

CRIANÇAS E ADOLESCENTES COM DIABETES *MELLITUS*: CUIDADOS/IMPLICAÇÕES PARA A ENFERMAGEM

CHILDREN AND ADOLESCENTS WITH DIABETES *MELLITUS*: IMPLICATIONS FOR NURSING CARE

NIÑOS Y ADOLESCENTES CON DIABETES *MELLITUS*: CUIDADOS/IMPLICACIONES PARA LA ENFERMERÍA

Flávia Andrade Fialho¹
Iêda Maria Ávila Vargas Dias²
Lilian do Nascimento³
Patrícia das Neves Motta⁴
Sara Galvão Pereira³

O diabetes *mellitus* apresenta-se hoje como uma das maiores causas de morbimortalidade no Brasil. O diagnóstico de diabetes *mellitus* tipo 1, muitas vezes, contribui para a desorganização familiar, cabendo aos profissionais da área da saúde fortalecer a autoestima das crianças/adolescentes, para que possam ingressar na fase adulta de forma saudável. Este estudo teve como objetivo descrever a percepção da criança e do adolescente em ser portador de diabetes *mellitus* tipo 1 e discutir de que forma enfrentam a situação. Trata-se de uma pesquisa qualitativa, na qual foram entrevistadas 15 crianças/adolescentes usuárias do Serviço de Controle de Hipertensão, Diabetes e Obesidade da Secretaria Municipal de Saúde de Juiz de Fora. A análise das entrevistas permitiu construir as categorias: Diabetes na percepção da criança e adolescente portador; e Enfrentamento do diabetes pela criança e pelo adolescente. Os resultados mostraram que, para o enfrentamento do diabetes *mellitus*, é preciso esforços conjuntos da criança/adolescente diabético, das famílias e dos profissionais de saúde, para que os portadores atinjam um bom controle metabólico. A conclusão evidencia que o foco contínuo do cuidado de enfermagem para esses pacientes deve residir no desenvolvimento de uma sólida base educacional, visando o domínio de conceitos e habilidades necessárias ao tratamento a longo prazo da patologia e de suas complicações.

PALAVRAS-CHAVE: Diabetes *mellitus*. Enfermagem. Adolescente. Criança.

Diabetes mellitus is nowadays one of the main causes of morbid-mortality in Brazil. The diagnosis of diabetes mellitus type 1, most of the times, contributes to the familiar disorganization; consequently, it is the role of the health professional to strengthen the self-esteem of children and adolescents so they can start their adulthood in a healthy way. This study has as objective to describe the perception of the children and adolescents with of diabetes mellitus type 1 and discuss how they can face this disease. This is a qualitative research, with 15 children and adolescents participant of the service of control for hypertension, diabetes e obesity belonging to the Municipal health Department from the municipality of Juiz de Fora. The analysis of the interviews allowed the creation of two categories: Diabetes as perceived by children and adolescents carriers, and how children and adolescents deal with the diabetes. The results showed that in order to deal with diabetes mellitus, a joint effort from both families and professionals is needed so that the carriers achieve a good metabolic control. The conclusion shows that continuous focus on nurse care for these

¹ Mestranda do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Juiz de Fora (UFJF). Pesquisadora do Núcleo de Pesquisa em Saúde Materno Infantil e Saúde Coletiva (FACENF) da Universidade Federal de Juiz de Fora (UFJF). flavinhafialho@bol.com.br

² Professora Doutora da Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Juiz de Fora (UFJF). Pesquisadora do Núcleo de Pesquisa em Saúde Materno Infantil e Saúde Coletiva. vargasdias@hotmail.com

³ Enfermeiras. Pesquisadoras do Núcleo de Pesquisa em Saúde Materno Infantil e Saúde Coletiva (FACENF) da Universidade Federal de Juiz de Fora (UFJF).

⁴ Enfermeira da Unidade de Terapia Intensiva Neonatal do Hospital Monte Sinai. Especialista em Enfermagem Neonatal.

patients should be based on a solid educational base, aiming at the mastering of concepts and necessary abilities for long-term treatment of the pathology and its complications.

KEYWORDS: *Diabetes mellitus. Nursing. Children. Adolescents.*

La diabetes mellitus se presenta hoy como una de las mayores causas de morbilidad y mortalidad en Brasil. El diagnóstico de la diabetes mellitus tipo 1, muchas veces, contribuye para la desorganización familiar, cabiendo a los profesionales del área de salud fortalecer el autoestima de los niños/adolescentes para que puedan ingresar en la fase adulta de forma saludable. Este estudio tuvo como objetivo describir la percepción del niño y del adolescente como portadores de la diabetes mellitus tipo 1 y discutir de qué forma encaran la situación. Se trata de una investigación cualitativa, en la que fueron entrevistados 15 niños/adolescentes usuarios del Servicio de Control de Hipertensión, Diabetes y Obesidad de la Secretaría Municipal de Salud de Juiz de Fora. El análisis de las entrevistas permitió construir las siguientes categorías: Diabetes en la percepción del niño y adolescente portador, y, El enfrentamiento de la diabetes por el niño y el adolescente. Los resultados muestran que para el afrontamiento de la diabetes mellitus se necesitan esfuerzos conjuntos del niño/adolescente diabético, de las familias y de los profesionales de salud, para que los portadores logren un buen control metabólico. La conclusión evidencia que, el foco continuo del cuidado de enfermería para esos pacientes debe residir en el desarrollo de una sólida base educacional, visando el dominio de conceptos y habilidades necesarias al tratamiento de largo plazo de la patología y sus complicaciones.

