

SUORTE SOCIAL NO TRATAMENTO E PREVENÇÃO DE COMPLICAÇÕES DO DIABETES MELLITUS TIPO 1 EM PACIENTES JOVENS

SOCIAL SUPPORT IN TREATMENT AND PREVENTION OF DIABETES MELLITUS TYPE 1 COMPLICATIONS IN TEENAGERS

André Olivo Pellizzaro¹, Gabriela Fagan Belini^{2*}, Edilson Lima dos Santos³, Kauan Formentão⁴, Rafael Gustavo de Liz⁵

¹Médico Residente no Hospital de Clínicas de Passo Fundo, RS

²Médica, Atenção Básica, Passo Fundo, RS

³Enfermeiro, Atenção Básica, Passo Fundo, RS

⁴Médico Clínico Geral, Palmas, PR

⁵Mestre, Docente do curso de Psicologia e Enfermagem do Centro Universitário UNIAVAN, Balneário Camboriú, SC

*Correspondência: gabrielafagan@hotmail.com

RECEBIMENTO: 02/03/21 - ACEITE: 20/05/21

Resumo

No contexto da adolescência, o suporte social é decisivo no processo de resiliência do diabetes mellitus tipo 1, sendo importante o meio no qual o adolescente se encontra, qual a sua percepção e prospecção para com a doença e o estilo de vida imposto, como lida e adere ao autocuidado através do monitoramento glicêmico diário, assim como o nível de auxílio prestado pelos cuidadores. Este artigo se refere a uma pesquisa quantitativa constituída por um estudo prospectivo observacional de corte seccional de caráter analítico, em serviços do Sistema Único de Saúde (SUS) com seguimento regular de 24 adolescentes com DM1. Teve por objetivo analisar as relações entre suporte social e tratamento da patologia em adolescentes, a partir da percepção do portador da doença e do cuidador. Após aplicação de um questionário com 132 perguntas, os dados foram recortados com foco para o suporte social, cujos resultados encontrados demonstram ser de fundamental importância possuir cuidador com escolaridade elevada para adequada assimilação, bem como a relevância de um monitoramento glicêmico estrito.

Palavras-chave: Suporte social. Diabetes mellitus tipo 1. Comportamento do adolescente.

Abstract

In the context of adolescence, social support is decisive in the process of resilience of type 1 diabetes mellitus, the environment in which the adolescent finds himself is important, what is his perception and prospection for the disease and the imposed lifestyle, how it deals with and adheres to self-care through daily glycemic monitoring, as well as the level of assistance provided by caregivers. This article refers to a quantitative research consisting of a prospective observational study of sectional analysis of an analytical character, in services of the Unified Health System (SUS) with regular follow-up of 24 adolescents with DM1. It aimed to analyze the relationships between social support and treatment of pathology in adolescents, based on the perception of the carrier of the disease and the caregiver. After applying a questionnaire with 132 questions, the data were cut out with a focus on social support, whose results show that it is of fundamental importance to have a caregiver with a high level of education for adequate assimilation, as well as the relevance of strict glycemic monitoring.

Keywords: Social support. Type 1 diabetes mellitus. Adolescent behavior.

Introdução

Nas duas últimas décadas tem surgido especial interesse no grupo de pacientes crônicos no período da adolescência, especialmente portadores de diabetes mellitus tipo 1 (DM1), tendo em vista as importantes implicações ao longo do desenvolvimento, somadas às características intrínsecas da faixa etária e a exigência de cuidados específicos.¹ A Organização Mundial da Saúde (OMS) define como adolescente o indivíduo entre 10 e 19 anos, já o estatuto da criança e do adolescente considera a adolescência o período compreendido entre 12 e 18 anos.^{2,3} A adolescência constitui-se em uma etapa complicada da vida, uma vez que é uma transição entre a vida infantil e a adulta, marcada pelos muitos conflitos e diversas modificações corporais, hormonais e comportamentais.⁴

Segundo Sociedade Brasileira de Diabetes, a DM1 afeta cerca de 65 mil novas pessoas a cada ano mundialmente. Em 2015, o número de crianças com DM1 passou de 500 mil pela primeira vez, sendo que o Brasil está em terceiro lugar mundial no ranking de diabéticos nas faixas etárias de 0 a 14 anos.⁵

