

EXPERIÊNCIAS DE ADOLESCENTES COM DIABETES TIPO 1 E INTERVENÇÕES EDUCATIVAS MULTIPROFISSIONAIS PARA O CUIDADO

Amanda Newle Sousa Silva*
Andréia Régia de Matos Rodrigues Serafim**
Caroline Magalhães de Alcântara***
Maria Veraci Oliveira Queiroz****

RESUMO

O artigo teve como objetivo compreender experiências dos adolescentes com diabetes *mellitus* tipo 1 e as intervenções educativas multiprofissionais para o cuidado. Pesquisa qualitativa realizada com 16 adolescentes e seis profissionais vinculados ao Centro Integrado de Diabetes e Hipertensão em Fortaleza, Ceará, Brasil. Realizada de março a outubro de 2016 utilizando entrevista semiestruturada cujas informações foram submetidas à análise de conteúdo originando as categorias: 1 Percepções de adolescentes com diabetes *mellitus* tipo 1 acerca do cuidado. Os participantes relataram vivências do adoecimento e do tratamento, as dificuldades e a ressignificação da experiência possibilitando o autogerenciamento do cuidado. 2 Intervenções educativas como mediadoras do cuidado aos adolescentes com diabetes *mellitus* tipo 1. Os profissionais, discorrem, principalmente, o momento das consultas quando em suas intervenções, intentam colaborar na aceitação da doença, aprendizados e motivação para que o adolescente assuma o seu cuidado. As experiências dos adolescentes com diabetes *mellitus* tipo 1 associadas ao contexto de intervenções educativas sob o olhar multiprofissional articulam realidades intersubjetivas que subsidiam a prática clínica.

Palavras-chave: Diabetes *Mellitus* Tipo 1. Adolescente. Equipe de assistência ao paciente. Educação em Saúde.

INTRODUÇÃO

O diabetes *mellitus* tipo 1 (DM1) é uma doença crônica, causada por um distúrbio autoimune como insuficiência progressiva de insulina, caracterizado pela destruição das células β das ilhotas de Langerhans pancreáticas, de maneira parcial ou total^(1,2). É uma doença mais prevalente na infância e na adolescência⁽³⁾, representando cerca de 5 a 10% de todos os tipos de Diabetes *Mellitus*, com incidência estimada de 7,6 por 100.000 pessoas menores de 15 anos⁽¹⁾. Nos Estados Unidos mais de 15.000 crianças são diagnosticadas com DM1 por ano⁽²⁾.

O tratamento é complexo, envolve padrões de comportamentos como atividade física, alimentação saudável, monitorização constante da glicemia, medicação (administração de insulina) e resolução de problemas (reconhecimento dos sinais de desequilíbrio glicêmico)^(2,3). Os sujeitos adoecidos precisam adotar novos hábitos e assumir cuidados específicos, e a equipe multiprofissional precisa ter como finalidade capacitar o adolescente a realizá-los⁽³⁾.

Nessa passagem da infância à vida adulta, o adolescente convive com mudanças biopsicossociais, sentimentos, problemas e conflitos interpessoais e intensas atividades que são exacerbadas pelo

adoecimento crônico⁽⁴⁾. Em geral, os adolescentes quando comparados às crianças têm mais dificuldade de aceitar a doença, pois se sentem prejudicados perante os limites impostos relacionados à doença e ao tratamento, frequentemente, deparam-se com tristeza e medo das complicações⁽⁵⁾.

Contudo, aos poucos percebem que é possível conviver com a doença e passam a enfrentar as dificuldades encontradas e a entender o tratamento como algo normal e rotineiro, vivendo de forma saudável, mas, para alguns, faz-se necessária a ressignificação da doença e das novas experiências, bem como reordenar suas concepções e as atitudes diante das situações vividas⁽⁶⁾.

Estudo mostra que os adolescentes sentem dificuldades no manejo da doença e percebem a falta de empatia dos profissionais que os assistem⁽⁷⁾. Entretanto, no desenvolvimento de ações educativas, essas posturas devem ser modificadas, desenvolvendo-se interação efetiva com os adolescentes atentando-se às suas necessidades. Ao fundamentar estratégias educativas com base nas necessidades e demandas dos sujeitos, é possível que os cuidados sejam efetivos, obtendo-se adesão e possibilidade de prevenção das complicações⁽⁸⁾.