PALABRAS-CLAVE: *Diabetes mellitus. Enfermería. Adolescente. Niño.*

INTRODUÇÃO

Estima-se que entre 15% e 18% da população mundial de crianças e adolescentes têm alguma forma de problema crônico, incluindo condições físicas, deficiências no desenvolvimento, dificuldades de aprendizagem e doença mental (PERRIN; SHONKOFF, 2000). Nessa perspectiva, o diabetes *mellitus* vem recebendo crescente destaque, haja vista sua cronicidade e a elevada prevalência entre crianças e adolescentes.

A International Diabetes Federation estima que, aproximadamente, 70.000 crianças desenvolvem diabetes *mellitus* (DM) tipo 1 a cada ano, e cerca de 200 crianças desenvolvem a doença a cada dia. No Brasil, existem, atualmente, cerca de 5 milhões de diabéticos, dos quais quase 300 mil são menores de 15 anos de idade (BRASIL, 2004). Nesse sentido, a Organização Mundial de Saúde define a patologia como uma das mais importantes doenças crônicas da infância em esfera mundial (ZANETTI; MENDES, 2001).

Tais dados tornam-se ainda mais preocupantes se for considerado o panorama geral da doença. Estimativas da Organização Mundial de Saúde (OMS) apontam que o número de portadores do diabetes em todo o mundo, que em 2000 era de 177 milhões, está previsto para 350 milhões de pessoas em 2025. No Brasil, atualmente, são

cerca de 6 milhões de portadores, devendo alcançar 10 milhões de pessoas em 2010 (BRASIL, 2006). Nesse sentido, Medeiros et al. (2003) referem o diabetes como um grave problema de saúde pública enquanto causa de doença e morte, hospitalização de alto custo, invalidez precoce, incapacidade para o trabalho e deterioração da qualidade de vida.

A evolução histórica do diabetes *mellitus* mostra que é uma patologia datada dos primórdios da humanidade. O primeiro caso consta no Egito, em 1500 a.C., como uma doença desconhecida (GAMA, 2002). Somente no início do século XX, Elliot Joslin, um importante diabetologista, definiu diabetes como uma doença crônica, não contagiosa, que evoluía sem dor e passível de ser tratada cronicamente (PIRES; CHACRA, 2008).

Em uma definição mais recente, a doença é referida como um grupo de doenças metabólicas caracterizadas por hiperglicemia, associada a complicações, disfunções e insuficiência de vários órgãos, especialmente olhos, rins, nervos, cérebro, coração e vasos sanguíneos (BRASIL, 2006). A definição atual da patologia classifica o diabetes *mellitus* em tipo 1, tipo 2, gestacional e outros. Termos baseados na etiologia, em

substituição aos termos diabetes *mellitus* insulino dependente e não insulino dependente, são relacionados ao tratamento (PETROIANU; SANTANA; CORONHO, 2001).

O diabetes *mellitus* tipo 1, foco do estudo, caracteriza-se pela destruição da célula beta, que, eventualmente, leva ao estágio de deficiência absoluta de insulina, quando a administração dessa substância é necessária para prevenir cetoacidose, coma e morte (REDDY, 2002). Embora ocorram avanços significativos, a administração exógena de insulina tem sido a única forma de tratamento disponível para milhões de portadores dessa doença em todo o mundo (GROSS et al., 2000), o que é delicado quando se trata de jovens e crianças. A vivência de uma doença crônica, como o diabetes, nessa faixa etária, torna-se ainda mais conflitante, uma vez que a criança/adolescente passa a ter seu cotidiano modificado, podendo ser frequentemente submetida a hospitalizações para exames e tratamento, além de enfrentar limitações, principalmente físicas e alimentares.

Frente ao exposto, delimitou-se como objeto de estudo o diabetes *mellitus* tipo 1. Sistematizou-se a seguinte questão norteadora: Qual a percepção de crianças e adolescentes sobre ser portador(a) de diabetes *mellitus*? Para responder a questão, foram traçados os seguintes objetivos: descrever a percepção da criança e do adolescente em ser portador de diabetes *mellitus* tipo 1 e discutir de que forma enfrentam a situação.

Acredita-se que discutir a representação do diabetes *mellitus* para a criança/adolescente proporcione um direcionamento para a construção de práticas educativas e, por conseguinte, promova maiores subsídios para uma prática de enfermagem qualificada a ser oferecida à criança/adolescente diabético e sua família, uma vez que profissionais de saúde desempenham o papel de formadores de opinião dentro do seu contexto sociocultural.

MATERIAIS E MÉTODOS

Para contemplar os objetivos do presente estudo, optou-se pela pesquisa qualitativa, uma vez que essa abordagem metodológica permite

visualizar questões particulares e subjetivas relacionadas aos significados das ações e relações humanas. Silva e Silveira (2006) definem esse tipo de pesquisa como compreensiva, holística, ecológica, humanista, bem adaptada para análise minuciosa da complexidade, próxima das lógicas reais, sensível ao contexto no qual ocorrem os eventos estudados, atenta aos fenômenos de exclusão e marginalização.

