas, letargia, muita sede, pele seca, e “hálito cetônico”. Segundo o médico que o atendeu, ele apresentava cetoacidose diabética, elevada desidratação, sendo levado para o centro de tratamento intensivo do hospital. A psicóloga do hospital esteve com o paciente e notou que aparentava estar ansioso, inseguro, temendo as consequências da situação, ficando ainda pior quando recebeu a notícia que entraria para o Centro de Tratamento Intensivo (CTI (Burd, 2010, p. 584).

O papel exercido pela psicóloga foi no primeiro momento acolher o indivíduo e seus familiares para a manutenção, confiança e estima. Auxiliou na manutenção biológica, psicológica e social. Em conjunto, trabalhou na união e colaboração de toda a equipe de profissionais, usou recursos da psicologia para a prática com os pacientes, como lidar com situações de estresse em todos os momentos e nos mais graves da doença (Burd, 2010).

Durante a estada do paciente no CTI (Centro de Tratamento Intensivo), a psicóloga o acolheu, segundo Burd (2010) e Obstfeld (1997 *apud* Barbosa; Duarte; Santos, 2012), é recorrente que o paciente regrida, assumindo uma posição de vítima, melancólico, em negação inconsciente da doença. A justificativa para esses comportamentos apresentados é pelo fato de o tratamento ser intenso, o ambiente é estressante, surgem muitos questionamentos e incertezas. Não é necessário, nem viável que o paciente saiba todas as informações do seu caso, pois não tem condições psicológicas para sustentá-las. Para ele, em seu mundo imaginário, apenas o seu corpo doente é relevante. Referente à morte e sentimento de desamparo, a equipe deve trabalhá-los em conjunto com o paciente, assim como a ansiedade. Quando o indivíduo sai da fase da negação ele começa a apresentar consciência do seu quadro clínico (Burd, 2010).

Marcos apresentou evolução no seu caso clínico, realizou uma consulta conjunta em seu leito, esclareceu suas dúvidas em relação ao tipo de diabetes e o que foi feito para controlá-la. Após alguns dias, ele estava aparentemente melhor e mais receptivo, ainda com algumas inseguranças e estava abaixo do peso ideal. Iniciou a utilização de insulina de forma subcutânea e alimentação por via oral. Passada uma semana, ele e a família não se sentiam seguros em relação à doença. Ele confessou a vontade de ingerir doces e sua mãe, quem estava aplicando a insulina, também apresentou resistência aos monitoramentos, como o teste de urina e sangue. (BURD, 2010).

4. PROFISSIONAL DE PSICOLOGIA E SUA ATUAÇÃO

Inicialmente, o profissional deve se atentar às reações emocionais apresentadas pelo paciente e sua família em relação à doença e seu tratamento. Portanto é necessário realizar entrevistas semiestruturadas individuais, triagem psicológica para identificar os sinais de estresse apresentados antes do aparecimento da doença. Pode-se pesquisar junto ao paciente sobre a puberdade e adolescência, o que ajudará a identificar possíveis características próprias dessa fase como revolta, onipotente e imortal tornando o tratamento difícil (Burd, 2010).

No caso citado, os profissionais realizaram consultas conjuntas, paciente e equipe médica, como uma prevenção de doenças “médico-psicológica”, bem como, psicoterapias de apoio individual e em grupo (Burd, 2010, p.588). É importante trabalhar em uma equipe multiprofissional trazendo maiores resultados para o tratamento por tratar da individualidade de cada caso, o psicólogo é profissional que promove essa atuação, pela sua escuta ativa que possibilita atuar de forma apropriada trazendo bons resultados ao tratamento (Brasil, 2008 *apud* Langaro; Santos, 2014).

No começo do tratamento é necessário realizar mais consultas, porém, com o passar do tempo, as consultas ocorrem com menos frequência por não haver tanta necessidade. Nas consultas iniciais, é necessária a presença de psicólogos, enfermeiros, médicos e nutricionista. Devem ser feitas visitas às escolas para tratar sobre questões da diabetes, bem como, os exercícios físicos que podem ser feitos, desde que o paciente seja acompanhado durante a prática (Burd, 2010).

Segundo Debray (1995 *apud* Burd, 2010), os jovens usam dos sintomas psicossomáticos como um meio de conduzir confrontos atuais e seu incômodo interior. É recorrente durante a adolescência que o paciente participe do tratamento a pedido da família e dos profissionais, mas pode gerar nele uma postura passiva e de dependência em relação aos pais ou ele pode não seguir as dietas sem que alguém saiba.

Quando a doença aparece de forma inesperada e intensa, é normal que o indivíduo tenha sentimentos negativos em relação a ela. Um exemplo seria o medo da morte, produzindo mecanismos de defesa para sua proteção, como esquecer. Alguns desses mecanismos estão presentes no caso do caso clínico apresentado (Burd, 2010; Leite; Vasconcelos, 2003 *apud* Langaro; Santos, 2014).

