

## O PAPEL DA FAMÍLIA NA ADAPTAÇÃO DO ADOLESCENTE DIABÉTICO

### FAMILY'S ROLE IN THE ADAPTION OF DIABETIC ADOLESCENTS

### EL PAPEL DE LA FAMILIA EN LA ADAPTACIÓN DEL ADOLESCENTE DIABÉTICO

DELMO DE CARVALHO ALENCAR<sup>1</sup>

ANA MARIA PARENTE GARCIA ALENCAR<sup>2</sup>

*Trata-se de um estudo qualitativo que teve como objetivos: caracterizar adolescentes diabéticos tipo 1 de um Centro Integrado de Diabetes quanto aos dados sociodemográficos; e apreender como esses adolescentes reconhecem o papel da família na sua adaptação enquanto diabéticos. Os dados foram coletados por meio de uma entrevista semi-estruturada nos meses de maio e junho de 2007, sendo analisados pelo método da análise de conteúdo. Constatou-se que os adolescentes reconhecem que a família ajuda no seu processo adaptativo, principalmente no tocante ao apoio emocional, financeiro e social, como também, em alguns momentos, prejudica sua convivência com a nova realidade, quando se coloca como superprotetora e reguladora de suas ações. Os resultados do estudo apontam para a importância de se incluir e apoiar a família, a fim de torná-la elemento cooperativo no processo de adaptação e convivência do adolescente com a nova realidade, em vista das mudanças ocorridas em seu cotidiano.*

**PALAVRAS-CHAVE:** Diabetes mellitus; Adolescente; Família.

*It is a qualitative study whose objective was to investigate how adolescents recognize family's role in their adaption as diabetics. The data were collected through a semi-structured interview and analyzed according to the content analysis method. It was verified that adolescents recognize that the family helps in their adaptive process, mainly in what concerns emotional, financial and social support, but, on the other hand, that it also harms their living together with the new reality when it overprotects them and controls their actions. The results of this study show the importance of including and supporting the family to make it a cooperative element in the adaption process and adolescents' living together with the new reality resulting from the changes occurred in their quotidian.*

**KEYWORDS:** Diabetes mellitus; Adolescent; Family.

*Se trata de un estudio cualitativo cuyo objetivo fue investigar cómo los adolescentes reconocen el papel de la familia en su adaptación como diabéticos. Los datos fueron recogidos a través de una entrevista estructurada en parte y analizados por el método del análisis de contenido. Se constató que el adolescente reconoce que la familia lo ayuda en su proceso de adaptación, principalmente en lo referente al apoyo emocional, financiero y social, pero también, en algunos momentos perjudica su convivencia con la nueva realidad, cuando se coloca como sobre protectora y reguladora de sus acciones. Los resultados del estudio indican la importancia de incluir y apoyar a la familia, para convertirla en un elemento cooperativo en el proceso de adaptación y convivencia del adolescente con la nueva realidad, vistos los cambios ocurridos en su cotidiano.*

**PALABRAS CLAVE:** Diabetes mellitus; Adolescente; Familia.

<sup>1</sup> Enfermeiro, graduado pela Universidade Regional do Cariri, Ceará. Enfermeiro do Programa de Saúde da Família de Pio IX-PI. Endereço: Rua Josias Antão de Carvalho, 103, Pio IX-PI – 64.660-000. Piauí. Brasil. E-mail: delmo-carvalho@hotmail.com

<sup>2</sup> Enfermeira, mestre em enfermagem pela Universidade Federal do Ceará-UFC. Professora do Curso de Enfermagem da Universidade Regional do Cariri-URCA e Coordenadora do Centro Integrado de Diabetes e Hipertensão de Barbalha-CE. Endereço: Rua Madre Ilduária, 528, Alto da Alegria, Barbalha-CE-Brasil – 63.180-000. Fone: (088) 99655754. E-mail: anamalencar@urca.com

## INTRODUÇÃO

Nos últimos anos constata-se um aumento na incidência de diabetes *mellitus* no Brasil e no mundo, constituindo-se um grande desafio para os profissionais de saúde, já que as dificuldades dos portadores em relação ao tratamento e adaptação à doença são muitas.

As estimativas indicam que em 2002 existiam 4.553.000 diabéticos no Brasil e 11.305.000 no mundo e que para o ano de 2030 este número alcançará cerca de 171.000.000 de diabéticos no Brasil e 3.666.000.000 no mundo<sup>(1)</sup>.

Mundialmente, os custos diretos para o atendimento do diabético variam de 2,5% a 15% dos gastos nacionais em saúde, aliados a outros custos relacionados à menor qualidade de vida que afeta os portadores e seus familiares<sup>(1)</sup>.

A literatura aponta o grande impacto econômico para os serviços de saúde devido aos crescentes custos no tratamento da doença e de suas complicações, além da redução da expectativa e qualidade de vida dos envolvidos<sup>(2)</sup>.