Considerando essa perspectiva, o estudo voltou-se para crianças e adolescentes portadores de diabetes *mellitus* tipo 1, de ambos os sexos, atendidos no Polo da Criança e Adolescente Insulino Dependente do Serviço de Controle de Hipertensão, Diabetes e Obesidade (SCHDO) da Secretaria Municipal de Saúde de Juiz de Fora. O SCHDO é um serviço de atenção secundária, responsável pela assistência a pacientes procedentes das Unidades Básicas de Saúde do município.

Em relação ao procedimento da pesquisa, este estudo obteve a aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Juiz de Fora, Parecer n.º 274/2007. Mediante essa aprovação e após a assinatura dos responsáveis no Termo de Consentimento Livre Esclarecido, as entrevistas foram realizadas com as crianças/adolescentes e tiveram como base a seguinte questão norteadora: “Conte para mim a sua vivência referente à repercussão do diabetes *mellitus* no seu cotidiano”. Com aquiescência dos participantes e autorização dos responsáveis, as entrevistas foram gravadas e transcritas em sua totalidade, logo após sua realização, para que nenhum detalhe importante fosse perdido. No total foram realizadas 15 entrevistas, sendo este número definido pela técnica de saturação dos dados que, segundo Haber (2001), ocorre quando as informações que estão sendo compartilhadas com o pesquisador tornam-se repetitivas e a inclusão de outros participantes não resulta em ideias novas.

Ao término da coleta de dados, teve início a fase de análise. Visando levantar as informações contidas nas mensagens, elegeu-se a técnica de análise de conteúdo. Segundo Bardin (2006), esse tipo de análise visa o conhecimento de variáveis de ordem psicológica, sociológica e

histórica, por meio de um mecanismo de dedução com base em indicadores reconstituídos em mensagens particulares. Para o autor, a análise de conteúdo procura conhecer aquilo que está por detrás das palavras sobre as quais se debruça e é realizada mediante a leitura exaustiva.

É relevante destacar que os preceitos éticos presentes na pesquisa de campo, como a proteção dos sujeitos contra qualquer espécie de dano e a garantia do sigilo e anonimato em relação aos depoimentos foram seguidos durante todo o decorrer do estudo.

RESULTADOS

A fala de crianças e adolescentes diabéticos possibilita o entendimento da dimensão que a doença assume em suas vidas, assim como em seu grupo familiar. O diagnóstico de diabetes em uma criança é quase sempre motivo de ansiedade, por se tratar de uma doença crônica, de etiologia incerta e com possíveis complicações.

O mesmo acontece com o adolescente, que se encontra numa fase de consolidação da personalidade, buscando ser aceito em um grupo social. Além de ser questionador, o adolescente busca sempre restabelecer limites, o que faz com que uma doença que implique em limitações torna-se um complicador e gerador de conflitos.

Nesse sentido, a reflexão, construída com base na qualificação dessas falas orientou a construção das seguintes unidades de discussão: diabetes na percepção da criança e adolescente portador; e enfrentamento do diabetes pela criança e pelo adolescente.

Diabetes na percepção da criança e adolescente portador

A doença crônica, principalmente o diabetes, carrega consigo valores emocionais, psicológicos, econômicos e, principalmente, sociais que afetam o dia a dia de seu portador e de toda a família. A doença acarreta mudanças significativas na relação que o paciente diabético estabelece com seu próprio corpo e com o mundo que o cerca.

Nesse sentido, a questão alimentar é considerada uma barreira à vida normal, uma vez que exige controle de hábitos alimentares, com algumas restrições, principalmente de doces, que acabam gerando conflitos entre familiares e crianças/adolescentes. Mesmo porque, o conflito entre o desejo de se alimentar e a necessidade imperiosa de contê-lo está sempre presente na vida e no cotidiano dos portadores. Um bom exemplo são os doces, principal atrativo na alimentação de crianças e adolescentes. As falas a seguir comprovam essa dificuldade: “Eu não posso comer mais doce que eu gostava muito, né? É muito difícil [...] por causa que antes eu comia muito doce.”; “A maior dificuldade para mim [...] Nossa! [...] Resistir às tentações dos doces [risos] muito difícil, muito difícil [...] Manter a glicose baixa, né [...]”

Nota-se que o fator restrição alimentar é uma das grandes dificuldades vivenciadas pela criança e pelo adolescente diabéticos. Os relatos mostram que algumas crianças/adolescentes acabam desenvolvendo mecanismos para contornar as limitações alimentares impostas pela doença. O uso em excesso da insulina é um bom exemplo disso. Ao administrar mais insulina a glicose tende a diminuir, conseqüentemente, o diabético pode consumir mais alimentos que deseja. A fala seguinte ilustra essa realidade:

“[...] eu comia muito chocolate, né [...] Todo dia, todo dia, uma barra de chocolate [...] Eu tomo insulina [...] Tomo a NPH e a regular [...] Aí só com a insulina que abaixa, né? Aí, às vezes, eu tomo insulina mais do que ela recomendou, pra mim comer; daí dá para eu comer o que eu quero. Aí eu tomo a mais”.

