

André Luís Mattos  
Teixeira<sup>1</sup>  
Miriam Burd<sup>2</sup>  
Evelyn Eisenstein<sup>3</sup>

## Diabetes juvenil

### > INTRODUÇÃO

Este artigo procura acrescentar aos dados médicos os de cunho psicológico, num caso clínico de adolescente diabético tipo 1. O paciente está sendo atendido nos ambulatórios de Diabetes e Metabologia e do Núcleo de Estudos da Saúde do Adolescente (NESA), ambos do Hospital Universitário Pedro Ernesto (HUPE). Os comentários da psicóloga clínica Miriam Burd, convidada para o evento, se basearam nos conhecimentos de psicologia médica. Os dados médicos foram fornecidos pelo médico residente, Dr. André L.M. Teixeira, que atende o paciente e sua família. Esses dados foram complementados e integrados para um melhor entendimento do que houve até aquela data. A reunião foi moderada e conduzida pela professora-doutora Evelyn Eisenstein e por integrantes presentes do ambulatório do NESA. Os autores procuraram mostrar como esse evento aconteceu.

### > DESENVOLVIMENTO

#### RELATO DE CASO

ID: C.M.L., 14 anos e 11 meses, sexo masculino, estudante e chaveiro, pardo, natural do Rio de Janeiro e residente em Belford Roxo.

QP: diabetes.

HDA: aos 5 anos de idade iniciou quadro de diabetes com cetoacidose diabética (CAD), sendo

internado no Instituto de Puericultura e Pediatria Martagão Gesteira (IPPMG) por um mês, onde esteve em coma por quatro dias. Após a alta, permaneceu em acompanhamento ambulatorial regular por três anos.

Como observamos, o início do diabetes *mellitus* tipo 1 (DM1) foi súbito, agudo e grave, sendo necessária a internação da criança por vários dias, e o que aconteceu ficou marcado para família como uma doença que poderia ter levado a criança à morte. Esse tipo de abertura poderia ter sido minimizado se a doença tivesse sido diagnosticada rapidamente e, de imediato, iniciada a insulinização.

O DM1, quando diagnosticado precocemente, apresenta um estágio inicial mais suave e, geralmente, não necessita de internação. De qualquer forma, é uma doença em que várias explicações médicas devem ser fornecidas à família, mas com a certeza de que ela aprendeu os procedimentos básicos de enfermagem – como aplicar injeção de insulina, fazer os testes glicêmicos de urina ou sangue e/ou proceder à dieta recomendada para a criança, etc. – para lidar com a enfermidade. Esses dados, em geral, serão assimilados aos poucos e alguns deverão ser repetidos todas as vezes que ocorrer uma consulta com a equipe. Muitas vezes a própria família aprenderá a se alimentar melhor, contribuindo assim para uma dieta mais saudável para todos.

Trata-se de uma doença psicossomática que tem no aspecto emocional o seu *disparador*, ensejando a dificuldade no seu controle, o que resulta na piora do quadro. Assim, necessita de uma equipe interdisciplinar no seu tratamento, como neste caso, em que o atendimento médico/equipe deveria ter sido crônico, constante e próximo. Isso poderia ter proporcionado uma boa oportunidade para estabelecer a relação médico-paciente. A

1. Médico residente do Ambulatório do Núcleo de Estudos da Saúde do Adolescente (NESA).

2. Psicóloga clínica; especialista em Psicologia Médica pela Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ) e Medicina Psicossomática pelo Instituto de Medicina Psicossomática (IMPSIS); membro da equipe do Ambulatório de Diabetes do Hospital Universitário Pedro Ernesto (HUPE) entre 1995 e 2001.

3. Médica pediatra; professora-doutora do NESA; moderadora da Reunião Científica que se realizou em 20/08/05.

presença de um componente da equipe deverá ser sempre a de um membro do *staff*. Isso quer dizer que ele será o intermediário entre o paciente e sua família e nas eventuais trocas de membros da equipe que possam ocorrer.