O diabetes *mellitus* (DM), enquanto doença crônica exige adaptação nos âmbitos psicológico, social e físico, o que torna evidente a necessidade da interação da família em todo esse processo.

O cuidado integral ao paciente com diabetes e sua família é um desafio para a equipe de saúde, “especialmente para ajudar o paciente a mudar o seu modo de viver, o que estará diretamente ligado à vida de seus familiares”<sup>(2:10)</sup>.

Neste sentido “o suporte familiar é fundamental, pois ele é um aliado para a aquisição de orientações de saúde adequadas no processo de enfrentamento da doença”<sup>(3:187)</sup>.

Na adolescência existem transformações físicas e emocionais características. É um período de revisão, questionamento de valores e um momento de instauração da identidade. Com o diabetes, esses conflitos parecem se intensificar e a doença passa a ser vista como repressora. Qualquer atitude contrária a esses novos valores, confusos para o adolescente, é vista como autoritarismo, doença que o reprime e o impede. Neste contexto, o diabetes é sentido como mudança de vida que o discrimina das outras pessoas<sup>(4)</sup>.

Podem ocorrer dificuldades escolares e sociais devido à redução na auto-estima, decorrente dos cuidados exigidos pela doença, fazendo o jovem sentir-se diferente dos demais adolescentes<sup>(5)</sup>.

Além da imaturidade e das dificuldades na aquisição do autocontrole, as mudanças hormonais podem fazer com que a incumbência do controle da taxa de glicose no sangue seja ainda mais difícil durante este período<sup>(6)</sup>, fazendo-se necessário o envolvimento da família no cuidar.

Neste sentido, concorda-se com alguns autores<sup>(3:187)</sup> quando enfatizam que “a abordagem para o gerenciamento da doença crônica baseada na família pode ser considerada um acréscimo às estratégias de tratamentos convencionais”.

Sobre família e diabetes *mellitus*, a literatura em enfermagem vem trazendo estudos que abordam desde os sentimentos de mães de crianças e adolescentes diabéticos ao impacto que a doença provoca nas famílias.

Num estudo com mães de crianças e adolescentes diabéticos os autores constataram que os membros da família reagiram com sentimentos de não aceitação e restrição à doença e mencionaram que a colaboração da família se constitui em um dos determinantes favoráveis para o sucesso do tratamento. Autores sugerem<sup>(7:21)</sup> “o fortalecimento e ampliação de grupos de educação em diabetes, com inclusão das mães, numa efetiva participação, com o fim de habilitá-las para a resolução de problemas enfrentados com os filhos”.

Os significados que a situação de doença crônica, diabetes, gera na dinâmica familiar e foram investigados e encontraram-se desde sentimentos de preocupação, medo, necessidade de equilíbrio emocional a alteração da rotina de vida, principalmente no tocante a alimentação. Enfatizaram a necessidade da enfermagem e demais profissionais de saúde desenvolverem ações que tenham ressonância efetiva sobre essa população<sup>(8)</sup>.

O itinerário terapêutico do adolescente com diabetes *mellitus* tipo 1 e seus familiares, revela que há um reajuste familiar possibilitando a compreensão e aceitação do diagnóstico e recomendações para os tratamentos e os cuidados. Neste contexto a família é percebida como parte do processo de cuidar e tratar dos adolescentes diabéticos<sup>(9)</sup>.

Em relação às dificuldades dos familiares no manejo da doença a literatura aponta principalmente a alimentação e medo do desconhecido. O papel da família está intimamente relacionado à necessidade de reeducação alimentar. As restrições alimentares constituem fatores de impacto para os portadores e seus familiares<sup>(10,11)</sup>.

Os estudos discutidos<sup>(7-11)</sup> abordam a experiência dos familiares de adolescentes diabéticos no cuidar da doença. No entanto, sentiu-se a lacuna na literatura de trabalhos que investigassem o papel da família no manejo da doença a partir da percepção dos próprios adolescentes.

Nesta direção, torna-se vital compreender a percepção dos adolescentes diabéticos acerca da participação das suas famílias nos cuidados com o objetivo de identificar as suas necessidades no manejo da doença e propor intervenções.

Além disto, acredita-se que o resultado deste estudo poderá contribuir na implantação de ações voltadas para a família do adolescente diabético, desde o apoio emocional a orientações educativas que venham ajudar essas famílias num cuidar mais efetivo.

A compreensão empática da equipe multiprofissional que atenda a família facilitará a adesão do adolescente diabético ao tratamento e sua integração na sociedade em que vive.

