

MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
UNIVERSIDADE FEDERAL DE UBERLÂNDIA
FACULDADE DE MEDICINA – FAMED
PROGRAMA DE RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE

**DIABETES MELLITUS DO TIPO UM E PSICOLOGIA: REFLEXÕES A
PARTIR DA PRÁTICA PROFISSIONAL**

JOSÉ HUMBERTO CURTIÇO JÚNIOR

Uberlândia, MG

2021

JOSÉ HUMBERTO CURTIÇO JÚNIOR

**DIABETES MELLITUS DO TIPO UM E PSICOLOGIA: REFLEXÕES A
PARTIR DA PRÁTICA PROFISSIONAL**

Trabalho de Conclusão de Residência (TCR)
apresentado a Universidade Federal de
Uberlândia (UFU), como requisito à obtenção
de título de especialista em Atenção em
Nutrição Clínica.

Orientadora: Ma. Márcia de Oliveira Prata

Uberlândia, MG

2021

Diabetes mellitus do tipo um e Psicologia: reflexões a partir da prática profissional

José Humberto Curtiço Júnior

Resumo: O diabetes mellitus do tipo 1 é uma doença metabólica autoimune de difícil controle e seu tratamento consiste na prevenção do aparecimento ou da progressão de suas complicações, sendo uma das condições crônicas que mais afeta a qualidade de vida do indivíduo. O presente estudo se propõe a discutir a prática profissional como residente de Psicologia em um ambulatório de diabetes mellitus do tipo 1. Para isso foi elegida a modalidade de relato de experiência, sob a perspectiva da Psicologia da Saúde, que leva em consideração três dimensões para intervenção: os pacientes, familiares e profissionais de saúde. A partir da experiência foi possível refletir acerca de potencialidades de atuação nesse contexto, tendo sido observados fenômenos psicológicos atrelados a promoção do autocuidado e gestão do tratamento, implicações de distintas configurações de suporte social e manejo das relações estabelecidas entre profissionais e usuários. **Palavras-chave:** Diabetes Mellitus Tipo 1; Psicologia da Saúde; Atenção Secundária à Saúde.

Type one diabetes mellitus and Psychology: reflections from professional practice

Abstract: Type 1 diabetes mellitus is an autoimmune metabolic disease that is difficult to control and its treatment consists of preventing the onset or progression of its complications, being one of the chronic conditions that most affects the individual's quality of life. The present study aims to discuss professional practice as a Psychology resident in a type 1 diabetes mellitus clinic. For this purpose, the experience reporting modality was chosen, from the perspective of Health Psychology, which takes into account three dimensions for intervention: patients, family members and health professionals. Based on the experience, it was possible to reflect on the potential of action in this context, having identified psychological phenomena linked to the promotion of self-care and treatment management, implications of different configurations of social support and management of the relationships established between professionals and users.

Key words: Diabetes Mellitus, Type 1; Health Psychology; Secondary Care.

Introdução

O diabetes mellitus do tipo 1 (DM1) é uma doença metabólica autoimune, causada pela destruição das células beta-pancreáticas, responsáveis pela produção de insulina. A deficiência absoluta da secreção da insulina implica na dependência, ao longo de toda a vida, da administração do hormônio por via exógena, com o objetivo de reduzir a hiperglicemia. (Marçal, Alexandrino, Cortez & Bennemann, 2018). O DM1 aparece geralmente na infância ou adolescência, mas também pode ser diagnosticado em adultos, geralmente de forma mais insidiosa (Sales-Peres, Guedes, Sá, Negrato & Lauris, 2016).

No Brasil, o número de casos da doença entre crianças e adolescentes de 0 a 14 anos é de 30.900 (Collet, Batista, Nóbrega, Souza & Fernandes, 2018), sendo estimada a incidência de 7,6 por 100 mil indivíduos menores de 15 anos. (Nobre et. al., 2019; Okido et. al., 2017). Em todo o mundo, o DM1 representa 7 a 12% de todos os casos de diabetes

e sua incidência aumenta 3% ao ano. (Souza, Soares, Horta, Moreira & Reis, 2018). A doença é uma das condições crônicas que mais afeta a qualidade de vida do indivíduo, uma vez que a terapêutica requer uma mudança radical no estilo de vida, interferindo de forma permanente na realidade, na capacidade produtiva e visão de mundo. (Cruz, Collet & Nóbrega, 2018).

Segundo Andrade e Alves (2019), é preocupante o aumento na incidência de DM1 em países desenvolvidos e emergentes, como o Brasil, devido ao fato de a doença afetar negativamente a qualidade de vida e longevidade das pessoas portadoras, principalmente em decorrência da morbidez e de suas complicações crônicas. Trata-se de uma doença de difícil controle e o tratamento consiste na prevenção do aparecimento ou da progressão de suas complicações crônicas, como as microvasculares (retinopatia, nefropatia e neuropatia diabética) e as macrovasculares (acidente vascular cerebral, doença arterial periférica, doença cardíaca isquêmica, infarto agudo do miocárdio), responsáveis por incapacidades e mortes prematuras, ao mesmo tempo em que busca minimizar os riscos das agudas, como a hipoglicemia severa. (Souza e cols., 2018; Sales-Peres e cols., 2016). Dessa forma, a partir da confirmação diagnóstica, faz-se necessário adotar um tratamento rígido e permanente, que visa balancear o suprimento e demanda de insulina. (Okido et. al., 2017).