De acordo com Sadock e Sadock (2007), quando o indivíduo está deprimido ou desanimado, sua fome aumenta, comendo de forma quase que compulsiva. Esse comportamento está relacionado principalmente na diabetes juvenil ou tipo 1. Segundo *Obstfeld* (1997), a família e outros entes próximos costumam exercer uma superproteção em relação ao paciente, em decorrência da projeção perante o doente, de alguém que precisa de cuidados, do coitado (*apud* Barbosa; Duarte; Santos, 2012).

Pacientes psicossomáticos, geralmente, iniciam a psicoterapia ou análise pelo encaminhamento de seu médico de maneira involuntária. Para eles não há elaboração de que alguma característica emocional pode estar relacionada a sua doença. Portanto, durante o processo psicoterápico ou analítico, eles demonstram resistência, desconfiam do profissional. Para o profissional de psicologia é claro que existe uma relação entre os sintomas e acontecimentos que marcaram a vida do paciente, sendo eles aniversários, perda de algum ente querido, mudanças que ocorreram durante sua vida, entre outros. É necessário que o paciente tome consciência de que esses acontecimentos afetaram sua saúde mental e física (Hisada, 2003).

Em se tratando de atendimento analítico em pacientes psicossomáticos, Hisada (2003), argumenta que o profissional da área tenha movimentos de intervenção para produzir o manejo

clínico e que o silêncio se faça durante as sessões. A oferta do divã não deve ser obrigatória porque, a princípio, é uma necessidade para o paciente. E deixar fluir o processo de transferência, estabelecendo uma comunicação livre, porque o fenômeno psicossomático (FPS) se encontra na fase pré-verbal imaturo, portanto, o pensamento do paciente, ainda está em produção. Para o paciente, o comportamento do profissional tem mais significância do que suas falas. Com isso, é interessante que se crie uma conexão verdadeira entre eles, tornando efetiva a transferência, através de intervenções, ajuda e contato afetivo. O profissional da psicologia com ênfase na psicanálise precisa usar suas técnicas para identificar o fenômeno psicossomático, pois é comum que o paciente não saiba os fatores emocionais que contribuíram para a doença e nem saiba o que está sentindo.

Hisada (2003) exemplifica que o paciente apresenta confusões como dizer que está com raiva, mas na verdade está triste, contudo se faz necessário um esclarecimento dos seus afetos e sentimentos. Mas é preciso paciência com o paciente com suas falas repetitivas, muitos detalhes. É preciso que o psicoterapeuta as identifique, entendendo seu sofrimento.

As doenças psicológicas têm seu maior surgimento no hospital, com isso existem algumas características do psicólogo hospitalar a serem destacadas, como regras, rotinas, modo de se comportar na instituição. Relativo ao tempo do processo psicoterapêutico é usada a terapia breve e/ou emergencial, outra diferença é que nesse ambiente quem procura o paciente é o profissional e não ao contrário como acontece na clínica (Sebastiani, 2007 *apud* Barbosa; Duarte; Santos, 2012).

Obstfeld (1997), destaca que pacientes diabéticos aparentam submissão ao psicoterapeuta, incomodando-o, mesmo elogiando o profissional, de maneira falsa, por ser uma insatisfação reprimida do paciente, tentando disfarçar com elogios ao psicoterapeuta.

Segundo Simonetti (2004), “enquanto a Medicina tem como função a cura de doenças, a Psicologia Hospitalar busca compreender a relação que o doente tem com seu sintoma, para poder reposicionar o sujeito face à sua doença.” (*apud* Barbosa; Duarte; Santos, 2012, p.480).

Estando o psicólogo nesse ambiente que é majoritariamente biomédico, tem-se um olhar voltado apenas para a doença, é dever do psicólogo ampliar essa visão, colocando o sujeito acima de sua doença e entendendo ser necessário considerar a totalidade daquele sujeito, uma análise biopsicossocial. A partir disso o indivíduo irá tomar controle de sua situação, ressignificando sua vida (Langaro; Santos, 2014).

5. METODOLOGIA

De acordo com Minayo (2004), a abordagem desta pesquisa é qualitativa e descritiva e tem como técnica a revisão de literatura narrativa. Os resultados foram coletados na base de dados *Scielo* (*Scientific Electronic Library Online*) com acesso a produções brasileiras e de outros países das Américas e Europa.