Então, diante dos resultados dos estudos apresentados, aliado à experiência pessoal e profissional dos autores sobre a temática, ao atenderem adolescentes diabéticos por meio da consulta de enfermagem e encontrarem relatos dos mesmos sobre algumas dificuldades no relacionamento com seus familiares, optou-se por este estudo, que teve como objetivos caracterizar adolescentes diabéticos tipo 1 de um Centro Integrado de Diabetes quanto aos dados sociodemográficos e, apreender como estes reconhecem o papel da família na sua adaptação enquanto diabético.

## TRAJETÓRIA METODOLÓGICA

Trata-se de um estudo exploratório descritivo com abordagem qualitativa<sup>(12)</sup> realizado no Centro Integrado de Diabetes e Hipertensão (CIDH) Dr. Teodorico Teles, serviço de referência municipal para o atendimento e acom-

panhamento a clientes portadores de diabetes *mellitus* e hipertensão arterial, situado no município de Crato-CE, localizado na região do Cariri. O estudo em questão teve ainda como locus o domicílio dos sujeitos, quando por algum motivo não foi possível o deslocamento destes até o serviço supracitado.

Os sujeitos do estudo foram onze adolescentes com diabetes *mellitus*, tendo como critérios de inclusão ser portador de diabetes *mellitus* tipo 1, estar na faixa etária dos 10 aos 19 anos e aceitar participar da pesquisa.

A amostragem utilizada para a seleção dos sujeitos foi a não-probabilística por tipo, e o número de sujeitos foi definido pela saturação ou recorrência dos dados obtidos a partir das falas, quando as informações não mais apresentavam novo conteúdo<sup>(13)</sup>.

Para a identificação dos sujeitos do estudo, optou-se por utilizar pseudônimos como forma de garantir o anonimato e o respeito à dignidade dos participantes. No início da entrevista, foi solicitado a cada adolescente que os mesmos atribuíssem em uma única palavra o que o diabetes representava para eles, sendo ainda, informados de que tal palavra os identificaria no estudo.

Encontram-se a seguir os pseudônimos atribuídos pelos próprios participantes, seguidos de um breve comentário acerca do que significam essas palavras para os mesmos.

- **Convivência:** o adolescente refere-se ao fato de que é necessário se adaptar ao diabetes, já que faz parte do seu modo de vida e é preciso saber viver com ele;
- **Insulina:** é atribuído ao hormônio sentimento de gratidão, pois segundo o adolescente, a insulina o fez realizar um grande desejo que era engordar. Como sempre foi magro e na época do diagnóstico estava perdendo mais peso e então disseram-lhe que tomando insulina, a mesma o faria ganhar peso, daí a escolha pela palavra;
- **Educação:** relata que a doença traz muitas limitações e para isso se faz necessária educação em todos os sentidos, ser disciplinado em tudo, para que se atinja um bom controle da doença e assim consiga viver mais feliz;

- **Crescimento:** descreve que a doença o fez uma pessoa muito mais responsável, dedicada, disciplinada e ainda permitiu-lhe ver o mundo ao seu redor com outros olhos, de forma mais madura e cautelosa;
- **Seringa:** atribui a este instrumento sentimentos de dor e raiva pela sua condição de diabética, pois relata que as aplicações de insulina feitas através de seringas representam seu maior incômodo, portanto, a seringa lembra a doença acompanhada de desconforto;
- **Limite:** considera que o diabetes provoca limites, principalmente no plano alimentar, mas que isso só vem para o bem e que, portanto, cabe a ela saber superar tais limitações;
- **Tranqüila:** foi o adjetivo mais adequado encontrado pela participante para explicar como ela encara o diabetes, já que a mesma relata não haver outra solução a não ser aceitar a doença de forma tranqüila e calma;
- **Difícil:** reconhece que foi muito difícil sua adaptação enquanto diabético, e que hoje ainda considera uma doença difícil, por conta da dificuldade de ter um controle adequado;
- **Superação:** deve-se ao fato de que desde a descoberta da doença, passou por uma grande evolução enquanto diabética, sempre procurando superar desafios e limites que lhe são impostos;
- **Doença:** sem muita explicação, o adolescente considera o diabetes como uma doença que lhe trouxe muitos aspectos negativos;
- **Controle:** o segredo para se viver bem com o diabetes é saber se controlar em tudo, agir com cautela, paciência, sem parar de pensar no futuro, pois só assim é mais fácil o controle de cada indivíduo.

Os dados foram coletados nos meses de maio e junho de 2007, por meio de uma entrevista semi-estruturada, tendo como instrumento um roteiro constituído de duas partes. A primeira com dados sociodemográficos, tais como idade, sexo, escolaridade, renda familiar e proce-

dência e a segunda parte composta da questão norteadora: como você reconhece o papel da família na sua adaptação enquanto diabético?

