



**UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ**  
**PRÓ-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO**  
**FACULDADE DE MEDICINA**  
**MESTRADO PROFISSIONAL EM SAÚDE DA MULHER E DA CRIANÇA**

**CRISTIANA CARLA MEDEIROS AGUIAR**

**LUDICIDADE EM GRUPOS NA ATENÇÃO PSICOLÓGICA E EDUCATIVA EM  
SAÚDE PÚBLICA SOB O ENFOQUE DA NARRATIVA AUTOBIOGRÁFICA**

**FORTALEZA**

**2018**

CRISTIANA CARLA MEDEIROS AGUIAR

LUDICIDADE EM GRUPOS NA ATENÇÃO PSICOLÓGICA E EDUCATIVA EM  
SAÚDE PÚBLICA SOB O ENFOQUE DA NARRATIVA AUTOBIOGRÁFICA

Dissertação apresentada ao Programa de Mestrado Profissional em Saúde da Mulher e da Criança, da Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Ceará, como requisito parcial para obtenção do título de mestre.

Área de concentração: Desenvolvimento e Primeira Infância.

Orientador: Prof. Dr. João Joaquim Freitas do Amaral

Co-orientadora: Profa. Dra. Maria do Socorro de Sousa

FORTALEZA

2018

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação  
Universidade Federal do Ceará  
Biblioteca Universitária  
Gerada automaticamente pelo módulo Catalog, mediante os dados fornecidos pelo(a) autor(a)

---

A2281 Aguiar, Cristiana Carla Medeiros.  
LUDICIDADE EM GRUPOS NA ATENÇÃO PSICOLÓGICA E EDUCATIVA EM SAÚDE PÚBLICA  
SOB O ENFOQUE DA NARRATIVA AUTOBIOGRÁFICA / Cristiana Carla Medeiros Aguiar. – 2018.  
132 f.

Dissertação (mestrado) – Universidade Federal do Ceará, Faculdade de Medicina, Mestrado Profissional  
em Saúde da Mulher e da Criança, Fortaleza, 2018.

Orientação: Prof. Dr. João Joaquim Freitas do Amaral.

Coorientação: Prof. Dr. Maria do Socorro de Sousa.

1. Psicologia do Desenvolvimento.. 2. Narrativas Autobiográficas. . 3. Psicanálise.. 4. Educação em  
Saúde.. 5. Diabetes Mellitus.. I. Título.

CDD 610

---

CRISTIANA CARLA MEDEIROS AGUIAR

LUDICIDADE EM GRUPOS NA ATENÇÃO PSICOLÓGICA E EDUCATIVA EM  
SAÚDE PÚBLICA SOB O ENFOQUE DA NARRATIVA AUTOBIOGRÁFICA

Dissertação apresentada ao Programa de Mestrado Profissional em Saúde da Mulher e da Criança, da Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Ceará, como requisito parcial para obtenção do título de mestre.

Área de concentração: Desenvolvimento e Primeira Infância.

Aprovada em \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_.

BANCA EXAMINADORA

---

Prof. Dr. João Joaquim Freitas do Amaral (Orientador)  
Universidade Federal do Ceará (UFC)

---

Prof<sup>a</sup>. Dra. Maria do Socorro de Sousa (Co-orientadora)  
Universidade Federal do Ceará (UFC)

---

Prof<sup>a</sup> Dra. Márcia Maria Tavares Machado  
Universidade Federal do Ceará (UFC)

---

Prof<sup>a</sup> Dra. Maria de Fátima de Souza  
Universidade Federal do Ceará (UFC)

“Somos a memória que temos e a  
responsabilidade que assumimos. Sem  
memória não existimos, sem responsabilidade  
talvez não devamos existir.”

José Saramago *in* Cadernos de Lanzarote II

## AGRADECIMENTOS

A contar do tempo que saí da Universidade, vê-se que demorei muito até ingressar no mestrado. Não que isto tenha se dado na tranquilidade. Na verdade, ensaiei algumas vezes, mas não deram certo. Então eu conversava com Deus, e abria meu coração, dizendo-lhe do meu “ideal de consumo”: uma área que fosse do meu interesse, horários que não tumultuassem toda a rotina e um lugar de fácil acessibilidade. Daí que em 2016, uma amiga querida me mandou o edital da primeira turma do Mestrado de Saúde da Mulher e da Criança, com áreas de pesquisa em desenvolvimento infantil e da adolescência, preenchendo somente dois dias inteiros de aula e a acontecer nos meus territórios (*Campus* de saúde da UFC), com direito a vaga especial no estacionamento! Nem acreditei! Achei eu, que pela exigência do pedido, Nosso Senhor não fosse me dar nenhum crédito! Mas deu, e o fez de modo a eu não ter dúvidas de suas graças, nem coragem de dizer que não. Debrucei-me sobre o projeto e experimentei do gozo que é se dar conta de uma torcida organizada para fazer tudo dar certo. Rui Aguiar, meu marido, era e é o principal entusiasta, dando sugestões, buscando bibliografia, imprimindo material de estudo e, estrategicamente me incentivando com promessas de ócio a dois. Nossas filhas, Gabriela e Lara, foram de um companheirismo impecável, levando ao limite o conceito de projeto-família. Sem elas eu ainda estaria tentando organizar meu *Lattes* e o pré-projeto nas normas da ABNT, perdida em meio aos documentos e certificados do currículo. O apoio incondicional desses três me deixaram em viço.

Nesse tempo de seleção, amigas queridas, como Ângela Pinheiro, Fátima Souza, Wanne Belmino e Kátia Monteiro, foram inúmeras vezes convocadas a contribuir com a leitura do pré-projeto, com sugestões e paciência; e o fizeram com a generosidade já esperada.

Quando não passei na entrevista, senti como se tivesse entornado o último copo d'água! Pensava em como eu havia desperdiçado a tão desejada oportunidade, quando esta esteve sob minha responsabilidade. De novo estive amparada. Rui e meninas me deram colo e o mais doce e verdadeiro do amor de cada um, derramando sobre mim tanto entusiasmo pelo empenho despendido, que serenei. Ângela Sousa untou-me com abundância de carinho e florais que não sei dizer quais deles me foram mais balsâmicos. Sullivan Motta, com precisão cirúrgica, honrou-me com sua dedicada disponibilidade e incentivo, e Helder Lucena emprestou-me tempo e recursos legais para buscar possibilidades de inclusão, e, como sempre, esteve junto, muito embora tal não haja se viabilizado.

Fato consumado, em setembro do mesmo ano, outra amiga de labuta (Yadja Gonçalves) anunciou o edital da segunda turma, e não pensei em duplo! Foi a vez de Ana Lage, médica professora e mestra desde tempos imemoriais a me fazer encontrar o eixo central de minha proposta, deixando-a mais “redondinha”. Desta feita, muito do trabalho já estava encaminhado e pude melhor defendê-lo: E aí deu certo!

Desse início para cá, por muitas bênçãos fui sendo agraciada. É preciso que eu diga da turma de mulheres-parceiras que formamos no mestrado. A sintonia grupal foi tão grande que rapidamente nos convertemos em uma teia de suporte uma para as outras. Iranilde Souza, secretária do Mestrado, “segurava as pontas” desta grande teia, dando as provisões e cuidados necessários, sendo nosso anjo bom.

No decurso do primeiro ano, vi que precisava repensar meu objeto de estudo e me socorri muitas vezes da escuta de meu orientador, Professor Dr. João Joaquim Freitas do Amaral (pesquisador de renome na área de saúde pública materno- infantil, pediatra, coordenador do meu Curso de Mestrado, escritor e apreciador da arte de registrar fotograficamente momentos especiais), sempre disponível a colaborar, apoiando, inclusive a possibilidade de repartir a orientação com outro profissional com expertise na área das tecnologias em saúde, como eu imaginava enveredar. Foi nesse “movimento do universo” que vim a ter aula com a Professora Dra. Socorro Sousa e fui capturada pelo entusiasmo com que ela “vive” a perspectiva das pesquisas qualitativas. Conferi de perto o que disse Pierre Levy (2001): “[...] nossas palavras só são ouvidas quando invadem os sonhos dos outros”. Socorro estava repleta deles! Nomeou o que eu procurava e deu-me de beber da narrativa autobiográfica, proporcionando-me um lugar de espanto e prazer. Desde então, estudar, pesquisar, rememorar e escrever passaram a ser necessidades lúdicas e líricas, totalmente dissonantes em relação ao sacrifício hercúleo com o qual eu imaginava ser um programa de mestrado.

Neste percurso narrativo, encontrei-me amorosamente com meus mestres, como se fosse criado um tempo de delicadezas e deter-me a apreciar com gratidão tudo o que aprendi com os tutores de minha formação profissional. Senti-me generosamente acompanhada por essas pessoas, que, sem pudor, dividiram o que sabiam sem condicionais de autorias: tanto isso é verdade que, volta e meia digo coisas que penso minhas, e na verdade nasceram deles. Destaques especiais para Ângela de Alencar Araripe Pinheiro e Teresa Cristina Monteiro Holanda. A primeira, por acreditar em sete meninas do sexto semestre, levando-as pela mão

no início desta caminhada única pela saúde pública. A outra, por sempre me haver aberto inúmeras janelas para horizontes panorâmicos na área hospitalar: a elas, meu *e-terno* bem querer. Aos meus outros mestres, não menos mestres e não menos queridos: Ana Maria Vieira Lage, Luciana Gentileza, Marcos Passerini, Osvaldo Dante Milton di Loreto, Rosa Cunha Bonaparte, toda minha gratidão e meu máximo respeito!

Na qualificação, contei com uma banca ímpar no conhecimento da pesquisa qualitativa (Professores Doutores João Amaral, Socorro Sousa, Márcia Machado e Fátima Souza) e dela recebi algo mais do que as recomendações acadêmicas. Saí fortalecida e convencida do caminho escolhido. Logo após, assistindo à qualificação de uma colega de profissão e de mestrado, fiquei invejada de também passar pelo crivo competente e sensível de Alessandra Xavier, psicóloga, doutora e também, profunda conhecedora da arte das narrativas. A verdade é que minha inveja durou pouco, pois, antes de eu me aventurar a pedir, ela se antecipou a oferecer! Quão importante foi receber suas contribuições e a generosidade com a qual presenteou! Grata!

Tive também salas de aula para ninguém impor defeito. O Grupo de Estudos, de Psicologia, Psiquiatria e Psicoterapia da Infância - GEPPPI, de que participo desde 1989, iniciando com Di Loreto e prosseguindo com a própria Gentilez(z)a em pessoa, talhou-me para a lida com a infância, e proporcionou-me pertencer a um conjunto que amadureceu junto, na vontade de saber, na intensão de atuar e no gosto bom de repartir angústias, alegrias e dúvidas sobre a clínica psicológica: coisa boa demais! Meu outro espaço de formação foi e sempre será o Hospital Universitário Walter Cantídio, da Universidade Federal do Ceará, naquela condição em que você carrega no sobrenome o *pedigree* do qual você é cria. Assim, não posso deixar de render minha gratidão a todos os profissionais, residentes, estagiários, muitos dos quais integram hoje o rol de amigos que muitíssimo me honra. Agradecimentos sinceros, às inúmeras pessoas a quem prestei serviço, cujas histórias marcaram a minha, de tal modo que ilustram a parte humana deste trabalho. Agradecimento especial à equipe da “endócrino”, nas pessoas de Ana Paula Montenegro, Ângela Delmiro, Eveline Fontenele e Miguel Hissa, que, com tanto respeito me acolheram e apostaram na proposta educativa que defendi. E como deixar de fora minha filiação ao Serviço de Psicologia (SEP) desde os seus primórdios? Não poderia! Pertencer a um grupo onde o respeito, a parceria, a competência e o benquerer são os pilares, isso não tem preço. Muito obrigado ao apoio recebido, que aqui personalizo em Luciana Freitas e Kátia Monteiro, por todo o incentivo, principalmente neste



período em que acidentes de percurso e mestrado me deixaram mais ausente do que o pretendido: isso foi determinante e balsâmico! À Ana Linara de Paula Oliveira, secretária do serviço, que tantas e tantas vezes foi de lá para cá com os documentos da plataforma Brasil, meu carinho e agradecimento. Dentre as aulas de “campo” de formação pessoal, currículo que me preparou a exprimir empatia com quem está do outro lado do birô, na condição de paciente, ressalto o lugar da rede SARAH de hospitais do aparelho locomotor, na pessoa de Aluísio Campos da Paz Jr (*in memoriam*) e a Associação de Assistência à Criança Deficiente (AACD). Nestas escolas tive muito tempo de treino e aprendizagens. Também registro os nomes de Denile Thé e Luisa Moura que bem recentemente, possibilitaram meu regresso à engenhosidade de Winnicott. A primeira, pelo convite e empenho em concretizar o XIII Encontro Brasileiro sobre o pensamento de Winnicott em Fortaleza: momento ímpar de encontros aos *gestos espontâneos* de outros colegas que pensam a Psicanálise na fecundidade dos afetos, e à Luísa, pela apresentação, sagaz, sensível e inteligível, dos conceitos winnicottianos, celebrando de vez a face afetiva do cuidado.

Agradecimento também grande, a Vianney Mesquita, revisor habilidoso das minhas reticências, por sua disponibilidade e competência sempre tão assertivas, em pôr os pingos nos “is” e os pretéritos, no lugar que lhes cabem no presente: a ele, meu abraço sincero!

Os amigos também merecem um parágrafo à parte: misturadas a eles, a vida adquire a seriedade da brincadeira infantil; solene e livre, como tem de ser. Na cabeça, o rosto de cada um, como portos onde o coração atraca quando carece de intimidade. Aqui incluo minha sogra-mãe (Maria do Socorro Rodrigues), minhas cunhadas e cunhados, sobrinhos e seus cônjuges. Que privilégio é, habitar o mesmo tempo e espaço que essas pessoas, e com elas partilhar da vida e do sagrado da cumplicidade. Paulo Leminsk (1944 - 1989) coroa este sentimento, com o seguinte poema: “Meus amigos quando me dão a mão, sempre deixam outra coisa: presença, olhar, lembrança, calor... Meus amigos quando me dão, deixam na minha a sua mão”. É isso! Gratidão a cada um que se sabe fincado em meu coração. Neste rol, eu também anoto o nome de alguém, que nesse meu tempo de meia-idade me ajuda a pôr em palavras os sentimentos arqueologicamente encravados em mim: grata, Iracema São Tiago.

A vida é sábia em permitir laços indissolúveis de amorosidade em seu curso. Alguns são tão atados que continuam além da ausência, como sustância aos nossos esforços de promover o bem. Minha reverência e saudade a Ribamar e Jandyra Serra, pela grandiosa capacidade de acolhida e doação, a Encarnacion Soto Yañez, nossa Cacá, pelo dom de nos

enxertar em sua alma, como se isso fosse a coisa mais simples e prioritária da existência, e a Maria da Penha Galvão Araújo, por ensinar-me, docemente, que amizade verdadeira desacata as fronteiras de gerações distintas.

E, quase por fim, só para que o gesto-voz seja espriado sem pressa nem cortes, declaro amor comovido, pelo tanto que me dão, em presença, exemplos, suporte, benquerença, abrigo e cuidados, a toda minha grande família. Cresci entendendo que nossas passadas são mais seguras quando acreditamos que somos capazes, e essa convicção nasce de fora para dentro. Primeiro, está refletida no olhar de quem nos ama, depois, e só depois, é que a incorporamos. Nunca, nem em delírio, vi outra coisa no olhar destas criaturas que não fosse crédito às minhas competências. Ando por aí com meus passos pensos, mas não me assombra o caminho partilhado; só aquele que não me permitiria a cumplicidade do sentido da vida. A todas as minhas irmãs (Lúcia, Mírian, Fátima, Nenê, Marta e Luísa) e ao meu irmão Victor, minhas palavras quase nuas, ante o tamanho da gratidão de pertencer e ser junto. Menção especial à Fátima, minha irmã e mãe postiça, por se haver dedicado tão generosamente aos meus cuidados nos anos de tratamento médico em Brasília, dando-me o verdadeiro sentido do que é ser luz e segurança no tempo em que criança permanecia desacompanhada em sua internação. Aos meus pais, José Victor e Alfa Medeiros, que sabiamente desbravaram o desconhecido para que eu tivesse um horizonte mais largo com a locomoção, meu indizível muito obrigado. Sinto muita falta do “Zé Victinho”, no seu jeito manso e comovido de nos ver crescer: Sua bondade era mais frequente do que as palavras; e isso nos bastava. Minha mãe, que segue conosco, mais inteira e forte do que todos nós juntos, ainda nos nutre com sua fé, cuidados, sabedoria e mesa farta de comida e amor. Com ela aprendi a dar voz aos bonecos. Com ela sigo aprendiz a dar voz, às graças de Deus. Minha gratidão também à Alaíde, minha “madrINHA”, que aguentou firme minhas escaladas nos brinquedos do parquinho, fazendo-me acreditar que isto era alcançável por toda e qualquer criança. Ao Rui, meu amor de maturidade, meu cúmplice em tudo, pela inteireza com que ama, sonha e realiza; a Gabriela, minha eterna Bibi de olhos crespos, aquela que me inaugurou como mãe e me surpreende com um olhar que perscruta a alma da gente e a Lara, minha cacheada, “criaturinha” de-MAIOR que me ensina a questionar quase tudo, desde que seja para assegurar o direito inviolável de cada pessoa: a esses três, minha gratidão sem pudor!

E antes do fim, que na verdade é sempre recomeço, gratidão à vida, que é sábia e plena de oportunidades de encontros.

Graças à vida que me deu tanto  
Me deu dois olhos que quando os abro  
Distingo perfeitamente o preto do branco  
E no alto céu seu fundo estrelado  
E nas multidões o homem que eu amo

Graças à vida que me deu tanto  
Me deu o som do alfabeto  
E com ele as palavras que eu penso e declaro  
Mãe, amigo, irmão  
E luz iluminando, a rota da alma de quem  
estou amando

Graças à vida que me deu tanto  
Me deu a marcha e meus pés cansados  
Com eles andei cidades e charcos  
Praias e desertos, montanhas e planícies  
E a casa sua, sua rua e seu pátio

Graças à vida que me deu tanto  
Me deu o coração, que agita seu marco  
Quando olho o fruto do cérebro humano  
Quando olho o bom tão longe do mal  
Quando olho o fundo de seus olhos claros

Graças à vida que me deu tanto  
Me deu o riso e me deu o pranto  
Assim eu distingo, fortuna de quebranto  
Os dois materiais que formam meu canto  
E o canto de vocês que é o mesmo canto  
E o canto de todos que é meu próprio canto  
Graças à vida, graças à vida  
Graças à vida, graças à vida

(Mercedes Sosa, *Gracias a la vida*)

## RESUMO

A prática cotidiana em saúde com crianças e adolescentes, em quase 30 anos de serviço público, impulsionou a intensão por conferir um olhar mais analítico à trajetória de trabalho nesta área da Psicologia Hospitalar. Dentro disso, a ludicidade em grupo, entendida como um meio motivador da participação ativa do sujeito em sua subjetivação da enfermidade e do autocuidado, configurou-se como o denominador comum das incursões profissionais que se achou por bem efetivar mediante a consolidação de um lugar de experiência a ser compartilhado. O trabalho atual na área de Educação em Saúde com a população infantojuvenil portadora do *Diabetes Mellitus* do tipo 1, suscitou inquietações por estratégias de adesão ao tratamento, principalmente na adolescência, quando aspectos pubertários e psicoafetivos da fase ameaçam um estilo de vida mais comprometido com os cuidados necessários. Destas inquietações, resultou esta pesquisa, que objetivou exprimir uma narrativa autobiográfica do ofício profissional que se percorreu com grupos para crianças e adolescentes assistidos no Hospital Universitário Walter Cantídio - UFC, como contributo para a formação multiprofissional e a democratização de tecnologias educativas em saúde, sob o referencial da Psicanálise. Do ponto de vista metodológico, esta é uma demanda de enfoque na narrativa (auto)biográfica e de caráter teórico-reflexivo, realizada por meio da sistematização da experiência profissional. A prática narrativa, possibilitada por esta pesquisa, permitiu um vislumbre bastante especial, de como esta tem se formado e do quão esta mesma formação se vê fortalecida com capacidade formativa para outros agentes. Outros resultados também dizem respeito à interlocução da prática com estudos teóricos de grande expressão na realidade brasileira, possibilitando uma defesa assertiva da Educação em Saúde para adolescentes diabéticos, desde que não meramente instrutiva, mas também comprometida com a produção de subjetividades e sentidos - capazes de integrar conhecimento com afeto, atitudes de cuidado com a valorização da qualidade de vida. Neste sentido, este ensaio também exprime um jogo temático elaborado para adolescentes (IMPASSE), como importante recurso mediador da conscientização para o autocuidado na doença, na expectativa de que possa ser útil a outras experiências.

**Palavras-chave:** Educação em Saúde. *Diabetes Mellitus*. Adesão do Paciente. Psicologia do Desenvolvimento. Psicologia Aplicada. Narrativas Autobiográficas. Psicanálise.

## ABSTRACT

The daily practice in health services with children and adolescents, in almost 30 years of public service, stimulated the intention to give a more analytical look to the trajectory of work in this area of Hospital Psychology. The ludicity in group, understood as a way to favor the active participation of the subject in his subjectivation of the illness and self-care, was configured as the common denominator of the professional incursions that were effected through the consolidation of a place of experience to be shared. The current work in the area of Health Education with the child and adolescent population with type 1 Diabetes Mellitus has raised concerns about treatment adherence strategies, especially in adolescence, when pubertal and psychoaffective aspects of the phase threaten a lifestyle that is more committed to the necessary care. From these concerns, this research aimed to express an autobiographical narrative of the professional work that was carried out with groups for children and adolescents assisted at the Hospital Universitário Walter Cantídio - UFC, as a contribution to the multiprofessional training and the democratization of educational technologies in health, under the referential of psychoanalysis. From the methodological point of view, this is a demand for a focus on autobiographical narrative and a theoretical-reflexive investigation, performed through the systematization of professional experience. The narrative experience, enabled by this research, allowed a very special glimpse of how it has been formed and of how this same formation is strengthened with formative capacity for other actors. Other results also relate to the interlocution of the practice with theoretical studies of great expression in Brazilian reality, making possible an assertive defense of Health Education for diabetic adolescents, not merely instructive, but also committed to the production of subjectivities and senses - able to integrate knowledge with affection, attitudes of care with the appreciation of the quality of life. In this sense, this essay also presents a thematic game prepared for adolescents (IMPASSE) as an important mediator of the self-care awareness in the disease, in the expectation that it may be useful to other experiences.

**Keywords:** Health Education. Diabetes Mellitus. Patient Adhesion. Psychology of Development. Applied Psychology. Autobiographic Narratives. Psychoanalysis.

## SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO: De onde falo .....	15
1.1 Perguntas norteadoras.....	20
2. OBJETIVOS .....	21
3. CAMINHOS METODOLÓGICOS: cartografia de uma pesquisa.....	23
3.1 Sobre as escolhas: de objeto e de método .....	23
3.2 Método autobiográfico e Psicanálise .....	23
3.2.1 Narrativa (auto)biográfica.....	26
3.2.2 Psicanálise.....	28
3.3 Locus da pesquisa.....	31
3.4 Participantes da pesquisa.....	32
3.5 Etapas da realização do estudo e seus instrumentos .....	32
3.5.1 Sistematização, segundo Holliday.....	34
3.6 Aspectos éticos: todo o respeito é pouco.....	36
4. EIXOS ESTRUTURAIS DA PESQUISA .....	38
4.1. Ludicidade e grupos: por que brincar e relacionar-se são necessidades básicas .....	38
4.1.1 Ludicidade.....	39
4.1.2 Grupos.....	46
4.2 Adolescência.....	47
4.2.1 Adolescência e seus aspectos.....	47
4.2.2 Adolescer com doença crônica.....	51
4.2.2.1 "O esquecimento está cheio de memórias".....	51
4.2.3 Adolescer quando o doce da vida periga azedar: DM1 e suas marcas.....	57
4.3 Educação em Saúde.....	58
4.3.1 Adesão ao tratamento: ponto nevrálgico para a Educação em Saúde.....	58
4.3.2 Cuidar de si: isto se aprende?.....	64
5 REGISTROS (AUTO)BIOGRÁFICOS DE UMA TRAJETÓRIA PROFISSIONAL.....	68
5 PRIMEIRA PARTE	

5.1 Às portas do futuro .....	68
5.2 Dos inícios de quase tudo (1987) .....	69
5.3 Passeio pelos jardins da cidade universitária: Ambulatório de Pediatria - HUWC.....	72
5.4 Os entremeios.....	73
6 SEGUNDA PARTE	
6.1 Com o diploma na mão, procurando antigos caminhos.....	75
6.2 Melodia por pouco à deriva.....	77
6.3 A falta que faz um olhar que brilha.....	79
6.4 Trazendo o espaço onde a "form'ação" se dava.....	83
6.5 Nosso jeito de fazer os grupos.....	86
6.5.1 Grupos de Espera (GE) .....	86
6.5.1.1 Dupla assustada por fantasmas.....	87
6.5.2 Grupos de vivência para pais.....	89
6.5.3 O psicodiagnóstico em grupo.....	90
6.5.3.1 Quando os dispostos se atraem.....	91
6.5.4 Grupos psicoterápicos.....	93
6.5.4.1 Quando o brincar denuncia violências.....	94
7 TERCEIRA PARTE: foco nas doenças crônicas	
7.1 Reumatologia: corpos adultos retorcendo a plasticidade de outrora.....	100
7.2 Endocrinologia: os tempos da vida sob custódia.....	100
7.2.1 Sala de espera como porta de entrada.....	100
7.2.1.1 A infância que o mundo comeu.....	102
7.2.2 As reviravoltas institucionais.....	105
7.3 Grupos psicoeducativos.....	106
7.3.1 Nas entrelinhas, os não ditos.....	109
7.4 Sobre o jogo IMPASSE.....	113
8 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	117
8.1 A quem se encontra quando o encontro se dá: o caso do Chico.....	119
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....	125

## 1 INTRODUÇÃO: De onde falo...

Penso que nossas escolhas não se dão ao acaso. Estão sempre a obedecer uma ordem interna, presas em um fio contínuo de significados que se vai estabelecendo da trajetória de cada qual. Quando olhadas com um pouco de distanciamento, em função do tempo e da reflexão proporcionada por uma pesquisa de análise do cotidiano e da prática profissional, este fio invisível se torna evidente, possibilitando a formulação de aprendizagens e intercâmbios do processo vivido, por vezes encadeando o que parece um jogo de cartas marcadas, tão interligados e retroalimentados, um evento de outro parece estar. É a vida mostrando seu lado brincante, como a jogar com o assombro ante o desconhecido; como se insistisse pela curiosidade e ludicidade: assunto mesmo desta proposta de trabalho.

Na qualidade de psicóloga comprometida com a área da saúde, há quase 30 anos, tenho me dedicado à causa da infância e adolescência, atualmente com ênfase no acompanhamento de crianças e adolescentes portadores de *Diabetes Mellitus* do tipo 1 (DM1) e seus familiares, atendidos no Hospital Universitário Walter Cantídio - UFC.

Fiel à formação clínica em Psicanálise, sempre divisei na atividade lúdica um meio para acessar os conteúdos inconscientes que sustentam a ação de cada pessoa no real, inclusive, das interdições e conflitos que a doença crônica provoca. A prática cotidiana com esses meninos e meninas ratifica em mim o potencial interventivo do jogo - que efetiva a comunicação, favorece a proximidade, fomenta o aprendizado e convida a trocas de variados matizes, onde a afetividade encontra brechas em meio à formalidade de modelos biomédicos ainda tão hegemônicos na cultura em vigor.

Deste lugar de prática, pude ter uma visão mais balizada do que sejam as possibilidades de intervenção da Psicologia, como partícipe do campo da saúde, nesta área do DM1. Vejo por exemplo, o quanto uma doença crônica de natureza grave, como o diabetes, é desgastante e demandante de grandes mudanças no estilo de vida de crianças, adolescentes e familiares; percebo adolescentes, tentando lidar com duas complexidades que, por vezes, se chocam: a busca da identidade e autonomia, por um lado, e a necessidade de controle glicêmico, por outro; distingo a vulnerabilidade de um ser ainda em desenvolvimento ante os influxos da enfermidade em sua qualidade de vida e planos futuros; avisto a busca da equipe de saúde por uma comunicação mais efetiva com o público adolescente; contemplo a



ludicidade em grupo como um recurso de excelência de intervenção e enxergo a contribuição que a Psicologia pode fornecer para a compreensão dos processos psicológicos.

Baseada nessa realidade, optei por investir esforços na Educação em Saúde, para crianças e adolescentes com diabetes e seus membros familiares, por entender que a educação continuada pode ter influência positiva sobre a pessoa, promovendo o desenvolvimento de habilidades necessárias para o autocuidado e controle da doença. No que diz respeito ao DM1, as mudanças de conduta necessárias ao seu enfrentamento são propiciadoras de estresse, dado que o tratamento perpassa manejos complexos e contínuos, interferindo sobre o estilo de vida, causando desconforto, exigindo autodisciplina e renúncias, além de suscitar constantes ansiedades pela imprevisibilidade de seus efeitos sobre o organismo.

Nessas circunstâncias, faz-se de suma importância a busca por estratégias de Educação em Saúde que favoreçam maior participação das pessoas, convocando-as a pensar e a se implicar em seu processo de saúde-doença, principalmente na fase da adolescência, revestida que é de tantas mudanças onde se potencializam os riscos da não adesão ao tratamento. E esta, constitui-se em preocupação por parte de profissionais, membros familiares e equipamentos de saúde pública, pelo risco de intercorrências graves e chocantes à qualidade de vida

Muitos estudos evidenciam que a adesão à terapêutica medicamentosa, por si, não garante a eficácia no controle das doenças. De acordo com a Sociedade Brasileira de Diabetes (2006), a adoção de um estilo de vida adequado, com a prática regular de atividades físicas e a ingestão da dieta adequada, é praticamente duas vezes mais efetiva do que o tratamento farmacológico no controle do *Diabetes Mellitus*. Neste sentido, é essencial que os programas educativos contem com uma equipe de saúde disposta a efetivar estratégias de comunicação e aprendizagem que ultrapassem a mera transmissão de informações e sejam propícias à participação ativa dos partes, considerando suas especificidades, experiências e conhecimentos, como premissas cruciais para o cuidado e compreensão dos processos que dificultam e muitas vezes impedem o controle adequado da doença.

Sem dúvida, a adolescência representa uma fronteira delicada no desenvolvimento do ser humano. Ela se localiza naquele ínterim da infância com a adultez; está entre a dependência/desejo de liberdade e o peso das responsabilidades como preço da autonomia. As mudanças físicas de um corpo em transformação no período pubertário impulsionam ainda mais mudanças no campo psíquico, que, por sua vez, recebe influência do meio familiar, social e cultural. Do confronto com esses impasses, são estabelecidas bases para a reedição do

Eu, tarefa primordial desta fase, e, seja expresso de passagem, tarefa inegavelmente complexa, principalmente quando coincide com os desafios de também se assumir portador de grave doença crônica, desgastante e de forte impacto à qualidade de vida destas pessoas, como o é o *Diabetes Mellitus* do tipo 1.

Dessa maneira, não é de se estranhar que a fase da adolescência seja especialmente vulnerável à falta de aderência ao tratamento: como conciliar duas complexidades que se chocam e por vezes adoecem? A complexidade do diabetes ocorre pelas interdições, riscos, culpas e desgastes; e complexidade da pessoa em busca de sua autonomia, urgente por viver tudo e testar os limites postos, realidade tão própria da adolescência.

Compreender o quão complicado é o processo adolescente em seus dilemas, aspirações e desorganizações na direção de sua subjetividade e individualidade, ainda mais em um contexto estressor de enfermidade, requer esforço conjunto e integrado de todos. Na área da saúde, demanda que ações sejam pensadas, respeitando-se as especificidades e necessidades desta fase.

Destas reflexões, surgem algumas perguntas: como contribuir para que estes meninos e meninas possam achar caminho rumo aos seus ideais sem prescindir de autocuidados? Qual a maneira de encontrar canais de comunicação propiciadores de pensamento crítico e ação comprometida? De que modo acompanhá-los, sem nos tornarmos inquisidores de boa conduta? As respostas não vêm prontas, mas alimentam-se de bons balizadores que a própria Educação em Saúde destaca.

O suporte educativo continuado é ressaltado na literatura científica como o caminho para a obtenção de melhor adesão, reconhecido como parte integrante da terapêutica de controle do diabetes, e, para isso, existe considerável quantitativo de abordagens educacionais respaldando as estratégias de intervenção ao controle da doença.

No Ambulatório de Endocrinologia Pediátrica do Hospital Universitário Walter Cantídio - UFC, contexto deste trabalho, os grupos de Educação em Saúde já aconteciam como prática da residência multiprofissional junto a pacientes com *Diabetes Mellitus* do tipo 1, antes do meu ingresso na equipe em 2011. Nestes dispositivos, residentes de Enfermagem e Fisioterapia orientavam pacientes e pessoas das famílias no manejo com a aplicação da insulina, o rodízio desses, o cuidado com os pés, o controle da glicemia, a importância da atividade física e os primeiros socorros no caso de descontrole glicêmico (hipo e hiperglicemia), entre outros assuntos relacionados. Por ocasião do meu ingresso na equipe, o

enquadramento dos grupos foi reformulado, incluindo-se o primeiro momento voltado para a partilha de experiências, as quais, desde os seus pontos em comum, suscitavam intervenções ligadas ao enfrentamento da doença, aos lutos do adoecimento, aos conflitos de sentimentos no embate entre desejos e necessidades, que propiciavam maior acolhimento e participação de pacientes e membros. Em seguida, ou concomitantemente, sempre quando se fizesse oportuno, as residentes iam esclarecendo e disponibilizando informações de ordem técnica, para melhor compreensão do diabetes. Com o tempo, viu-se a necessidade de ajustes no enquadramento das sessões para que estas não se fizessem repetitivas e desestimulantes e, assim, a agenda mensal com os retornos dos pacientes foi organizada pela equipe, de maneira a congregar por faixa etária a distribuição dos pacientes no decorrer do mês. Essas adequações otimizaram o emprego dos recursos educativos, segundo características e interesses das idades e pessoas atendidas, e permitiram a participação ocasional de residentes da Psicologia, como alunos das disciplinas de grupos em saúde, ministradas por mim, dentro do programa da Residência Multiprofissional do HUWC (RESMULTI).

Nas ocasiões em que os grupos aconteciam apenas com portadores de DM1 de mesma faixa etária, sem a atuação dos responsáveis, investia-se em propostas lúdicas como iniciadoras das discussões e intervenções educativas. Dos recursos utilizados, ressaltam materiais como os *Mapas de Conversação em Diabetes*<sup>1</sup>; jogos de tipo projetivo como o *Dixit*<sup>2</sup>, ou de “contação” de histórias como o *Eu Conto*<sup>3</sup>. Foi, no entanto, com a sistematização dos grupos (e o registro por escrito de muitas destas sessões), que logo cresceu na equipe a vontade de elaborar um jogo temático arrimados em situações comuns e, por vezes, inusitadas sugeridas nos depoimentos de crianças, adolescentes, pais e profissionais de saúde sobre o enfrentamento do diabetes. Disto resultou a formulação de um jogo de cartas para adolescentes, o IMPASSE, que conta com situações-problema passíveis ao cotidiano da vivência com diabetes como recurso mediador da conscientização para o autocuidado na doença. É jogo temático, que propõe a formulação de desafios, argumentos, blefes e deduções, em que as situações-problema foram organizadas para possibilitar inquietações e aprendizados. Esta ferramenta está em permanente aprimoramento, mas já é capaz de

---

<sup>1</sup> Ferramenta do Laboratório Lilly, criada pela Federação Internacional de Diabetes.

<sup>2</sup> Jogo de cartas ilustradas com imagens surreais (como de sonhos), criado por Jean-Louis Roubira, e publicado pela Libellud.

<sup>3</sup> Jogo de cartas com ilustrações e palavras para contação de histórias. Organização Viva e Deixe Viver publicado pela Matrix.

subsidiar espaços para discussão e maior participação dos envolvidos, conforme sugerem as sessões realizadas nestes moldes.

O fato é que a práxis cotidiana impulsionava a intensão de obter maior conhecimento. A oportunidade para esse diálogo entre o empírico e o científico deu-se por ocasião do Mestrado Profissional, então em curso. Comecei por considerar a possibilidade de conferir visão mais analítica à trajetória de trabalho nesta área da Psicologia Hospitalar, no enfoque da Educação em Saúde por meio da ludicidade. Essa sempre me fora uma área de interesse durante minhas incursões profissionais, mediante as quais se fez possível a consolidação de um lugar de experiência a ser compartilhado. Em outras palavras: eu queria abordar a força interventiva da ludicidade na Educação em Saúde; tinha experiências a contar e queria fazê-lo com prazer, sem prescindir do caráter de criação científica, mas não atinava para a maneira de proceder.

Foram necessários muitos exercícios de pensar, questionar e duvidar, para que o rumo fosse tomado. Por um bom tempo, vivi o não-saber como um engessamento da capacidade de criar. Buscava por encontrar o fio de significados que conferisse unidade e envergadura a esta proposta “lúdico-laboral”.

Foi neste ponto que me aproximei da pesquisa qualitativa, em uma de suas crias: o método (auto)biográfico e sua metodologia narrativa. Logo, muitas afinidades com a minha linha teórica se fizeram notar, porquanto a Psicanálise, na qualidade de ciência do humano, tem na narrativa que a pessoa faz de si o caminho de acesso aos processos inconscientes da subjetividade. Foi uma alegria encontrar na narrativa (auto)biográfica a possibilidade de estabelecer diálogo, tanto com a Psicanálise (feita teoria psicológica norteadora do meu fazer profissional) quanto com a ludicidade, seja em formato de prazer investigativo, seja em ação de cuidados para com um público com o qual trabalho (crianças e adolescentes com diabetes), podendo fluir em um terreno que autoriza, ao mesmo tempo, a liberdade de expressão e os saberes advindos da experiência pessoal.

Gaspar, Pereira e Passeggi (2012) ressaltam que, na atualidade, escrever sobre as experiências e os sentimentos nelas envolvidos tornou-se um recurso de pesquisa para se analisar o cotidiano e a prática profissional. Na área da Educação, as narrativas autobiográficas compõem um método de elaboração do conhecimento que tem o compromisso histórico de reinventar os cotidianos e ensejar reflexões e práticas de análise e ressignificação da própria ação, por meio da sistematização da experiência, como proposto em

Holliday (2006). Esta sistematização a que se refere o autor é um processo que permite “objetivar” o vivido e fazê-lo comunicável para que sirva ao intercâmbio de aprendizagens. Situa-se entre a descrição de uma experiência e a reflexão teórica sobre esta, possibilitando a formulação de aprendizagens e intercâmbios do processo vivido.

Crendo haver encontrado o aporte metodológico pretendido, fui procurar trabalhos que tivessem esta característica autoral. Foi o que possibilitou o encontro com a tese de doutorado de Fortuna (2011) sobre a formação lúdica docente na universidade. Em uma de suas reflexões, a autora exprime que somente uma abordagem metodológica plástica às novas tendências e segura de sua especificidade, como é a pesquisa (auto)biográfica em Educação, pode oferecer suporte a um trabalho que propõe duas transgressões na lógica do cientificismo: o jogo e a narrativa em si. E explica: “[...] ambos (são) capazes de gerar espaços inéditos de compreensão e de evidenciar valor àquilo que as formas canônicas de cientificidade ordinariamente repelem”. (P. 46). Fico a pensar sobre esta transgressão dupla: quanta ousadia pretendida! O jogo, pela contradição que sugere entre o que está na ordem do real e/ou da fantasia, e a narrativa, como desafio à legitimação requerida pela produção científica. Esta perspectiva da autora ofereceu-me contornos possíveis às expectativas de investigação a que estou me propondo adentrar.