Por motivos financeiros, o paciente passou a fazer o acompanhamento do DM1 em um posto municipal de saúde próximo à sua residência. O médico que o tratava pediu demissão e, por dois anos, a criança permaneceu sem nenhum controle clínico e/ou laboratorial. Nesse período a família manteve esquema de insulinas regular e *neutral protamine hagedorn* (NPH) pela manhã, com doses de 10UI de cada. O paciente apresentou nesse período cerca de cinco internações rápidas em emergências, por descompensação da glicemia, o que a família atribuiu à dieta não-controlada.

No tratamento do DM, por ser uma doença crônica que acompanha o paciente por toda a vida, a equipe também poderá ser alterada no curso da doença. Em classes populares, ou devido a algum tipo de mudança socioeconômica e/ou de residência da família, o acompanhamento também poderá precisar mudar para outra instituição médica.

No presente caso, após duas mudanças em cinco anos de doença, esse foi um dos motivos que dificultaram a boa relação médico-paciente e, principalmente, a relação paciente-família-instituição. Quando há inúmeras mudanças de profissionais de saúde, os pacientes e seus familiares passam a se relacionar diretamente com a instituição que os atende, fazendo assim a *transferência* (termo da psicanálise) com essa instituição.

Um dos motivos que levam a família a descontinuar o tratamento médico também pode ser a sensação de que se o DM não se evidencia, exceto quando há complicações, ele pode ser tratado em casa com os recursos de que a família dispõe. Outro motivo pode ser um dos mecanismos de defesa em relação ao adoecimento, ou seja, a *negação* de que o filho está doente ou que seja portador de uma doença crônica.

Por algum tempo a família teve a ilusão de que se tratava de uma doença que começou grave, mas com o decorrer dos anos passou a ser tratável,

não necessitando de cuidados médicos crônicos. Assim sendo, muitas vezes esse mesmo mecanismo de negação fez com que o paciente e sua família *esquecessem* as recomendações dadas no início do tratamento da doença.

Em 24/05/05, já adolescente (com 14 anos de idade), C.M.L. foi internado pela família no Hospital de Saracuruna, apresentando poliúria, polifagia, polidipsia, dispnéia, distensão abdominal, edema de membros inferiores (MMII), icterícia e redução do nível de consciência. Obteve alta hospitalar após uma semana com diagnóstico de hepatite A e CAD corrigida. A família procurou então o ambulatório do NESA, em 11/07/05, que encaminhou o paciente para o Ambulatório de Diabetes e Metabologia do HUPE, sendo, em 13/07/05, solicitada internação na enfermaria para compensação do diabetes.

Quase dez anos se passaram do início do DM1 e, novamente, o adolescente foi internado em estado grave, como na vez anterior. A mesma situação se apresenta e mais grave ainda, com o diagnóstico de hepatite A. Mais uma vez há troca rápida de instituições médicas, quando se pôde constatar a dificuldade da primeira instituição para ajudar plenamente e continuar tratando o paciente.

Algumas razões podem ser aventadas para esse fato: o NESA é uma das melhores unidades no tratamento de adolescentes, e o HUPE é uma das referências no atendimento do DM1, portanto disporia de maiores recursos para tratar uma doença que se apresentava grave, com intercorrências e complicações, necessitando assim de recursos cada vez mais especializados. A outra seria o fato de que, desde o início, o paciente e sua família demonstraram dificuldades em manter vínculos duradouros com as equipes médicas que os atenderam. Uma boa relação médico-equipe-paciente é a primeira forma de tratamento, principalmente em se tratando de uma doença juvenil e crônica.

*HGPPN*: Mãe G2P2A0; pré-natal sem intercorrências realizado em posto de saúde; nega diabetes *mellitus* gestacional (DMG); parto cesáreo (macrosômico) a termo; icterícia neonatal com fototerapia. PN = 4.800g, EN = ?

*HPP:* Bócio aos três anos, postectomia com quatro anos e viroses comuns na infância (VCI).

*Histórico alimentar:* Aleitamento materno (exclusivo até os 6 meses) até os 5 anos; dieta hipoglicídica desde os 5 anos de modo irregular.

A história alimentar do paciente mostra que, enquanto bebê, foi alimentado ao seio pela mãe até os 5 anos de idade, o que nos faz pensar que para a dupla mãe/bebê foi muito difícil a situação do *desmame* (aqui o termo foi utilizado para enfatizar a circunstância). Houve tentativas de introduzir outros alimentos além do leite materno a partir dos 6 meses de idade, porém as *carências emocionais* de ambos foram as responsáveis pelo arrasto das tentativas de desmame por cinco longos anos.