De acordo com Nobre et. al. (2019), o diagnóstico de DM1 compromete a vida das crianças e adolescentes, pois se configura como uma situação inesperada e geradora de mudanças repentinas, na vida dos portadores e das pessoas que estão ao seu redor. Isso se dá devido às alterações na rotina e também aos procedimentos incorporados para o tratamento adequado da doença. Assim, são estabelecidas novas condições de vida para a criança com DM1, impondo-lhe um regime alimentar restritivo, injeções de insulina e supervisão constante dos pais. Para os familiares, faz-se importante a compreensão acerca dos mecanismos da doença para que possam conviver e se colocarem de maneira comprometida com os cuidados diários necessários à manutenção da saúde e prevenção de complicações, transformando a experiência desafiadora em superação e aceitação.

As mudanças requeridas para o portador do DM1 têm caráter duradouro. Tal condição constitui um dos grandes desafios atuais no campo da saúde, principalmente quando tratamos a respeito de doenças crônicas, que é a construção de estratégias para viabilizar e manter a adesão ao tratamento. Alcançar as metas terapêuticas pode ser um grande desafio para os portadores de diabetes insulino dependentes. Além dos níveis de glicose sofrerem flutuações ao longo do dia, ocasionadas pelas terapias hipoglicêmicas e

atividades diárias, o controle efetivo e seguro da glicemia depende do automonitoramento dos pacientes. (Fragoso, Cunha, Fragoso & Araújo, 2019)

Para o manejo clínico, as diretrizes em diabetes recomendam que a abordagem de cuidado seja realizada por equipe multiprofissional, sendo que as diversas disciplinas, a partir de suas interações, proporcionam melhores respostas às necessidades do paciente e redução de complicações (Ministério da Saúde, 2013). Nesse sentido, a promoção de um autocuidado apoiado configura uma estratégia para empoderar usuários no autogerenciamento da própria saúde, podendo por meio de atuação conjunta da equipe de saúde se tornar uma ferramenta eficaz a essa clientela. (Fragoso e cols., 2019).

Em revisão realizada por Ferreira et. al. (2018) sobre o efeito das equipes multiprofissionais em atividades de cuidado com o diabetes, constatou-se a importância de práticas educativas em saúde a partir de uma visão holística. Nesse sentido, a comunidade científica reconhece a participação fundamental da transdisciplinaridade na identificação de pacientes em alto risco e, principalmente, na educação em saúde (Souza e cols., 2018). Com o passar dos anos, as intervenções multiprofissionais, que antes eram realizadas apenas por médicos e enfermeiros, foram sendo aprimoradas com um novo sistema de referência entre profissionais e usuários dos serviços de saúde, com a formação de equipes básicas direcionadas a objetivos específicos. Os autores encontraram que para além da colaboração em grupo de uma equipe, faz-se importante a especificidade, uma vez que o paciente diabético pode sofrer complicações de várias ordens e cabe a cada profissional intervir com seu saber técnico-científico para evitá-las. (Ferreira et. al., 2018).

No que tange à Psicologia da saúde, busca-se compreender as formas como os fatores biológicos, comportamentais e sociais influenciam a saúde e a doença. A especialidade pode centrar-se na promoção, prevenção e tratamento de doenças, trabalhando com os fatores psicológicos que fortalecem a saúde e reduzem o risco de adoecer, disponibilizando serviços clínicos a pessoas saudáveis ou doentes em diferentes contextos. Para isso, leva em consideração três dimensões para intervenção: os pacientes, familiares e profissionais de saúde. (Almeida & Malagris, 2011).

Tendo em vista as considerações apresentadas a respeito dos impactos gerados pelo DM1, assim como no tocante à importância do trabalho interdisciplinar, faz-se relevante a discussão acerca de aspectos relativos à contribuição da Psicologia nesse campo. Para isso, este trabalho dirige-se a apresentar, por relato de experiência enquanto Psicólogo residente, inserido em um serviço público especializado ao cuidado do DM1,

a descrição de cenários encontrados na prática profissional, viabilizando reflexões sobre as potencialidades de atuação nesse contexto.

Metodologia

O presente estudo se propõe a discutir pontos pertinentes à atuação da Psicologia da Saúde em um ambulatório de diabetes mellitus do tipo 1 (DM1), a partir da prática profissional como residente multiprofissional de Psicologia. A prática neste ambulatório, situado em um hospital geral, constitui-se como componente curricular obrigatório do Programa de Residência Multiprofissional em Atenção em Nutrição Clínica, tendo ocorrido no período compreendido entre os meses de outubro e dezembro de 2019.