Deve-se, portanto, estabelecer as prioridades, propor troca de experiências e instrumentos

*Enfermeira. Doutoranda, Universidade Estadual do Ceará. Fortaleza, CE, Brasil. E-mail: amandanewle@hotmail.com

**Enfermeira. Mestre, Universidade Estadual do Ceará. Fortaleza, CE, Brasil. E-mail: andreiamatosrodrigues@gmail.com

***Enfermeira. Mestranda, Universidade Estadual do Ceará. Fortaleza, CE, Brasil. E-mail: krouzinha_alcantara@hotmail.com

****Enfermeira. Pós-doutora, Universidade Estadual do Ceará. Fortaleza, CE, Brasil. E-mail: veracioq@hotmail.com

facilitadores do ensino e aprendizagem, resgatando-se conhecimentos prévios dos sujeitos e utilizando estratégias educativas, que sejam mediadores do cuidado⁽⁷⁻⁹⁾. Considera-se que a educação em saúde vem ajudá-los a adquirir novas habilidades e conhecimentos para mudar condutas e conviver com a doença⁽⁹⁾. Nessa perspectiva, é importante entender que a adesão terapêutica é um fenômeno multidimensional influenciado por diferentes fatores, sendo necessária a atenção integral desenvolvida por uma equipe multiprofissional⁽⁵⁾.

Ante tais considerações, a pesquisa buscou aproximação com as experiências de adolescentes com diabetes *mellitus* tipo 1 articulando-as com as intervenções multiprofissionais para o cuidado. Os resultados auxiliaram na elaboração de tecnologia educativa digital (*website*) ao adolescente com diabetes *mellitus* tipo 1. Assim, o objetivo foi compreender experiências dos adolescentes com diabetes *mellitus* tipo 1 e intervenções educativas multiprofissionais para o cuidado.

METODOLOGIA

Estudo descritivo na abordagem qualitativa em um Centro Integrado de Diabetes e Hipertensão, Fortaleza-Ceará. Essa unidade é especializada no atendimento de Crianças e Adolescentes com diabetes *mellitus* tipo 1 do Sistema Único de Saúde e tem como membros da equipe: enfermeiros, médicos, dentistas, fisioterapeutas e nutricionistas.

Participaram da coleta de dados 16 adolescentes e seis profissionais no período de março a outubro de 2016, por meio da entrevista semiestruturada. Esta efetivou-se por ocasião do retorno da consulta com membros da equipe multiprofissional e após marcação prévia acordada com os participantes. Adotou-se como critério de seleção dos adolescentes ter seguimento no serviço há mais de um ano. Excluiu-se aqueles que apresentavam descompensação glicêmica ou outra alteração clínica/psíquica que o impediam de emitir as informações no momento da entrevista.

Para os profissionais, os critérios de seleção foram: cuidar de adolescente com DM1 com experiência superior a dois anos. Constituiu-se, portanto, de um médico, três enfermeiros, um nutricionista e um fisioterapeuta. Definiu-se o quantitativo quando se observou a repetição ou redundância das informações, observando-se que a soma de outros conteúdos não trazia novidades e os objetivos do estudo estavam contemplados⁽¹⁰⁾.

Levantou-se os dados pessoais do adolescente, como idade, sexo, tempo de diagnóstico, escolaridade e ocupação, e a questão norteadora para os adolescentes abordava suas experiências com diabetes tipo 1 relacionadas ao cuidado. Estes foram abordados individualmente pelas pesquisadoras, antes das consultas, em local sem distrações, deixando-os à vontade, sendo gravado em áudio com duração de 20 a 30 minutos e todos, com anuência dos responsáveis, aceitaram a gravação. Para os profissionais, a entrevista semiestruturada incluía o tempo e a experiência profissional, cursos de pós-graduação e a pergunta norteadora sobre os cuidados e intervenções educativas com o adolescente com DM1.

As entrevistas foram gravadas e transcritas pelos pesquisadores que após constituição do corpus submetem-nas à análise de conteúdo, seguindo as etapas: pré-análise, exploração do material, tratamento dos resultados/inferência e interpretação. Na pré-análise, as entrevistas foram lidas repetidas vezes, seguindo-se com a identificação das unidades de registro no contexto em análise. Após identificação dessas unidades de sentido, foram codificadas e, posteriormente, agrupadas em subcategorias⁽¹¹⁾, as quais foram reagrupadas por semelhanças originando duas categorias: Percepções de adolescentes com diabetes *mellitus* tipo 1 acerca do cuidado e Intervenções educativas como mediações do cuidado aos adolescentes com diabetes *mellitus* tipo 1.

Todos os participantes da investigação deram anuência com assinatura dos termos de consentimento e assentimento. Este para os adolescentes, que também tiveram a anuência do responsável legal com assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da instituição proponente, tendo parecer nº 181.489, CAAE: 08370912.1.3001.5040, atendendo às normas previstas na Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde. Para garantir o anonimato dos participantes, identificou-se os adolescentes pela letra A e os profissionais pela letra P, seguidas pelo numeral na ordem de efetivação das entrevistas.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Todos os adolescentes tinham mais de três anos de diagnóstico da doença, estavam entre 12 e 16 anos, sendo dez do sexo masculino e seis do sexo feminino; a maior parte (n=10) tinha 13 e 14 anos e estava acompanhada de seus pais; somente dois estavam com

outro familiar (tio). Dos seis profissionais, quatro tinham especialização/residência e três cursos de mestrado. Em relação ao tempo de serviço, variou de dois a 37 anos de experiência com crianças e adolescentes com DM1.