O paciente é *desmamado* no período em que a psicanálise nomeou *edípico*, isto é, entre 3 e 5 anos de idade, período que pode ser considerado crítico e de mudanças psíquicas intensas e significativas. Acresce o fato de que nesse momento – e podemos *supor* – isso também contribuiu para um aumento excessivo de fatores estressantes, os quais funcionaram como *disparadores* do início da doença. O diabetes chega para essa dupla até como uma forma de desfazer essa *simbiose* (mãe/bebê) que se mantinha instalada.

*Histórico do desenvolvimento:* Normal, exceto por baixa estatura e atraso puberal. Semenarca e sexarca ausentes.

*Histórico de vacinação:* Completo.

*Histórico familiar:* Pai saudável, com 1,81m; mãe saudável, com 1,58m; irmão de 23 anos com 1,80m; avó e tia maternas com diabetes *mellitus* tipo 2 (DM2).

A tendência familiar para o diabetes se encontra na presença de DM2 na avó e na tia maternas. Apesar de ser do tipo 2, o diabetes se apresenta como traço hereditário.

Não se sabe se a família paterna apresenta histórico de portadores do DM, mas se isso não

foi constatado, esse fato pode ter contribuído para um *sentimento de culpa* da mãe por ter gerado um filho doente, diabético, oito anos depois do filho mais velho e saudável. Essa conjuntura provavelmente também alimentou uma estreita ligação entre a mãe e o filho *temporão* que adoeceu.

*Histórico social:* O paciente reside com pai e mãe em casa de alvenaria, com esgoto encanado, água de poço artesiano e luz elétrica. O pai é pedreiro e a mãe, do lar. Estuda à noite (5ª série do ensino fundamental) e trabalha como chaveiro com o irmão durante o dia, mas não ajuda na renda familiar. Nega tabagismo, etilismo ou uso de drogas ilícitas.

A casa tem dois quartos e nela moram quatro habitantes. Refere medo de dormir sozinho em seu quarto, pois a janela dá para uma *casa mal-assombrada*.

Quanto às condições de vida, observa-se que essa família, de classe popular e estruturada, tem situação estável e regular, com pai, mãe e os filhos morando juntos. O paciente estuda e trabalha de forma produtiva, apesar da doença, fazendo uso do que ganha provavelmente para cobrir suas próprias despesas. Assim, sendo o suficiente apenas para ele, a família não necessita de ajuda do seu pró-labore nas despesas comuns. C.M.L. está um pouco atrasado na sua situação escolar, o que se deve, possivelmente, à doença que lhe exigiu internações constantes.

É notável constatar que, nesse período de início de puberdade, ele tem o período *edípico* revivido como todos os outros adolescentes, com mal-estares ligados a insônias freqüentes que o paciente atribui ao fato de sua janela estar diante de uma *casa mal-assombrada*. Embora esteja com seu desenvolvimento puberal atrasado, o sexual já deve ter se iniciado, bem como algumas sensações ligadas aos seus órgãos genitais e/ou sentimentos relacionados a esses fatos, o que deve lhe provocar dificuldades em conciliar o sono.

Não é difícil associar o início desse período também crítico, como a adolescência, às dificuldades por ter seu DM descontrolado. Isso ocasionou

as suas duas últimas internações, como se a abertura da adolescência também fosse motivo para o descontrolo da ingesta hipocalórica e o aumento acentuado de sua glicemia.

A boa relação médico-paciente – que agora está se estabelecendo – vem permitindo uma *identificação positiva* do paciente com seu médico jovem e saudável, que está aberto também a lhe esclarecer as questões do diabetes e do seu desenvolvimento físico/psicológico.

- Colesterol: 180; trigérides: 189; HDL = 35.
- Glic. internação = 427; glic. alta = 85.
- EAS: pH = 6; ptn = 3<sup>+</sup>; G = 3<sup>+</sup>; cet = indício; Hb = 2<sup>+</sup>; Nit = neg; Pio = 4-6; Hem = 8-10.
- Ptnúria 24h: 1,36g/24h.
- Ultra-sonografia (US) renal: sem anormalidades.
- US da tireóide: bócio difuso, sem nódulos.
- Alvo genético: 1,76m.
- Idade óssea: 10 anos.