### **1.1 Perguntas norteadoras**

Cumprida esta etapa de achar ou ser achada pelos novos instrumentos investigativos e suas diversas conformações nominais - história oral, história de vida, narrativas de vida, histórias de vida em formação, narrativa de si, autobiografia, método (auto)biográfico, bem como tendo tomado conhecimento sobre a maneira de sistematizar a experiência profissional para que esta possibilite uma reflexão e contribua para a elaboração teórico-prática, surgem as perguntas norteadoras deste experimento:

- Em que medida, escrever sobre minha trajetória profissional pode colaborar para a própria formação na qualidade de psicóloga trabalhando na área da saúde?
- De que modo poderia o relato desta trajetória profissional colaborar para a formação de profissionais envolvidos com a Educação em Saúde para pacientes com DM1?

Creio que essa contínua formação, como nos ensina Josso (2004), por não se dar no vazio, e ser elaboração também social, é capaz de fomentar mais perguntas geradoras de

buscas em outros profissionais que, como eu, perseguem o sentido do seu fazer em relação às necessidades do público que atende. Estou bastante imbuída da intenção de contribuir para que os saberes da experiência possam estar disponíveis ao diálogo com o conhecimento científico. Não é o caso de trazer aqui um modelo “infalível” de práticas na Educação em Saúde, mas de fazer o compartilhamento de experiências e aprendizagens que se traduzam em indutoras de novos questionamentos a respeito dos modos de se abordar e contribuir para a qualidade de saúde de adolescentes portadores de doenças crônicas, mais especificamente, de DM1.

Ante o exposto, este relatório de pesquisa foi organizado de modo a enunciar, em seguida, os objetivos e caminhos metodológicos buscados e percorridos, após os quais serão indicados os eixos temáticos nutridores das indagações centrais do estudo, seguindo-se à narrativa de minha trajetória profissional, sempre sob o argumento da Psicanálise e do aporte balizador da sistematização da narrativa (auto)biográfica, conforme Holliday (2006).

## **2 OBJETIVOS**

### **2.1 Objetivo geral**

Descrever minha experiência profissional com a ludicidade em grupo, com ênfase em estratégias de Educação em Saúde para adolescentes com *Diabetes Mellitus* do tipo 1.

### **2.2 Objetivos específicos**

- Compreender como a ludicidade em grupo influencia na adesão ao tratamento em DM1.
- Contribuir para a capacitação de residentes multiprofissionais quanto ao emprego da ludicidade em grupos na saúde.
- Possibilitar a discussão sobre o papel dos grupos em saúde.

### 3 CAMINHOS METODOLÓGICOS: cartografia de uma pesquisa

“Às vezes encontramos os caminhos, outra vez já estamos lá, muito embora perdidos. A epifania é quando nossos olhos conseguem, enfim, identificar em nós, o que procuramos...”

(Cristiana Carla)

#### 3.1 Sobre as escolhas: de objeto e de método

Como expressei em passagem anterior, as escolhas de objeto e método para este trabalho, foram frutos de um extenso tempo de lapidação. Partia de algumas certezas e muitas perguntas. Sobre as certezas: eu tinha uma longa trajetória no trabalho de grupos com crianças e adolescentes do qual tencionava compartilhar; queria casar a experiência vivida e acumulada com a teoria (de modo que também se evidenciasse a expressão do movimento que as dinâmicas humanas trazem em si); sabia da ludicidade como excelente recurso de intervenção em Educação em Saúde e entendia que a Educação em Saúde, no entanto, abria uma possibilidade incomum para o caminho interdisciplinar. Faltava-me conhecer, no entanto, como viabilizar tudo isso de modo a dar uma envergadura científica ao trabalho, sem abrir mão de um estilo autoral que também comportasse leveza e prazer ao meu decurso criativo. Para mim era imprescindível que o ato de estudar, pensar e escrever comungasse com o prazer do brincar (fosse com ideias, pensamentos, atos ou palavras), sob o risco de nada de substancial resultar de todo o esforço.

Demorei em demasia para conseguir transferir as primeiras ideias para o papel. A exigência de seguir rigorosamente o *script* das autorias e estudos científicos, por mais que legítimos, me impediam de fluir nas ideias em curso. Restava disso um texto rígido, sem identidade ou coerência. Vinda de uma formação em Psicanálise, na qual as narrativas dos processos psíquicos são tradicionalmente a maneira pela qual a pesquisa desta vertente se dá, tanto no aspecto da interpretação dos significados que emergem do inconsciente do analisando, quanto da avaliação da conduta clínica do profissional, eu ansiava por encontrar uma abordagem que me permitisse maior fluidez e mais ressonância com a abordagem teórica que embasa minha visão do fenômeno humano como experiência emocional.

Nesta inquietação provocada pelo não-saber, comecei a trocar ideias com algumas pessoas. Em uma disciplina de pesquisa qualitativa, levei meus escritos e intenções à

professora<sup>4</sup> da matéria e foi aí que vim a saber da metodologia narrativa e (auto)biográfica como possibilidade de caminho teórico-metodológico! Esta descoberta tirou-me do limbo e abriu-me um horizonte por demais atraente aos voos que eu tanto ansiava fazer.

Josso (2004) (em seu livro intitulado “Experiências de Vida e Formação”) expressa muito bem a ideia de que as relações entre teoria e prática muitas vezes explicitam um grande desafio e dificuldade, para quem se propõe a tarefa de teorizar sobre o vivido, e de esclarecê-lo por uma abordagem teórica em curso. Segundo a autora, a reflexão acerca do próprio conhecimento desdobra-se sobre o processo de aprendizagem intelectual. Como reflete Josso, o sujeito aprendente, primeiro, toma consciência, depois vai para o plano da aquisição de conhecimentos e de competência. No relacionar dos fatos, acontecimentos e situações da trajetória de vida com o conhecimento intelectual, a autora entende que o sujeito aprendente está em formação, mas igualmente orienta a pesquisa-formação.

Para esta docente da Universidade de Genebra, “o ato de escrever uma narrativa de vida centrada na formação, constitui um espaço de reflexão e de conceitualização, favorecedor de um conjunto de aprendizagens que ultrapassam um processo de conhecimento de si no registro psicológico”. (2004, p 171).

Uma investigação com excelência de rigor científico, na visão de Ambrósio (2013), necessita estar em alinhamento conceitual (epistêmico-antropológico), metodológico e interventivo buscado de maneira metódica, sistemática e passível de compartilhamento com a comunidade científica.

Isto delinea, pois, o esforço que precisaria ser empregado por mim neste tempo. Debrucei-me sobre o estudo da pesquisa (auto)biográfica, procurando indicativos de convergência para o alinhamento necessário, que é o processo que pretendo delinear no próximo seguimento

### **3.2 Método autobiográfico e Psicanálise**

O movimento biográfico no Brasil, conforme Souza, Sousa e Catani (2007), tem vinculação com as pesquisas na área educacional, seja no âmbito da História da Educação, da Didática e Formação de Professores, bem como em outras áreas que tomam as narrativas

---

<sup>4</sup> Professora Maria do Socorro de Souza, co-orientadora desta pesquisa



como perspectiva de pesquisa e formação. Seus contornos começaram a ficar mais delineados nos anos de 1980.

Esses anos foram palco de muitas mudanças no Brasil, inclusive dos paradigmas da pesquisa científica. Os grandes debates pela Constituição, a mobilização de entidades sociais em torno do Sistema Público de Saúde e na implementação do Estatuto da Criança e do Adolescente, sacudiam o Brasil em um movimento pela democracia e participação social. Parecia, enfim, que se estava requisitando uma cidadania em seu sentido maior, como senhores de direitos e de sentidos. No âmbito das Ciências Sociais e Humanas, segundo levantamentos feitos por Souza (2007), esta mesma onda de debates também movimentava as discussões no País, a exemplo de posições adotadas por estudiosos na Europa desde os anos de 1920 e 1930 pela reivindicação de uma ideia científica mais acessível à pluralidade do saber e de sua complexidade. Grande insatisfação para com a racionalidade técnica como modelo hegemônico de formação abria questionamentos sobre a capacidade, do conjunto de referências teóricas e metodológicas das Ciências Naturais, de abarcar toda a compreensão dos fenômenos sociais. (IBIDEM)

Operou-se, com procedência nesses fatos, uma abertura para variadas teorias e práticas pedagógicas, em concepções que valorizam a experiência vivida, onde as pesquisas de abordagem biográfica, também chamadas de *história de vida* na área educacional, têm aí seu estímulo, sejam como práticas de formação, sejam como investigação ou investigação-formação (SOUZA, 2007).

As pesquisas envolvendo histórias de vida e (auto)biografias na área educacional situam-se no cerne da demanda científica qualitativa. Elas encontraram um terreno reflexivo muito fértil no Brasil, em decorrência da variedade de estudos e práticas de formação em curso. Muitas são as terminologias empregadas neste universo (autobiografia, biografia, relato oral, depoimento oral, história de vida, história oral de vida, história oral temática, relato oral de vida e as narrativas de formação com referência às pesquisas com histórias de vida) mas, consoante Souza (2007), essa polissemia talvez se dê, principalmente, como tentativa de maior aproximação aos aspectos metodológicos de cada uma delas, salvaguardando, é claro, a unidade que lhes dá a valorização das fontes orais.

Postada como abordagem qualitativa, a pesquisa (auto)biográfica ou narrativa configura-se como técnica e procedimento de produção de dados, que subsidia o estudo da formação e do trabalho docente em seus mais diversos aspectos.

Os estudos (auto)biográficos consistem num tipo de investigação que visa captar, através de um relato ou narrativa, a interpretação que determinada pessoa faz do seu percurso de vida, com a respectiva diversidade de experiências e sentimentos pessoais que tiverem lugar ao longo do tempo, e por fases, nas mais diversas circunstâncias ou contexto e em ligação com uma multiplicidade de sujeitos e de sistemas. (AMADO e FERREIRA, 2013, p.169).

Na área de Educação, a abordagem autobiográfica tornou-se um importante recurso de investigação-formação de professores e as narrativas de formação adquiriram papel privilegiado. Passeggi e Souza (2017) defendem o argumento de que a pesquisa (auto)biográfica acredita no sentido conferido à história pela pessoa que a constituiu e viveu, daí o interesse por (auto)biografias e processo de “biografização”, onde a narrativa tem uma função importante a cumprir. Sobre a abordagem biográfico-narrativa, Souza (2007, p. 07) aborda de modo muito didático:

Do ponto de vista metodológico, a abordagem biográfico-narrativa assume a complexidade e a dificuldade em atribuir primazia ao sujeito ou à cultura no processo de construção de sentido. Ao longo de seu percurso pessoal, consciente de suas idiossincrasias, o indivíduo constrói sua identidade pessoal mobilizando referentes que estão no coletivo. Mas, ao manipular esses referentes de forma pessoal e única, constrói subjetividades, também únicas. Nesse sentido, a abordagem biográfico-narrativa pode auxiliar na compreensão do singular/universal das histórias, memórias institucionais e formadoras dos sujeitos em seus contextos, pois revelam práticas individuais que estão inscritas na densidade da História.

Já no que se relaciona ao conceito de “biografização”, Delory-Momberger (2012) a define como aquilo que aborda a ação permanente das *figurações de si* (expressão da autora), tendo esta incidência sobre traços interiorizados que sempre se atualizam no decorrer das narrativas que as pessoas fazem de suas experiências. Em outras palavras, na *biografização*, embora o narrador não possa mudar os acontecimentos, a ele é possível reinventá-los pela ressignificação dos fatos.

Os métodos (auto)biográficos, na óptica de Amado e Ferreira (2013), congregam grande variedade de perspectivas teóricas (objetos de estudo, técnicas de captação de dados), e possuem “pressupostos que lhes reconhecem e conferem grandes potencialidades heurísticas e formativas, pois que partem da ideia que narrar é reescrever o passado no presente, subjetivando-os para projetá-los no futuro” (p.173).

### 3.2.1 Narrativa (auto)biográfica

Historicamente, a ênfase do método narrativo, como ensinam Passeggi e Souza (2017), deu-se principalmente na formação de professores, muito embora narrativas que se debrucem sobre processos de saúde e adoecimento também tenham encontrado seu lugar. Aqui no Brasil, levantamentos feitos por Onocko Campos e Furtado (2008) assinalam que a pesquisa qualitativa sempre ocupou lugar de destaque na Saúde Coletiva brasileira, motivada pela transformação da Saúde Pública em Saúde Coletiva e no encontro com as metodologias de pesquisas das Ciências Sociais. Quanto às narrativas em saúde, elas podem ter grande aplicabilidade, quando tornam confiáveis um percurso de tratamento ou de transformação em busca de melhor qualidade na vida; quando retificam lógicas errôneas do diagnóstico por via da associação de histórias naturais e sociais (BACCARI, 2015); quando podem ser empregadas para compreensão aos sentidos dados à experiência das pessoas e de seus esquemas interpretativos dentro do enfoque relativo ao fenômeno do adoecimento humano. (LIRA VASCONCELOS ; CATRIB FONTENELLE ; NATIONS, 2003).

Na experiência aqui relatada, a narrativa possibilita o processo autorreflexivo, tanto em possibilidade retrospectiva quanto prospectiva, seja como narrativa de formação ou de elaboração. Como processo autorreflexivo, pergunto-me se fui capaz de perceber as mudanças que as conjunturas históricas impunham no meu fazer profissional e se o fiz de modo crítico e também responsável, compatível com algo que se propõe uma implicação na realidade social a que pertence. Perguntas também se refazem à medida que vou adentrando esses registros mnêmicos e documentais.

Para bom entendimento do que é chamado de narrativa, tomo como referência a conceituação de Brockmeier; Harré (2003). Assim expressa:

O termo narrativa designa uma variedade de formas inerentes em nossos processos de alcançar conhecimento, estruturar a ação e ordenar as experiências, (...) a narrativa tem por característica essencial ser um guia destacadamente sensível à fluida e variável realidade humana, uma vez que essa é, em parte, a natureza da própria narrativa. Isso torna a narrativa uma importante questão a ser investigada pelas ciências humanas em geral e pelas pesquisas na Psicologia e na Antropologia em particular. (...) É através de nossas histórias que construímos a nós mesmos como parte de nosso mundo. (p. 533).

Isso posto, não é de estranhar o interesse pela narrativa (tanto oral quanto escrita) nas Ciências Humanas. Brockmeier e Harré (2003) atribuem muito desse interesse à compreensão de que a narrativa possibilita boas pistas para a explicação da natureza e das condições

existenciais de cada pessoa. Identifico-me muito com essa ideia por acreditar que a narrativa é própria da necessidade do humano em significar sua existência e de inscrevê-la no mundo interpessoal. As cavernas pré-históricas estão cheias de imagens-histórias que narram as experiências cotidianas das populações. O mundo ocidental, marcado pelas redes sociais, noticiam além do necessário: narram nas vias do desejo: de se estar presentificado para os outros. Narram-se acontecimentos, opiniões, sentimentos, e, assim todos se narram e contam os tempos vividos.

Josso (2004, p. 11) expõe suas ideias sobre o que acredita favorecer a constituição de uma narrativa de formação. Para ela, a narrativa é o caminho proposto pela metodologia das histórias de vida em formação: “[A narrativa] permite explicitar a singularidade, e com ela, vislumbrar o universal; perceber o caráter processual da formação e da vida, articulando espaços, tempos e as diferentes dimensões de nós mesmos, em busca de uma sabedoria de vida”.

Para a autora, empregando-se o recurso de recordações-referências, feito como “narração de si mesmo” que questionamentos são feitos a respeito da própria formação e de como essa se efetuou. Como pistas para se lidar com o dito desafio no processo da narrativa, Josso sugere que os autores questionem as categorias que os ajudam a pensar suas vivências para fazer delas experiências. Algumas perguntas orientam a narrativa sobre aspectos que merecem ser explicitados e ou aprofundados. Assim, perguntas do tipo - “Como as experiências da minha vida contribuem para os sentidos que dou aquilo que vivi?”, ou - “O que aconteceu para que eu viesse a ter as ideias que tenho?”- proporcionam uma atenção adequada às modalidades de constituição de conhecimentos e/ou seu referencial teórico, fornecendo referências coerentes e consistentes da visão de mundo de quem narra.

Amado e Ferreira (2013) encontraram em suas pesquisas um número significativo de autores que corroboram o conceito de que as narrativas (auto)biográficas são estratégias por excelência de formação, em que as experiências vividas se mostram como fontes dinamizadoras de novos percursos e metas de vida. Gaspar et al (2012), citando Souza (2004, p72), referem que “[...] escrever sobre si remete o sujeito para uma dimensão de autoescuta de si mesmo, como se estivesse contando para si próprio suas experiências e aprendizagens que construiu ao longo da vida, através do conhecimento de si”. Benelli (2014) vai no mesmo rumo e propõe que é neste exercício de olhar para si e para a própria trajetória por meio dos dispositivos reflexivos, narrativos e autobiográficos que melhor se enseje a compreensão de mudanças, evoluções e possibilidades para um ‘agir profissional’ no presente; ou seja:

narrativas (auto)biográficas são preciosas como método de avaliação do impacto das experiências de vida e da formação nas práticas profissionais.

### 3.2.2 *Psicanálise*

O interesse da narrativa pelas experiências vividas em seus desdobramentos no tempo, conforme lecionam Granato; Corbett e Aiello-Vaisberg (2011), é outro ponto de vista bastante atraente para muitas orientações teórico-metodológicas e áreas do conhecimento onde a Psicanálise igualmente se inclui. As autoras defendem o lugar da narrativa em seu *status* de recurso inesgotável de comunicação do humano (dado ser toda experiência singular e ao mesmo tempo coletiva, pois que todas elas revelam tanto a subjetividade do narrador, quanto suas referências culturais e sociais) e ainda enfatizam que a narrativa também possibilita a elaboração do vivido que esta mesma narrativa engendra, além da função de acesso e comunicação da experiência emocional. Neste momento, as autoras articulam o lugar da Psicanálise como ciência que reconhece nas narrativas as possibilidades de expressão do sentido afetivo-emocional das condutas, bem assim a potencialidade terapêutica que elas abrem na direção das conexões de sentido entre fatos psicológicos e desvelamento de sofrimento psíquico.

De fato, - “narração de si mesmo”; “recordações-referências”; “experiências vividas como dinamizadoras de novos percursos e metas de vida”; - tudo isto é linguagem e exercícios bastante conhecidos da Psicanálise, e do dia a dia de meu fazer clínico. Isso começou a encontrar ressonância em mim pelo potencial e possibilidades de interseção do desejo com a realização, da Psicanálise com o caminho a ser tomado de teorizar sobre o vivido, mediado pela narrativa.

Os trabalhos de Aiello-Vaisberg são alguns dos estudos que se alinham na defesa do método psicanalítico como essencialmente narrativo, justamente por este trabalhar com profundidade na história singular de cada caso. A autora, em sua dissertação sobre *A abordagem clínica e a produção de conhecimento na pesquisa psicanalítica* (2003), refere-se à busca da transformação subjetiva como uma das bases do tratamento psicanalítico, visto que ele se estabelece ali no enquadramento da constituição de uma história sobre o eu. Mais adiante, Aiello-Vaisberg (2011) volta a este tema, aludindo ao trabalho do psicanalista como esforço de recuperação da narrativa, indispensável para o acesso ao mundo subjetivo, e como recurso de peso para a produção de conhecimento sobre a experiência afetivo-emocional.

A perspectiva metodológica que investiga o sentido afetivo-emocional das condutas pode ser de grande valia à tarefa de constituir a narrativa como elaboração do viver, seja por via da organização ou planejamento, seja pelo sentido que se conceder às experiências, como bem o disseram Granato; Corbett e Aiello-Vaisberg (2011).

A escrita psicanalítica, na interpretação de Ricoeur (1999) é um caminho que se inicia desde os dados documentais, organizados para auxiliar na compreensão clínica do paciente, para, só então, tomar a configuração de um texto que articule teoria e prática. Quando acontece de escritos assumirem a função de objeto de reflexão, Connelly; Clandinin (1990) se referem a eles como uma escrita de si, autobiográfica, constituinte de momento ímpar para o desenvolvimento da habilidade interpretativa e reflexiva sobre a própria e acerca do seu cotidiano.

No momento em que *as escritas de si*, em Educação se tornaram um dispositivo de formação, e as *narrativas de vida* se fizeram um método de pesquisa nas Ciências Humanas e Sociais, o campo científico abriu lugar para uma mudança de paradigma, passando a acolher a intervenção da subjetividade na pesquisa, ratificando-a como um dos elementos que confere proximidade com o fazer humano e a dramática nele expressa. (PASSEGGI e SOUSA, 2017).

Jeanne Marie Gagnebin, prefaciando Walter Benjamin em sua teoria da narração, ressalta o caráter construtivista das teses do Filósofo, visto que a experiência funda a dimensão da narrativa. Segundo a autora, é o próprio Benjamin (1987) quem compara a atividade narradora ao trabalho do artesão, que respeita a matéria transformada, da mesma maneira que o narrador transmuda a imensa matéria narra, participando ambos de todo o processo, sendo eles a ligação entre a mão e a voz, o gesto e a palavra. A História (narrativa), para W. Benjamin, constitui reflexão crítica sobre o próprio discurso a respeito da história, discurso este inseparável de sua prática (p. 10).

As reflexões trazidas por esses trabalhos ajudaram-me a compreender a relevância que há em fazer uma narração fundada na prática, em um fluxo vivo, que, no dizer de W. Benjamin, também se abre a uma continuidade de novas propostas e de um fazer junto. Nessa perspectiva, consigo delinear melhor as interseções possíveis da Psicanálise com a narrativa, possibilitando a percepção de pontos de convergências que as compatibilizam e dão coerência à escolha de colocá-las em diálogo neste projeto, pois ambas operam permanentemente na

reelaboração e ressignificação da experiência.

Nogueira (2004), expõe didaticamente, os conceitos de Freud sobre as possibilidades de apresentação da Psicanálise, como tratamento, pesquisa e teoria psicológica. Segundo o autor, a Psicanálise aplicada é o próprio tratamento psicanalítico; a pesquisa constitui a investigação dos processos inconscientes que acontecem na relação analítica e na teoria psicológica, tida como o resultado dos aprendizados decorrentes da investigação da cultura humana.

Assim explico, para ressaltar que, na perspectiva deste ensaio, a Psicanálise continuará sendo o arcabouço teórico de análise e conceituação da *práxis*, ajudando-me na constituição e ordenação de uma narrativa mais aprofundada que não só descreva, mas também, que retroalimente o repensar das experiências. A potencialidade heurística do método psicanalítico é entendida por Ambrósio (2013) como a competência que justifica inúmeras possibilidades de ações, as quais, a de dar coerência teórica aos sentidos expressos na narrativa.

Este balizamento de que a Psicanálise dispõe, obviamente, não pretende a objetividade, tão própria das Ciências Naturais (porquanto a investigação da subjetividade é justamente o que caracteriza o método psicanalítico), mas, indubitavelmente, seus constructos serão de enorme valia para conferir densidade à pesquisa ora relatada, ainda mais se associado ao passo a passo da sistematização de experiências concebida por O. J. Holliday (2006).

Com efeito, sendo sistematização da experiência, Holliday (2006) reúne pontos centrais que conferem relevância ao seu processo. O argumento de que este processo tem a incumbência de organizar conhecimentos desordenados e percepções difusas, desvelando intuições, intenções e vivências acumuladas. Nas palavras do autor, “Ao sistematizar, as pessoas recuperam de maneira ordenada o que já sabem sobre sua experiência, descobrem o que ainda não sabem sobre ela, mas também se revela o que “ainda não sabiam que já sabiam”. (P. 25).

Mediante dois referenciais (teórico e metodológico), espero salvaguardar o distanciamento necessário à análise crítica das experiências a serem ordenadas, reconstituídas e narradas para o intercâmbio de aprendizagens.

### 3.3 *Locus da Pesquisa*

Neste desenho, o Ambulatório de Pediatria, onde funciona grande parte do serviço de DM1 pediátrico do Hospital Universitário Walter Cantídio (HUWC), cumplicia comigo pelo menos duas fases desta narrativa, nos últimos 30 anos.

O HUWC está localizado na cidade de Fortaleza, Ceará, e constitui centro de referência no tratamento e controle do diabetes, possuindo equipe multidisciplinar especializada e grupos educativos para pacientes ambulatoriais.

O HUWC faz parte do Complexo Hospitalar da Universidade Federal do Ceará, e é uma entidade vinculada ao Sistema Único de Saúde. A Instituição recebe pacientes de todo o Estado para o tratamento de doenças, incluindo o diabetes. Também é referência em termos de inserção da Psicologia hospitalar, lugar de capacitação de graduandos e graduados, em especial de residentes multiprofissionais da saúde.

No que diz respeito ao serviço de Endocrinologia pediátrica, cerca de 200 pacientes com *Diabetes Mellitus* do tipo 1 de zero a 20 anos são atendidos em seu tratamento, em uma frequência média de três em três meses, salvo casos recém diagnosticados ou em descontrole glicêmico, quando as consultas são marcadas conforme a necessidade de acompanhamento. O Serviço reúne uma equipe de saúde, com médicos endocrinopediatras, enfermeiros, fisioterapeutas, psicóloga e nutricionistas para o acompanhamento.

Os pacientes chegam ao HUWC encaminhados pela rede de atenção básica, ou transferidos de outros hospitais da Capital ou do restante do Estado e, após internação diagnóstica, os casos de DM1 são encaminhados para atendimento ambulatorial: crianças e adolescentes, preferencialmente no Ambulatório de Pediatria, mas em alguns casos são assistidos no Ambulatório Geral, às vezes por questões ligadas a conveniências de vagas ou horários de funcionamento dos ambulatórios, ou por escolha relacionada ao vínculo de confiança que se estabelece com os profissionais. Particularmente, atendo nos dois ambulatórios (pediátrico e geral), mas somente no da Pediatria há pacientes em número suficiente para agrupá-los por faixas etárias mais homogêneas. O atendimento infanto-juvenil no ambulatório geral acontece mais direcionado ao atendimento individual ou da dupla pais/paciente. Esclareço então, que o lugar de atendimento dos adolescentes, é o correspondente ao Setor de Endocrinologia Pediátrica, situado no Ambulatório Geral de Pediatria, prédio anexo aos ambulatórios de especialidades médicas, onde funciona o



Ambulatório de Endocrinologia Geral, ambos pertencentes ao HUWC.

Na Pediatria, os portadores de DM1 são atendidos nos dias de segunda-feira à tarde e quinta-feira pela manhã). Ali eles são incluídos nos grupos psicoeducativos para o enfoque de aspectos relacionados a enfrentamento, autocuidado e controle da doença. Os grupos, acontecem como a primeira atividade do dia, antes de se iniciarem as consultas médicas agendadas, e são oferecidos para pacientes e/ou cuidadores, a depender da faixa etária ou do enfoque temático previsto. O Ambulatório de DM1 para adolescentes concentra-se nas segundas quintas-feiras de cada mês em período matutino, momento da utilização do jogo IMPASSE, criado para dinamização das demandas do cotidiano adolescente.

### **3.4 Participantes da pesquisa**

Winnicott (1975, p. 157), em seus artigos sobre a cultura, traz uma concepção que penso ser útil também para entender a multiplicidade de agentes que se escondem em um só pesquisador. Diz Winnicott que o vocábulo *cultura* o remete à tradição herdada; a algo pertencente ao acervo comum da humanidade. Penso nisto e faço analogia com todos os saberes que carrego em minha formação para chegar até este ponto da narrativa (auto)biográfica: não estou só, embora, formalmente, esta pesquisa não conte com outros integrantes diretos além de mim. Todos os exemplos dados na ilustração dos casos ou situações clínicas são reais, embora com nomes fictícios para preservação do anonimato dessas pessoas.

### **3.5 Etapas da realização do estudo e seus instrumentos**

Falar de uma viagem é ter paisagens nos olhos e histórias demais na cabeça, por todos os encontros e desencontros permitidos e cometidos. Esta aqui não será diferente. Sua narrativa segue uma ordem baseada no tempo no espaço e nas relações humanas. Tempo – expresso, logicamente, na cronologia do percurso feito. Espaço, - porque se atém prioritariamente, ao caminho percorrido em hospital público, com recorte para as experiências ambulatoriais com grupos terapêuticos e psicoeducativos de crianças e adolescentes com o uso de recursos lúdicos (muito embora, também, sejam citadas minhas primeiras experiências em clínica de internação com crianças). Relações humanas - pois nada que se passa acontece

sem esse intercâmbio, que não ocorrem apenas no terreno das ideias, mas, principalmente, na seara das inter-relações.

Lima, Geraldi e Geraldi (2015) fazem referência a Bakhtin (1993), onde também encontro ressonância, quando ele ensina que tudo o quanto diz respeito a uma pessoa, a começar pelo próprio nome, e por tudo o que penetra sua consciência lhe vem do mundo exterior, da boca dos outros (da mãe etc.), e lhe é dado com a entonação, com o tom emotivo dos valores daqueles. Sim: somos seres históricos e estamos implicados na história e pela história de outros que nos precederam, de outros que existem no tempo presente e de outros que ainda virão após nós.

A exposição cronológica tem a intenção de permitir que se evidencie o caráter cumulativo da formação, na qual a experiência que se verá narrada tem origem e se desenvolve em articulação com o espaço por onde se deram os caminhos da experiência, sendo esta prática ao mesmo tempo influenciada e influenciadora de mudanças e transformações do seu entorno.

O tempo tem o poder de retratar a mutualidade da formação que, na mesma medida em que é formadora, também é formada e transformada pelos saberes teórico-práticos de suas “crias”. Isto é ainda mais verdadeiro quando se refere a um hospital universitário, lugar de onde saíram muitos dos profissionais que hoje ali estão, contribuindo com novas modalidades de pensar e agir na prática do cotidiano em saúde e palco maior desta investigação.

Assim, este trabalho dissertativo tem em sua narrativa um instante que chamo de momento conceitual, onde faço a apresentação da pesquisa e dos três eixos temáticos estruturais para o aprofundamento descritivo da Educação em Saúde para adolescentes diabéticos. Esta ocasião é seguida de três outros tempos da minha trajetória profissional na área da infância e adolescência. A primeira parte tem início formalmente com as referências estruturantes para a escolha da profissão e a atividade prioritária assumida. Nessa etapa, há destaque para o trabalho na enfermagem de Pediatria de um grande hospital público de emergência na cidade de Fortaleza. A segunda parte se destina às experiências no Ambulatório de Pediatria do HUWC, voltadas para o atendimento psicológico de crianças e adolescentes, por demanda espontânea, ou encaminhados por profissionais da casa e de outras instituições do Município de Fortaleza e mesmo do Estado do Ceará. A terceira, a seu turno, se concentrará nas experiências com grupos psicoeducativos, com ênfase no ambulatório de DM1, culminando com a descrição do jogo temático elaborado para suporte a adesão ao tratamento de adolescentes portadores do

diabetes de tipo 1.

Como denominador comum de toda essa trajetória, está o emprego da atividade lúdica, especialmente em grupo, pelas possibilidades que este “casamento” abre para a expressão, compartilhamento de ideias, informações e apoio, bem como para a experimentação simbólica de conflitos e mudança de perspectivas e comportamentos.

Em consonância com meu interesse atual, focado na Educação em Saúde para adolescentes com *Diabetes Mellitus* do tipo 1 (em razão da grande vulnerabilidade da fase à não adesão ao tratamento), importa-me contextualizar a discussão pelo que trazem os estudiosos, incluindo, aqui também, um aprofundamento teórico da ludicidade em grupo. Assim, organizei esse estado da arte em três grandes eixos temáticos, precedendo à narrativa da trajetória profissional: Ludicidade em grupos; Adolescência e DM1; Educação em Saúde e adesão ao tratamento.

Norteando todo esse projeto e fazendo os aportes teóricos de análise e interpretação dos fenômenos, está a Psicanálise, como as lentes através das quais reflito, associo e comunico as inferências constituídas em toda a narrativa.

### *3.5.1 Sistematização, segundo Holliday*

Lima, Geraldi e Geraldi (2015) referem que quando se executa uma pesquisa cujo objeto de estudo é a própria experiência pessoal, o estatuto epistemológico é geralmente um método definido com antecedência, por intermédio do qual o pesquisador orienta suas ações pela aplicação sistemática e também racional de um roteiro para a análise dos dados de modo a garantir “[...] prova da autoridade, da validade e da seriedade da pesquisa”. Nesta perspectiva, para fins de uma instrumentalização mais crítica da experiência a ser narrada, adoto como referência as orientações de Holliday (2006), defensor confesso da necessidade de se incentivar uma articulação criadora entre o saber cotidiano e os conhecimentos teóricos. Sustenta que isto precisa se dar mediante a sistematização da experiência - consistente na definição de um eixo de reflexão que conduz à preocupação teórica de sistematização, elaboração de objetivos, justificativa, organização do material empírico, definição dos procedimentos de sistematização e elaboração do relatório final, que, aqui no caso, é a própria dissertação. A esse respeito, diz que a sistematização permite a compreensão e a melhoria das práticas, a apreensão de aprendizagens e o construto que contribui para uma teoria que

responda à realidade e, por isso mesmo, oriente, inspire e advirta a outras práticas semelhantes.

A sistematização é aquela interpretação crítica de uma ou várias experiências que, a partir de seu ordenamento e reconstrução, descobre ou explicita a lógica do processo vivido, os fatores que intervieram no dito processo, como se relacionaram entre si e porque o fizeram desse modo. (HOLLIDAY, 2006. p 72).

Em sua proposição, Holliday (2006, p71), considera cinco tempos para o processo de sistematização inteiro:

- a) O ponto de partida
  - a1. Ter participado da experiência.
  - a2. Ter o registro das experiências.
- b) As perguntas iniciais
  - b1. Para que queremos? (Definir o objetivo).
  - b2. Que experiência(s) queremos sistematizar? (Delimitar o objeto a ser sistematizado)
  - b3. Que aspectos centrais dessa experiência nos interessa sistematizar? (Definir um eixo de sistematização).
- c) Recuperação do processo vivido
  - c1. Reconstruir a história.
  - c2. Ordenar e classificar a informação.
- d) A reflexão de fundo: por que aconteceu o que aconteceu?
  - d1. Analisar, sintetizar e interpretar criticamente o processo.
- e) Os pontos de chegada
  - e1. Formular conclusões.
  - e2. Comunicar a aprendizagem.

Cabe ressaltar que os três momentos já mencionados da minha trajetória, serão contemplados um a um por todas as fases de sistematização conforme sugerido em Holliday.

Iniciando pelo *ponto de partida*, primeiro tempo da sistematização, por se tratar de uma narrativa (auto)biográfica, minha participação na experiência sob relato deu-se em toda a trajetória e muito desta prática está registrada, seja por documentos escritos ou de outra natureza. As perguntas iniciais, correspondentes ao segundo tempo, também foram elaboradas: quero sistematizar para contribuir com a formação multiprofissional e a democratização de tecnologias educativas em saúde e intento fazê-la sobre a trajetória profissional que empreendi com crianças e adolescentes atendidos em hospitais públicos, tendo por foco a ludicidade, exercida no trabalho de grupos para adolescentes portadores de Diabetes Mellitus do tipo 1.

O terceiro tempo (fase C), de acordo com Holliday (2006), é o momento de se ter uma visão global dos procedimentos que se sucederam. Será o tempo dedicado a escrita e elaboração das experiências pessoais, pela reconstituição do itinerário profissional, do levantamento dos dados e organização dos documentos (material documentado e não documentado).

Lima, Geraldi e Geraldi (2015) referem que, no inventário dos dados, até mesmo a cronologia dos acontecimentos explicitados nos documentos e registros funciona como bússola para articular espaços e tempo. Acrescento: e “pessoas,” na reescrita e análise da narrativa.

O procedimento para levantamento de dados será iniciado com a busca em arquivos de meus documentos pertinentes à trajetória profissional. Registros escritos, provêm de anotações pessoais, projetos de atividades de extensão, memórias de cursos e seminários ligados à assistência da infância e adolescência, gravações, fotografias, e materiais gráficos e educativos provenientes das sessões de grupos.

O quarto tempo (fase D) prevê um aprofundamento do descritivo, interligando pessoas, circunstâncias e acontecimentos que influenciaram o percurso narrado, como modo de dar coerência e também legitimidade às articulações de sentido. É o momento da análise, localização de tensões e realização de uma síntese passível de uma conceituação com base na prática (JOSSO, 2004; HOLLIDAY, 2006)

O quinto tempo (e último) desta sistematização (fase E) é caracterizado por Lima (2006) apud Lima; Geraldi; Geraldi (2015), como “[...] pretensão metodológica de aproximação entre o mundo vivido e o mundo da teoria”. Lima aponta para uma “[...] epistemologia da prática e considera que as ciências humanas são ciências do singular”. É o momento dedicado às conclusões teóricas nascidas do conhecimento vivencial.

### **3.6 Aspectos éticos: todo o respeito é pouco**

O projeto deste ensaio foi cadastrado na Plataforma Brasil, base nacional e unificada de registros de pesquisas envolvendo seres humanos para todo o sistema CEP/CONEP, e foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos do Hospital Universitário Walter Cantídio da Universidade Federal do Ceará, processo n° **3.015.870** (vide anexo) em

cumprimento à Resolução 466/12, com finalidade de atender aos aspectos bioéticos, após anuência e assinatura do Termo de ciência, onde o gestor foi informado de que a pesquisa fez referências a uma trajetória profissional passada no interior da Instituição.

Em alguns momentos desta narrativa, também pretendi enunciar o nome de tantos agentes que influenciaram e foram parceiros em minha trajetória profissional, citando-os em notas de rodapé, como a conferir-lhes autoria ou reverência, mas, por cuidados éticos, visto não lhes ter pedido permissão de fazê-lo, refreei minha intenção, embora com sincero pesar.

## 4 EIXOS ESTRUTURAIS DA PESQUISA

### 4.1 Ludicidade em grupos: Por que brincar e relacionar-se são necessidades básicas

Sou bicho-homem em compasso  
Menino cheio de por quês  
Amarro as pontas do meu laço  
No sentir e no saber

Brinco por divertimento,  
Também em fazer de profissão  
No brincar me comprometo  
A ser parceiro em prontidão

Preciso desse jogo de adivinho  
Desse tempo de maturar  
Sou tão pouca se não brinco  
Tão rasa de se achar

Quero o gozo compartilhado  
O tempo por desvendar  
Quero o olhar iluminado  
De quem não teme procurar

Tem meio século minha meninice  
Meia vida, os meus conceitos  
E nem de longe sou expertise  
Dos infantes e seus segredos

Como aprendiz vou caminhando  
Na tentativa de desvelar  
Qual a dor que mora embaixo  
Do sintoma a se expressar

Queria eu uma alma enorme  
E um jeito manso de acolhida  
Suavemente, tocar entranhas  
do viver e suas feridas

Ah se assim eu me fizesse  
E me fosse a costurar  
As cisões que sempre esmagam  
O sentido de brincar

Por certo eu dormiria  
Sem na noite me assombrar  
Com a seriedade que adocece  
E que aos meninos faz chorar

Então chega junto, vem pra roda  
Me dá tua mão, vamos brincar  
A gente é mais se acredita  
Que tem muito a partilhar

(Cristiana Carla)

#### *4.1.1 Ludicidade*

Ao tentar responder por que o brincar é tão essencial ao desenvolvimento da criança, a primeira resposta não me chega da literatura: vem de estar na vida. Procede da vivência com a criança que me habita, vem da relação próxima com outros brincantes e chega da observação clínica das crianças (grandes ou pequenas), com as quais trabalho.

Brincar é essencial porque é mágico, poderoso, divertido, tem parte com o Sagrado, e toda criança sabe o que é bom. Também sabíamos quando viver era um deslumbramento diário. Depois, porque brincar apazigua nossa fome de conhecer, nosso medo do desconhecido. Não é, pois, por acaso, que o bebê aprende a brincar, começando com o próprio corpo, colocando-o na boca, testando sua capacidade de produzir sons, de segurar coisas, de sentir prazer, de fazer sumir e aparecer. Mas há que se dizer que o brincar também está inserido em outra dimensão: a do pertencimento. Brinca-se porque antes fomos brincados por alguém em uma relação afetiva e íntima. Então o brincar evoca em nós essa sensação de amparo e segurança.