Da análise dos discursos dos sujeitos do estudo, a partir da questão norteadora, emergiram dois núcleos, quais sejam: considerando a família como apoiadora da doença e enxergando o lado negativo da família no manejo da doença. Tais núcleos surgiram a partir do fato de que a família é uma instituição central que pode ajudar ou não a pessoa diabética a manejar a doença e assim alcançar as metas do seu tratamento, ficando, dessa forma, evidente a dualidade na concepção atribuída à mesma por parte dos adolescentes, tendo sido estas extraídas dos seus depoimentos.

Para análise dos dados, procedeu-se a uma pré-análise exaustiva das informações para que, em seguida, fossem destacadas aquelas mais relevantes para o estudo<sup>(13)</sup>. Aliado a isto, foi realizada revisão de literatura do conteúdo em estudo e, em seguida, traçados comparativos entre o difundido pela literatura pertinente e a situação encontrada no campo de estudo.

Foram atendidas as questões éticas com pesquisas que envolvem seres humanos. Inicialmente foi enviado um ofício à instituição, lócus do estudo, solicitando a autorização para a coleta de dados, mediante a apresentação dos objetivos e passos metodológicos. Em seguida, com a participação dos profissionais do serviço, deu-se o contato do pesquisador com os adolescentes, momento em que foram expostos os objetivos da pesquisa a ser realizada, a relevância da participação dos indivíduos-alvo, com garantia do anonimato e caráter sigiloso do estudo, assegurando-lhes a não ocorrência de qualquer prejuízo e que, a qualquer momento, eles poderiam desistir do processo.

O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética da Faculdade de Medicina de Juazeiro do Norte (FMJ), respeitando como princípios as recomendações normatizadoras de pesquisas envolvendo seres humanos, por meio da portaria 196/96 do Conselho Nacional de Saúde, tendo sido considerado o termo de consentimento livre e esclarecido devidamente assinado pelo próprio sujeito, quando maior de 18 anos, ou pelo responsável legal quando menor de 18 anos<sup>(14)</sup>.

## RESULTADOS E DISCUSSÃO

### Caracterização dos participantes do estudo quanto aos dados sociodemográficos

Dos onze adolescentes com diabetes entrevistados, sete são do sexo feminino e o restante (quatro) do sexo masculino.

No Brasil, estudiosos encontraram uma taxa de incidência mais alta em meninas que em meninos em três cidades do interior paulista<sup>(15)</sup>.

Com isso, é notável que a distribuição entre os sexos no contexto do DM não está bem clara, sendo necessários, portanto, que estudos desta natureza sejam realizados na população brasileira de 0 a 20 anos de idade para a elucidação quanto à existência ou não de associação em relação ao sexo.

Os resultados acerca da faixa etária mostram que, dentre os entrevistados, dois estão entre 10-13 anos, quatro entre 14-16 anos e cinco se encontram na faixa etária de 17-19 anos.

O fato de se estar no início, no meio ou no fim da adolescência diversifica as estratégias de enfrentamento para a resolução dos problemas, já que, à medida que o indivíduo se desenvolve, ou seja, os adolescentes mais velhos apresentam um repertório maior de habilidades cognitivas, o que reduz significativamente o nível de estresse decorrente da doença por eles experimentada<sup>(5)</sup>.

Dentre os adolescentes entrevistados, observou-se, em relação ao grau de escolaridade, que três apresentam ensino fundamental incompleto; quatro possuem ensino médio incompleto; dois concluíram o ensino médio; e dois apresentam ensino superior incompleto.

Tal realidade mostra que, levando-se em consideração a faixa etária supracitada, há compatibilidade com o nível de escolaridade dos participantes, confirmando, assim, outro dado, referente à ocupação, segundo o qual todos os adolescentes entrevistados referem ser estudantes.

Esse resultado é satisfatório, pois o indivíduo sempre necessita assimilar diversas informações acerca do tratamento, o que implica dizer que o grau de instrução do mesmo está diretamente relacionado ao sucesso da terapia

de controle do diabetes mellitus. Nessa visão, autores relatam que o nível de instrução é essencial, especialmente aos diabéticos, pois os princípios que norteiam o tratamento, as normas do plano alimentar, a compreensão sobre o modo e a importância de fazer o uso correto dos hipoglicemiantes orais e/ou da insulina, dependem basicamente do aprendizado<sup>(16)</sup>.

Portanto, é válido salientar aos profissionais de saúde da instituição, especialmente aos enfermeiros, a adequação das orientações educativas a esta realidade, de forma a contribuir para o aprendizado da população em questão.

O estudo mostrou que o número de membros na família, entre os adolescentes com diabetes, variou de três a nove ou mais, prevalecendo a média de três a cinco membros por família. É válido salientar que o total de sujeitos reside com familiares.

Considerando-se que os familiares podem contribuir para o cuidado do ente querido, e dessa maneira amenizar estresses emocionais, é relevante o papel da família no processo adaptativo do adolescente à sua condição de diabético. Neste sentido a família é um contexto social no qual o comportamento de cada um dos membros é interdependente aos dos outros, sendo caracterizados pelo cuidado, laços mútuos, convivência prolongada e responsabilidades<sup>(17)</sup>.

