

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
FACULDADE DE MEDICINA
DEPARTAMENTO DE MEDICINA SOCIAL
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM SAÚDE PÚBLICA

FLÁVIA SASSO DE QUADROS

ADESÃO À DIETA POR DIABÉTICOS TIPO 1: UMA REVISÃO NARRATIVA

Porto Alegre
2015

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
FACULDADE DE MEDICINA
DEPARTAMENTO DE MEDICINA SOCIAL
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM SAÚDE PÚBLICA

FLÁVIA SASSO DE QUADROS

ADESÃO À DIETA POR DIABÉTICOS TIPO 1: UMA REVISÃO NARRATIVA

Trabalho de conclusão de curso apresentado à Universidade Federal do Rio Grande do Sul – UFRGS como requisito para obtenção do Certificado de Especialização em Saúde Pública.

Orientador: Prof^a Dr^a Maurem Ramos

Porto Alegre
2015

AGRADECIMENTOS

Agradeço a Deus por esta oportunidade, quando achei que não era mais possível.

À minha orientadora, Prof^a Maurem Ramos, pelo interesse no tema, tão importante para mim, e pelos conhecimentos transmitidos.

Ao Diego pelo companheirismo, compreensão e ajuda na realização deste trabalho.

À minha família, pais e irmãs que sempre me apoiam e me incentivam a persistir.

A todos os colegas e professores que estiveram comigo ao longo deste curso.

Muito Obrigada!

“Quem verdadeiramente acredita naquilo que o encoraja a realizar uma ação, contemplou já a ação com um desejo intenso, já a realizou no seu coração.”

W. K. Clifford

RESUMO

INTRODUÇÃO: O Diabetes Mellitus Tipo 1 é uma doença diagnosticada principalmente em crianças e adolescentes e requer intensa vigilância e controle glicêmico a fim de evitar suas complicações. Para tanto, o tratamento deve combinar a aplicação de insulina, o monitoramento glicêmico, a prática de atividade física e a adoção de hábitos alimentares saudáveis. Entretanto, pesquisas mostram que a adesão à dieta pelos diabéticos tipo 1 é considerada baixa.

OBJETIVOS: Analisar, com base em trabalhos já publicados, a adesão ao tratamento dietoterápico por crianças e adolescentes diabéticos tipo 1.

METODOLOGIA: Foram realizadas buscas nas bases eletrônicas SciELO, PubMed, LILACS, no banco de teses da Capes, além de pesquisa no Google Acadêmico por publicações cuja temática fosse adesão à dieta e comportamento alimentar de crianças e/ou adolescentes diabéticos tipo 1, de 2005 a 2014, nas línguas Português, Inglês e Espanhol. A partir dos trabalhos selecionados, fez-se uma revisão narrativa.

REVISÃO DA LITERATURA: A Teoria do Modelo Transteórico, Entrevista Motivacional, Educação Nutricional e Aconselhamento Nutricional são algumas estratégias dos profissionais que ajudam a promover a mudança de comportamento pelo indivíduo. Outras estratégias como grupos de educação em diabetes, utilização de tecnologias pelos adolescentes, e dinâmica com fantoches para crianças podem auxiliar na comunicação, expressão de sentimentos e convivência com iguais, favorecendo a aceitação e o enfrentamento da doença. A relação profissional de saúde-paciente também é importante, não somente pelas orientações transmitidas, mas também pela troca de informações, empatia do profissional e participação do indivíduo nas tomadas de decisões para sua saúde. Vários trabalhos vêm mostrando a importância da família, em especial o papel da mãe, na adesão à dieta pelos jovens diabéticos e como a doença afeta seus componentes. Alguns traços de personalidade do indivíduo podem favorecer melhor adesão, especialmente aqueles caracterizados por disciplina, persistência e controle emocional. A manutenção de um comportamento alimentar saudável é uma dificuldade para os diabéticos tipo 1, como em finais de semana ou eventos sociais, sendo comum a transgressão dietética. Atenção deve ser dada também às percepções distorcidas e interpretações erradas que as pessoas fazem das orientações nutricionais.

CONSIDERAÇÕES FINAIS: As publicações voltadas especificamente para adesão à dieta por crianças e adolescentes diabéticos tipo 1 são escassas, tema geralmente contido em questões mais amplas, como adesão ao tratamento, vivências e enfrentamento por diabéticos tipo 1. Destacam-se como achados relevantes a relação profissional de saúde-paciente e o papel da família. É importante o olhar para o contexto social, cultural, econômico em que o indivíduo está inserido, e o empoderamento do portador da doença, aumentando sua capacidade de analisar e agir sobre seus próprios problemas. O manejo do diabetes requer uma equipe multidisciplinar, com a presença de um profissional de psicologia, promovendo uma melhor relação do diabético com sua doença, melhores resultados em sua saúde e maior qualidade de vida.

Descritores: Diabetes Mellitus Tipo 1; Criança; Adolescente; Cooperação do Paciente; Dieta para Diabéticos; Comportamento Alimentar.

LISTA DE QUADROS

Quadro 1: Características e facetas dos cinco grandes fatores de personalidade....33

LISTA DE SIGLAS E ABREVIACOES

ADA – American Diabetes Association

CAPES - Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior

DM – Diabetes Mellitus

DM1 – Diabetes Mellitus Tipo 1

DM2 – Diabetes Mellitus Tipo 2

HAB - Habitantes

IDF – International Diabetes Federation

LILACS - Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde

PubMed - Public Medicine

SBD – Sociedade Brasileira de Diabetes

SciELO - Scientific Electronic Library Online

WHO – World Health Organization

SUMÁRIO

| | |
|---|-----------|
| 1 INTRODUÇÃO..... | 8 |
| 1.2 OBJETIVOS..... | 10 |
| 1.2.1 Objetivo Geral..... | 10 |
| 1.2.2 Objetivos Específicos..... | 10 |
| 2 METODOLOGIA..... | 10 |
| 3 REVISÃO DA LITERATURA..... | 11 |
| 3.1 DIABETES MELLITUS TIPO 1..... | 11 |
| 3.2 EPIDEMIOLOGIA..... | 12 |
| 3.3 TRATAMENTO FARMACOLÓGICO E TERAPIA NUTRICIONAL..... | 13 |
| 3.4 ASPECTOS FISIOLÓGICOS E PSICOSSOCIAIS..... | 15 |
| 3.5 ADESÃO..... | 17 |
| 3.6 MUDANÇA COMPORTAMENTAL: TEORIAS E ESTRATÉGIAS..... | 20 |
| 3.7 EDUCAÇÃO E ACONSELHAMENTO NUTRICIONAL..... | 24 |
| 3.8 ESTRATÉGIAS DE EDUCAÇÃO EM DIABETES..... | 25 |
| 3.9 RELAÇÃO PROFISSIONAL DE SAÚDE-PACIENTE..... | 28 |
| 3.10 APOIO DA FAMÍLIA E DOS AMIGOS..... | 30 |
| 3.11 ASPECTOS PESSOAIS E DIETÉTICOS..... | 32 |
| 4 CONSIDERAÇÕES FINAIS..... | 37 |
| REFERÊNCIAS..... | 42 |
| REFERÊNCIAS DA REVISÃO..... | 47 |
| APÊNDICE 1..... | 50 |

ADESÃO À DIETA POR DIABÉTICOS TIPO 1: UMA REVISÃO NARRATIVA

Flávia Sasso de Quadros

1 INTRODUÇÃO

Diabetes Mellitus (DM) é um grupo heterogêneo de distúrbios metabólicos que apresentam em comum a hiperglicemia, a qual é o resultado de defeitos na ação da insulina, na secreção de insulina ou de ambas (SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES - SBD, 2014). O primeiro relato do DM obteve-se a partir de um antigo texto egípcio que relata uma doença misteriosa na qual as formigas eram atraídas pela urina dos doentes, decorrente da presença de glicose na urina. Os gregos deram o nome à doença, pois "diabetes" significa "sifão" ou "atravessar", devido à característica de perda intensa de urina. Em torno dos anos 400 ou 500 da era cristã, os romanos acrescentaram "mellitus" que significa "mel", uma vez que o diagnóstico era realizado experimentando-se a urina do indivíduo (SOUTO; ROSADO, 2010).

Os dois tipos mais comuns são o diabetes tipo 2 (DM2), que corresponde de 90 a 95% dos casos, e o diabetes tipo 1 (DM1), que representa de 5 a 10% dos diagnósticos. O DM1, objeto deste estudo, resulta da destruição de células beta-pancreáticas, na maioria das vezes mediada por autoimunidade, com consequente deficiência de insulina. A destruição das células beta ocorre geralmente em crianças e adolescentes, com pico de incidência entre 10 e 14 anos, porém pode acontecer também em adultos. A incidência de DM1 vem aumentando, particularmente na população infantil com menos de 5 anos (BRASIL, 2013; SBD, 2014). Três quartos de todos os casos de diabetes tipo 1 são diagnosticados em indivíduos com menos de 18 anos de idade (AMERICAN DIABETES ASSOCIATION - ADA, 2015).

O DM é caracterizado por significativa morbidade devido às complicações microvasculares (retinopatia, nefropatia e neuropatia) e macrovasculares (doença isquêmica do coração, acidente vascular cerebral e doença vascular periférica), configurando-se atualmente como uma epidemia mundial e um dos maiores desafios na saúde pública, devido ao grande impacto que ele tem nos serviços de saúde em

consequência dos custos com o tratamento da doença e suas complicações. A expectativa de vida é reduzida, em média, em 5 a 7 anos para o DM2 e em 15 anos para o DM1 (WORLD HEALTH ORGANIZATION - WHO, 2006; BRASIL, 2006).

O tratamento para o indivíduo portador de diabetes tipo 1 requer intensa vigilância e controle glicêmico a fim de evitar complicações agudas, como a hipoglicemia, e crônicas, como as doenças cardiovasculares, a principal causa de morte para o diabético. Para atingir o controle metabólico desejável, o diabético tipo 1 deve ter algumas atitudes de autocuidado, como: monitoramento da glicemia, ajuste da ingestão de alimentos – especialmente com relação aos carboidratos – às necessidades diárias e à quantidade de insulina, administração de medicação (insulina, hipoglicemiantes e outros) e atividade física regular (WHO, 2003). Assim, o tratamento exige a adoção de novos comportamentos e hábitos, em especial aqueles referentes à alimentação.

O comportamento alimentar refere-se a todas as práticas relativas à alimentação – seleção, aquisição, conservação, preparo e consumo de alimentos – e é um componente da personalidade do indivíduo, visando satisfazer não apenas às necessidades nutricionais, mas também às psicológicas, sociais e culturais (MARTINS, 2014). Posto isto, a mudança do comportamento alimentar, com a adoção de hábitos alimentares saudáveis e o abandono daqueles inadequados é um dos maiores obstáculos enfrentados pelos diabéticos. Entretanto, de acordo com alguns estudos, a adesão à dieta por esses indivíduos é baixa (WHO, 2003).

A adesão à dieta no tratamento de diabéticos tipo 1 é de grande relevância, visto que é fator preponderante para o controle metabólico, principal meta no tratamento destes indivíduos. Por se tratar de uma doença crônica, ainda sem cura, e que, portanto, acompanhará o indivíduo ao longo de sua vida, é fundamental a manutenção de um comportamento alimentar adequado. A adesão é um processo que precisa ser seguido. Melhorá-la requer um processo contínuo e dinâmico e é um aspecto importante a ser manejado pelo profissional junto ao portador desta doença (WHO, 2003).

1.2 OBJETIVOS

1.2.1 Objetivo Geral

Analisar, com base em trabalhos já publicados, a adesão ao tratamento dietoterápico por crianças e adolescentes diabéticos tipo 1.

1.2.2 Objetivos Específicos

- Descrever as teorias de mudança comportamental que contribuem para melhorar a adesão à dieta por diabéticos tipo 1;
- Verificar estratégias que facilitam a mudança de comportamento alimentar e a sua manutenção por este grupo de indivíduos;
- Identificar os fatores que podem interferir na efetividade do tratamento dietoterápico dos diabéticos tipo 1.

2 METODOLOGIA

Para a elaboração deste trabalho, foi realizada uma revisão por meio de um levantamento bibliográfico nas bases de dados SciELO (Scientific Electronic Library Online), PubMed (Public Medicine), LILACS (Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde), e de teses e dissertações do banco de teses da Capes, além de pesquisa no Google Acadêmico. Para a seleção, o critério utilizado foram publicações em Inglês, Espanhol ou Português de 2005 a 2014, com a temática de adesão à dieta e comportamento alimentar de crianças e/ou adolescentes diabéticos tipo 1. Para a busca, foram utilizados, como descritores, os termos: diabetes mellitus tipo 1, comportamento alimentar, cooperação do paciente, educação alimentar e nutricional, autoeficácia e suas versões em Inglês e Espanhol.

Com os trabalhos selecionados, elaborou-se uma revisão narrativa. Este tipo de revisão apresenta uma temática mais aberta comparada à revisão sistemática e dificilmente parte de uma questão específica bem definida tal como a última, visando descrever e discutir o desenvolvimento ou o “estado da arte” de determinado assunto, sob uma análise crítica pessoal do autor (CORDEIRO et al., 2007;

ROTHER, 2007). Tendo em vista estes aspectos, optou-se por este tipo de estudo por apresentar-se como o mais adequado para realizar uma síntese teórico-analítica do assunto proposto.

A revisão inicia com uma breve introdução ao tema Diabetes Mellitus Tipo 1, aspectos epidemiológicos, relacionados ao tratamento, fisiológicos e psicossociais. A seguir, aborda-se o conceito de adesão e descrevem-se as teorias de mudança comportamental, educação e aconselhamento nutricional que vêm sendo utilizadas a fim de melhorar a adesão ao tratamento. A revisão, propriamente dita, vem na sequência, dividida nos subtítulos: estratégias de educação em diabetes, relação profissional de saúde-paciente, apoio da família e dos amigos e, por último, aspectos pessoais e dietéticos. Os artigos selecionados para a revisão estão resumidos no quadro de artigos (Apêndice 1).