O serviço em questão abrange uma região de saúde, funcionando uma vez por semana para acompanhamento periódico dos pacientes, mediante atendimentos agendados. Os retornos ocorriam a cada três meses, não tendo sido possível nessa experiência acompanhar os pacientes para além da primeira abordagem realizada. As atividades exercidas durante o período de prática foram:

- Aproximação com o tema do diabetes mellitus do tipo 1 mediante leituras e pesquisa de artigos em bases de dados.
- Atendimentos individual e familiar;
- Discussão dos casos atendidos pela equipe multiprofissional, composta por médicos, nutricionistas e psicólogo;
- Supervisão semanal por psicóloga preceptora referência do ambulatório;

Para a elaboração deste trabalho foi adotada a abordagem qualitativa, que segundo Minayo e Deslandes (2007) é utilizada com foco à análise da complexidade das relações que influenciam o fenômeno que se pretende estudar e aos inúmeros sentidos que as relações humanas denotam a um determinado objeto. Foi elegida a modalidade de relato de experiência, que pode ser definido como um modelo descritivo de uma experiência, que possibilita que o sujeito pesquisador reinscreva fenômenos vivenciados que lhe afetaram ao realizar elaborações e compreensões a respeito daquilo que foi vivido. (Daltro & Faria, 2019).

Como forma de acessar as informações que subsidiassem o estudo, optou-se pela consulta de diário de campo, que compreendeu produção escrita acerca das observações, atendimentos realizados e análises resultantes das supervisões clínicas. Os resultados das observações e da prática realizadas foram organizados em três eixos norteadores para

discussão: *O atendimento ao paciente; A participação da família no autocuidado; e A adesão ao tratamento e a relação com a equipe multiprofissional*. Como referencial teórico, utilizou-se a Psicologia da saúde, cujo interesse encontra-se na forma como o sujeito vive e experimenta o seu estado de saúde ou de doença, na sua relação consigo mesmo, com os outros e com o mundo. (Almeida & Malagris, 2011).

O atendimento ao paciente

Os pacientes encontrados no ambulatório no período desta vivência foram predominantemente adolescentes e jovens adultos, compreendidos na faixa etária entre 15 e 27 anos de idade, residentes na mesma cidade do ambulatório ou em municípios vizinhos. Cordeiro, Smolarek, Ferreira, Rebesco e Mascarenhas (2020) afirmam que a adolescência é o período de maior concentração de portadores de DM1, dado consonante com o perfil da maioria da população atendida. Afirmam ainda que nessa fase ocorrem mudanças hormonais, físicas e psicológicas, que podem dificultar o controle da doença.

Entre atendimentos médico e nutricional, foi disponibilizada a abordagem psicológica, a qual se deu por meio de entrevista, espaço para escuta e intervenções. Além disso, nos casos em que foi observado demanda para psicoterapia, houve encaminhamentos para serviços de referência. Em geral, houve resistência para manifestações espontâneas sobre dificuldades e sentimentos despertados pelo diagnóstico e trato com o DM1. Tal dado pode se justificar por ausência de vínculo prévio à única abordagem realizada. No entanto, de acordo com Burd (2010), há de se considerar a ocorrência do mecanismo de defesa, a negação, que protege o paciente, o afastando do contato com a doença. Além da negação, pode se fazer presente a regressão, onde o paciente se deixa cuidar de forma passiva, havendo um afrouxamento de funções e atitudes mais adultas e deixando aflorar aspectos mais infantis e dependentes.

Conforme apontam Flora e Gameiro (2016), quando o diabetes tem início na infância, a preocupação se ordena de modo a que os familiares e profissionais de saúde estabeleçam e coloquem em prática as ações de cuidado à criança. Já quando tratamos de casos de DM1 em adolescentes, é necessário pensar em intervenções focadas na responsabilização e desenvolvimento de um senso de autonomia dos adolescentes. Nesse tipo de paciente, a adaptação ao diabetes se configura enquanto um processo constante, que é perpassado pelas características próprias da idade, como a rebeldia, a

experimentação e tentativa de controle sobre o próprio destino, o que acomete a gestão do tratamento.

O adolescente vivencia uma fase crítica do desenvolvimento, na qual alternam-se momentos de conflito e harmonia com a família, amigos e consigo mesmo. Assim, a responsabilidade exigida do mesmo pode ocorrer em um estágio em que a aceitação da doença ainda não aconteceu, sendo negativo para o autocuidado. (Fragoso e cols., 2019). Conforme Nass et. al. (2019), adotar comportamentos de autocuidado exige primeiramente que o indivíduo reconheça a doença como algo prejudicial, que pode lhe causar danos graves, que os comportamentos a serem adotados são eficazes no enfrentamento e controle do DM1 e que as dificuldades podem ser superadas pelos benefícios da adesão ao tratamento. Os pacientes atendidos no ambulatório que verbalizaram sobre comportamentos de descuido, como por exemplo, horários irregulares para a aplicação de insulina, ainda não apresentavam complicações crônicas causadas pela doença, o que implica considerar o real entendimento deles a respeito da gravidade do DM1 e o significado que a condição tem para os mesmos.