As informações apreendidas de forma subjetiva com adolescentes e profissionais sobre experiências de cuidados ao DM1 envolvem *per se*, abordagens educativas permeadas de significados sobre o pensar e o fazer no cotidiano.

Percepções de adolescentes com diabetes mellitus tipo 1 acerca do cuidado

Em suas experiências, os adolescentes descreveram as principais situações vividas para cuidar e manter a saúde. Suas narrativas trazem uma compreensão das mudanças que vivenciam ao assumirem seus cuidados. Assim, demonstram suas percepções sobre as restrições alimentares.

Para ter minha saúde; tenho cuidado com a alimentação... me baseio pelo que a nutricionista passa na dieta, tipos de frutas e o que evitar (A1).

Tomo muita água, todo dia, mesmo sem vontade. A dieta só consigo manter parcialmente, tenho dificuldade (...) (A5).

Tenho cuidado em não comer doces, mas quando a glicemia estiver baixa, comer alguma coisa doce, para mim o principal é a alimentação (A10).

Não gosto da dieta porque não posso comer o que quero (A9).

Um adolescente comenta a dificuldade na alimentação, mas todos reconhecem a importância da escolha alimentar. Esse assunto é discutido na literatura que se reporta às dificuldades dos adolescentes nas mudanças de hábitos alimentares, a relação com o tipo de alimento, sua quantidade para alcançar metas glicêmicas e manter-se saudável^(4,8,12).

Na adolescência, a preferência por alimentos nutricionalmente inadequados estão relacionados à influência de colegas, disponibilidade de dinheiro e facilidade de acesso a alimentos não saudáveis, além das ferramentas de marketing incentivando o consumo de alimentos industrializados⁽¹³⁾.

No relato das experiências de cuidado diário, destacaram também o uso da insulina e expressaram a aquisição da autonomia:

Os cuidados que tenho é com a insulina, eu mesmo aplico (A1).

Faço de tudo para não esquecer as doses diárias de insulina (A11).

O cumprimento da terapêutica medicamentosa é uma das responsabilidades que requer aceitação e aprendizado para o manejo da autoaplicação. Os participantes demonstraram assumir o manuseio da aplicação de insulina, contudo há um enfrentamento nesse cuidado, resultado semelhante aos estudos^(8,14), que justificam essa atitude, uma vez que a insulinoterapia costuma causar dor e sofrimento, aspectos que podem prejudicar o tratamento.

Nesse aspecto, os adolescentes ressaltaram sentimentos negativos diante da aplicação e monitorização da glicemia, referindo-se à ação repetitiva e dolorosa nos procedimentos.

As injeções diárias me incomodam. Furar o dedo direito (A1).

No tratamento, acho ruins as injeções diárias, pois são quatro vezes por dia (A3).

Tenho dificuldade para aplicar (...) (A4).

Eu só furo no mesmo dedo, porque toco violão (A5).

O que não gosto é monitorar a glicemia direto, para não descompensar (A13).

As falas expressaram o incômodo e a dificuldade nos procedimentos que envolvem dor, porém os adolescentes expuseram a necessidade do monitoramento glicêmico com o glicosímetro, artefato essencial para perceber imediatamente os riscos de descompensação glicêmica. Apesar de se sentirem limitados com a aplicação de insulina, reforça-se que são procedimentos inerentes ao cotidiano⁽¹⁴⁾. Assim, relatam:

Meu maior cuidado é em verificar se está controlada e também a dieta (A6).

Faço a medicação direitinho e tento me alimentar (A15).

Fico monitorando sempre que como besteira (A16).

Não esqueço mais as injeções e quando como alimento muito doce, verifico a glicemia para ver se está tudo bem (A12).

O tratamento do DM1 inclui, necessariamente, o regime diário de aplicações de insulina, monitorização glicêmica, que trazem desconfortos aos pacientes. Todavia, a automonitorização glicêmica é essencial para o controle metabólico e deve ser encorajada por profissionais da saúde⁽⁴⁾. Embora não tenha sido relatado pelos participantes desta pesquisa, outro estudo traz situações inconvenientes, como transportar,

quando necessário, os equipamentos médicos, visto que nem sempre dispõem de local privativo para administrar a medicação e isso foi um motivo que levaram adolescentes a atrasar os horários adequados das aplicações⁽¹⁵⁾.

Alguns adolescentes encaram o controle glicêmico com mais naturalidade e nessa caminhada aprenderam a reconhecer os sinais de descontrole:

Teve uma vez que baixou demais, fiquei com a pressão baixa, aconteceu há duas semanas; eu já ia dormir, tinha jantando, quando senti isso; senti o braço dormente (A1).

Passo muito mal se não tiver ali controlando direto. Sempre tenho hipoglicemia (A15).