Para Cordeiro *et al.* (2007) a revisão da literatura narrativa é referenciada como tradicional, apresentando-se por uma temática aberta e não exigindo protocolo rígido em sua construção. Vale ressaltar que essa técnica se utiliza de bases de dados científicos, o que traz em si a fidedignidade dos dados. A coleta dos dados tem em sua seleção a busca sem princípios lógicos, o que permite a percepção subjetiva do pesquisador, tendo como norte o tema em estudo.

Gil (2010), sobre as fontes bibliográficas, coloca os livros com leitura corrente em obras literárias e obras de divulgação; e material de referência, tais como: informativa e remissiva: dicionários, enciclopédias, anuários, entre outros; e publicações periódicas como: jornais e revistas impressos ou *online*. Tendo como finalidade proporcionar a familiaridade do pesquisador com o objeto de pesquisa o que ajuda na compreensão dos estudos na produção científica.

Para este artigo, o levantamento bibliográfico foi realizado a partir da busca dos dados pela base *Scielo* (*Scientific Electronic Library Online*). O recorte temporal foi livre para abranger o maior número de produção científica. Os descritores utilizados foram: Psicologia "AND" psicanálise "AND" pacientes "AND" doenças autoimunes "AND" psicossomática "AND" Fenômeno Psicossomático (FPS) "AND" diabetes mellitus dando o total de 0 (zero), após a delimitação com (ta:((assunto: (psicologia AND diabetes mellitus)))) foram encontrados 13 artigos científicos que, ao fazer uso do filtro da base de dados, considerando os periódicos relacionados ao tema de pesquisa com ênfase psicologia e psicanálise, o segundo resultado teve como total 6 artigos. Fazendo a leitura na íntegra dos 6 artigos e utilizando os critérios de inclusão e exclusão com base nos objetivos que norteiam esta pesquisa, o resultado apresenta 2 artigos científicos conforme apresentação no quadro abaixo:

ID	Autor principal	Título	Ano	País	Revista/Periódico
01	LANGARO, Fabíola	Adesão ao Tratamento em Gestação de Alto Risco	2014	Brasil	Revista - psicologia: ciência e profissão
02	BARBOSA, Roselaine Fernanda	Psicossomática, gestação e diabetes: um estudo de caso	2012	Brasil	Revista – psicologia

					ciência e profissão

4. APRESENTAÇÃO DOS DADOS E DISCUSSÃO

Os dois artigos apresentados acima fazem parte da fundamentação teórica desta pesquisa, articulados com os demais materiais científicos.

O primeiro artigo, *Adesão ao tratamento em Gestação de Alto risco*, apresenta um programa de gestantes, no Centro Hospitalar Unimed (CHU), em Joinville, no ano de 2010. Essas mulheres, que foram identificadas pelos obstetras com gestação de alto risco, têm aproximadamente 32 anos na média e escolaridades variadas. O artigo auxilia nessa pesquisa, pois ressalta a perspectiva de um psicólogo hospitalar e sua atuação no cenário, bem como as diferenças em relação ao trabalho de um psicólogo que atua somente na clínica, expondo também a rotina do profissional da psicologia, prevenções para com o paciente, evidenciando ser determinante o papel deste profissional junto ao paciente para a viabilização do tratamento, e ressaltando que a escuta ativa do profissional de psicologia como forma de otimizar o tratamento. Outro ponto é o destaque dado às causas consideradas mais relevantes para uma gestação de alto risco: a diabetes e a hipertensão.

No segundo artigo, *Psicossomática, gestação e diabetes: um estudo de caso*, apresenta um caso de uma gestante que apresenta diabetes *mellitus.* O acompanhamento psicológico, oferecido pelo Hospital Público Universitário em São Paulo foi de cinco atendimentos, no total, durante o pré-natal da paciente estudada. As contribuições desse artigo foram; a dinâmica de atuação do psicólogo em um ambiente hospitalar, o modelo de abordagem adotado - psicoterapia breve de orientação psicanalítica; as características psicológicas próprias da gestação e os efeitos da diabetes na gestante em estudo que fomentaram as reflexões relativas à questão psicossomática na diabetes.

Nos dois artigos, o desenvolvimento do trabalho de um psicólogo hospitalar é de extrema importância, pois é um profissional muito presente falando de doenças psicossomáticas, tendo em vista que muitos desses pacientes estudados ficam longos períodos da doença internados em hospitais.

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Tendo em vista a leitura do material obtido no levantamento bibliográfico e dos livros que embasaram este estudo, bem como o caso clínico apresentado, diante da importante

contribuição da Psicanálise, qualquer doença pode ser considerada uma doença psicossomática. Decorrente da introdução dos estudos dos processos somáticos realizados por Franz Alexander e o surgimento da psicossomática, a partir dos conceitos sobre a topografia do psiquismo humano de Freud e teorias de Lacan, associando o real, o simbólico e o imaginário ao sintoma. Com os trabalhos de Lacan, foi possível a definição de Fenômeno Psicossomático (FPS) dentro da psicanálise.

