



Universidades Lusíada

Araújo, Marisa
Sousa, Isabel de
Ribeiro, Rogério
Ó, Dulce Maria do Nascimento do
Boavida, José Manuel

Identificação e promoção de fatores protetores na gestão da diabetes mellitus tipo 1 em adolescentes

<http://hdl.handle.net/11067/7024>
<https://doi.org/10.34628/8ka6-b935>

Metadados

Data de Publicação

2022

Resumo

A saúde tem sido, desde os primórdios da profissão, um dos principais campos de atividade do Serviço Social, nomeadamente em relação à avaliação e intervenção sobre os determinantes sociais da saúde. O desafio atual do crescimento das doenças crónicas, como a diabetes, faz com que utentes e cuidadores requeiram um maior apoio do Assistente Social, e que este se integre em equipas multidisciplinares de profissionais de saúde. A diabetes mellitus tipo 1 é uma doença autoimune crónica, com particu...

Health has been one of the main fields of activity of Social Work, since the early days of the profession, particularly in relation to the assessment and intervention on the social determinants of health. The current challenge due to the increase of chronic diseases, such as diabetes, makes patients and informal carers require greater support from the Social Worker. Furthermore, novel models of healthcare require that the Social Worker be integrated into multidisciplinary teams of healthcare pro...

Palavras Chave

Diabetes na adolescência, Diabéticos - Cuidado e tratamento, Serviço social médico

Tipo

article

Revisão de Pares

Não

Coleções

[ULL-ISSSL] IS, n. 59-60 (2022)

IDENTIFICAÇÃO E PROMOÇÃO DE FATORES PROTETORES NA GESTÃO DA DIABETES MELLITUS TIPO 1 EM ADOLESCENTES¹

IDENTIFICATION AND PROMOTION OF PROTECTIVE FACTORS IN THE MANAGEMENT OF TYPE 1 DIABETES MELLITUS IN ADOLESCENTS

Marisa Araújo

*Assistente Social, Mestranda em Serviço Social.
Associação Protetora dos Diabéticos de Portugal (APDP)
Centro Lusíada de Investigação em Serviço Social e Intervenção Social (CLISSIS)
Universidade Lusíada
ORCID: 0000-0002-4424-5240*

Isabel de Sousa

*Assistente Social, Mestre e Doutora em Serviço Social.
Centro Lusíada de Investigação em Serviço Social e Intervenção Social (CLISSIS)
Universidade Lusíada
ORCID: 0000-0001-9448-2714*

Dulce Nascimento do Ó

*Enfermeira, Mestre e Doutoranda em Saúde Pública.
Associação Protetora dos Diabéticos de Portugal (APDP)
ORCID: 0000-0002-4688-8522*

José Manuel Boavida

*Médico, Especialista em Endocrinologia.
Associação Protetora dos Diabéticos de Portugal (APDP)
ORCID: 0000-0002-9977-9995*

Rogério Ribeiro

*Biólogo, Doutorado em Biomedicina.
Associação Protetora dos Diabéticos de Portugal (APDP).
Universidade de Aveiro Departamento das Ciências Médicas.
ORCID: 0000-0001-8840-7208*

DOI: <https://doi.org/10.34628/8ka6-b935>

Data de submissão / Submission date: 30.04.2021

Data de aprovação / Acceptance date: 29.09.2021

¹ Este artigo reporta parte da pesquisa que integra o Projeto de Investigação “Intervenção Social junto de pessoas com diabetes”, em curso no CLISSIS.

Resumo: A Saúde tem sido, desde os primórdios da profissão, um dos principais campos de atividade do Serviço Social, nomeadamente em relação à avaliação e intervenção sobre os determinantes sociais da saúde. O desafio atual do crescimento das doenças crónicas, como a diabetes, faz com que utentes e cuidadores requeiram um maior apoio do Assistente Social, e que este se integre em equipas multidisciplinares de profissionais de saúde.

A diabetes *mellitus* tipo 1 é uma doença autoimune crónica, com particular impacto em indivíduos na fase da adolescência. Está associada a complicações que podem ser prevenidas, através de uma boa adaptação e compensação da doença, com controlo da glicémia e bons hábitos de vida, de alimentação e de exercício físico. Pelas suas características de desenvolvimento, a adolescência é um período de grande mudança que exige dos adolescentes e das suas famílias um esforço acrescido de adaptação à doença crónica e que requer uma intervenção diferenciada por parte das equipas de saúde. Com isto, a diabetes exige uma reorganização dos hábitos pessoais e familiares a vários níveis, implicando não uma cura, mas uma gestão quotidiana.