Sendo o brincar a linguagem por excelência da infância, falhamos em não dialogar com a criança dentro do seu universo de significados. Falhamos em apressar sua “adultização”; erramos em subtrair tempo, espaço, natureza e parcerias de nossos meninos. Ainda há um pecado maior, inafiançável: é o pecado de não permitir que nossa criança interior brinque em gozo e intimidade com as crianças de outras gerações. Esse exílio de nós mesmos é o que adoce a vida. Precisamos priorizar a intimidade e tudo o que a constitui. E não existe intimidade sem a liberdade de ser e de gostar de ser quem se é. E isso é a coisa mais séria de uma grande brincadeira. É preciso inventar pretextos para a alegria, a partilha de horas gastas em folguedos e jogos, do modo mais inventivo e simples que houver. Se repararmos bem, só nos sentimos íntimos daqueles com quem somos capazes de brincar, com o corpo e a alma. Não é necessário estilizar ou terceirizar o brinquedo. Para brincar, basta outro brincante com disponibilidade e a intensão comum de parceria. O resto se ajusta, se adapta, se constitui. Qualquer hora pode conter em si a dose de ludicidade, se o prazer não for cindido do fazer. Somos seres brincantes por natureza e escolha. Esquecer disso é condenar a humanidade ao individualismo e à tortura do real sem atenuantes.

A temática do brincar sempre suscitou interesse em campos de saber. Johan Huizinga,



historiador holandês que se debruçou sobre a temática do jogo, o propôs como *elemento de cultura*. Para o autor, é por meio do lúdico que as crianças inventam ou perfazem para si mesmas a cultura e assim descobrem ou reconstituem a cultura da sociedade a que pertencem e que deverão assumir como sua. Em sua obra *Homo Ludens* (HUIZINGA, 2008), defende a tese de que, mais do que um fenômeno fisiológico ou um reflexo psicológico, o jogo possui função significativa. Para ele, *no jogo*, há alguma coisa *em jogo*, que transcende as necessidades imediatas da vida e confere um sentido à ação.

Outro pensador que desenvolveu uma teoria sobre o tema do brincar foi Vygotsky. Ele destaca o papel que o brinquedo assume para a formação dos processos psíquicos superiores da criança. Vygotsky fala que o brinquedo auxilia na diferenciação entre a ação e o significado. Diz o Pesquisador, que

[...] a criação de uma situação imaginária, tão comum ao universo infantil, é a primeira manifestação da emancipação da criança em relação às restrições situacionais. Surge daí o primeiro paradoxo contido no brinquedo: a criança o opera com um significado alienado da situação real. O outro paradoxo é que, no brinquedo, a criança segue o caminho do menor esforço – ela faz o que mais gosta de fazer, porque o brinquedo está unido ao prazer – e ao mesmo tempo, aprende a seguir os caminhos mais difíceis, subordinando-se a regras e, por conseguinte renunciando ao que ela quer, uma vez que a sujeição a regras e a renúncia a ação impulsiva constitui o caminho para o prazer do brinquedo. (VYGOTSKY, 1998, p. 130)

Já Winnicott, pediatra e psicanalista britânico, valeu-se de sua experiência com crianças e dos conceitos psicanalíticos abraçados em sua prática clínica para desenvolver suas contribuições, que forneceram importantes balizadores para a compreensão das fantasias e conflitos expressos nas brincadeiras de crianças e adolescentes. Em sua leitura, o ato de “ [...] brincar facilita o crescimento e conduz aos relacionamentos grupais, sendo um meio fundamental para a criança resolver os problemas emocionais que fazem parte do seu desenvolvimento”. (1966, p. 224). Na brincadeira “se é” sem de fato “ser”. E brincadeiras, brinquedos e jogos servem ao propósito de ensaio e controle da realidade. É o rascunho permitido.

Ainda de acordo com o referido psicanalista, a Psicanálise com crianças foi desenvolvida como modalidade altamente especializada do brincar a serviço da comunicação consigo e com os outros, tendo sempre como prioridade compreender o funcionamento psíquico do infante, expresso nesse brincar, com todas as possibilidades de elaboração de uma experiência emocional que o jogo possa proporcionar, além da análise do jogo por si mesmo.

Nesse sentido, o terapeuta sabe que a brincadeira pode transmitir com maior propriedade as infinitas sutilezas dos sentimentos e fantasias da criança, quando essa ainda não possui recursos suficientes para se comunicar com a linguagem falada. Sendo a brincadeira universal e um indicativo de saúde mental, constitui-se como uma forma de comunicação na terapia ou mera compreensão do funcionamento psíquico da criança expresso enquanto brinca: “[...] o brincar por si mesmo já é terapêutico e possui aplicação imediata e universal, o que inclui o estabelecimento de uma atitude social positiva a respeito dele.” (WINNICOTT, 1971, p.83).

Na obra de Winnicott (1971), quando a proposta é fazer o diálogo entre o saber empírico e o teórico na clínica psicanalítica com crianças, as noções de espaço potencial e transicionalidade propostas por ele fazem-se imprescindíveis. Para o autor, esse conceito deve ser entendido como o espaço intermediário, ou potencial, onde o brincar acontece, como realização de uma realidade objetiva e concreta com suporte em uma demanda também subjetiva, criativa e ativa. O autor cita uma metáfora para ilustrar o que entende como espaço potencial, comparando-o ao que sentimos ao escutar música ou admirar um quadro: ambos são realidades objetivas, mas a serviço de uma realidade interna, pessoal. Em outras palavras, é o espaço intermediário do que está dentro da pessoa em relação à realidade compartilhada do mundo externo, sendo este “[...] o espaço das atividades lúdicas, da ilusão criadora e das experiências culturais, o *lugar* onde se experimenta a vida”. (WINNICOTT, 1971, p. 173). Esse caráter inovador de Winnicott reposiciona o brincar em variadas dimensões humanas, como ressalta Oliveira (2006), referindo-se a três características essenciais preservadas no ato de brincar: criatividade/potencialidade; impossibilidade da apreensão total de si mesmo; e a ilusão como elemento constituinte da realidade. Analiso esta perspectiva, associando-a com o brincar como atividade que comporta a realidade subjetiva em suas possibilidades criativas, acontecida em um espaço potencial e que permite uma realidade compartilhada, onde a ilusão é lícita e requerida.

Vygotsky ensina que o brinquedo cria uma zona de desenvolvimento proximal, da criança, como domínio psicológico em constante transformação, em relação ao caminho de amadurecimento de suas funções cognitivas. Assim, o brincar vai despertar aprendizagens que se desenvolverão e se tornarão parte das funções psicológicas a serem consolidadas.

Vygotsky (1998, p. 137) leciona: “A essência do brinquedo é a criação de uma nova relação entre o campo do significado e o campo da percepção visual, ou seja, entre situações no pensamento e situações reais”. Aqui, esse conceito do autor encontra identificações com o

conceito de objeto transicional do Winnicott, visto pelo prisma do lugar onde se opera uma integração entre o dentro e o fora; integração de recursos simbólicos, na tentativa de se apropriar da realidade.

Na saúde, a utilização de jogos educativos é uma estratégia bastante encorajada, como possibilidade de contribuir para a formulação do conhecimento nesta área (YONEKUA; SOARES, 2010). Estes recursos, se adaptados às peculiaridades e interesses próprios da adolescência, podem ser também uma estratégia de trabalho junto a pessoas desta faixa etária, ao optar por jogos que estimulem a reflexão e o compartilhamento de vivências particulares. Tais ações podem conduzir a mudanças no modo como o ser humano se posiciona frente a patologia e se responsabiliza pelo próprio cuidado, com esteio na troca de experiências que a atividade lúdica proporciona entre os pares, com a mediação da equipe profissional envolvida. Ideias semelhantes defende Lopes (2004), apud Fortuna (2011), quando ressalta que a ludicidade tende a ter um papel preponderante no sucesso do processo educativo, na medida em que propicia o ensaio, a apropriação e a reconstrução do mundo, onde situações e experiências lúdicas vivenciadas na brincadeira possam ser elaboradas e apropriadas para contextos não lúdicos.

Com finalidade didática, considero importante esclarecer sobre quais pressupostos partem as referências de ludicidade aqui empregadas, e sob que contexto a ideia de “jogo” se posiciona, mesmo que isso não seja tarefa das mais fáceis.

O termo ludicidade, ainda que de uso corrente na Educação, não é vocábulo descrito em muitos idiomas (HUIZINGA, 2008; LOPES, 2004; MASSA, 2015), e quando o é, deixa escapar muitos dos significados que lhes são pertinentes. No Dicionário da Língua Portuguesa (FERREIRA, 2016), “ludicidade é qualidade do que é lúdico e lúdico é relativo a jogo ou divertimento; ou aquilo que serve para divertir ou dar prazer”. Na busca etmológica, o termo que mais agrega significados é *ludus*, do latim, que remete às brincadeiras, jogos de regras, competições, recreação e às representações teatrais e litúrgicas, como o diz Huizinga (2008, p. 41):

ludus abrange os jogos infantis, a recreação, as competições, as representações litúrgicas e teatrais e os jogos de azar”. Cabe observar, portanto, que o seu significado extrapola as ações da criança, incluindo também as ações dos adultos e os efeitos resultantes dessas ações.

Para Huizinga (2008), as grandes atividades arquetípicas da sociedade humana, desde os seus princípios, foram inteiramente marcadas pelo jogo, estando este sempre ligado a

algum propósito e na dependência de um motivo, que não o jogo em si mesmo. Sua atividade é voluntária e acontecida dentro de certos limites de tempo e de espaço, a depender de regras livremente consentidas, mas absolutamente obrigatórias. Assim, em sua concepção, toda e qualquer atividade humana é jogo e a cultura uma decorrência da função significativa deste, como função social, mesmo se considerado em suas habilidades mais simples, no plano animal. Por outro lado, “[...] pelo simples fato de o jogo encerrar um sentido, este implica a presença de um elemento não material em sua própria essência”. (P.04). O autor refere que os elementos lúdicos podem ser encontrados diluídos nas múltiplas facetas da vida humana (na política, na guerra, no amor, na poesia e em tantas outras mais) e seus significados são associados às múltiplas interpretações da palavra jogo.

Freud, quando se reporta a escritores criativos e devaneios, na experiência da arte e da fantasia, diz que essas experiências ajudam a pessoa a lidar com o que é difícil dentro de si, pois que a arte possibilita a elaboração de experiências dolorosas, a satisfação de desejos inviabilizados pela realidade e o estabelecimento de um abrigo para a dor existencial. E o que é o brincar, senão essa capacidade de devanear, como na arte?

Outros autores também trazem suas contribuições. Rojas (2002) exprime que o jogo estaria nos inícios do pensamento, da concepção de si mesmo, da possibilidade de vivenciar, e de agir sobre o mundo, criando e transformando-o. Massa (2015), Ajuriaguerra e Marcelli (1986) acreditam que a tentativa de estratificação do que seja jogo, atividade lúdica e brincadeira impõe uma compreensão reducionista dos termos, justamente quando as novas palavras (como ludicidade, ludismo e ludologia) foram criadas para dar conta de uma indeterminação conceitual que envolve os fenômenos lúdicos sendo justo por esta extensão, que definições muito rígidas seriam algo contraditório.

Na atualidade, autores como Massa (2015) e Lopes (2004) defendem a ideia de que a ampliação conceitual sobre o jogo acerca do lúdico está em relação direta com o enfoque científico dado e com a formação dos autores abordados.

No Brasil, termos como jogo, brinquedo e brincadeira são em geral empregados de modo indistinto, muito embora haja uma tendência a se empregar *jogo* para situações mais estruturadas pelas regras enquanto *brincar* e *brinquedo* são mais direcionados à atividade infantil mais livre (KISHIMOTO, 1996 apud FORTUNA, 2011; p70).

Até na poesia, a ludicidade é referida. Manoel de Barros (2003) compara a atividade lúdica como um movimento pendular sempre constante, entre fantasia e realidade, julgando ser justo esse movimento quem garante a aproximação de sentimentos e objetos, de outro modo, incomunicáveis.

Minha concepção do brincar está sob a perspectiva de que se brinca como um modo de se apreender e dominar a realidade (nem que seja no faz de conta); e brinca-se com o outro para se perceber a si e assim ir constituindo o EU. Justo por isto, assumo, neste trabalho, o emprego de brincar e jogar como equivalentes e atributos da ludicidade, mas vou um pouco mais além, situando-os no contexto deste trabalho, como promovedores de subjetividades, pela construção de sentidos e significados.

Expressos esses pontos, posso referir que muitos projetos pedagógicos empenhados em trabalhos com grupos psicoeducativos se acercam de jogos como importantes recursos metodológicos, mediadores do processo ensino-aprendizagem, por serem instrumentos por excelência de comunicação, expressão e aprendizado, como advogam Torres, Hortale e Schall (2002). É neste sentido que a utilização de uma atividade educativa grupal, que tenha também a conotação de ser lúdica, possibilita uma participação mais ativa do adolescente, pois dilui ansiedades, propicia o engajamento com pares e com a equipe de saúde, ao passo que estabelece novas modalidades de abordar temas polêmicos e, assim, ressignificar experiências difíceis em outras relações grupais, com os companheiros de estudo, a família, a própria equipe de saúde.

Embora muito se tenha progredido no que se refere à grande variabilidade das práticas educativas, ainda assim, é comum a existência de ações verticalizadas, amparadas por um modelo biomédico que desconsidera a realidade psicossocial da pessoa. Em se tratando de adolescentes, mais ainda se fazem necessárias novas abordagens que se aproximem e dialoguem com suas vivências. São Práticas, como exprime Oliveira (2016), que possam estimular o compartilhamento de experiências, a reflexão crítico-reflexiva e a implicação destas pessoas. Este contexto torna-se favorável à utilização de jogos como prática educativa, feita proposta de melhoria na assimilação de conteúdos em saúde. Essa autora, no entanto, faz uma ressalva importante sobre o potencial dos jogos em promover a produção de sentidos e a subjetividade do jogador. Conforme explica, muitas vezes os jogos são referidos como recurso complementar à prática educativa, limitando a abertura para a invenção e o processo criativo, enquanto outros privilegiam melhor a Educação com as características

emancipatórias do lúdico. Vygotsky (1998, p. 137) acentua que “[...] a essência do brinquedo é a criação de uma nova relação entre (...) situações no pensamento e situações reais”. Essas relações perpassam toda a brincadeira da criança, funcionando como indicador do seu grau de amadurecimento cognitivo-emocional, interferindo em sua visão de mundo e de atuação sobre ele no futuro.

Massa (2015) compreende que uma aprendizagem se dá nas situações lúdicas, na medida em que estas viabilizam experiências de elaboração interna, propiciando mudanças de comportamento.

Em uma revisão integrativa da literatura sobre a utilização de atividades lúdicas na Educação em Saúde, Coscrato; Pina e Mello (2010) valem-se das ideias de Feurstein (1997) e Demo (2004) para ressaltar que a ludicidade cabe bem como recurso mediador da aprendizagem, pois privilegia os três atributos essenciais para a sua mediação, pois possui intencionalidade / reciprocidade, é repleta de significado – passível de ser discutido pelos participantes - e é dada à transcendência, onde o conhecimento desdobrado da atividade lúdica pode ser levado para o terreno da realidade.

Ao que tudo indica, e como aferem vários estudiosos, o ambiente lúdico é um espaço privilegiado para promoção da aprendizagem. Nele o participante enfrenta desafios, testa limites, soluciona problemas e formula hipóteses (FONTOURA, 2004).

Toscani et al (2007) ressaltam que o uso de expressões criativas (como o desenho) tende a estreitar uma participação mais ativa da população. Os autores também se referem ao trabalho de Torres (2002), com o uso de jogo na Educação para a Saúde dos diabéticos, como bastante efetivo no sentido de incentivá-los a refletirem sobre a adoção de um estilo de vida saudável, bem como a obtenção do conhecimento.

As intervenções tradicionais na clínica são questionadas, como modelo reducionista em saúde, centrado apenas na atenção à doença e não nos sujeitos que adoecem. Na visão de Silveira e Ribeiro (2005); Favoreto e Cabral (2008), esta perspectiva dificulta a compreensão dos problemas e significados envolvidos no adoecimento, mostrando-se pouco resolutiva, impessoal e desvinculada da realidade das condições de vida da população. Silveira e Ribeiro (2005) são concordes acerca da necessidade de se investir em outra realidade caracterizada pela integração, cuidado e aprendizagem por intermédio de

[...] ações de saúde adequadas e compatíveis com e para o homem na sua totalidade e que aproximem os atores envolvidos; práticas que utilizem métodos de trabalho nos quais o cotidiano das pessoas adoecidas esteja presente na cena, com base nas

experiências delas mesmas; situações que favoreçam a detecção de problemas, o desvelamento de contradições e conflitos, permitam maior visibilidade das necessidades existentes e a busca de superação das dificuldades relacionadas ao cuidado à saúde; oportunidades que propiciem o diálogo para que os indivíduos explicitem suas reais dificuldades e a percepção dos recursos que dispõem para lidar com a situação de sofrimento; situações frequentes que coloquem equipe de saúde e paciente em uma relação direta, e que estimulem o compromisso e a implicação de ambos na busca de soluções para os problemas de saúde. (P. 92).

#### *4.1.2 Grupos*

Levando-se em conta a realidade de uma instituição de saúde pública no contexto brasileiro, na qual se acumulam grandes demandas por atendimento, o dispositivo de grupo em suas várias modalidades possibilita não apenas o atendimento a um número maior de pessoas, como também é possível se trabalhar com os processos de desenvolvimento das relações interpessoais por via de muitas trocas: - atenção, sentimentos, experiências e significados - fazendo do brincar uma experiência profícua de vinculação.

Se, de fato, a tarefa de aceitação da realidade nunca se completa, conforme apontado por Winnicott (1975), e o ser humano vive buscando o alívio desta tensão de relacionar a realidade interna e externa por meio de uma área intermediária de experiência, análoga ao brincar da criança pequena, então a dos grupos psicoeducativos têm por missão proporcionar um espaço potencial propício à simbolização destes conflitos rumo à elaboração de vivências traumáticas, desfavoráveis ao desenvolvimento biopsicossocial saudável. É o que busco no meu trabalho com crianças e adolescentes, quando aplico uma atividade lúdica, para fazer a “ponte” entre o real dos conteúdos internos desses meninos, tomando a função de objeto transicional: existe concretamente, mas não é todo real, porque atua dentro de uma referência de brincadeira, como sendo, sem ser nem deixar de ser.

Assim, é verdadeiro dizer que o trabalho coletivo oferece uma área fértil de experimentação. O grupo possibilita que situações sejam dramatizadas, ou expressas de variadas maneiras, como caminho à elaboração

Na literatura científica, é frequente a referência sobre a utilização de grupos como instrumento de facilitação do processo de ensino-aprendizagem em saúde. Nos anos de 1970, os grupos denominados operativos ganharam a atenção dos profissionais de saúde pelo seu grande potencial de aplicabilidade e pela sistematização que traziam para o processo grupal (FERNANDES, 2003).

A dinâmica dos grupos operativos foi desenvolvida por Pichón-Rivière (1998), com amparo em estudos sobre os fenômenos grupais. Para o autor, o grupo é o agente da cura, desde que as atividades terapêuticas estejam centradas na mobilização de estruturas e condutas fixas e estereotipadas, possibilitando sua transformação em situações flexíveis, que permitam questionamentos e favoreçam o debate e o diálogo, em uma lógica dialética.

Favoreto e Cabral (2008) defendem a tese de que a participação dialógica em grupo dá às pessoas o sentimento de acolhimento de suas histórias e de seus sofrimentos, favorecendo uma percepção mais apurada da inter-relação entre adoecimento e subjetividade e, por conseguinte, uma nova forma de percepção do próprio corpo e seu funcionamento.

Ora, as pessoas narram porque existem para um outro e com o outro. Estão em grupo a maior parte do tempo, e não deixam de brincar: apenas o fazem com maiores reservas ou com outros brinquedos. A Arte, a narrativa e a poesia são algumas delas. A respeito disso, concordam Freud, Winnicott, Vygotsky, Benjamin e uma legião de muitos outros. Todas as modalidades de arte e fantasia nos ajudam a lidar e a elaborar as experiências difíceis da vida.

**4.2 Adolescência:** Tempo de limbo, onde já tendo sido, pensa que já é aquele que venha a ser

#### *4.2.1 Adolescência e seus aspectos*

Para o foco deste trabalho, é importante poder considerar algumas ideias que versam sobre a adolescência, com suporte nos quais, posso balizar meus estudos.

O desafio já começa na definição do que é a adolescência, pela grande variabilidade situacional em que meninos e meninas entram na puberdade, ou por questões ligadas à variação nas legislações dos países que estabelecem limites mínimos de idade para participação civil.

Para o Estatuto da Criança e do Adolescente - ECA (Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990), a adolescência situa-se dos 12 aos 18 anos de idade, embora culturalmente no Brasil se considere *adolescente* a pessoa que tenha 13 anos. Na prática, essa diferença não se faz relevante, ante todas as modificações biológicas, psicológicas e sociais que caracterizam esse período da vida.

A literatura psicanalítica tem maneiras diversas de abordar o amplo e complexo campo



da adolescência. Aberastury e Knobel (1992) destacaram entendimento da transição para a identidade adulta como um período de elaboração de lutos: pelo corpo infantil, identidade infantil, pais da infância. Na compreensão dos autores, a singularidade desse período de vida recebeu o nome de Síndrome da Adolescência Normal, que se caracteriza por busca de identidade, independência dos pais, contestação dos padrões vigentes, aquisição do pensamento conceitual, vinculação aos pares, comportamentos de risco, identidade sexual com exercício da genitalidade e vivência temporal singular. Macedo, Fensterseifer & Werlang (2012, p.60), também corroboram esta ideia quanto exprimem que

O luto pela perda do corpo infantil requer a aceitação da nova configuração corporal, com mudanças que atestam a definição da sexualidade, logo, que atestam a capacidade de procriação e a possibilidade de busca de um parceiro. Por fim o luto pela perda dos pais da infância trata da perda do protecionismo parental e a necessidade de estabelecimento de uma nova relação com eles, não mais a relação que se tinha quando se era criança. Cabe ressaltar que elaborar lutos, para o adolescente, significa aceitar o papel que a puberdade lhe destina, que o impele a avançar.

Para Tanner (1962), a adolescência é o período marcado pelos impulsos do desenvolvimento físico, mental, emocional, sexual e social e pelas tentativas da pessoa em conquistar os objetivos intrínsecos às expectativas da cultura em que está inserida. Ela se inicia com as mudanças físicas da puberdade e termina quando a pessoa consolida seu crescimento e a personalidade, sendo capaz de prover seu sustento, além de se integrar no grupo social a que pertence.

Calligares (2000), por seu turno, adverte para o fato de que, embora a adolescência coincida com a puberdade, ela não existe no mundo natural, sendo da puberdade este lugar como fenômeno produzido pela Natureza, definido como o amadurecimento sexual do ser.

No viés psicanalítico, falar de adolescência, e todas as mudanças biológicas e psíquicas desta fase, é dar ao corpo o lugar de realização das questões biológicas “transpassadas” pelas questões psíquicas. Nessa linha de pensamento, começo trazendo uma ideia, corrente na Psicanálise, de que a vida psíquica acontece sobre o lastro de uma estrutura biológica a que se chama de corpo, na interação com um Outro que vai impregnando de significados as vivências neste corpo e deste corpo no mundo. Poder-se-ia até imaginar um corpo sem psiquismo, mas nunca um psiquismo sem corpo. Então, o que acontece a este corpo interfere diretamente na imagem do Eu e de como este Eu se constitui na vida em comum. Tais conceitos estão respaldados na teoria freudiana, assim como o pensamento de

muitos autores que trarei a seguir. É interessante constatar a força das contribuições de Freud na ampliação das discussões sobre a adolescência, mesmo que ele nunca tenha feito uso deste termo, em nenhum de seus escritos. Foi a maneira como ele abordou as transformações corporais ocorridas na puberdade, analisando-as como experiências subjetivas de ruptura com a vida infantil e travessia rumo à vida adulta, quem conferiu relevância a esta época do desenvolvimento humano, como sendo uma etapa crucial de mudanças, destinadas a oferecer à vida sexual infantil sua conformação última normal, tanto em relação às mudanças corporais, quanto em consideração às repercussões psíquicas que essa etapa traz ao sujeito (SAVIETTO & CARDOSO, 2006; MACEDO et al 2012).

Em Freud, a ideia de articulação e mútua interferência entre físico e psíquico é fato. Seu interesse desloca-se para além do corpo, sem, no entanto, relegá-lo a menor importância em sua função de mediar o biológico e o psíquico. Em seu escrito *Projeto para uma psicologia científica* (1950 [1895]/1990), Freud esboça e descreve a estreita relação entre as pulsões sexuais e funções corporais. Ele postula a ideia de que todo ser humano nasce em total situação de desamparo, necessitando dos cuidados de um outro para sobreviver e ver saciadas suas necessidades fisiológicas. Sobre estas primeiras vivências de satisfação nasce a experiência do prazer, e com ela afloram a sexualidade e as pulsões sexuais. Fernandes (2003, p. 34) refere com poética o teor desse conceito freudiano, quando diz que “[...] o conjunto das funções orgânicas em movimento (somático) habita um corpo que é também o lugar da realização de um desejo inconsciente”.

Winograd & Mendes (2009), partindo de Freud, fazem releitura, referindo que o Eu é, simultaneamente, corporal e consciência do corporal; é matéria e representação dessa materialidade, sendo o corpo próprio o modo de inserção do sujeito no mundo.

Em decorrência do redimensionamento da identidade - demanda maior da adolescência - o corpo nesta fase tem, para Macedo, Gobbi & Waschburger (2012), o *status* de “território de enlances e desenlaces”:

[...] Do enlace entre a autoconservação e a sexualidade, nasce também um desenlace, abre-se o espaço para algo que não visa mais atender aquelas demandas da autoconservação. As zonas erógenas abrem para o corpo um novo território: o do desejo sexual. (P. 133).

Os autores ressaltam como fundamental para se dar conta das exigências simultâneas da adolescência (de rompimento em relação ao tempo infantil e o movimento em direção a um tempo futuro), um psiquismo que se mova no sentido do ingresso ao que é desejado (ainda

que temido), tendo podido se desprender do já vivido.

Na busca pelo reconhecimento ainda negado pelo mundo adulto, os adolescentes constituem grupos onde buscam serem aceitos entre pares. Calligares (2000) exprime que os grupos adolescentes em geral são bem diferentes do universo dos adultos e tendem a oferecer um sentido de pertença e uma identidade própria, regrada por traços de características claras e definidas (*look*; preferências culturais e comportamentos), que facilitam, em muito, a árdua tarefa de se perguntarem, o tempo todo, o que as pessoas esperam deles.

Não é de estranhar que este momento de ruptura implique a passagem por uma fase do desenvolvimento, marcada por conflitos e readaptações a essa nova realidade, pois já não são mais crianças e precisam lidar com uma nova configuração psicológica e comportamental, como exigência da vida adulta; algo como uma “moratória” - termo que Calligares retoma de Erik Erikson (1972) para falar desse tempo de limbo da adolescência, onde, já tendo sido, pensa que já é aquele que venha a ser (interpretação minha).

De fato, a tarefa de definir-se em quem se é e o que se é, exige competências e requisitos. A autoimagem corporal, inerente à constituição e à reconstituição no adolescente, ou seja, o corpo em sua estrutura simbólica e física, passa a ser realidade privilegiada de expressão, com papel importante na aceitação ou rejeição por parte do grupo, visto que a sociedade contemporânea (ocidental) faz um verdadeiro culto à ideia do corpo perfeito, bonito e *sarado*.

Sternbach (2007), apud Macedo, Gobbi & Waschburger (2012), faz referência à supervalorização do corpo e da performance, pela cultura como influência marcante nos processos de subjetivação, principalmente na adolescência, quando a pessoa está especialmente vulnerável às mensagens emitidas por seus pares. O anseio por estar dentro deste ideal de cultura acarreta intenso sofrimento psíquico a quem se vê impedido de corresponder a esse esteriótipo, pois, na reestruturação do EU, a pessoa vai integrando o que os outros pensam de si, com aquilo que sentem ser, resultando no sentido de quem são.

Assim, seja qual for a maneira de se abordar o corpo na literatura, ele sempre será um campo propício de expressão, subjetivismos e contradições. Leloup (2000) é trazido para esta discussão por Chvatal et al (2009, p.46) de modo preciso, quando refere:

O corpo é a nossa memória mais arcaica. Nele, nada é esquecido. Cada acontecimento vivido, particularmente na primeira infância e também na vida adulta,

deixa no corpo sua marca profunda.

Queria eu ter dito isso de modo tão claro! Essas palavras me trouxeram de imediato um episódio acontecido comigo:

#### 4.2.1.1 “O esquecimento está cheio de memória”<sup>5</sup>

Quando da gestação de nossa segunda filha, indicaram-me iniciar um programa de acompanhamento em Reeducação Postural Global (RPG), como terapêutica de apoio em face aos incômodos de uma considerável barriga, sobre uma estrutura muscular e óssea atrofiadas pela pólio. Coincidentemente, fui assistir a dois filmes que abordavam uma temática de morte/perdas, relacionada a infância (convenhamos: uma péssima ideia para quem está implicada com o começo da vida e suas fragilidades). Em um dos filmes, chorei compulsivamente por uns 30 minutos após a história terminada. No outro, não fui tão desavisada e saí do cinema pela metade da fita. Sentia que havia uma verdadeira conexão minha com o sofrimento das crianças protagonistas. Podia jurar que conhecia e que já havia vivido aquela dor profunda do luto, mas conscientemente não tinha registros de nenhum episódio de morte experienciada na infância; sem contar, que desenvolvi desde ali, por uns tempos, pensamentos quase obsessivos referentes ao holocausto. Foi só mediante a psicoterapia que consegui dar um sentido ao que estava me acontecendo. Na época não me ocorreu que meu estado de grávida em todas as fantasias e temores que rondam o ato de gerar vida pudesse estar exprimindo essas angústias. Em vez disso, mergulhei em mim, percorrendo minhas memórias e vi que as mais primitivas delas estavam ligadas a experiências de quase morte (em tudo o que o estado de coma; a dor; o medo do desconhecido; o cheiro adocicado do éter e a imobilização por gesso) podem simbolizar como “terror sem nome”, para uma criancinha pequena, como eu era nos primeiros anos da pólio. Entendi que a atividade do RPG estava dando voz a esses registros, por quanto o meu corpo fosse acordado em exercícios respiratórios e musculares quase viscerais. Não se tratava de memória de outras vidas: eram as muitas que eu tenho em uma só; contidas, segredadas, segregadas por sob a pele psicossomática desse Eu que me define.

---

<sup>5</sup> Mário Benedetti (1994)

#### 4.2.2 *Adolescer com doença crônica*

A dobradinha adolescência e doença crônica constitui entrelaçamento muito delicado, pois confronta duas crises simultâneas: de um lado, a busca por autonomia e identidade; do outro, as restrições demandadas por uma enfermidade que não tem cura, pode produzir incapacidades ou comorbidades e vai demandar cuidados especiais por toda a vida. (BURD, 2006; DIMA, 2013; SILVA, 2010; VECCHIA e BRAGA). A complexidade dessa crise irá exacerbar a vivência das perdas e lutos da adolescência normal, por acréscimo ao luto de um corpo sadio, impingido pela patologia (BURD, 2006; SANTOS et al; 2015) e condenado a uma evidência de modo inverso ao que reivindica o narcisismo normal da fase.

O adoecimento, consoante o concebe Dima (2013), extrapola para além do que é pessoal e biológico na pessoa humana. Repercuta na realidade social, política e cultural, tendo a família como parte indissolúvel disso. Para lidar com as demandas da doença, toda a família precisará se adequar a uma nova logística de funcionamento e organização, a fim de dar suporte ao paciente, tanto do ponto de vista operacional (tratamento, consultas, exames, internações etc), quanto emocional. Burd (2006) exprime que a doença se constitui numa fratura do modo de vida cotidiano, trazendo sofrimento para todos os envolvidos. Segundo a autora, a mudança para a condição de enfermo implica também mudança na relação com o mundo e consigo mesmo. Nesta linha de raciocínio, costumo dizer que a doença muda as lentes com as quais as pessoas se veem no mundo: o de dentro e o de fora. A doença confronta a fragilidade da vida e a frivolidade de nossas picuinhas: Não somos *para sempre* nem tão cheios de garantias. A doença nos atravessa, fundando um antes e um depois, ali onde um limbo se abre, sem prévia, sem manual, sem cerimônia. Por um tempo, a depender de nossa condição interna de enfrentamento, parece que toda a nossa alma cabe ali, naquele pontinho do umbigo ou da dor; ali onde a gente se enrosca, como a querer voltar no tempo; voltar para o aconchego do ventre, onde a vida está em sincronia e amparada.

Do ponto de vista psicológico, René Spitz (1997) reporta-se a esse sofrimento como sendo a vivência de um destino ameaçado, em decorrência de múltiplos fatores, sejam eles, da própria patologia, da personalidade da pessoa ou de seus recursos internos de enfrentamento. Compreendo que a doença deflagra essa ameaça, principalmente pelos riscos de morte, ou pelas alterações no projeto de futuro da pessoa enferma. Para o estudioso, a enfermidade crônica, em seus impactos sobre o paciente, a família e a equipe de profissionais da saúde, pode evidenciar diferenças nas reações de um para os outros, segundo as demandas que a

doença traz para cada personagem da trama, porquanto a experiência de adoecimento exacerba as reações psicológicas, e os mecanismos de defesa. Aqui menciono apenas algumas destas respostas, como mediadoras para adaptação à nova realidade, no enfoque do paciente e familiar. Assim, vejamos.

#### Paciente

- ✓ Regressão - o enfermo se submete às exigências de cuidado, exames, internação, cirurgias e/ou tratamentos sugeridos pela equipe de saúde. A regressão é útil no primeiro momento pós-diagnóstico, mas, em excesso, ela pode infantilizar o paciente, sem empoderá-lo da capacidade de cuidar também de si.
- ✓ Negação – a pessoa se recusa (em parte ou totalmente) a reconhecer-se enfermo e demandante de cuidados, podendo desencadear comportamentos de negligência em relação à doença e seu tratamento.
- ✓ Depressão - quadro psiquiátrico demandante do diagnóstico diferencial aos sentimentos de luto normal ligados ao adoecer, como tristeza, desesperança e preocupação.
- ✓ Adaptação e aceitação da doença - fenômeno dinâmico e contínuo de elaboração dos lutos ligados às perdas inerentes da enfermidade.
- ✓ Família - reações que vão desde o desespero e desorientação até a mobilização de defesas positivas para uma atitude de aceitação da nova realidade. Essas reações podem ser expressas como hiperproteção ansiosa, rejeição, denegação onipotente e aceitação realista da situação de saúde/doença.

Em pesquisa realizada por Oliveira e Gomes (2004)<sup>6</sup>, na percepção dos jovens entrevistados, o corpo doente é que figura como determinante de suas vivências e lugar no mundo, tendo sido neste modo de existência que se deram conta da doença. Tal achado foi justificado pelos autores como próprio do desenvolvimento cognitivo, enquanto ascendem na maturidade. Assim, tendo crescido com a doença, a percepção do significado do corpo doente não se dá claramente, nem para si nem para o outro. Somente a experiência de ser

---

<sup>6</sup> Para esse estudo foram entrevistados 18 adolescentes, doentes orgânicos crônicos desde a infância, com idade variando dos 12 a 18 anos, sendo dez rapazes e oito moças, todos pacientes do Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA).

permanentemente doente através do tempo permite que essa consciência se alargue e reconheça o caráter funcional do corpo.

Vygotsky (1998) expressa que a criança, no avançar de seu desenvolvimento, passa a relacionar o brincar com a ideia dele, estrutura que aos poucos sustenta sua formação conceitual e, por conseguinte, seus processos psicológicos superiores. A responsabilização e a autonomia, atributos dessa formação conceitual, só são conquistados mediante a integração de recursos cognitivos e emocionais. Isto é importante que se diga para que seja mais bem compreendido o papel do cuidador no contexto de uma doença crônica.

Em relação a isto, Oliveira e Gomes (2004) evidenciam a função da mãe<sup>7</sup> como aquela que, comumente, assume durante anos a comunicação com o médico, enquanto se desenvolve a contento esta responsabilização por parte do adolescente, ao seu tratamento. Ela “ [...] tornando-se intérprete de um corpo-sujeito debilitado e incapaz de falar” (p. 465), prossegue neste lugar até que o paciente se possa tornar sujeito habilitado a falar por si mesmo.

O adolescente vai, assim, adquirindo consciência da doença, à medida que vai se tornando mais maduro. Com a capacidade cognitiva mais complexa, começa a se dar conta das diferenças e restrições em comparação com os pares saudáveis. A percepção das diferenças traz preconceito e vergonha e as restrições da liberdade, em atividades consideradas normais para a fase, podem, com muita frequência, incutir no adolescente sentimentos de insegurança, raiva, medo, inferioridade, isolamento e desmotivação, com desdobramentos sobre a própria imagem corporal (OLIVEIRA e GOMES, 2004; FRAGOSO et al, 2010; ARAÚJO et al, 2011; CORRER et al, 2013). Como o desenvolvimento das competências cognitivas não necessariamente ocorre em igual velocidade com as competências afetivas, é possível que um adolescente já tenha a formação conceitual, mas, por questões emocionais mal resolvidas, não consiga se responsabilizar e se implicar pelo que seriam escolhas mais adequadas à sua saúde.

Quanto à vivência do tempo, na opinião de Oliveira e Gomes, evidencia-se em um paradoxo, pois, ao mesmo tempo em que direciona o adolescente para a maturação, também desvela no corpo o agravamento de sua doença. Assim, as tão sonhadas independência e autonomia, conquistadas no crescimento físico e psicológico, estão sujeitas a ser relativizadas, em face das interdições e limitações da doença.

---

<sup>7</sup> Nomeia-se a “mãe” por ser o membro da família que geralmente mais se implica no tratamento dos filhos, muito embora haja exceções.

O fato é que, em algum momento, o adolescente necessitará redimensionar suas expectativas de um corpo perfeito, funcionante e prazeroso, suportando a falha narcísica (BURD, 2006, ALMINO, QUEIROZ, JORGE, 2009), se quiser amadurecer em direção a uma boa qualidade de vida.

Minanni et al (2010) despendem esforços para explicitar as muitas variáveis que podem incidir sobre os processos de desenvolvimento do adolescente com doença crônica, trazendo-lhe repercussões de menor ou maior influência, a depender de

Tipo da doença, gravidade, história natural, prognóstico, grau de limitação, estrutura genética e implicações, necessidade de cuidado físico, aparência física, diferenças individuais no temperamento e personalidade, dinâmica interpessoal da família, rede de apoio social e financeiro, respostas dos professores, médicos, enfermeiras e outros profissionais. (P. 05).

De semelhante maneira, ainda é de grande importância o fato de que pais e profissionais estejam familiarizados com a adolescência em suas especificidades, no que se convencionou nomear de síndrome da adolescência normal, para que a compreensão do paciente se dê, com maior abrangência e sem mal-entendidos, do que é próprio da fase, e do que venha a ser resultado de seu enfrentamento à enfermidade.

Dentre as doenças crônicas infantojuvenis, está o *Diabetes Mellitus* do tipo 1, com prevalência mundial crescente, dado seu grande influxo na vida de pacientes e componentes familiares, assim como para a equipe de saúde que os acompanham e a sociedade em geral<sup>8</sup>. (BURD, 2006).

Kirchner & Marinho-Casanova (2014), citando Rapoff (2009) referem que além dos prejuízos à saúde e ao bem-estar, as doenças crônicas, em que o DM1 se inclui, também acarretam grandes prejuízos quando fora de controle, pelo custo-benefício de despesas médicas com desperdício de medicamentos, aumento de internações e consultas ambulatoriais, atestando o caráter preocupante no tratamento e controle do DM1.