A família é fonte de apoio emocional imprescindível para o doente. Tal afirmação torna-se concreta através do seguinte discurso: *Tudo a família, se a família não tiver do seu lado, não aprender a compreender você, entender você, a pessoa não é ninguém e aí só pensa em coisas ruins* (Limite).

Alguns autores constataram durante a análise do impacto da doença crônica na infância e adolescência sobre as mães que elas passam por momentos de auto-culpa, antes e após a confirmação do diagnóstico, quando experimentam pensamentos transitórios negativos sobre aquilo que acreditam ter feito de errado, ou que deixaram de fazer, para evitar a doença do filho. Logo, estes sentimentos dificultam o engajamento das mães no acompanhamento do filho, quanto às atividades diárias relacionadas ao tratamento do diabetes, tais como a supervisão da reeducação

alimentar, da auto-aplicação de insulina, do cuidado com os pés, da auto-monitorização, do autocontrole, da promoção de modificações no estilo de vida, enfim, na melhoria da qualidade de vida do diabético<sup>(7)</sup>.

Portanto, acredita-se que a atenção e o apoio através de acompanhamento individual e/ou grupal ajudam-nas a exteriorizar seus sentimentos, o que contribuirá para amenizar esta situação de afastamento e, a partir de então, encontrar condições para ajudar o filho a manter um melhor controle metabólico.

Ficou evidente ainda que a renda familiar mensal dos participantes variou de 1 a mais de 5 salários mínimos, sendo que a grande maioria destes sobrevive com renda familiar baixa (cerca de 1 a 2 salários mínimos).

Não raro, o tratamento do diabetes, em especial a insulino-terapia, é vista como um transtorno psíquico e, principalmente, financeiro por parte do diabético e de seus familiares, pois estes necessitam aprender a conviver com a doença e, ainda, subtrair parte de sua renda para adquirir alimentação balanceada, instrumentos necessários para a aplicação de insulina e controle glicêmico de modo geral, bem como gastos com transporte. Isto representa para os adolescentes de baixa condição financeira ônus impossível de ser assumido, podendo comprometer o bom controle metabólico, bem como desanimar o diabético e levá-lo, conseqüentemente, ao abandono de seu tratamento, resultando em uma menor qualidade de vida. Tal fato pode ser evidenciado na seguinte fala: *Dificuldade mesmo que eu tenho e eu acho que a grande maioria dos diabéticos tem é de fazer o tratamento por conta própria, porque o governo só fornece é a seringa, quando tem ... um grande problema são as tiras-teste, porque a gente tem que comprar, e é o mais caro* (Crescimento).

Diante do exposto, sugere-se a criação de uma política de apoio ao portador de diabetes, através de ações inter-setoriais, para que este possa dispor de recursos materiais indispensáveis ao alcance e manutenção do seu controle glicêmico, a fim de manter a adesão ao tratamento e oferecer melhor qualidade de vida aos portadores da doença.

Os participantes do estudo são em sua totalidade solteiros, fato compatível com a realidade dos sujeitos, quando levada em consideração a faixa etária dos mesmos.

Quanto à procedência, os diabéticos entrevistados são, na sua maioria, moradores da região do Cariri, dos quais nove moram em Crato, um reside em Campos Sales e um é procedente de outro Estado (Pernambuco). Este resultado era esperado pelos pesquisadores, já que o lócus do estudo é o município de Crato, sendo este um serviço de referência para os cratenses e também para diabéticos provenientes de cidades vizinhas ou de regiões próximas.

### **Reconhecendo o papel da família na sua adaptação enquanto diabético**

A participação familiar no processo educativo contribui para o seguimento do tratamento, na medida em que serve como fonte de apoio emocional relevante nos momentos em que o diabético se sente impotente diante dos desafios advindos da doença<sup>(18)</sup>.

#### *Considerando a família como apoiadora na doença*

Fica claro que a doença de um indivíduo também é a doença de sua família, já que os laços de afetividade que marcam a estrutura familiar são responsáveis pelo envolvimento de todos os seus entes no enfrentamento de qualquer situação. Nessa perspectiva, torna-se necessário ao bom controle metabólico do adolescente diabético o apoio familiar, tendo a família um papel decisivo no cuidar, o que foi evidenciado no depoimento de Dificil, quando refere: *Sem o apoio da família, é muito mais difícil controlar a diabetes, sem ela a gente não é ninguém e aí desanda tudo* (Dificil).

Na maioria das vezes, a pessoa em condição de portadora crônica de alguma patologia necessita compartilhar este enfrentamento com sua família ou com outras pessoas próximas deste grupo social primário. Para isso, ela busca apoio e ajuda, pois esta situação requer readaptação individual e familiar para que o cliente possa receber o auxílio almejado<sup>(18)</sup>.

