

Intervenção Psicológica na Área da Diabetes (*)

HELENA SEABRA (**)

A Associação Protectora dos Diabéticos de Portugal é uma Instituição Particular de Solidariedade Social (I.P.S.) destinada à luta contra a Diabetes. Fundada em 1926 pelo Dr. Ernesto Roma, criador da Diabetologia Social, tem como fins principais: a prestação de cuidados de saúde de carácter preventivo, curativo e de reabilitação; a integração social e comunitária dos diabéticos e a defesa dos seus direitos; a protecção aos diabéticos em situação de manifesta e reconhecida carência económica. Além destes aspectos, a Associação fomenta e promove acções de investigação científica no âmbito da Diabetes.

O apoio ao diabético, em toda a sua globalidade, é executado por equipas de saúde especializadas e pluridisciplinares, actuando quer na repercussão somática da doença — consulta e vigilância médica periódicas —, quer nos aspectos pedagógicos e psicológicos à «educação do diabético».

A intervenção da Psicologia surgiu em 1985 em colaboração com a Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação (Departamento de Clínica), donde resultou a integração de uma psicóloga na equipa de saúde, actuando sob a supervisão da Dra. Fátima Medeiros (Psiquiatra e Psicoterapeuta). Foi feita a avaliação psico-

lógica de crianças e jovens; deste estudo constatou-se a necessidade de um apoio psicológico regular.

Actualmente, e de acordo com as necessidades da Instituição, existe (desde 1990) o Departamento de Psicologia, do qual fazem parte quatro psicólogos (Helena Seabra, António Ventura, Isabel Oliveira, Eduardo Coelho) e a Coordenadora do Departamento, Dra. Fátima Medeiros.

Este trabalho pretende sensibilizar-vos para o diabético e seu atendimento na A.P.D.P., assim como para o papel da Psicologia face a esta doença crónica.

Uma doença crónica representa sempre angústia e preocupação, mesmo quando o indivíduo aceita a doença de forma adequada e se integra no seu ambiente social. O doente crónico está, com mais facilidade, sujeito a alterações de comportamento; há, portanto, necessidade de esquemas de prevenção, no âmbito da consulta psicológica, no sentido de minorar as dificuldades, permitindo o máximo desenvolvimento, o melhor desempenho sócio-profissional e equilíbrio emocional.

A *diabetes mellitus* é uma doença crónica, caracterizada essencialmente por excesso de glicose no sangue, e pode ser não insulino-dependente ou tipo II (não necessita de administrar insulina; está relacionada com o excesso de peso; mais frequente nos adultos); insulino-dependente ou tipo I (é necessário administrar insulina; o

(*) Comunicação apresentada no Tema Avançado de Psicologia da Saúde, ISPA, Fevereiro de 1992.

(**) Departamento de Psicologia da Associação Protectora dos Diabéticos de Portugal.

funcionamento do pâncreas é nulo ou quase nulo; mais frequente em jovens). É com a população diabética insulinoarente que temos vindo a trabalhar.

A *diabetes insulinoarente* é uma doença da nutrição, relacionada com o aproveitamento dos alimentos, e devida, como já vimos, a mau funcionamento do pâncreas. No indivíduo diabético tipo I, este órgão tem funcionamento deficiente, não segregando insulina em quantidade suficiente, ou não segregando nenhuma: esta hormona é fundamental para a assimilação dos alimentos, pois permite o aproveitamento da glicose, substância essencial para o funcionamento dos órgãos. Quando a glicose não é aproveitada, vai ser retida pelo fígado e passar para o sangue, acumulando-se; o organismo tenta combater o excesso de açúcar eliminando-o através do rim. Assim, o início da *diabetes mellitus* tipo I muitas vezes manifesta-se por falta de forças (o alimento não é assimilado) e emagrecimento (embora coma bastante — polifagia), poliúria (eliminação do excesso de açúcar), polidipsia (para não desidratar), prurido nas zonas genitais.

A diabetes tem uma componente hereditária; mas um indivíduo com antecedentes familiares de diabetes, não vai forçosamente «herdar» a doença. Há, então, uma predisposição para a diabetes; mas esta só se manifesta se houver causas desencadeantes: na diabetes insulinoarente, mais frequente nas crianças e adultos jovens, a causa desencadeante poderá ser uma doença infecciosa, o próprio crescimento, tensão psíquica, choques emocionais.