Nesta busca por entendimento, voltamos à realidade do corpo adolescente, como lugar privilegiado de expressão de mudanças dentro da cultura e dos relacionamentos interpessoais.

#### 4.2.3 Adolescer quando o doce da vida periga azedar: DM1 e suas marcas

*Diabetes Mellitus* do tipo 1 (DM1) é uma disfunção metabólica, caracterizada por

---

<sup>8</sup>Escola, grupo de amigos, instituições de saúde, de esporte e lazer



hiperglicemia crônica, decorrente da destruição total ou parcial das células beta<sup>9</sup>, no pâncreas, responsáveis pela produção de insulina<sup>10</sup> (BARONE, 2015). Em assim sendo, pessoas acometidas por DM1, em sua maioria, crianças, adolescentes e adultos jovens, passam a necessitar de injeções diárias do hormônio para evitar a ocorrência de complicações agudas tais como os comas hipoglicêmicos e a cetoacidose diabética, e de complicações microvasculares e macrovasculares, que podem causar danos, disfunção ou falência de vários órgãos, especialmente rins, nervos, coração e vasos sanguíneos, sendo o DM1 uma condição que aumenta em muito a morbidade e a mortalidade de seus portadores. Na maioria das vezes, o DM1 possui causa autoimune, desencadeada pelo somatório de fatores ambientais e genéticos, mas, para alguns casos, a etiologia ainda é desconhecida, sendo apontada como multicausal.

Em levantamento bibliográfico realizado por Minanni et al (2010), o diagnóstico é mais frequente nos segmentos de 5-6 e 11-13 anos, muito embora na minha prática clínica, sejam observados com frequência casos de crianças abaixo de um ano de vida.

Sua complexidade é tanta que, mesmo se pensássemos em acessos a terapêuticas de elevado nível, com todos os subsídios disponíveis para o controle da doença, ainda assim, não se poderia descartar o quão penoso possa ser para portadores e membros familiares a influência do fato de se lidar com uma doença imprevisível, grave e trabalhosa, que ameaça, pelo poder de infligir ainda mais perdas<sup>11</sup>, a vivência futura de seus portadores, visto que muitas das implicações decorrentes do DM1 vão se evidenciando no tempo (ZANETTI, 2001).

Com o tratamento da DM1, espera-se manter o controle glicêmico, o mais próximo possível do normal<sup>12</sup>, de modo a reduzir os riscos de complicações crônicas e repercussões deletérias para o desenvolvimento da pessoa com diabetes. De acordo com Zanetti e Mendes (2000), no que se refere aos riscos, em particular nas crianças e nos adolescentes com DM1 com mau controle metabólico, estes podem ser encontrados como agravos físicos, psíquicos e sociais nas fases de crescimento e desenvolvimento, determinando alterações em suas atividades diárias. Quando mais adiante, no avançar da idade, estes riscos podem incluir complicações como

---

<sup>9</sup> Células-beta, das ilhotas de Langerhans (no pâncreas) são as responsáveis pela produção de insulina

<sup>10</sup> Insulina é o hormônio responsável pela metabolização da glicose.

<sup>11</sup> O diabetes do tipo 1, frequentemente, progride com sequelas, tais como: amputação, cegueira, nefropatia e retinopatia, além de outras comorbidades.

<sup>12</sup> De acordo com a Sociedade Brasileira de Diabetes, é considerada normal a glicemia de jejum entre 70 mg/dl e 99mg/dl e inferior a 140mg/dl 2 horas após sobrecarga de glicose.

cegueira e amputação e contribuem, ainda, como fator de risco para hipertensão arterial, doenças cerebrovasculares e isquêmica do coração.

De um modo geral, o tratamento sugerido para o controle glicêmico abrange atividade física, dieta e insulino terapia, além de assistência multidisciplinar periódica. (SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES, 2014). Tais condutas vão requerer da criança/adolescente muito mais do que boa vontade, pois é um tratamento complicado, por vezes doloroso, e a exigir muita disciplina (DIMA, 2013, p.05).

Assim sendo, todo o processo de adoecimento e tratamento, segundo Minanni et al (2010), é deflagrador de estresse, proveniente dos conflitos emocionais e relacionais suscitados dos inúmeros rearranjos e vivências de agudização da doença. Somente isso é aproveitável quando o estresse leva o paciente a se conscientizar da importância da adesão ao tratamento; caso contrário, o estresse pode sobrecarregar pacientes e cuidadores, extrapolando em outros problemas.

E falar de estresse leva-me a refletir sobre a influência que fatores emocionais têm sobre a doença, chamado de caráter psicossomático. Em relação ao DM1, os pesquisadores se colocam, dizendo que, tanto o estresse pode ser fator de risco para a eclosão do DM1, quanto pode complicar a possibilidade de aceitação da doença, em razão do modo como a pessoa vivencia as emoções.

O estresse psicológico (pode) ser fator de risco para a etiologia do DM1 em diferentes períodos de vida. Os eventos negativos ocorridos nos primeiros dois anos de vida, os acontecimentos que causaram dificuldades de adaptação e o funcionamento familiar caótico foram ocorrências comuns dentro do grupo com a doença, podendo ser considerados possíveis fatores de risco na aquisição do DM1. (MINANNI et al; 2010, p. 47).

Autores como Maia e Araújo (2002) já pensavam assim, ratificando que o estresse psicológico é passível de causar a destruição imunológica das células beta do pâncreas, ocasionando todo o quadro de deficiência na produção de insulina pelo órgão. Já Marcelino e Carvalho (2005) sustentam que o estado emocional, igualmente, afeta o modo de enfrentamento pessoal da doença, interferindo nos processos de aceitação e adesão ao tratamento.

A amplitude do estresse causado pelo DM1 não se resume somente ao paciente. Toda a família sofre junto por vivenciar a natureza complexa, diuturna e irreversível da doença e suas demandas. Os membros familiares, também, não se adaptam do mesmo jeito à doença, pois cada um tem suas teorias sobre o que é estar doente, e vive isso à sua maneira (DIMA, 2013).

No caso do cuidador principal (em sua maioria, as mães), os cuidados prestados são objeto da interferência das informações recebidas no decorrer do tratamento. No início, por ocasião do diagnóstico, são tantas as informações e exigências, e os cuidadores estão ainda tão chocados, que é difícil absorver tudo. Nesses momentos, é essencial que a equipe de saúde seja acolhedora e possa oferecer apoio e informações que, gradativamente, sejam assimiladas e incorporadas aos cuidados necessários. É muito comum que mães resolvam abandonar seus empregos em prol de um acompanhamento mais direto do filho. Às vezes, acontece também de perderem seus empregos em virtude de ausências frequentes do local de trabalho, com diminuição da assiduidade e produtividade em decorrência das demandas de insulinoterapia, exames, consultas e internações frequentes do paciente. As consequências repercutem na renda familiar, desencadeando mais dificuldades, além de sentimentos de culpa, perda e medo do futuro (FERNANDES, 2009; CORREIA, 2010).

Como é possível constatar, um trabalho preocupado com a adesão precisa privilegiar um olhar atento para essas configurações familiares em suas dinâmicas de enfrentamento para que possamos intervir com maior efetividade.

**4.3 Educação em saúde:** Além do aprender cuidar de si um espaço para a produção de subjetividades.

#### *4.3.1 Adesão ao tratamento: ponto nevrálgico para a Educação em Saúde*

A Organização Mundial de Saúde (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2003) conceitua a adesão como o grau em que o comportamento de uma pessoa representado pelo uso de medicação, o seguimento da dieta e as mudanças no estilo de vida correspondem às recomendações médicas ou de outro profissional de saúde. Trata-se, entretanto, de uma questão complexa e de manejo difícil, e que se constitui na atualidade grande preocupação no plano mundial. Em outras palavras, a adesão é uma parceria ativa entre o paciente e seu médico, num trabalho conjunto, para alcançar sucesso terapêutico.

Gusmão et al (2006) ponderam que, não obstante muitos autores associarem adesão ao tratamento com aderência à medicação, esse termo, em geral, abrange um conjunto bem maior de comportamentos ligados à saúde, indo além do simples seguimento da prescrição medicamentosa, demonstrando ser um fenômeno multidimensional determinado pela inter-relação de um conjunto de fatores que afetam o comportamento, envolvendo aspectos

referentes ao sistema de saúde, fatores socioeconômicos, além de pontos relacionados ao tratamento, ao paciente e à própria doença.

Cabe ressaltar que o objetivo do tratamento só será plenamente atingido quando o paciente for capaz de compreender que a possibilidade de se tratar é a condição que lhe garante melhoria na qualidade de vida. (BURD, 2006.). Assim, mesmo que sejam crianças, ou adolescentes em sua natural imaturidade, é imprescindível que a árdua tarefa de aprender a lidar com as novas circunstâncias seja acompanhada de perto por adultos também imbuídos de desenvolverem estratégias de enfrentamento, em um *contínuum* de aprendizagem e ajustes para todos, na medida das vivências e experiências de vida, bem como pela compreensão das informações recebidas no decorrer do tratamento. Assim, o apoio da família é crucial para dar segurança, oferecer cuidados e monitorar o cumprimento das demandas do diabetes.

Na prática da clínica é frequente uma demanda dos pais para que o jovem assuma por si mesmo a responsabilidade por seu tratamento. Esta permuta (dos pais para o adolescente) quando não é processual e acompanhada de perto (como explanado por Oliveira e Gomes, 2004), pode trazer entraves a uma adesão satisfatória. (SOARES, 2015)

Almeida (2003), enfocando a problemática da adesão ao tratamento, resalta sobre a singularidade de cada fase da vida, em suas características e capacidades (biológicas, cognitivas, rede de inserção e interação social, objetivos pessoais) nas respostas sobre a adesão terapêutica, havendo mudanças à medida que o sujeito vai progredindo ao longo dos estágios de desenvolvimento.

Na teoria do desenvolvimento psicossocial de Erikson (1972), a principal questão da adolescência está ligada ao desenvolvimento da autonomia, da identidade e da integração do *self*, de modo a dar sentido e coerência a este. Calligaris (2000) aborda esta delicada relação, quando se reporta à contradição do olhar e expectativas dos adultos em relação aos adolescentes, quando negam a óbvia maturação física já alcançada nesta fase, desejando que estes adolescentes permaneçam crianças e subordinados em total contraste com uma atitude de autonomia que os próprios adultos ensinam. Continua Calligaris ao dizer, que fica difícil para estes garotos se confinarem a uma simples adesão ao que os adultos dizem esperar e desejar deles.

Winnicott (1989, p. 126) suscita pontos ligados ao risco de se apressar na responsabilização dos adolescentes: para que ele consiga sentir-se capaz de enfrentar as

circunstâncias cotidianas,

A imaturidade é uma parte preciosa da adolescência. Ela contém as características mais fascinantes do pensamento criativo, sentimentos novos e desconhecidos, ideias para um modo de vida diferente. [...] Para o bem dos adolescentes e de sua imaturidade, (é importante) não permitir que eles queimem etapas e adquiram uma falsa maturidade através de transferência de responsabilidades que não deles, ainda que eles lutem por ela.

O que se mostra relevante nesse ensinamento é a importância de não se abandonar aos próprios cuidados e as responsabilidades um ser que ainda está em formação e vê-se limitado pelas contradições próprias da imaturidade. Embora o adolescente reivindique autonomia, é saudável que essa se dê na medida de suas reais possibilidades, e o apoio familiar é crucial neste processo. Caso contrário, o adolescente fica muito vulnerável para negligenciar seu tratamento, prescindindo de cuidados essenciais

Brito e Sadala (2009; p. 948) dizem sobre o impacto da doença de uma forma muito lúcida: “A doença crônica afeta a criança como pessoa e a família como sistema”. Sem dúvida! O paciente, seja ele criança ou adolescente, irá sofrer todas as restrições, incômodos, medos e frustrações, que uma doença como o DM1 pode provocar em seu embate. Por outro lado, os membros familiares vão precisar encontrar sentidos e maneiras de enfrentamento que sejam favoráveis tanto às suas possibilidades de cuidado, quanto ao cuidado necessário, com o esforço de ainda fazê-lo sem o acréscimo das próprias inseguranças e ansiedades. Tarefa difícil...

Um suporte familiar adequado, onde haja apoio mútuo entre os membros, para além da logística de cuidados práticos, mas também nas questões de cunho emocional, é de vital importância para a adesão. É um apoio, no entanto, sustentado por outros. Aqui, especialmente, os profissionais de saúde, terão de fazer seu trabalho, na monitorização das normas de ações do tratamento, bem como no fornecimento de uma relação de confiança e acolhimento às dúvidas e inseguranças dos personagens dessa trama.

Não há dúvida de que a adesão ao tratamento, sendo ele medicamentosa ou não, é imprescindível para o êxito da terapêutica, visando à diminuição das complicações médicas, psicossociais e financeiras, ligadas ao agravamento da patologia.

O momento do diagnóstico é, por si, bastante delicado e estimulador de muito estresse para pacientes e familiares, por se projetar em um tratamento prolongado, contínuo e

irreversível. Minanni et al (2007; p. 44) focaram-se em três fatores, elegendo-os como determinantes para o modo como crianças/adolescentes enfrentarão o diagnóstico do DM1:

- modo como souberam da doença: se perceberam sozinhos, se outro lhes revelaram, se adiaram ter conhecimento do diagnóstico ou se preferiram saber logo;
- experiências pessoais anteriores que tiveram em relação à doença, por exemplo amigos ou pessoas da família que tiveram ou têm a doença; e
- a maneira como a família e os amigos reagiram ante o diagnóstico.

Em relação ao êxito da adesão, Oliveira e Gomes (2004) tomam o enfoque da qualidade comunicativa da relação médica-paciente e analisam que é preciso que esta comunicação interpessoal durante todo o processo<sup>13</sup> seja elemento facilitador de entendimento e transmissão de informações e sentidos. Os autores identificam três tempos deste processo interativo. Para suas análises, a acolhida médica é a primeira condição para a amenização do diagnóstico sobre a mãe. Esta acolhida deve estar sob a exigência de se contemplar os dois aspectos da realidade da doença: não ter cura, mas ter tratamento, e este ainda poder se dar com a orientação e o monitoramento da equipe, em relação aos cuidados a serem aprendidos. Dizem os autores que a expectativa é que desse ambiente acolhedor se estabeleça uma comunicação empática, mediada pela mãe e assimilável pelo paciente.

O segundo tempo, para os autores, é contemplado pela mediação da mãe na função de fazer chegar ao paciente as informações necessárias, sendo ela “ [...] um elo de transição entre o filho-paciente e a realidade dele, pois (a princípio) é ela quem conhece as nuances da doença. A mãe é para o filho a consciência da doença dele.” (OLIVEIRA E GOMES, 2004; p. 465). Funciona como espaço potencial, em linguagem winnicottiana, enquanto o filho se torna capaz de assumir os próprios cuidados. Nesta situação, esta mãe deverá ter um bom entendimento das informações e orientações para transmiti-las de modo seguro e adequado.

O terceiro momento é quando, aos poucos, com o desenvolvimento cognitivo e psicológico, o adolescente vai tomando consciência da doença e esclarecendo para si mesmo a

---

<sup>13</sup>Desde o momento do diagnóstico até a fase em que o adolescente já tenha maturidade física e psicológica para se responsabilizar pelos seus próprios cuidados.

natureza do incômodo corporal e emocional, tendo necessidade de maiores informações. Novamente, a abertura e o acolhimento empático da equipe de saúde proporcionam um ambiente favorável para que o jovem assuma a independência e autonomia em relação ao seu tratamento. É este que passa a ser o momento ideal para que a mãe dê recuo em sua função de mediadora da comunicação e permita ao filho se responsabilizar pelos seus cuidados, e “tornando-se o intérprete de si mesmo”. (P. 465).

Expresso tais aspectos, os autores ressaltam que

A comunicação qualificada modifica o contexto da doença, permitindo que uma pessoa debilitada e amedrontada possa compartilhar, transmitir informação e conhecer a opinião dos outros. Ademais, facilita a percepção diferenciada da situação, contribuindo para a maturação do indivíduo (p. 460).

O certo é que cada núcleo familiar encontrará seu jeito particular de lidar com a doença, incluindo aí a possibilidade de acesso a um serviço de saúde digno e adaptado às necessidades infantojuvenis. Outros fatores são citados por Minanni et al (2010), como idade, crenças, valores, motivação pessoal, condições financeiras e doenças associadas, dentre outros, como aspectos que podem direcionar maior ou menor controle da doença, ocasião em que o profissional de saúde deverá perceber e intervir de modo a orientá-lo e apoiá-lo.

Dima (2013) externa que alguns membros assumem como estratégia de enfrentamento o papel de cuidadores e educadores (em geral, mães), auxiliando criança/adolescente a desenvolverem qualidades como responsabilidade e disciplina. Outras mães passam a superproteger os filhos, dificultando a tarefa destes se tornarem comprometidos com os próprios cuidados e com uma atitude de autonomia perante a vida. Outras estratégias também foram observadas, tais como: diálogo, chantagem, ameaças, violência física e psicológica. Prossegue a autora ressaltando que:

A estratégia adotada pelo grupo familiar reflete diretamente no comportamento do indivíduo que está em formação e em processo de descoberta de sua nova condição de paciente. A superproteção, por exemplo, pode acarretar irritabilidade, imaturidade e insegurança. Já o suporte familiar e dos amigos, pode colaborar para a adesão e continuidade do tratamento. (P. 26).

Sim: o apoio familiar é um aliado fundamental no processo de enfrentamento do DM1, principalmente nos momentos em que o diabético se sente sem forças diante dos desafios inerentes à doença, entretanto, nem sempre a família tem condições de prover as necessidades essenciais. Conflitos familiares muito elevados podem inibir o suporte social afetivo pela adoção de um estilo de comunicação negativa, desencadeando maior ansiedade no paciente,

como se o seguimento do tratamento fosse algo muito mais complicado de se cumprir. No que tange à adolescência com diabetes, tal situação pode impedir que o adolescente se perceba capaz de lidar com o autocuidado, repercutindo no controle metabólico e na sua melhor qualidade de vida (ALMEIDA, 2012,p.75).

Nesta linha de raciocínio, Almeida, J. (2003, p. 120) constata que a adolescência aparece como um período particularmente vulnerável à baixa adesão se comparado ao longo da infância ou da vida adulta, e cita algumas hipóteses defendidas por vários autores como compreensão do fenômeno:

Alguns estudos sobre a adesão ao tratamento da diabetes durante a adolescência constataram uma diminuição da adesão e um agravamento do controle metabólico comparativamente a fases anteriores (Jacobson & col., 1987; Glasgow, 1991; Anderson & col., 1990). Para além das mudanças pubertárias que causam um aumento da resistência à acção da insulina, esta situação é agravada por outras dificuldades e dilemas psicológicos próprios da adolescência (La Greca, 1990). Contrariamente ao esperado, se tomarmos em conta a dimensão cognitiva, os adolescentes podem não incrementar as actividades de auto-tratamento à medida que a supervisão dos pais diminui. Na fase inicial da adolescência constata-se um aumento de preocupações relativamente ao funcionamento do corpo à sexualidade e à independência face aos pais. Nesta fase inicial os adolescentes sentem-se ainda ligados às figuras parentais, seguindo as suas orientações, objectivos e valores, sendo a adesão maior que na adolescência tardia. (JACOBSON & col., 1987).

Almeida (2010) exprime a baixa adesão como algo que acontece tanto para a vivência de doenças agudas quanto crônicas, muito embora mais comum nos tratamentos de longa duração, pelas recidivas que podem ocorrer. Também ressalva que a compreensão do comportamento de não adesão precisa primeiro passar pelo entendimento das variáveis comportamentais passíveis de intervenção para, então, se montar um plano de intervenção adequado à demanda.

Sem muitas dúvidas, uma das grandes dificuldades de adesão ao tratamento de uma patologia crônica, principalmente na adolescência, diz respeito às restrições alimentares por ela imposta, dado que, na vida social, as diversões e oportunidades de encontro estão sempre entrelaçadas com a alimentação, sejam elas, comidas caseiras, de rua, *fast food*, guloseimas, doces e/ou bebidas. Em pesquisa realizada por Silva; Vecchi; e Braga (2016), as restrições alimentares foram apontadas como um fator imposto pela doença de grande repercussão no dia a dia, principalmente pelo fato de pôr limites à preferência dos alimentos.

O desejo também de ser igual dentro de seu grupo pode fazer com que o adolescente quebre as regras de seu tratamento, uma vez que, nesse espaço, as cobranças em relação aos



cuidados com a doença nem sempre existem e ele não será censurado por não seguir as regras (FERREIRA et al, 2013)

A prática da clínica está cheia de exemplos da multiplicidade de estratégias de enfrentamento, com vistas à adesão. Todas são susceptíveis a fatores internos e externos à dinâmica familiar, porque diversas e adversas são as condições de cada núcleo deste, com desafios às vezes intransponíveis, caso se contar somente com a força e recursos do(s) cuidador(es). Neste sentido, a responsabilidade pelo controle e tratamento do diabetes é uma questão que ultrapassa a inculpação “doméstica” das dinâmicas familiares. Numa sociedade como a nossa, onde as desigualdades de direitos são tão abissais, é preciso ver a questão como sendo de saúde pública.

Naquilo que está no nosso alcance, de profissionais de saúde, é possível apontar ser essencial a implementação de estratégias de comunicação e aprendizagem que ultrapassem a mera transmissão de informações e sejam propícias à participação ativa dos sujeitos, considerando suas especificidades, experiências e conhecimentos, como premissas cruciais para o cuidado, bem assim para a compreensão dos processos que dificultam e muitas vezes impedem o controle adequado da doença.

#### *4.3.2 Cuidar de si: isto se aprende?*

Para que o paciente tenha boa aderência ao plano terapêutico, o tratamento precisa fazer parte do seu dia a dia, resultando em mudanças de atitudes e responsabilização aos autocuidados. Dentre as estratégias mais utilizadas para melhorar a adesão estão os programas educativos.

É consenso no meio científico a noção de que o apoio educacional continuado tem influxo intensivo sobre a melhoria na adesão ao tratamento de pessoas com diabetes, promovendo o desenvolvimento de habilidades necessárias para o autocuidado e controle da doença, sendo ressaltada, em protocolos da Federação Internacional de Diabetes (IDF), como parte integral do cuidado com diabetes.

Estes programas têm como prioridade fomentar a troca de informações sobre características da doença e propiciar o envolvimento e o compartilhamento de pacientes,

família e profissionais de saúde. Um dos mais importantes e frequentes fatores que interferem nos resultados positivos de um programa de Educação é a qualidade da relação comunicativa entre os jovens e seus pais, como já apontado por Oliveira e Gomes (2004).

Grillo (2013) exprime que o processo educativo pode contribuir para o aumento da autonomia dos pacientes, desde que estes assumam papel ativo em sua aprendizagem. O autor ressalta ainda a importância de uma relação em saúde que valorize, o conhecimento de cada pessoa, salvaguardando condições de tempo e espaço para trocas de informações, terapêuticas individualizadas e acompanhamento empático e continuado. Outros autores, como Fialho et al. (2012) e Correr (2013), complementam essas colocações, ressaltando a importância de um envolvimento harmonioso e contínuo entre pacientes, membros familiares e profissionais da saúde (como algo favorecedor da busca de informações a respeito da doença, e dos cuidados a se ter para o DM1), alargando o conhecimento das vulnerabilidades, sentimentos e possibilidades de resultados positivos para a adesão ao seu tratamento.

A Educação em Saúde, de acordo com o Ministério da Saúde (2006), consiste em um processo educativo de formulação de conhecimentos em saúde que tem por intuito tanto o aumento da autonomia das pessoas em relação ao seu cuidado, individual ou na coletividade, quanto o aumento da capacidade de elas reivindicarem e debaterem com profissionais e gestores da área sobre as suas necessidades. Tal processo requer o desenvolvimento de um pensar crítico e reflexivo, que permita desvelar a realidade, e, com base nisso, propor ações.

Os preceitos do Sistema Único de Saúde (SUS) sobre a atenção integral à saúde e interdisciplinaridade na assistência corroboram a ideia de que as estratégias de Educação em Saúde precisam ser encaradas como um desafio, um esforço conjunto, dos diversos saberes, ante a complexidade em se modificar hábitos de vida consolidados.

No Brasil, importantes iniciativas foram profícuas na proposta de se investir na educação dos diabéticos. A modo de exemplo, há a parceria firmada entre a Sociedade Brasileira de Diabetes (SBD), a Associação de Diabetes Juvenil (ADJ), e a Federação Internacional de Diabetes (IDF), que possibilitou a implementação do Projeto Educando Educadores, que tem qualificado profissionais por todo o País, fortalecendo e aferindo a aplicação da Educação em Diabetes como meio primordial do acompanhamento do diabetes no Brasil.

Camara e Forti (2014) ensinam que a Educação em Saúde deve ser entendida como um processo interdisciplinar, valorizando o trabalho em conjunto do paciente com a equipe. Ressaltam que devem ser buscadas técnicas didáticas que fomentem a interação dos envolvidos e que abordem o mais próximo possível as vivências, necessidades e dificuldades enfrentadas pelo paciente no cotidiano, no respeito de sua individualidade e de sua aprendizagem singular.

Assim, voltamos à importância de uma efetiva comunicação interpessoal para a saúde física e psicológica da pessoa. Oliveira e Gomes, (apud RUESCH & BATESON, 1987) apontam as funções da comunicação como sendo a transmissão de mensagens, obtenção de informações, dedução de novas conclusões, reconstituição do passado, antecipação de fatos, início e modificação de processos fisiológicos dentro do corpo e o ato de influenciar outras pessoas e acontecimentos externos.

No papel de doente, a comunicação interpessoal reveste-se de características muito específicas, pois envolve desde atitudes e informações sobre sintomas e prognósticos até a prescrição do tratamento e dos cuidados preventivos (FOLEY, 1993).

É muito importante ter atenção à qualidade dessa comunicação. Quando ausente do paciente, Oliveira e Gomes associam o bloqueio comunicativo ao desaparecimento do desejo de lutar contra a situação ameaçadora, gerando estados de ansiedade. Nestas situações, a intervenção no sentido de ajudá-los a falar e elaborar experiências difíceis, como formas de se estabelecer um lugar de existir e conviver com suas dores, será uma ajuda efetiva na supressão da ansiedade e na reorganização de objetivos.

Conhecedora desta realidade, fiz a opção por investir esforços na Educação em Saúde, para crianças e adolescentes com diabetes e seus componentes familiares, mas parto de alguns aportes que a Psicanálise possibilita, ressaltando que tomo por educativa uma função comprometida com a constituição do humano na produção de subjetividades. Entendo que a Educação em Saúde não pode ser um lugar de uma educação meramente instrumental, baseada na “ensinagem”. Esta Educação necessita estar comprometida com o estabelecimento de recursos internos nas pessoas que permitam também o desenvolvimento de espaços de cuidados emocionais, que favoreçam o fortalecimento da imagem de si, com valor e sentido. Sem isso, nenhuma estratégia protetiva de autocuidado tem chance de sustentação através do

tempo e das contingências estressoras do tratamento. Só assim, essa Educação continuada pode ter impacto positivo sobre a pessoa, fortalecendo seu engajamento e lhe abrindo possibilidades de mudança de atitudes em razão das necessidades de sua saúde.

## 5 REGISTROS (AUTO)BIOGRÁFICOS DE UMA TRAJETÓRIA PROFISSIONAL

“Meu conceito de viagem é visitar paisagens dentro e fora de mim.”

Walter Benjamin (1985 e 1987, p. 11) expressou o seguinte:

Narrar histórias [...] é uma forma artesanal de comunicação. Não pretende transmitir o puro “em si” da coisa, como uma informação ou um relatório. Mergulha a coisa na vida de quem relata, a fim se extraí-la outra vez dela. É assim que adere à narrativa a marca de quem narra.

É bem isso que o leitor verá delineado nas narrativas a seguir. Nelas estão impressos minhas impressões e sentimento do mundo. Como ressaltado anteriormente, esta narrativa será organizada em três partes, seguindo à cronologia dos acontecimentos

### 5 PRIMEIRA PARTE

#### 5.1 Às portas do futuro...

Sempre que tento começar a narrar minha trajetória na área da saúde, escolho um marco, e, a pouco e a pouco, vou recuando no tempo, como a puxar o fio primeiro que me levou a adentrar esta área da Psicologia Hospitalar. Já encontrei uma das pontas deste fio que remonta do início de minha história, quando uma poliomielite contraída aos 20 meses deu início às minhas incursões pelos hospitais e centros cirúrgicos do País. Enrolando um pouco este novelo, para não alongar e embaralhar o que deve ser o interesse explícito desta proposta de trabalho, vou aos inícios factuais desta empreitada.

Não tive muitos conflitos para a escolha profissional. Sabia que queria trabalhar na área das Ciências Humanas e tinha predileção por três categorias: crianças, idosos e motoristas de ônibus. Obviamente, nada por acaso. Crianças e idosos, provavelmente, porque sempre demandaram em mim uma empatia pelo cuidar. Nestas fases, por vias diferentes, as vulnerabilidades se mostram mais contundentes e me pareciam mais imperativas: uma pelo pouco viver; a outra pelo tanto vivido. Motorista de ônibus, porque generalizei para toda uma categoria o perfil de cordialidade e afabilidade de um Senhorzinho, condutor do ônibus que eu pegava sistematicamente na adolescência. Daí que a escolha profissional ficou entre Psicologia e Serviço Social. Procurei desenvolver os dois cursos, simultaneamente, mas a Psicologia encontrou mais ressonância em mim. Talvez por influência de referências afetivas

importantes do convívio íntimo na área, quiçá já pelo hábito de pensar comprido as coisas acontecidas por baixo da pele, ou pelos registros significativos de processos terapêuticos já em pauta na época. O fato é que, decisão tomada, lá estou, estudante de Psicologia, interessada nas recentes discussões em torno da saúde com ênfase na atenção integral e na interdisciplinaridade. Estávamos em meados dos anos de 1980 e a Psicologia já se fazia presente no HUWC, desde 1983, no Ambulatório de Pediatria. No outro hospital<sup>14</sup>, não havia nada na área de atenção psicológica ao paciente, e a direção daquela Instituição buscou parceria com a UFC para um projeto-piloto de atenção psicológica à pessoa hospitalizada. Eu estava na metade do curso e aquela foi a minha primeira oportunidade de estágio. Semestre seguinte eu também ingressaria como estagiária no Ambulatório de Pediatria do HUWC e estes dois *locus* me concederam a vivência que até hoje inspira a minha busca por excelência no atendimento psicológico de criança e adolescentes em situação de enfermidades; e neles permaneci até quase a graduação.

## 5.2 Dos inícios de quase tudo (1987)

Todo saber se processa no tempo, no espaço e na interação espaçotemporal das relações humanas. Minha primeira experiência de trabalho na área hospitalar deu-se por ocasião de uma palestra sobre a humanização do atendimento hospitalar, proferida pelo então Diretor da *outra instituição*, a convite da Professora responsável pela disciplina Psicologia Social. Na ocasião, ele propusera uma parceria com o curso de Psicologia da UFC, e o convite encontrou ressonância em sete alunas, grupo no qual eu me incluía. Após acertos preliminares e anuência da Professora para apoio em todo o processo, fomos conhecer o Hospital. Amarramos a iniciativa em um projeto de extensão de pesquisa-ação; organizamos nossa distribuição pelos dias da semana. Começamos pelo apoio psicológico à criança hospitalizada, por via de atividades lúdicas.

A Enfermaria de Pediatria contava com uma salinha toda mobiliada e decorada onde deveria funcionar uma brinquedoteca, mas assim não acontecia pela falta de pessoal especializado. Nas enfermarias, painéis caprichosamente pintados nas paredes com motivos de contos de fada coloriam a dureza do ambiente hospitalar. Eu estava de novo no hospital,

---

<sup>14</sup>Centro médico de urgência e emergência de nível terciário da rede de saúde pública de Fortaleza, referência no Norte e Nordeste no socorro às vítimas de traumas de alta complexidade, como fraturas múltiplas, lesões vasculares e neurológicas graves, queimaduras e intoxicações.

mas então na perspectiva de quem se propõe *cuidar* de outro (ainda que todo cuidar se constitua mesmo na interação com quem se cuida).

Começamos por fazer a triagem de todos os pacientes internados. Fazíamos turnos em dupla, cobrindo de segunda-feira à sábado. Logo ao chegar, checávamos a planilha de leitos e íamos de um em um para nos apresentar, saber do caso e avaliar as possibilidades de intervenção psicológica e em que modalidade: se individual ou em grupo; se no leito ou na “salinha”.

Apesar do entusiasmo, estes inícios foram marcados pelos desafios. A firme resistência da equipe de Enfermagem à nossa entrada foi um deles. Não conseguiam entender o que a Psicologia tinha a fazer naquele espaço tradicionalmente médico e de áreas afins. Depois questionavam a interferência deste grupo na rotina da enfermaria pelas atividades com as crianças. De nossa parte, também tivemos de lidar com nossas resistências, como nos autorizar a pensar fora dos paradigmas da clínica tradicional, aprender sobre a interdisciplinaridade, acerca do lugar desta Psicologia Hospitalar emergente, encontrar caminho em meio à identidade profissional sem perder o foco das questões subjetivas, correr atrás de análise pessoal.

Fomos, assim, Tateando, buscando adentrar os novos conceitos da Psicologia na saúde. O 3º Congresso de Psicologia Hospitalar no Recife, foi um marco. Fomos todas. Queríamos saber mais; queríamos saber se estávamos no rumo. A surpresa foi constatar que o que fazíamos (acreditando ser tão empírico e experimental) estava no mesmo nível dos trabalhos apresentados nos relatos de experiência no Sul e Sudeste do País. Aquilo nos deu novo ânimo. Conhecemos os nomes mais proeminentes da área, fizemos cursos e voltamos com os últimos lançamentos editoriais do momento. De volta ao trabalho, sentíamos-nos mais respaldados. Em nossas atividades, usávamos muito de desenhos, brincadeiras com jogos, narração de histórias, dramatização com bonequinhos de situações comuns à rotina de internação. Minha predileção era brincar de imaginar histórias sobre as gravuras nas paredes das enfermarias, onde cada um, fosse criança ou acompanhante, ia compondo o relato, segundo o que lhes viesse à cabeça. Era surpreendente o teor projetivo contido nas narrativas. Os referenciais dos contadores se expressavam nos enredos de maneira contundente. Muitas vezes ali, ficávamos sabendo mais dos bastidores objetivos e subjetivos do ocorrido, do que em qualquer outro registro de prontuário ou relato de acompanhante. Aos poucos, a compreensão do nosso papel e de nossa responsabilidade se alargava. Se, inicialmente, por ingenuidade, supúnhamos que

lidar com a infância fosse naturalmente mais fácil, a prática mostrava o contrário: no pacote, vinham o lidar com seus responsáveis e a dinâmica familiar por contexto. Significava que precisávamos compreender melhor os signos por detrás das condutas das crianças; entender sobre desenvolvimento infantil; aprender a dar lugar e voz à subjetividade da criança (dentro da linguagem que lhe fosse possível), e da família; desenvolver habilidade de interlocução interdisciplinar... Tudo isso para fazer bem feito o que nos cabia fazer e era papel nosso como representantes da Psicologia. Aquilo me fascinava, tanto quanto me inquietava. Eu ainda não sabia como dar conta daquela exigência toda. Não tinha a envergadura teórica nem vivencial para tanto. Apesar da continência dada pelo estudo, pela supervisão clínica e pela análise pessoal, muita coisa escapava, tanto em termos das contratransferências, quanto das possibilidades de intervenção psicológica (como ainda hoje me escapam). No primeiro caso, eram minhas experiências como paciente que me atravessavam: eu sabia bem o que era entrar na horizontal em um centro cirúrgico, sabia do medo do desamparo, da dor, do exílio de uma vida de detalhes enquanto a saúde estivesse entre parênteses... E “saber”, horas me empatizava ao outro, horas me doía o outro. Nunca me curei disso. Hoje, bem mais treinada a lidar com os meus fantasmas, e de tê-los (alguns) debaixo das vistas, ainda digo como Saramago: “Quem tem um coração de ferro, bom proveito. O meu fizeram-no de carne e sangra todo dia<sup>15</sup>” (embora também celebre todo dia).

Uma intervenção puxava outra (a escuta, demanda ouvidos) e assim, se uma criança precisasse de uma intervenção terapêutica mais invasiva ou tanto ela quanto seus pais se mostrassem muito ansiosos quanto a isso, lá íamos nós acompanhando-a ao centro cirúrgico ou à sala de exames.

Lembro-me de uma criança em especial, que teve 80% da área corpórea atingida por queimaduras de 3º grau (sobrevivera à irmã, que teve queimaduras mais leves no mesmo acidente, mas que sucumbiu a uma septicemia). Foram inúmeras as cirurgias e os curativos reparatórios e acompanhei-a em alguns deles. Às vezes meu fazer se resumia a lhe dar a mão em momentos de maior dor ou medo, em outros, eu me metia no Centro Cirúrgico em presença silenciosa a lhe garantir sentimento de amparo.

---

<sup>15</sup> Nota: Fala do personagem Clara na peça de teatro **A segunda vida de Francisco de Assis** (1987), de José Saramago



Foi curso prático intensivo de Psicologia Hospitalar essa vivência de acompanhar e às suas famílias pela resiliência e ressignificação de tantos acontecimentos dolorosos. Experimentei e pude pôr em prática muitas das técnicas de atendimento e apoio psicológico, que víamos descritos nos livros-bíblias que tínhamos, mas o aprendizado foi além disso. É como se eu nascesse ali, na psicóloga que eu desejava me tornar (continuo aprendiz).

No nosso entorno, no cotidiano de nossas atividades, sentíamos que o ambiente se diferenciava. As crianças pareciam mais falantes, sempre em busca de brinquedos e jogos para se ocuparem. As tensões nossas com a Enfermagem também foram esmaecendo: fazíamos o máximo de esforço para não atrapalhar e continuamente procurávamos saber a opinião delas sobre as crianças, valorizávamos o trabalho que faziam e nos colocávamos à disposição para trocar ideias sobre o lado emocional dos pacientes. Não sei se por teimosia, ou porque o resultado de nossa intervenção começou a se fazer notar, a equipe médica já acolhia com maior abertura nossos pedidos por acompanhar os pacientes nas cirurgias e exames, e vez por outra pediam também nossa opinião sobre um ou outro caso. Este projeto durou até dezembro de 1989, quando, por ocasião de nossa colação de grau, não tendo sido dada continuidade pelas turmas seguintes.

### **5.3 “Passeio pelos jardins da Cidade Universitária<sup>16</sup>”: Ambulatório de Pediatria - HUWC**

Buscando por balizadores para a prática, no final do primeiro semestre de 1987, procurei por um curso de Psicoterapia breve, onde tive contato com uma das psicólogas do Ambulatório de Pediatria do HUWC. Para ela falei do meu interesse na área e do desejo de conhecer a realidade ambulatorial. Deu-se o convite para o estágio e meu início nos campos do Hospital Universitário. Passei a me dividir entre os dois hospitais e a respirar o dia a dia de um trabalho demandante de cuidados também para o cuidador.

De um lado, crianças hospitalizadas demandando intervenções centradas no adoecimento e internação; do outro, um contexto ambulatorial de crianças/adolescentes com queixas psicológicas diversas, com perfil de clínica-escola: vivências complementares e ocasionadoras de muitas reflexões.

---

<sup>16</sup> Expressão usada por Luciana Gentilezza – 1993

Nesse período, o setor funcionava com duas psicólogas, sendo que uma estava de licença para capacitação. Acompanhei por um período os atendimentos em grupos coordenados pela psicóloga do serviço e depois assumi a condução de alguns deles, sob supervisão da profissional. Ali aconteciam atendimentos psicológicos individuais, atividades de orientação a pais e grupos psicoterápicos, reunidos por faixas etárias, em frequência semanal, com crianças triadas pelas psicólogas. Nosso público naquela época era composto, principalmente, por crianças encaminhadas pelas escolas, postos de saúde e demandas da comunidade, sem ligação direta com qualquer enfermidade orgânica.