A doença pode ocasionar limitações na escola, principal cenário de convívio social da criança/adolescente. Essas restrições estão relacionadas à alimentação, à prática de exercícios, e mesmo a atividades rotineiras. É na escola que a criança/adolescente diabético acaba tendo que lidar com a doença frente à sociedade (colegas, professores e demais pessoas). Nesse cenário é percebida mais fortemente a intervenção de aspectos

como a dieta imposta pela doença. Assim, podem ocorrer mudanças de comportamento nesse ambiente de convívio da criança/adolescente, tendo em vista as alterações ocorridas em suas vidas, como pode ser percebido nas falas: “De vez em quando, eu passo mal no colégio [...] Aí eu falo com a diretora, a diretora me deixa ir embora. Aí elas me levam na casa da minha vó.”; “[...] um dia cheguei em casa triste, porque teve festinha no colégio e muitas coisas não pude comer [...] no início chorava muito quando alguém comia alguma coisa na minha frente [...] mudou muito a minha vida e para pior.”

No caso específico do adolescente diabético, a doença implica também em atividades sociais típicas dessa fase, como as relações afetivas e as relações de trabalho. A doença faz surgir outro aspecto, a transgressão, relacionado à maneira como ele lida com a doença, cotidianamente, em especial no que tange ao consumo de alimentos e bebidas, alcoólicas ou não.

A dieta prescrita pelos profissionais, frequentemente, associa-se a uma imagem negativa, uma vez que seguir o esquema alimentar prescrito, por um período de tempo prolongado, é tarefa extremamente penosa. Nesse sentido, a análise das entrevistas evidencia o quanto o ato de transgredir permeia a vida do adolescente portador de diabetes. Vejam-se as falas a seguir: “Ah! eu não consigo, não consigo, porque eu vejo os outros comendo, e eu fico com vontade também de comer [...]”; “Eu não posso comer mais doce, que eu gostava muito, né [...] mas de vez em quando eu como.”

Seguir a alimentação prescrita é difícil, porque está relacionada aos hábitos adquiridos, ao valor cultural do alimento, às condições socioeconômicas e à questão psicológica envolvida. Por isso, a baixa adesão ao tratamento é uma das maiores dificuldades encontradas pelos profissionais de saúde no processo de intervenção com pacientes diabéticos.

O emocional é constituído por aspectos inconscientes, que podem impedir um bom controle da doença, se esta não for internamente aceita, influenciando sobremaneira seu cotidiano, uma vez que o diabetes exige um controle intenso

para evitar complicações. O controle é uma questão ainda mais complicada para crianças e adolescentes, pois é preciso racionalização da doença e, conseqüentemente, do que se pode ou não fazer. Assim, quando o diabético vive uma tensão emocional, há um aumento de glicemia e isso é percebido e relatado pelos depoentes:

“O mais difícil é o controle da glicemia, porque o emocional influencia muito. O que influencia não é só a dieta em si, lógico que ela é mais de 50%, mas o emocional influencia também.”

“É porque eu fico muito nervosa e tem muita coisa pra me preocupar e aí descontrola.”

“É por causa do diabete, problema de família [...] aí eu fico desse jeito.”

“Tento não me preocupar muito, mas aí num dá, porque cada hora dá um tanto a glicose aí junta a infecção urinária, junta os problemas da vida, aí fica difícil d’eu controlar ela.”

As falas mostram que é imperioso um acompanhamento individualizado, a fim de descobrir a percepção que o sujeito tem sobre si e sobre a doença. Isso exige a atuação de uma equipe multidisciplinar, que atente para a compreensão dos impactos que a doença causa e atue de forma a atender não somente o aspecto fisiológico, mas também o cognitivo, o social e o emocional do diabético. Essa atuação repercutirá em um melhor comprometimento do paciente com seu tratamento, ou seja, para que ele adote comportamentos mais adequados ao tratamento.

Enfrentamento do diabetes pela criança e pelo adolescente

Em se tratando do diabetes, as contribuições dos saberes biológicos na área da saúde são de extrema importância, porém insuficientes quando tomados de forma exclusiva. A doença é sempre mais do que uma dor ou uma inconveniência física – os objetivos de vida, o convívio familiar, o

trabalho, a renda, a mobilidade, a imagem corporal e o estilo de vida do paciente podem ser alterados drasticamente, causando reações estressantes, o que interfere no enfrentamento da doença.

Nesse sentido, o estudo mostra que os participantes enfrentam de forma distinta a situação de ser portador do diabetes, em que inúmeras são as limitações experimentadas nessa condição, desencadeando vários sentimentos, como o medo e a insegurança, além de atitudes que vão do conformismo ao autocuidado. Além disso, foram relatadas situações de desespero, raiva, frustração, inconformismo, incerteza, dúvidas, sensação de impotência e desânimo. Vale destacar algumas falas dos entrevistados que apresentaram até um eufemismo, em que a existência do diabetes foi negada ou descaracterizada como uma doença crônica.