Tive hipoglicemia, quando passei um dia sem comer (A17).

Tive hipoglicemia, a glicemia deu 45, fiquei tonto. Já fui internada duas vezes com a glicemia alta (A12).

Os adolescentes relatam sinais de descontrole glicêmico e para alguns a hipoglicemia é citada como episódio rotineiro. Essa complicação é perigosa para a saúde desses sujeitos, podendo estar associada a casos graves com desorientação, perda da consciência e convulsões, tornando algo assustador para quem vive e presencia⁽¹⁶⁾. Estudo traz que apesar de terem conhecimento acerca do que deve fazer para controlar a glicemia, adotam atitudes para manter uma hiperglicemia por medo de vivenciar experiências negativas quando acontece a hipoglicemia⁽⁷⁾.

Os sujeitos relataram praticar alguma atividade física rotineiramente, pois o exercício permite um melhor controle glicêmico, diminuindo os níveis de glicose no sangue, melhorando seus benefícios físicos e psicológicos⁽³⁾.

Jogo bola, faço karatê, ando de skate e minha mãe diz, queria que esse esforço dela fosse na alimentação. Faço bastante atividade física (A4).

Sempre faço atividade física, ando de bicicleta e faço caminhada (A16).

Ando de bicicleta (A3).

Em contraponto, alguns relataram dificuldades em manter ou realizar uma atividade física e até desmotivação no momento vivido, pois antes praticavam essa atividade.

Não estou fazendo atividade física, mas antes fazia dança, andava de bicicleta. Não faço mais porque está muito quente e não sinto mais vontade (A2).

Agora estou parado, mas antes fazia musculação (A5).

Os adolescentes mais ativos, que praticam atividade física rotineiramente apresentam variáveis metabólicas mais próximas do preconizado, além de ser fator positivo que influencia no cuidado⁽³⁾. É necessário, portanto, estimular e capacitar esses adolescentes a praticar atividade física.

Os relatos dos adolescentes apontam seus principais cuidados que envolvem, necessariamente, alimentação saudável, monitorização glicêmica, administração da insulina, reconhecimentos dos sinais de descontrole glicêmico e a realização de atividade física. Nesse contexto, percebe-se os desafios enfrentados e a necessidade de motivação e aprendizados que favoreça um tratamento eficaz.

Intervenções educativas como mediações do cuidado aos adolescentes com diabetes *mellitus* tipo 1

A equipe de saúde, notadamente médicos, enfermeiros, nutricionistas e fisioterapeutas, são os profissionais que atuam diretamente no cuidado aos adolescentes com DM1, essencialmente durante as consultas. Eles discorreram essa atuação reportando-se aos aspectos educativos desde a atualização da doença e tratamento ajudando a torná-los conscientes emotivados a assumirem o cuidado.

Falo sobre a doença, para que eles possam entender sobre o tratamento. É preciso atualizações sobre o uso das insulinas, o que tem de mais novo disponível no mercado. Conhecer a doença, conscientizar-se e, assim, aceitar a deficiência de insulina para que possa adotar novos hábitos (P3).

As ações começam da base, explicando o que é o diabetes. Por que o tratamento tem que ser a insulina no caso com DM1. Tem que falar a respeito da doença e o que é o diabetes, e o que pode acarretar no futuro para ele, se caso não tenha um cuidado adequado. Explicar as complicações da doença, os riscos a curto, médio e longo prazo (P6).

O conhecimento sobre a doença é visto como um instrumento que irá melhorar o autogerenciamento do cuidar, promovendo, assim, autonomia dos sujeitos⁽¹⁵⁾. Por isso, a educação em diabetes permite minimizar dúvidas no intuito de mudar comportamentos de risco, esclarecendo orientações fornecidas⁽⁹⁾, e promove habilidades aos adolescentes e sua família para que sejam ativos e atinjam as metas do tratamento, garantindo o autocuidado e autocontrole, integrando as intervenções clínicas da equipe multidisciplinar^(1,4).

Não obstante, os sujeitos conhecendo a condição crônica e os profissionais priorizando estratégias

participativas favorecem aprendizados e motivam os sujeitos a adotarem atitudes saudáveis.

Na comunicação com os adolescentes é observado pelos profissionais que é importante considerá-los de modo natural, não diferenciando-os dos demais adolescentes no que diz respeito a optar por atitudes saudáveis. Assim, trazem em suas falas o percurso no acompanhamento durante as consultas e o cuidado educativo.

Gosto de tratar ele como um adolescente normal, utilizando termos como reeducação alimentar e não dieta. Percebo que eles se acham muito diferentes. Para estimular o autocuidado, temos que falar das possíveis complicações, gosto de mostrar figuras, imagens e orientações abrangentes, falando da lipodistrofia, mas não gosto de traumatizar o paciente (P1).

Conscientização. Primeiro temos que educar, porque em muitos momentos, começo dizendo que a alimentação deles é o que deve ser ideal para todos os adolescentes, porque não existe uma alimentação diferente para o diabético (P2).