Escutar os relatos dos pais (na maioria, mães e avós) em seus dramas familiares, constatar o adoecimento das relações afetivas e seu influxo na constituição subjetiva das crianças, e, ao mesmo tempo, testemunhar o potencial de saúde psíquica em tantos casos (quando a atenção às necessidades emocionais era possibilitada), ratificava em mim o caminho escolhido: participava de algo importante, e mais e mais via que podia contribuir. E assim fui caminhando até agosto de 1989.

#### **5.4 Os entremeios...**

A vida não costuma ser uma linha reta. Saramago disse isso lindamente: “Afinal, há é que ter paciência, dar tempo ao tempo... já devíamos ter aprendido, e de uma vez para sempre, que o destino tem de fazer muitos rodeios para chegar a qualquer parte.<sup>17</sup>”... E o destino fez muitos rodeios por um tempo.

Em agosto de 1989, meu pai adoeceu e se internou em estado grave, vindo a falecer no hospital. Deu-se então minha terceira vivência hospitalar. Vivi nestas circunstâncias um outro lado do adoecimento, na pele de familiar. Era minha terceira experiência em hospitais: a primeira como paciente, a segunda como profissional (muito embora ainda não certificada) e, naquele momento, como família. (Mais tarde, estas três perspectivas me ajudaram a compreender mais empaticamente por que a atenção do profissional de saúde e, em especial, do psicólogo, precisa contemplar este tripé em sua assistência: paciente, família e equipe de saúde). Aquela vivência, no entanto, era diferente de tudo até então. Entrar e sair de hospitais, com vida, planos, expectativas, e, no caso profissional, com a sensação de dever cumprido,

---

<sup>17</sup> José Saramago (1922 - 2010)

em nada se comparava ao vazio daquelas circunstâncias. Até então, hospital, para mim, podia representar medo, dor, desafio, mas, ainda não, o luto. Precisei de tempo para ressignificar tudo. Eu estava a um semestre do fim do curso de graduação, e me sentia vulnerável demais para atuar na perspectiva de “cuidadora”. Assim, fiz um desvio na rota, até aí tão retilínea. Graduada, fui para a área de recursos humanos, e a oportunidade de emprego que me apareceu foi em empresa de ônibus... Será que destino entende de preferências ou somos nós, e não o destino, quem vai demarcando os caminhos um dia a se trilhar? Filosofias à parte, permaneci na área por quase dois anos, durante os quais pude reformular minhas preferências, e trabalhar com motoristas de ônibus não se sustentou como uma delas; não por eles, dignos de todo o meu respeito, mas porque aquele não era o meu lugar: era só o meu emprego.

Iniciei, nesta época, um curso de formação em Psicologia, Psicoterapia e Psiquiatria da Infância (GEPPPI- Fortaleza) <sup>18</sup>, com Oswaldo Dante Milton di Loreto, um dos pioneiros da psiquiatria da infância *nestes Brasis*, como ele gostava de falar. Di Loreto desenvolveu uma metodologia de estudo para a compreensão da psicogênese das moléstias da mente, embasado nos preceitos da Psicanálise (Freud, Melanie Klein, Winnicott e muitos outros) e a usava conosco, convidando-nos a pensar exaustivamente sobre um caso clínico concreto, dividindo-o por etapas, a fim de respondermos às questões demandantes de cada fase. Estes estudos acirraram minhas intenções de retorno à clínica psicológica, mas ainda não cogitava em fazê-lo na área hospitalar. Enveredei pela clínica particular, no atendimento infantojuvenil, intercalando essa atividade com outros empregos, primeiro na área organizacional, como já comentado, depois na escolar.

---

<sup>18</sup> Formação de que participo até os dias de hoje, com orientação de Luciana Gentilezza (SP)

## 6 SEGUNDA PARTE

### 6.1 Com o diploma na mão, procurando antigos caminhos

Parece que o que tem de ser tem muita força, mesmo. Três anos depois da graduação, recebi convite para participar de uma seleção para psicóloga substituta de uma das profissionais do Ambulatório de Pediatria do HUWC, que entraria de licença gestante. “Vou; não vou; fui”! Consegui a vaga e retornei aquele espaço, já na categoria de profissional diplomada. Não demorou nada para eu me sentir em casa, nem nada para saber do meu lugar de pertença. Desta contratação provisória, acabei sendo efetivada e permaneci na Pediatria por dez anos, atendendo crianças de zero a 14 anos, provenientes de encaminhamentos externos e ou espontâneos e de encaminhamentos dos outros profissionais da equipe do Ambulatório de Pediatria. Minha antiga supervisora de estágio havia se aposentado e a psicóloga responsável pelo serviço, com a minha chegada, dedicou-se a montar o atendimento psicológico na Enfermaria Pediátrica, após ter ela mesma, anos antes, inaugurado a Psicologia naquela instituição.

O atendimento psicológico, no Ambulatório, por esta época, já havia se consagrado como lugar de encaminhamentos com demandas psicológicas provenientes da comunidade do entorno, ou de bairros mais distantes da cidade de Fortaleza, e até de outros municípios.

No que diz respeito ao nosso público, em 1996, finalizei uma pesquisa<sup>19</sup> sobre o perfil da clientela que buscava atendimento psicológico, lá, no ambulatório de Pediatria, do HUWC. Tencionava conhecer as características da população atendida e da efetividade de nossa capacidade de assistência. Era uma análise retrospectiva dos casos atendidos em triagem nos anos de 1993 a 1995. A amostra foi composta por 155 crianças de zero a 14 anos, tomadas aleatoriamente, correspondendo a 30% do número total de inscritos.

O ritmo de trabalho sempre intensivo do serviço proporcionava uma falsa ideia de efetividade, desmistificada com os resultados obtidos. Os dados revelavam que 55,4% do total amostral não teve seus atendimentos iniciados após triagem<sup>20</sup>. Tal circunstância se equivalia

---

<sup>19</sup> Resultado do curso de Especialização em Psicologia Hospitalar.

<sup>20</sup> A distribuição dessa parcela ficou assim: encaminhados para outros serviços (11,6%); não respondentes à convocação (5,8%); em lista de espera por acompanhamento psicológico sem disponibilidade de comparecimento às consultas de orientação (31,5); evadidos sem comparecimento aos retornos complementares (51,1%).

ao que Ancona-Lopez (1995) encontrara, em levantamento realizado em 1981, na caracterização das clínicas-escola da cidade de São Paulo, onde 54,1% era o percentual de abandono sem conhecimento das causas de desistências. Desde essa exposição sobre as insuficiências institucionais, a autora traz à discussão a discrepância entre as demandas da clientela e as propostas dos serviços de atendimento psicológico público, realidade e temática que em muito se assemelhavam à realidade nossa do ambulatório. Estas reflexões suscitaram grande inquietação em mim. Ao mesmo tempo em que eu entendia ser urgente um modelo mais próximo à realidade da população, eu me perguntava como arregimentar e implementar mudanças ante o acúmulo nas funções de assistência e ensino em uma carga horária de meio período, sendo eu a única profissional efetiva daquele setor.

Comecei por ampliar o número de estagiários e extensionistas sob minha supervisão. A um só tempo, tentava aumentar as ofertas por atendimentos em outros horários da semana, bem como sedimentar um lugar de estudo e discussões na clínica da infância. Do ponto de vista dos atendimentos, já há muito que as ideias de Winnicott sobre a clínica ampliada me acenavam, pondo em questão o modelo clássico de atendimento clínico em Psicologia. A perspectiva da Clínica Ampliada é proporcionar para a criança/adolescente em sofrimento psíquico, no âmbito público, a restauração de um ambiente facilitador ao seu desenvolvimento emocional. Nesse sentido, novas experiências devem oferecer a possibilidade de ressignificação das maneiras de se vincular e se relacionar com o mundo em um novo padrão afetivo e de comunicação (TARALLI E THOMÉ, 2005).

Os conceitos e método de trabalho de Winnicott tiveram, assim, um papel preponderante no meu processo de mudança. Sua concepção de que outros cuidados deveriam ser ofertados para quando a Psicanálise clássica não se aplicasse, forneceu-me base teórica para ousar. Comecei a pensar o atendimento psicológico oferecido dentro desta perspectiva, por se tratar, prioritariamente, de um público proveniente de famílias de baixa renda, ou vindas de cidades pequenas do Ceará, onde a permanência nos projetos muitas vezes se tornava inviável. Para muitos daqueles pacientes, a saída era elencar recursos e equipamentos públicos existentes no entorno de suas moradias, fossem de caráter psicológico ou social passíveis de cumprir uma função terapêutica e significativa à demanda e necessidade psíquica daquela criança. Para isso, fazíamos contatos, fossem por cartas ou telefonemas, em nome da Instituição HUWC, com secretarias municipais (de Saúde, Educação, Assistência social), escolas, centros comunitários, entidades filantrópicas ou mesmo pessoas com potencial de

agregar suporte de algum tipo à criança e suas necessidades. Na sequência, registros de uma clínica ampliada:

## **6.2 Melodia por pouco à deriva...**

Encaminhado da consulta médica, chegou ao Setor de Psicologia, *Edmilson* um garoto de 11 anos, vindo do interior, distante 370 km de Fortaleza. É um menino grande para a idade, de olhos atentos e comportamento inquieto. Sua mãe havia contado na entrevista de anamnese que ele já estava na terceira escola, com ameaças de expulsão daquela atual pelo comportamento agressivo em sala de aula. Foi diagnosticado com epilepsia aos seis anos de idade, e exibia crises convulsivas com relativa frequência, motivo de seu acompanhamento na Neurologia do Hospital. Estava há dois anos atrasado na escola, e na cidade onde morava era chamado de doido, o que ainda provocava mais seus rompantes de fúria.

Edmilson estava indo à Psicologia mensalmente, e não era um candidato viável à psicoterapia, em nosso setor, visto não ser de Fortaleza. Em suas consultas, o primeiro momento da sessão era dedicado a uma conversa com ele e a mãe, onde se procurava compreender a dinâmica da relação, bem como as demandas manifestas ou não contida em suas falas, mediante aquilo que contavam do cotidiano e das queixas em questão. Em seguida, a mãe era convidada a sair da sala e a terapeuta podia ter um tempo mais a sós, para avaliar a criança por ela mesma, em suas competências e dificuldades

Edmilson, então, dava mostras de boa inteligência, curiosidade, capacidade de respeitar regras e considerar o terapeuta em sua parceria e autoridade. Todas estas coisas eram devolvidas à dupla (mãe e filho) como indicativos de competências (pouco valorizadas no contexto familiar e escolar) saudáveis e promissoras de Edmilson.

Um dia, quando, neste momento de atendimento individualizado, Edmilson encontrou na sala uma flauta de brinquedo e, para total surpresa da terapeuta, ele começou a tocá-la lindamente: havia aprendido sozinho, e contou do seu desejo de participar da banda de sua cidade, embora estivesse ainda fora de faixa.

Naquele dia, a terapeuta fez uma carta para o regente da banda, contando da habilidade de Edmilson e da função inclusiva, continente e terapêutica que a banda assumiria para ele em seu processo de socialização. Edmilson precisava de um pertencimento que lhe permitisse expressar o melhor de si. Depois desse dia, Edmilson desapareceu do Serviço. Sete anos depois, apareceu um rapaz procurando pela psicóloga do Ambulatório. Era ele e estava na cidade para participar de um festival de música instrumental como regente da banda de sua cidade. Estava com 18 anos, parecia centrado, satisfeito consigo e aceito socialmente. As

crises convulsivas estavam mais esparsas, embora ainda fizesse uso de medicação e de acompanhamento neurológico. Contou por si próprio de sua trajetória depois daquela melodia que tocara no atendimento: Chegara no sertão e, no mesmo dia, fora com a carta na mão procurar o regente da banda, que depois de lê-la, quis vê-lo tocar. Tocara então a mesma música e mais outras que sabia de cabeça. Não só foi admitido imediatamente à banda, como quatro anos depois assumiu ele mesmo a regência desta mesma banda. Contava feliz que era respeitado na cidade, tinha terminado o segundo grau e fazia planos de estudar Música na Universidade.

Mota, (2018) escreveu que “[...] para se compreender uma realidade é necessário acessá-la por meio de um idioma sensível à sua tradução e transmissão”. Sim. Edmilson pôde ser o que ele tinha competência de ser, mas na contingência de que sua “melodia interior” pudesse ser escutada e interpretada sob outra regência: a regência do potencial criativo, espontâneo, belo, afetivo, integrativo. Trata-se da magia de um encontro possível e também realizável, no qual a criatividade de quem se é pode encontrar-se e reconhecer-se na realidade do que é objetivo.

No pensamento winnicottiano, uma das dimensões da vida psicológica vem a se desenvolver sob a forma de qualidades estéticas, por serem resultado da sensorialidade (capturadas por meio de gestos, imagens e sensações), mesmo depois que a linguagem tenha sido adquirida. Penso que isto pôde acontecer com Edmilson.

Voltando à narrativa desta minha trajetória, em 1993, tínhamos um grande projeto de extensão<sup>21</sup> voltado prioritariamente para o treinamento e qualificação profissional e acadêmica em Psicologia Hospitalar, onde afiliávamos estagiários e extensionistas com a atenção na perspectiva interdisciplinar. Foi a primeira proposta sistematizada do Serviço. Posteriormente, outras proposições foram desenvolvidas, como o caso do Projeto de Atenção Psicológica à Pequena Infância (PROAPI), que atendia bebês e crianças de zero a três anos, com enfoque na relação mãe-bebê, com intervenções pontuais no vínculo. Eram crianças atendidas na Puericultura<sup>22</sup>, e, quando as profissionais percebiam dificuldades na díade, ou bebês com dificuldade nas suas condutas básicas (dormir, comer, eliminar, vincular-se e ou com alergias das mais diversas, dentre outros), estes bebês com seus cuidadores eram encaminhados para atendimento com a Psicologia. No exemplo abaixo<sup>23</sup>, trago um dos primeiros casos de

---

<sup>21</sup>Capacitação em Psicologia Hospitalar

<sup>22</sup>Setor do ambulatório onde enfermeiras pediátricas acompanhavam crianças sadias em seus programas vacinal e processos de desenvolvimento.

<sup>23</sup> O artigo completo sobre este trabalho pode ser encontrado em: AGUIAR, C.C.M. e PEREIRA, C.L. Um olhar

atendimento mãe/bebês, pela nossa equipe, antes mesmo do PROAPI ser criado, tendo sido uma situação evidenciadora da importância de um trabalho sistematizado junto à díade.

### 6.3 A falta que faz um olhar que brilha...

Corriam os meados de 1999. Eu estava no Ambulatório de Pediatria, e um colega pediatra pediu-me para atender um extra, como ele dizia. Contou-me, então, que a equipe estava bastante preocupada com uma bebê de 18 dias de nascida, que não conseguia ganhar peso, apesar dos esforços da mãe e equipe em alimentá-la. Os exames clínicos realizados descartavam fatores orgânicos, sobrando investigar melhor a relação mãe-bebê. A família era de cidade pequena, de poucas condições financeiras e a equipe temia que, longe do aparato hospitalar, o quadro da criança evoluísse para uma subnutrição grave.

A mãe já estava ciente dos riscos ao desenvolvimento geral da criança, caso a situação não se resolvesse. Fui encontrá-la na área reservada à Puericultura, onde ela amamentava a filha com um ar sofrido e distante. Apresentei-me como psicóloga da equipe e perguntei se queria conversar um pouco comigo sobre o que estava acontecendo. A princípio, ela deu de ombros e disse somente que *a menina* não engordava. Notei a maneira ainda desinvestida como se referia ela à filha, mas guardei a impressão comigo. Sentei-me perto e iniciei uma conversa, mostrando interesse em saber um pouco mais delas, além da queixa médica. Perguntei sobre o nome dela, o da criança; indaguei de onde vinham; se era seu primeiro filho; como estavam as coisas até então... Aos poucos, ela foi contando de sua vida, de como se sentia só e com saudade do filho (seis anos) que deixara com o pai (seu marido). Também falou do desconforto que era escutar dos profissionais de saúde que ela deveria cuidar melhor da menina, para que ela se criasse, como se a culpa de tudo fosse dela. Contava-me sobre essas coisas, enquanto oferecia à criaturinha minguada, em seu colo, cuidados básicos: um peito mudo aqui, uma troca de fraldas ali, uma pegada na mãozinha que se vexava ante seu rosto. Eu escutava, procurando ascultar a relação das duas. Acompanhava os gestos, falava em “manhêz”<sup>24</sup> com o bebê, voltava-me à mãe, devolvia o que ia entendendo ora como assentimento, ora como pergunta. Conversava.

Aos poucos, foi ficando claro que o nascimento de uma filha lhe abrisse antigas feridas

---

que se debruça – Uma experiência na clínica com bebês no Hospital; In: LAGE e MONTEIRO (Org) **Psicologia Hospitalar: Teoria e Prática em hospital universitário**. Fortaleza, Edições UFC, 2007.

<sup>24</sup> Palavras dirigidas ao bebê com ritmo, cadência e entonação específicos e empáticos à sua atenção. (SENADO FEDERAL; COMISSÃO DE VALORIZAÇÃO DA PRIMEIRA INFÂNCIA E CULTURA DE PAZ, 2012)



e novos fantasmas: temia o abandono do marido (que como dizia ela, agora só tinha olhos para a menina, em detrimento do primogênito e dela própria) e temia a prostituição da filha, o que para ela seria a perpetuação do destino transgeracional da família: sua mãe e ela própria haviam sido prostituídas.

Disse-lhe que compreendia, tanto pelo que escutava quanto pelo que via nos cuidados que ela dirigia a bebê, que ela era uma boa cuidadora, mas estava muito assustada com todos aqueles pensamentos e que isto a impedia de ver a filha por ela mesma. Fiz mais umas poucas, cautelosas, intervenções e me propus vê-las dali a um mês por ocasião do retorno médico. No tempo oportuno, eu havia entrado de licença médica, mas encarreguei uma extensionista do serviço de fazer o atendimento. As notícias foram promissoras. Criança e mãe estavam aparentemente bem vinculadas, a bebezinha havia se desenvolvido satisfatoriamente, apresentando ganho de peso e sinais de desenvolvimento psicomotor normais. Chegara toda arrumada, com lacinhos no cabelo em sinal de investimento afetivo da mãe, que mandara para mim um recado: “diga a doutora, que nós estamos bem”. Estas lembranças, rapidamente, fazem associação com uma frase célebre de Winnicott sobre o bebê não existir por si mesmo, a não ser que no colo de sua mãe (ou seus substitutos). Com isso, Winnicott quer assinalar que um bebê é “candidato à humanidade”<sup>25</sup>, humanidade esta só realizável pela mediação de um outro significativo, que cuidará dele em total provisão às suas necessidades, onde o afeto se inscreve. Winnicott, nas palavras de Smalinsky (2017), atribui, dentre às funções maternas, a de sustentação (holding). Como sustentação, entendem-se as várias modalidades na maneira de como segurar, embalar, olhar e nomear este bebê, para que ele possa aos poucos vir a se integrar, e a se reconhecer em uma unidade de um corpo, um nome e uma história. Quando a atenção ao bebê se dá de modo mecânico e sem envolvimento amoroso, este bebê cáí em um vazio que lhe impõe um estado insuportável de sensações que excedem sua capacidade psíquica, por extrema imaturidade e dependência. Esse vazio fica sem simbolização e, com frequência, o impulsiona a atos que põem em risco a sua vida, como entendo estar em pauta naquele primeiro momento da criança aqui referida.

Mais tarde, na conversa com a equipe (pediatra e internos) sobre as questões psicológicas interferentes na vinculação positiva mãe-filha, evidenciei a importância também de uma abordagem profissional cuidadosa e sensível à evitação de iatrogenias<sup>26</sup>, e propícias à

---

<sup>25</sup> Palavras proferidas por Alessandra Xavier.

<sup>26</sup> Iatrogenia: termo do âmbito da Medicina que se refere à possibilidade de danos ou prejuízos causados pelo tratamento de saúde a um paciente (TAVARES, 2007)

continência de angústias maternas, passíveis de interferência na vinculação mãe/bebê.

Pelo desfecho que pude acompanhar, coloco toda a minha esperança de que, uma vez simbolizados os conflitos que enevoavam o olhar da mãe para a sua bebê, enfim ambas tenham podido viver a cumplicidade estrutural para um bom vínculo.

De volta ao dia a dia de trabalho, aos poucos, o serviço foi ampliando as modalidades de oferta por atendimentos pós-triagem: atenção psicológica individual, grupal, da díade mãe-criança, e de apoio aos pais e familiares responsáveis. Começamos a organizar também atividades em grupos operativos nas modalidades de grupos psicodiagnósticos, grupos de espera e grupos de vivência (estes dois últimos direcionados a pais de crianças aguardando vagas, e em atendimento, respectivamente), amparados pelas experiências já em desenvolvimento e descritas por Macedo (1986) e Ancona-Lopez (1995).

Obviamente, tínhamos muito mais inscritos do que possuíamos condição de efetivação de atendimento psicoterápico, mas acreditávamos que era importante deixar uma porta aberta para esse diálogo com a Psicologia e com essa outra modalidade de atenção em saúde.

Compreendíamos que tanto as consultas de triagem quanto as subseqüentes eram o marco zero por onde tudo se iniciava, e tínhamos atenção especial por esses momentos. Muitas vezes era uma boa oportunidade para desmistificar que ali não era lugar de “doido”, como diziam. Era lugar de cuidado dos sentimentos, e sentimentos faziam os comportamentos serem o que eram.

Por vezes, muitas das demandas eram contempladas satisfatoriamente, sem necessidade de acompanhamento psicoterápico para a criança/adolescente, possivelmente beneficiadas pela supressão da ansiedade, decorrentes do processo de maior compreensão das conflitivas em pauta, fosse pelas intervenções na díade e tríade (mãe-bebê, mãe-criança, pais-criança) ou por efeitos terapêuticos advindos do processo de escuta psicológica e da atenção familiar.

Infelizmente, muitas vezes, também não conseguíamos ser efetivos em tempo hábil, antes que pacientes e familiares se evadissem. Refiro-me a uma população de poucos recursos financeiros. A algumas dessas pessoas faltava o básico para uma vida de direitos e de projetos, porque a luta valia a cada dia. O desejo, próprio do humano, parecia um artigo daqueles que vendedores de lojas costumam dizer: “Tem, mas tá faltando”. Além do mais, muitos chegavam encaminhados por escolas, especialistas e instituições, sem que ao menos entendessem do que se tratava a intervenção psicológica. Sem informação, chegavam às escuras, procurando por uma solução rápida e prática: e isso não podíamos oferecer... Não

havia mágica: havia escuta. *Ausculta*, como costumávamos dizer, e isso de auscultar os ditos e os não ditos, construindo sentidos, costuma vir passo a passo.

Fomos assim caminhando, celebrando pequenas vitórias conferidas fossem pelas melhoras sintomáticas das crianças/adolescentes, fossem por uma adesão maior dos pacientes ao acompanhamento psicológico, fossem pelos aprendizados partilhados entre a equipe, tendo muitos dos que por lá passaram continuado carreira na área da saúde, inclusive em outros países.

Enquanto isso, em todo esse tempo de contratação, minha vinculação de trabalho era de terceirizada<sup>27</sup>. Daí, que em 2002, foi aberto concurso para psicólogo hospitalar do HUWC-UFC e eu coloquei todas as dificuldades possíveis para não fazê-lo. Estava já há tanto tempo no campo de trabalho, que me sentia em desvantagem para com quem estava com tudo fresquinho na cabeça, recém-saído dos bancos universitários. Minha aventura nessa empreitada tem créditos (muitos) a se repartir com pessoas queridas próximas a mim que não desistiram de insistir e apostar na possibilidade de minha aprovação. Assim arrisquei e consegui ser aprovada. Pedi demissão da SAMEAC e fui admitida pela UFC. Embora naquela época não significasse nenhuma mudança nas atividades desempenhadas, anos mais tarde, quando da extinção da SAMEAC<sup>28</sup>, meu novo vínculo de trabalho possibilitou-me continuar com os trabalhos desenvolvidos.

Como disse, aparentemente, parecia que nada havia mudado: eu continuava no Ambulatório de Pediatria, supervisionando uma equipe de 12 treinandos (estagiários e extensionistas), com uma grande lista de espera e muitos planos na cabeça. A vida, porém, é sempre nova à revelia das rotinas... Em 2004, fui indicada para assumir a chefia geral do Serviço de Psicologia Hospitalar do HUWC, e aí, com o passar do tempo, ficou inviável conciliar “amistosamente” as duas funções. Naquele ano, dois outros fatos repercutiram sobre as decisões a serem tomadas. Um dizia respeito a mudanças de demandas por atendimento, anunciadas pela direção do Hospital. A outra concernia à contratação de mais três psicólogos por concurso público para o Hospital. Em relação ao primeiro fato, por essa época, o SUS, já mais bem consolidado em seus preceitos, solicitou das instituições de saúde uma adequação

---

<sup>27</sup> Sociedade de Assistência Maternidade-Escola Assis Chateaubriand - SAMEAC

<sup>28</sup> SAMEAC – era uma sociedade civil, logo, privada, de caráter não lucrativo, que tem por objetivo, além de outros, dar total assistência à Maternidade-Escola “Assis Chateaubriand” (MEAC) e cooperar na sua manutenção e funcionamento, bem como do Hospital Universitário Walter Cantídio (HUWC) da Universidade Federal do Ceará e do Hemocentro do Ceará (HEMOCE), sendo, portanto, responsável, como instituição, pela administração do HUWC e da MEAC.

dos serviços assistenciais prestados à população, em obediência às características de abrangência dos setores primário, secundário e terciário. Pelo fato de o HUWC constituir uma instituição de assistência de alta complexidade, todos os serviços (incluindo o Setor de Psicologia da Pediatria) teriam de redimensionar sua demanda para atendimentos de pacientes em tratamento no hospital (ligados a alguma patologia orgânica), pondo fim à demanda livre e espontânea. Na prática, isto significava priorizar o acompanhamento de crianças e adolescentes com problemas orgânicos, assistidos pelas especialidades médicas do HC, mas também correspondia ao fim do PROAPI, em virtude de sua população-alvo ser bebês e crianças saudáveis atendidas na Puericultura, em perfil de atendimento primário.

Apesar de entender a coerência da mudança (funcionávamos como uma clínica-escola, sem o ser) e de saber que não nos cabia dar conta de toda uma demanda por assistência psicológica – responsabilidade das políticas públicas do Município e Estado - entendíamos que a partir de então a oferta por serviços psicológicos seria ainda menor para quem não podia pagar, e isso angustiava mais do que repercutia em alívio pela diminuição e homogeneização da demanda. Levamos ainda quase seis meses para finalizar os atendimentos, referir clínicas-escola e comunicar os pacientes, familiares e equipe de profissionais acerca do novo fluxograma assistencial. Mesmo assim, muitos pacientes não foram contactados por mudanças de endereço e as instituições continuaram mandando candidatos para atendimento... Fato consumado (e luto ainda por se fazer), assumo a coordenação geral e um dos psicólogos recém-empossado é determinado para assumir meu lugar na Pediatria com a função de articular o novo formato do setor.

#### **6.4 Trazendo o espaço onde a “form’ação” se dava**

A Psicologia tinha uma sala com material lúdico que consistia em jogos de tabuleiro organizados em armário de portas corrediças, outros expostos, como a casinha de bonecos e um teatrinho de fantoche, material gráfico, uma lousa e fantoches, onde se destacava um de luva (Virgulino) em formato de gato a quem eu dava voz, fazendo-o participar de muitas sessões. Havia também colchonetes impermeabilizados espalhados pelo chão, uma mesinha com quatro cadeiras, dois birôs e uma pia.

A semana se iniciava com casos de primeira vez, nas segundas feiras. O número de vagas para primeira consulta dependia de variáveis, como o tamanho da equipe (psicóloga, extensionistas e estagiários) e salas disponíveis. Uma vez estabelecida a quantidade de vagas, informávamos ao setor de marcação de consultas e se abriam as inscrições correspondentes

para triagem<sup>29</sup>. Em geral, duas de nós atendíamos numa mesma sala, dispostas cada qual em lados opostos, em razão da dificuldade de dispor de mais espaço físico. As outras, equipadas com uma maleta organizada com brinquedos básicos<sup>30</sup> e material gráfico, ocupavam salas volantes, não utilizadas naqueles horários. A segunda parte da manhã era reservada para os retornos complementares. Alguns poucos casos eram agendados para a tarde, geralmente para serem atendidos pelos graduados (extensionistas). Dados da pesquisa que realizamos em 1996 informam que 61% do total de 44,5% dos casos que receberam algum tipo de atendimento foram referentes às consultas de orientação e atendimento à díade, acontecidas nestes retornos mensais.

Uma vez que a triagem tivesse sido realizada, pais<sup>31</sup> e criança/adolescente permaneciam comparecendo mensalmente à Psicologia, por uma média de cinco a seis retornos, marcados ao fim de cada encontro. Nestas ocasiões, pais e filho eram atendidos juntos, no primeiro momento da consulta, e só depois a criança/adolescente permanecia a sós com a psicóloga. Quando juntos, na primeira ida da criança/adolescente, acolhíamos a díade e procurávamos traduzir para o paciente o motivo da procura pela Psicologia, tentando colocar a demanda em função da atenção às necessidades dele, para benefício primeiro a ele, e não para serem “denunciados”, com o papel de filho-problema. Assim, por exemplo, se a queixa era medo excessivo, dificuldade de ficar sozinho em qualquer lugar, dependência absoluta da mãe, tentávamos falar sobre o quanto o medo faz a pessoa se sentir prisioneira, insegura, aflita; que nem todo medo era sinal de covardia, às vezes o medo dava pistas de uma necessidade que não estava sendo vista e daí falávamos que poderíamos ajudar e etc... Acontecia de estes retornos, quando se efetivavam, serem ocasiões muito ricas para o fortalecimento do vínculo familiar e deste com o setor, pelo contínuo *feedback*, ao mesmo tempo em que a compreensão psicodinâmica das queixas na relação familiar iam dando possibilidades de intervenções psicológicas contingentes, ou a encaminhamentos outros que se fizessem necessários a um diagnóstico diferencial. Além disso, favoreciam a criação de uma cultura esclarecedora sobre saúde mental e do lugar da Psicologia no cuidado a esta. Em linguagem winnicottiana, estes atendimentos estariam nos moldes do que o autor chamava de consultas terapêuticas. As

---

<sup>29</sup> Entendíamos por triagem, a entrevista inicial, onde eram feitas as escutas das queixas, de dados pontuais da dinâmica familiar e da história da criança/adolescente, com os pais/responsáveis agendados, segundo procura espontânea.

<sup>30</sup> Família de bonecos, animais, dois jogos de tabuleiros e carrinhos

<sup>31</sup> Entenda-se: o responsável.

consultas terapêuticas, originalmente introduzidas por Winnicott (1971, 1988a) e desenvolvidas por Lebovici (1986), permitiam a observação da dinâmica de interação mãe-bebê, ou pais bebê, de forma modo a também possibilitarem uma experiência emocional produzida no aqui e agora da sessão com potencial para permitir que a criança experimentasse elevado grau de confiança de que a mãe não deixaria de estar ali quando subitamente necessária (WINNICOTT, 1971, 1975a). Nesta abordagem, Winnicott trabalhava com o foco nas angústias da criança, embora com especial atenção para o relacionamento do paciente com seus pais, de modo que este pudesse se desenvolver como parte do processo terapêutico total. (CLAIRE WINNICOTT, 1987 [1977], P. 10)

Ancona-Lopez (1995) refere condições necessárias aos pais, para que as intervenções psicológicas pudessem favorecer mudanças. Segundo ela, motivação, capacidades cognitivas, emocionais, práticas e financeiras<sup>32</sup> dos responsáveis são questões inegáveis de interferência no resultado do processo. Digo que sim: são de fato inegáveis, mas penso que precisamos olhar por vários prismas para que não fiquemos por demais apaziguados e justificados com a baixa efetividade de nossos serviços. É preciso que nos indaguemos sobre o que nos cabe fazer.

Winnicott enfatizava que o maior objetivo de qualquer alteração no processo terapêutico deveria ser em prol do fornecimento de uma sustentação emocional que permitisse a retomada da continuidade de ser da pessoa em tratamento. Nas palavras de Winnicott, “[...] a teoria por trás disso é que a provisão ambiental adequada facilita o processo interno de maturação” (1990b [1963g], p. 176). Assim seguíamos. Íamos no rastro de outros e procurávamos adequar as mudanças dentro do que nos era possível. Nem tão ousados como os que fizeram as reformas no atendimento das clínicas-escola de São Paulo, mas comprometidos. E esperançosos!

As manhãs de terças, quintas e sextas-feiras eram dedicadas, principalmente, aos grupos psicoterápicos, com encaixes simultâneos para os grupos de vivência de pais ou algum outro atendimento que se fizesse urgente. Nas quartas feiras, a equipe se reunia para discussão de casos, supervisão de atendimentos e planejamento de atividades.

Em relação a todos os outros pacientes em espera por um acompanhamento sistemático em caráter psicoterápico (já atendidos na primeira consulta de anamnese), ficava a

---

<sup>32</sup> O atendimento psicológico era gratuito, mas existiam gastos com condução, merendas, e muitos perdiam um dia de trabalho.

possibilidade ou de inclusão nos grupos psicoterápicos ou em atendimentos individuais ao longo da semana, conforme as vagas fossem surgindo, ou de encaminhamentos para outros serviços.

## **6.5 Nosso jeito de fazer os grupos**

Dentro da perspectiva de algumas mudanças, implementamos alguns modelos de grupos operativos, ao exemplo de Macedo (1986) dando nossa própria versão. A seguir, faço uma descrição de cada uma dessas atividades grupais, procurando exemplificar com casos atendidos.

### *6.5.1 Os Grupos de Espera (GE)*

Eram grupos de curta duração formados por pais que permaneciam aguardando vaga para atendimento psicoterápico para os filhos já inscritos e triados<sup>33</sup>. Tinham por objetivo trabalhar suas expectativas, o vínculo com a Instituição e sua participação ativa do processo de atendimento das crianças/adolescentes. Aconteciam em geral semestralmente, em cinco sessões, na frequência de uma vez por semana, com duração de uma hora e meia a duas horas. Já por ocasião da triagem, era perguntado do interesse e da disponibilidade de participação em caso de formação do grupo, e, quando programado, entrávamos em contato para ver da viabilidade de participação. O grupo seria fechado para a entrada de mais membros após seu início e comportava em torno de dez a 12 pais (raramente comparecia o casal). A primeira sessão era dedicada ao que eu chamava de entrevista situacional. Consistia em uma atualização das demandas dos pais (na maioria representados somente pelas mães) feita em grupo. Imediatamente após a fala de cada um, os outros pais podiam perguntar algo que não tivessem compreendido para quem estivesse se apresentando. A psicóloga, em seguida, resumia o que havia compreendido da demanda, conferindo se a compreensão coincidia com o que eles quiseram comunicar. Fazia isto como a maneira de já devolver elementos de subjetivação. A segunda sessão pretendia possibilitar *feedbacks* sobre o imaginário de cada um, com as projeções, preconceitos e fantasias que são inevitavelmente feitos, relacionando este imaginário com a realidade. Para isso, usávamos uma dinâmica onde o grupo deveria tentar identificar a imagem que fizeram das outras crianças com as fotos dessas levadas e

---

<sup>33</sup> Aqui, no sentido de já se ter colhido a anamnese da criança, com dados dela, da dinâmica familiar e da demanda para atendimento.

entregues, em segredo, para a psicóloga. Os terceiros encontros eram dedicados à partilha de situações do cotidiano na relação com o filho, e a psicóloga ia facilitando a troca de experiências e, algumas vezes, pontuando questões importantes à compreensão da fase de desenvolvimento e da provisão ambiental adequada (ou possível). Nas quartas sessões, conversávamos sobre os pontos fortes dessas crianças/adolescentes e do que eles percebiam de saudável no filho. Era o momento de pensar fora do quadro sindrômico, conectando-o às potencialidades das crianças/adolescentes. Ancona – Lopez (1995) refere-se a procedimento semelhante, como “[...] atividade de análise dos vários significados atribuídos pelos pais ao comportamento de seus filhos”. (P. 95). O quinto e último encontro era destinado às devolutivas: tanto os participantes se pronunciavam dizendo do que lhes fora significativo para a compreensão do filho na experiência, quanto a psicóloga contribuía com o *feedback* em relação à participação deles no grupo. A ideia era empoderá-los em seus saberes e vínculos, abrindo possibilidades para ressignificações, com efeitos nas maneiras de interação familiar. Por se tratar de um grupo de pequena duração e não de tratamento se evitavam as interpretações. Quando estritamente necessário, alguns encaminhamentos eram dados dentro da necessidade da criança/adolescente, fosse de outras especialidades ou serviços. Um tempo também era destinado para se falar do tratamento propriamente dito: o enquadramento, horário de funcionamento, sigilo, critérios de interrupção do tratamento pelo serviço. Completado o processo do grupo, os pais ficavam no aguardo de vagas para atendimento das crianças/adolescentes.

Na sequência, procedo a um relato que se inicia na entrevista de triagem, passa pelo grupo de espera para pais e prossegue em vários tempos e modalidades de atendimentos até a alta clínica, ilustrando como um processo grupal pode ser dinamizador de *insights* com implicações positivas para toda a dinâmica familiar envolvida.

#### 6.5.1.1 Dupla assustada por fantasmas...

Expedito era um garoto de 11 anos, quando sua mãe buscou ajuda psicológica para ele. Em anamnese, a mãe dizia dele ser um menino bom, mas sem muito entendimento para fazer as coisas sozinho. Não sabia fazer um mandado na bodega, era esquecido, precisava ser vestido e não sabia se limpar depois de fazer as necessidades. Tudo era feito por ela e ela se perguntava se ele não teria algum *problema de cabeça*. Ele acompanhava a escola com muito esforço e passava se arrastando. Já tinha perdido o ano uma vez. Os pais estavam separados, mas o pai continuava visitando-o e dando-lhe assistência. A mãe contou que não puderam ter



filhos biológicos. Um dia colocaram um bebê em sua porta, e, na semana seguinte, outro. Viram-se de repente com duas crianças para cuidarem. Infelizmente, uma delas morreu logo nos primeiros dias, e ela, mãe, ficou muito sofrida pensando não ter sabido cuidar direito. No nosso setor, estávamos por aquela época montando um grupo de espera para pais e lhe fiz a proposta para que participasse, ao que ela aceitou. Na primeira reunião, repetiu o relato das “incapacidades” do filho, dando detalhes de coisas básicas de que ele não sabia fazer por si. Na sessão seguinte, ela levou uma foto de um garoto grande, risonho, segurando um gato e um cachorro embaixo de cada braço. Era uma foto bonita, e Expedito parecia de fato muito bem e autoconfiante. Na hora dos palpites, sobre quem era filho de quem, ninguém foi capaz de imaginar que aquela era a criança descrita pela mãe dele. Uma participante disse que esperava ver um menino deficiente, e uma outra, que ficou com a impressão que o filho dela não conseguia sustentar nem a cabeça. Lembro-me do momento exato em que ela se indagou em voz alta se seria por acaso ela quem via o filho daquele jeito. Acredito que aconteceu naquele momento o grande *insight* que possibilitou que esse garoto pudesse se desidentificar em relação ao recém-nascido que a mãe ainda tentava salvar sendo uma mãe 101%. Expedito foi atendido, primeiro individualmente e depois em grupo. Respondeu com bons recursos egóicos e foi cada vez mais assumindo um lugar de reconhecimento entre os outros participantes. Gostava de jogos de tabuleiro, compreendia bem as regras e era capaz de bom desempenho. Fora dali, já conseguia ir sozinho para o atendimento, pegando duas conduções de ida e duas de volta.. Seu pai, sob protestos da mãe, levou-o a primeira vez, e depois de novo. Daí por diante ele já ia por conta própria, mostrando muita satisfação em fazê-lo. Também começou a ajudar o pai em um pequeno negócio de fabricação de calçados pelo qual recebia dinheiro que empregava comprando coisas necessárias para si e/ou para a mãe. Ao fim de nove meses desde o início de seu acompanhamento individual (tempo de uma gestação), Expedito estava em condições de receber alta, coincidindo com o término do grupo. Ambos os pais foram levando Expedito para a entrevista marcada para eles. O pai começou a falar dos progressos do Expedito para mim, e eu pedi que o fizesse dizendo para o próprio filho. E ele o fez entre lágrimas, dizendo *que um dia chegou a pensar que nunca o veria se transformar em um homem, mas que estava muito feliz em estar errado*. Na vez da mãe falar, disse ela, *que sempre o viu como um menino que talvez não se criasse, mas que ele tinha provado pra eles que já estava crescendo e era sadio*. Expedito exultava! Beijava um, beijava o outro e falava com evidente autoestima das coisas que conseguia fazer e de como no grupo tinha um lugar de aceitação e destaque. Depois do encerramento, não tive mais notícias de

Expedito, mas quero crer que ali nascera finalmente um filho real e pais mais adaptados às necessidades psicoafetivas desse filho.