A característica do DM1 é a hiperglicemia crônica, acarretada por uma deficiência absoluta da produção do hormônio insulina pelas células beta do pâncreas. Sendo assim, a reposição de insulina exógena é vital. Sem o tratamento, a maior parte dos pacientes entra em cetoacidose diabética, evoluindo ao óbito (CONITEC). O controle glicêmico, segundo o estudo americano *Diabetes Control and Complications Trial*, através da administração de insulina deve ser rígido, porém não pode elevar significativamente a chance de hipoglicemia.⁵

Constitui-se em um consenso que ser doente crônico e adolescente é sobrepôr duas situações de crise difíceis de lidar e com diversas implicações biopsicossociais.¹ Estudos com adolescentes portadores de DM1 indicam que as transições típicas da fase interagem com as exigências do tratamento da doença.⁶ Com a alta eficácia do tratamento e sobrevida dos pacientes, os adolescentes precisam aprender a conviver com as perdas e limitações impostas, em alguns casos chegando a desenvolver distúrbios emocionais. Assim como as doenças têm impacto no desenvolvimento psíquico do adolescente, o contrário é igualmente verdadeiro, as distúrbios psíquicos também interferem na evolução da doença.⁶

Utilizamos o conceito de suporte social, ou redes de apoio, como sendo quaisquer estruturas da vida social do indivíduo, ou ainda funções explícitas, instrumentais ou socioafetivas, como exemplos: o apoio emocional e informativo. O apoio social

possui essencialmente três âmbitos: a integração social, que podemos definir como a interação do indivíduo para com os outros; o apoio recebido, e o apoio percebido pelo indivíduo.⁷

Nesse contexto adverso, o suporte social é imprescindível para a adesão ao tratamento e melhor enfrentamento da patologia.

Os objetivos desse trabalho foram descrever as relações entre suporte social e tratamento de adolescentes com Diabetes Mellitus tipo I, através da identificação do comprometimento com o autocuidado, do monitoramento glicêmico diário e do número de internações por complicações do DM1, verificar a relação entre as condições socioeconômicas e o apoio social, além de, identificar a relação entre escolaridade e apoio social.

Método

Trata-se de abordagem quantitativa, com base em um estudo prospectivo observacional de corte seccional de caráter analítico, realizado no município de Blumenau, SC.

O delineamento da pesquisa considerou que a principal preocupação de um estudo de caso é a interação entre fatores e eventos. Foram respeitadas as três fases que caracterizam um estudo de caso: a) a escolha do referencial teórico, a seleção do caso e o desenho da coleta; b) a condução do estudo, com a coleta, análise e relatório do caso e c) análise à luz da teoria selecionada, com a interpretação dos dados.

Apreciada e aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade do Regional de Blumenau sob registro CAAE: 26099414.0.0000.5370 a pesquisa foi executada em conformidade com as determinações da Resolução MS/CNS, nº453/12 2012 e 251/97. Trata-se de um desdobramento de pesquisa, de um projeto universitário de extensão, intitulado "Saúde da criança e do adolescente em condição crônica: grupo diabetes", em andamento, cujo objetivo geral é estudar as características dos adolescentes com doenças crônicas.

Eleita por conveniência, a amostra foi composta por 24 participantes, com a faixa etária variando de 9 a 19 anos. Todos residentes do município de Blumenau; 9 são do sexo masculino, 14 são do sexo feminino.

Os participantes foram selecionados a partir de pacientes em segmento regular nos serviços especializados do Sistema Único de Saúde-SUS para diabéticos: Ambulatório Universitário da Universidade Regional de Blumenau (FURB), Policlínica Lindolf Bell de Blumenau-SC e o Núcleo de Assistência ao Diabético (NAD). Os critérios de inclusão foram: possuir entre nove e dezenove anos,

ser diagnosticado com diabetes mellitus tipo 1, aceitar participar da pesquisa mediante assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (paciente e cuidador) e comparecer às entrevistas nos horários agendados.