Os diálogos dos profissionais sinalizaram a educação aos adolescentes visando melhorar conhecimentos e autonomia no cuidado. Estudo discute que os profissionais que cuidam devem utilizar estratégias educativas que visem melhorar a saúde de seus pacientes, capacitando-os para o cuidado com sua saúde⁽⁹⁾. Entretanto, requer um olhar crítico e objetivo mobilizando conhecimentos que facilitem a implementação das orientações e o tomem sujeito de seu próprio cuidado⁽⁷⁾.

Autores salientam que na adolescência as escolhas alimentares são influenciadas por aspectos subjetivos relacionados ao conhecimento e percepções, mas também há interferência dos fatores econômicos, sociais e culturais. Nesse aspecto, destacam-se as influências de colegas, mas, principalmente, da convivência escolar, onde realizam a maioria das refeições⁽¹³⁾. Destaca-se que a alimentação é o item mais preocupante para o adolescente com DM1^(4,5,7).

Os aspectos da alimentação são fundamentais para o tratamento, essencialmente no controle glicêmico, portanto deve ser assunto cotidianamente dialogado com os adolescentes. Nesta pesquisa, os profissionais discorreram sobre os grupos dos alimentos (reguladores, energéticos e construtores), mostrando a variedade que deve compor o cardápio e o estímulo para uma alimentação saudável.

Um dos pontos principais que deve ser abordado é sobre a alimentação (P1).

Dividir a alimentação em três principais e três intermediárias. Incluído os alimentos reguladores, energéticos e construtores. Estimular o consumo das frutas e saladas (P2).

Deve-se explicar o que é alimentação saudável (P6).

Alimentação deles é um cardápio que qualquer pessoa deveria seguir, quem faz diferente é que faz errado. Os diabéticos insulino dependentes são obrigatoriamente sujeitos a fracionar, trazer o foco principal da alimentação saudável (P2)

Corroborar-se com os autores^(4,5,7) quando os profissionais relataram que alimentação é uma das principais ações de cuidados aos adolescentes com DM1, reforçada na educação dos mesmos. Essa ação deve ser entendida como um processo de capacitação para que adotem conscientemente no cotidiano atitudes saudáveis com planejamento do seu autocuidado⁽⁴⁾.

Destaca-se que a alimentação saudável foi apontada pelos adolescentes e pelos profissionais, como importante escolha no controle glicêmico, associada a outras condutas terapêuticas. Evidencia-se a necessidade do acompanhamento nutricional e incentivo a uma alimentação saudável, uma vez que o comportamento alimentar é uma dimensão complexa, que deve ser continuamente explorado nas intervenções educativas.

Oriento sobre o autocuidado, prática de atividade física, alimentação saudável, adesão ao medicamento, uso adequado de calçados e reeducação postural (P5).

Para o autocuidado deles, devem ter orientações sobre o que é a doença; as técnicas de aplicação; perguntar o que eles sabem e o que não sabem sobre o cuidado no rodízio; fazer as glicemias capilares que, muitas vezes, não fazem (P6).

Essencialmente, no cuidado ao adolescente com DM1, a literatura evidencia que é necessário ter educação alimentar com variedade de nutrientes a fim de manter o ideal para o perfil glicêmico⁽¹⁾. A elaboração de um plano assistencial, atendendo às demandas dos adolescentes, visa um cuidado integral aos sujeitos e uma adesão ao tratamento, de forma a prevenir possíveis complicações associadas à doença⁽⁸⁾.

A construção do conhecimento sobre saúde com adolescentes com DM1 de maneira ativa inclui conhecimento de suas necessidades e a promoção à saúde por meio de um cuidado eficaz⁽¹⁷⁾. Salienta-se que o autocuidado é uma modalidade de construção do projeto terapêutico e constitui-se, principalmente, da avaliação, aconselhamento, acordo, assistência e acompanhamento, visando restabelecer a saúde.

Complementa-se que para o profissional da saúde obter um acompanhamento efetivo deve utilizar estratégias ativas no cuidado ao adolescente e sua família⁽¹⁸⁾.

Entendendo que o cuidado ao adolescente com DM1 vai além do controle alimentar, obrigatoriamente, o manejo adequado da insulino terapia inclui a aplicação correta da insulina e outros procedimentos, como rodízio e sua técnica.

Vejo que eles aplicam muito errado a insulina, em locais errados. Acho importante ensinar sobre a utilização da insulina. Por isso, gosto de estar sempre mostrando como fazer o rodízio, tento orientar o máximo possível (P1).

Um dos pontos que acho mais importante é aplicação de insulina. Deve ter insumos básicos, como fita, seringa, agulha, insulina, além do manejo com material (P4).

Destaco o modo e a técnica de aplicação da insulina correta (P6).