Diante disso, é necessário fornecer voz ao adolescente diabético, promovendo espaço para que ele exponha possíveis dificuldades, necessidades e também as habilidades desenvolvidas ao longo da doença, possibilitando a identificação de estratégias que incentivem o aprimoramento do autocuidado. O psicólogo, enquanto profissional de saúde, pode atuar como facilitador na gestão do autocuidado pelo adolescente, sendo coparticipante no processo de viver do paciente e se colocando enquanto suporte para que o mesmo possa se empoderar. (Fragoso e cols., 2019). De acordo com DiLorenzi, Bruno, Robaina, Javiel e Goñi (2019), o psicólogo compo uma equipe multiprofissional no cuidado do diabetes tem um papel importante ao compreender as características da adolescência e auxiliar nas dificuldades de transição quanto ao autocuidado.

A autogestão consiste na capacidade do indivíduo de gerir os efeitos cotidianos da doença crônica, que envolve competências e atividades, influenciadas por conhecimentos e comportamentos, como confiança, autoestima e autoeficácia, direcionadas a solucionar problemas e atingir objetivos. O conceito diz respeito a um elemento fundamental para o portador de diabetes e influencia o bem-estar psicológico e a qualidade de vida (Serrabulho, Matos, Nabais & Raposo, 2015). No ambulatório em evidência, a população de pacientes jovens adultos atendidos, em detrimento da

população adolescente, demonstrou melhor autogestão do tratamento, tendo apresentado melhor adesão e também melhor comunicação com a equipe multiprofissional.

Segundo Serrabulho e cols. (2015), a fase do desenvolvimento do adulto jovem é marcada por mudanças em vários níveis, que ocorrem desde a passagem da adolescência para a fase adulta. Algumas delas são alterações familiares, escolares, laborais, ocupacionais, amorosas, habitacionais, sociais, econômicas e estruturais. É um período de grandes desafios para a identidade do jovem, devido às mudanças de relacionamento, com menos envolvimento com os pais, aproximação de novas relações sociais, o que reforça o processo psicossocial de redefinição de relacionamentos e da identidade. A liberdade conquistada nesta fase implica na responsabilidade pelos cuidados com o diabetes, envolvendo autonomia e independência nos comportamentos e tomadas de decisão. Na prática relatada, os pacientes identificados com melhor autocuidado, em geral, apresentavam inserção no mercado de trabalho e constituição de família, estando a responsabilização pelo tratamento presente junto à independência conquistada, característica à fase do desenvolvimento. No entanto, outros pacientes jovens adultos demonstraram encontrar-se ainda em processo transicional da adolescência para a fase adulta, exprimindo fase de desenvolvimento de recursos próprios para autogestão.

Assim, reconhece-se a necessidade de viabilização de espaço para escuta nesse contexto, de modo que as pessoas com diabetes possam manifestar, reconhecer dificuldades e elaborá-las numa relação de ajuda. Mostrou-se necessária a proposição de intervenções relativas à promoção do autocuidado, agregando-as aos conhecimentos e habilidades prévios dos pacientes, de maneira que possam tomar melhores decisões, adotar e manter comportamentos saudáveis. Tal proposição vai ao encontro de Almeida e Malagris (2011), que elucidam o papel do psicólogo da saúde de modo a compreender o comportamento humano e as variáveis psicológicas sobre a manutenção da saúde.

A participação da família no autocuidado

No referido ambulatório, a maioria dos pacientes se dirigiram às consultas acompanhados de um familiar, o que demonstra notória participação da família como rede de apoio dos mesmos. Segundo Pennafort, Queiroz, Nascimento e Guedes (2016), a família apresenta-se como suporte fundamental para aqueles que se encontram adoecidos, cuidando, envolvendo-se e também sendo afligida pelo sofrimento do outro. Também

afirmam que conhecer o contexto familiar é fundamental para o planejamento e desenvolvimento de ações de saúde adequadas.

Assim, cabe ressaltar a importância do seguimento longitudinal aos portadores do DM1 e sua família, permitindo acompanhá-los em diferentes momentos de manifestações da doença crônica. Wolkers, Pina, Wenet, Furtado e Melo (2019) apontam deficiências em capacitação nas unidades de atenção básica de saúde para lidar com a saúde de crianças com doenças crônicas, delegando o acompanhamento para serviços especializados. De acordo com os autores, em meio a atendimentos espaçados, estes serviços geram uma vulnerabilidade institucional, centrando os atendimentos exclusivamente no controle do DM1 em detrimento a cuidados relacionados à vida diária. Tal conjuntura resulta no sentimento de solidão dos responsáveis no processo de cuidar.