Nos dias atuais, o DSM-5, tem a classificação de *transtorno de sintomas somáticos e transtornos relacionados*, porém, como foi visto nesse artigo, não é necessária a divisão entre fatores psicossomáticos e a doença, no caso diabetes *mellitus*, pois eles estão entrelaçados, sendo essencial profissionais da saúde buscarem realizar trabalhos em equipes com profissionais de diversas áreas de maneira interdisciplinar, exercendo um olhar para a totalidade do sujeito, sem fragmentações, trabalhando para amenizar o impacto da doença sobre o sujeito, trazendo melhor qualidade de vida dentro de suas possibilidades e especificidades.

Todas as doenças são psicossomáticas, logo não se pode separar mente e corpo, porque eles atuam de maneira conjunta no ser humano. Os pacientes somáticos têm dificuldade na verbalização de seus sentimentos, portanto os sintomas que se apresentam no corpo são a única maneira de aliviar o sofrimento que está no inconsciente.

Diante disso, a atuação do profissional de psicologia com abordagem psicanalítica se faz necessária em relação a esses pacientes que apresentam doenças autoimunes, como a diabetes *mellitus*, voltando o olhar para um paciente que tem características singulares, contextos e traumas familiares, pois se sabe que o surgimento dessas doenças se dá após um momento de estresse, causando uma somatização psíquica. Quando esses conflitos não são resolvidos pelo sujeito, o corpo, em uma tentativa de equilíbrio, acaba se tornando vulnerável ao adoecimento.

REFERÊNCIAS

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION - APA. **Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais: DSM-5**. 5.ed. Porto Alegre: Artmed, 2014.

BARBOSA, R. F.; DUARTE, C. A. M.; SANTOS, L.P. **Psicossomática, gestação e diabetes: um estudo de caso.** Psicologia: Ciência e Profissão, São Paulo, v.32, n. 2, p. 472-483, 2012.

BURD, M.; **Diabetes *Mellitus*: uma visão psicossomática.** *In* MELLO FILHO, J. et al. Psicossomática hoje. 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 2010. p. 582 – 600.

BRASIL. Ministério da Saúde. Biblioteca Virtual em Saúde. **Dia Nacional da Diabetes.** Disponível em: <https://bvsms.saude.gov.br/26-6-dia-nacional-do-diabetes-4/>. Acesso em: 22 maio. 2022.

CORDEIRO, A. Magno et al. **Revisão sistemática: uma revisão narrativa**. Rev. Col. Bras. Cir., Rio de Janeiro , v. 34, n. 6, p. 428-431, Dec. 2007 . Available from

<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010069912007000600012&lng=en&nrm=iso>. access on 02 June 2020. https://doi.org/10.1590/S0100-69912007000600012 .

FREUD, S. **O inconsciente (1915)**. *In*_____. Obras completas. v.12. 1.ed. São Paulo: Companhia das Letras, 2010. p. 74-126.

GIL, A. C. **Como Elaborar Projetos de Pesquisa.** São Paulo: Atlas, 5ª Ed., 2010.

HISADA, S. **Fatores Emocionais nos Transtornos Endócrinos e Metabólicos (Hipertireoidismo, Hipotireoidismo, Diabete)**. *In:* _____. Conversando sobre psicossomática. 1. ed. Rio de Janeiro: Revinter Ltda, 2003. p. 65-68.

LANGARO, F.; SANTOS, A. H.; **Adesão ao Tratamento em Gestação de Alto Risco.** Psicologia: Ciência e Profissão, Santa Catarina, v. 34, n.3, p. 625-642, 2014.

MARTY, P. **Concepções gerais**. *In:* _____. A psicossomática do adulto, 1. ed. Porto Alegre: Artes médicas, 1993. p.03-12.

MINAYO, M. C. de S. **O desafio do conhecimento: Pesquisa Qualitativa em Saúde**. 8°.ed. São Paulo: Editora Hucitec, 2004.

RESENDE, C. M. A.; CORDEIRO, P. S.; LOUREIRO, R. S.; (orgs.) **Manual/guia de normalização e apresentação de trabalhos científicos e acadêmicos.** Macaé 2016.

RINALDI, D.; NICOLAU, R. F.; PITANGA, C. E. G. A.; **Do fenômeno psicossomático ao sintoma: a aderência do sujeito ao diagnóstico médico e o trabalho analítico**. Ágora. Rio de Janeiro, v. 16, Número especial, p. 95-108, abril 2013.

VALAS, P. **Horizontes da Psicossomática**. *In* WARTEL, R. et al. Psicossomática e Psicanálise. 3. ed. Rio de Janeiro: Campo Freudiano no Brasil, 2003. p. 69-86.