3 REVISÃO DA LITERATURA

3.1 DIABETES MELLITUS TIPO 1

Anteriormente conhecido como Diabetes Insulino-dependente ou Diabetes Juvenil, o Diabetes Mellitus Tipo 1 tem uma taxa de destruição das células beta-pancreáticas, que produzem a insulina, bastante variável, sendo rápida em alguns indivíduos (principalmente bebês e crianças) e lenta em outros (principalmente em adultos). A ocorrência da destruição de células tem predisposição genética variada e está relacionada a fatores ambientais que são ainda pouco definidos (ADA, 2015).

Na maioria dos países ocidentais, o DM1 representa mais de 90% dos casos de diabetes em crianças e adolescentes, enquanto nas demais fases da vida, corresponde de 5 a 10% dos diagnósticos de DM. Outro aspecto é que o DM1 é duas a três vezes mais comum em descendentes de homens diabéticos em comparação aos de mulheres diabéticas (CRAIG et al., 2014).

As causas ainda não estão totalmente esclarecidas, mas acredita-se que os portadores nascem com genes que predispõem à doença e algo do próprio

organismo, ou uma causa externa (vírus, estresse, outros), ative o sistema imunológico, ocasionando a doença (SOUTO; ROSADO, 2010).

Uma vez que as células beta-pancreáticas perdem sua funcionalidade e deixam de produzir a insulina, levando a um estágio de deficiência deste hormônio, a administração de insulina exógena é necessária a fim de evitar a hiperglicemia e a cetoacidose, uma condição clínica de grave desarranjo metabólico, que deve ser tratada em ambiente hospitalar, e a causa mais comum de morte em crianças e adolescentes com DM1. O controle dos níveis glicêmicos é essencial para o tratamento do DM e pode ser monitorado por glicemias de jejum, pré e pós-prandiais e pela hemoglobina glicada, parâmetro para avaliação do controle glicêmico em médio e longo prazos, refletindo os níveis glicêmicos nos últimos dois ou três meses (BRASIL, 2013; SBD, 2014).

O diabético tipo 1 pode levar uma vida normal e saudável através da combinação de terapia insulínica, monitoramento rigoroso, uma dieta saudável e exercício físico regular (INTERNATIONAL DIABETES FEDERATION - IDF, 2013).

3.2 EPIDEMIOLOGIA

A incidência de DM1 varia muito entre diferentes países, dentro dos países e entre diferentes populações étnicas, com maiores taxas observadas na Finlândia e outros países do norte da Europa e Canadá (CRAIG et al., 2014). A incidência estimada para 2013 no Brasil foi de 10,4 novos casos para cada 100 mil habitantes na faixa etária de 0 a 14 anos, a maior taxa dentre os países com dados da América do Sul. A título de comparação, no mesmo período, a Finlândia obteve uma incidência de 57,6/100 mil hab., enquanto a China estimou em 0,6/100 mil hab. Considerando as Américas do Sul e Central, contabilizou-se que cerca de 45.600 crianças e adolescentes com menos de 15 anos tinham DM1 em 2013. Destas, 31.100 viviam no Brasil (IDF, 2013).

Os casos de DM1 vêm aumentando, contudo as razões ainda não estão claras. Acredita-se que o incremento possa estar relacionado a alterações de fatores ambientais, eventos precoces no útero, dieta nos primeiros anos de vida e infecção viral (IDF, 2013).

3.3 TRATAMENTO FARMACOLÓGICO E TERAPIA NUTRICIONAL

A insulinização no diabético tipo 1 tem como objetivo mimetizar a secreção endógena de insulina da célula beta-pancreática e manter as glicemias dentro dos limites da normalidade, incluindo a reposição de insulina basal e prandial. O tratamento insulínico divide-se em convencional ou intensivo. No primeiro esquema, utiliza-se de 1 a 2 aplicações ao dia de insulina NPH associada ou não à insulina regular ou à ultrarrápida, resultando em menor controle glicêmico. No esquema intensivo, ocorre a insulinização com múltiplas doses diárias (basal-bolus) ou com sistema de infusão contínua de insulina (bomba de insulina), ambos eficazes (VIGGIANO, 2014).

A terapia nutricional indicada aos diabéticos baseia-se em uma alimentação equilibrada, estabelecida a partir de concentrações adequadas de macro – carboidratos (50 a 60%), proteínas (15%) e gorduras (30%) – e micronutrientes, conforme a faixa etária, e em evitar açúcares refinados, de absorção rápida, propiciando uma alimentação saudável que deveria ser consumida por todos, diabéticos ou não. O tratamento direcionado aos diabéticos tipo 1 inclui insulina, dieta e atividade física, reforçando o ajuste da terapia insulínica ao plano alimentar individualizado como a chave para o controle metabólico adequado (SBD, 2014).

É importante considerar os hábitos alimentares do indivíduo anteriores ao DM, pois são reflexos de suas origens culturais, regionais e influenciados pelo poder aquisitivo dele. Ao adaptar a dieta a estes hábitos alimentares prévios, permite-se que, além do diabético, a família fique mais integrada ao tratamento (BRASIL, 2000).

Crianças e adolescentes requerem cuidados para evitar a hipoglicemia, cujos sintomas clínicos ocorrem quando a glicose plasmática fica abaixo de 60mg/dL, podendo esse limiar ser mais alto, para aqueles pacientes cujas médias de glicemias são elevadas, ou mais baixo, no caso daqueles que estão acostumados a glicemias mais baixas. Os sinais precoces são sudorese, cefaleia, palpitação, tremores ou uma sensação desagradável de apreensão (BRASIL, 2013). A programação de insulina baseia-se na suposição de que todas as refeições serão feitas. Isso deve ser considerado com relação às crianças, que frequentemente recusam alimentos, e aos adolescentes, que tipicamente apresentam esquemas

alimentares que fogem à rotina (SBD, 2014). Crianças menores de 6 anos estão sob risco, uma vez que geralmente são incapazes de reconhecer, articular e gerenciar seus sintomas hipoglicêmicos (ADA, 2015).

Com relação ao tratamento, Patton (2011) comparando estudos sobre adesão dietética, verificou que aquele em que o regime de carboidratos era fixo, a adesão variou de 21 a 56%, enquanto no outro, em que havia um regime flexível de insulina e de carboidratos, a taxa de adesão foi mais expressiva, atingindo 66%. Contudo em outro trabalho conduzido por esta mesma autora, a terapia insulínica intensiva não conferiu qualquer vantagem em ajudar crianças a conseguir uma melhor adesão à dieta ou consumir uma dieta mais saudável (PATTON et al., 2013). A terapia basal-bolus, com múltiplas doses diárias de insulina, tenta reproduzir a secreção pancreática fisiológica de insulina (SBD, 2014). Esta terapia proporcionou maior flexibilidade no planejamento das refeições e escolhas alimentares, porém criou mais oportunidades para consumir alimentos não saudáveis em um estudo com crianças e adolescentes diabéticos (MEHTA et al., 2009).

A contagem de carboidratos vem associada à terapia basal-bolus e consiste em um método no qual há o ajuste das doses de insulina com base na quantidade de carboidratos consumida, mostrando-se como a abordagem mais efetiva no controle da glicemia pós-prandial. Existem dois métodos: o básico ou de substituição, baseado na lista de substituição, em que há grupos de alimentos cuja porção corresponde a 15g de carboidratos; e o avançado ou contagem por grama de carboidratos, que exige que o paciente esteja treinado para ler os rótulos dos alimentos ou pesar e calcular a quantidade de carboidratos a ser consumida para o ajuste da dose de insulina. Além do melhor controle glicêmico, a contagem de carboidratos permite maior flexibilidade nas escolhas alimentares, maior atendimento às necessidades nutricionais do paciente de acordo com a idade, sexo, estado metabólico, atividade física, hábitos socioculturais, situação econômica e disponibilidade de alimentos, e ainda, melhoria na aceitação da doença e da dieta pelo paciente. Contudo, ressalta-se que ela deve ser inserida no contexto de uma alimentação saudável (LOTTENBERG, 2008; SOUTO; ROSADO, 2010).

A terapia insulínica intensiva e a contagem de carboidratos flexibilizaram a dieta do portador de diabetes, permitindo hoje que jovens diabéticos comam o que

quiserem, inclusive alimentos não saudáveis, sem comprometer os níveis glicêmicos. Tendo em vista a tendência atual de consumo excessivo de alimentos, obesidade e comorbidades associadas, a educação em diabetes deve enfatizar as escolhas alimentares saudáveis (GELLAR; SCHARADER; NANSEL, 2007). A insulínização excessiva pode contribuir para o ganho de peso, ao estabelecer um círculo vicioso, no qual o indivíduo aplica cada vez mais insulina, ingere mais alimentos, ganha mais peso, necessitando assim de mais insulina, tornando-se mais obeso e mais resistente à insulina (LOTTENBERG, 2008). Deste modo, mesmo que ocorra a melhora de parâmetros glicêmicos, a utilização destes métodos pode não se traduzir em maior adesão à dieta indicada ao diabético. Para o sucesso da inclusão destes tratamentos é fundamental o treinamento e o acompanhamento do diabético e/ou seu cuidador por uma equipe multidisciplinar que conte com enfermeiro, psicólogo, nutricionista e educador físico (SBD, 2014).

3.4 ASPECTOS FISIOLÓGICOS E PSICOSSOCIAIS

Dentre as doenças crônicas, o diabetes é considerado umas das mais demandantes em termos físicos, psicológicos e emocionais (CHAFEY; DÁVILA, 2007). O DM pode ser considerado uma doença tanto psicossomática (alteração física decorrente de sofrimentos psíquicos) quanto somatopsíquica (alteração psíquica decorrente de alterações físicas), provocando sentimentos de menos-valia, inferioridade, baixa autoestima, medo, revolta, raiva, ansiedade, regressão, negação da doença, desesperança, incapacidade de amar e se relacionar bem com as pessoas, ideias de suicídio e depressão, todos estes fatores influenciando no controle da doença. Este controle, no entanto, é mais complicado para crianças e adolescentes, devido à impulsividade e à ambivalência de sentimentos, características de personalidade presentes nestas fases do desenvolvimento (MARCELINO; CARVALHO, 2005).

As crianças e adolescentes com DM podem enfrentar discriminação e limitação em suas relações sociais. Os altos custos com o tratamento podem gerar um fardo financeiro e emocional em toda a família (IDF, 2013). Quando o diagnóstico ocorre na infância, é difícil a compreensão da criança do que

exatamente está acontecendo. Nesta fase, o papel dos pais é essencial para estabelecer corretamente as variáveis do tratamento, pois comentários e atitudes, especialmente os da mãe, adquirem um valor extraordinário para a criança, podendo transmitir a ela mensagens de ansiedade, ou ao contrário disso, segurança e controle da situação. Se o diagnóstico ocorre na adolescência, é importante estabelecer as diretrizes do tratamento, de modo que as restrições sejam as mínimas possíveis, para que o jovem possa realizar o que deseja, sem que envolva mudanças profundas em seu estilo de vida. A adolescência não é apenas uma fase de rebeldia e transgressão, mas também de risco, visto que geralmente causam voluntariamente situações perigosas, como a omissão intencional de uma dose de insulina (PERALTA; FIGUEROLA, 2003).

A prevalência de depressão – sofrimento marcado pela diminuição da autoestima – em adultos diabéticos é pelo menos três vezes maior que a verificada na população não diabética. A depressão é favorecida pelas limitações impostas pela doença, tais como as restrições nutricionais, a necessidade do uso contínuo de medicamentos, sob a forma oral ou injetável, a frustração pela dificuldade de alcançar as metas de controle, a possibilidade de discriminação no ambiente social e no mercado de trabalho e as incapacidades decorrentes das complicações em estado avançado, fragilizando emocionalmente e psicologicamente os diabéticos e comprometendo sua autoestima. Pessoas deprimidas ficam desmotivadas para aderir às recomendações e ao plano de autocuidado (BRASIL, 2013). Os jovens diabéticos parecem ter uma maior incidência de depressão, ansiedade, distúrbios psicológicos e transtornos alimentares comparados aos sadios (DELAMATER et al., 2014).

Na adolescência, devem-se considerar as importantes mudanças endócrinas que acontecem durante a puberdade, como o crescimento rápido, as mudanças na composição corporal e da distribuição de gordura corporal, o aumento da resistência à insulina, em conjunto à maturação psicológica e a mudanças de estilo de vida, hábitos alimentares e interações sociais, todos estes fatores afetando fortemente o metabolismo da glicose (MAFFEIS; PINELLI, 2008). Outro relevante aspecto nesta fase é o consumo de álcool. Existe associação de risco para baixa adesão aos cuidados em DM com o aumento do consumo de álcool (AHMED; KARTER; LIU, 2006). Tse et al. (2012) alertam também para o risco de transtornos alimentares

entre adolescentes com DM1. Em seu estudo, eles encontraram maior risco para transtornos alimentares entre aqueles com excesso de peso ou obesidade, e ainda apresentavam pior qualidade na dieta, menor autoeficácia, mais barreiras e expectativas de resultados mais negativos para alimentação saudável e menor adesão ao tratamento.

Já a criança, é mais sensível à insulina e tem padrão de nutrição e atividade física muito variável e imprevisível. Assim, torna-se muito difícil manter uma regulação constante e satisfatória dos níveis glicêmicos. Fisiologicamente as crianças têm preferências alimentares transitórias, instabilidade emocional, resistência comportamental e aumento da busca por independência. Todas estas características afetam a sua adesão às recomendações dietéticas para DM (MAFFEIS; PINELLI, 2008).

3.5 ADESÃO

Na língua inglesa existem dois termos que se referem ao seguimento do tratamento prescrito: "compliance" ou cooperação e "adherence" ou adesão. O primeiro termo é equivalente a submissão, conformidade com relação às instruções dos profissionais de saúde, indicando passividade (DELAMATER, 2006). Já a adesão ocorre quando o comportamento de uma pessoa, como tomar uma medicação, seguir uma dieta e/ou estabelecer mudanças no estilo de vida, coincide com as recomendações combinadas com o profissional de saúde. Portanto, a adesão requer a concordância do paciente com as recomendações, sendo este parceiro ativo com o profissional de saúde em seu próprio tratamento (WHO, 2003). Embora os termos adesão e aderência possam ser sinônimos, de acordo com o dicionário de língua portuguesa Michaelis, aderência é mais utilizado em nossa língua no sentido de "junção de uma coisa a outra", "contato", enquanto adesão remete a "acordo", "adequação".