Durante a vivência no ambulatório, notou-se nas discussões de caso o modo como os atendimentos pelas abordagens médicas e nutricionais estiveram direcionados exclusivamente às intervenções para controle do DM1. O atendimento psicológico, por sua vez, ocorreu de forma a buscar compreender as dinâmicas familiares envolvidas no processo de cuidado ao DM1, constituindo uma relevante contribuição da abordagem psicológica dentro da equipe, ao realizar devolutivas nas discussões multiprofissionais que consideraram dimensões do paciente não abordadas pelas demais especialidades atuantes, possibilitando ampliar o olhar em saúde. Além disso puderam ter sido encaminhadas demandas importantes para acompanhamento psicológico na rede de atenção em saúde.

Nobre et. al. (2019) destacam a importância da família na descoberta do diagnóstico de DM1 como rede de apoio para que o processo de aceitação da doença ocorra de maneira positiva. No estudo de Collet e cols. (2018), pré-adolescentes apresentaram sentimentos de medo e insegurança quando a família não estava preparada para ajudá-los no enfrentamento, podendo retardar a construção do protagonismo no autocuidado. Dessa forma, as atitudes do cuidador e seu estresse em relação à gestão do diabetes pode afetar o autocuidado por meio do comportamento inseguro. Por outro lado, outros participantes da pesquisa dos autores relataram aspectos positivos acerca do apoio emocional fornecido pelos familiares, entendendo como essencial no processo de aceitação da doença.

Durante a prática referida no ambulatório, foram encontrados alguns pacientes adolescentes cujos familiares não desempenhavam bem o suporte social necessário, tendo estes apresentado um pior controle da doença. Como exemplo é possível destacar uma

paciente adolescente, cuja mãe apresentava um transtorno psicológico grave, não conseguindo exercer uma maternagem adequada. Esta paciente desempenhava funções maternas ao irmão menor e possuía histórico de recorrentes internações por cetoacidose. Segundo Serrabulho e cols. (2015), a relação próxima e afetiva com os pais é fundamental para o desenvolvimento da autonomia dos jovens, para apoiar suas perspectivas e necessidades, ajudar nas escolhas, encorajar iniciativas, estando associada ao bem-estar e responsabilidade dos jovens. Com isso, vislumbra-se a importância de prezar pela abordagem psicológica que compreenda a dimensão da família junto às intervenções propostas ao cuidado de saúde com o DM1.

No ambulatório, assim como a falta do suporte familiar adequado foi percebido como prejudicial, não foi diferente nas situações em que o cuidado se mostrou excessivo. Nesses casos, foram manifestos sintomas graves de ansiedade pelos pacientes, tanto adolescentes como também aqueles na transição da adolescência para a fase adulta, presentes juntamente com dificuldades no controle do DM1. Diante disso, Pimentel, Targa e Scardoelli (2017) explicam que o cuidador principal pode apresentar sentimento de culpa ao lidar com a doença da criança/adolescente, responsabilizando-se pelo aparecimento da mesma e estabelecendo comportamentos de reparação, exagerando nos cuidados dispensados aos filhos. A superproteção invade a autonomia destes, podendo gerar sentimento de dependência, estando coagidos a aceitarem decisões tomadas pelos familiares.

Como forma positiva de estabelecer o cuidado, Brito e Sadala (2009) propõem que em vez de fazer tudo pela pessoa com diabetes e dominá-la, o que pode desenvolver um relacionamento autoritário e de dependência, seria melhor estimulá-la a assumir seus atos e a ser ela mesma, promovendo a independência no cuidar-se. Assim, a abordagem da psicologia da saúde inserida na equipe multiprofissional pode assumir a incumbência de direcionar intervenções pertinentes à dinâmica familiar, abrangendo a reverberação correspondente no controle do DM1.

A adesão ao tratamento e a relação com a equipe multiprofissional

A adesão ao tratamento pode ser definida como a medida em que o comportamento de uma pessoa, como por exemplo, tomar medicamentos, seguir o plano alimentar ou assumir mudanças em seu estilo de vida, corresponde às recomendações prescritas pelos profissionais de saúde. O estabelecimento de um vínculo e a criação de

laços de compromisso e de corresponsabilidade entre profissionais de saúde e a população, facilitam a identificação de problemas de saúde, como a falta de adesão ao tratamento em diabetes mellitus. (Faria et. al., 2014).

A partir do conceito de adesão descrito, foi observada, durante a prática no ambulatório, a expectativa por parte dos profissionais de saúde acerca do cumprimento de suas preconizações pelos pacientes. Tal postura elucida a necessidade da adesão pela pessoa com diabetes para que o plano de intervenções possa ter efeitos positivos e haja bom controle do DM1. No entanto, durante as discussões em equipe, em alguns dos casos foram verificadas incompatibilidades entre os dados colhidos nos atendimentos, no que diz respeito às práticas de cuidados dos pacientes e os resultados de exames, bem como respostas terapêuticas.

Em meio às divergências, foi possível observar durante as discussões, um movimento da equipe de ressaltar comportamentos dos pacientes tido como negativos e contrapostos aos objetivos do tratamento, como por exemplo, o consumo de alimentos com alto valor glicêmico. Foram assim manifestados sinais de desconfiança da equipe em relação aos usuários e percepção de falseamento a respeito da prática de cuidados, o que foi visto enquanto uma dificuldade ao tratamento.