A coleta de dados foi realizada entre janeiro de 2015 e julho de 2016. O instrumento foi entrevista estruturada, cuja escolha se deu em função desse tipo de instrumento não conferir flexibilidade para a inserção de novas questões investigativas que se façam necessárias no momento da coleta. As entrevistas foram individuais e realizadas em locais privativos, com duração de aproximadamente uma hora. Os dados foram registrados em áudio e, posteriormente, transcritos com rigor ético.

As perguntas utilizadas para este trabalho foram recortadas de partes que interessassem ao objetivo do presente trabalho sobre apoio social: 1- Com que frequência você conta com alguém para levá-lo ao médico? 2- Com que frequência você conta com alguém confie para solicitar conselhos? 3- Com que frequência você conta com alguém para lhe ouvir quando precisa falar? Quanto aos determinantes sociais, foram analisados os anos de estudo do responsável, quem são os cuidadores, se a família possui veículo motorizado próprio, quantos cômodos há na residência, quantas pessoas da família trabalham, no que elas trabalham, a natureza do vínculo empregatício. A respeito do monitoramento glicêmico foram perguntadas a frequência com a qual é realizado e quantas vezes o paciente ficou internado.

Resultados

O número total de entrevistados foi 24, sendo 9 do sexo masculino e 15 do sexo feminino. A média de idade foi de 11,9 anos. As perguntas sobre suporte social foram: com que frequência você conta com alguém para leva-lo ao médico? Com que frequência você conta com alguém para lhe dar conselhos? Com que frequência você conta com alguém para lhe ouvir quando precisa falar?

Dos entrevistados 11 (45,8%) tem como cuidador de maior escolaridade o que estudou 11 anos ou mais. Neste grupo 9 (81,1%) responderam “sempre” às três perguntas sobre suporte social, 1 (9%) respondeu “quase sempre” a uma pergunta e os outros 9% (1 deles) respondeu “às vezes” a uma das perguntas.

No grupo que possui como cuidador de maior escolaridade o que estudou de 8 a 10 anos estão 8 (33,3%), sendo que desses, 6 deles (75%) responderam “sempre” às três perguntas sobre suporte social, 2 (25%) responderam quase sempre a apenas uma das perguntas sobre suporte social. Ainda se tem nessa amostra 3 entrevistados (12,5%)

que têm como cuidador de maior escolaridade o que estudou 7 anos ou menos, destes, 2 (66,6%) responderam “sempre” às três perguntas sobre suporte social enquanto 1 (33,3%) respondeu “às vezes” a uma das perguntas sobre suporte social.

As famílias foram divididas em dois grandes grupos para esse quesito: o que possui veículo e mais de cinco cômodos na casa, e o que ou não possui veículo e/ou não possui residência com mais de cinco cômodos.

Dos entrevistados 10 (41,6%) se enquadram no grupo que não possui veículo e/ou casa com mais de 5 cômodos, dentro dessa população 7 (70%) responderam “sempre” às três perguntas sobre suporte social, 1 respondeu “quase sempre” a uma das perguntas, 1 “às vezes” em uma das perguntas e a última “quase sempre” em duas questões sobre suporte social.

Outros 13 adolescentes (54,2%) responderam que a família tem veículo próprio e possui residência com mais de cinco cômodos, destes 10 (76,9%) responderam “sempre” às três questões sobre suporte social e outros 3 (23,07%) responderam “quase sempre” a uma das questões sobre suporte social.

Quatorze portadores de DM1 (58,3%) têm todos os cuidadores trabalhando como assalariados, destes, 8 (57,1%) responderam “sempre” às três perguntas sobre suporte social, outros 4 (28,5%) responderam “quase sempre” a uma das perguntas sobre suporte social. Um (7,1%) respondeu “às vezes” a uma das perguntas sobre suporte social e um paciente respondeu “quase sempre” a duas perguntas sobre suporte social.

Do grupo de 24 adolescentes 3 (12,5%) afirmam que ao menos um dos cuidadores trabalha como autônomo, sendo que deste grupo dois (66,6%) responderam “sempre” às três perguntas sobre suporte social e um (33,3%) respondeu “quase sempre” a uma das perguntas. Por fim, seis (26,08%), relatam que ao menos um dos cuidadores não trabalha e a totalidade deste grupo respondeu “sempre” às três perguntas sobre suporte social.