Todavia, a abrangência do conceito de adesão varia conforme os autores, podendo compreender simplesmente o seguimento às orientações dos profissionais de saúde, como fazer exercícios físicos e regular o tipo e a quantidade de alimentos ingeridos, ou até envolvendo mudanças no repertório comportamental e cognitivo

dos indivíduos, como beber moderadamente, identificar ou prevenir situações evocadoras de estresse, entre outros. Para Moraes, Rolim e Costa Jr. (2009), a adesão não pode ser reduzida ao cumprimento das recomendações, e sim ao resultado da exposição a situações de aprendizagem e de enfrentamento.

Ao referir-se à adesão ao tratamento, costuma-se classificar o paciente como “aderente” ou “não aderente”. Entretanto, as pesquisas mostram uma grande variabilidade de adesão, dependendo do aspecto do tratamento observado, podendo o indivíduo ser mais aderente a um componente e menos a outro. Logo, é importante, ao identificar dificuldade de adesão, avaliar a adesão a cada um dos componentes do tratamento, analisando suas causas e contexto, e assim, evitar a generalização e a rotulação do paciente como “não aderente” (ARANEDA, 2009).

Estima-se que mais de 95% do cuidado em diabetes é de responsabilidade do paciente, realizando, no seu dia a dia, tarefas de autocuidado e tomadas de decisão importantes com relação a sua doença (CHAFEY; DÁVILA, 2007). Vários fatores parecem afetar a adesão ao tratamento no DM, dentre eles: relacionamento entre paciente e profissional de saúde, estresse e estado emocional, duração da doença, variáveis socioeconômicas (sexo, idade, ocupação, raça, estado civil, renda e educação), complexidade do tratamento, concepções e conhecimento a respeito da doença, vínculo do paciente com a unidade de saúde, terapias e profissionais atualizados, respostas corporais (diminuição de hiper e hipoglicemias) custo com os cuidados, suporte social e familiar, autoestima e autoeficácia (WHO, 2003; PONTIERI; BACHION, 2010).

Além da influência destes fatores citados, a baixa adesão ao tratamento do diabetes pode estar relacionada a outros aspectos da doença e do tratamento, como: o fato de tratar-se de uma doença crônica sem desconforto imediato ou risco evidente (assintomática); o tratamento implicar mudanças no estilo de vida, ser complexo, intrusivo e inconveniente; não haver uma supervisão direta dos comportamentos; o objetivo do tratamento ser a prevenção das complicações e não a cura; e o doente poder associar o comportamento de adesão à punição ou prêmio, como no caso da automonitoramento (punição) e de pequenas refeições doces para aliviar sintomas de hipoglicemia (prêmio) (SILVA; PAIS-RIBEIRO; CARDOSO, 2006).

No tratamento para DM, há uma tendência de menor adesão à prescrição alimentar, por ser considerado o fator comportamental e social de mais difícil modificação (PONTIERI; BACHION, 2010). Conforme a Organização Mundial da Saúde, há inconsistência nos trabalhos realizados sobre adesão à prescrição alimentar, com taxas de não adesão em torno de 70 e 75% em estudos realizados nos Estados Unidos e Cuba, enquanto em um estudo realizado na Finlândia, apenas 8% reportaram sempre ter refeições irregulares (WHO, 2003). Já em um estudo realizado em Porto Alegre, a adesão à dieta foi de 40% das crianças com idade média de 9 anos (RUBIN; AZZOLIN; MULLER, 2011).

As questões relacionadas à dieta parecem ser uma das maiores dificuldades enfrentadas pelo portador e sua família. Em um estudo que avaliou as dificuldades nas atividades diárias de crianças e adolescentes diabéticos tipo 1, com base em depoimentos de suas mães, todas elas relataram que tiveram que reestruturar o cardápio familiar, apontando que a mudança de comportamento nestes grupos, passa pela educação do grupo familiar, necessariamente. Os autores deste estudo enfatizam também que os profissionais de saúde devem valorizar e considerar as preferências alimentares, o significado dos alimentos para as famílias e as limitações socioeconômicas para adquiri-los (BRITO; SADALA, 2009; ZANETTI; MENDES, 2001).

Em um trabalho realizado com adolescentes com DM1, os participantes justificaram a dificuldade em seguir a dieta por viverem em um meio onde há muito doce e refrigerante, por gostarem de carboidratos, por terem que se alimentar em horários determinados e também por conviverem em seus lares com guloseimas (bolo, chocolates, etc.). Mais uma vez, o contexto social e o familiar aparecem como fatores importantes na adesão ao plano alimentar. Manter-se em uma dieta saudável e equilibrada parece ser um problema para o adolescente diabético, visto que nessa fase, viver sob risco e quebrar regras é um forma de amadurecimento para eles (FRAGOSO et al., 2010). De acordo com Araneda (2009), os adolescentes, especificamente, mostram-se mais aderentes aos elementos médicos do tratamento (controle glicêmico e administração de insulina) do que aos elementos relacionados aos hábitos de vida (dieta e atividade física).

Broadbent, Donkin, e Stroh (2011) concluíram em seu estudo que pacientes em terapia insulínica consideravam este tratamento mais útil para o controle do diabetes do que dieta e exercício. Neste mesmo trabalho, cuja amostra foi composta por diabéticos tipo 1 e 2, 22% relataram total adesão às recomendações dietéticas e 17% adesão plena aos exercícios. Adesão à dieta foi associada a percepções de menos consequências relacionadas, maior controle pessoal e do tratamento, menos sintomas, menos representações emocionais e crença de que a gestão da dieta pode ajudar no controle do diabetes.

Ao entender o processo de ingestão sob o ponto de vista psicológico e sociocultural, conhecendo as atitudes, crenças e outros fatores psicossociais que influenciam o processo de decisão, é possível se tornar mais eficazes as medidas de educação para a saúde e melhorar os hábitos e comportamentos (VIANA, 2002).

3.6 MUDANÇA COMPORTAMENTAL: TEORIAS E ESTRATÉGIAS

O processo de escolha alimentar é influenciado por ideais, fatores pessoais, recursos, estrutura social e contexto alimentar, sendo que algumas influências podem ter mais peso em uma dada situação do que em outra, ou seja, nem sempre um mesmo fator impera na escolha alimentar, havendo momentos em que predomina a preocupação com a saúde, por exemplo, e outros em que prevalecem valores diferentes. A motivação para a mudança de hábito em um mesmo contexto, como passar a se alimentar por uma única causa (saúde), impulsiona o enfrentamento das situações alimentares e a lidar de outras formas com elas. Entretanto, deve-se considerar que ocorram oscilações de comportamentos a fim de preservar estruturas e valores (DIEZ-GARCIA, 2013).

O fracasso das iniciativas de mudança de comportamento em geral se deve, muitas vezes, ao fato de que as intervenções utilizadas incluem estratégias de educação ou persuasão, que assumem que todas as pessoas estão interessadas na sua saúde ou motivadas a tomar atitudes para gerir sua doença (KAVOOKJIAN et al., 2005). A mudança de comportamento por um indivíduo não é feita porque alguém lhe disse para fazer, e sim porque ele analisou a situação e decidiu que é importante mudar (MARTINS, 2014).

Uma das teorias mais populares de mudança de comportamento é o Modelo de Estágio de Mudança ou Modelo Transteórico, desenvolvido por Prochaska e DiClemente na década de 1980, que consiste em cinco estágios motivacionais de mudança comportamental, ou seja, o quão pronto o indivíduo está para realizar a mudança. Neste modelo, a mudança de comportamento é um processo, porém não é um processo linear, ou seja, espera-se que possam ocorrer recaídas, e assim, o retorno para estágios anteriores. Identificado o estágio no qual o indivíduo se encontra, algumas estratégias de intervenção são indicadas. De uma forma geral, estratégias cognitivas (pensamento relacionado) e afetivas (sensação relacionada) são mais efetivas nos estágios iniciais, enquanto estratégias comportamentais (ação orientada) atendem mais os estágios finais (BLACKMAN; KVASKA, 2011; BAUER; LIOU; SOKOLIK, 2012;).

Os cinco estágios de prontidão para a mudança são (BLACKMAN; KVASKA, 2011; BERTOLIN; VILLAR, 2013):

- Pré-contemplanção: o indivíduo não tem intenção em realizar mudanças nos próximos 6 meses (ex: não quer eliminar alimentos com grande quantidade de adição de açúcar);
- Contemplanção: existe uma intenção de fazer mudanças nos próximos 6 meses, porém não há um comprometimento decisivo e diversas barreiras são percebidas (ex: falta de tempo, sabor, preço, falta de habilidades culinárias);
- Preparação: há intenção de realizar mudanças nos próximos 30 dias; o indivíduo prevê um plano de ação, contudo as mudanças ainda são pequenas e inconsistentes (ex: às vezes utiliza adoçante artificial em vez de açúcar);
- Ação: o indivíduo colocou em prática o plano de ação previsto de mudança há menos de 6 meses (ex: limita alimentos com grande quantidade de adição de açúcar);
- Manutenção: mudança sustentada há pelo menos 6 meses; adoção de uma alimentação saudável como hábito.

O Modelo Transteórico engloba mais três componentes, além dos estágios de mudança: processos de mudança, autoeficácia e equilíbrio de decisões. Os processos de mudança se referem a atividades, experiências, pensamentos e sentimentos que ocorrem entre os estágios de mudança. São dez processos, sendo

os cinco primeiros processos cognitivos e experimentais, e os cinco últimos, processos comportamentais. A autoeficácia, conceito proveniente de uma teoria proposta por Albert Bandura em 1977, é definida como a confiança que o indivíduo tem em realizar um comportamento específico, como por exemplo, a crença na habilidade de mudar padrões alimentares. A realização de uma mudança de comportamento em saúde tem sido correlacionada com uma forte autoeficácia, considerando-se que ela é mais elevada nos estágios de mudança mais avançados do que nos iniciais, fazendo desta um elemento importante a ser desenvolvido na busca por melhor adesão. E, por último, o equilíbrio de decisões, no qual o indivíduo avalia os prós e contras da mudança de comportamento, identificando-se assim, barreiras e facilitadores nos quais pode-se atuar (KAVOOKJIAN et al., 2005; BAUER; LIOU; SOKOLIK, 2012; BERTOLIN; VILLAR, 2013).

Um estudo canadense, utilizando o Modelo Transteórico em diabéticos tipo 1 e 2 acompanhados por 12 meses, observou que os participantes que se encontravam nos estágios de pré-ação (pré-contemplação, contemplação e preparação) e que receberam o protocolo de intervenção conforme seu estágio, apresentaram melhores resultados na dieta e no controle da doença, passando para os estágios de ação e manutenção, quando comparados ao grupo que recebeu a intervenção usual (JONES et al., 2003).

A Entrevista Motivacional é uma abordagem para o aconselhamento que complementa o Modelo Transteórico, pois envolve estratégias para motivar o indivíduo a comprometer-se em fazer a mudança de comportamento (BAUER; LIOU; SOKOLIK, 2012). A utilização dela pelos profissionais de saúde tem sido empregada em busca por melhor adesão ao tratamento. Nesse método, a motivação para a mudança é provocada a partir do indivíduo e não imposta pelo educador em diabetes. Resultados de uma revisão mostram uma redução nos níveis de hemoglobina glicada, marcador de controle glicêmico, após a utilização desta abordagem, mantendo-se após 1 ano da intervenção. Contudo, os resultados parecem ser melhores em adolescentes mais velhos, especialmente porque oferece oportunidades para reforçar seu sentimento de autonomia (ROVNER; NANSEL, 2009; BORUS; LAFFEL, 2010).

Um dos princípios da Entrevista Motivacional é que o profissional expresse empatia ao paciente (ROVNER; NANSEL, 2009). Entretanto, ao analisar as representações sociais do diabetes com usuários diabéticos e profissionais de saúde do SUS, Barsaglini (2011) observou que os depoimentos dos profissionais a respeito dos portadores de DM eram carregados de julgamentos, classificando estes como agressivos, ansiosos, impulsivos, “descontrolados na comida”, “com baixa autoestima”, “desinformados”, estigmatizados pelo diabetes. Ressalta-se que dimensões socioculturais e subjetivas atuam tornando muito mais complexos os tratamentos e os relacionamentos entre profissional e clientela.

A aplicação da Psicologia Positiva para induzir afeto positivo em adultos com doenças crônicas mostra-se eficiente para aumentar a adesão ao tratamento, mantendo-se ao longo do tempo, por aumentar a atenção e a motivação das pessoas, levando à melhoria do enfrentamento e da resolução de problemas. Ao comparar uma intervenção baseada na Psicologia Positiva à outra intervenção usual, pesquisadores observaram que focar em emoções positivas e pontos fortes, em vez dos problemas, e elogiar seus esforços podem ser benéficos para adolescentes diabéticos. Os adolescentes que receberam esta intervenção também relataram que houve melhora do seu humor e/ou nível de estresse (JASER et al., 2014).

Outras teorias contribuem no processo de mudança do comportamento alimentar. A Teoria do Comportamento Planejado parte da premissa de que o comportamento de saúde do indivíduo é diretamente influenciado pela intenção de se envolver nesse comportamento, havendo três preditores da intenção: a atitude, a norma subjetiva e o controle comportamental percebido (BAUER; LIOU; SOKOLIK, 2012). A Teoria da Aprendizagem Social baseia-se na ideia de que as pessoas aprendem observando os outros. A aprendizagem social é a combinação de fatores ambientais e psicológicos que influenciam o comportamento (BLACKMAN; KVASKA, 2011). A Terapia Cognitivo-Comportamental considera que a mudança comportamental desejada pode ser atingida por meio de mudanças no pensamento (cognição) (SNETSELAAR, 2010).