Tais acontecimentos provocaram na equipe reação de formular hipóteses sobre a motivação da ocorrência de omissões e falseamentos relativos ao regime terapêutico, embora sem uma confirmação precisa. Junto a isso, observou-se a instalação de estigmas, atrelados à responsabilização dos pacientes e familiares pelo insucesso das intervenções propostas, o que repercutiu também em respostas negativas nas relações estabelecidas. Conforme Dickinson et. al. (2017), o estigma pode levar ao constrangimento e/ou vergonha, por sua vez podendo levar à diminuição da motivação e abandono da educação estruturada em diabetes. O “rótulo” de não aderente é carregado de valores e representa um relacionamento autoritário da equipe em relação ao paciente, podendo se espalhar para outros membros da equipe, que acatam ideias pré-concebidas sobre ele. Com isso, o serviço é acometido por posturas que respondem ao estigma, de forma que expectativas negativas podem se tornar profecias autorrealizadoras.

Dickinson et. al. (2017) sinalizam o termo controle enquanto bastante utilizado nas discussões acerca do diabetes, aparecendo junto ao sentido antagônico de falta de controle. Essa noção, quando aplicada na prática, designa responsabilidade à pessoa com diabetes e insere uma ideia dos pacientes como crianças desobedientes ou adultos malvados, que não seguem o regime terapêutico. Em meio a isso, encontra-se implicada

uma noção moral acerca da capacidade de gerir a doença, o que pode desencadear sentimentos de vergonha. Além disso, sabemos que na sociedade é valorizada a posição de estar no controle, enquanto estar fora de controle vem acompanhado do significado de fracasso. Contudo, é preciso dispor de um olhar crítico, pois não seguir o tratamento, em alguns casos, pode evidenciar a necessidade do paciente em assumir autonomia e a posição de controle sobre sua vida.

Os autores suscitam a relevância da linguagem enquanto geradora de impactos nas percepções e no comportamento, contextualizando-a na comunicação acerca do diabetes, que por muitas décadas se deu carregada de julgamento e culpa e, hoje, após a expansão de conhecimentos acerca da doença, as abordagens são cada vez mais personalizadas, inclusivas e centradas na pessoa. Assim, afirmam que pode ser mais eficaz atender as pessoas com diabetes sem utilizar de uma linguagem que coloque um julgamento, seja implícito ou explícito sobre elas ou as culpe por seus problemas de saúde. Os diálogos entre equipe e paciente nem sempre incluem uma discussão sobre o esforço e/ou intenção por parte da pessoa que está controlando a doença. Uma conversa que omite esses fatores acaba por colocar o foco unicamente no efeito ou resultado esperado do tratamento do diabetes, seja negativo ou positivo. O objetivo então é usar uma linguagem neutra, sem julgamentos e que se baseie em fatos. (Dickinson et. al., 2017).

No ambulatório foi observado grande foco dos atendimentos no controle do DM1, não sendo sempre possível a ampliação psicossocial na compreensão dos casos. Esse movimento pode ser justificado pela vulnerabilidade institucional causada pelo espaçamento dos encontros, como abordam Wolkers e cols. (2019), que acabam por direcionar a atenção às condutas biomédicas, que assumem caráter de mais urgência e acabam por distanciar o acesso a outras compreensões. A presença do psicólogo inserido na equipe multiprofissional, agregou no sentido de estar disponível mais diretamente a somar outros entendimentos, de ordem psíquica e relacional, garantindo considerações multifatoriais que pudessem interferir no cuidado em saúde.

A partir de uma escuta que não seja de julgamento e que transmita uma atmosfera acolhedora aos usuários, é possível construir um espaço de confiança para que as demandas e reais dificuldades possam ser expressas pelos pacientes e familiares. Além disso, Almeida e Malagris (2011) destacam a função do psicólogo da saúde de realizar trabalhos em equipe no sentido de facilitar a relação equipe/paciente/família. Dessa forma, pode ser viável a formulação de intervenções psicológicas adequadas à promoção

da adesão ao tratamento, identificando posturas negativas na relação equipe-paciente, promovendo atitude reflexiva e orientando os profissionais acerca dos fenômenos transferenciais que reverberam no manejo do cuidado.

Considerações Finais

A partir da experiência enquanto Psicólogo residente inserido na equipe multiprofissional de um serviço público especializado no cuidado do DM1, foi possível identificar potencialidades de atuação nesse contexto que compreendem as dimensões paciente, família e equipe, preconizadas no que é proposto e estabelecido ao ofício da Psicologia da Saúde.

Em relação ao atendimento ao paciente, percebeu-se a importância do saber técnico-científico da Psicologia a respeito das fases do desenvolvimento e enfrentamento do DM1, bem como os fenômenos psicológicos relativos à promoção do autocuidado e gestão do tratamento. Com os familiares foi possível apresentar efeitos positivos e negativos em distintas configurações de suporte social, apontando para o benefício do autocuidado apoiado e promoção da independência no cuidar-se. Na esfera da equipe e da adesão do tratamento pôde ser refletido acerca de posturas negativas na relação equipe-família-paciente, direcionando para a dissolução de estigmas e manejo das relações estabelecidas entre profissionais e usuários.