“Ah! eu não queria ter. Eu não queria ter, mas eu tenho. Fazer o que, né? É como se fosse um resfriado. Cuido. Tem dia que está alto, tem dia que não está. Mas vai vivendo.”

“E outra coisa que eu gosto bastante de frisar é que eu não sou uma pessoa diabética, sou uma pessoa que tenho diabetes. Igual gripe, você tem gripe, você não está gripe. A gripe não é uma característica sua.”

“[...] mesmo sabendo que eu tenho, eu fazia a mesma coisa que eu fazia antes, comia de tudo também. Eu não aceitava não [...] Agora eu não faço dieta, não faço nada não, continuo a mesma coisa [...]”

A negação, apesar de ser um processo de defesa, constitui-se em um fator desfavorável na adesão ao tratamento, prejudica o controle da doença e, muitas vezes, proporciona maiores riscos de ocorrer uma complicação, já que o quadro emocional do diabetes *mellitus* tipo 1 está diretamente ligado à adesão negativa ou positiva ao tratamento.

A aceitação é um processo prolongado, que depende de vários fatores, como: tempo, apoio, história de vida e singularidade de cada

indivíduo. Alguns entrevistados já conseguem demonstrar aceitação em suas falas:

“Eu era criança, tinha 11 anos de idade, entendeu? Foi muito difícil [...] mas aí o tempo foi passando, não teve outro jeito, tive que aceitar e aprender a cuidar de mim.”

“Hoje eu encaro com mais facilidade. Já me descabelei mais, hoje tá mais fácil de enfrentar, porque o tratamento tá sendo mais fácil. Tá evoluindo, né? Produtos que a gente encontra e não encontrava antes, essas facilidades. Os preços estão mais acessíveis. O chocolate *diet*, na páscoa tá quase o mesmo preço de um ovo comum. Já tá mais fácil de encarar... É bem mais fácil aceitar agora.”

Toda mudança e transformação são dolorosas. Chegar à etapa de aceitação é um grande passo na terapêutica, porque, além de favorecer a adaptação do paciente a sua condição, propicia o autocuidado e o aprendizado.

Quando se trata da criança, o esperado é que elas cresçam e se desenvolvam de forma saudável, acometidas apenas por doenças comuns à infância. Além disso, espera-se que, física e socialmente, seu desenvolvimento seja comparável ao de outras crianças da sua idade, realizando atividades comuns a cada fase de forma semelhante aos demais de sua faixa etária. Contudo, percebe-se que o diabetes nessa fase acaba representando um obstáculo ao desenvolvimento tido como normal, uma vez que a doença implica em algumas limitações e mudanças no estilo de vida, tanto do próprio diabético, no caso a criança, como de seus familiares. Por isto, é importante que a família compreenda a natureza de qualquer alteração de saúde e as implicações sobre os seus membros, pois, a partir do momento em que a família começa a conviver com a criança doente e se envolve com os cuidados diários, os obstáculos acabam sendo superados e transformados em aceitação.

As mesmas dificuldades do enfrentamento do diabetes na infância são percebidas na adolescência, acrescido do fato de que, nesse período,

há um movimento progressivo de independência em relação aos pais e uma tendência a contestar a autoridade estabelecida, o que repercute fortemente no controle e nas limitações impostas pelo diabetes.

A adolescência, por ser um período de grande vulnerabilidade física e emocional, e também de resistência às mudanças de hábitos, associado às características próprias da idade, como rebeldia, experimentação e tentativa de controle do seu próprio destino, é uma fase em que são muitas as barreiras para a adesão ao tratamento. A autonomia é um ponto importante para o bom controle da doença; por isso, deve ser estimulada gradativamente. Nesse sentido, acredita-se que o adolescente pode responsabilizar-se pela administração de insulina, a automonitorização e também pela contagem de carboidratos. Entretanto, em situação de desequilíbrio, há a necessidade do acompanhamento de um adulto que se responsabilize pelo seu cuidado e, em alguns casos, até de assistência hospitalar.

Os resultados evidenciam que, ao lidar com uma patologia como a diabetes, é preciso que se perceba o paciente como uma pessoa permeada por um entendimento psicológico, psicossocial e existencial, e não apenas como cifras laboratoriais expressas nos índices de glicose. É importante que o enfoque do tratamento não fique centrado na doença propriamente dita, mas no significado que esta apresenta para o doente e nos possíveis impactos que ela pode trazer à sua saúde, como também à percepção e ao enfrentamento desses impactos.

DISCUSSÃO

A análise dos resultados evidenciou o significado da alimentação para as crianças e adolescentes com diabetes, tornando-se primordial para o controle da doença. Santos e Enumo (2003) afirmam que, dentre as maiores dificuldades relatadas pelas crianças e adolescentes diabéticos, destacam-se: a necessidade de reeducar a alimentação, para evitar possíveis complicações da doença; a dificuldade de se adaptar a uma rotina de compromissos sociais (trabalho,

escola, festas) face às frequentes idas a médicos e a laboratórios químicos para exames; perda de liberdade de escolha quanto à alimentação e as dificuldades de se manter em dieta, estando na companhia de amigos não diabéticos.