Na presente revisão, entende-se que os fatores protetores se tornam essenciais na obtenção de bons resultados de saúde pelos adolescentes com diabetes *mellitus* tipo 1. Tanto os adolescentes, como as suas famílias e a comunidade em que estão inseridos podem e devem contribuir para que estes fatores protetores existam e permaneçam, não deixando que o efeito dos fatores de risco se sobreponha. Neste enquadramento, o Assistente Social pode representar um papel fundamental na identificação de lacunas e na articulação e acesso a recursos passíveis de potenciar os fatores protetores individuais, familiares e comunitários.

Palavras-chave: Fatores protetores; Diabetes *mellitus* tipo 1 na adolescência; Serviço Social; Intervenção Social.

Abstract: Health has been one of the main fields of activity of Social Work, since the early days of the profession, particularly in relation to the assessment and intervention on the social determinants of health. The current challenge due to the increase of chronic diseases, such as diabetes, makes patients and informal carers require greater support from the Social Worker. Furthermore, novel models of healthcare require that the Social Worker be integrated into multidisciplinary teams of healthcare professionals.

Type 1 diabetes mellitus is a chronic autoimmune disease, with particular impact on individuals in the adolescence stage. It is associated with health complications, that can be prevented through a good adaptation and compensation of the disease, with glycemic control and good habits of life, diet, and physical exercise. Because of its developmental characteristics, adolescence is a period of great change that demands from them and their families an increased effort to adapt to chronic illness, while requiring a differentiated intervention by health teams. With this, diabetes requires a reorganization of personal and family habits at various levels, implying not a cure, but daily management.

In the present review, it is understood that protective factors become essential in achieving good health outcomes by adolescents with type 1 diabetes mellitus. Adolescents, their families, and the community in which they are inserted can and should contribute so that these protective factors exist and persist, not allowing the effect of risk factors to overcome. Within this framework, the Social Worker can play a key role in identifying gaps and in articulating and providing access to resources which can enhance individual, family, and community protective factors.

Keywords: Protective factors; Type 1 diabetes mellitus in adolescence; Social Work; Social Intervention.

Introdução

A Saúde tem sido, desde os primórdios da profissão, um dos principais campos de atividade do Serviço Social, o que fica patenteado com a criação, em 1905, do primeiro posto de Serviço Social no *Massachusetts General Hospital* (Branco & Farçadas, 2012, p. 1) e na publicação da obra seminal de Ida Cannon "*Social Work in Hospitals: A Contribution to Progressive Medicine*", em 1913.

A institucionalização do Serviço Social na Saúde está diretamente relacionada com o movimento hospitalar e a consequente alteração do contexto de exercício da Medicina, surgindo, assim, associado à natureza coletiva da prestação de cuidados de saúde e à consagração das equipas multiprofissionais, no âmbito da saúde (Cowles, 2003, citado por Branco & Farçadas, 2012, p. 1).

Em Portugal, podemos referir, como marco relevante, a proposta de João Porto, médico, professor e diretor da Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra, em 1940, relativa à organização do Serviço Social do Hospital da Universidade de Coimbra (Martins, 1999, p. 342-343). Poucos anos depois, com a Lei n.º 2011, de 2 de abril de 1946, que promulga as bases para a organização hospitalar, o Serviço Social passa a estar contemplado, quer nos Hospitais Regionais, quer nos Hospitais Sub-regionais. Prevê o mesmo diploma que o "*Estado prestará auxílio às iniciativas particulares que se proponham preparar enfermeiros, assistentes, visitadoras e outros agentes do serviço social*" (Base xxv).

Importa, ainda, acrescentar que a formação de assistentes sociais é, ao tempo, muito recente, já que a primeira escola – o Instituto de Serviço Social – foi criada, em Lisboa, em 1935 e, a segunda, – a Escola Normal Social – em Coimbra, dois anos depois (Martins, 1999, p. 231).

A ação dos assistentes sociais implica o diagnóstico psicossocial da pessoa e o tratamento da problemática social que incide sobre o processo de saúde e de doença (Branco & Farçadas, 2012, p. 6), podendo, então, considerar-se que o foco do assistente social na saúde está sobre os fatores sociais da saúde (Branco & Farçadas, 2012, p. 7).