Destaca-se enquanto limitação o tempo restrito da experiência, que apesar de ter oportunizado a identificação de possibilidades de intervenções no contexto do cuidado do DM1, não abrangeu a construção de um vínculo duradouro e acompanhamento longitudinal dos usuários e familiares. Ressalta-se a importância de espaço físico adequado, protegido e acolhedor, que possa resguardar o sigilo e o paciente possa falar de si de forma aberta. Contudo, a presença da Psicologia junto a equipe multiprofissional mostrou-se enriquecedora ao somar perspectivas psicossociais atreladas a manutenção da saúde na atenção especializada ao DM1, corroborando para uma clínica ampliada.

Referências

Almeida, R. A. & Malagris, L. E. N. (2011). A prática da psicologia da saúde. *Revista da SBPH*, 14(2), 183-202. Recuperado em http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S151608582011000200012

- Andrade, C. J. N., & Alves, C. A. D. (2019). Influência dos fatores socioeconômicos e psicológicos no controle glicêmico em crianças jovens com diabetes mellitus tipo 1. *Jornal de Pediatria*, 95(1), 48-53. [doi:10.1016/j.jpdp.2018.01.006](https://doi.org/10.1016/j.jpdp.2018.01.006)
- Brito, T. B. de, & Sadala, M. L. A. (2009). Diabetes mellitus juvenil: a experiência de familiares de adolescentes e pré-adolescentes. *Ciência & Saúde Coletiva*, 14(3), 947-960. [doi:10.1590/S1413-81232009000300031](https://doi.org/10.1590/S1413-81232009000300031)
- Collet, N., Batista, A. F. M. B., Nóbrega, V. M., Souza, M. H. N., & Fernandes, L. T. B. (2018). Autocuidado apoiado no manejo da Diabetes tipo 1 durante a transição da infância para adolescência. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 52, 1-9. [doi:10.1590/s1980-220x2017038503376](https://doi.org/10.1590/s1980-220x2017038503376)
- Cordeiro, G. R., Smolarek, A. C., Ferreira, L. H. B., Rebesco, D. B., & Mascarenhas, L. P. G. (2020). Comparação da qualidade de vida e sono de adolescentes portadores e não portadores de diabetes mellitus tipo 1. *Journal of Physical Education*, 31(1), e-3177. [doi:10.4025/jphyseduc.v31i1.3177](https://doi.org/10.4025/jphyseduc.v31i1.3177)
- Cruz, D. S. M., Collet, N., & Nóbrega, V. M. (2018). Qualidade de vida relacionada à saúde de adolescentes com dm1 - revisão integrativa. *Ciência & Saúde Coletiva*, 23(3), 973-989. [doi:10.1590/1413-81232018233.08002016](https://doi.org/10.1590/1413-81232018233.08002016)
- Daltro, M. R., & Faria, A. (2019). Relato de experiência: uma narrativa científica na pós-modernidade. *Estudos e Pesquisas em Psicologia*, 1(19), 223-237. [doi:10.12957/epp.2019.43015](https://doi.org/10.12957/epp.2019.43015)
- Dickinson, J. K., Guzman, S. J., Maryniuk, M. D., O'Brian, C. A., Kadohiro, J. K., Jackson, R. A., D'Hondt, N., Montgomery, B., Close, K. L., & Funnell, M. M. (2017). *Diabetes Care*, 40(12), 1790-1799. [doi:10.2337/dci17-0041](https://doi.org/10.2337/dci17-0041)
- DiLorenzi, R., Bruno, L., Robaina, R., Javiel, G., & Goñi, M. (2019). Situación actual de la transición de pacientes con diabetes tipo 1 desde el servicio de pediatría al de adultos. *Revista Uruguaya de Medicina Interna*, 4(2), 38-42. [doi:10.26445/04.02.5](https://doi.org/10.26445/04.02.5)
- Faria, H. T. G., Santos, M. A., Arrelias, C. C. A., Rodrigues, F. F. L., Gonela, J. T., Teixeira, C. R. S., & Zanetti, M. L. (2014). Adesão ao tratamento em diabetes mellitus em unidades da Estratégia Saúde da Família. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 48(2), 257-263. [doi:10.1590/S0080-623420140000200009](https://doi.org/10.1590/S0080-623420140000200009)
- Ferreira, D. L., Resende, E. A. M. R., Lucas, A. L. R., Silva, A. C. F., Lenci, S. S., Silva, S. G. F., Almeida Júnior, F. J., Santos, F. H. R., Passarelli, F. M., Bortolotto, G. M., Rezende, I. P., Jardim, J. C., Gonçalves, R. G. L. V., & Messias, L. A. (2018). O efeito