### 6.5.2 Grupos de vivência para pais

Também de pequena duração (três encontros), tinham o propósito de sensibilizar os pais para o que vinha a ser um processo psicoterápico: um espaço de expressão e elaboração de conflitos psicológicos, levando-se em consideração a importância e a função do brincar como linguagem simbólica das vivências emocionais das crianças/adolescentes. Temas como sigilo, frequência e pontualidade também eram abordados. Em geral, costumavam acontecer no mesmo horário dos atendimentos psicoterápicos dos filhos, em outra sala, quando estes já estavam bem vinculados ao grupo. Isto facilitava que um revezamento da equipe (psicóloga e extensionistas<sup>34</sup>) pudesse acontecer entre os dois grupos.

As sessões aconteciam aos moldes do funcionamento das sessões psicoterápicas: momento inicial de partilha das questões, desenvolvimento de uma atividade livre ou semidirigida e fechamento com discussão das demandas surgidas no grupo e de como foram contempladas.

No primeiro encontro, após as apresentações da equipe, objetivos e participantes, os pais eram convidados a pensar e a eleger uma característica das condutas do filho que mais os chocavam naquele momento. Davam exemplos, contavam episódios e diziam como se sentiam a respeito. A sessão era finalizada com todos sabendo um pouco mais sobre cada um. Na segunda vez, depois que falavam um pouco da semana e de como tinham vivenciado aquele momento anterior, os pais eram convidados a um *role play*<sup>35</sup> onde deveriam dramatizar o papel do filho por alguns minutos, e depois o próprio papel reagindo ao que havia sido dramatizado. Seguia-se uma discussão de como tinham se percebido e sentido a experiência. A terceira sessão era dedicada aos aprendizados por acaso ocorridos nas vivências deles no grupo, e em que medida esta experiência poderia melhorar a compreensão para as questões do filho bem como para o entendimento do processo de atendimento psicológico grupal.

Uma só vez, tivemos ambos os pais de uma criança participando do grupo e foi muito interessante ver como cada um tinha uma criança diferente na cabeça, sendo o mesmo filho! Enquanto pai e mãe apresentavam as “queixas” que traziam como pedido de ajuda, ambos

---

<sup>34</sup> Graduados de Psicologia em estágio no Hospital

<sup>35</sup> Técnica de interpretação de papéis, onde os participantes encenam ser outra pessoa.

pareciam concordar com a ideia de que o filho era uma criança inquieta, desafiadora e trabalhosa. Na hora do *role play*, um deles fazia o papel do filho em ação, enquanto o outro fazia o papel do cônjuge sendo pai ou mãe e depois mudavam. A discussão foi interessantíssima, pois nem participantes, nem os próprios pais em questão conseguiram ver uma mesma criança sendo interpretada. Isto nos levou a refletir sobre as projeções que fazemos com base nas fantasias e nas experiências vinculares que cada um estabelece com seu filho, e como a atitude que se assume a partir disso retroalimenta condutas saudáveis ou inadequadas ao bom desenvolvimento psico-afetivo da criança.

### 6.5.3 O Psicodiagnóstico em grupo

Acontecia quando da formação de novos grupos e objetivava possibilitar maior compreensão das queixas e das necessidades das crianças/adolescentes em termos de modalidade de atendimento (individual ou em grupo) e/ou outros serviços de apoio. Os participantes eram escolhidos dentre as fichas de triagem, mediante critérios como faixa etária, tipo de queixa e gênero, para fins de um enquadramento mais homogêneo. Os pais eram contactados (por telefones ou cartas) e chamados para comparecerem em dia e hora marcados, para efeitos de início do processo de avaliação psicológica de seu filho. Em geral, chamávamos o dobro do número de vagas, para garantir um grupo de no mínimo cinco e no máximo oito participantes. Informávamos que o não comparecimento sem justificativa seria considerado desistência. A primeira sessão acontecia no formato da entrevista situacional relatada no grupo de espera. Precisávamos saber se as demandas permaneciam as mesmas, se ainda havia interesse, se seria factível o comparecimento da criança/adolescente em dias e horários aprazados etc. As segundas e terceiras sessões eram realizadas com os garotos. A metodologia era começar pela apresentação da proposta e da equipe (visto que a maioria era egressa das consultas de retorno e já tinham familiaridade com a ida à Psicologia). Depois era pedido que eles se apresentassem, geralmente mediatizados por algum recurso (dinâmica, fantoche, roda de conversa) apropriado à faixa etária em pauta, ao que se seguia uma atividade lúdica, que poderia ser livre ou semidirigida, para que se explicitassem subsídios importantes à compreensão diagnóstica, propiciada pela óptica de três indicadores <sup>36</sup>:

- a qualidade do brincar - se, criativo, imitativo, inibido, espontâneo, inadequado...;

---

<sup>36</sup>Indicadores usados por Di Loreto

- o brincar na relação com um outro - se o outro era considerado, se era buscado como parceiro, se era temido...; e
- a resposta aos comandos na brincadeira - se aceitava ou burlava regras no jogo, se parecia entender a explicação, se transgredia os comandos ou não respondia.

Estas referências eram bastante balizadoras do estado da mente da criança/adolescente, pois forneciam indicativos maturativos, intelectivos, emocionais e sociais, para serem integrados em uma compreensão dinâmica dos sintomas.

Obviamente, dois encontros permitiam só uma breve ideia geral dos participantes em situação de grupo, mas tínhamos muito cuidado em não prolongar por demais a avaliação, para que os participantes não entrassem em processo psicoterápico antes do tempo, e mais cuidado ainda em conduzir os resultados para que não se sentissem preteridos, caso não fossem chamados logo para atendimento (daí esclarecer que a avaliação deveria levar em consideração o que seria mais satisfatório para cada um). Terminado este ciclo, eram marcadas entrevistas devolutivas com os pais, quando dúvidas pudessem ser esclarecidas (quanto a algum dado da criança/adolescente percebidos na avaliação) e *feedbacks* fornecidos sobre a compreensão psicodinâmica das queixas e planos terapêuticos sugeridos. O processo poderia terminar por aí (no caso de algum deles ter a possibilidade de buscar atendimento em outro lugar), continuar na espera pelas próximas vagas surgidas para atendimento individual ou em grupo (se o horário disponível fosse incompatível às possibilidades da família), ou serem imediatamente incluídos ao grupo em formação.

A seguir, um relato de experiência tirado destes grupos.

#### 6.5.3.1 *Quando os dispostos se atraem*

Estávamos selecionando meninos e meninas<sup>37</sup> de 11-14 anos para um grupo psicoterápico nesta faixa etária. Escolhemos os candidatos que ainda estavam comparecendo aos retornos complementares com demanda para grupo, tentando mesclar equitativamente masculino e feminino. Como de costume, chamamos por carta o correspondente ao dobro do número de vagas, acostumados com o não comparecimento de boa parte dos convocados. Daquela vez, no entanto, o grande número de pais que atenderam ao chamado surpreendeu. Na entrevista situacional, houve muitas demandas envolvendo indisciplina, rebeldia, baixo

---

<sup>37</sup> Usamos os termos “meninos e meninas” como sinônimo de “garotos”.

rendimento escolar e algumas queixas psicossomáticas.

Na segunda sessão, reunimos os 13 garotos que compareceram e procedemos com o primeiro momento de apresentação e em seguida uma atividade compartilhada (jogo detetive)<sup>38</sup> para melhor observação das características psicológicas. Esse momento vivencial, o primeiro com eles, foi muito revelador das defesas psíquicas postas em uso, naquela situação nova e desconhecida. Assim, observávamos como se distribuíam pela sala: os “dispostos” que iam se atraindo e os “opostos” que iam se distraíndo (parafrazeando Fernando Anitelli<sup>39</sup>). Prestávamos atenção na linguagem falada, gesticulada, silenciada, atuada. Pichon-Rivière concebe “Comunicação”, como linguagem em todas as vias, sejam elas verbais, gestuais, por atitudes comportamentais, afetivas e emocionais, considerando que a comunicação, em suas distintas modalidades é o principal vetor da interação grupal.

Voltando ao meu relato da experiência aos poucos mediatizadas pela espontaneidade das atividades lúdicas, os participantes foram ficando mais à vontade no grupo e explicitando eles próprios o que entediam poder se beneficiar daquele espaço. Uma avaliação preliminar não evidenciara a necessidade de contraindicar nenhum participante da proposta grupal e abrimos a possibilidade de formar dois grupos psicoterápicos distribuídos entre manhã e tarde, conforme conveniências dos participantes. Pareceu-nos oportuno, naquele momento, decidirmos, conjuntamente, sobre a distribuição nos grupos, também por critérios de motivação, interesse, empatia. E então, pedimos para que se colocassem.

Dentre os adolescentes, dois nos chamaram atenção desde o começo, em razão da maneira como se relacionavam. Não se conheciam de antes e tinham perfis bem diferentes: Um, muito introspectivo, quieto, com um histórico de sintomas psicossomáticos (tricotilomania)<sup>40</sup> indicativos de quadro depressivo e um outro muito inquieto, falante, do tipo hiperativo. No primeiro dia, sentaram-se um ao lado do outro, e essa parilha repetiu-se na sessão seguinte e na hora dos jogos. Escolheram permanecer no mesmo grupo da tarde, e faziam uma dupla bem complementar: O mais ativo estimulava o colega a participar fosse na hora das conversas, e dos jogos, sempre perguntando, comentando o que aquele dizia, e o mais quieto parecia possibilitar a contenção necessária a um certo apaziguamento do mais ativo. Para mim e a extensionista que os atendia à tarde, era confortador ver como o grupo

---

<sup>38</sup> Jogo onde os participantes assumem por sorteio e em sigilo papéis específicos (um assassino, um detetive e vítimas) que deverão ser desempenhados até que o detetive descubra o assassino entre as vítimas.

<sup>39</sup> “Os dispostos se atraem, os opostos se distraem” – Realejo; Fernando Anitelli; **Teatro Mágico**, 2003.

<sup>40</sup> Compulsão por arrancar cabelos e/ou pelos

possibilitara para ambos, formas mais positivas de se expressarem e amadurecerem. Esse era um ponto que pesava a favor do processo de pensar o grupo, levando também em consideração os fenômenos grupais intersubjetivos manifestos.

Aqui, trago à baila um aspecto observado ante a comparação do perfil da clientela adolescente atendida naqueles tempos de 20 anos atrás e agora. Vejo uma grande mudança no comportamento adolescente ao longo destas duas décadas. Em nossa realidade de serviço público, recebíamos pouquíssimos casos envolvendo drogadição, comportamentos delinquentes, suicidas, comportamentos de *bulying*, violências sexuais. Hoje, a contar pela amostra sempre referida por colegas da área, a realidade é outra. Cada vez mais cedo, meninos e meninas aderem a uma vivência de morte, ou por falta do sentido de vida, ou pela busca dele. As taxas de suicídio na adolescência cresceram absurdamente, como também aumentaram o contato com drogas psicoativas e as violências que vêm junto. Julgo essencial (como profissionais da saúde e sociedade que somos) que consideremos como demanda iminente a compreensão e a discussão deste e de outros fenômenos que vitimizam a juventude atual e questionam a efetividade do alcance de nossas ações.

#### 6.5.4 Grupos psicoterápicos<sup>41</sup>

Levantamentos sobre a origem dos grupos psicoterápicos, feitos em Rosa (2010) dão conta de que o surgimento dessa modalidade de atendimento deu-se inicialmente em instituição de saúde pública, onde grandes demandas por atendimento se formavam, a exemplo de agora. Em relação à Psicanálise, a intervenção via grupo em saúde tornou-se uma opção bastante eficaz em termos de aplicabilidade, tanto para os grupos psicoterápicos quanto para os de modalidade operativa, centrados na tarefa. Além desse inegável alargamento de possibilidades de atenção na saúde, porém, os grupos psicoterápicos de orientação psicanalítica<sup>42</sup> potencializavam (como ainda o fazem) o entendimento das relações de vínculo e o que elas trazem na transferência.

No Ambulatório de Pediatria daquele tempo, costumávamos ter cinco destes grupos acontecendo durante a semana. Duravam em torno de um ano a um ano e meio, mas as altas poderiam acontecer individualmente ou somente pela finalização do grupo quando acordado. Tínhamos quatro faixas etárias onde incluíamos as crianças com indicação grupal: 4-6; 6-8; 8-

---

<sup>41</sup> Psicoterapia de grupo, grupos psicoterápicos e grupoterapia serão aqui usados como sinônimos.

<sup>42</sup> A orientação psicanalítica caracteriza todos os grupos coordenados por mim.

10; 11-14 anos. Conforme a demanda, poderia haver grupos diferentes com a mesma faixa etária. Como já expressei, quando da criação de um grupo, os candidatos eram antes avaliados em interação com os outros (psicodiagnóstico em grupo). Se o caso fosse de reposição de participante para alguma vaga livre, procurávamos candidatos dentre os que já haviam participado das consultas terapêuticas, por nos darem mais subsídios de balizar a escolha.

O relato aqui exposto aconteceu nos anos de 1990, quando nossa demanda ainda era ou espontânea ou encaminhada por setores da comunidade, como escolas, prefeituras, centros comunitários e outras entidades. Nossa população era marcadamente formada por famílias de baixa renda, muitas delas em situação de vulnerabilidade social em relação aos muitos fatores de risco a que ficam expostas, pela total ausência de direitos básicos.

#### *6.5.4.1 Quando o brincar denuncia violências*

Catarina era a mais introspectiva de um grupo de oito crianças de oito a dez anos, atendidas no Ambulatório de Pediatria do HUWC. Havia poucos dias que seus pais tinham procurado o Serviço de Psicologia para informar que a escola os chamara para dizer que Catarina estava bastante irritada em sala de aula, desentendendo-se muito com as colegas, chorando a menor frustração e tirando notas baixas. Os pais nada informaram verbalmente à psicóloga sobre acontecimentos que pudessem justificar a mudança de comportamento, mas igualmente não pareciam bem: algo não dito estava em pauta, expresso em certa animosidade entre ambos. Perguntados sobre o que imaginavam estar acontecendo, disseram não saber, mas que tinham medo de ela ter problemas nos nervos, como algumas pessoas da família. Feito o registro, aguardou-se a próxima sessão de grupo que seria dali a três dias.

Como de costume, no horário e dia marcados, as crianças foram chegando daquele jeito, entre o barulho e a pressa por entrarem logo na sala. Era um grupo psicoterápico semanal, misto, que já vinha em interação por cerca de três meses. Na metodologia que utilizávamos com os grupos, era usual a incorporação de um fantoche de luva (Virgulino) a quem se dava voz “ativa” para que falasse a partir de um espaço potencial que se criara entre os participantes. Suas intervenções facilitavam uma linguagem de acesso ainda mais direta aos sentimentos e representações das crianças, porque permitiam que sobre ele convergissem o não falável, nem por nós, nem por eles. Virgulino instigava, implicava, às vezes era um igual a eles, às vezes colocava os significados que não nos era permitido apontar, ao mesmo tempo em que possibilitava um “aquecimento emocional” diluidor das resistências presentes em certos momentos da sessão. Sua postura ativa criava um ambiente menos persecutório,

diluindo em muito a tensão gerada pelas transferências.

Para aquela sessão, havíamos pensado em usar o Virgulino como nosso interlocutor para o tema de *como afetamos e somos afetados pelo meio ao qual fazemos parte*. Com isso, esperávamos uma aproximação com as questões que Catarina pudesse estar vivenciando. Na hora da partilha inicial, onde cada um tinha a oportunidade de contar sobre a semana e os acontecimentos em pauta, Virgulino estava implicante, irritado, reclamador. Uma das crianças disse que parecia que ele estava raivoso. A psicóloga aproveitou a deixa para dizer que “às vezes o jeito de como a gente faz as coisas, tem a ver com o jeito de a gente tá sentindo as coisas”. Posto isto, as crianças foram incentivadas a falar sobre as circunstâncias em que elas percebiam isto acontecendo. Após alguns instantes, Virgulino confessa *que estava mesmo triste, porque no fim de semana seu pai havia saído de casa sem dizer se voltava*. Coloquei essas palavras na boca do fantoche sem nenhuma premeditação. Era como se algo na dinâmica intersubjetiva do grupo levantasse essa questão. O assunto suscitou um verdadeiro debate entre as crianças. Cada uma deu a opinião e trouxe à tona recortes da vivência em família. Apesar de conhecer, por anamnese, um pouco da realidade desses meninos, constatar que seis, das oito crianças, tinham história de separação e/ou alienação parental, alguns com relatos de violência familiar, foi algo que me chamou atenção. Catarina era uma das duas crianças cujos pais ainda conviviam maritalmente. Para que cada uma fosse se apropriando do que sentiam em relação a estas questões, sugeri que fizessem desenhos de como se sentiam em relação aos relatos. Catarina permaneceu um tempo considerável com a folha de papel sem nada desenhar, até que a devolveu para a terapeuta, dizendo não querer fazê-lo. Seu semblante era de abatimento, e a psicóloga comentou com ela que parecia não ser o Virgulino o único a estar triste. Enquanto isto, as crianças iam terminando e já emendando atividade lúdicas mais livres, procurando cada qual explorar seu brinquedo ou brincadeira escolhida para o dia. Algumas se fizeram acompanhar, mas Catarina ficou sozinha arrumando a casinha de bonecas. Colocou um bebê pequeno debaixo de uma cama e pegou dois bonecos maiores, fazendo-os lutar um com o outro. A psicóloga, perto o bastante dali, começou a narrar baixinho o que compreendia da cena: “Puxa, esse bebê escondido debaixo da cama, deve tá muito assustado com essas duas pessoas brigando...” Catarina, então, olha nos olhos da terapeuta e, sem dizer palavra, carrega mais na briga, afundando mais o bebê pra dentro do buraco debaixo da cama, como se assentisse com o que fora dito. Nesse ínterim, a situação chamou atenção das outras crianças que vieram descobrir o que era “aquele teatro” (como comentou uma delas). Aproximaram-se, e foram desvelando o que acreditavam ver. A maioria



identificara uma história de violência familiar envolvendo o casal parental e relatavam o que eles próprios faziam em circunstâncias semelhantes: Ruan diz logo: “Eita que o homem tá dando uma chibatada na mãe! Quando a confusão começa lá em casa, eu fujo é pro meio da rua”! Adailton atalha: “eu flecho é pra cima daquele desgraçado, pra ele parar de bater na mãe”. Humberto também conta quase como quem segreda: “ quando a mãe vem da bodega cheia de cachaça, ela bate em quem aparecer primeiro com qualquer coisa que tiver na mão”. Anita quer saber: “ Quem é o neném”? Catarina parece ter aberto as portas dos não ditos... nada fala, mas tudo está posto. Parece aliviada, e quem sabe até contente. Larga os bonecos grandes, tira o bebê debaixo da cama coloca-o junto aos outros e fecha a cortina da janela (da casinha) como quem fecha um ato. Levanta-se e vai com duas outras garotas brincar de jogo de memória. Dali a pouco, procura o olhar da psicóloga e fica nele por um instante de quietude sem, contudo, parar com o jogo. No final do grupo, a psicóloga retoma com os desenhos o assunto daquilo que foi compartilhado: “Coisas ruins acontecem e trazem sofrimento. Às vezes não sabemos nem falar sobre isso, outras vezes não conseguimos entender porque que essas coisas acontecem e o que sentimos em relação a esses acontecimentos. Resulta disso um enorme esforço para fazer caber dentro da gente, tantos e tão diferentes sentimentos, mas parece que hoje vocês encontraram um jeito de compartilhar daquilo que dói, assusta, dá culpa e dá raiva e quem sabe isso ajude a aliviar a tristeza”. Virgulino (ainda cumprindo com a sua missão de catalisar sentimentos e ideias) diz que, apesar de ainda triste e preocupado, sentia seu coração menos engasgado. Olha para os meninos e diz que todo mundo o ajudou e que ele ficou muito admirado deles serem tão corajosos. Catarina esboça um meio sorriso, como quem desperta, como quem desperta...

Em início de carreira, ao receber os pais de Catarina, apenas era intuitivo algo que hoje sabemos: “As queixas que os pais fazem em nome dos filhos, são apenas uma extensão das suas próprias, pois onde há uma criança com distúrbios psíquicos, há geralmente um drama familiar subjacente”. (LORETO, 2004, p. 68).

A criança se constitui como alguém único e social, inserida em um coletivo onde, ao mesmo tempo em que é por ele afetada, também sobre ele atua, afetando-o, dando mostras disso na expressão de suas condutas, a exemplo de Catarina, com seu perfil deprimido, irritado e com mal desempenho escolar. Loreto (2004, p. 93) refere que

Usar a alteração de conduta para expressar e “metabolizar” sofrimento é uma esperteza da mente. Usando a alteração do comportamento, a mente joga o sofrimento mais “para fora” e menos “para dentro”. (...) Os singelos “distúrbios reativos de conduta” (do sono, da alimentação, do controle esfinteriano, da sociabilidade, da escolaridade, da sexualidade...) (...) São defesas – ao mesmo tempo

que são formas de expressar sofrimento psíquico. Preciosas defesas que permitem – até certo grau de sofrimento – economizar o uso de defesas psíquicas.

Nada diferente de cada uma das outras crianças ali presentes, a não ser pela forma pessoal e intransferível com que comunicavam seus conflitos.

O grupo psicoterápico apresenta-se como um bom representante do espaço potencial (também chamado de zona de brinquedo, ou espaço transicional), no sentido em que permite igualmente uma área da experimentação, zona intermediária da realidade interna em relação à realidade externa. Nele, a possibilidade de vivências coletivas cria espaços intersubjetivos, como a troca de ideias, sentimentos, aprendizados, fazendo do brincar uma experiência de interação, de alteridade.

Nesse contexto, Virgulino, pois, encarnava essa transicionalidade, guardando características de um objeto real (no sentido de fazer parte da realidade compartilhada: era um fantoche), e de um objeto subjetivo, fantasiado (interagia, tinha voz, história, “personalidade”, lugar no grupo), favorecendo a fusão e a separação conforme lhe fosse mais necessário. Virgulino era um membro do grupo. Sua presença era reivindicada quando não o fazíamos propositadamente, mas os meninos sabiam que se tratava de um fantoche e de que a voz que lhe pertencia era a da terapeuta, e isso não os impedia de interagir, “esquecidos” dessa realidade inanimada, pois o objeto transicional torna-se significativo. Winnicott (1975) fala sobre isto, explicando que “[...] mecanismos de projeção e identificações operam de modo que o sujeito fica esvaziado ao ponto de algo seu ser encontrado no objeto, embora enriquecido pelo sentimento”. (P. 141). Virgulino catalisou o que havia em cada criança de identificação com a história por ele contada e possibilitou uma diluição das inibições e defesas contra angústias vivenciadas sobre as dinâmicas íntimas de cada núcleo familiar. Na sessão, o espaço privilegiado da ludicidade forneceu às crianças as condições para que pudessem expressar suas vivências e fantasias.

Winnicott (1975) insistia na ideia de que o brincar das crianças já possui tudo em si, sendo uma experiência criativa a consumir espaço e tempo, intensamente real para elas, sendo o trabalho do psicoterapeuta o de centrar-se no conteúdo desta brincadeira, fazendo disto a base de seu trabalho. Justamente o que se deu quando Catarina se pôs a brincar na casinha, tendo como observadora participante, inicialmente, a terapeuta, para depois a elas se juntarem as demais crianças, atraídas pela narração da cena (ou pelas identificações à cena “legendada”)

Toda interação supõe efetivamente uma interpretação das significações dadas aos

objetos dessa interação (pessoas, ações, objetos materiais), e a criança vai agir em função da significação que vai dar a esses objetos, adaptando-se à reação dos outros elementos da interação, para reagir também e produzir assim novas significações que vão ser interpretadas pelo outro (BROUGERE, 1998).

A “delação” que as crianças fizeram das situações de violência familiar vivenciadas dava mostras das contradições e vulnerabilidades que ameaçavam seu desenvolvimento saudável. Bomtempo e Conceição (2014) consideram que as expressões de agressividade (que pareciam naturais ao meio referido) não encobriam o quanto os sentimentos vivenciados eram sentidos como intrusivos, influenciando sobre suas condutas, transformando-as em comportamentos retraídos, encurtando possibilidades de criatividade frente ao outro. As autoras prosseguem, exprimindo que,

Em condições de desenvolvimento, tais como estas, permeadas por fatores de risco faz-se necessário a criação de fatores de proteção à personalidade diante das situações adversas de sobrevivência em que se encontram as crianças em vulnerabilidade social, a fim de se minimizar os impactos desta no desenvolvimento infantil. Deste modo, o brincar, então, caracteriza-se como fator protetivo nestas situações, pois proporciona em sua essência alguns dos mecanismos que permitem a resiliência da criança contra processos invasivos. (P. 06)

Quando a terapeuta sugere que as crianças desenhem seus sentimentos sobre as narrativas feitas, e depois os apresentem, tem como pressuposto, a ideia de que dar forma àquilo que sentem, simbolizando-os, já é uma maneira de sair do indiscriminado das sensações, rumo à ressignificação das situações, pensamentos, fantasias e afetos. Alguns indicativos destas ideias puderam ser observados, quando as outras crianças participantes do grupo foram dinamizando a brincadeira, em clima de interação e empatia, bem como de complementaridade.

Como o recorte clínico pôde ilustrar, tanto o desenho, o brinquedo, quanto o brincar permitiram a representação, de imagens advindas do real, dentro de um espaço subjetivo. O jogo dramático produzido por Catarina também foi enunciador de interações, e, como diz Brougère (1998, p 27), a condição para haver jogo demanda a existência do social, de significações a partilhar, de possibilidades de interpretação, portanto, de cultura.

Em determinadas situações, entretanto, quando as ambivalências são insuportáveis, Loreto (2004) refere que a criança não consegue fazer escolhas nem simbolizar, e se o paciente não consegue brincar, Winnicott (1975) diz que “[...] então algo precisa ser feito para ajudá-lo a tornar-se capaz de brincar, após o que a psicoterapia pode começar” (P. 89). E continua: “[...] pois o brincar por si mesmo já é terapêutico e possui aplicação imediata e universal, o que inclui o estabelecimento de uma atitude social positiva com respeito a ele”.

(P. 83).

Voltando ao recorte clínico em questão, muito embora se tratasse de uma cena por demais sugestiva em seus simbolismos, não cabia à psicóloga fazer perguntas à criança, ou interpretações, sob o risco de lhe trazer tensão ou algum tipo de coação. No lugar disso, narra a fantasia que lhe ocorre naquele momento, com ênfase na dinâmica das emoções, dando à criança a possibilidade de se colocar em relação a esta dita fantasia (coisa que Catarina o faz, ao intensificar a briga dos bonecos e empurrar o bonequinho). Ao emprestar seu entendimento na descrição da cena, a terapeuta dá uma chance de a criança reconhecer e nomear, em si mesma, alguns sentimentos em pauta. Mais do que isso: estabelece um acordo tácito de que seu “sinal de fumaça foi recebido e decodificado”. Winnicott arremata: “[...] momento significativo é aquele em que criança surpreende a si mesma, e não o momento de minha arguta interpretação. (P. 85). Catarina podia não saber dar nome ao que sentia, mas sabia brincar seus sentimentos muito melhor do que falar sobre eles...

Favoreto e Cabral (2008) defendem a tese de que a participação dialógica em grupo dá às pessoas o sentimento de acolhimento de suas histórias e de seus sofrimentos, favorecendo uma percepção mais apurada da inter-relação do adoecimento com a subjetividade. Na verdade, quem vivencia a prática clínica dia após dia confere na íntegra essa premissa.

No espaço de continência do grupo, algumas intervenções são feitas no sentido de proporcionar o compartilhamento de experiências, de modo que as perdas e frustrações não sejam vividas como um corte, mas como algo passível de enfrentamento e talvez de outro significado. Decerto isso os fortaleça e, de algum modo, lhes seja terapêutico na vivência de tanta vulnerabilidade.

## **7 TERCEIRO MOMENTO: Foco nas doenças crônicas**

### **7.1 Reumatologia: corpos adultos retorcendo a plasticidade de outrora**

A mudança de enquadramento, incentivou a ênfase na atenção ao paciente crônico, pela complexidade que envolve a adesão ao tratamento e o controle de comorbidades, todas de grande influência, seja à vida pessoal e familiar, seja aos cofres públicos, pela amplitude dos gastos assumidos em insumos, tratamento, internações e incapacitações. Assim, passo a implementar projetos voltados para Educação e Saúde como estratégia de favorecer a adesão ao tratamento e, por conseguinte, melhorias na qualidade de vida dos pacientes. Computam-se aí mais sete anos trabalhando com grupos psicoeducativos na área das doenças reumatológicas, para um público eminentemente adulto.

Eu havia encerrado as atividades na “reumato” por mudanças profundas na logística de funcionamento dos ambulatórios. A organização dos grupos conquistada naqueles anos fora desarticulada por contingências institucionais ligadas ao vínculo trabalhista de muitos profissionais do setor. A equipe ficou defasada em cinco reumatologistas e os que permaneceram ficaram com grande sobrecarga de atendimentos, sem possibilidade de horários para os grupos acontecerem. Assim, por medo de perda das consultas médicas, os pacientes não iam às sessões. Quando a situação começou a comprometer o treinamento dos residentes e estagiários de Psicologia em sua formação em grupos operativos, precisei procurar outro setor.

### **7.2 Endocrinologia: os tempos da vida sob custódia**

#### *7.2.1 Sala de espera como porta de entrada*

Havia uma solicitação antiga pela presença de psicólogo na Endocrinologia e fui me inteirar da situação. Conversei com o chefe do setor, na época, e ele apresentou o funcionamento dos ambulatórios na Endocrinologia, enfatizando o de DM1, pela necessidade de um trabalho de Educação em Saúde voltado para a adesão ao tratamento. Saí de lá empolgada em poder dar continuidade ao trabalho com grupos e me comprometi em levar-lhe uma proposta de trabalho. Segundo ele, havia um dia na semana dedicado ao atendimento de

crianças com DM1 e foi por essa via que montei um projeto de sala de espera. A ideia era atender as crianças em grupo antes das consultas, proporcionando-lhes uma acolhida que, além de lúdica, também privilegiasse um momento de conversa sobre o tratamento que faziam. Com isso, queríamos criar um espaço propício à troca de informações sobre o enfrentamento do diabetes.

Durante quatro anos, no entanto, os poucos casos de crianças com DM1 que apareceram foram em número bem inferior ao de outros quadros clínicos, como puberdade precoce e atraso de crescimento. Além dessa heterogeneidade de quadros sintomatológicos, que ampliava os assuntos a serem abordados, os horários dos grupos ainda conflitavam com as consultas médicas do dia, trazendo dificuldades para a organização psicoeducativa das atividades. Muitas vezes, tínhamos a impressão de que nossa função havia sido meramente recreativa em um dado dia, e que, se algo de terapêutico tivesse se dado, haveria de o ser pela diluição da ansiedade que o brincar propiciava, e não pela nossa intervenção. Por outro lado, fomos considerando a possibilidade de ter sobre a dinâmica daquele espaço um olhar capaz de *enxergar* as demandas trazidas pela própria criança, para, então, colocá-las em palavras, como algo pleno de sentido e de entendimento, tantos eram os indícios de que já era assim que muitos faziam uso das sessões. Era comum irem chegando, pedirem papel para desenhar e, quando sentávamos juntos, várias histórias de dor, violação de direitos, vulnerabilidade social, dentre outros, estavam ali desenhadas, ou escritas, como mensagens de náufragos aguardando socorro. Outras vezes eram dados de desenvolvimento geral, indicativos da necessidade de cuidados, ainda não “vistos” pelos profissionais de saúde, que ali eram expressos, facilitados pela possibilidade de estarem eles mesmos em evidência e não o sintoma.

Em boa parte das vezes, devolvíamos nosso olhar (compreensão clínica) para os pais, fosse por habilidades ou dificuldades da criança, demandantes de atenção. Obviamente, procurávamos fazê-lo sabendo antes como viam e compreendiam o filho, para, dentro de um contexto, nossas observações poderem ser assimiladas, ditas sem a “violência que a verdade sem bondade pode causar”<sup>43</sup>.

Hoje, submetendo essas experiências a um olhar mais analítico, vejo que fizemos um bom trabalho. Algumas crianças realmente aproveitaram a oportunidade além do momento lúdico, quando podiam trazer suas pelepas, seus pedidos para chamarmos os responsáveis,

---

<sup>43</sup> Frase atribuída a Lúcia Morales – professora do curso de Psicologia – UFC nos anos de 1980.

para conversarmos com a diretora da escola, para sermos testemunhas de seus lados sadios, ou simplesmente para sentirem-se contidas na cabeça de alguém que identificassem como cuidador... Como negar-lhes esse direito? Como responder às expectativas que nos endereçavam, por ausência total de outros interlocutores? Como manter-nos fiéis ao nosso lugar de escuta sem atuar nossas próprias angustias? Tantos anos passeando pelos “jardins universitários” e volta e meia os mesmos conflitos éticos. A velha-conhecida-sensação que meus saberes psicológicos não contemplavam os que menos têm...

Pelos tempos que nossa sala de espera se converteu em um *lugar de abrigo*, para os dramas de muitas crianças, uma, em especial, me desabrigou junto com ela...

### 7.2.1.1 *A infância que o mundo comeu*

Uma menina de oito anos nos levou uma situação de total vulnerabilidade. Desenhou no embalo da proposta do grupo algo a partilhar, mas em privacidade. No desenho, vários personagens designados por nomes (inclusive ela mesma) como se retratando uma grande família. No grupo, as crianças foram mostrando seus desenhos, mas somente quando a estagiária se aproximou para uma escuta mais pessoal foi que a “grande família” se revelou como cenário de uma realidade figurada ou desfigurada pela crueza do tráfico de drogas. Minha estagiária me lança um olhar preocupado, e eu me acerco da criança, trocando de lugar com ela. Digo-lhe que também fiquei interessada em saber da história que ela havia contado para a outra “tia”, pois que parecia ser uma história importante e eu poderia ouvir com toda atenção após as crianças saírem, já que ela demonstrara que não queria falar para todo mundo. Chegado o momento, avisamos à mãe que ela ainda ficaria um pouquinho conversando conosco, e vamos ao desenho. *Family*<sup>44</sup> faz o seu relato como quem esperou pacientemente por aquilo, além do tempo do grupo. Conta que a sua casa e a dos familiares são vizinhas, e que lá é uma boca de fumo, mas que é ali que ela e as irmãs ficam quando a mãe está trabalhando em algum emprego temporário. Vai falando devagar, enquanto perscruta meu rosto, talvez à procura de sinais, de como mensuro tudo aquilo. Segue desenrolando sua narrativa, em um tom firme, mas despido de emoção e de prosódia. Esqueço completamente que estou a ouvir uma criança de apenas oito anos. Para mim é como se escutasse um adulto desalentado de tanto sofrer. De imediato, me dou conta de onde vem sua puberdade precoce,

---

<sup>44</sup> Nome figurado da criança em questão.

sintomas que a vincula ao Hospital: vem dessa alma vivida, e precocemente “adultizada”... Valter Hugo Mãe (2017) diz que talvez a tristeza seja um modo de envelhecer e que o tempo também se conta pelos desgostos.(P. 54) Sim: por certo que esse olhar sombrio, sem meninice, já viu muita coisa de escurecer qualquer alma, qualquer idade... Devagar, *Family* vai apresentando o cenário, desvelando nomes, violências, autorias, paradeiros, circunstâncias. Era próxima deles. Alguns eram familiares da família do pai. Aponta um, em específico, e diz que é seu amigo. Pergunto o que ele faz. Ela diz que é traficante, mas gosta de brincar com ela (é um adulto e fatalmente me pergunto que tipo de brincadeira poderia ser...). Da cena retratada, cinco já haviam sido assassinados. Dentre eles, a avó e uma tia. Uma outra tia, grávida, está presa. Seu namorado também fora assassinado. Ela aponta para a figura dela própria e diz que quando crescer vai ser delegada. Pergunto o porquê da escolha. Olha para mim e diz que é para prender quem faz coisa errada. Atendo-me ao desenho e comento que me parecia que alguns dali estariam em apuros se fosse assim. Ela confirma e diz que, mesmo sendo gente conhecida, ela ia prender do mesmo jeito. Após um tempo, que julgo suficiente para que ela se ache mais apaziguada em sua necessidade de escuta, peço autorização para conversar com sua mãe e pensarmos juntas em um modo de ajudá-la. Ela não reluta. Tenho até mesmo a impressão de que era justamente isso o que esperava que eu fizesse. Chamei a mãe: ela sabia da vulnerabilidade das filhas naquele contexto, mas não tinha condições de abandonar a casa própria em que viviam para distanciarem-se do dito convívio. Levei a necessidade do caso à médica responsável pela criança e procuramos juntas o Conselho Tutelar para orientações. Por telefone, o atendente confundiu o caso com um outro, e, sem nenhum sigilo, expôs muito de quem ele supunha se tratar, expondo também a fragilidade do sistema. Falou que as denúncias precisavam ser presenciais e não mais anônimas! Não era de se admirar que os números de abusos tivessem decaído vertiginosamente no Estado! Não. Não parecia ser este o caminho. Procurei, então, o serviço de proteção à criança e ao adolescente ameaçado de morte, mas o protocolo de segurança exigia uma operação de exílio de toda a família, fato não acatado por eles. Enquanto isso, eu procurava marcar semanalmente com a criança. Queria que se sentisse apoiada, embora desconfiando de que uma defesa onipotente minha queria crê-la protegida enquanto estivesse sob os meus olhos. As consultas, porém, não se viabilizavam na frequência sugerida, por alegados (e verdadeiros) motivos de toda ordem: financeiros, disponibilidade de saúde e tempo da mãe, medo da denúncia... Um dia a criança me conta exultante que haviam se mudado! Embora ainda no mesmo bairro, já não mais na casa ao lado. O fato acontecera



porque foi morto um casal, na frente de casa, e todos do quarteirão se sentiram ameaçados pela guerra de facções, e deixaram suas casas. A mãe deixara de trabalhar e estava com ela e as irmãs, em período pós-escola, mas ela própria (mãe) não conseguia usufruir desse alívio. Sentia-se desorientada. Não sabia dizer o quanto aguentariam arcar com o aluguel da nova moradia... Procurei dizer-lhe o quanto aquela medida desesperada era significativa e necessária para a segurança de suas filhas, mas sabia da violência de tudo aquilo. Sentia-me arrasada, impotente e por identificação projetiva, totalmente desamparada. Na minha cabeça, também fantasias de perseguição por ser depositária de tantos segredos, sem que me sentisse minimamente protegida por equipamento algum do Estado. Amarguei momentos de muito desalento.

Muitas outras coisas aconteceram depois disso, mas, para o bem da criança que eu atendia, a família não retornou ao endereço antigo, nem as meninas ficavam “tutoradas” por um período, na casa dos parentes. Um dia ela trouxe uma situação de desajuste escolar. Eu entendia que aquele espaço precisava e deveria ser um lugar de inclusão, ou esta criança estaria ainda mais violada em seus direitos. Perguntei-lhe se seria importante para ela que eu conversasse com a diretora, buscando juntas uma saída. Um sorriso tímido me respondeu. Fiz uma carta que li e expliquei para ela em cada palavra que não entendia e entreguei à mãe para que levasse à escola. Na carta, eu punha um telefone institucional. Dias depois recebi a ligação da diretora, aberta à escuta, disposta a se empenhar, empática à situação que parecia ser a de muitos de lá. Sei que essa intervenção teve efeitos winnicottianos em um universo de tantos descabidos. E isso me foi um lenitivo temporário.