Cabe aqui evocar o conceito de determinantes sociais da saúde, ou seja, *“as condições sociais em que as pessoas nascem, crescem, vivem, trabalham e envelhecem e o conjunto mais vastos de sistemas que moldam as condições da vida quotidiana”* (OMS, 2011). Esses determinantes incluem *“as experiências do indivíduo em seus primeiros anos de vida, educação, situação econômica, emprego e trabalho decente, habitação e meio ambiente, além de sistemas eficientes para a prevenção e o tratamento de doenças”* (OMS, 2011).

A presença do Assistente Social na área da saúde é uma mais-valia para a intervenção a realizar: *“a sua intervenção incide nos fatores sociais da saúde ou doença e pode ocorrer numa dimensão direta com o utente, na intervenção em casos concretos, ou com um caráter mais global e abrangente, nos estudos epidemiológicos e de promoção da saúde”* (Guerra, 2019, p. 62).

O assistente social pode, ainda, ser um agente promotor de literacia em saúde, quer no que diz respeito ao acesso aos direitos, em que o acesso ao sistema de saúde tem lugar preponderante, quer sensibilizando os diferentes públicos para a importância do autocuidado e de hábitos de vida saudáveis (Ferreira & Espírito Santo, 2018, p. 48).

Em suma, a missão dos Assistentes Sociais na saúde centra-se, nomeadamente, em *“enfatizar a centralidade dos fatores psicossociais como determinantes da saúde e do tratamento num modelo de cuidados integrais de saúde, que integra a pessoa, os recursos e o ambiente”* (Guerra, 2019, p. 65). Com isto, o Serviço Social apresenta-se como uma *“função histórica consolidada com um papel relevante para os ganhos na situação de saúde da população, no acesso aos cuidados de saúde e na qualificação e humanização dos serviços”* (Guerra, 2019, p. 65).

A participação na gestão de doenças crónicas representa um grande desafio para o Serviço Social, não só devido à quantidade de

serviços formais e informais exigidos pelo número crescente da população com doenças crónicas, mas também porque os cuidadores requerem o apoio do Assistente Social (Christ & Diwan, 2008, p. 1).

Ora, a diabetes *mellitus* não é apenas um exemplo de doença crónica, como é considerada um problema de saúde pública no mundo, estando associada a complicações agudas que podem ser prevenidas, através de uma boa adaptação e compensação da doença, com controlo da glicémia e bons hábitos de vida, de alimentação e de exercício físico (Duarte, 2022a *apud* Serrabulho & Matos, 2005, p. 5).

A diabetes *mellitus* apresenta diversos tipos, sendo que, para a investigação em que se insere a produção deste artigo, importa abordar, ainda que sumariamente, a diabetes *mellitus* tipo 1. Trata-se de uma doença autoimune crónica, causada pela destruição das células produtoras de insulina do pâncreas, pelo sistema de defesa do organismo. Como consequência desta incapacidade do próprio organismo em produzir insulina, os indivíduos com diabetes tipo 1 apresentam uma dependência da administração exógena de insulina para impedir a cetose e preservar a sua vida (Spínola & Silva, 2018, p. 700). O seu surgimento pode ocorrer em qualquer idade tendo uma incidência muito baixa nos primeiros meses de vida e atingindo o seu pico durante a puberdade (Pérez-Marín, Gómez-Rico & Montoya-Castilla, 2015, p. 158).

O público-alvo deste estudo consiste nos adolescentes com diabetes *mellitus* tipo 1, tornando-se, então, relevante abordar o conceito de adolescente. Segundo a World Health Organization (2022), a adolescência corresponde ao período dos 10 aos 19 anos, sendo a fase de vida entre a infância e a vida adulta (Levy, 1998; Prazeres, 1998b citados por Serrabulho & Matos, 2005, p. 8). Assim, a adolescência tem início com a puberdade, período este de rápidas alterações hormonais, caracterizadas por transformações corporais e psicológicas que são essenciais e determinantes no desenvolvimento da personalidade do indivíduo (Thompson e Green, 1997; Levy, 1998; Scheidt, Overpeck, Wyatt e Aszmann, 2000; Duarte e Góis, 2002 *apud* Serrabulho & Matos, 2005, p. 8).