Realizar a dieta recomendada reveste-se de vários significados, como a perda do prazer de comer e beber, restrição da autonomia e cerceamento da liberdade para se alimentar como e quando desejar. As proibições impostas pela doença e seu tratamento limitam a liberdade de fazer o que se tem vontade (PÉRES; FRANCO; SANTOS, 2006).

A doença acarreta mudanças significativas na relação que o paciente diabético estabelece com seu próprio corpo e com o mundo que o cerca, e isso se traduz principalmente no aspecto alimentar. Na terapêutica do diabetes é fundamental cumprir a dieta; porém, o ato de comer é complexo e não remete apenas à ingestão de nutrientes, mas também a uma gama de emoções e sentimentos, além de valores culturais, o que torna árduo o cumprimento das recomendações (SANTOS et al., 2005).

Segundo Péres, Franco e Santos (2006), o seguimento do tratamento prescrito pelos profissionais, as escolhas do tipo de tratamento que se busca e a maneira de cuidar do próprio corpo são consequências das representações que as pessoas elaboram acerca de sua enfermidade. Tal fenômeno reflete os aspectos psicossociais envolvidos no diabetes e relaciona-se à singularidade de cada sujeito. As reações emocionais dos pacientes à enfermidade são tão importantes quanto os dados fisiológicos. Situações estressantes, por exemplo, podem representar uma barreira para o controle dos níveis de glicose do sangue, o que pode levar a um quadro de hiperglicemia, devido aos hormônios produzidos nessa condição.

Estudos mostram casos em que o paciente tem consciência da importância de um bom controle sobre a doença, das consequências de um mau controle, mas, ainda assim, não se ajuda e burla o tratamento. Isto ocorre porque não basta ter consciência da doença e de suas repercussões, pois a doença física atinge diretamente o

emocional e este não é determinado apenas por aspectos conscientes (MOREIRA; DUPAS, 2006). Seguindo essa linha de entendimento, vários autores consideram o diabetes *mellitus* uma doença psicossomática, ou seja, que sofre influência de fatores emocionais em sua etiologia. Marcelino e Carvalho (2005) referem que doença psicossomática é qualquer alteração física decorrente de sofrimentos psíquicos. Assim, quando o diabético vive uma tensão emocional, há um aumento de glicemia.

Além disso, algumas evidências sugerem que alterações do transporte de glicose em regiões específicas do cérebro podem ocorrer em pacientes diabéticos, favorecendo o desencadeamento da depressão, e que as alterações hormonais, principalmente a hipercortisolemia, além do aumento da ativação imunoinflamatória poderiam explicar o maior risco de diabetes em deprimidos (MUSSELMANN et al., 2003⁵ apud CARRIJO; COLETA, 2007). Perez e Romano (2004⁶ apud CARRIJO; COLETA, 2007) afirmam que a depressão afeta sensivelmente a adesão ao tratamento, pois os doentes acometidos por ela experimentam autoestima rebaixada e sentimentos, como impotência e fracasso, que desmotivam sensivelmente o autocuidado, principalmente o cuidado com a saúde. Todavia, mesmo pacientes que não apresentam sintomas depressivos enfrentam dificuldades no enfrentamento da doença e na adesão à modalidade terapêutica proposta. Neste sentido, Carrijo e Coleta (2007) referem que é muito importante um acompanhamento individualizado, a fim de descobrir a percepção do paciente, para que assim seja possível intervir adequadamente, objetivando uma melhora no quadro de saúde.

De acordo com Pilger e Abreu (2007), os sentimentos mais comuns oriundos do diabetes são: culpa, medo e ansiedade. Tais sentimentos revelam, de modo significativo, o aceitar e/ou o negar a doença. Péres, Franco e Santos (2008) destacam que a negação é uma defesa da

autoestima do indivíduo, ameaçada pela doença. Advém da dificuldade de encarar a realidade e é usada quando as pessoas não conseguem mudar a imagem que possuem de si; passam, então, a negar a doença ou uma parte do tratamento recomendado. A negação tem várias etapas. Na negação total, o paciente age como se não possuísse o diagnóstico de diabetes, mantendo os mesmos hábitos alimentares, não tomando os medicamentos e não praticando exercícios físicos. Isso exige a atuação de uma equipe multidisciplinar que busque entender e descobrir os impactos e significações da doença para o paciente. Portanto, o tratamento do diabético não se deve fundamentar somente no alcance de valores glicêmicos ideais ou na busca de dieta alimentar adequada ou prática de exercícios físicos, mas também e, principalmente, em tentar compreender a forma como o paciente com diabetes vivencia e enfrenta as dificuldades e limitações que essa patologia lhe imprime.

Entendendo a percepção da criança e do adolescente de ser portador de diabetes, pode-se aludir à necessidade de o enfermeiro identificar qualquer fator subjacente que possa afetar o controle do diabetes, com o propósito de promover habilidades de controle do autocuidado. É imperioso simplificar o regime de tratamento, caso seja muito difícil sua execução pelo paciente, ajustando o regime de tratamento para satisfazer às solicitações do paciente, como, por exemplo, ajustar a dieta ou o esquema de insulina, possibilitando maior flexibilidade no conteúdo ou regulação temporal da refeição. É importante, ainda, estabelecer um plano específico ou contrato com o paciente com metas simples e mensuráveis, assim como fornecer reforço positivo dos comportamentos de autocuidado realizados, ao invés de focalizar os comportamentos que foram negligenciados.