## > EXAME FÍSICO

- Fácies atípica, lícido e orientado no tempo e no espaço, corado, hidratado, anictérico e acianótico.
- FC = 90bpm; FR = 20irpm; PA = 100 x 70mmHg.
- Cabeça/pescoço: sem adenomegalias; orofaringe sem anormalidades; tireóide palpável; de volume global, irregular e sem nódulos à palpação.
- ACV: RCR2T s/SS, BNF, precórdio calmo, pulso normal.
- AR = MBVUA s/RA tórax simétrico s/ginecomastia.
- ABD: plano, peristalse<sup>+</sup>, flácido, indolor à palpação sem massas ou VMG; fígado palpável no RCD sem alterações de consistência, com borda lisa, hepatimetria 6cm, Traube timpânico.
- Membros: sem edemas, boa pcp.
- Genitália: ♂, testículos tópicos, pré-púbere, estágio Tanner G1P1.
- FO: meios transparentes, papila de bordos nítidos, escavação 0,3 x 0,3 OD e 0,4 x 0,4 OE; vasos de calibre e tortuosidade normais com microaneurismas esparsos, retina aplicada e região macular normal.

## > EXAMES COMPLEMENTARES

- Hemograma: Hem = 4,51; Hb = 12,5; Hto = 36,8%; VCM = 81,5; HCM = 27,6; CHCM = 33,9; RDW = 16,9; PQT = 466000 Leuco = 7,6 (0/1/0/0/2/50/39/8).
- Na = 137; K = 4,4; U = 34; Cr = 0,6; T<sub>4</sub>L = 0,8; TSH = 0,67.

## SEGUIMENTO <

O paciente obteve alta da enfermaria em sete dias após a normalização da glicemia e depois de receber orientações sobre dieta, patologia, prognóstico e suas complicações.

Encontra-se em acompanhamento no ambulatório de diabetes do HUPE e no de clínica do NESA, mantendo níveis glicêmicos adequados e seguindo orientação nutricional. C.M.L. faz uso de 24UI de insulina NPH antes do café da manhã e 10UI antes da ceia. O presente caso clínico está em andamento.

Na sessão clínica foram expostas algumas considerações de ambos os lados, do médico e da psicóloga. Num saber que se torna psicossomático, o DM é considerado auto-imune e crônico, isto é, ainda sem cura, e encontra na dieta hipocalórica a ser seguida uma de suas maiores dificuldades, tanto para o adolescente quanto para o adulto diabético.

O adolescente de nossos dias tem sido bombardeado pelos apelos incessantes da mídia para que façam suas refeições nas redes de lanchonetes *fast-foods*. Fora isso, a alimentação farta, desde sempre, foi motivo de júbilo para uma família pobre como a referida neste relato de caso.

Para uma mãe é muito difícil dizer ao seu filho para não ingerir guloseimas açucaradas. O máximo da perfeição para uma boa mãe é não negar nada ao filho querido, nem sequer o seio. Desmamar um filho pode ser uma atitude tão negativa para a mãe como não ter o que lhe dar de comer. O alimento tem para os pais um sentido de dar amor e cuidar bem dos filhos.

É um sinal na nossa sociedade ocidental que, quando se trata com amor as crianças, não se devem negar os *doces*, que representariam *carinhos*. Nosso ideário de plenitude, liberdade e bem-estar é poder comer todas as coisas gostosas.

## > CONCLUSÕES

Este artigo se deveu às conclusões encontradas, ao final da Reunião Científica, diante do caso clínico supervisionado e comentado pelos presentes. Podemos resumi-las da forma que se segue.