3.7 EDUCAÇÃO E ACONSELHAMENTO NUTRICIONAL

A informação e o conhecimento quanto à severidade de uma condição não são suficientes para promover a adesão terapêutica na doença crônica (PERALTA; FIGUEROLA, 2003; CHAFEY; DÁVILA, 2007). A Educação Nutricional em diabetes é um processo contínuo e tem como objetivos: adesão ao plano alimentar prescrito, independência quanto às trocas alimentares, atitudes e decisões em situação não rotineiras e conscientização da influência das escolhas alimentares no controle glicêmico e na prevenção de complicações agudas e crônicas (SBD, 2014). A Educação Nutricional é reconhecida como necessária, mas insuficiente como única estratégia para abordar os fatores complexos que influenciam o comportamento alimentar (ROVNER; NANSEL, 2009).

Com metas similares à Educação Nutricional, há ainda o conceito de Aconselhamento Nutricional, definido como um processo de orientação ao cliente em direção a um estilo de vida saudável, satisfazendo suas necessidades nutricionais e resolvendo barreiras para a mudança, com foco nas necessidades individuais (BAUER; LIOU; SOKOLIK, 2012). O Aconselhamento Nutricional para crianças, por exemplo, deve considerar que elas têm dificuldade em aceitar e ajustar-se a mudanças nos hábitos de saúde e de estilo de vida devido a sua capacidade limitada de racionalização. Já quando direcionado a adolescentes, deve ser pautado no fato de que o abstrato e as consequências a longo prazo de comportamentos de saúde – como aquelas decorrentes do DM – são difíceis de ser compreendidas por eles (MARTINS, 2014).

O educador alimentar é um facilitador das mudanças de comportamento. Ele fornece apoio emocional, auxilia na identificação de problemas nutricionais e de estilo de vida, sugere comportamentos a serem modificados e facilita a compreensão e o controle do paciente e, principalmente, dá poder ao sujeito de definir, analisar e agir sobre seus problemas (MARTINS, 2014).

A educação em diabetes de crianças e adolescentes deve considerar os seguintes princípios: motivação (o indivíduo precisa e/ou tem o desejo de aprender sobre a doença), contexto (idade, estágio da doença, maturidade), ambiente de

aprendizado (centrado no aluno, confiável, agradável, divertido, interessante), significância (importância do assunto, recompensa), conceitos (do simples ao complexo, em passos leves), atividade (interatividade, prática, estabelecimento de metas e resolução de problemas), reforço (repetição, revisão), reavaliação e educação continuada (LANGE et al., 2014).

Leite et al. (2008), após revisão da literatura, destacam pontos importantes da educação em DM, conforme a faixa etária:

- Pré-escolares: fase marcada pela dependência dos pais ou cuidadores e pelo risco associado às hipoglicemias; atenção à ingestão insuficiente e recusas a comida; reforço quanto à importância de uma alimentação adequada pode iniciar por volta dos 3 anos.
- Escolares: pode ocorrer depressão, especialmente após um ou dois anos do diagnóstico, com aumento da ansiedade nas meninas durante os primeiros seis anos de doença; já podem assumir progressivamente a autogestão do diabetes, com supervisão e apoio de adultos instruídos; com os maiores, é possível fazer um regime de DM flexível, adequado a sua rotina.

Nestas duas primeiras fases, deve-se permitir à criança brincar enquanto aprende, explicar a ela sobre a doença, metas glicêmicas, hipoglicemia, administração da insulina e automonitoramento, desenvolver e estimular a criança a expressar suas dificuldades, necessidades e emoções e orientar sobre planos de refeição, carboidratos, eventos especiais, entre outros aspectos nutricionais.

- Adolescentes: fase caracterizada pelas mudanças físicas, psíquicas e sociais e pela transição para a independência; observar comportamentos de risco e transtornos alimentares; controle glicêmico na puberdade pode ser mais difícil.

3.8 ESTRATÉGIAS DE EDUCAÇÃO EM DIABETES

O trabalho em grupo permite que os pacientes compartilhem sentimentos entre iguais e desfaçam fantasias a respeito da doença, melhorando a aceitação interna dela e, conseqüentemente, uma melhor qualidade de vida (MARCELINO;

CARVALHO, 2005). É um momento de interação com aqueles que enfrentam as mesmas dificuldades e de perceber que não são estão sozinhos.

Um estudo avaliou crianças e adolescentes diabéticos participantes de um acampamento de férias destinado a portadores da doença. Durante uma semana, os jovens participaram de atividades esportivas, recreativas, culturais e educativas (temas em diabetes), com acompanhamento de uma equipe composta por médicos, enfermeiros, nutricionistas, psicólogos, monitores de recreação e um coordenador da área médica, além de responder a entrevistas com questões fechadas e abertas. Os jovens destacaram como positivo neste tipo de abordagem, a experiência de tratamento no qual participaram ativamente, e de autonomia e independência com relação aos pais, ao mesmo tempo em que a rotina no local facilitava o controle glicêmico. Ressaltaram também o fato de eles poderem discutir com o médico e compreender as medidas adotadas para o controle, resultando em aumento da confiança na capacidade deles em manter um bom controle (HELENO et al., 2009). Este trabalho mostra que ações educativas, aliadas a atividades de lazer e cultura, para grupo de jovens diabéticos, sem a presença dos pais, podem estimular a aquisição de novos conhecimentos, o autocuidado, a independência e a aceitação da doença.

As atividades lúdicas também aparecem como um recurso eficaz para educação e comunicação com crianças. Sparapani (2010) utilizou fantoches confeccionados pelas crianças participantes de 7 a 12 anos para compreender, na perspectiva delas, os fatores que interferem no manejo do DM1. A experiência proporcionou ricas informações e indicou que se trata de uma boa estratégia para facilitar a comunicação, a exteriorização, e mesmo a expressão daqueles mais tímidos. A dificuldade de adesão à dieta pelas crianças ficou evidente em seus relatos de desejo de comer doces em quantidades e frequência maior que o permitido, algumas vezes não resistindo e fazendo-o escondido. Alguns relataram estratégias de fuga quando há o desejo por doces, como ir dormir e sair de casa para brincar. O espaço escolar também aparece como uma barreira para a adesão em alguns momentos, como no comentário de um menino de que seu professor ofereceu, algumas vezes, guloseimas a ele ao distribuir a todas as crianças, por esquecer-se de sua condição ou por não querer excluí-lo. Neste mesmo espaço, a cantina escolar foi mencionada como um fator que pode atrapalhar o cuidado,

devido aos alimentos ofertados, sem opção de *diet* e frutas, e muitos doces. Em outro trabalho com crianças de 6 a 12 anos, os pais relataram perder o controle do consumo alimentar da criança no período em que estão na escola (RUBIN; AZZOLIN; MULLER, 2011).

A utilização de tecnologias – como e-mail e mensagem de texto – pode ampliar o acesso e a comunicação entre paciente e profissional de saúde, especialmente pelos adolescentes, frequentes usuários destes recursos. Contudo, em um estudo sobre o desenvolvimento de um programa para adolescentes diabéticos na internet, verificou-se que os e-mails automáticos gerados durante a utilização do site não eram lidos pelos mesmos, fazendo-se necessário o envio de mensagens de texto para lembretes. Os autores acreditam que, com o advento das redes sociais online e mensagens instantâneas, o e-mail não é meio de comunicação preferido pelos adolescentes (WHITTEMORE et al., 2010).

As mensagens de texto foram associadas ao aumento da autoeficácia e autorrelatório de maior adesão. No entanto, na utilização destes recursos, o interesse dos participantes parece diminuir consideravelmente de 1 a 3 meses, o que sugere que os adolescentes e adultos jovens necessitam de um sistema altamente dinâmico e envolvente, a fim de sustentar o seu interesse. Quanto ao suporte por telefone, a maioria dos estudos não revelam melhorias nos níveis de hemoglobina glicada, embora benefícios para resultados intermediários, tal como a autoeficácia, sejam evidentes. Um trabalho canadense mostrou benefícios no controle glicêmico 6 meses após a intervenção, sugerindo que pacientes com baixa adesão inicial podem ter passado do estágio de pré-contemplação ou contemplação durante o período de intervenção telefônica para preparação e ação após a intervenção (BORUS; LAFFEL, 2010).

Comparando os métodos de ligações telefônicas e mensagens de texto, Jaser et al. (2014), verificaram que as chamadas telefônicas eram difíceis de marcar devido à vida dinâmica dos adolescentes. Entretanto, muitos participantes da pesquisa destacaram o caráter personalizado das ligações como um aspecto positivo. Ainda assim, os autores concluíram que as mensagens são mais eficazes e convenientes para adolescentes.

Whittemore et al. (2010) compararam um programa educacional e outro mais interativo, a partir da teoria da aprendizagem social, ambos na internet. Este último baseou-se no pressuposto de que a aprendizagem mais ajustada às habilidades de enfrentamento pode melhorar a capacidade de resolver problemas e de gerenciar o diabetes. Em análises quantitativas, ambos os grupos demonstraram boa a excelente conclusão de sessões; no entanto, o grupo do programa demonstrou mais engajamento pelo maior uso e por gostar mais desta intervenção em comparação ao grupo de educação. Portanto, a utilização destas tecnologias são mais atrativas aos jovens e são recursos que podem auxiliar a comunicação e educação em DM e, por fim, a adesão ao tratamento.

3.9 RELAÇÃO PROFISSIONAL DE SAÚDE-PACIENTE

A aceitação e as expectativas do diabético tipo 1 geradas sobre o futuro dependerá em grande parte do estilo de enfrentamento e comunicação dos profissionais de saúde. A comunicação do diagnóstico do DM1 pode ser determinante sobre como o indivíduo vai lidar e viver com a doença, bem como a relação profissional de saúde-paciente pode influenciar na adesão ao tratamento (ESCUADERO-CARRETERO et al., 2006; PONTIERI; BACHION, 2010). Para pais de jovens diabéticos, o diagnóstico da doença é um marco definitivo: há um tempo vivido a partir do diagnóstico do diabetes e, desde então, a vida se transforma (BRITO; SADALA, 2009).

Na relação profissional de saúde-paciente, um estudo espanhol mostrou que um estilo frio, gerencial e sem empatia por parte do profissional tem consequências negativas para os resultados dos pacientes, assim como um estilo baseado em ameaça e controle promove atitudes do paciente de omitir ou mentir para o profissional para buscar a aprovação e contornar a irritação, sem compartilhar seus sentimentos, medos ou preocupações ou discutir as estratégias desenvolvidas para adaptar o tratamento às suas vidas. A maioria dos jovens entrevistados disse que deseja trocar informações com o seu médico, decidir em conjunto o planejamento de sua vida e até mesmo compartilhar riscos hipotéticos associados com as decisões (ESCUADERO-CARRETERO et al., 2006).

Em um trabalho brasileiro, adolescentes atendidos em um hospital público de referência em DM demonstraram satisfação com o atendimento profissional, destacando a atenção dos médicos quanto às necessidades biológicas e da enfermagem com relação às necessidades emocionais e de adesão ao tratamento. Percebe-se com frequência em instituições públicas que atendem diabéticos, que parte dos profissionais ainda permanece voltada para o controle glicêmico, em detrimento dos aspectos existenciais, ou seja, que o cuidado ainda é mais voltado para doença do que para o portador. Ressalta-se ainda, a ausência de uma equipe multidisciplinar a fim de ampliar a assistência ao paciente com DM (FRAGOSO et al., 2010).

Estratégias específicas por parte dos profissionais podem ajudar os diabéticos na mudança de comportamento (DELAMATER, 2006):

- Estabelecer um relacionamento, transmitindo interesse genuíno no caso;
- Definir uma agenda com metas estabelecidas;
- Avaliar a importância que o paciente dá e a confiança que ele sente com relação a comportamentos de saúde específicos para determinar sua disposição ou motivação;
 - Trocar informações e ouvir do paciente o que é importante para ele;
 - Encorajar os pacientes a expressar suas preocupações e utilizar técnicas de escuta ativa, como questões abertas, esclarecimentos, declarações de reflexão e resumos;
- Enfatizar a escolha e o controle pessoal, reavaliar a prontidão do paciente, crenças sobre a importância ou confiança, a fim de reduzir a resistência dele;
- Colaboração e negociação são práticas essenciais, porém são os pacientes que devem assumir o controle sobre a tomada de decisão;
- Conduzir o paciente à resolução dos problemas, ensinando-os a identificar problemas, gerar possíveis soluções, tomar uma decisão fundamentada e após, avaliar o sucesso de sua escolha.

3.10 APOIO DA FAMÍLIA E DOS AMIGOS

O contexto familiar da criança e do adolescente diabéticos tipo 1 tem sido foco de muitas pesquisas, analisando-se como o ambiente e a abordagem familiar podem influenciar na gestão da doença. Comportamentos parentais, como o monitoramento das escolhas alimentares e a modelagem positiva, foram os facilitadores mais reportados de uma alimentação saudável por crianças e adolescentes diabéticos (GELLAR; SCHRADER; NANSEL, 2007). Tem-se demonstrado especialmente a importância do papel da mãe no manejo do diabetes. As mães, muitas vezes, são as responsáveis pela aplicação da insulina, por levar seus filhos às consultas médicas, pelas anotações relacionadas à dieta e por acompanhar grupos de educação em diabetes (BRITO; SADALA, 2009).

Chisholm et al. (2011) analisando o estilo de comunicação materna e adesão dietética, verificaram que uma maior frequência de declarações das mães para atribuir responsabilidade de fazer escolhas às crianças foi associada ao menor consumo de açúcar simples, e assim, melhor adesão neste aspecto. Os resultados foram consistentes nos domínios cognitivos e comportamentais ao demonstrar que práticas maternas que otimizam o envolvimento das crianças na tarefa de resolução de problemas foram associados com melhores resultados psicológicos e relacionados ao DM1. Enunciados maternos que promoveram o engajamento intelectual da criança na atividade de resolução de problemas (por exemplo, o uso de perguntas) foram associados a melhor adesão à dieta, controle do diabetes e resultados psicológicos dos filhos. Em seu trabalho, Rovner e Nansel (2009) reforçam que abordagens comportamentais que elevam a motivação e promovem o desenvolvimento de habilidades para a criança e para a família, aumentam a probabilidade de se alcançar uma mudança significativa e sustentável.