A maioria dos adolescentes participantes do estudo reconhece o esforço da família no seu processo adaptativo como diabético, principalmente no tocante ao apoio emocional, financeiro, social, espiritual e afetivo. As falas

citadas abaixo comprovam tal afirmação: *O apoio da minha família é bom até demais. Tão bom que nem precisava tanto, eles fizeram logo um plano de saúde pra mim, médico particular, tudo que tava ao alcance deles, eles fizeram e fazem por mim* (Insulina). *Ela me dá muito apoio, diz pra mim não comer doce, pra mim não comer o que eu não posso e eu entendo ela, só assim eu fico consciente das coisas que eu não posso comer* (Tranqüila). *Meu pai sempre me diz pra eu não me sentir diferente das minhas colegas só porque eu tenho diabetes e assim eu me considero uma pessoa especial e não diferente assim anormal dos outros* (Educação).

Estes resultados corroboram com os dados encontrados em um estudo no qual foi identificado como aspecto fundamental no tratamento do diabético adolescente a colaboração da família, constituindo-se em um dos determinantes favoráveis para o sucesso do tratamento<sup>(9)</sup>.

Esse suporte proporcionado pelos familiares torna-se bastante evidente quando a família tem conhecimento sobre a doença, o tratamento e os recursos disponíveis, o que contribui para reduzir significativamente os níveis de estresse e ansiedade experimentados pelos adolescentes na vivência com a doença.

Estudo que avaliou a relação entre envolvimento dos pais, conflito familiar e controle glicêmico, reforçou o valor potencial da parceria pais-adolescentes no gerenciamento da doença, apontando que, mesmo intervenções simples, mas, integradas à rotina diária, dão resultados satisfatórios que se refletem no adequado controle glicêmico<sup>(19)</sup>.

É de grande importância na adolescência o relacionamento com os pais. A forma como os pais lidam com o diabetes do filho é determinante na aceitação da doença pelos adolescentes, visto que são as palavras pronunciadas pelas pessoas do seu convívio que adquirem importância para o jovem. Devido à idade e às implicações do tratamento há, por parte do adolescente, uma estreita ligação de dependência dos pais, pois é deles que esperam proteção e estímulo, suportes necessários diante das exigências decorrentes do diabetes<sup>(5,9)</sup>.

Corroborando com esse pensamento, conclui-se que a família deve oferecer apoio e afeto como forma de influenciar positivamente a saúde emocional do adolescente, fazendo assim com que ele se torne capaz de

lidar melhor com o estresse advindo de sua condição de diabético, apresentando, com isso, menos problemas comportamentais.

Contudo, concorda-se com o pensamento de autores<sup>(20)</sup> quando enfatizam ser necessário conhecer como cada família cuida e identifica suas forças, dificuldades e esforços, para assim possibilitar ao profissional de saúde a oferecer uma melhor e adequada assistência baseada nas suas reais necessidades.

Neste sentido o papel dos profissionais de saúde na assistência a essas famílias é de fundamental importância. Não se pode mais falar em cuidado isolado, e sim um cuidado integral, com participação ativa da família no processo de viver do adolescente diabético.

#### *Enxergando o lado negativo da família no manejo da doença*

O adolescente reconhece que, em determinadas ocasiões, a família pode dificultar sua vivência com o diabetes. Este aspecto pode ser percebido na fala de Doença, quando relata: *Eu aqui não posso fazer nada, porque minha mãe diz que tudo vai fazer mal ... até pra sair à noite pra algum lugar, é uma briga, sem falar que ela não deixa nem eu comer o que posso* (Doença).

Como descrito em estudo<sup>(16:460)</sup> sobre as características de crianças e adolescentes com diabetes, a consequência da superproteção dos pais exerce papel esmagador sobre a personalidade da criança e do adolescente diabético. Observa-se neles uma instabilidade de humor com irritabilidade, além de uma imaturidade afetiva que se traduz por grande necessidade de proteção, vontade imperiosa, falta de confiança em si e uma dependência prolongada em relação a um ou ambos genitores.

Tal sentimento para com crianças e adolescentes diabéticos, segundo os estudiosos<sup>(7)</sup>, pode contribuir para a obtenção de um mau controle metabólico, visto que alguns deles diminuem a frequência das consultas médicas e nutricionais e ainda deixam de ter os cuidados tão necessários: diminuem as glicemias capilares, relaxam em relação à aplicação da insulina e passam a descontrolar hábitos alimentares.

É nesse aspecto que se entende a necessidade do enfermeiro trabalhar a importância do autocuidado desses adolescentes, orientando-os no sentido de que, se eles querem independência, precisam estar conscientes de que são responsáveis pelo seu próprio tratamento.