Carta à diretora:

Cara Diretora,

*Family* é atendida no serviço de endocrinologia do HUWC, onde é acompanhada pelo setor de psicologia por ocasião de suas consultas médicas.

Ao longo deste ano, pudemos compreender melhor o contexto psicossocial que ela e sua família estão inseridas e os determinantes desta realidade sobre o seu desenvolvimento emocional. No primeiro semestre deste ano, *Family* esteve sob forte estresse desencadeado por acontecimentos que impactaram diretamente sobre sua qualidade de vida e sua saúde psicológica.

Trata-se de uma criança inteligente, com grande capacidade de resiliência, mas de quem a vida exigiu um amadurecimento para além de suas capacidades emocionais. De um modo geral é arredia, com diminuição da espontaneidade lúdica com preferência por pessoas mais velhas para contatos sociais, por ser este o universo conhecido e vivenciado. Felizmente há cerca de três meses vem apresentando melhoras no quadro de ansiedade por consequência direta de modificações em sua dinâmica familiar, muito embora ainda precise sentir-se em segurança para funcionar sem comportamentos reativos de oposição e irritabilidade.

A Escola possui uma função importante na regulação destes desequilíbrios, pois pode ser propiciadora de um espaço de inclusão e de apoio, necessários à manutenção de sua saúde mental.

É neste sentido que pensei em buscar um contato com a equipe pedagógica de sua instituição, para pensarmos juntos em estratégias positivas de acompanhamento de *Family*, possuidora de bons recursos internos, mas ainda necessitada de estímulo e apoio para se desenvolver em todo o seu potencial.

No mais, estou à disposição para outros contatos.

Agradeço toda a atenção.

Meus telefones: Manhãs: 3366.XXXX e Tardes: 3306. XXXX

De volta à narrativa, meses mais tarde, talvez ainda lutando contra o sentimento de inoperância ante a uma realidade social excludente (que salva seus meninos na primeira infância para serem deixados à caça na adolescência), organizei um curso pela UFC de 120 horas, como fórum para discussão sobre as infâncias e adolescências da contemporaneidade. Foram seis meses de debates e palestras com especialistas buscando uma aproximação ideativa sobre questões de importância nessa área. Momentos muito ricos, embora seja claro que o saber acadêmico não dê conta sozinho de apresentar a realidade desses meninos: ela é mais contundente e estamos do outro lado da mesa...

### 7.2.2 As reviravoltas institucionais

No HUWC, o trabalho com o *Diabetes Mellitus* do tipo 1 encontrara uma via onde os atendimentos aconteciam de modo mais concentrado. Era do Setor de Endocrinologia Pediátrica, inerente ao Ambulatório de Pediatria, como já explicado. Ali também fui acolhida e, em parceria com o Programa de Residência em Diabetes, a ideia dos grupos psicoeducativos foi incorporada ao que antes era um grupo informativo de manejos e procedimentos favoráveis à insulino terapia, controle glicêmico e autocuidado, procurando incentivar a troca das vivências de pais e portadores de DM1 no enfrentamento da doença, pois, como Marcelino e Carvalho (2005), também acredito e constato na prática que o modo de enfrentamento da doença tem relação direta com os processos de aceitação e adesão ao tratamento; ou seja, dependendo do estado emocional e da estrutura psicológica de cada pessoa, o quadro clínico pode ser alterado positiva ou negativamente, com interferências ao controle metabólico, que é a meta do tratamento a se alcançar. Daí a importância de se considerar os aspectos emocionais nas consultas.

Enquanto isso, lá na “Endócrino” geral, o dia de ambulatório pediátrico foi alterado em

virtude da disponibilidade de horários dos médicos, sendo o dia escolhido incompatível com as atividades do outro setor. Prevaleceu a opção pela continuidade com os pacientes de DM1 no Ambulatório de Pediatria, levando em consideração a coerência com a demanda de alta complexidade: prioridade do Hospital. Falando assim, parece até que lidava com situações de menor complexidade. Não o eram do ponto de vista existencial, mas também não conseguíamos fazer uma assistência voltada para o apoio à criança enferma, correndo o risco de repetir “advertidamente” o modelo antigo de Psicologia Clínica individual, não condizente com a realidade hospitalar.

Na prática, não saí de nenhum dos dois setores. Permaneci nos dias acordados (quarta, no Ambulatório Geral; quinta, no Ambulatório de Pediatria), muito embora tenha deixado de fazer os grupos com as crianças. Tivemos que redefinir as ações a serem executadas, em relação ao ambulatório geral, Resultando, desse remanejamento o trabalho com os pacientes de DM1, jovens e adultos, ainda com grupos psicoeducativos. Nesse setor (Amb. Geral), eventualmente, aparecem pacientes pediátricos, que não agrupo junto aos adultos pelo risco de iatrogenizar, tendo em vista que o quadro clínico de pacientes com muito tempo de diabetes, geralmente, tem mais comorbidades, podendo causar muita angústia em quem está nos começos de seu enfrentamento com a doença. Para esses casos, a escuta individual é a melhor estratégia, já que não consigo formar grupos. Já no Ambulatório de Pediatria, os grupos eram regulares, e multidisciplinares, o que em muito favorecia uma sistematização.

### **7.3 Grupos psicoeducativos**

Os encontros aconteciam uma vez por semana, antes das consultas médicas do dia, com duração média de uma hora. Todos os pais e pacientes eram convidados a participar e depois de se esclarecer sobre a função do grupo como espaço de apoio e troca de informações sobre o enfrentamento do diabetes, a palavra era dada aos participantes para que se apresentassem e falassem de suas vivências com a doença, fosse ela de cuidador ou portador. Logo se estabeleciam pontos comuns de discussão, sobre os quais a equipe ia intervindo segundo a necessidade. Assim, por exemplo, se, no grupo daquele dia, o assunto tendesse para a dificuldade do controle da glicemia, a primeira abordagem era acolher o quão difícil é a adaptação a um novo estilo de vida com tantas restrições e demandas. Poder-se-ia falar sobre os lutos próprios da perda de uma condição de saúde, discutir sobre o funcionamento do corpo quando impedido de produzir a insulina, os sintomas típicos da hiper ou hipoglicemia, o que

se fazer nestas situações, a importância do reconhecimento de uma crise glicêmica por outras pessoas próximas, a função das atividades físicas e assim por diante. Toda a tentativa era a de se facilitar a compreensão para a importância dos autocuidados na lida com o diabetes, em vista de uma vida com maior qualidade, sem deixar em segundo plano os aspectos emocionais deste enfrentamento: considerar os aspectos pessoais e os conflitos subjacentes era de suma importância. Para os casos que requeressem maior atenção, a equipe ficava à disposição, para no pós-grupo, atendê-los individualmente, fosse por uma questão técnica ou emocional. Aos poucos, muitos ajustes precisaram ser feitos. Organizamos os dias de atendimento, fazendo convergir para uma mesma data por mês a maioria dos adolescentes e então passamos a dividir a equipe para dar suporte a dois grupos separados, de pais e filhos, pois a presença conjunta, muitas vezes, trazia constrangimentos a uma das partes, pela publicização de conflitos familiares, que, longe de ajudar, criavam situações de coação, além da capacidade de contenção do grupo. Outras vezes, era a dificuldade de adequar o nível das explicações de modo a privilegiar o interesse de crianças e adultos. No caso dos adolescentes, notava-se a resistência deles em participar dos encontros. Muitos entravam mudos e saíam calados, talvez por associarem as discussões com “ensinagem” contrária aos seus desejos de mais autonomia; ou, talvez, ainda, por atitude reativa em não quererem compactuar com aquilo que eles imaginavam virar um “tribunal de contas”. Paralelamente a isto, muitas demandas começaram a aparecer por intervenção psicológica para adolescentes que não aderiam ao tratamento. Havia um número considerável que mantivera bom controle glicêmico até entrar na puberdade, quando então passaram a apresentar comportamento opositor e mesmo transgressor das condutas adequadas ao controle do diabetes. Para outros, ainda, a postura passava a ser de isolamento e agressividade dentro da família, como se toda a raiva daquela condição de adoecimentos precisasse ser projetada em alguém. Em conversas de bastidores com a equipe médica, muitas referências a informações falseadas sobre glicemia, dieta e hábitos de vida diária, fornecidas por eles: mentiam sobre o valor glicêmico aferido e omitiam desvios na prescrição medicamentosa e alimentar. Muitos davam mostras visíveis de que não queriam compactuar com qualquer orientação, indo às consultas de boné, fones de ouvido, ou olhos vidrados na tela do celular em todos os momentos. Era como se muitos já não se colocassem alcançáveis pelas intervenções de orientação sobre os autocuidados.

Assim, mais e mais víamos a necessidade de dispormos de alguma estratégia que tornasse mais fluida e motivada a comunicação em todas as faixas etárias.

Para as crianças de dois a quatro anos, ainda fazíamos o atendimento conjunto com os pais, embora alguém da equipe se dispusesse a estar com as crianças na mesma sala, em um cantinho reservado por um biombo, com brinquedos simples como carros, animaizinhos, blocos de montar, bonecos e bonecas. O momento, além de ser lúdico, ainda permitia subsídios de avaliação, tendo como referência o método de observação dinâmica sugerido por Loreto (2001, comunicação pessoal\*),<sup>45</sup> por onde a qualidade do brincar podia ser analisada.

Quando se identificava, pelo cruzamento dos dados de relato dos pais com a observação da criança, alguma demanda de intervenção mais pontual sobre o DM1, a equipe procedia com explicações, utilizando-se de bonecas e material de aplicação da insulina, incluindo a dramatização de situações comuns ao cotidiano do diabetes.

Com crianças maiores, de cinco a dez, começamos a utilizar de narração de histórias, onde, por imagens proporcionadas por livros e/ou jogos projetivos - como o DIXIT, da *Galápagos*, e o *Eu conto*, da ONG Viva e Deixe Viver - as crianças eram convidadas a criar histórias em parceria uns com os outros, incluindo os profissionais, onde muito do universo da vivência diabética era projetado. A atividade sempre fornecia motivos para que o diabetes fosse discutido e algumas informações compartilhadas. Neste enquadramento, contudo, algumas crianças com vivência de boa adesão terapêutica começaram a se projetar dando o próprio depoimento sobre contagem de carboidrato, bomba de insulina, dicas de debates escolar sobre a doença e assuntos do dia a dia. Nestes momentos, havia grande interesse dos demais em perguntar e compartilhar experiências, o que nos fez potencializar mais momentos como estes, assim que identificávamos crianças, pais ou adolescentes que podiam funcionar como motivadores de excelência em autocuidados, porquanto o poder de influência de um “igual”, é bem maior do que de um especialista (teórico) no assunto.

Com a população adolescente, após um enquadramento mais homogêneo por faixa etária, começamos a introduzir temáticas de interesse geral, como namoro, escola, baladas, divertimentos, escolha profissional... Percebíamos que o caminho para buscar um acesso mais direto às vivências adolescentes, e assim entabular uma boa relação equipe de saúde/paciente, era nessa direção, mas ainda sob forte desconfiança deles, que se mostravam reticentes e, por vezes, evasivos. Ousamos também introduzir os jogos projetivos. Notamos avanços. Percebíamos que se abria um espaço potencial para que comesçassem a falar

---

<sup>45</sup> Citada quando da apresentação dos grupos psicodiagnósticos.

mediatizados pela espontaneidade do jogo e da impressão de que na brincadeira não era a vida real que se expunha, mas a fantasia, o imaginário, aquilo que parece ser, mas que não é (embora sendo).

No relato a seguir, muito do que foi dito acerca dos conflitos básicos da adolescência no enfrentamento do diabetes está evidente, disponível para balizar a atenção dos profissionais em suas atividades psicoeducativas.

### *7.3.1 Nas entrelinhas, os não ditos...*

Era um grupo formado por oito participantes de 12 a 15 anos e três profissionais. Naquele dia, optamos por deixar os pais em outra sala, acompanhados por duas residentes de Enfermagem. Após a acolhida, propusemos uma atividade lúdica, com as cartas do Dixit, todas retratando imagens coloridas e cheias de detalhes. Eles deveriam escolher cinco cartas cada um, dentre as dispostas e sobre a mesa<sup>46</sup>. Desde então, alguém começaria a história com uma de suas cartas, que deveria ser imediatamente completada, pela carta de uma outra pessoa em sequência espontânea, até o final das figuras. A psicóloga tinha a tarefa de ficar repetindo a história a cada complemento, para dinamizar a participação, e uma das residentes ia anotando as ideias centrais para narrativa única. O mote para o início foi: “Era uma vez...”

O grupo fluiu, a princípio, tímido e desconfiado, mas foi ganhando vitalidade, e, dali a pouco, a disputa era de quem respondia primeiro a complementação da história. Pareciam desinibidos e “esquecidos” do contexto ambulatorial. Era como se a história fosse nascendo de verdades insuspeitas...

A seguir, o texto trabalhado daquele momento, ressaltando que nosso intuito não era o de ser fiel à fala dos meninos, e sim dar foco ao conteúdo da história em si, mostrando o quanto eles são capazes de compartilhar vivências e do quanto isso pode ser uma estratégia de Educação em Saúde.

Texto completo:

“Era uma vez, um menino que acordou com muito medo no meio da noite. Ele sabia que precisava ter coragem, mas não conseguia parar de chorar. Ele precisava muito de apoio para

---

<sup>46</sup> As figuras estavam viradas para cima, sobre uma mesa central em uma sala destinada ao grupo.

seguir adiante, para não desistir de seus sonhos. Apesar de estar em segurança, o menino se sentia risonado naquela vida. Ele morria de vontade de conhecer e fazer outras coisas fora dali. Ele precisava tanto de uma luz... Algo para ele mesmo melhorar sua qualidade de vida, e as coisas, ali onde ele estava: coisas que fossem bem legais! Daí ele aprendeu a cozinhar para oferecer um banquete, para a avó e a irmã. A avó fica toda feliz e leva pão. O gato, não se arrisca e leva seu próprio peixe. O menino compra sapatos para dar de presente à vó, e acende velas para um jantar especial. De noite ele vai dormir satisfeito com o resultado, Mas, sonha que está apaixonado, e de novo acorda inquieto, sabendo que o caminho é difícil. Tem tantos sentimentos misturados dentro dele... Tem horas que até se sente em paz enquanto se diverte com os amigos, mas sua cabeça queria muito ter uma chave para as respostas. Para saber como lutar... Às vezes, uma voz, vinda lá do fundo, diz pra ele parar de chorar, e aceitar a ajuda que vier, pois mesmo que se sinta diferente, ele também se parece com todo o mundo: todo mundo tem vontade de tentar a sorte e se arriscar, pois vai que uma porta se abre, e o universo lhe ajude? Talvez, assim, ele se sinta protegido. Mas só se ele tiver fé, e não perder tempo. Ele pelo menos tem gente pra contar, e (gente) que tá no mesmo barco, passando por caminhos difíceis, vencendo uma e outra batalha, até o final da história”. (Grupo psico-educativo DM1, 2014)

A etapa seguinte, dedicada à análise do conteúdo elaborado, também seguiu fluida, compartilhada e cheia de depoimentos sobre as vivências cotidianas com a doença. Aqui e acolá, fazíamos alguma intervenção, sobre o que acharam da história - se ela contava de coisas que se passara também com eles, como tinham conseguido lidar com os momentos difíceis, o porquê de eles terem escolhido as cartas que escolheram, se concordavam com o final - mas foram deles as colocações mais pontuais. Acreditamos que a oportunidade de falar sobre o cotidiano e os sentimentos que perpassam e são perpassados pela vivência da enfermidade abre possibilidades de subjetivação do papel que cada um tem perante seu processo de saúde-doença. Naquele dia, encerramos o grupo, atrasados em 20 minutos do tempo reservado para essa atividade, mas foi com visível pesar que o fizemos. Algo diferente havia acontecido, sobre o qual eles ainda não sabiam precisar, mas talvez o conseguissem intuir. O grupo foi encerrado, mas um grande conjunto de interpretações possíveis ainda estava em aberto, oferecendo elementos de análise do funcionamento psíquico desses meninos. Muito sugestivo para nós foi observar o enfoque que cada um deu às ilustrações, sem referência a detalhes que por vezes faziam contraposição direto ao que era dito. Por exemplo: na figura de número 3, não é o menino quem chora. O menino segura na mão uma

baladeira, e quem chora é o ursinho. Se fosse de um grupo psicoterápico, ou mesmo de uma psicoterapia individual, esse ponto poderia ter merecido mais reflexões. Poderíamos ter aprofundado nos significados dessa baladeira, como símbolo de uma “arma” (dado seu poder de disparar contra algo: agressividade, revolta, culpa?), o significado do ursinho (talvez como indicação de cumplicidade, de infância atingida, ou de um tempo bom perdido), o significado dessa relação de um com o outro (desentendimentos, solidão, tristeza?): tantas coisas!

Isso fica, no entanto, para nós, como elocubrações psicanalíticas do universo emocional da doença crônica, na adolescência. Esse mergulho nas profundezas da vivência existencial requer cuidado, parcimônia e merece mais tempo de caminhada, do que o grupo dispunha.

Autores como Moreira e Dupas (2006) acreditam na semelhança das respostas emocionais perante o enfrentamento do DM1 para qualquer faixa etária, encontrando-se em todas o mesmo denominador comum: negação, minimização da doença, raiva e frustração pela limitação da patologia, sintomas depressivos, culpa e procura de soluções impossíveis.

Algumas condutas descritas na história ora relatada dão sinais da presença dessas respostas, como defesas psíquicas perante ao sofrimento que o luto traz. Bowlby (1969/1990) fez importantes contribuições à compreensão dos efeitos da privação materna sobre o psiquismo de crianças pequenas, analisando estes efeitos segundo a representação que assumem na situação de luto. Embora não estejamos tratando do luto sob o ponto de vista de morte, e sim de *perda*, o sentido atribuído por ele às defesas psíquicas contempla igualmente a representação presente. Para melhor exemplificar o que digo, vejamos trechos da história em pauta e seus respectivos sentidos pela associação com as contribuições de Bowlby. Na estrofe “Apesar de estar em segurança, o menino se sentia aprisionado naquela vida”. Aqui, negação (a insegurança da imprevisibilidade) e Isolamento igualmente funcionam como estratégia psíquica e social de proteção. Nos trechos “Ele precisava muito de apoio para seguir adiante” e “Ele sabia que precisava ter coragem, mas não conseguia parar de chorar”, a procura e o choro também podem ser considerados mecanismos adaptativos na tentativa de recuperação do objeto perdido (situação de saúde), bem como expressam fase de intensa dor, marcada muitas vezes por desmotivação, apatia e depressão, que são sentimentos que podem levar tanto ao isolamento quanto a distúrbios psicossomáticos. Na frase “Daí ele aprendeu a cozinhar para oferecer um banquete, para a avó e a irmã”, o adolescente parece estar buscando



“reinvestir em outro objeto”, indicando uma reorganização do espaço interno e dos planos de vida, como refere a Psicanálise.

De um modo geral, a história revela muito dos bastidores do cotidiano adolescente, em suas características essenciais, próprias da fase: os lutos (do corpo infantil, dos pais da infância e da própria infância), as ambiguidades de sentimentos, o desejo de liberdade e de relações afetivas. Além disso, entretanto, também evidencia os lutos das restrições sociais que o DM1 acarreta, incluindo aí os conflitos a respeito da superproteção familiar que a doença potencializa, oferecendo elementos relevantes para a compreensão do influxo que a sobreposição destas duas complexidades (adolescência e DM1) pode trazer à vivência desse período.

No nosso fazer cotidiano, diferenças já se faziam notar, pois, muitas vezes, ao chegar, alguns já perguntavam se haveria grupo. Paralelo a isso, começamos a “coleccionar” situações inusitadas, tiradas da fala deles sobre o cotidiano. Um dos meninos contou que seu amigo o havia incitado a “injetar insulina na pera e depois comê-la, para não ter que se furar”; outro, confessou fingir uma hipoglicemia para ser autorizado a tomar o refrigerante proibido”... Sabíamos que ali havia bons motivos para o tema do diabetes: este assunto negado e relegado ao horário da consulta, como se o não falar fizesse desaparecer a realidade. Acontece que não é assim que as coisas funcionam. O não falado engendra fantasmas que assombram tanto quanto adoecem. Pôr em palavras os não ditos, os sentimentos de luto, de dor, e do não saber, abre possibilidades outras de enfrentamento, porque favorece a ressignificação dos conflitos. Fazer isso de modo leve e prazeroso era o grande desafio. Queríamos encontrar um meio de estimulá-los a falar livremente. Daí começamos a pensar em jogos de argumentos com situações-problema<sup>47</sup>, como maneira interessante e criativa de aprofundar, por intermédio da análise e do questionamento, o conhecimento sobre as questões apresentadas.

Da articulação entre desejo, múltiplos saberes e material “coleccionado”, surgiu o IMPASSE. Não só o jogo IMPASSE, mas o Impasse de elaborá-lo de modo coerente, compreensível e articulado com conhecimento técnico sobre o DM1.

---

<sup>47</sup> Atividades destinadas a criarem um contexto de conflito e questionamento, para que a resolutibilidade do jogador possa ser observada, oferecendo uma oportunidade ao profissional de observar como o jogador resolve situações que exigem alto grau de envolvimento e de integração (MACEDO 2006)

#### 7.4 Sobre o jogo *IMPASSE*

Como já expressei, o jogo *IMPASSE* foi desenvolvido pela equipe que em 2014 trabalhava com os grupos psicoeducativos, tendo sido inspirado em seu modo de arguir, no jogo *Sem Censura*, da Estrela. O *IMPASSE* é um jogo de cartas (algumas com situações-problema e outras com respostas positivas, negativas, ou a depender da situação), com questões tiradas, em sua maioria, de episódios relatados pelos pacientes, familiares e profissionais da equipe do diabetes. São situações dilemáticas sobre as quais uma resposta precisa ser dada. No decorrer da partida, os participantes serão estimulados a compartilhar e argumentar sobre a vivência com o diabetes, em clima de descontração. Conteúdos ligados diretamente à doença – tais como funcionamento orgânico, tratamento, autocuidados, comorbidades; bem como aos aspectos da adolescência em si - sociabilidade, convivência familiar, sentimentos e fantasias ligados ao enfrentamento da doença, projetos de vida, relacionamentos amorosos, dentre outros, serão temas de debates que privilegiem, no primeiro plano, o livre compartilhamento das vivências instigadas pelo recurso lúdico. Somente após o jogo ser dado por concluído, é que os profissionais envolvidos intervirão com informações e, se necessário, demonstrações de procedimentos adequados (utilizando-se dos materiais educativos disponíveis) para o treino ao controle metabólico da glicemia.

O jogo propõe a formulação de argumentos, com suporte na proposição de situações-problemas elaboradas para possibilitar debates, inquietações e aprendizados. É composto por 63 cartas contendo questões (cartas-impasse); e 36 cartas-resposta, divididas igualmente entre cartas “SIM”; “NÃO” e “TALVEZ”. Para dar início à partida, as cartas-impasse e as cartas-resposta são embaralhadas separadamente e colocadas em dois montes com os versos voltados para baixo. Cada jogador receberá três cartas-impasse e uma carta-resposta.

O jogador da vez tem que desafiar outro participante a se posicionar sobre uma determinada questão, com a intenção de que a resposta desse jogador, seja ela convicta ou blefe, convirja com a carta-resposta aleatória, que, por ocasião da rodada, o proponente tenha em mãos. Para tanto, os jogadores têm que argumentar de maneira persuasiva sobre temas, em geral, negados, ou negligenciados no cotidiano de suas reflexões.

O primeiro a jogar escolhe uma questão dentre as suas que melhor harmonize à carta-resposta que tem em mãos, e a faz para outro jogador de sua escolha. Por exemplo: “*No recreio da escola, um colega lhe oferece um biscoito recheado. Você aceita?*” Caso a resposta dada pelo adversário coincida com a carta-resposta que o proponente tiver consigo, a carta-

impasse deve ser descartada pelo jogador, que receberá outra carta-resposta, ganhando esta rodada. Caso contrário, se a resposta do adversário não coincidir, o jogador proponente perdeu: ele descarta sua carta-impasse e compra outra do monte, mas, neste caso, ele poderá desafiar seu adversário, dando um argumento para tentar convencer aos demais jogadores de que seu adversário não está tão convicto assim do que diz. Em seguida, será a vez do desafiado de argumentar em defesa da resposta que deu. Só depois, é que os outros jogadores se posicionarão dizendo com qual argumento eles mais se identificaram e por que se identificaram. Contam-se os votos daqueles que se identificaram com o argumento do proponente. Caso o proponente tenha tido um total maior de votos do que seu adversário, ele ganha o desafio e, então, dará uma de suas cartas-impasses para o outro, ficando com uma carta a menos. Se for o desafiado a ficar com mais votos, será ele quem dará uma de suas cartas ao seu desafiador. A outra opção é o jogador da vez não querer desafiar. Neste caso, ele simplesmente substitui a carta usada por uma nova. Terminada cada disputa, uma nova carta-resposta deverá ser tirada do monte com o descarte da anterior.

Cabe destacar o fato de que a carta-resposta “TALVEZ” deva sempre ser defendida pelo jogador, explicando-se em que circunstâncias sua resposta seria um sim e quando seria um não. Vence o jogo o primeiro a ficar sem nenhuma carta nas mãos.

Para melhor compreensão, da proposta, vejamos o jogo exemplificado:

“*No recreio da escola, um colega lhe oferece um biscoito recheado. Você aceita?*” Cada situação pode ser respondida com *Sim*, *Não* ou *Talvez*, sem que, necessariamente, precise ser coerente com a convicção do jogador escolhido para a resposta (pois que o blefe é uma estratégia possível da disputa), mas a resposta necessita ser defensável com bons argumentos. Assim, digamos que o jogador da vez (Marcos), aquele que será o proponente, tenha como carta-resposta um SIM. Ele deverá escolher, dentre os participantes, alguém que ele imagine que responderá SIM. Daí ele faz a pergunta ao (Davi) e este responde TALVEZ. Se Marcos quiser ainda ter alguma chance de ficar sem uma de suas cartas, ele pode desafiar o Davi, dizendo, por exemplo, que acha que Davi aceitaria porque um biscoito recheado é sempre bem-vindo, e ele poderia compensar na próxima refeição, comendo menos. Chega a vez de Davi contra-argumentar e Davi diz que aceitaria (SIM) se ele fosse muito fã daquele recheado e se sua glicemia já estivesse baixa; caso contrário, ele NÃO aceitaria para só sair da dieta quando fosse alguma coisa que valesse a pena de verdade. Feitos os argumentos, os outros participantes vão se colocar dizendo o que costumam fazer ou o que fariam naquela situação.

Daí, digamos que dois se coloquem como NÃO, três como TALVEZ e dois como SIM. Compara-se somente os SINS com os TALVEZES, e aponta-se quem teve mais pontos; e o ganhador descarta e não pega outra.

O importante na primeira fase do jogo é a discussão e argumentação do que a vivência do diabetes desencadeia. Geralmente, incentivamos todos a justificarem suas respostas. Até há situações semelhantes em que se viram na mesmo dilema, para que mais elementos apareçam e enriqueçam o debate. Às vezes, também abrimos a possibilidade para que alguém do grupo desafie a dupla da vez, se não concordar com nenhuma das colocações. Nessa situação, os votos incluirão o desafiador eventual e ele também concorrerá ao descarte ou ao recebimento de uma nova carta-impasse, caso perca nos votos. Nesse momento, a equipe ainda não se manifesta, dizendo o que seria o adequado, para não inibir a ação lúdica em si, pois como jogo, em sua natureza lúdica, simbólica, regrada e construtiva (MACEDO, 2006), a partida admite blefes e/ou desafios que podem em nada se relacionar com o que pensam ou fazem os participantes. Somente quando terminado o jogo, é que as questões surgidas durante a partida serão utilizadas para a reflexão e/ou orientação dos autocuidados importantes e ideais ao controle e tratamento do diabetes. Para isto, a equipe terá à sua disposição, outros objetos ou instrumentos demonstrativos das técnicas e conteúdos necessários à aplicação da insulina, à dieta alimentar, ao conhecimento da fisiologia do corpo, das atividades físicas, entre outras dúvidas que poderão surgir.

O jogo descrito também permite variações na forma de ser jogado, podendo funcionar apenas como um iniciador focal para a discussão das atitudes, pensamentos e sentimentos de cada participante em seu modo de enfrentamento do DM1. O manejo dessas variações dependerá em grande parte do tamanho do grupo e do tempo de que se disponha para as atividades.

Macedo (2006) conjectura sobre duas necessidades que se colocam na ação de quem joga como aspectos importantes: de um lado, o “jogar certo”, em exigência dos objetivos, normas, alternância de jogadas e possibilidades de desfechos; do outro, mas não excludente, a necessidade de um “jogar bem”, entendido como a capacidade de se fazer escolhas e de se tomar decisões necessárias em função de cada jogada. Importa-nos as duas coisas. Penso que é importante compreender como cada adolescente se articula perante a um contexto regado, e é importante vê-los se movimentando diante de oportunidades de ensaio às questões em pauta nas suas realidades. No primeiro caso, a dinâmica dessa organização, também, é denotativa de

como internamente a pessoa lida com os limites aos seus desejos. No segundo caso, se ela tem potencialidades para se implicar em prol de algo. Trazendo para a adesão ao tratamento, também poderíamos fazer uma analogia ao ideal terapêutico para qualquer adolescente com diabetes. *Jogar certo* seria seguir as terapêuticas indicadas para o controle da glicemia e o *jogar bem* diria respeito à maneira conciliatória em se integrar o cognitivo ao afetivo, em escolhas que também lhe permitam o prazer de estar no jogo da vida.

Em nossas atividades psicoeducativas, embora procuremos criar uma atmosfera descontraída, temos claro que alguns adolescentes não se permitirão ficar à vontade, falando livremente sobre si, por temerem a exposição, ter medo de baixar a guarda e sofrer alguma recriminação pelos comportamentos de não adesão ao tratamento. A preocupação é lícita, inclusive passível de acontecer, caso a equipe de saúde não internalize a função primeira dessa estratégia de educação, que é ser, antes de tudo, mediadora de subjetivação, de elementos de ampliação das possibilidades de se pensar sobre o DM1. O jogo não deve ser tomado como meio privilegiado de se desvelar às transgressões dos adolescentes ao seu plano de tratamento. E, a meu ver, isto deve ser mencionado ao final da partida, ressaltando-se o efeito positivo de se lidar com o assunto do DM1 como algo que possa ser pensado no cotidiano, sem o peso de uma sentença. Digo ao final da partida, porque, se dito no início, poderíamos já estar enfatizando a natureza educativa, em detrimento da lúdica, esperada como mola-mestra da fluidez dos aprendizados.

É preciso que também tenhamos clareza do alcance de nossa ação, que não se propõe a um trabalho analítico nos moldes de grupos psicoterápicos. Nossa intervenção enseja trazer o campo da experiência para o diálogo, como um meio de ajudar a cada um desses meninos a integrar dentro de si a doença como parte da vida, e não da morte. Neste sentido, possibilitar que falem da doença e de si no enfrentamento desta é ensejar que costurem suas narrativas, à natureza da qual são feitos, tendo a doença não como identidade, mas como parte do que é feita essa identidade.

Importante é considerar que um trabalho dentro desse enfoque psicoeducativo requer profissionais com sensibilidade e formação para lidar com adolescentes, grupos e questões emocionais que às vezes expressas pela natural atividade.

## 8 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Como referido antes, não sei se encontrei ou se fui encontrada pelo método narrativo, mas posso dizer da quebra de paradigmas que representou tudo isso para a concepção que eu tinha sobre o ato de pesquisar. Por anos, deliberadamente, rejeitei a ideia de um percurso acadêmico, por considerá-lo uma agressão à minha necessidade lúdica, de prazer e contentamento criativo, numa ideia totalmente dicotômica de que prazer e criatividade não poderiam coexistir com regras do terreno da pesquisa. Eu realmente não contava com a possibilidade de me sentir tão viva e produtiva e com disposição para dispensar tanto tempo ao exercício de rememorar, organizar, relatar e analisar as experiências vividas em minha trajetória profissional. Interessante é como, só com amparo nesta experimentação, as palavras de Josso (2004) sobre a narrativa fizeram sentido pleno para mim. A autora diz que a narrativa (como metodologia de Histórias de Vida em formação) é que explicita a singularidade e, com ela, desvela o universal; é ela que permite a percepção do caráter processual da formação e da vida, entremeando espaços, tempos e as diversas dimensões de quem somos, em busca de uma sabedoria de vida! Sim: é justo isso.

Fui pega de espanto ao chegar nesta última etapa da sistematização da experiência proposta em Holliday, (2006 ) e constatar “o fio condutor unindo as vivências”, como intuído no início deste trabalho.

Esse caminho da narrativa (auto)biográfica, na contramão das urgências e ritmos do dia a dia, cada vez mais se encravando memória adentro, aguçou-me os sentidos e dilatou minha tolerância contemplativa. É como se tivesse aplainado também minha fome de consumir: tempo, informações, performances, paisagens. Fui me deixando fluir, e as experiências foram aflorando, com os contornos conhecidos e outros a se revelar, mas foram se integrando de um universo sentido como particular para um outro, coletivo e de construção conjunta. Quando dei por mim, estava dialogando com os mestres que me inspiram na compreensão do humano.

Revi as questões que como bússolas nortearam meus caminhos. Em relação à primeira pergunta - em que medida, escrever sobre minha trajetória profissional pode colaborar para minha própria formação enquanto psicóloga trabalhando na área da saúde? - escrever sobre minha trajetória profissional, perceber erros e acertos próprios e as circunstâncias em que se deram, conferem-me uma densidade de quem já consegue valorar uma trajetória que se irmana com as escolhas feitas e as verdades concebidas. Sinto-me mais consistente, e capaz

de defender com maior afinco a Educação em Saúde para adolescentes diabéticos, desde que essa educação não seja meramente instrutiva, mas comprometida com a produção de subjetividades e sentidos - capazes de integrar conhecimento com afeto, atitudes de cuidado como valorização da qualidade de vida; empreitada que pode ter como maquinário a ludicidade em grupo.

Respondendo à segunda indagação - De que modo poderia o relato desta trajetória profissional colaborar para a formação de profissionais envolvidos com a educação em saúde para pacientes com DM1? - creio ter elencado aqui material de estudo e bibliografia, diversificados e preciosos, para quem intenta ver em diálogo, os temas que coincidem e se inter-relacionam no estudo da atenção ao adolescente com DM1, esperando, sobremaneira, ter colaborado para a reflexão de que, para uma ação educativa com maior possibilidade de eficácia, precisa-se considerar o que diz, o que pensa e o que sente o sujeito adoecido, fato que requer do profissional de saúde um cuidado e uma habilidade sensível à comunicação diagnóstica por todo o tratamento. O poder de uma conduta empática e acolhedora é um dos maiores trunfos para uma parceria fecunda. Ela costuma ser terapêutica e trazer alento à dor que também é existencial. Não é preciso ser psicólogo para isso. Acolhida é atribuição humanitária. Como *staff* responsável pela disciplina de grupos em saúde pela Resmulti, os grupos psicoeducativos são espaços privilegiados de aprendizados pelos residentes, sejam eles da Psicologia, Enfermagem, Fisioterapia, Nutrição ou de outros que venham a se integrar na equipe.

A narrativa aqui trazida teve a intensão de partilhar da elaboração de um saber que foi se dando na interlocução da prática com as vicissitudes e oportunidades, de cada momento, revelando a forma criativa e, por vezes, reativa, com que os desafios foram sendo enfrentados mesmo em meio às angústias, e dificuldades de toda ordem. Escrevo isso e logo associo às estratégias de enfrentamento à doença a que nossos meninos e suas famílias estão sujeitos. É que pulsamos na linhagem do humano e isto nos sujeita à procura dos sentidos às nossas experiências. Também acredito que nossas narrativas estão sempre a se entrelaçar nas brechas que outras narrativas permitem, possibilitando o desvelamento de nós mesmos naquilo que nos irmana e motiva. Procurei a honestidade das dúvidas, das alegrias e frustrações, como premissa de que sou permanentemente aprendiz e predisposta a inseguranças e ousadias. Talvez isso encoraje mais gente na busca de suas verdades e competências.

Nesse processo, fui e voltei várias vezes pelo mesmo caminho narrativo, achando eu que procurava por força de um fazer estético, para descobrir, bem depois, que estive mesmo foi à procura de mim, como o artista que busca por sua assinatura, nos quadros expostos na galeria. Foi bom encontrar-me. Estive comigo desde a infância e visitei minha adolescência, em sua natural turbulência, ávida pela autonomia, amedrontada pela responsabilidade com meus cuidados; vivendo esse tempo de “moratória”, às vezes, grata pelo protecionismo, às vezes impaciente por sair do limbo e assumir-me na mulher que ansiei ser. Revisitei-me; matei a saudade que sinto de uma ousadia que era minha de outrora e que percebi amadurecida na pessoa que sou hoje. Depois tomei distância desta narrativa, para percebê-la em seu percurso, e compreendi que essa vivência subjetiva, em sua essência, é o que desejo facilitar em meus meninos, como caminho ao encontro de si mesmos. E aí me lembrei de Saramago (2006), que pôs em palavras as minhas buscas. Em uma de suas frases, ele diz: “Tentei não fazer nada na vida que envergonhasse a criança que fui”. É bem isso. Agora o sei. Ainda hoje, é a criança que fui quem aponta os caminhos da qualidade requerida pelo meu fazer no mundo. A empatia nasce daí, do reconhecimento das muitas representações que o sofrimento por uma enfermidade evoca e do quão essencial é que haja espaços e pessoas que possibilitem a escuta e a *ausculta*, dos ditos e dos não ditos conflituados dentro do ser. Isso abre caminhos de sentidos e dá a pessoa o sentimento de ser encontrado, de estar acompanhado. Para mim isto é cuidado e é saúde.

Falo sobre isso e me vem à mente um caso acontecido no cotidiano da vida em família, que trago aqui por associação:

### **8.1 A quem se encontra quando o encontro se dá: o caso do Chico**

Uma de minhas sobrinhas tinha um papagaio, mais para o tipo de periquito, desses que fazem uma zoadada danada, mas não falam, chamado Chico. O Chico não aprendeu sobre o manual do bom pet: sem zoadada e sem trabalho. Pois bem, em casa, o Chico fazia anunciar sua presença desde os primeiros raios do dia, naquela algazarra própria dos louros. Chico era criado solto, com livre acesso a todos os cômodos, mas interdito quanto às janelas. Um dia o Chico sumiu. Sem seus gritos matinais, o dia amanheceu mais tarde na casa, mas o silêncio só podia ser presságio de que algo acontecera ao bichinho. A comoção foi coletiva. Além do sumiço, a preocupação é que Chico virasse presa fácil para os gatos da redondeza. Teve choro, aperreio e reza até que sua dona resolveu imprimir cartazes com a foto do Chico



oferecendo recompensa a quem o encontrasse, indo pregá-los pelos postes das imediações. Passado um tempo considerável para quem bate ponto no trabalho, minha irmã, já atrasada, foi se trocar para sair. Do banheiro, escutou ao longe uns gritinhos conhecidos. Duvidou por uns instantes mas tornou a ouvi-los! Era, sem dúvida, o Chico! Estava em algum lugar ali por perto. Minha sobrinha, avisada pela mãe, foi na direção indicada, a chamar pelo seu Chiquinho: Nenê? ... Nenê? Em certo momento, cada chamado passou a corresponder a um gritinho de resposta. Por aproximação sucessiva, Chico foi avistado no alto de uma mangueira a uns 150 metros de casa. Como Chico parecesse não saber descer (criado como foi, em um horizonte restrito), um rapaz que guardava carros ali perto ofereceu-se para ir pegá-lo. De baixo, minha sobrinha continuava entoando seu chamado, agora numa prosódia própria, como se conversasse com ele. Chico, em gritos menos estridentes, também respondia. Quem visse a cena seria capaz de jurar que de fato conversavam: era como se tirassem de dentro de si todos os fios invisíveis tecidos na amorosidade, e isso sustentasse a espera e sustasse os medos. Nesse embalo, o rapaz chegou próximo ao Chico, e como se este o soubesse seu salvador, pulou no ombro dele e desceu sem estranhamento o resto do percurso, emitindo seus gritinhos de pura euforia.