Complementando as experiências relatadas, os profissionais ressaltaram que um dos procedimentos significativos no tratamento e na manutenção de respostas positivas à saúde do adolescente com DM1 é o uso da insulina para conseguir ter um controle metabólico; observando os locais de aplicação, o rodízio e a técnica de aplicação. Além disso, esclareceram sobre os insumos necessários e o manejo como fita, seringa e agulha. Também merecem atenção o local e a forma adequada de aplicação. São peculiaridades referentes à ação educativa, essencialmente, durante a consulta de enfermagem com o adolescente.

Outro estudo aponta que o conhecimento e o domínio da administração da insulina são insuficientes, apresentando-se inadequados em relação ao armazenamento e gestão de insumos como as lancetas, e esses conceitos errôneos prejudicam os cuidados e aumentam o risco de complicações em longo prazo⁽¹²⁾.

Na interlocução das experiências dos adolescentes anteriormente relatadas e os significados das atividades educativas para os profissionais em relação ao monitoramento glicêmico, destacam-se:

[...] fazer o monitoramento, vê o que está errado e tentar corrigir. Orientação nos casos de hiper e hipoglicemia e as condutas a serem realizadas nesses casos (P1).

Trazer um exemplo de mapeamento glicêmico (P3).

[...] eles não sabem o que fazem com esse número, não sabem as metas. E o que deve fazer na hipoglicemia e hiperglicemia, tem muito medo de ter hipoglicemia e fazem de tudo para não ter, mas quando eles percebem que ficam bem com uma glicemia de 200, 300 e não

sentem muitas coisas, ficam mais confortáveis. Temos que falar a respeito das complicações do não cuidado (P6).

Ao relatarem suas orientações para os adolescentes, os profissionais apontam os pontos principais que abordam e como identificam situações de hipoglicemia ou hiperglicemia, despertando-os aos cuidados para corrigir e manter os níveis glicêmicos e registrá-los no mapa glicêmico. Estudo traz que os adolescentes que não mantêm o controle metabólico, há tendências a piorar quando a idade aumenta⁽¹⁹⁾. Assim, é um ponto indispensável a ser discutido e mantida a vigilância dos profissionais para que esses adolescentes possam mudar de atitudes.

Outro aspecto discutido pela equipe profissional foi a inserção da atividade física no tratamento, ou seja, a adoção desse hábito pelo adolescente com DM1.

Falar a respeito da atividade física. Deve seguir os passos de uma atividade física e hábitos saudáveis (P4).

Prática da atividade física em programas de educação em saúde desenvolvida pela instituição. Necessidade voltada à melhoria da funcionalidade de membros inferiores e superiores, o corpo como um todo. Para o seu autocuidado, é preciso ele ter conhecimento e ser motivado a adotar essas medidas (P5).

Essa indicação profissional pode ter significados e orientações individualizadas. Estudo mostra que a atividade física está entre as principais preocupações do adolescente, pois eles têm medo da ocorrência de uma hipoglicemia durante a prática ou ao término. Para evitar esse agravo, deve ser orientado individualmente quanto ao tipo de atividade, intensidade e duração, reduzir de 10 a 20% da dose de insulina na refeição anterior, além da monitorização antes, durante e após o exercício⁽¹²⁾.

Outros cuidados inerentes à vida diária foram ressaltados, como higiene corporal e dentária, cuidado com pele e os pés, dentre outros hábitos cotidianos.

Especificar no site a idade do público para que ele foi feito o controle da higiene, banho, escovação de dentes, cuidados com os pés, controle glicêmico (P3).

Higiene corporal, cuidado com o pé e a pele, uso adequado de calçados, oficinas de educação em saúde (P5).

Com o intuito de minimizar os efeitos indesejados do tratamento do diabetes, é necessário que a equipe de saúde estimule o adolescente a reconhecer suas necessidades individuais a fim de que ele consiga ser independente no seu próprio cuidado⁽⁴⁾. Os profissionais devem utilizar a comunicação para serem

multiplicadores de conhecimentos e resultar na promoção à saúde⁽¹⁷⁾.

Experiências são ressignificadas tanto para o adolescente como para os profissionais na convivência com essa condição de adoecimento crônico que requer apoio e aprendizados perante a demanda de cuidados. Infere-se, a partir desses achados, que a participação da equipe multiprofissional no seguimento ambulatorial do adolescente envolve um continuum cuidar e educar proporcionando a integração de saberes e a autonomia desses sujeitos.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Apreendendo as experiências dos adolescentes com diabetes *mellitus* tipo 1 e as intervenções educativas da equipe multiprofissional, durante as consultas, compreendeu-se parte dos significados dessa realidade configurada nos objetivos da pesquisa.

Nas vivências do adoecimento e do cuidado, os adolescentes relataram suas dificuldades, os vários sentimentos e a dor física associada ao controle glicêmico e à insulino terapia. Contudo, vão superando e assumindo responsabilidades com sua saúde. Certamente, essa autonomia é alcançada pelo apoio recebido da equipe multiprofissional de saúde que tem

acompanhamento contínuo com orientações e estímulos sobre o tratamento e cuidados específicos.