Outro problema bastante evidenciado pelos adolescentes refere-se à não mudança de padrões alimentares por parte dos demais membros da família, o que prejudica seu processo de adaptação em relação à doença, como se percebe nos discursos a seguir: *Aqui em casa não mudou muita coisa não, assim a partir do momento que você não pode comer determinada coisa e tem vontade, né? E a família tá lá todo mundo comendo, e tal, aquilo vai te prejudicar, né? Você vai se sentir mal, vai querer comer e não pode* (Limite). *Tomar coca-cola toda noite, comer as coisas que eu não posso comer na minha frente e ainda mais ficar fazendo inveja a alimentação aqui continua a mesma, é doce! É coca-cola! E eles comem na minha frente, atrás de mim, de todo jeito* (Educação).

Nesse ínterim, percebe-se que os demais membros da família exercem uma influência negativa na saúde e bem-estar do adolescente diabético, contribuindo para a não adesão ao plano terapêutico do mesmo, o que contrasta com o evidenciado em outro estudo<sup>(8)</sup>, no qual os autores encontraram a mudança de hábitos alimentares como mudança na rotina de vida da família. Na visão dos adolescentes do estudo esta mudança é frágil, o que vem a repercutir no seu controle e na sua adesão a terapêutica. Acredita-se, pois, que a reestruturação alimentar é um dos pontos mais difíceis de inserir na rotina da família, o que pode justificar os discursos supracitados.

Concorda-se com autores quando enfatizam que aderir<sup>(18)</sup> a um plano alimentar envolve mudanças apropriadas que se iniciam dentro da própria família e o êxito deste processo exige mecanismos de adaptação para promover tais mudanças, uma das quais consiste na educação do grupo familiar, pois se a família é capaz de abdicar de determinados alimentos em seu plano alimentar para demonstrar atenção e apoio ao diabético, torna-se muito mais efetivo o seu equilíbrio emocional.

Mas há, ainda, quem interprete as exigências dos pais em relação aos hábitos alimentares adequados como “cobrança”, encarando-os assim como reguladores.

As influências interpessoais familiares podem ser percebidas com a preocupação do principal cuidador pela saúde do adolescente diabético, mediante exigências de adoção de hábitos alimentares saudáveis, visando a influenciar o indivíduo em sua conduta alimentar<sup>(17)</sup>.

Considera-se de suma importância a implantação e aprimoramento de programas de educação em diabetes e, para tanto, a equipe multiprofissional deve estar capacitada para o atendimento global do adolescente, com inclusão dos pais e familiares, compreendendo-se que a colaboração da família constitui um dos determinantes indispensáveis para o sucesso do controle metabólico do mesmo.

Além disso, considerando a necessidade de o adolescente viver o presente e a dos pais de vislumbrar o futuro, o profissional enfermeiro pode atuar buscando alcançar junto com os atores principais dessa vivência o equilíbrio desses pontos, em princípio divergentes, mas que devem convergir para o bom prognóstico da doença.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

Tendo em vista que a organização familiar influencia fortemente o comportamento de saúde de seus membros e que o estado de saúde de cada indivíduo também influencia o modo como a unidade familiar funciona, infere-se que a família é uma instituição central que pode ajudar ou não a pessoa diabética a manejar a doença e alcançar as metas do seu tratamento.

Os resultados do estudo permitiram concluir que os adolescentes apresentam uma dualidade de sentimentos no tocante ao papel de suas famílias no enfrentamento do diabetes.

Consideram a família como apoiadora no processo de viver com a doença. A maioria dos adolescentes diabéticos participantes do estudo reconhece o esforço da família no seu processo adaptativo, principalmente no tocante ao apoio emocional, financeiro, social, espiritual e afetivo.

Em outros momentos enxergam o lado negativo dos familiares no manejo da doença. Reconhecem que, em de-



terminadas ocasiões, a família pode dificultar sua vivência com o diabetes, quando os fazem se sentir superprotegidos, além do caráter regulador para com os mesmos.

Outro problema bastante evidenciado pelos adolescentes refere-se a não mudança de padrões alimentares por parte dos demais membros da família, o que prejudica seu processo de adaptação em relação à doença.

Portanto, torna-se evidente a necessidade de incluir e apoiar a família neste processo, a fim de torná-la elemento cooperativo no processo de adaptação e convivência do adolescente com a nova realidade, em vista das mudanças ocorridas em seu cotidiano.

Sugere-se ainda aos profissionais de saúde da instituição, especialmente aos enfermeiros, que analisem os resultados deste estudo, a fim de aprimorarem os programas de educação e assistência aos adolescentes com diabetes, para que tais programas possam conter ações individuais de assistência e ações populacionais de abrangência coletiva, direcionadas à promoção da saúde, visando provocar impacto educacional e a promover resolutividade dos entres relacionados à complexidade do processo de viver com o diabetes.