Em outro estudo que relacionou aspectos de tomada de decisão por crianças e adolescentes diabéticos e adesão ao tratamento, enquanto jovens que buscaram informações e conselhos de seus pais foram mais aderentes, pais que tiveram a iniciativa de dar informações e conselhos tinham filhos menos aderentes. Comportamentos de tomada de decisão em conjunto (por exemplo, a negociação, pensar em como resolver problemas e oferta de opções) também foram associados com melhor adesão. Deve-se encorajar os jovens a expressar opiniões e informar

ações relacionadas à doença aos pais em discussões sobre a gestão da doença para aumentar a adesão, mas destaca-se principalmente a necessidade de troca de informações entre pais e filhos (MILLER; JAWAD, 2014).

Um desafio na adesão à dieta, tanto pelas crianças quanto pelos adolescentes, além dos alimentos indicados, é seguir a frequência ideal e as porções de alimentos nas refeições. No que tange à criança, é necessário que ela aceite e consuma todos os alimentos oferecidos, visto que a quantidade e o tipo de alimento devem estar planejados conforme a dosagem de insulina administrada. O momento das refeições foi investigado por Patton et al. (2009), observando-se que as crianças com DM1 podem enfrentar menor adesão à dieta se experimentarem refeições familiares caracterizadas por interrupções frequentes e se seus pais usam estratégias rígidas e coercivas de gestão durante a refeição. Porém, para os autores, não está claro se a família com funcionamento na hora das refeições menos saudável resulta em menor adesão dietética e controle glicêmico em crianças com DM1 ou se adesão à dieta e controle glicêmico levam ao maior estresse familiar e, conseqüentemente, ao funcionamento no horário das refeições menos saudável. Em outro estudo, também houve associação da hora das refeições percebida pelos pais como mais problemática com pior qualidade da dieta consumida por seus filhos (PATTON et al., 2013).

Quando famílias de crianças diabéticas foram comparadas às de crianças saudáveis, o primeiro modelo de família mostrou-se mais em risco de funcionamento não saudável na hora das refeições. As famílias do grupo de DM1 demonstraram funcionamento familiar significativamente mais pobre nas áreas de comunicação, interação afetiva, papéis da família e funcionamento geral. Outros achados relevantes foram que famílias com nível socioeconômico mais baixo e aquelas de crianças do sexo masculino diabéticas obtiveram escores de pior funcionamento global da família (PIAZZA-WAGGONER et al., 2008).

O envolvimento da família também foi destacado em uma revisão de estudos com adolescentes diabéticos. Neste, notou-se que as intervenções bem sucedidas muitas vezes resultam quando o adolescente com diabetes beneficia-se da compreensão, apoio, e habilidades dos membros da família em um contexto que evita conflitos familiares específicos de diabetes (BORUS; LAFFEL, 2010). No

entanto, algumas vezes, a situação da doença pode gerar conflitos entre os irmãos, por se recusarem a mudar hábitos alimentares em função do familiar diabético (BRITO; SADALA, 2009). Para os adolescentes participantes de um acampamento de férias, os pais auxiliam no controle da doença, mas cometem excessos em algumas ocasiões. Já as crianças parecem não apresentar muitas dificuldades em relação às exigências dos pais, quando comparadas aos mais velhos (HELENO et al., 2009).

A necessidade de mudar a alimentação de toda a família e o aspecto econômico apareceram como barreiras para a adesão à dieta, referidos pelos pais de crianças em idade escolar (RUBIN; AZZOLIN; MULLER, 2011). A disponibilidade de alimentos não saudáveis no lar foi relacionada dentre os fatores que dificultam a prática de uma alimentação saudável por crianças e adolescentes, reforçando a importância do engajamento familiar em realizar mudanças na alimentação (GELLAR; SCHRADER; NANSEL, 2007). Além destas barreiras, as restrições alimentares para os filhos e ter que dizer “não” para a comida é outra grande dificuldade dos pais, que consideram que não se deve negar comida ao filho (CORRÊA et al., 2012).

O apoio de amigos foi considerado importante, assim como o da família, por adolescentes (FRAGOSO et al., 2010). Já crianças relataram atitudes positivas por parte dos amigos, como demonstrações de companheirismo frente às diversas situações vividas por elas. As atitudes negativas dos amigos foram relacionadas ao plano alimentar e aos preconceitos, levando-as a sentirem vergonha de revelar o seu diagnóstico aos amigos por temer as reações deles (SPARAPANI et al., 2012).

3.11 ASPECTOS PESSOAIS E DIETÉTICOS

O modelo dos cinco grandes fatores de personalidade vem sendo muito utilizado em pesquisas sobre a personalidade. Ele considera que os traços de personalidade são biologicamente fundamentados, mas que ocorrem adaptações a partir de experiências cotidianas, e assim, estes traços serviriam como um auxílio à forma como interpretamos o ambiente e respondemos a ele, explicando as

diferenças individuais (SILVA et al., 2007). Os cinco fatores estão apresentados no Quadro 1.

QUADRO 1: Características e facetas dos cinco grandes fatores de personalidade:

| Fatores | Neuroticismo | Extroversão | Abertura à experiência | Amabilidade | Conscienciosidade |
|------------------------|--|------------------------|--|---------------------------------------|--------------------------------------|
| Características | Instabilidade / estabilidade emocional | Nível de sociabilidade | Interesse intrínseco em experiências novas | Atitudes e comportamentos pró-sociais | Senso de contenção e sentido prático |
| Facetas | Ansiedade | Acolhimento | Fantasia | Confiança | Competência |
| | Hostilidade | Gregarismo | Estética | Franqueza | Ordem |
| | Depressão | Assertividade | Sentimentos | Altruísmo | Senso de dever |
| | Autoconsciência | Atividade | Ações | Aquiescência | Direcionamento |
| | Impulsividade | Busca de sensações | Ideias | Modéstia | Autodisciplina |
| | Vulnerabilidade | Emoções positivas | Valores | Sensibilidade | Deliberação |

Em um estudo que analisou a associação de adesão a quatro elementos do tratamento do DM1 (monitoramento da glicemia, administração de insulina, dieta e exercício) por adolescentes de 13 a 18 anos e os cinco grandes fatores de personalidade, verificou-se que a variável de adesão à dieta esteve associada positivamente com o fator conscienciosidade. Além disso, as facetas autodisciplina e deliberação deste mesmo fator também teve associação significativa com a dieta, enquanto a faceta impulsividade, do fator de personalidade neuroticismo, foi correlacionada negativamente com a dieta (WHEELER, WAGAMAN, MCCORD, 2012). Similarmente, em outro trabalho com indivíduos de 6 a 16 anos, aqueles com melhor controle glicêmico tinham um padrão de personalidade de alta amabilidade ou socialização, alta conscienciosidade e baixo neuroticismo. Mães de crianças com melhor controle glicêmico mostraram um padrão de personalidade semelhante. Os traços de alta conscienciosidade nos filhos e alta amabilidade na mãe exerceram maior influência, enquanto não houve associação entre traços de personalidade do pai e controle glicêmico do filho (VOLLRATH et al., 2007).

Estes dois estudos sugerem que, a partir dos traços de personalidade do indivíduo e até mesmo de sua mãe, é possível identificar características que facilitam a adesão ao tratamento e aquelas que dificultam. O fator facilitador conscienciosidade é alto em indivíduos disciplinados e zelosos, caracterizados por cautela, organização e persistência. Já o fator desfavorável neuroticismo, quando em baixa expressão, o sujeito tende a responder a estímulos emocionais de modo

controlado e proporcionado, demonstrando equilíbrio e calma (SILVA et al., 2007). Estes aspectos corroboram com as particularidades do DM, que exige disciplina na alimentação, monitoramento e aplicações de insulina, com relação a horários e frequência, controle e equilíbrio emocional e, sobretudo, persistência por se tratar de uma doença crônica.

De acordo com Leal et al. (2009), a dieta é muitas vezes um fator de atrito entre familiares e o portador, pois os pais esperam que seu filho controle a alimentação e, assim, utilize menos frequentemente a insulina. A aplicação de insulina causa sofrimento a alguns pais, principalmente de crianças, pois, geralmente eles são os responsáveis pela administração. Se na infância a dependência da criança leva os pais à angústia, na adolescência, a independência, a autonomia e a mudança de comportamento de seu filho os estressam pelo risco da não observância do tratamento.

A conquista da autonomia marca a transição da infância para a adolescência e deve ser apoiada e incentivada pelos familiares. O crescimento da autonomia requer socialização com outros adolescentes, o que significa gastar uma grande quantidade de tempo fora da família. Passar um tempo longe da família dá aos adolescentes a oportunidade de testar a sua resolução de problemas e habilidades de tomada de decisão. Se tornar autônomo não implica uma separação dos adolescentes de suas relações familiares, mas uma ampliação do círculo de relacionamentos para incluir outros. Assim, em busca de autonomia, os adolescentes necessitam distância, mas ainda reconhecem o apoio dos outros como importantes (KARLSSON; ARMAN; WIKBLAD, 2006).

Ao comparar os resultados da escala DSMP (Diabetes Self-Management Profile), que avalia itens do tratamento (monitoramento glicêmico, dieta, exercício, hipoglicemia e administração de insulina), a três grupos etários (8-11 anos, 12-14 anos e 15-18 anos) e gênero, Lewin et al. (2010) observaram que a adesão aos itens da escala diminui com a idade, sendo melhor, portanto, nas crianças e pior nos adolescentes mais velhos, independente do gênero. Em outro estudo norte-americano que também utilizou uma escala para avaliar a adesão ao tratamento, os adolescentes foram menos aderentes em comparação a crianças, tanto do ponto de vista dos jovens como de seus pais (MILLER; JAWAD, 2014).

A transgressão dietética parece ser frequente por crianças e adolescentes, ocorrendo, muitas vezes, escondido dos outros (FRAGOSO et al., 2010; SPARAPANI, 2010). Em uma pesquisa com crianças, relatou-se dificuldade em seguir o plano alimentar e elas não restringiam alguns alimentos contraindicados na sua situação, tais como: pastéis, pizza, batatas-fritas, cachorro-quente, bombons, hambúrguer e biscoito recheado (RUBIN; AZZOLIN; MULLER, 2011).

Deste modo, a manutenção é uma das maiores dificuldades no que se refere à adesão à prescrição alimentar, uma vez que o sujeito pode aderir por um período, mas devido a circunstâncias emocionais, econômicas ou sociais, sofrer uma recaída. Ao analisar fatores contextuais, como tipo de refeição, localização e dia da semana e a adesão por crianças e adolescentes, pesquisadores constataram flutuações importantes na dieta. Durante a semana, eles consumiram uma dieta com qualidade melhor, com maior ingestão de frutas e legumes, menor de energia e de gordura total e saturada, entretanto os lanches na escola continham baixa densidade de nutrientes e elevada quantidade de adição de açúcar. Maior densidade de nutrientes foi observada no café da manhã e jantar, comparados ao almoço e lanches. O café da manhã foi caracterizado pelo maior consumo de adição de açúcar. Em média, a maior ingestão energética foi no jantar (34%), refeição caracterizada pelo maior consumo de frutas, menor adição de açúcar, baixa carga glicêmica, mas maior ingestão de sódio (NANSEL et al., 2014).

Para Barsaglini (2011), o controle do diabetes depende, principalmente, do comportamento dos portadores, que se valem de estratégias para burlar as recomendações médicas, com a intenção de aliviar o peso da vigilância intensa sobre eles e furtar-se a repreensões. A descompensação diabética é muitas vezes decorrente da transgressão dietética, ocorrida em uma situação não rotineira, como viagem ou festa, e a polifagia, um sintoma do diabetes descontrolado, também dificulta o seguimento da dieta (BRASIL, 2000). Os dias de final de semana também podem ser uma oportunidade para fugir da rotina alimentar e de horários, levando a abusos e alterações glicêmicas (BRITO; SADALA, 2009). Verificou-se também menor autoeficácia reportada por indivíduos com DM em eventos sociais, como datas comemorativas e reuniões sociais em geral (KAVOOKJIAN et al., 2005). Alguns, reconhecendo a dificuldade em se privar nos momentos de sociabilidade, preferem fugir dessas interações (CORRÊA et al., 2012).

O descontrole e a polifagia também foi evidenciado em outro trabalho com diabéticos, neste caso do tipo 2. Relatos de que o indivíduo come “até matar a fome”, associados aos de que a dieta prescrita é “insuficiente para saciar a fome”, reforçam a ideia de que somente os alimentos escolhidos por ele podem proporcionar segurança e satisfação. Assim, mesmo que adquira conhecimento sobre as limitações necessárias para controlar a doença, as pessoas insistem em manter antigos hábitos que lhes conferem prazer e sensação de segurança (RIBAS; SANTOS; ZANETTI, 2011).

A falta de conhecimento do diabético ou seu cuidador, ou ainda, a interpretação errônea das orientações transmitidas sobre a dieta pode ser um fator de risco para a baixa adesão dos jovens (PATTON, 2011). Em uma pesquisa com adolescentes, houve relato de preferência pelo sabor salgado, com alta ingestão de arroz, feijão e macarrão para não ficar com fome (FRAGOSO et al., 2010). É importante a compreensão de que não são apenas os doces que elevam a glicemia, mas também os carboidratos complexos em excesso. Existem evidências de que a quantidade de carboidrato ingerida numa refeição é mais importante que a fonte ou o tipo de carboidrato na determinação da glicemia pós-prandial (SBD, 2014).

Estudos encontraram percepções distorcidas sobre alimentação saudável para diabéticos, como ideias de que alimentos "livres" para o DM são ricos em gorduras, porém pobres em carboidratos, ou que grãos refinados são grãos mais saudáveis, ou ainda a classificação em "saudável" ou "não saudável" com base no efeito sobre a glicemia pós-prandial, considerando assim, frutas como não saudável (GELLAR; SCHRADER; NANSEL, 2007; MEHTA et al., 2009). Enfatiza-se que as frutas, ainda que sem exageros, devem ser consumidas pelos diabéticos, devido ao elevado teor de fibras, vitaminas e minerais, enquanto os grãos integrais devem ser priorizados frente aos refinados, pelo conteúdo de fibras e resposta glicêmica. Atenção especial deve-se dar ao tipo de gordura presente nos alimentos e à quantidade, pois em excesso pode promover um incremento importante na glicemia após cinco horas ou mais à ingestão. Recomenda-se atualmente, uma dieta controlada em gorduras, especialmente a saturada e a *trans*, porém mais rica em carboidratos complexos e fibras alimentares (LOTTENBERG, 2008; SBD, 2014). Entretanto, uma pesquisa realizada com crianças menores de 7 anos revelou consumo de energia e carboidratos abaixo da recomendação, ainda que a ingestão

de açúcar tenha sido excessiva, e de gordura, sobretudo a saturada, também acima dos valores preconizados (PATTON et al., 2013).