Dos 23 entrevistados 3 (12,5%) referiram monitorar a glicose duas vezes ou menos ao dia, destes, 1 (33,3%) ficou internado uma vez e 2 (66,6%) disseram ter ficado internado em duas ou mais oportunidades.

Dos 12 (50,0%) que referiram monitorar a glicose exatas três vezes ao dia, 1 (8,33%) não ficou internado nenhuma vez por conta do DM1, 6 (50%) ficaram internados uma única vez e quatro (33,33%) ficaram internados duas ou mais vezes.

Outros 9 (37,5%) afirmaram monitorar a glicose quatro ou mais vezes ao dia, desses, 4 (44,44%) nunca ficaram internados por conta do DM1, outros 4 (44,44%) ficaram internados uma

única vez e um indivíduo ficou internado duas vezes por conta do DM1.

Discussão

O perfil dos pacientes que não têm boa adesão ao tratamento está relacionado aos dados dos cuidadores, entre eles a escolaridade, principalmente pela complexidade psicológica que o cuidar do indivíduo em desenvolvimento e a assimilação de novas adversidades e regras em saúde impõe, além da adequada compreensão dos agravos irreversíveis de uma terapia falha.⁸

Além do melhor esclarecimento do contexto de doença, maior escolaridade significa uma forma mais refinada de educar e impor limitações ao dependente, que se forem feitas de maneira errônea podem gerar comportamentos contrários aos desejados, mentiras e pequenas faltas diárias como meio de evitar desconfortos próprios, característicos da faixa etária, que por si só demanda uma delicadeza e maturidade intelectual maior também do cuidador.⁹

Nesta pesquisa, quando perguntadas sobre situações cotidianas ou eventuais em que precisassem de alguma assistência, os filhos de pais com menos escolaridade tiveram respostas mais reservadas, realçando a nítida relação entre uma escolaridade superior com uma melhor assistência e também a percepção desta pelo dependente. Mostrou-se que a escolaridade interfere diretamente no suporte social dos adolescentes. Tendo-se como base os anos de escolaridade de pelo menos um dos cuidadores, observa-se que aumentam de modo diretamente proporcional as respostas positivas sobre suporte social, representando que na amostra estudada a escolaridade atua influenciando diretamente na capacidade de compreensão, assimilação da condição, suas necessidades e, portanto, no apoio social. Um dos entrevistados não soube responder à pergunta.

Um primeiro aspecto a ser decidido quando é feito o diagnóstico de DM1, é o tipo de tratamento que será instituído, se em casa ou se no hospital. Exceto em situações cuja gravidade exige ser tratada em ambiente hospitalar, é ideal que ocorra o tratamento domiciliar, onde o nível de assistência em questões financeiras e de comodidade são imprescindíveis. Uma vez que se tenha a condição de tratar o paciente em casa, várias são as vantagens: redução de reinternações, maior assistência, bem-estar e conforto para o paciente.⁵

As atribuições dos cuidadores ficam particularmente onerosas em famílias de baixa renda, que em geral já enfrentam um acúmulo de fatores estressores. Uma situação mais confortável, por outro lado, facilita as adaptações necessárias

para o manejo das novas medidas.¹⁰ Famílias com maior renda e condição econômica parecem mostrar mais conforto para discutir sentimentos e experiências uns com os outros, o que representa uma relação mais próxima, com uma melhor assistência e percepção dessa pelo adolescente.⁹

Analisando o número de cômodos da casa e transporte próprio como indicadores econômicos, percebe-se que onde há uma condição econômica melhor as respostas são mais positivas e uniformes, que representa mais da metade das famílias dos pacientes, confirmando a relação entre suporte social e condição econômica encontrada na literatura.

Os adolescentes costumam apresentar esquemas alimentares que fogem à rotina e também ficam sob o risco de hipoglicemias graves se não fizerem suas refeições em horários adequados, ainda mais se não tiverem grande motivação e conhecimento dos riscos. Nesse aspecto, ter um cuidador em casa se mostra de suma importância, com uma relação mais estreita afetando diretamente no desfecho da patologia.