## REFERÊNCIAS

1. Ministério da Saúde (BR). Organização Pan-Americana da Saúde. Avaliação do plano de reorganização da atenção à hipertensão arterial e ao diabetes mellitus no Brasil. Brasília (DF): MS, OPAS; 2004.
2. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Cadernos de atenção básica n. 16: diabetes mellitus. Brasília (DF): MS; 2006.
3. Zanetti LM, Biagg MV, Manoel Antônio dos Santos, Péres DS, Carla Regina de Souza Teixeira. O cuidado à pessoa diabética e as repercussões na família. Rev Brasileira de enfermagem Brasília (DF) 2008; 61(2): 186-92.
4. Santos JR, Enumo SRF. Adolescentes com diabetes *mellitus* tipo 1: seu cotidiano e enfrentamento da doença. Psicol Reflex Crit Porto Alegre (RS) 2003; 16(2). [citado 2006 Dez 16]. Disponível em: URL: <http://www.scielo.br>
5. Vieira MA, Lima RAG. A criança e o adolescente com doença crônica e seu desenvolvimento: implicações para o cuidado de enfermagem. In: Gaíva MAM organizadora, et al. Saúde da criança e do adolescente: contribuições para o trabalho de Enfermeiro (as). Cuiabá (MT): UFMT; 2006. p.109-18. Coleção Coletânea Tecnologias em Saúde e Enfermagem (3).
6. Moreira PL, Dupas G. Vivendo com o diabetes: a experiência contada pela criança. Rev Latino-am de Enfermagem 2006; 14(1):25-32.
7. Zanetti ML, Mendes IAC. Dificuldades apresentadas por mães de crianças e de adolescentes diabéticos tipo 1, antes do estabelecimento do diagnóstico. Acta Paul Enf São Paulo (SP) 2002; 15(4):17-23.
8. Nunes MDR, Dupas G, Ferreira NMLA. Diabetes na infância e adolescência: conhecendo a dinâmica familiar. Rev Eletrônica Enf Goiânia (GO) 2007; 9(1):119-30. [citado 2008 Jun 6]. Disponível em: URL: <http://www.fen.ufg.br/revista>
9. Mattosinho MMS, Silva DMGV. Itinerário terapêutico do adolescente com diabetes mellitus tipo 1 e seus familiares. Rev Latino-am Enfermagem Ribeirão Preto (SP) 2007; 15(6):113-19.
10. Góes APP, Vieira MRR, Liberatore Júnior RDR. Diabetes *mellitus* tipo 1 no contexto familiar e social. Rev Paul Pediatría São Paulo (SP) 2007; 25(2):124-28.
11. Soares NTI, Sassa AH, Marcon SS, Molina RCM, Valsechi EA. O reflexo socioeconômico no cuidado a crianças/adolescentes portadoras de diabetes *mellitus* tipo 1. Arq Mudi Paraná (PR) 2006; 10:260-62. supl.1.
12. Minayo MCS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 8ª ed. São Paulo (SP): Hucitec; 2004.
13. Polit DF, Beck CT, Hungler BP. Fundamentos de Pesquisa em Enfermagem: métodos, avaliação e utilização. Tradução por: Ana Thorell. 5ª ed. Porto Alegre (RS): Artmed; 2004.
14. Ministério da Saúde (BR). Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 196/96. Decreto nº 93.933 de Janeiro de 1987. Estabelece critérios sobre pesquisa envolvendo seres humanos. Bioética 1996; 4(2); supl.

15. Zanetti ML, Mendes IAC, Ribeiro KP. O desafio para o controle domiciliar em crianças e adolescentes diabéticos tipo 1. *Rev Latino-am Enfermagem Ribeirão Preto (SP)* 2001; 9(4):32-6.
16. Zimmerman BR, Walker EA. Guia completo sobre diabetes da ADA. Tradução por: Marilene Tombini. Rio de Janeiro (RJ): Anima; 2002.
17. Silva LF, Guedes MVC, Moreira RP, Souza ACC. Doença crônica: o enfrentamento pela família. *Acta Paul Enf São Paulo (SP)* 2002; 15(1):40-7.
18. Santos ECB, Zanetti ML, Otero LM, Santos MA. O cuidado sob a ótica do paciente diabético e de seu principal cuidador. *Rev Latino-am Enfermagem Ribeirão Preto (SP)* 2005; 13(3):397-406.
19. Vieira MA, Lima RAG. Crianças e adolescentes com doença crônica: convivendo com mudanças. *Rev Latino-am Enfermagem Ribeirão Preto (SP)* 2002; 10(4):552-60.
20. Marcon SS, Navarro FM, Hayakawa LY, Scardoelli MGC, Waidman MAP. Relações familiares ante os valores e costumes em diferentes etnias. *Rev Rene* 2008; 9(2):9-19.

**RECEBIDO:** 16/04/2008

**ACEITO:** 12/11/2008