O estudo teve como limitação a entrevista individual desenvolvida em curto tempo, pois se planejou entrevistas em grupos para abordar experiências comuns, que ampliem discussões e reflexões dos adolescentes. Na coleta de dados, houve dificuldades de efetivá-la pelos desencontros entre os participantes adolescentes no espaço da consulta. Entretanto, outros pontos da realidade estudada foram ampliados ao associar experiências e aprendizados dos adolescentes aos discursos profissionais, observando-se interseções no cuidado desses sujeitos.

A ressignificação de suas experiências mediadas nas orientações educativas multiprofissionais possibilita um suporte terapêutico significativo à saúde do adolescente com DM1.

AGRADECIMENTOS

Agradecemos a participação dos profissionais e dos adolescentes, assim como à Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES) pela oportunidade de obtenção de bolsa.

EXPERIENCES OF ADOLESCENTS WITH TYPE-1 DIABETES AND MULTIPROFESSIONAL EDUCATIONAL INTERVENTIONS FOR CARE

ABSTRACT

The present article aimed to understand the experiences of adolescents with type-1 diabetes and the multiprofessional educational interventions for care. It is a qualitative research with 16 adolescents and six professionals linked to the Integrated Diabetes and Hypertension Center in Fortaleza, Ceará, Brazil, conducted from March to October 2016, using a semi-structured interview. The data were submitted to content analysis, giving rise to the following categories: 1 Perceptions of adolescents with type 1-diabetes *mellitus* about care. Participants reported experiences of illness and treatment, difficulties and re-signification of the experience, allowing the self-management of care. 2 Educational interventions as mediators of care for adolescents with type-1 diabetes. The professionals mainly talked about the moment of the consultations during their interventions and tried to help on the acceptance of the disease through learning and motivation for the adolescent to take responsibility for their own care. The experiences of adolescents with type-1 diabetes *mellitus* associated to the context of educational interventions under the multiprofessional approach articulate intersubjective realities that support clinical practice.

Keywords: Type 1 Diabetes *Mellitus*. Adolescent. Patient Care Team. Health Education.

EXPERIENCIAS DE ADOLESCENTES CON DIABETES TIPO 1 E INTERVENCIONES EDUCATIVAS MULTIPROFESIONALES PARA EL CUIDADO

RESUMEN

El artículo tuvo como objetivo comprender las experiencias de los adolescentes con diabetes *mellitus* tipo 1 y las intervenciones educativas multiprofesionales para el cuidado. Investigación cualitativa realizada con 16 adolescentes y seis profesionales vinculados al Centro Integrado de Diabetes e Hipertensão em Fortaleza, Ceará, Brasil. Realizada de marzo a octubre de 2016 utilizando entrevista semiestructurada, cuyas informaciones fueron sometidas al análisis de contenido originando las categorías: 1. Percepciones de adolescentes con diabetes *mellitus* tipo 1 acerca del cuidado. Los participantes relataron experiencias de enfermedad y del tratamiento, las dificultades y la resignificación de la experiencia posibilitando la autogestión del cuidado. 2. Intervenciones educativas como mediadoras del cuidado a los adolescentes con diabetes *mellitus* tipo 1. Los profesionales describen, principalmente, el momento de las consultas cuando, en sus intervenciones, intentan colaborar en la aceptación de la enfermedad, los aprendizajes y la motivación para que el adolescente asuma su cuidado.

Las experiencias de los adolescentes con diabetes *mellitus* tipo 1 asociadas al contexto de intervenciones educativas bajo la mirada multiprofesional articulan realidades intersubjetivas que ayudan la práctica clínica.

Palabras clave: Diabetes *Mellitus* Tipo 1. Adolescente. Equipo de atención al paciente. Educación en Salud.