As respostas dos filhos onde um dos cuidadores é trabalhador autônomo foram em geral boas, porém, verifica-se que as melhores respostas foram em crianças que têm um cuidador em casa, com todas as respostas positivas às questões, fato que pode ter relação com a maior convivência, atenção e percepção do cuidado. Crianças cujos ambos os pais trabalham com vínculo empregatício demonstraram uma variedade maior de respostas. Possível causa é a rotina que acaba dificultando a convivência e também a necessidade de alcançar uma maior estabilidade financeira.

Caversan¹¹ apontou que 95% dos brasileiros creem que o desemprego afetou de maneira negativa sua relação e conseqüentemente afeto familiar. Nesta pesquisa apontou-se o desemprego como causa de baixa renda, queda nos padrões de vida, discussões familiares e separações.

Tais pesquisas indicariam o desemprego como fator negativo ao suporte social, o que não é encontrado no presente trabalho, a causa dessa diferença se dá, provavelmente, pelo fato de que os desempregados dessa pesquisa são, em sua maioria, mães, donas de casa, não necessariamente desempregadas, mas com trabalho não formalizado que têm importante papel em sua residência e um elemento presente em seu cotidiano o apoio social percebido, o que vai ao encontro do afirmado por Argolo e Araújo¹²: o nível de apoio social percebido pelos desempregados é inversamente proporcional ao de deterioração do seu bem-estar psicológico, resultando-se assim em um maior suporte social também aos que estão sob seus cuidados.

O trabalhador autônomo demonstrou-se como um meio termo a esses pesquisados uma vez

que tal vínculo exige, por vezes, mais do indivíduo em determinados horários e em outros deixa-o livre para ficar com sua família não controlando o indivíduo por meio de horários fixos como no caso do empregado formal. Trabalhadores autônomos, diaristas, eletricitas, prestadores de serviço em geral têm, na sua maioria, maior tempo para seus filhos o que reflete em melhor relacionamento familiar quando comparado aos que possuem vínculo empregatício. Adolescentes que possuem todos os cuidadores em empregos com horários regradados registraram maior amplitude de respostas quanto ao suporte social, em geral, a renda desses casos é maior, todavia, a rotina e o comprometimento empregatício acabam por resultar em menor convivência domiciliar na maioria dos casos.

Por muito tempo, achou-se que as complicações do diabetes mellitus fossem determinadas geneticamente, não havendo relação do bom controle da patologia com o tipo e qualidade do controle metabólico instituído. Com os resultados obtidos no trabalho *Diabetes Control and Complications Trial*, tornou-se amplamente conhecido e compreendido que grande parte das complicações e medidas em saúde necessárias nesses pacientes eram em decorrência de um mau controle metabólico. Mais do que isso, o estudo demonstrou os benefícios de um controle glicêmico estrito estabelecendo definitivamente a necessidade de se controlar da melhor maneira possível, desde o momento do diagnóstico, os parâmetros glicêmicos de todo paciente diabético.⁵ Cerca de 30 a 50% dos pacientes com DM1 em alguma fase da vida apresentam um quadro de cetoacidose diabética, que é uma descompensação metabólica grave e que deve ser tratada em ambiente hospitalar.

O objetivo principal do tratamento do paciente diabético é, em primeiro lugar, que não ocorram descompensações agudas, além de possibilitar que a pessoa leve uma vida o mais próximo possível de uma pessoa não diabética, sem correr riscos de descompensações. Para essa necessidade do monitoramento a longo prazo, surge a necessidade de algum tipo de monitoramento que não se baseie exclusivamente na abordagem clínica, mas em algum parâmetro mais sensível. Portanto, o monitoramento constante e em maior frequência dos níveis glicêmicos tem se mostrado um artifício poderoso para correções na terapia, como ajuste de doses de insulina e esquemas alimentares.⁵

No presente trabalho notou-se que os números de internações por complicações do DM1 são gradativamente menores à medida em que ocorre o monitoramento glicêmico com mais frequência, sendo que chama a atenção o número de pacientes que aferem a glicemia quatro vezes ao dia e que nunca ficaram internados em decorrência do

diabetes, demonstrando forte relação entre a disciplina e o autocuidado com a diminuição de intercorrências da patologia.