O automonitoramento glicêmico é fundamental para identificar as oscilações da glicemia. O automonitoramento dietético, por meio de registros alimentares, serve para aumentar a consciência do comportamento, compreender seus determinantes e acompanhar o processo ao longo do tempo, podendo também contribuir na mudança do comportamento alimentar e na adesão à dieta (DELAMATER, 2006).

4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A produção de estudos qualitativos em diabetes ainda é considerada escassa, especialmente investigações sobre a juventude com diabetes (GELLAR; SCHRADER; NANSEL, 2007; BARSAGLINI, 2011). Pesquisas examinando preditores de adesão à dieta é uma abordagem relativamente nova e de alcance limitado (PATTON, 2011). Observou-se um expressivo número de pesquisas relativas a crianças e adolescentes diabéticos focando no ambiente familiar, principalmente na figura materna. Em seu levantamento bibliográfico, Marcelino e Carvalho (2005) encontraram nos estudos analisados, depressão, revolta, desespero e ansiedade dos pais, devido a não aceitação da doença de seus filhos, e ao sentimento de culpa pelo fator hereditário do DM. No trabalho de Leal et al. (2009), evidenciou-se sentimento de luto pelos pais, inclusive, por não terem gerado uma criança perfeita, pela incerteza em relação à vida, morte e futuro. Mesmo assim, sentimentos de fé e esperança de cura também foram mencionados.

Para Chafey e Dávila (2007), o ambiente e o apoio familiar merecem mais investigações, especialmente ao considerar a característica cultural das famílias latino-americanas, tanto as nucleares quanto suas extensões, de se envolver mais na vida cotidiana do paciente do que nas culturas anglo-saxônicas. Sem dúvida, o papel da família no enfrentamento da doença tem ainda mais magnitude ao se tratar de crianças e adolescentes.

O momento do diagnóstico da doença pode gerar um abalo emocional significativo em quem o recebe, seja por parte do portador como de seu cuidador.

No caso dos diabéticos tipo 1, o diagnóstico geralmente ocorre em um quadro de crise, como a cetoacidose, impactando na percepção de sua saúde e na urgência que se tem em começar o tratamento. A comunicação do diagnóstico de diabetes é muito importante, tanto para facilitar a aceitação da doença, como para minimizar o risco de que o paciente acione mecanismos de defesa, como a negação ou subestimar a seriedade do diagnóstico (CHAFEY; DÁVILA, 2007).

Os estudos analisados no presente trabalho demonstram a importância do acompanhamento psicológico para crianças e adolescentes diabéticos, bem como para seus pais, ajudando-os a lidar com a doença. De acordo com os pacientes participantes de um estudo espanhol, seus pais se assustaram mais com a notícia do que eles. Os pais que participaram do estudo em pauta lembram que receberam a notícia de forma mais negativa do que seus filhos e que custou para superar seu impacto (ESCUADERO-CARRETERO et al., 2006). A negação da doença e a dificuldade de aceitação por parte dos pais no momento do diagnóstico e a reação positiva frente à doença pelo adolescente também foi relatada em um estudo brasileiro (BRITO; SADALA, 2009).

A sensação de impotência para convencer o filho em manter o tratamento, leva os pais a sentirem a necessidade de uma atenção psicológica no sistema de saúde para auxiliá-los neste tema (ESCUADERO-CARRETERO et al., 2006). O trabalho psicoterapêutico para a criança ou adolescente diabético pode ser individual ou em grupo, buscando a elaboração e aceitação da doença para obtenção de uma melhor qualidade de vida. A psicoterapia individual pode ocorrer tanto para a criança e adolescente diabético, quanto para os pais, a fim de que eles elaborem a perda do filho perfeito idealizado e aceitem a doença (MARCELINO; CARVALHO, 2005).

A adesão à dieta do diabético deve ser inserida no contexto familiar, com o apoio de seus integrantes, preferencialmente, servindo como exemplo e evitando assim, a oferta de alimentos no lar que devem ser evitados. Vale lembrar que a dieta para o diabético é a mesma indicada para qualquer indivíduo, resultando em ganhos à saúde de todos da família. Por isso, a educação em diabetes deve ser centrada no paciente e no sistema familiar, e ainda, na equipe multidisciplinar e nos equipamentos sociais, facilitando assim, a adesão ao tratamento como um todo (CORRÊA et al., 2012).

A educação em grupo é conduzida por um facilitador das mudanças de comportamento e pode auxiliar seus membros a se sentirem aceitos, respeitados e não sozinhos em seus problemas. Dividir experiências e resolução de problemas pode ajudar as pessoas a lidar com seus pensamentos e comportamentos e, ainda, mudá-los. Para crianças e adolescentes é uma boa oportunidade de exteriorização de sentimentos, identificação de barreiras e de se sentirem inseridos, pois é comum relatos de discriminação ou isolamento por se acharem diferentes dos demais.

A intervenção de caráter individual deve considerar fatores como: conhecimento, atitudes, crenças, motivação, autoconceito, história de desenvolvimento, experiência passada, habilidades e comportamento (MARTINS, 2014). Embora os pacientes sejam responsáveis por suas próprias decisões e comportamentos de autocuidado, os resultados também são afetados pelo comportamento do profissional de saúde. A abordagem do profissional deve ser centrada no indivíduo, cultivar uma relação de colaboração, comunicar com clareza e fornecer conselhos quando o paciente estiver pronto para ouvir e aprender sobre as recomendações (DELAMATER, 2006). O foco é o empoderamento do indivíduo diabético, apoiando-o a fazer sua própria análise, e assim, ser capaz de decidir o que é melhor para si (MARTINS, 2014).

Observa-se mais confiança no seguimento à dieta quando o indivíduo verifica melhoria em seus resultados. O reforço resultante do sucesso pode servir para apoiar a motivação interna existente naqueles que encontram-se nos estágios de ação e manutenção do Modelo Transteórico. Elogiar o diabético ao ser bem sucedido em evitar uma situação tentadora específica, reforça a construção e o apoio à autoeficácia para adesão à dieta (KAVOOKJIAN et al., 2005; KARLSSON; ARMAN; WIKBLAD, 2006).

No presente estudo, selecionaram-se artigos com dados quantitativos e qualitativos que abordassem a adesão ao tratamento, especialmente à dieta, e questões relacionadas ao comportamento do indivíduo ou ao seu contexto que podem funcionar como barreiras ou facilitadores para o sucesso do tratamento dietético. As publicações voltadas especificamente para adesão à dieta por crianças e adolescentes diabéticos tipo 1 são raras, tema geralmente contido em questões mais amplas, como adesão ao tratamento, vivências e enfrentamento da doença por

diabéticos tipo 1, entre outros. Dois trabalhos utilizados incluíram, além de adolescentes, jovens de até 25 anos. Considerando a relevância das informações destes trabalhos e o objetivo de descrever o “estado da arte” do tema proposto, estas publicações não foram descartadas. Destaca-se que os trabalhos brasileiros, foram predominantemente desenvolvidos pela área da enfermagem, e pouca participação da área da nutrição é observada abordando este tema.

Em uma revisão de artigos publicados sobre adesão à dieta por jovens diabéticos tipo 1, os trabalhos selecionados por Patton (2011) utilizavam diferentes estratégias para avaliar a adesão, como registros alimentares padronizados, recordatório 24 horas, diários de dieta com pesagem, questionário de frequência alimentar e medidas de adesão padronizadas, examinando o consumo de macronutrientes (especialmente carboidratos), a adequação às recomendações dietéticas em quantidade e qualidade e fracionamento das refeições. Um aspecto importante a ser considerado nos estudos que utilizam entrevistas e autorrelatos, em especial estes relacionados a comportamentos, é a desejabilidade social, uma estratégia de distorção das respostas para uma forma socialmente desejável, comprometendo a fidedignidade das informações (KAVOOKJIAN et al., 2005).

No atual trabalho, observaram-se pesquisas utilizando parâmetros bioquímicos para avaliar adesão à dieta e controle glicêmico. A hemoglobina glicada representa uma média das glicemias dos últimos meses e não reflete, necessariamente, um bom controle glicêmico, pois valores baixos e adequados podem ser decorrentes de hipoglicemias frequentes com flutuações constantes na glicemia.

Dada à complexidade do diabetes, é fundamental refletir sobre a necessidade de prover cuidados que reconheçam a pessoa como um ser biopsicossocial. Quanto, o quê, quando, como, onde e com quem se come são fatores determinados pela cultura, e vão além das recomendações dietéticas (RIBAS; SANTOS; ZANETTI, 2011).

Os diabéticos precisam ser apoiados para realizar mudanças em seu estilo de vida e instruídos sobre como fazê-lo. A base sólida para a autogestão do DM inclui ter o conhecimento necessário para a prática de gerenciamento do diabetes e de lidar com situações diferentes (KARLSSON; ARMAN; WIKBLAD, 2006).

Estratégias cognitivo-comportamentais que promovam mudança de comportamento e adesão às recomendações, associados a programas de educação em saúde visando à promoção e ao apoio ao autocuidado incorporam o tratamento do DM e a equipe precisa estar treinada para aplicá-los na assistência ao diabético (BRASIL, 2013).

O diabetes é uma doença que repercute em vários setores da vida de quem o porta. Ao considerar isso, somente uma equipe multidisciplinar de saúde, com a participação da família, cuidadores, amigos, ambientes de trabalho e escolar e, principalmente, a participação do próprio do indivíduo, pode abranger os diversos aspectos que o envolve, a fim de melhorar a sua relação com a doença e a qualidade de vida.

REFERÊNCIAS

AMERICAN DIABETES ASSOCIATION. Standards of Medical Care in Diabetes – 2015. **Diabetes Care**, Alexandria, v. 38, n. 1, 2015. 93 p.

AHMED, A. T.; KARTER, A. J.; LIU, J. Alcohol consumption is inversely associated with adherence to diabetes self-care behaviours. **Diabet. Med.**, Chichester, v. 23, n. 7, p. 795-802, 2006.

ARANEDA, M. M. Adherencia al Tratamiento de la Diabetes Mellitus Tipo 1, durante la Adolescencia. Una Perspectiva Psicológica. **Rev. Chil. Pediatr.**, Santiago, v. 80, n. 6, p. 560-569, 2009.

BARSAGLINI, R. A. **As representações sociais e a experiência com o diabetes: um enfoque socioantropológico**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2011, 246 p.

BAUER, K. D.; LIOU, D.; SOKOLIK, C. A. **Nutrition counseling and education skill development**. 2. ed. Belmont: Wadsworth Cengage Learning, 2012, 446 p.

BERTOLIN, M. N. T.; VILLAR, B. S. Aplicação do Modelo Transteórico em Estudos de Nutrição. In: DIEZ-GARCIA, R. W.; CERVATO-MANCUSO, A. M. **Mudanças Alimentares e Educação Nutricional**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2013. Parte 4, Cap. 7, p. 198-206.

BLACKMAN, M. C.; KVASKA, C A. Theories of behavioral change. In: _____. **Nutrition Psychology: improving dietary adherence**. Sudbury: Jones and Bartlett, 2011. Cap. 3, p. 35-55.

BORUS, J. S.; LAFFEL, L. Adherence challenges in the management of type 1 diabetes in adolescents: prevention and intervention. **Adolesc. med.**, Philadelphia, v. 22, p. 405-411, 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Gestão de Políticas Estratégicas. **Abordagem Nutricional em Diabetes Mellitus**. Brasília: Ministério da Saúde, 2000. 155 p.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Caderno de Atenção Básica nº16. **Diabetes Mellitus**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006. 64 p.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Caderno de Atenção Básica nº36. **Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: Diabetes Mellitus**. Brasília: Ministério da Saúde, 2013. 160 p.

BROADBENT, E.; DONKIN, L.; STROH, J.C. Illness and Treatment Perceptions Are Associated With Adherence to Medications, Diet, and Exercise in Diabetic Patients. **Diabetes Care**, Alexandria, v. 34, p. 338-340, 2011.

CHAFEY, M. I. J.; DÁVILA, M. Psicodiabetes. **Av. psicol. Latinoam.**, Bogotá, v. 25, n. 1, p. 126-143, 2007.

CORDEIRO, A. M. et al. Revisão sistemática: uma revisão narrativa. **Rev. Col. Bras. Cir.**, Rio de Janeiro, v. 34, n. 6, p. 428-431, 2007.

CRAIG, M. E. et al. Definition, epidemiology, and classification of diabetes in children and adolescents. **Pediatr Diabetes**, Sydney, v.15, n. 20, p. 4-17, 2014.

DELAMATER, A. M. Improving Patient Adherence. **Clin. diabet.**, New York, v. 24, n. 2, p. 71-77, 2006.

DELAMATER, A. M. et al. Psychological care of children and adolescents with type 1 diabetes. **Pediatr Diabetes**, Sydney, v.15, n. 20, p. 232-244, 2014.

DIEZ-GARCIA, R. W. Mudanças alimentares: implicações práticas, teóricas e metodológicas. In: DIEZ-GARCIA, R. W.; CERVATO-MANCUSO, A. M. **Mudanças Alimentares e Educação Nutricional**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2013. Parte 1, Cap. 1, p. 3-17.

INTERNATIONAL DIABETES FEDERATION. **IDF DIABETES ATLAS**. 6 ed. Brussels: International Diabetes Federation, 2013. 160 p.

JONES, H. et al. Changes in diabetes self-care behaviors make a difference in glycemic control. **Diabetes care**. Alexandria, v. 26, n. 3, p. 732-737, 2003.

KAVOOKJIAN et al. Patient decision making: Strategies for diabetes diet adherence intervention. **Res. soc. adm. pharm.**, New York, v. 1, n. 1, p. 389-407, 2005.

LANGE, K. et al. Diabetes education in children and adolescents. **Pediatr Diabetes**, Sydney, v.15, n. 20, p. 77-85, 2014.