REFERÊNCIAS

1. Sociedade Brasileira de Diabetes (SBD). Diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes: 2015-2016. São Paulo: AC Farmacêutica; 2016.
2. Chao AM, Minges KE, Park C, Dumser S, Murphy KM, Grey M, et al. General life and diabetes-related stressors in early adolescents with type diabetes. *J Pediatr Health Care*. 2016;30(2):133-42. Epub 2015 30 de julho.
3. Ryninks K, Sutton E, Thomas E, Jago R, Shield JPH, Burren CP. Attitudes to Exercise and Diabetes in Young People with Type 1 Diabetes *Mellitus*: A Qualitative Analysis. *PLoS One*. 2015 Oct;10(10):e0137562. doi: <http://doi.org/10.1371/journal.pone.0137562>.
4. Cavini FL, Gonçalves KA, Cordeiro SM, Moreira DS, Resck ZMR. Vivências de adolescentes com diabetes: uma abordagem fenomenológica. *Rev enferm UFPE online*. 2016; 10(Supl. 2):805-13. Disponível em: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/view/11023/12407>.
5. Amado AN, Amado RN, Morey AG, Gómez JRH, Iglesias RG. Adherencia terapéutica en adolescentes con diabetes *mellitus* tipo 1. *Rev Ciencias Médicas* [Internet]. 2015 [citado 2018 Jun 28]; 19(6):1102-14. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1561-31942015000600015&lng=es.
6. Gomes DM, Magalhães PS, Santo FE. Experiências e percepções dos adolescentes com diabetes *mellitus* tipo 1. *Rev enferm UFPE on line*. 2015; 9(2):582-91. Disponível em: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/viewFile/10375/11116>.
7. King KM, King PJ, Nayar R, Wilkes S. Perceptions of Adolescent Patients of the “Lived Experience” of Type 1 Diabetes. *Diabetes Spectr*. 2017 Feb;30(1):23-35. doi: <https://doi.org/10.2337/ds15-0041>.
8. Moreira TR, Bandeira TA, Lopes SC, Carvalho SL, Negreiros FDS, Neves CS. Dificuldades de crianças e adolescentes com Diabetes *Mellitus* tipo 1 acerca da doença. *Rev Rene*. 2016; 17(5):651-8. Disponível em: <http://periodicos.ufc.br/rene/article/view/6195>.
9. Áfio ACE, Balbino AC, Alves MDS, Carvalho LV, Santos MCL, Oliveira NR. Análise do conceito de tecnologia educacional em enfermagem aplicada ao paciente. *Rev Rene*. 2014; 15(1):158-65. Disponível em: <http://www.periodicos.ufc.br/rene/article/view/3108>.
10. Minayo MCS. Amostragem e saturação em pesquisa qualitativa: consensos e controvérsias. *RevPesq Qual* [Internet]. 2017 [citado 2017 fev. 13]; 5(7):1-12. Disponível em: <http://rpq.revista.sepq.org.br/index.php/rpq/article/view/82>.
11. Bardin L. Análise de conteúdo. Lisboa, Portugal: Edições 70; 2011.
12. Flora MC, Gameiro MGH. Autocuidado dos Adolescentes com Diabetes *Mellitus* Tipo 1: Conhecimento acerca da Doença. *Rev Enf Ref*. 2016; 6(8):17-26. doi: <http://dx.doi.org/10.12707/RIV15024>.
13. Silva DCA, Frazão IS, Osório MM, Vasconcelos MGL. Perception of adolescents on healthy eating. *Ciências & Saúde Coletiva* [Internet]. 2015 [citado 2018 July 18]; 20(11): 3299-3308. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/1413-812320152011.00972015>.
14. Pires MR, Bani RCF, Lima GZ, Haddad MIR, Takamoto PM, Pires LAR, et al. Problems with adherence to treatment among adolescents with diabetes *mellitus* type 1. *J Hum Growth Dev*. 2016 [cited 2016 dec 18]; 26(1): 21-8. doi: <https://doi.org/10.7322/jhgd.114431>.
15. Kime N, McKenna J, Webster L. Young people’s participation in the development of a self-care intervention—a multi-site formative research study. *Health Educ Res*. 2013; 28(3): 552-62. Epub 2012 5 de dezembro.
16. Shepard JA, Vajda K, Nyer M, Clarke W, Gonder-Frederick L. Understanding the Construct of Fear of Hypoglycemia in Pediatric Type 1 Diabetes. *J Pediatr Psychol*. Nov-dez de 2014; 39(10): 1115-25. Epub 2014 11 de setembro.
17. Silva KVLG, Gonçalves GAA, Santos SB, Machado MFAS, Rebouças CBA, Silva VM, et al. Training of adolescent multipliers from the perspective of health promotion core competencies. *Rev. Bras. Enferm*. [Internet]. 2018 Feb [cited 2018 July 17]; 71(1): 89-96. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2016-0532>.
18. Targa T, Pimentel RRS, Scardoelli MGC. Diabetes *mellitus* in children and adolescents: repercussions in daily life of families. *Cienc Cuid Saude*. 2017 Jan-Mar; 16(1):1-8. doi: <http://dx.doi.org/10.4025/ciencucuidsaude.v16i1.30435>.
19. Díaz-Cárdenas C, Wong C, Catalén NAV. Grado de Control metabólico em niños y adolescentes com diabetes *mellitus* tipo 1. *Rev Chil Pediatr*. [Internet]. 2016 Feb [citado 2018 Jul 18]; 87(1): 43-47. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.rchipe.2015.09.002>.

Endereço para correspondência: Amanda Newle Sousa Silva. Avenida Torres de Melo, 370, Fortaleza - CE. Bairro: Centro. CEP: 61.700-00. E-mail: amandanewle@hotmail.com

Data de recebimento: 27/11/2017

Data de aprovação: 29/06/2018