- das equipes multiprofissionais em saúde no brasil em atividades de cuidado com o diabetes. *Revista Eletrônica Acervo Saúde*, 17, 1-7. [doi:10.25248/reas.e91.2019](https://doi.org/10.25248/reas.e91.2019)
- Burd, M. (2010). Diabetes Mellitus: uma visão psicossomática. Em J. Mello-Filho & M. Burd (Org.), *Psicossomática Hoje* (pp. 582-600). Porto Alegre: Artmed.
- Flora, M. C., & Gameiro, M. G. H. (2016). Autocuidado dos adolescentes com diabetes mellitus tipo 1: responsabilidade no controlo da doença. *Revista de Enfermagem Referência*, série IV (9), 0-19. [doi:10.12707/RIV16010](https://doi.org/10.12707/RIV16010)
- Fragoso, L. V. C., Cunha, M. C. S. O., Fragoso, E. B., & Araújo, M. F. M. (2019). Autocuidado em pessoas com diabetes mellitus tipo 1: vivências de adolescentes. *Revista de pesquisa: cuidado é fundamental online*, 11(2), 289-296. Recuperado em http://www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/view/6434/pdf_1
- Marçal, D. F. S., Alexandrino, E. G., Cortez, L. E. R., & Bennemann, R. M. (2018). Efeitos do exercício físico sobre diabetes mellitus tipo 1: uma revisão sistemática de ensaios clínicos e randomizados. *Journal of Physical Education*, 29, 1-14. [doi:10.4025/jphyseduc.v29i1.2917](https://doi.org/10.4025/jphyseduc.v29i1.2917)
- Minayo, M. C. S., & Deslandes, S. F. (2007). *Pesquisa social: teoria, método e criatividade*. Petrópolis: Vozes.
- Ministério da Saúde. (2013). *Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Estratégias para o cuidado da pessoa com doenças crônicas: diabetes mellitus*. Brasília: Ministério da Saúde.
- Nass., E. M. A., Marcon, S. S., Teston, E. F., Haddad, M. C. F. L., Reis, P., & Lino, I. G. T. (2019). Autoeficácia psicossocial em jovens com Diabetes Mellitus e sua influência no cuidado. 20, e-41412. [doi:10.15253/2175-6783.20192041412](https://doi.org/10.15253/2175-6783.20192041412)
- Nobre, C. M. G., Costa, A. R., Minasi, A. S., Possani, S. M., Mota, M. S., & Gomes, G. C. (2019). Cuidado à criança e ao adolescente com diabetes mellitus tipo 1. *Revista de Enfermagem UFPE on line*, 13(1), 111-117. Recuperado em <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/view/238622/31137>
- Okido, A. C. C., Almeida, A., Vieira, M. M., Neves, E. T., Mello, D. F., & Lima, R. A. G. (2017). As demandas de cuidado das crianças com Diabetes Mellitus tipo 1. *Escola Anna Nery*, 21(2), 1-7. Recuperado em <https://www.scielo.br/pdf/ean/v21n2/1414-8145-ean-21-02-e20170034.pdf>
- Pennafort, V. P. S., Queiroz, M. V. O., Nascimento, L. C., & Guedes, M. V. C. (2016). Rede e apoio social no cuidado familiar da criança com diabetes. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 69(5), 912-919. [doi:10.1590/0034-7167-2015-0085](https://doi.org/10.1590/0034-7167-2015-0085)

- Pimentel, R. R. S., Targa, T., & Scardoelli, M. G. C. (2017). Do diagnóstico ao desconhecido: percepções dos pais de crianças e adolescentes com diabetes mellitus. *Revista de Enfermagem UFPE On Line*, 11(3), 1118-1126. [doi:10.5205/reuol.10544-93905-1-RV.1103201701](https://doi.org/10.5205/reuol.10544-93905-1-RV.1103201701)
- Sales-Peres, S. H. C., Guedes, M. F. S., Sá, L. M., Negrato, C. A. & Lauris, J. R. P. (2016). Estilo de vida em pacientes portadores de diabetes mellitus tipo 1: uma revisão sistemática. *Ciência & Saúde Coletiva*, 21(4), 1197-1206. [doi:10.1590/1413-81232015214.20242015](https://doi.org/10.1590/1413-81232015214.20242015)
- Serrabulho, L., Matos, M. G., Nabais, J. V., & Raposo, J. F. (2015). Perspectivas de jovens adultos com diabetes tipo 1 sobre a sua vida e a diabetes. *Revista Portuguesa de Diabetes*, 10(1), 15-28. Recuperado em <http://www.revportdiabetes.com/wp-content/uploads/2017/11/RPD-Vol-10-n%C2%BA-1-Mar%C3%A7o-2015-Artigo-Original-p%C3%A1gs-15-28.pdf>
- Souza, A. L. V., Soares, A. N., Horta, T. G., Moreira, A. D., & Reis, J. S. (2018) Perfil e evolução clínica dos pacientes com diabetes mellitus tipo 1: Estudo longitudinal em um centro de referência secundária de Minas Gerais. *Revista Mineira de Enfermagem*, 22, 1-8. [doi:10.5935/1415-2762.20180039](https://doi.org/10.5935/1415-2762.20180039)