LEITE, S. A. O. et al. Pontos Básicos de um Programa de Educação ao Paciente com Diabetes Melito Tipo 1. **Arq. bras. endocrinol. metab.**, São Paulo, v. 52, n. 2, p. 233-242, 2008.

LOTTENBERG, A. M. P. Características da Dieta nas Diferentes Fases da Evolução do Diabetes Melito Tipo 1. **Arq. bras. endocrinol. metab.**, São Paulo, v. 52, n. 2, p. 250-259, 2008.

MAFFEIS, C.; PINELLI, L. Teaching children with diabetes about adequate dietary choices. **Br. j. nutr.**, Londres, v.99, n. 1, p. 33-39, 2008.

MARCELINO, D. B.; CARVALHO, M. D. B. Reflexões sobre o diabetes tipo 1 e sua relação com o emocional. **Psicol. reflex. crit.**, v. 18, n. 1, p. 72-77, 2005.

MARTINS, C. Aconselhamento nutricional. In: CUPPARI, L. **Guia de nutrição: clínica no adulto**. 3. ed. Barueri: Manole, 2014. Cap. 7, p. 151-169.

MICHAELIS. Moderno Dicionário da Língua Portuguesa. [on line] Disponível na internet via WWW.URL: <http://michaelis.uol.com.br/moderno/portugues/index.php>. Arquivo consultado em 21 de abril de 2015.

MORAES, A. B. A.; ROLIM, G. S.; COSTA JR., A. L. O processo de adesão numa perspectiva analítico comportamental. **Rev. Bras. de Ter. Comp. Cogn.**, Campinas, v. 11, n. 2, p. 329-345, 2009.

PATTON, S. R. Adherence to Diet in Youth with Type 1 Diabetes. **J. Am. Diet. Assoc.**, Chicago, v. 111, n. 4, p. 550-555, 2011.

PERALTA, G.; FIGUEROLA, D. Aspectos psicosociales de la diabetes. **Endocrinol. nutr.**, Barcelona, v. 50, n. 7, p. 280-285, 2003.

PONTIERI, F. M.; BACHION, M. M. Crenças de pacientes diabéticos acerca da terapia nutricional e sua influência na adesão ao tratamento. **Ciênc. saúde coletiva.**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 1, p. 151-160, 2010.

RIBAS, C. R. P.; SANTOS, M. A.; ZANETTI, M. L. Representações sociais dos alimentos sob a ótica de pessoas com diabetes mellitus. **Interam. j. psychol.**, Austin, v. 45, n. 2, p. 255-262, 2011.

ROTHER, E. T. Revisão sistemática x Revisão Narrativa. **Acta paul. enferm.**, São Paulo, v. 20, n. 2, p. v-vi, 2007.

ROVNER, A. J.; NANSEL, T. R. Are children with Type 1 Diabetes consuming a healthful diet? A review of the current evidence and strategies for dietary change. **Diabetes educ.**, Chicago, v. 35, n. 1, p. 97-107, 2009.

SILVA, I.; PAIS-RIBEIRO, J.; CARDOSO, H. Adesão ao tratamento da Diabetes Mellitus: a importância das características demográficas e clínicas. **Referência.**, Coimbra, v. 2, n. 2, p. 33-41, 2006.

SILVA, R. S. et al. Replicabilidade do Modelo dos Cinco Grandes Fatores em medidas da personalidade. **Mosaico: estudos em psicologia**, Belo Horizonte, v. 1, n. 1, p. 37-49, 2007.

SNETSELAAR, L. G. Intervenção: aconselhamento para mudança. In: MAHAN, L. K.; ESCOTT-STUMP, S. **Alimentos, nutrição e dietoterapia**. 10. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2010. Cap. 19, p. 489-505.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES. **Diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes: 2013-2014**. São Paulo: AC Farmacêutica, 2014. 380 p.

SOUTO, D. L.; ROSADO, E. L. **Contagem de Carboidratos no Diabetes Melito: Abordagem Teórica e Prática**. Rio de Janeiro: Rubio, 2010. 166p.

TSE, J. et al. Disordered Eating Behaviors are Associated with Poorer Diet Quality in Adolescents with Type 1 Diabetes. **J. Acad. Nutr. Diet.**, New York, v. 112, n. 11, p. 1810-1814, 2012.

VIANA, V. Psicologia, saúde e nutrição: contributo para o estudo do comportamento alimentar. **Anál. psicol.**, Lisboa, v. 4, p. 611-624, 2002.

VIGGIANO, C. E. Diabete Melito. In: CUPPARI, L. **Guia de nutrição: clínica no adulto**. 3. ed. Barueri: Manole, 2014. Cap. 10, p. 215-249.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Adherence to long-term therapies: evidence for action**. Genebra: World Health Organization, 2003. 209 p.

_____. **Definition and diagnosis of diabetes mellitus and intermediate hyperglycemia: report of a WHO/IDF consultation**. Genebra: World Health Organization, 2006. 49 p.

ZANETTI, M. L.; MENDES, I. A. C. Análise das dificuldades relacionadas às atividades diárias de crianças e adolescente com diabetes mellitus tipo 1: depoimento de mães. **Rev. latinoam. Enferm.**, Ribeirão Preto, v. 9, n. 6, p. 25-30, 2001.

REFERÊNCIAS DA REVISÃO

BRITO, T. B.; SADALA, M. L. A. Diabetes mellitus juvenil: a experiência de familiares de adolescentes e pré-adolescentes. **Ciênc. saúde coletiva.**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 3, p. 947-960, 2009.

CHISHOLM, V. et al. Maternal communication style, problem-solving and dietary adherence in young children with type 1 diabetes. **Clin. child psychol. psychiatry.**, London, v. 16, n. 3, p. 443-458, 2011.

CORRÊA, A. et al. Diabetes mellitus tipo 1: vivência dos pais em relação à alimentação de seu filho. **Alim. Nutr.**, Araraquara, v. 23, n. 4, p. 631-637, 2012.

ESCUADERO-CARRETERO, M. J. et al. La relación médico-paciente en el tratamiento de la diabetes tipo 1. Un estudio cualitativo. **Aten. Prim.**, Barcelona, n.38, v. 1, p. 8-18, 2006.

FRAGOSO, L. V. C., et al. Vivências cotidianas de adolescentes com diabetes mellitus tipo 1. **Texto & contexto enferm.**, Florianópolis, v. 19, n. 3, p. 443-451, 2010.

GELLAR, L. A.; SCHRADER, K.; NANSEL, T. R. Healthy Eating Practices: Perceptions, Facilitators, and Barriers Among Youth With Diabetes. **Diabetes educ.**, Chicago, v. 33, n. 4, p. 671-679, 2007.

HELENO, M. G. V. et al. Acampamento de férias para jovens com diabetes mellitus tipo1: achados da abordagem psicológica. **Bol. Psicol.**, São Paulo, v. 59, n. 130, p. 77-90, 2009.

JASER, S. S. et al. Development of a Positive Psychology Intervention to Improve Adherence in Adolescents With Type 1 Diabetes. **J. pediatr. health care.**, St Louis, v. 28, n. 6, p. 478-485, 2014.

KARLSSON, A.; ARMAN, M.; WIKBLAD, K. Teenagers with type 1 diabetes—a phenomenological study of the transition towards autonomy in self-management. **Int. j. nurs. stud.**, Oxford, v. 45, n. 4, p. 562-570, 2008.

LEAL, D. T. et al. Diabetes na infância e adolescência: o enfrentamento da doença no cotidiano da família. **HU rev.**, Juiz de Fora, v. 35, n. 4, p. 288-295, 2009.

LEWIN, A. B. et al. Brief Report: Normative Data on a Structured Interview for Diabetes Adherence in Childhood. **J. pediatr. psychol.**, Washington, v. 35, n. 2, p. 177-182, 2010.

MEHTA, S. N. et al. Emphasis on Carbohydrates May Negatively Influence Dietary Patterns in Youth With Type 1 Diabetes. **Diabetes care.**, Alexandria, v. 32, n. 12, p. 2174-2176, 2009.

MILLER, V. A.; JAWAD, A. F. Relationship of Youth Involvement in Diabetes-Related Decisions to Treatment Adherence. **J. clin. psychol. med. settings.**, New York, v. 21, n. 2, p. 183-189, 2014.

NANSEL, T. R. et al. Contextual Factors Are Associated with Diet Quality in Youth with Type 1 Diabetes Mellitus. **J. Acad. Nutr. Diet.**, New York, v. 114, n. 8, 2014.

PATTON, S. R. et al. Family functioning at meals relates to adherence in young children with type 1 diabetes. **J. paediatr. child health.**, Melbourne, v. 45, n. 12, p. 736-741, 2009.

_____. Dietary Adherence and Mealtime Behaviors in Young Children with Type 1 Diabetes on Intensive Insulin Therapy. **J. Acad. Nutr. Diet.**, New York, v. 113, n. 2, p. 258-262, 2013.

PIAZZA-WAGGONER, C. et al. Observational Assessment of Family Functioning in Families with Children Who Have Type 1 Diabetes Mellitus. **J. dev. behav. pediatr.**, Baltimore, v. 29, n. 2, p. 101-105, 2008.

VOLLRATH, M. E. et al. Child and parental personality are associated with glycaemic control in Type 1 diabetes. **Diabet. med.**, Chichester, v. 24, n. 9, p. 1028-1033, 2007.

RUBIN, O.; AZZOLIN, K.; MULLER, S. Adesão ao tratamento de Diabetes Mellitus tipo 1 atendidos em um programa especializado em Porto Alegre. **Medicina (Ribeirão Preto)**., Ribeirão Preto, v. 44, n. 4, p. 367-376, 2011.

SPARAPANI, V. C. **O manejo do Diabetes Mellitus Tipo 1 nas perspectiva de crianças**. 2010. 131 f. Dissertação (Mestrado em Ciências) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo.

SPARAPANI, V. C. et al. A criança com Diabetes Mellitus Tipo 1 e seus amigos: a influência dessa interação no manejo da doença. **Rev. latinoam. enferm.**, Ribeirão Preto, v. 20, n. 1, p. 1-9, 2012.

WHEELER, K.; WAGAMAN, A.; MCCORD, D. Personality traits as predictors of adherence in adolescents with type I diabetes. **J. child adolesc. psychiatr. nurs.**, Philadelphia, v. 25, n. 2, p. 66-74, 2012.

WHITTEMORE, R. et al. Development of an Internet Coping Skills Training Program for Teenagers With Type 1 Diabetes. **Comput. inform. nurs.**, Hagerstown, v. 28, n. 2, p. 103-111, 2010.

APÊNDICE 1

Quadro de artigos da revisão da literatura:

| AUTORES | ORIGEM | AMOSTRA/IDADE | MÉTODO | RESULTADOS RELEVANTES |
|----------------------------------|-------------------|--|--|--|
| BRITO; SADALA, 2009 | São Paulo, Brasil | n: 10 Pacientes: 12 a 24 anos Pais: 34 a 63 anos | Método fenomenológico; abordagem qualitativa. | <ul style="list-style-type: none"> • Necessidade de integração das famílias de jovens diabéticos no planejamento e implementação do cuidado; • Diagnóstico como um marco definitivo de transformação da vida; • Mães como maiores responsáveis pelo cuidado do filho diabético. |
| CHISHOLM et al., 2011 | Escócia | n: 40 2 a 8 anos | Entrevista de adesão à dieta (recordatório 24h); filmagem de atividades mãe-filho para resolução de problemas registrado nas casas das famílias. | <ul style="list-style-type: none"> • Maior frequência de declarações de atribuição de responsabilidade em fazer escolhas associada a menor consumo de açúcar simples (melhor adesão); • Práticas maternas que otimizam o envolvimento na tarefa de resolução de problemas associadas a melhores resultados psicológicos e relacionados ao DM1; • Engajamento intelectual da criança pela mãe em atividade de resolução de problemas associado a melhor adesão à dieta, controle do diabetes e resultados psicológicos dos filhos. |
| CORRÊA et al., 2012 | Paraná, Brasil | n: 17 (pais e mãe de crianças e adolescentes diabéticos) | Estudo qualitativo; entrevista semi-estruturada. | <ul style="list-style-type: none"> • Dificuldades: custo dos alimentos específicos; restrições alimentares; dizer "não" para comida; alguns momentos se deixa de frequentar locais por causa do filho; • Modificação dos hábitos alimentares na família: educação do grupo familiar; • Os pais não se sentem preparados para lidar e conviver com a doença; • A educação em diabetes deve estar centrada na equipe multidisciplinar, no sistema familiar, no paciente e nos equipamentos sociais, facilitando assim, a adesão ao tratamento como um todo. |
| ESCUDEIRO-CARRETERO et al., 2006 | Espanha | n: 15 Pacientes: 15 a 25 anos Pais: 30 a 45 anos | Amostragem teórica com representação dos perfis mais característicos; análise qualitativa; grupo focal. | <ul style="list-style-type: none"> • A relação médico-paciente tem influência decisiva na vivência emocional e em como os pacientes assumem o controle; • Um estilo frio, gerencial e sem empatia da parte do profissional têm consequências negativas para os resultados dos pacientes; quando baseado na ameaça e controle promove atitudes de omitir ou mentir para o profissional, • A comunicação do diagnóstico pelo médico é lembrada positivamente quando ele enfatizou que poderia ter uma vida normal e que o tratamento era fácil, questionou dúvidas e sentimentos com a notícia e informou sobre a doença e tratamento gradualmente ao longo de várias visitas; • Desejo dos jovens em trocar informações com o seu médico, decidir em conjunto o planejamento de sua vida e compartilhar riscos hipotéticos associados com as decisões; • Alguns pontos importantes necessários na atenção aos pacientes com DM1: cuidar da relação médico-paciente; apoiar; comunicar de forma eficaz; motivar; treinar; compartilhar responsabilidades. |
| FRAGOSO et al., 2010 | Ceará, Brasil | n:14 12 a 18 anos | Estudo descritivo de cunho qualitativo. | <ul style="list-style-type: none"> • Dificuldade em seguir a dieta e financeira para se alimentar melhor; • Transgressão alimentar: comer escondido; • Troca do doce pelo salgado: "muito arroz, feijão, macarrão"; • Apoio familiar e de amigos; • Satisfação com o atendimento profissional, destacando a atenção quanto às necessidades biológicas pelos médicos e às necessidades emocionais e de adesão ao tratamento pela enfermagem. |