- O DM1 é uma doença psicossomática; assim sendo, todos os componentes da equipe interdisciplinar que atende o paciente (e sua família) precisam estar cientes das características clínicas e psicológicas que incidem sobre ela.
- O início da doença pode ocorrer de forma súbita, aguda e/ou grave, como neste caso clínico, ou, ao contrário, com diagnóstico e tratamento realizados rapidamente, pode ser mais suave. As diferenças na forma de abertura interferem no prognóstico e no futuro tratamento.
- Uma boa relação médico-equipe-paciente-família é a primeira forma de tratamento possível; os profissionais integrantes dos serviços das instituições que tratam esses pacientes devem ter em mente que essa boa relação é primordial para um bom e contínuo tratamento, principalmente quando se trata de doença juvenil e crônica.
- Neste caso pudemos identificar um mecanismo de defesa da parte do paciente e muito mais da família. Essa reação à enfermidade foi a *negação*, que não permite a tomada de consciência em relação à doença e consiste na recusa parcial ou total do reconhecimento da percepção do fato de estar enfermo. É uma entre muitas outras que podem ocorrer.
- A adolescência é uma fase crítica do desenvolvimento humano com muitas características. Quem trabalha com adolescentes deve se munir de material sobre essa fase para entender tanto os aspectos físicos quanto os psicológicos. No presente caso o início do DM não se deu na adolescência (período de crise), mas em outro momento também crítico,

o do *complexo edipiano*. As pesquisas apontam que, durante alguns momentos críticos, pelo aumento excessivo de fatores estressantes e em determinadas pessoas, o DM pode ter seu início disparado, ligando-se aos fatores de auto-imunidade e hereditário da doença.

- Como neste caso clínico, a dificuldade de cumprir uma dieta hipocalórica, deixando principalmente de fora o açúcar comum, também tem sido evidenciada pelas pesquisas sobre o DM, tanto no tipo 1 quanto no 2. Para o bebê, a alimentação (depois da respiração) é o primeiro grande momento da entrada na vida fora do útero.
- Como decorrência do item anterior, o desmame dificultado e tardio se liga também às dificuldades do paciente e de sua família em cumprir e fazer cumprir a dieta, um dos motivos constantes do grande aumento da glicemia, a complicação aguda (como a cetoacidose) que levou a inúmeras e seguidas internações para tratar o quadro agravado.
- O desenvolvimento puberal no presente caso está atrasado, a atenção à fase do desenvolvimento das gônadas e a entrada na *genitalidade* próxima à do adulto têm como desdobramento a ajuda psicoterapêutica do paciente ou, se não for possível, a boa relação do médico com o adolescente, que, por identificação com a figura masculina jovem e saudável, pode ajudar muito nesse sentido.
- A ajuda contínua da equipe à família do paciente também faz parte do tratamento diferenciado que pode ser oferecido ao adolescente diabético. Sobretudo na fase infanto-juvenil, a família é quem traz o paciente ao tratamento e o ajuda a cumpri-lo. Assim, ela pode ajudar com seus recursos ou prejudicar se apresentar deficiências.
- O paciente, apesar da doença crônica, com complicações e intercorrências que ocorrem de forma constante, ainda se mostra produtivo: ele estuda e trabalha. Ajudá-lo a evitar tais complicações (agudas e crônicas) ligadas ao DM1 lhe proporcionará a possibilidade de uma juventude, maturidade e velhice mais saudáveis, com todos os possíveis desdobramentos do seu ciclo vital, como se formar, se casar e ter filhos (sem assim o desejar), bem como trabalhar e viver com uma boa qualidade de vida, o que, apesar do diabetes, é perfeitamente possível.

---

## > REFERÊNCIAS

1. Balint M. O médico, seu paciente e a doença. Rio de Janeiro: Atheneu. 1975.
  2. Burd M. A criança diabética e sua família. São Paulo: Casa do Psicólogo, no prelo.
  3. Burd M. Diabetes e família. In: Mello Filho J, Burd M (org.) Doença e família. São Paulo: Casa do Psicólogo. 2004.
  4. Debray R. O equilíbrio psicossomático e um estudo sobre diabéticos. São Paulo: Casa do Psicólogo. 1995.
  5. Mello Filho J. Aspectos psicológicos do diabetes mellitus (parte 1). Rio de Janeiro: Medicina HC-UERJ. 1983; vol. 2.
  6. Setian D, Damiani D, Dichtcheekenian V (org.). Diabetes mellitus na criança e no adolescente: encarando o desafio. São Paulo: Sarvier. 1995.
  7. Spitz L. As reações psicológicas à doença e ao adoecer. In: Cadernos do IPUB, n 6. Saúde Mental no Hospital Geral, Instituto de Psiquiatria da UFRJ. 1997; 85-97.
-