Uma vez desencadeada, a *diabetes mellitus* tipo I não regride (podendo, no entanto, haver uma remissão temporária), e o indivíduo vai necessitar sempre de administrar insulina.

Esta doença constitui, assim, uma carga mais ou menos pesada para o indivíduo, podendo levar a um aspecto traumático secundário, tanto para o doente como para o seu meio. A carga que a diabetes representa vai ser suportada de maneira diferente, segundo o lugar que ela ocupa na economia geral do sujeito: quanto mais sólido for o seu funcionamento mental e emocional, tanto mais a doença aparecerá como circunscrita e assumida; mas se aquele estiver alterado, vai ser difícil para o indivíduo assumir a sua doença, que é vivida como

invasora, levando a um desequilíbrio somático e podendo acelerar consequências tardias, como por exemplo: nefropatia, retinopatia, impotência sexual, afecções cardíacas, infecções da pele. Uma boa compensação pode retardar o aparecimento destes problemas. É necessário avaliar quais os recursos existentes para que o indivíduo possa contra-investir o movimento de desorganização ligado à doença.

Assim, como já vimos, a diabetes desencadeia-se quando há conjugação das características internas, ligadas ao património genético, ao grau de desenvolvimento da organização mental, e também às características externas, que vão pôr em causa o mundo relacional, neste momento preciso da história do sujeito.

Reportando-nos ao desenvolvimento mental do ser humano, há uma maior fragilidade nos períodos de crise, mais precisamente no período relativo ao conflito edipiano, e no momento da sua reactivação na adolescência. Mas muitos outros factores podem intervir, ligados a particularidades da história da criança e do seu desenvolvimento, nomeadamente a sua relação com a mãe, da qual depende a qualidade dos organizadores (Spitz): sorriso em presença do rosto humano; medo em face de estranhos; capacidade de separação da mãe, que vai permitir o acesso a um funcionamento mental e emocional onde o objecto ausente pode ser conservado — capacidade de estar só.

Assim, a noção de traumatismo externo pode ligar-se a falha narcísica na criança, relacionada com uma certa rejeição por parte da mãe, ainda que marcada por um hiper-investimento super-protector.

Por outro lado, é frequente que os pais de crianças diabéticas intensifiquem condutas de superprotecção, tanto mais evidentes quanto maiores a angústia e a culpabilidade dos pais, reduzindo a autonomia da criança e valorizando muito o seu tratamento diário. Este último, na criança diabética, consiste sempre na(s) injeção (injecções) diária(s) de insulina e numa alimentação correcta, de acordo com a sua idade, sem açúcares nem muita gordura, devendo as refeições ser fraccionadas. O exercício físico, sempre necessário, é imprescindível na diabetes, pois tem muita influência no seu equilíbrio. A escolaridade é normal, sendo importante que professores e colegas tenham conhecimento da

doença, pois poderão facilmente socorrer a criança (por exemplo, se surgir uma hipoglicémia, não impedir idas frequentes à casa de banho), sem originar traumas desnecessários. No entanto, isto por vezes não é fácil, pois a criança, por não aceitar a sua diabetes, tem vergonha que os outros saibam. Aqui, é importante não forçar, havendo necessidade de apoio psicológico, no sentido de conseguir uma melhor adaptação à doença.

Vemos assim a necessidade de uma equipa pluridisciplinar no tratamento do diabético: médicos, enfermeiras, nutricionistas, psicólogos, são técnicos fundamentais para um bom equilíbrio da diabetes. Numa consulta de rotina, o diabético é pesado e avaliadas a glicémia e a glicosúria; faz em seguida o controlo médico; com a enfermeira, revê (ou aprende) técnicas visando a sua auto-suficiência na manutenção do tratamento; na consulta de Psicologia, é feita uma avaliação geral e, dependendo desta, haverá (ou não) um acompanhamento ou encaminhamento (Psiquiatria, por exemplo); é feito também o controlo em cardiologia, oftalmologia, urologia e podologia, no sentido de prevenir ou tratar consequências tardias nesses campos; são ainda feitas análises laboratoriais regularmente.

A consulta de Psicologia integra-se nesta perspectiva pluridisciplinar, sendo rastreados todos os doentes de primeira vez. Aquela consulta pode também ser pedida por um técnico que, estando a atender um doente, detecte problemas no foro psicológico; ou, então, pode ser pedida pelo próprio doente.