| AUTORES | ORIGEM | AMOSTRA/IDADE | MÉTODO | RESULTADOS RELEVANTES |
|-----------------------------------|----------------------|---------------------------------------|--|---|
| GELLAR; SCHRADER; NANSEL, 2007 | Estados Unidos | n: 140 7 a 16 anos | Grupos focais com sessões gravadas em um acampamento de férias para diabéticos com atividades educativas. | <ul style="list-style-type: none"> Houve diferenças notáveis na percepção de alimentação saudável contra a percepção de práticas alimentares boas para o controle do diabetes Alimentos ricos em gordura, mas pobres em carboidratos foram considerados como bons para o controle do diabetes; As principais barreiras para uma alimentação saudável foram: disponibilidade de alimentos não saudáveis, o tempo de preparação e as situações sociais; Os principais facilitadores de uma alimentação saudável foram os comportamentos parentais, incluindo o monitoramento de escolhas alimentares e a modelagem positivo. |
| HELENO et al., 2009 | Minas Gerais, Brasil | n: 98 9 a 18 anos | Entrevista (questões fechadas e questões abertas que orientaram a realização da entrevista semi-dirigida); Acampamento de férias para diabéticos (atividades esportivas, recreativas, culturais e educativas). | <ul style="list-style-type: none"> A dieta como o item mais difícil para os adolescentes; Os pais auxiliam no controle da doença, mas cometem excessos; Dificuldade em compartilhar a doença com os amigos, vergonha; Discussão com o médico parece resultar em aumento da confiança na capacidade de manter um bom controle; experiência de autonomia, independência e participação ativa. |
| JASER et al., 2014 | Estados Unidos | n: 39 13 a 17 anos | 2 grupos: intervenção de psicologia positiva e controle; dados qualitativos e quantitativos. | <ul style="list-style-type: none"> Viabilidade e aceitabilidade da intervenção de psicologia positiva; Adolescentes do grupo de psicologia positiva relataram que houve melhora de seu humor e/ou nível de estresse; Foco em emoções positivas e pontos fortes, em vez dos problemas, e elogio de seus esforços pode ser benéfico para adolescentes diabéticos. |
| KARLSSON; ARMAN; WIKBLAD, 2006 | Suécia | n: 32 13 a 17 anos | Entrevistas; abordagem fenomenológica. | <ul style="list-style-type: none"> Os adolescentes sentem-se motivados quando obtêm sucesso na gestão do diabetes, mas também sentem que a autogestão fica complicada quando há flutuações de glicemia sem explicação e é difícil de controlar; O crescimento da autonomia requer socialização com outros adolescentes. Passar um tempo longe da família deu aos adolescentes a oportunidade de testar a sua resolução de problemas e habilidades de tomada de decisão; O incentivo, a aceitação e o apoio dos outros facilitam a transição para a autonomia; Se tornar autônomo não implica uma separação dos adolescentes de suas relações familiares, mas uma ampliação do círculo de relacionamentos para incluir outros. Assim, em busca de autonomia, os adolescentes necessitam distância dos outros, mas ainda mantêm o apoio dos outros como importantes; A base sólida para a autogestão do DM inclui ter o conhecimento necessário para a prática de gerenciamento de diabetes e de lidar com situações diferentes. |
| LEAL et al., 2009 | Minas Gerais, Brasil | n: 20 pais de crianças e adolescentes | Pesquisa qualitativa por meio de entrevistas. | <ul style="list-style-type: none"> A dieta é muitas vezes um fator de atrito entre familiares e o portador, pois os pais esperam que seu filho controle a alimentação para utilizar com menos frequência a insulina. A aplicação de insulina gera sofrimento a alguns pais, principalmente de crianças, pois, geralmente eles são os responsáveis pela administração. A dependência da criança, especialmente com relação à aplicação de insulina leva os pais à angústia na infância, enquanto na adolescência, a independência, a autonomia e a mudança de comportamento os estressam pelo risco da não observância do tratamento; Evidenciou-se sentimentos de culpa, medo, ansiedade e até mesmo de luto pelos pais, decorrente do fato de não terem gerado uma criança perfeita, pela incerteza em relação à vida, morte e futuro. Sentimentos de fé e esperança de cura também foram mencionados. |

| AUTORES | ORIGEM | AMOSTRA/IDADE | MÉTODO | RESULTADOS RELEVANTES |
|---------------------|----------------|----------------------------------|---|--|
| LEWIN et al., 2010 | Estados Unidos | n: 275 8 a 18 anos | Entrevista estruturada DSMP (Diabetes Self-Management Profile). | <ul style="list-style-type: none"> • Comparando-se os resultados da escala (monitoramento glicêmico, dieta, exercício, hipoglicemia e administração de insulina) com três grupos etários (8-11 anos, 12-14 anos e 15-18 anos) e gênero, observou-se que a adesão aos itens da escala diminui com a idade, sendo melhor, portanto, nas crianças e pior nos adolescentes mais velhos, independente do gênero. |
| MEHTA et al., 2009 | Estados Unidos | n: 35 8 a 21 anos | Grupos focais para avaliar a percepção de uma alimentação saudável e a influência da gestão do DM no comportamento alimentar. | <ul style="list-style-type: none"> • A terapia basal-bolus confere maior flexibilidade no planejamento das refeições e nas escolhas alimentares, porém permite maior consumo de alimentos não-saudáveis; • A ênfase na quantidade sobre a qualidade do carboidrato pode distorcer crenças e comportamentos relacionados à alimentação saudável. |
| MILLER; JAWAD, 2014 | Estados Unidos | n: 89 8 a 19 anos | Escala DMIS (Decision Making Involvement Scale) com 5 subescalas: jovem pergunta, jovem manifesta, pai pergunta, pai manifesta, em conjunto; Questionário SCI (Self Care Inventory). | <ul style="list-style-type: none"> • Enquanto jovens que buscaram informações e conselhos de seus pais foram mais aderentes, pais que deram informações e conselhos tinham filhos que eram menos aderentes; • Adolescentes foram associados a menor adesão em todos os itens da subescala; • A manifestação de uma opinião e informação dos jovens aos pais foi associado a melhor adesão relatada pelos pais e pelos jovens; já a manifestação pelos pais aos filhos foi associado a menor adesão relatada pelos pais; • Comportamentos de tomada de decisão em conjunto (ex: negociação, pensar em como resolver problemas, oferta de opções) foram associados com melhor adesão relatada pelos jovens; • Deve-se encorajar os jovens a expressar opiniões e informar ações relacionadas à doença aos pais em discussões sobre a gestão da doença para aumentar a adesão. |
| NANSEL et al., 2014 | Estados Unidos | n: 252 8 a 18 anos | Estudo quantitativo; registro alimentar de 3 dias (incluindo 1 dia de final de semana e 2 dias úteis) para análise da dieta; fatores contextuais foram: tipo de refeição, localização e dia da semana. | <ul style="list-style-type: none"> • Dieta com qualidade maior em dias de semana: maior ingestão de frutas e legumes, menor de energia e de gordura total e saturada; • Os lanches na escola continham baixa densidade de nutrientes e elevada quantidade de adição de açúcar; • Refeições consumidas em casa de maior qualidade do aquelas consumidas fora de casa; • Maior densidade de nutrientes no café da manhã e jantar, comparados a almoço e lanches; • Café da manhã caracterizado pelo consumo mais alto de açúcar de adição; • Jantar caracterizado pelo maior consumo de frutas, menor adição de açúcar, baixa carga glicêmica, mas maior ingestão de sódio; • Em média, a maior ingestão energética foi no jantar (34%). |
| PATTON et al., 2009 | Estados Unidos | n: 35 2 a 8 anos | Filmagem de 3 refeições caseiras representativas; adesão avaliada conforme a ingestão de carboidratos dos registros dietéticos; escala Mealtime Interaction Coding System (MICS). | Menor adesão à dieta se a criança experimenta refeições familiares caracterizadas por interrupções frequentes e se seus pais usam estratégias rígidas e coercivas. |
| PATTON et al., 2013 | Estados Unidos | n: 39 idade inferior a 7 anos | Registro alimentar de 3 dias (incluindo 1 dia de final de semana); Healthy Eating Index 2005 (HEI-2005) para análise da qualidade da dieta; Questionário Behavioral Pediatric Feeding Assessment Scale (BPFAS) para análise do comportamento familiar nas refeições; Dietary Deviation Scale para adesão. | <ul style="list-style-type: none"> • A terapia insulínica intensiva não confere qualquer vantagem em ajudar crianças a conseguir uma melhor adesão à dieta ou consumir uma dieta mais saudável; • Pais que perceberam a hora da refeição como mais problemática tinham filhos com pior qualidade alimentar; • Consumo de carboidratos e energia abaixo das recomendações e de açúcar, gordura total e saturada acima. |

| AUTORES | ORIGEM | AMOSTRA/IDADE | MÉTODO | RESULTADOS RELEVANTES |
|--------------------------------|---------------------------|--|--|--|
| PIAZZA-WAGONNER et al., 2008 | Estados Unidos | n: 33 famílias DM e 33 controle 2 a 8 anos | Escala McMaster Model of Family Functioning (MICS) com 7 dimensões: a realização da tarefa, comunicação, interação afetiva, envolvimento interpessoal, controle do comportamento, papéis e funcionamento global da família. | <ul style="list-style-type: none"> • Os resultados sugerem que as famílias que têm uma criança DM1 parecem estar em risco de funcionamento não saudável na hora das refeições quando comparadas ao grupo controle; • As famílias do grupo de DM1 demonstraram significativamente funcionamento familiar mais pobre nas áreas de comunicação, interação afetiva, papéis da família e funcionamento geral; • As famílias com nível socioeconômico mais baixo e famílias de crianças do sexo masculino diabéticas obtiveram escores de pior funcionamento global da família. |
| RUBIN; AZZOLIN; MULLER, 2011 | Rio Grande do Sul, Brasil | n: 25 6 a 12 anos | Estudo quali-quantitativo com questionário semiestruturado. | <ul style="list-style-type: none"> • A necessidade de mudar a alimentação de toda a família e o aspecto econômico apareceu como barreiras para a adesão à dieta; • 60% das crianças relataram dificuldade em seguir o plano alimentar; • As crianças não restringiam alguns alimentos não indicados para diabéticos, tais como: pastéis, pizza, batatas-fritas, cachorro-quente, bombons, hambúrguer e biscoito recheado. |
| SPARAPANI, 2010 | São Paulo, Brasil | n: 19 7 a 12 anos | Grupo focal com confecção de fantoches pelas crianças e entrevista semiestruturada. | <ul style="list-style-type: none"> • Boa estratégia para facilitar a comunicação, a exteriorização, e mesmo a expressão daqueles mais tímidos; • Relatos das crianças de desejo de comer doces, algumas vezes comer escondido e utilização de estratégias de fuga; • O espaço escolar como uma barreira para a adesão em alguns momentos. |
| SPARAPANI, et al., 2012 | São Paulo, Brasil | n: 19 7 a 12 anos | Estudo exploratório, com análise qualitativa dos dados. | <ul style="list-style-type: none"> • Atitudes positivas dos amigos foram reveladas por meio de demonstrações de companheirismo frente às diversas situações vividas pela criança, inclusive nas intercorrências; • As atitudes negativas foram relacionadas ao plano alimentar e aos preconceitos; • A criança com DM1 demonstrou desconhecimento sobre a doença, o que contribuiu para a manifestação de sentimentos negativos, incluindo a vergonha de revelar o seu diagnóstico aos amigos, temendo suas reações. |
| VOLLRATH et al, 2007 | Suíça | n: 64 crianças/adolescentes 6 a 16 anos n: 58 mães n: 54 pais | Testes dos 5 grandes traços de personalidade dos jovens (Hierarchical Personality Inventory for Children - HiPIC) e seus pais (NEO-Five Factor Inventory - NEO-FFI) e hemoglobina glicada. | <ul style="list-style-type: none"> • Crianças com melhor controle glicêmico tinham um padrão de personalidade de alta Amabilidade, alta Conscienciosidade e baixo Neuroticismo; • Mães de crianças com melhor controle glicêmico mostrou um padrão de personalidade semelhante, com maior influência do traço Conscienciosidade da criança e Amabilidade da mãe; • Não houve associação significativa entre a personalidade dos pais e o controle glicêmico; • Sugere-se que a educação em diabetes para crianças impulsivas enfatize os benefícios imediatos de um bom controle do diabetes, em vez dos riscos a longo prazo do mau controle; • A atenção às personalidades da criança e da mãe pode ajudar a adequar a educação em diabetes para a criança. |
| WHEELER; WAGAMAN; MCCORD, 2012 | Estados Unidos | n: 28 13 a 18 anos | Questionário M5-336 para avaliar os traços de personalidade primários; Questionário de adesão, nos últimos 6 meses, a quatro elementos do tratamento: monitoramento da glicemia, administração de insulina, dieta e exercício. | <ul style="list-style-type: none"> • Conscienciosidade: houve correlação positiva entre este fator e dieta; as facetas autodisciplina e deliberação foram associados à variável dieta; • Neuroticismo: uma de suas facetas, a impulsividade, foi correlacionada negativamente com a dieta. |
| WHITTEMORE et al., 2010 | Estados Unidos | n: 12 13 a 16 anos | 1ª fase: grupo focal 2ª fase intervenção (grupo 1 - programa de treinamento de habilidades de enfrentamento na internet - e grupo 2 - educação em DM na internet) | <ul style="list-style-type: none"> • O objetivo foi testar as diferenças entre um programa educacional e outro mais interativo, a partir da teoria da aprendizagem social. O programa é baseado na premissa de que a aprendizagem mais ajustada às habilidades de enfrentamento pode melhorar a capacidade de resolver problemas e de gerenciar o diabetes; • Em análises quantitativas, ambos os grupos demonstraram boa a excelente conclusão de sessões; no entanto, o grupo do programa demonstrou mais engajamento por maior uso e por gostar mais de sua intervenção em comparação com o grupo educação. |