Em tempos em que a medicina se torna cada vez mais específica e especializada, muito se tem falado na sua humanização, no ato de tratar o indivíduo como um todo e de forma singular de acordo com suas necessidades, fazendo-se sentir acolhido não só dentro do serviço de saúde, mas em sua família e como um membro da sociedade, realçando também a importância de políticas públicas adequadas. Nesse ponto o suporte social mostra-se uma alavanca dentro da promoção da saúde desses pacientes portadores de condições crônicas limitantes e que estão em pleno processo de gênese, sendo uma linha divisória marcante entre o bom controle da patologia ou o aparecimento de complicações precoces.

Conclusão

Diante do pesquisado vê-se que a medicina quanto ciência deve olhar para além do biológico, deve-se levar sempre em conta os determinantes sociais, classe socioeconômica, vínculo empregatício, educação, uma vez que, afetarão de modo cada vez mais incisivo no processo saúde e doença. Sugere-se que, dada a relevância desta área, mais estudos dessa natureza sejam realizados buscando mostrar a importância de um trabalho social contínuo a ser desenvolvido junto aos diversos serviços de saúde no combate das complicações da diabetes mellitus tipo 1.

Referências

1. Cassarino-Perez L, Dell'Áglio DD, Alves CF. Suporte social em adolescentes com Diabete Melito Tipo I: uma revisão sistemática. SPAGESP, 2014.
2. Rates CMP, Azevedo C, Taveira AM, Pessalacia JDR, Araújo A. Questões bioéticas e adolescência: Revisão integrativa da literatura brasileira. Rev Enf do Centro Oeste Brasileiro, 2014. DOI: doi.org/10.19175/recom.v0i0.770
3. Brasil. Estatuto da criança e do adolescente. Lei Federal n. 8.069/1990. Brasília: Senado Federal, 1990.
4. Oliveira APL, Sarmiento SS, Jacobi CMCS, Girardon-Perlini NMO, Carvalho e Lira MOS, Vieira MCA, et. al. Experiência de Familiares no Cuidado a Adolescentes com Diabetes Mellitus Tipo 1. Rev Enf da UFSM, 2013;3(1):133-143. DOI: 10.5902/217976928074
5. Milech A. Diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes (2015-2016); ORG. Oliveira JEP, Vencio S. São Paulo: A.C. Farmacêutica, 2016.

6. Cassarino-Perez L, Dell'Áglio DD. Processos de resiliência em adolescentes com diabetes Mellitus tipo I. *Psicologia em Estudo*. 2015;20(1):45-56. DOI: 10.4025/psicolestud.v20i1.24035
7. Paúl C. Envelhecimento Activo e Redes de Suporte Social. *ICBAS*. 2005;15:275-287.
8. Trombini ES, Schermann LB. Prevalência e Fatores Associados a Adesão de Crianças na Terapia Antirretroviral em Tres Centros Urbanos do Sul do Brasil. *Rev Ciência & saúde coletiva*. 2010;15(2):519-525. DOI: 10.1590/S1413-81232010000200018
9. Ferreira LE, Zanatta EA, Brumm MLB, Nothaft SCS, Motta MG. Diabetes Mellitus Sob Ótica do Adolescente. *Rev Cogitare enfermagem*. 2013;18(1):71-77.
10. Matsukura TS, Marturano EM, Oishi J, Borasche G. Estresse e Suporte Social em Mães de Crianças com Necessidade Especiais. *Rev Bras Ed Esp*. 2007.13(3):415-428.
11. Caversan L. Desemprego Compromete Relação Familiar. *Rev São Paulo em Perspectiva*, 2003.
12. Argolo JCT, Araújo MAD. O impacto do desemprego sobre o bem-estar psicológico dos trabalhadores da Cidade de Natal. *Rev Adm Comtemp*. 2004;8(4):161-182. DOI: 10.1590/S1415-65552004000400009