São também atribuições do enfermeiro avaliar a prontidão do paciente e da família para aprender sobre o diabetes, analisando as estratégias de enfrentamento do paciente e da família e tranquilizá-los quanto à presença de sentimentos como negação, raiva, depressão, negociação e aceitação, esclarecendo que fazem

⁵ MUSSELMANN, Dominiqui L. et al. Relationship of depression to diabetes types 1 and 2: epidemiology, biology and treatment. *Biological Psychiatry*, Philadelphia, v. 54, p. 317-329, 2003.

⁶ PEREZ, G. Lória Heloíse; ROMANO, Bellkiss Wilma. Comportamento alimentar e síndrome metabólica: aspectos psicológicos. *Revista Soc. Cariol. Estado de São Paulo*, São Paulo, v. 14, n. 4, p. 544-550, jul./ago. 2004.

parte do processo de adaptação. Assim, o ato de perguntar ao paciente e à família sobre suas preocupações ou medos é uma maneira importante para conhecer as percepções que possam estar contribuindo para a ansiedade desses. Cabe ao enfermeiro oferecer informações básicas sobre equipamentos, insulinas, seringas e sítios de aplicação da injeção, não esquecendo de oferecer oportunidade para o paciente e a família praticarem os procedimentos sob sua supervisão, incluindo autoinjeção, autoteste, seleção de refeição, entre outros.

Quando o enfermeiro preocupa-se em ajudar o paciente a identificar os fatores de motivação pessoal, em lugar de focalizar o desejo de agradar o profissional de saúde que o atende, acaba encorajando-o a perseguir metas de vida e buscar novos interesses, como a participação em grupos de apoio e a consequente oportunidade de discussão das estratégias para lidar com o diabetes no dia a dia.

CONCLUSÃO

Ao findar o estudo, conclui-se que uma doença crônica, como o diabetes, estabelece alterações significativas no dia a dia da criança e do adolescente, interferindo diretamente no seu relacionamento com o ambiente em que vive, exigindo readaptações constantes. O enfrentamento desse processo depende da singularidade do sujeito, da participação familiar e das condições impostas pela doença.

Além disso, sabe-se que o comportamento da criança/adolescente depende diretamente de como os pais lidam com sua condição. Assim, pais que têm dificuldade em aceitar o diabetes do filho, e deixam transparecer essa dificuldade, podem acabar provocando o isolamento dessa criança, que acaba concluindo que é diferente em relação às outras e, por isso, isola-se. O papel da família é de fundamental importância para manter o equilíbrio emocional da criança/adolescente, que já se encontra demasiadamente abalado. A maneira como a família lida com a situação influenciará a criança e o adolescente na aceitação ou negação da doença. É melhor

que ela compreenda suas limitações, do que se revolte com seu estado. Para isso, é necessário que os pais sejam compreensivos, sem superproteger. Na medida do possível, eles devem evitar acentuar as diferenças entre o diabético e os outros integrantes da família, para que a criança e o adolescente diabéticos não se sintam discriminados.

Pessoas que dispõem de um bom arcabouço familiar acabam tendo muito mais condições de enfrentar o diabetes e sair-se bem no seu controle, além de conseguirem que a doença tenha o menor impacto possível em suas vidas. Sendo assim, a base emocional torna-se crucial quando a doença surge numa fase precoce da vida. Mesmo porque, algumas fases da doença podem ser previsíveis e outras, incertas; porém todas causam impactos e danos à criança/adolescente e à família. Cada fase tem suas peculiaridades, requerendo delas força, mudanças de comportamento, de atitude e readaptações constantes. Por isso, é necessário que se conheça amplamente a enfermidade, buscando conhecimentos referentes à patogênese, aos tipos do diabetes, seus sintomas, às formas de prevenção, de tratamento e demais questões singulares à doença.

Em se tratando de doença crônica, é necessário ainda o entendimento sobre a longa duração do tratamento e as limitações associadas ao estilo de vida. Compreender as modificações ocasionadas pela condição e tornar-se maleável às adaptações necessárias ao estilo de vida garantem o suporte necessário ao familiar doente, seja criança ou adolescente. Isso facilita a adesão ao tratamento e, conseqüentemente, à recuperação e melhora da condição de saúde.

É importante ainda ressaltar a necessidade de acompanhamento, de apoio e de seguimento contínuo da criança/adolescente por uma equipe multiprofissional de saúde, pois, quando são acompanhados de forma sistemática, é possível prevenir as complicações crônicas do diabetes.

Nesse cenário, o enfermeiro desenvolve papel primordial na prevenção, terapêutica e recuperação dos pacientes portadores da doença. Não esquecendo, que o foco contínuo do cuidado de enfermagem para esses pacientes inclui o

desenvolvimento de uma sólida base educacional, visando o domínio de conceitos e habilidades necessárias ao tratamento a longo prazo da patologia e de suas complicações.