Existe também uma consulta de diabetes em grupo: trimestralmente, reúnem-se vários grupos de crianças/jovens, onde as preocupações principais são, além de evitar o ambiente mais ou menos pesado da sala de espera, promover o convívio e a troca de experiências entre jovens de idades próximas. Nestas consultas em grupo, os pais reúnem-se numa sala contígua mas independente, e onde também são trocadas experiências, postas dúvidas, vividas angústias — neste grupo de pais, intervêm todos os técnicos da equipa responsável pela consulta (médicos, enfermeiras, nutricionista, psicólogos). No grupo das crianças/jovens, o psicólogo intervém sobretudo como facilitador da comunicação, podendo também intervir se surgir alguma si-

tuação de crise. Problemas detectados e que necessitem de acompanhamento psicológico são canalizados para uma consulta de Psicologia individual. Na Associação Protectora dos Diabéticos de Portugal (A.P.D.P.) o psicólogo tem fundamentalmente um papel de ligação entre os vários técnicos, as várias áreas existentes na Instituição. Há uma intervenção em todas elas, sendo necessário um conhecimento razoável dos problemas de rotina de um diabético (p.e., durante a consulta de Psicologia, é importante ter em atenção a possibilidade de ocorrência de hipoglicémias — lembrar ao diabético a hora, no sentido de evitar que ele deixe de comer por estar na consulta), e também das consequências tardias e seus reflexos ao nível psicológico. Assim, o psicólogo na A.P.D.P. pode desempenhar várias funções: diagnóstico psicológico, apoio psicológico, aconselhamento e orientação de crianças, adolescentes e adultos; apoio psicológico em situações pontuais; intervenção na situação de crise psicológica; detecção e orientação de situações com necessidade de acompanhamento; grupos de animação/terapêuticos de pais, de crianças, de adolescentes, de adultos; investigação intra e interdisciplinar; formação a técnicos na área da psicologia clínica/relacional; apoio às estruturas existentes na A.P.D.P.; participação e colaboração nos cursos promovidos pela A.P.D.P.; enquadramento interdisciplinar das suas actividades (reuniões, colaboração em pedidos específicos); organização e coordenação de estágios na área da Psicologia.

Assim, esta área representa um papel importante para o equilíbrio da Diabetes. Não havendo um «perfil psicológico do diabético», verifica-se alguma tendência para depressões, para manifestações de inadaptação. Nos jovens são relativamente frequentes situações de inadaptação escolar; de alteração do humor (agressividade, irritabilidade). O diabético não consegue uma boa compensação metabólica se não estiver minimamente equilibrado ao nível emocional: geralmente, a tensão nervosa implica um aumento da glicémia. Também se encontram adolescentes (mais frequentemente raparigas) que restringem a sua alimentação, podendo correr grave risco, por querer alcançar ou manter uma elegância ideal. Este comportamento funciona como mecanismo compensatório da sua má auto-imagem, necessitando de apoio psicológico.

Assim, é de salientar mais uma vez a importância de um trabalho integrado, em equipa, no sentido de uma maior eficácia da acção do psicólogo, que visa a melhor integração e o equilíbrio do diabético.

BIBLIOGRAFIA

- Assal, J. Ph., Berger, M., Gay, N. & Canivet, J. (1983). Diabetes Education. *Excerpta Médica*.
- Seabra, H. & Ventura, A. (1990). Um Serviço de Psicologia na Associação Protectora dos Diabéticos de Portugal. In *A Psicologia nos Serviços de Saúde* (Isabel Botelho e col., Eds.), pp: 47-49, Lisboa: APPORT.

RESUMO

É apresentada a Associação Protectora dos Diabé-

ticos de Portugal (A.P.D.P.), o atendimento feito ao diabético e uma breve introdução à problemática da diabetes.

É descrito também o início da intervenção psicológica nesta área, suas características e problemas que enfrenta, salientando-se a sua contribuição para o equilíbrio da diabetes.

ABSTRACT

The author introduce the Portuguese Protective Diabetes Association and discuss diabetes as a number of different disease processes characterized by chronically high blood glucose. Furthermore clinical issues in *diabetes mellitus* and psychological interventions for maintaining self-care behavior are described.