Uma vez de novo na segurança do afeto conhecido, passarinhava zoadento, como sempre o foi dando mordiscadas nas orelhas de sua dona, agitando as asas, roçando sua cabecinha na dela, a comover qualquer um. Minha sobrinha aninhava o Chico contra o peito, como quem queria tatuar a celebração do momento para sempre. O sempre é muito longe, porém. E essa não foi a vez única que Chico se cansou dos limites de casa. Depois disso, já houve duas sumidas, a última tendo ele ficado desaparecido por dez dias. Atualmente Chiquinho tem 12 anos (bom tempo para um periquito) e suportou bravamente a separação de sua dona, quando esta se mudou para a Holanda. Nas visitas periódicas que esta faz à família, Chico fica eufórico como no dia do pé de mangueira, e se instala confortável no seu ombro pelo máximo de tempo que consegue ficar.

Essa história do Chico sempre me encantou, e ela tem uma plasticidade que cada vez é nova quando a reconto. Neste momento, ela me faz divagar pelos caminhos percorridos nesta pesquisa, e desenha em aquarelas as nuances de uma narrativa que se autoriza a uma linguagem lúdica, em respeito à necessidade de se traduzir a beleza, o subjetivo e o fugaz. Enquanto escrevo, vou me dando conta de que a história do Chico reúne elementos de analogia muito próximos da vida cotidiana e da minha prática da clínica e do hospital, que

tenho por intento, brevemente, considerar e associar ao dia a dia da vivência com o DM1.

Penso que essa pequena odisseia nos permite associações com:

- Impacto de um diagnóstico de doença crônica
- Importância de uma comunicação médico-paciente, que acolha, esclareça e oriente
- Apoio familiar como estratégia de empoderamento aos cuidados
- Necessidade de escuta do que tenha a dizer o paciente sobre sua vivência,
- Busca por estratégias de aproximação às necessidades biopsicossociais dos adolescentes
- Modalidades de intervenção psicoeducativa
- Esforço coletivo pela adesão ao tratamento
- Resultados possíveis e impermanentes
- Prazer do fazer bem feito, “sem açúcar e com afeto”

No sumiço do Chico desenrola-se todo um roteiro comum a quem perde algo valoroso. A dona do Chico e os seus membros familiares vivem momentos de perplexidade ante o inusitado. Sentimentos de pesar, angústias e incertezas tomam a cena, desestabilizando a sensação de conforto ante o que era familiar e conhecido. Toda a rotina da casa é alterada e a família tenta lidar com o fato, à sua maneira, conforme as representações que cada pessoa tem daquilo que se perdeu. Esse início tende a ser tumultuado, e todos se comovem e se movem em direções difusas, buscando por pistas que resultem num sentido. Nesta hora, é de suma importância que haja pessoas capazes de acolher, orientar e informar sobre qual a direção que deva ser tomada; e como fazê-lo. É o papel do médico e da equipe de saúde, quando se comunicam empaticamente, informando sobre a doença e permitindo que a pessoa se posicione em suas dúvidas e angústias, fornecendo indicativos de confiabilidade e competência, como aconteceu no caso do Chico, quando a mãe de sua dona indica a direção de onde concentrar as buscas. Essa intervenção, quando satisfatória, tende a instilar esperança nas possibilidades de enfrentamento do conflito, favorecendo uma ação mais assertiva. Superar a crise ou aplaca-la dependerá em muito da gravidade da situação, das estratégias utilizadas, do apoio recebido, da disponibilidade de recursos e da determinação e

perseverança em prosseguir. Criatividade e trabalho conjunto também são relevantes. No caso do Chico, a empreitada foi de todos, com destaque maior para a qualidade da escuta (ou *ausculta*) do que emerge do outro, em meio aos ruídos, como caminho a uma comunicação reparatória e restauradora. Os gritos do Chico foram discernidos entre tantos outros, porque tinham pertença, habitavam a intimidade da casa e de seus ocupantes. Então, digo que o saber próprio de cada família, ou cuidador, precisa ser respaldado e respeitado como partícipe do processo. Quando sua dona lhe faz chegar seu chamamento, em tom e linguagem conhecida, Chico responde; e mantém-se conectado, pronto a colaborar.

Chico ousou transgredir, fugindo, como por vezes fazem nossos adolescentes perante os limites impostos à sua liberdade pelas demandas ininterruptas da enfermidade, seja por meio da negação da doença, seja por via de uma conduta de riscos. É preciso, entretanto, que estejamos dispostos a encontrar cada um desses meninos em suas fragilidades, medos e revoltas, para que possamos lhes oferecer uma possibilidade de cuidado para consigo. É trabalho de equipe, cada um fazendo sua parte. Às vezes, são tantos os desafios e as exigências que perdemos a noção do que fazer primeiro, e isto, embora valha para todos, ainda se faz mais verdadeiro, quando, às exigências naturais da vida, somam-se as demandas urgentes e ininterruptas de uma doença crônica. Muitos dos adolescentes com DM1 sentem-se encurralados como o Chico, no galho da árvore, sem saber como foram, e como vão sair dali. Precisam de alguém que se disponha a escalar os obstáculos com eles e às vezes por eles; que alguém lhes forneça uma mediação dando-lhes um lugar de abrigo, uma possibilidade de encontro com seus medos, suas competências. Em geral, é a mãe quem assume este papel por muito tempo. Em minha proposta, é o brincar que vem neste lugar de espaço transicional, como estratégia para integração do eu em situações de sofrimento. O brincar, pela sua a versatilidade e naturalidade no desenvolvimento infantojuvenil, de uma só vez, permite expressão de sentimentos, a diluição de ansiedades, a comunicação de conflitos e o teste da realidade. Cria um mundo passível de sentido (às vezes com a intervenção de outros, ou não) e com isso baliza a compreensão para as necessidades a se atender.

Essa história do Chico, também, retrata a grande teia da vida, que une pessoas, circunstâncias e tempos, fazendo de cada um partícipe de encontros. Penso, por exemplo, a quem pertence o gozo maior do encontro: a quem encontrou, ou a quem foi encontrado? Ou seria o próprio “encontro” o grande felizardo? Aquele que premia o entorno, na possibilidade de identificações com a comunhão celebrada?

Como humanos, estamos sempre em busca do encontro, talvez tentando restaurar a unidade com aquele outro (função materna) que tornou possíveis os processos de integração, personalização e realização - base da constituição do eu. Daí a delicada dialética do Humano: só somos, se somos, para um outro, e se esse outro nos medeia a vida. Então, as narrativas são, ao mesmo tempo, mediação, método e acontecimento. Chico é uma ave, mas poderia ser qualquer um de nós, quando necessitamos ser encontrados e restaurados em nossa fé na vida.

Em meu fazer profissional, por intermédio dos grupos e atividades lúdicas, a proposta foi sempre possibilitar um espaço de interlocução, onde cada um, criança/adolescente ou profissional, fosse capaz de pensar com maior apropriação de sentidos, para maior ampliação de cuidados. As mudanças no estilo de vida que o DM1 requer precisam encontrar respaldo dentro da própria pessoa, e isto melhor se faz pela subjetivação das questões em pauta, de na articulação com as aprendizagens e conhecimentos adquiridos. É o encontro de si com o gesto que restaura.

A experiência narrativa, possibilitada por esta pesquisa, foi vivida por mim como um verdadeiro “acontecimento”<sup>48</sup>. Sim, narrar minha trajetória profissional tem me permitido um vislumbre bastante especial de como tenho me constituído como gente e profissional e do quão interdependente somos, uns, das histórias dos outros. “Aconteci”, encontrando-me. “Aconteci”, encontrando. “Aconteci”, podendo ser encontrada. Talvez seja esta a tônica pulsante em todo o trabalho: o potencial do que venha a nos acontecer quando passamos a ser ouvintes das narrativas dos outros e da nossa própria. Parece que se abrem as portas da empatia, e, na empatia, podemos ser mais plurais, mais da raça humana. Todo ser vivo tem uma história, mas é só do humano a possibilidade de narrá-la. Narro a história do Chico e, ao narrá-la, ela já é um pouco minha, identifica-se com o que acredito.

Perceber a pertença da narrativa autobiográfica como processo subjetivo central a inúmeras manifestações teóricas, artísticas e terapêuticas, para mim, foi muito precioso. Cada vez que eu conseguia fazer esta correspondência, era um “Eureka”! Era como poder reunir vários rios à mesma foz. Foi assim com a Psicanálise e a teoria de Winnicott; a Filosofia de W. Benjamin e Vygotsky; as expressões artísticas da Bienal, os desenhos de Millor Fernandes em sua exposição em São Paulo (2018), as possibilidades terapêuticas com os adolescentes portadores de DM1 em suas expressões mediadas pelo recurso lúdico, as várias pesquisas

---

<sup>48</sup> Expressão usada por Passeggi em conferência no VIII Congresso Internacional de Pesquisa Autobiográfica em São Paulo, set.2018.

autobiográficas a acontecer no Brasil em distintos espaços sóciopolíticos e culturais. Sei que esse fio condutor sempre existiu, mas, só agora, posso concebê-lo. Comparo-o à criança que descobre que pode ler, juntando letras e sílabas num ritmo e sequência fartos de sentido. Sim: muitos são os encontros possíveis, quando podemos ter olhos para as surpresas do caminho.

Só o encontro permite a diferenciação do eu e do outro. Só o encontro permite a pertença, o diálogo e a partilha. Movemo-nos para encontrar o que nos falta.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ABERASTURY A, KNOBEL M. **Adolescência normal**. 10. ed. Porto Alegre: Artes Médicas. 1992.

AIELLO-VAISBERG, T. M. J. A. Da questão do método à busca do rigor: A abordagem clínica e a produção de conhecimento na pesquisa psicanalítica. In: AIELLO-VAISBERG, T. M. J. A., AMBROSIO, F. F.(orgs). **Cadernos Ser e Fazer: Apresentação e materialidade**. São Paulo: Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo, 2003. p. 36-43.

ALMEIDA, J. P. C. **Impacto dos Factores Psicológicos associados à adesão terapêutica, ao controlo metabólico e à qualidade de vida em adolescentes com Diabetes tipo 1**. 2003. Tese (Doutorado em Psicologia Clínica) - Faculdade de Psicologia, Universidade de Minho, Braga, Portugal, 2003.

ALMEIDA, R. A. Adesão ao tratamento de doenças crônicas. **Temas em psicoterapia e psicologia**. 2010. Disponível em:  
<<http://psicoterapiaepsicologia.webnode.com.br/products/adesaoaotratamentedoencascronicas/>>. Acesso em: 16 out. 2016.

ALMINO, M. A. F. B.; QUEIROZ, M. V. O.; JORGE, M. S. B. Diabetes mellitus na adolescência: experiências e sentimentos dos adolescentes e das mães com a doença. **Rev. esc. enferm. USP**, São Paulo, v. 43, n. 4, 2009. [Internet] [acesso 2017 jan 16];43(4):759-66. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v43n4/a04v43n4.pdf>.

AMADO, J. e FERREIRA, S. Estudos (auto) biográficos - Histórias de vida. In: **Manual de Investigação Qualitativa em educação**. Universidade de Coimbra, 2013.

AMBRÓSIO, F. F. (Org), **Cadernos Ser e Fazer**. Apresentação e Maternidade. São Paulo: Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo, 2003, p.36-43.

\_\_\_\_\_. **O estilo clínico ‘Ser e Fazer’ na investigação de benefícios clínicos de psicoterapias** – Campinas; PUC Campinas, 2013. 114p.

ARAÚJO YB, COLLET N, GOMES IP, NÓBREGA RD. Enfrentamento do adolescente em condição crônica: importância da rede social. **Rev bras enferm**. 2011 mar-abr;2(64):281-6.

BAKHTIN, M. **Marxismo e filosofia da linguagem**. 11.ed. São Paulo: Hucitec, 2004.

BARONE, M. **Diabetes em crianças: o que há de novo?** 2015. Disponível em: <<http://www.diabetes.org.br/colunistas/89-dr-mark-barone/1174-diabetes-em-criancas-o-que-ha-de-novo>>. Acesso em: 10 set. 2015.

BARROS, Manoel de. 1916-2014

BENEDETTI, Mário. 1920-2009

BENELLI, C. **O Docente como profissional reflexivo: O papel da biografia formativa e**

profissional. Trad.: Laura Cristina Vieira Pizzi. Debates em Educação, 2014

BENJAMIN, W. **Obras escolhidas**: Magia e técnica, arte e política. 3º ed. São Paulo: Editora brasiliense 1987. P. Prefácio: Walter Benjamim ou a História Aberta – pp 07-19; Jeane Marie GAGNEBIN

BOWLBY, j. (1969/1990). Apego e perda: Apego - *A natureza do vínculo*. São Paulo: Martins Fontes, vol. 1.

BRASIL. Ministério da Saúde (MS). Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão e da Regulação do Trabalho em Saúde. **Câmara de Regulação do Trabalho em Saúde**. Brasília: MS; 2006.

\_\_\_\_\_. ESTATUTO DA CRIANÇA E DO ADOLESCENTE. **Lei nº 8.069**, de 13 de julho de 1990. Rio de Janeiro: Imprensa Oficial, 2002.

BRITO, T.B.; SADALA, M.L.A. Diabetes mellitus juvenil: a experiência de familiares de adolescentes e pré-adolescentes. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 3, June 2009 . Disponível em <[http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S141381232009000300031&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S141381232009000300031&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em 01 maio de 2018.

BROCKMEIER, J; HARRÉ, R. Narrativa: Problemas e Promessas de um Paradigma Alternativo. **Psicologia: Reflexão e Crítica**, 2003, 16(3), pp. 525-535

BROUGÈRE, G. **Brinquedo e cultura**. São Paulo: Cortez, 1998

BURD, M. O adolescente e a experiência do adoecer: o *Diabetes Mellitus*. **Adolesc Saúde**. 2006;3(1):12-17.

CALLIGARIS, C. **A Adolescência**. São Paulo: Publifolha, 2000.

CAMARA, G. M. C.; FORTI, A. C. A educação em diabetes e a equipe multiprofissional. Diabetes na Prática Clínica. 2014. Disponível em: <<http://www.diabetes.org.br/ebook/component/k2/item/50-a-educacao-em-diabetes-e-a-equipe-multiprofissional>>. Acesso em 12 out. 2016.

CAMPOS, D. T. F. & ROSA, C. M. & CAMPOS, P. H. F. (2010) A Confusão de Línguas e os Desafios da Psicanálise em Instituição. **Em Revista Psicologia Ciência e Profissão**, 30.3, 504-523.

CARVALHO, Rosita Edler. Educação inclusiva: do que estamos falando?. **Revista Educação Especial**, Santa Maria, p. 19-30, dez. 2011. ISSN 1984-686X. Disponível em: <<https://periodicos.ufsm.br/educacaoespecial/article/view/4395/2569>>. Acesso em: 04 nov. 2018.

CHVATAL, Vera Lúcia Soares; BOTTCHER-LUIZ, Fátima; TURATO, Egberto Ribeiro. Respostas ao adoecimento: mecanismos de defesa utilizados por mulheres com síndrome de Turner e variantes. **Rev. psiquiatr. clín.**, São Paulo , v. 36, n. 2, p. 43-47, 2009 . Available from <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0101-](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0101-)

60832009000200001&lng=en&nrm=iso>.access on 04 Nov. 2017.  
<http://dx.doi.org/10.1590/S0101-60832009000200001>

CONNELLY, F.M.; CLANDININ, J. Stories of Experience and Narrative Inquiry. **Educational Researcher**. Vol 19, Issue 5, pp. 2 – 14. First Published June 1, 1990.<https://doi.org/10.3102/0013189X019005002>

CORRER, Rinaldo et al. Avaliação do cotidiano e enfrentamento de adolescentes com Diabetes [Mellitus 1. **Salusvita**, Bauru, v. 32, n. 3, p. 243-263, 2013

CORREIA, A.C. **Coping e a auto-eficácia em pais de crianças e adolescentes com diabetes tipo 1**. 2010. 83 f. Dissertação (Mestrado) – Faculdade de Ciências Humanas e Sociais, Universidade Fernando Pessoa, Porto, 2010

COSCRATO, G. PINA, J. C. MELLO, D. F. Utilização de atividades lúdicas na educação em saúde: uma revisão integrativa da literatura. **Acta Paulista de Enfermagem**, v.23, n.2, pp.257-263, 2010. <http://producao.usp.br/handle/BDPI/2945>

DELORY-MOMBERGER, C. Abordagens metodológicas na pesquisa biográfica. Tradução de Anne-Marie Milon Oliveira. Revisão técnica de Fernando Scheibe. **Revista Brasileira de Educação** v. 17 n. 51 set.-dez. 2012

DEMO P. Aprendizagem no Brasil: ainda muito por fazer. Porto Alegre: Mediação; 2004.

DIMA, R. I. Reflexos dos cuidados da Diabetes Mellitus nas Relações Familiares: impactos, limites e estratégias. **Em Debate**, 2013.2, nº 11, pág. 01–31.

DIXIT. Autor: Jean-Louis Roubira, Ilustrador: Marie Cardouat Criador: Regis Bonnessée Publicação: Libellud.2010. importação para o Brasil de GALAPAGOS, Jogos. Alemanha

EISENSTEIN, E. Adolescência: definições, conceitos e critérios. **Adolescência e Saúde**. Rio de Janeiro, v. 2, n. 2, 2005.

ERIKSON, E. H. (1968). **Identidade, Juventude e Crise**. Rio de Janeiro: Zahar, 1972.

EU CONTO, Jogo. Criação: Associação Viva e Deixe Viver. Ed. Matrix. 2008

FARIA, A.; BELLATO, R. A compreensão do fenômeno condição crônica por diabetes mellitus a partir da experiência de adoecimento. **Rev. Eletr. Enf.** [Internet]. 2010;12(3):520-7. Disponível em: < <http://dx.doi.org/10.5216/ree.v12i3.6953>>.

FAVORETO, C. A. O. e CABRAL, C. C. Narrativas sobre o processo saúde-doença: experiências em grupos operativos de educação em saúde. **Interface (Botucatu)** [online]. 2008, vol.13, n.28 [cited 2018-01-27], pp.7-18. Available from: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1414-32832009000100002&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832009000100002&lng=en&nrm=iso)>. ISSN 1807-5762. <http://dx.doi.org/10.1590/S1414-32832009000100002>.



FERNANDES, W. J. A importância dos grupos hoje. *Rev. SPAGESP*. [online]. V.4, n.4, p.83-91, 2003. Disponível em: <[http://pepsic.bvs-psi.org.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1677-29702003000100012&lng=pt&nrm=iso](http://pepsic.bvs-psi.org.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1677-29702003000100012&lng=pt&nrm=iso)>. ISSN 1677-2970. Acesso em: 13 out. 2016.

FEURSTEIN R. **Aprendizagem mediada**: dentro e fora da sala de aula. Editora: Senac; Rio de Janeiro, 1997.

FONTOURA, T.R. O brincar e a educação infantil. **Pátio**: Educação Infantil, v1, n.3, p.7-9, 2004.

FERNANDES, J.J.B.R. **Cuidar no domicílio: a sobrecarga do cuidador familiar**. Universidade de Lisboa. Faculdade de Medicina de Lisboa. 2009.

FERREIRA, L.E.; ZANATTA, E.A.; BRUM, M.L.B.; NOTHAFT, S.C.; MOTTA, M.G.C.. Diabetes mellitus sob a ótica do adolescente. **Rev cogitare enferm**. 2013 jan/mar;1(18):71-7.

FERREIRA, N. B.; HOLANDA, **Dicionário de Português** on line. Publicado em: 2016-09-24, revisado em: 2017-02-27 Disponível em: <<https://dicionariodoaurelio.com/ludicidade>>. Acesso em: 25 Jan. 2018)

FIALHO, F.A; LEAL D.T.; VARGAS DIAS I.M.A.; NASCIMENTO, L.; ARRUDA W.C.. A vivência dos familiares de crianças e adolescentes portadores de diabetes mellitus tipo 1. **Rev. Eletr. Enf. [Internet]**. Goiania, v. 14, n. 1, p. 189-96, 2012.

FORTUNA, T. R. **A formação lúdica docente e a universidade**:/2011-425p. Tese (Doutorado) -- Universidade Federal do Rio. Grande do Sul, Faculdade de Educação, Programa de Pós- Graduação em Educação, Porto Alegre, BR-RS, 2011. Disponível em [www.lume.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/35091/000793590.pdf](http://www.lume.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/35091/000793590.pdf) acesso em 13 Nov. 2017.

FRAGOSO, L.V.C; ARAÚJO, M.F.M; LIMA, A.K.G; FREITAS, R.W.J.F; DAMASCENO, M.M.C. Vivências cotidianas de adolescentes com diabetes mellitus tipo II. **Texto contexto enferm**. 2010 jul-set;3(19):443-51.).

FREUD, S. (1996). Três ensaios sobre sexualidade. In - STRACHEY, J (Ed. e Trad.), **Obras psicológicas completas de Sigmund Freud**: edição standard brasileira (Vol. 7). Rio de Janeiro: Imago. (Texto original 1905).

\_\_\_\_\_. (1996). Três ensaios sobre sexualidade. In - STRACHEY, J (Ed. e Trad.), **Obras psicológicas completas de Sigmund Freud**: edição standard brasileira (Vol. 7). Rio de Janeiro: Imago. (Texto original 1905).

FUNDO DAS NAÇÕES UNIDAS PARA A INFÂNCIA (UNICEF). *Situação Mundial*

GARRET, S. P. A. **Adesão ao Tratamento da Diabetes em Adolescentes**. Dissertação (Mestrado em Psicologia) - Faculdade de Psicologia e de Ciência da Educação, Universidade do Porto, Porto, Portugal, 2013.

GASPAR, M. M. G. ; PEREIRA, F. ; PASSEGGI, M. C. **Diário de acompanhamento**:

reflexões sobre a escrita do memorial de formação durante o V Congresso Internacional de Pesquisas Autobiográficas, CIPA no Rio Grande do Sul/Brasil, 2012

GRANATO, T. M. M. **Tecendo a clínica winnicottiana da maternidade em narrativas psicanalíticas**. 2004. Tese (Doutorado em Psicologia Clínica) - Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2004. doi:10.11606/T.47.2004.tde-13062006-152940. Acesso em: 2017-11-11

\_\_\_\_\_.; CORBETT, E.; AIELLO-VAISBERG, T. M. J. Narrativa interativa e psicanálise. **Psicol. estud.**, Maringá, v. 16, n. 1, pp. 149-155, Mar. 2011. Available from <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-73722011000100018&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-73722011000100018&lng=en&nrm=iso)>. access on 07 Mar. 2018. <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-73722011000100018>

GRILLO, M. de F. F. et al. Efeito de diferentes modalidades de educação para o autocuidado a pacientes com diabetes. **Rev. Assoc. Med. Bras.**, São Paulo, v. 59, n. 4, pp. 400-405, Aug. 2013. Available from <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-42302013000400021&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-42302013000400021&lng=en&nrm=iso)>. access on 28 Apr. 2017. <http://dx.doi.org/10.1016/j.ramb.2013.02.006>.

GURFINKEL, D. Entre o si-mesmo e o encontro com o outro. **In Revista Cult** No. 237, Agosto;2018. São Paulo: Editora Bregantini, 2018. pp. 32-35.

GUSMÃO, JL, MION JÚNIOR, D. Adesão ao tratamento– conceitos. **Rev Bras Hipertens** 2006; 13(1):23-25.).

HOLLIDAY, O. J. **Para sistematizar experiências** / Oscar Jara Holliday; tradução de: Maria Viviana V. Resende. 2. ed., revista. – Brasília: MMA, 2006. 128 p. ; 24 cm. (Série Monitoramento e Avaliação).

HUIZINGA, J. **Homo Ludens: O Jogo como Elemento de Cultura**. São Paulo: Perspectiva. 2008.

JOSSO, M-Christine. **Experiências de vida e formação**. São Paulo. Cortez, 2004.

KIEL E ASCHER. Prefácio. In: **Para sistematizar experiências** / Oscar Jara Holliday; tradução de: Maria Viviana V. Resende. 2. ed., revista. – Brasília: MMA, 2006. 128 p. ; 24 cm. (Série Monitoramento e Avaliação).

KIRCHNER, L. F.; MARINHO-CASANOVA, M. L. Avaliação da adesão ao tratamento do diabetes mellitus tipo 1: revisão de literatura. **Est. Inter. Psicol.**, Londrina, v. 5, n. 1, pp. 45-63, jun. 2014. Disponível em <[http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S2236-64072014000100004&lng=pt&nrm=iso](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2236-64072014000100004&lng=pt&nrm=iso)>. acessos em 27 jan. 2018. <http://dx.doi.org/10.5433/2236-6407.2014v5n1p45>

KISHIMOTO, Tizuko. O jogo e a educação infantil. In: KISHIMOTO, T. **M. Jogo, brinquedo, brincadeira e a educação**. São Paulo: Cortez, 1996.

LELOUP, J. Y. **O corpo e seus símbolos**. Petrópolis: Vozes, 2000. pp. 11-15.

LIMA, M. E. C. de C.; GERALDI, C. M. G.; GERALDI, J. W. o trabalho com narrativas na investigação em educação. **Educ. rev.**, Belo Horizonte, v. 31, n. 1, pp. 17-44, Mar. 2015. Available from <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-46982015000100017&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-46982015000100017&lng=en&nrm=iso)>. access on 06 Feb. 2018. <http://dx.doi.org/10.1590/0102-4698130280>

LIRA, G. V.; CATRIB, A. M. F.; NATIONS, M. K. A narrativa na pesquisa social em saúde: perspectiva e método. *Revista Brasileira em Promoção da Saúde [em linha]* 2003, 16 [Fecha de consulta: 5 de fevereiro de 2018] Disponible en: <<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=40816211>> ISSN 1806-1222

LOPES, M. C. **Ludicidade humana**: contributos para a busca dos sentidos do humano. Aveiro: Universidade de Aveiro, 2004.

LORETO, O. di. **Origem e modo de construção das moléstias da mente (psicopatogênese)**: a psicopatogenia que pode estar contida nas relações familiares. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2004

MACEDO, L. **Jogo e Projeto**: Pontos e Contra Pontos. São Paulo: Summus, 2006.

MACEDO, M. M. K.; GOBBI, A. S.; WASCHBURGER, E. M.P. Adolescência e Psicanálise: intersecções possíveis, 2 ed, rev. e amp..2012

\_\_\_\_\_; FENSTERSEIFER, L.; WERLANG, B. S. G. Adolescência: um tempo de ressignificações. In: MACEDO, M. M. K. (org.). **Adolescência e psicanálise**: intersecções possíveis. pp. 65-84, Porto Alegre: EDIPUCRS, 2012

MACEDO, R. M. S. (Org.) **Psicologia e Instituições** – novas formas de atendimentos. São Paulo – SP, Cortez Editora, 1986

MÃE, V. H. **A Desumanização**. 2. ed. São Paulo: Biblioteca Azul, 2017.

MAIA F. F. R, ARAÚJO L. R. Projeto Diabetes Weekend - Proposta de educação em *Diabetes Mellitus* tipo 1. **Arq Bras Endocrinol Metab**. 2002;46(5).

MAPAS DE CONVERSAÇÃO EM DIABETES. Criado pela. Healthy Interactions, em parceria com o Laboratório *Lilly* e chancelado pela. Internacional Diabetes Federation .

MASSA, M. S. Ludicidade: da Etimologia da Palavra à Complexidade do Conceito.

APRENDER - **Cad. de Filosofia e Psic. da Educação**. Vitória da Conquista, Ano IX n. 15 p.111-130 2015 <https://pt.scribd.com/document/358758981/Ludicidade-da-Etimologia-da-Palavra>

MINANNI, C. A., FERREIRA, A. B., SANTANNA, M. J. C., COATES, V. Abordagem integral do adolescente com diabetes. **Adolesc Saúde**, 2010; (1): 45-52.

MOREIRA, P.L.; DUPAS, G. Vivendo com o diabetes: a experiência contada pela criança. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 14, n. 1, Feb. 2006. Disponível em <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-11692006000100004&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692006000100004&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em 03 maio de 2017.

MOURA, C. P. *et al.* **Fatores Associados à Adesão ao Tratamento do Diabete Melittus**. Trabalho de Conclusão de Curso (Especialização em Saúde da Família). Água Boa, Mato Grosso, 2011.

MOTA, A. O. a estética dos bebês e o direito à cultura. In: Dossiê | Winnicott e o entendimento do humano na psicanálise - Revista CULT. 2018

NOGUEIRA, Luiz Carlos. A pesquisa em psicanálise. **Psicol. USP**, São Paulo , v. 15, n. 1-2, pp. 83-106, June 2004 . Available from <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0103-65642004000100013&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-65642004000100013&lng=en&nrm=iso)>. access on 15 Feb. 2018. <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-65642004000100013>

OLIVEIRA de, M. C. Brincar: mutualidade em jogo. **Winnicott e-prints**, São Paulo , v. 1, n. 2, pp. 1-14, 2006 . Disponível em <[http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1679-432X2006000200003&lng=pt&nrm=iso](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679-432X2006000200003&lng=pt&nrm=iso)>. acessos em 18 jan. 2018.

OLIVEIRA, R. N. G. de et al . Limites e possibilidades de um jogo *online* para a construção de conhecimento de adolescentes sobre a sexualidade. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro , v. 21, n. 8, pp. 2383-2392, Aug. 2016 . Available from <[http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232016000802383&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232016000802383&lng=en&nrm=iso)>. access on 19 Sept. 2017. <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232015218.04572016>.

OLIVEIRA, S. S. G. et al. O lúdico e suas implicações nas estratégias de Regulação das Emoções em crianças hospitalizadas. *Psicologia: reflexão e crítica*, 16 (1), p.1-13, 2004

OLIVEIRA, V.Z. & GOMES, W.B. Comunicação médico-paciente e adesão ao tratamento em adolescentes portadores de doenças orgânicas crônicas. **Estudos de Psicologia**, 2004, 9(3), pp.459-469

ONOCKO CAMPOS, R. T; FURTADO, J. P. Narrativas: utilização na pesquisa qualitativa em saúde. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo , v. 42, n. 6, p. 1090-1096, Dec. 2008 . Available from <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-89102008000600016&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102008000600016&lng=en&nrm=iso)>. access on 04 Nov. 2018. Epub Sep 11, 2008. <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-89102008005000052>.

PASSEGGI, M. C. e SOUZA, E. C. O Movimento (Auto)Biográfico no Brasil: Esboço de suas Configurações no Campo Educacional. **Revista Investigacion Cualitativa**, 2(1) pp. 6-26. 2017, DOI: <http://dx.doi.org/10.23935/2016/01032>

PICHON-RIVIÈRE, E. **O Processo Grupal**. 6. ed. São Paulo: Martins Fontes, 1998.

POLITZER, G. (1975). **Crítica dos Fundamentos da Psicologia**. Lisboa: Editorial Presença. (Original publicado em 1928)

RAPOFF, M.A. Management of adherence and chronic rheumatic disease in children and adolescents. **Best Pract Res Clin Rheumatol**. 2006;20:301-14.

RICOEUR, P. (1999). *Humanities between Science and Art*. Universidade de Arhus, Dinamarca. Recuperado em 13 de Março, 2018, de <http://www.hum.au.dk/ckulturf/pages/publications/pr/hbsa.htm>. [ Links ]

ROJAS, J. **O lúdico na construção interdisciplinar da aprendizagem: uma pedagogia do afeto e da criatividade na escola**. Rio de Janeiro: ANPED, 2002.

ROSA, C. M. **POR Uma Psicoterapia Psicanalítica De Grupo**. Polêmica, v. 10, n. 4, outubro/dezembro 2011. Universidade do Estado do Rio de Janeiro [laboreuerj@yahoo.com.br](mailto:laboreuerj@yahoo.com.br) [www.polemica.uerj.br](http://www.polemica.uerj.br)

RUESCH, J., & BATESON, G. (1987). **Communication: the social matrix of psychiatry**. Nova York: W.W. Norton

SANTOS, G. S., TAVARES, C. M. M., FERREIRA, R. E., PEREIRA, C. S. F. Rede social e virtual de apoio ao adolescente que convive com doença crônica: uma revisão integrativa. **Chia**. 2015 mar;15(1):60-74.).

SAVIETTO, B. B. & CARDOSO, M. R. Adolescência: ato e atualidade. Fortaleza: **Revista Mal-estar e Subjetividade**. 2006.

SILVA, F. C. R. e MAIA, S. F. **Narrativas autobiográficas: Interfaces com a pesquisa sobre formação de professores**. 2010. Available from [http://leg.ufpi.br/subsiteFiles/ppged/arquivos/files/VI.encontro.2010/GT.1/GT\\_01\\_22.pdf](http://leg.ufpi.br/subsiteFiles/ppged/arquivos/files/VI.encontro.2010/GT.1/GT_01_22.pdf) . access on 09 nov. 2017.

SILVA, L. L. T.; VECCHIA, B. P.; BRAGA, P. P. **Adolescer em pessoas com doenças crônicas: uma análise compreensiva**. Revista Baiana de Enfermagem, Salvador, v. 30, n. 2, p. 1-9, abr./jun. 2016.

SILVEIRA, L. M. C.; RIBEIRO, V. M. B. Grupo de adesão ao tratamento: espaço de "ensinagem" para profissionais de saúde e pacientes. **Interface - Comunic., Saúde, Educ**. V.9, n.16, p.91-104, 2004/2005.

SMALINSKY, E. RIPESI, D. E MERLE, E. Descobrimo Winnicott e o brincar. TGE (Editor), trad. MENDONÇA, SOUZA e ZART – Terra de areia [RS]:Triângulo Graf. Ed., 2017. 187p.

SOARES, J.P.G. **Diabetes Mellitus tipo 1 na adolescência: Adesão ao tratamento e Qualidade de vida**. Dissertação de Mestrado apresentada como exigência parcial para obtenção do grau de Mestre em Psicologia sob orientação da. Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Débora Dalbosco Dell'Aglio. Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Programa de Pós-Graduação em Psicologia. Instituto de Psicologia, 2015. Disponível

em:<https://www.lume.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/130516/000978580.pdf?sequence=1>. Acesso em 23: 23 out.2017

SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES (SBD). **Diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes**: 2013-2014. São Paulo: AC Farmacêutica; 2014.

SOUZA, E. C. **O conhecimento de si**: Narrativas do itinerário escolar e formação de professores. Tese de doutorado - Universidade Federal da Bahia, Faculdade de Educação, Bahia, Brasil, 2004.

\_\_\_\_\_. **(Auto)biografia, histórias de vida e práticas de formação**. Artigo i apresentado na Mesa Autobiografia na História da Educação, no âmbito do II Encontro Norte– Nordeste de História da Educação e I Encontro Maranhense de História da Educação, realizado entre os dias 20

a 23 de agosto de 2007.

\_\_\_\_\_; SOUSA, C. P. de e CATANI, D. B. La reserche (auto)biographique et l’invention de soi au Bresil. Colloque International (1986 – 2007) Le Biographique, la réflexivité et les temporalités. Articuler Langues, cultures et formation. Université François -Rabelais, 25-27 juin 2007, Tours-França.

SPARAPANI, V. C.; NASCIMENTO, L. C. Recursos pedagógicos para educação de crianças com diabetes mellitus tipo 1. **Saúde & Transformação**. Florianópolis, v.1, n.1, pp. 113-119, 2010.

SPITZ L. As reações psicológicas à doença e ao adoecer. In: **Cadernos do IPUB**. Saúde Mental no Hospital Geral. Rio de Janeiro: Instituto de Psiquiatria da UFRJ. 1997. n. 6, p. 85-97.

STERNBACH S. (2007). *Adolescencias: Tiempo y Cuerpo en La Cultura Actual*. DOLTO, Françoise y FIZE, Miechel. by fr\_nahuel.

TARALLI, I. H. G; THOMÉ, J T. A vivência relacional reconstrutiva e sua ressonância na mente do paciente. *Revista Brasileira de Psicoterapia*, Porto Alegre vol. 7, n. 1, p. 73-82, 2005. Disponível em: <<http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online>> Acesso em: 16 de Out. de 2018

TANNER JM. **Growth at Adolescence**. 2 ed. Oxford: Blackwell, 1962.

TEXTOS ESCOLHIDOS /WALTER BENJAMIN, MAX HORKHEIMER, THEODOR W. ADORNO, JÜGEN HABERMAS; traduções de José Lino GrÜnnwald [et al],-2.ed. São Paulo: Abril Cultural, 1983. (Os pensadores)

TOSCANI, N. V. et al . Desenvolvimento e análise de jogo educativo para crianças visando à prevenção de doenças parasitológicas. **Interface** (Botucatu), Botucatu , v. 11, n. 22, pp. 281-294, Aug. 2007. Available from

<[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1414-32832007000200008&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832007000200008&lng=en&nrm=iso)>. access on 07 Oct. 2017.  
<http://dx.doi.org/10.1590/S1414-32832007000200008>.

TORRES, H.C.; HOSTALE, V.A., SCHALL, V. A experiência de jogos em grupos operativos na educação em saúde para diabéticos. **Cad. Saúde Pública**, v. 19, p 1039-1047, 2002.

VALENTE, T. da S. Contribuições do Núcleo de Estudos em Psicanálise e Educação... **Educar em Revista**, Curitiba, Brasil, n. 64, pp. 137-152, abr./jun. 2017. DOI: 10.1590/0104-4060.49810

VYGOTSKY, Lev Semenovich. A formação social da mente. 6. ed. São Paulo: Martins Fontes, 1998.

YONEKUA, T.; SOARES, C. B. O jogo educativo como estratégia de sensibilização para coleta de dados com adolescentes. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 18, n. 5, p. 968-974, 2010.

WINNICOTT, C. (1977). Prefácio da edição inglesa. In **The Piggle: relato do tratamento psicanalítico de uma menina**. Rio de Janeiro: Imago, 1987.

WINNICOTT, D. W. **A Criança e o seu mundo**. Rio de Janeiro: Zahar, 1966.

\_\_\_\_\_. **Tudo começa em casa**. São Paulo: Martins Fontes, 1989.

\_\_\_\_\_. **O brincar e a realidade**. Rio de Janeiro: Imago. (Trabalho original publicado em 1971; respeitando-se a classificação de Hulsjmand, temos 1971a)

WINOGRAD, M.; MENDES, L. C. Qual corpo para a psicanálise? Breve ensaio sobre o problema do corpo na obra de Freud. **Psicologia: Teoria e Prática** – 2009, 11(2):211-223

ZANETTI, M. L. et al . O cuidado à pessoa diabética e as repercussões na família. **Rev. bras. enferm.**, Brasília, v. 61, n. 2, abr. 2008 . Disponível em <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S003471672008000200007&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S003471672008000200007&lng=pt&nrm=iso)>. Acesso em 23 mar. 2017.

ZANETTI M. L, MENDES I.A.C. Análise das dificuldades relacionadas às atividades diárias de crianças e adolescente com diabetes mellitus tipo 1: depoimento de mães. **Rev Latino-am Enfermagem** 2001 novembro-dezembro; 9(6):25-30  
[www.eerp.usp.br/rlaenf](http://www.eerp.usp.br/rlaenf)

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Adherence to long term therapies: evidence for action**. WHO, Geneva, 2003. Disponível em: <[http://www.who.int/chp/knowledge/publications/adherence\\_full\\_report.pdf](http://www.who.int/chp/knowledge/publications/adherence_full_report.pdf)>. Acesso em 10 out. 2016.