REFERÊNCIAS

- BARDIN, Laurence. *Análise de conteúdo*. São Paulo: Edições 70, 2006.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Organização Pan-Americana da Saúde. *Avaliação do plano de reorganização da atenção à hipertensão arterial e ao diabetes mellitus no Brasil*. Brasília, DF, 2004.
- _____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção a Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Diabetes mellitus, Cad. atenção básica*, Brasília, DF, n. 16, p. 1-64, 2006.
- CARRIJO, Rafael Santos; COLETA, Marília Ferreira Dela. A influência de variáveis psicossociais na adesão ao tratamento de pacientes diabéticos. *Horizonte científico*, Uberlândia, v. 1, n. 7, p. 1-25, 2007.
- GAMA, Mirnaluci Paulino Ribeiro. Do milagre canadense do século XX às esperanças de cura do século XXI (Editorial). *Endocrinologia & Diabetes Clínica e Experimental*, Curitiba, v. 2, n. 2, p. 3-5, 2002.
- GROSS, Jorge Luiz et al. [Consenso Brasileiro sobre Diabetes] Diagnóstico e classificação do diabetes melito e tratamento do diabetes melito tipo 2. *Arq. Bras. Endocrinol. Metab.*, São Paulo, v. 44, n. 1, p. 5-10, 2000.
- HABER, Judith. Amostragem. In: LOBIONDO-WOOL, Geri; HABER, Judith. *Pesquisa em Enfermagem: métodos, avaliação crítica e utilização*. 4. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2001. p.231-238.
- MARCELINO, Daniela Botti; CARVALHO, Maria Dalva de Barros. Reflexões sobre o Diabetes Tipo 1 e sua relação com o emocional. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, Porto Alegre, v. 18, n. 1, p. 72-7, 2005.
- MEDEIROS, Josimar dos Santos et al. Estudo de caso-controle sobre exposição precoce ao leite de vaca e ocorrência de diabetes mellitus tipo 1 em Campina Grande, Paraíba. *Rev. Bras. Saúde Mater. Infant.*, Recife, v. 3, n. 3, p. 271-280, 2003.
- MOREIRA, Patrícia Luciana; DUPAS, Giselle. Vivendo com o diabetes: A experiência contada pela criança. *Rev. Latino-Am. Enferm.*, Ribeirão Preto, v. 14, n.1, p. 25-32. 2006.
- PÉRES, Denise Siqueira; FRANCO, Laércio Joel; SANTOS, Manoel Antônio dos. Comportamento alimentar em mulheres portadoras de diabetes tipo 2. *Rev. Saúde Pública*, São Paulo, v. 40, n. 2, p. 310-317, 2006.
- PÉRES, Denise Siqueira; FRANCO, Laércio Joel; SANTOS, Manoel Antônio dos. Sentimentos de mulheres após diagnóstico de diabetes tipo 2. *Rev. Latino-Am. Enferm.*, Ribeirão Preto, v. 16, n. 1, p. 101-108, 2008.
- PERRIN, James M; SHONKOFF, Jack P. Developmental disabilities and chronic illness: an overview. In: BEHRMAN, Richard E. et al. (Org.). *Nelson textbook of pediatrics*. Filadélfia: W. B. Saunders, 2000. p. 452-464.
- PETROIANU, Andy; SANTANA, Euclides de Matos; CORONHO, Victor. *Tratado de endocrinologia e cirurgia endócrina*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2001.
- PILGER, Calíope; ABREU, Isabella Shoroeder. Diabetes mellitus na infância: repercussões no cotidiano da criança e de sua família. *Cogitare Enferm*, Curitiba, v. 12, n. 4, p. 494-501, 2007.
- PIRES, Antônio Carlos; CHACRA, Antônio Roberto. A Evolução da insulinoterapia no Diabetes Melito Tipo 1. *Arq. Bras. Endocrinol. Metab.*, São Paulo, v. 52, n. 2, p. 268-278, 2008.
- REDDY, K. Srinath. Cardiovascular diseases in the developing countries: dimentions, determinants, dynamics and directions for public health action. *Public Health Nutrition*, Cambridge, v. 5, p. 231-237, 2002.
- SANTOS, Ellen Cristina Barbosa dos et al. O cuidado sob a ótica do paciente diabético e de seu principal cuidador. *Rev. Latino-Am. Enferm.*, Ribeirão Preto, v. 13, n. 3, p. 397-406, 2005.
- SANTOS, Jocimara Ribeiro dos; ENUMO, Sônia Regina Fiorim. Adolescentes com diabetes mellitus tipo 1: seu cotidiano e enfrentamento da doença. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, Porto Alegre, v. 16, n. 2, p. 411-425, 2003.
- SILVA, José Maria da; SILVEIRA, Emerson Sena da. *Apresentação de trabalhos acadêmicos: normas e técnicas*. 4. ed. Juiz de Fora: Tempo, 2006.
- ZANETTI, Maria Lúcia; MENDES, Isabel Amélia Costa. Análise das dificuldades relacionadas às atividades diárias de crianças e adolescentes com Diabetes Mellitus tipo 1: Depoimento de mães. *Rev. Latino-Am. Enferm.*, Ribeirão Preto, v. 9, n. 6, p. 25-30, 2001.

Submissão: 6/3/2012

Aceito: 27/6/2012