Pelas suas características de desenvolvimento, a adolescência é um período de grande mudança que exige dos adolescentes

e das suas famílias um esforço acrescido de adaptação à doença crónica e que requer uma intervenção diferenciada por parte das equipas de saúde. Com isto, a diabetes exige uma reorganização dos hábitos pessoais e familiares a vários níveis, implicando não uma cura, mas uma gestão quotidiana (Ribeiro, 1998 *apud* Flora & Gameiro, 2016, p. 18).

Identificar os fatores protetores da diabetes na adolescência afigura-se, então, um imperativo, para a consolidação da intervenção social nesta área.

1. Fatores Protetores - conceito

A sociedade contemporânea está inserida num mundo complexo e com diversos problemas que acumulam riscos que vão desde as variáveis genéticas e biológicas até às psicossociais (Sapienza & Petromônico, 2005, p. 2009). Estes riscos tornam os indivíduos vulneráveis e podem consistir na desnutrição, no baixo peso, nas lesões cerebrais, no atraso no desenvolvimento, na família desestruturada, no desemprego e na dificuldade no acesso à saúde e à educação (Sapienza & Pedromônico, 2005, p. 210).

Com os vários riscos que existem na sociedade, tanto as crianças como os adolescentes estão expostos a diversas experiências de crise que ocorrem nos seus primeiros anos de vida, podendo, mais tarde, vir a sofrer danos a longo prazo ou a terem resultados negativos em saúde (Buchana, 2014, p. 245).

Os fatores protetores podem mitigar os fatores de risco e promover a resiliência do adolescente (Rutter, 1989 *apud* Buchana, 2014, p. 245). Então, proteger significa oferecer condições de crescimento e de desenvolvimento, de fortalecimento do indivíduo em formação, sendo um conceito que *“faz parte do contexto das relações primárias e do universo semântico das políticas sociais”* (Schenker & Minayo, 2005, p. 711).

Rutter (1985) define fatores protetores como fatores que modificam ou alteram a resposta pessoal relativamente a algum risco ambiental que predispõe o mau resultado adaptativo, como o de-

envolvimento da criança, o seu temperamento e a sua habilidade de resolver problemas (Rutter, 1985, citado por Maia & Williams, 2005, p. 92). Posteriormente, o mesmo autor afirmou que os fatores protetores permitem uma resposta mais adaptada e que podem não ter um efeito tão claro se não existir uma situação de stress (Rutter, 1987 *apud* Mendes, 2015, p. 29).

Outros autores, como Garmezy (1983), resumem os fatores protetores como disposições pessoais positivas, um meio familiar de apoio e, por fim, um meio externo social que funciona como um sistema de apoio, reforçando os vários esforços da criança, por forma a que esta consiga enfrentar o problema (Garmezy, 1983 citado por Rae-Grant *et al.*, 1989, p. 263).

Nesta linha, pode afirmar-se que os fatores protetores são condições ou atributos de indivíduos, famílias, comunidades ou da sociedade em geral, que reduzam ou eliminem o risco e que promovam a saúde, o desenvolvimento e o bem-estar das crianças e das famílias (U.S. Department of Health and Human Services *et al.*, 2014, p. 4). Estes fatores protetores podem servir como amortecedores que ajudam a família a encontrar recursos, apoios e estratégias de sobrevivência que lhes permitam ter uma parentalidade positiva, mesmo sob efeito de stress (U.S. Department of Health and Human Services *et al.*, 2014, p. 4).

Com isto, é importante perceber-se que os fatores protetores têm características essenciais que permitem provocar uma modificação da resposta da pessoa aos processos de risco (Pesce *et al.*, 2004, p. 137), possuindo quatro funções: a função de reduzir o impacto dos riscos, alterando a exposição da pessoa à situação de adversidade; a função de reduzir as reações negativas que seguem a exposição da pessoa face à situação de risco; a função de estabelecer e manter a autoestima; e, por fim, a função de criar oportunidades para reverter os efeitos do stress (Rutter, 1987, *apud* Mendes, 2015, p. 28).

Com a revisão bibliográfica realizada sobre fatores protetores, percebeu-se que os vários autores que estudaram este conceito tipificaram os fatores protetores em 3 níveis: fatores protetores individuais, fatores protetores familiares, e por fim, fatores protetores comunitários.

2. Fatores Protetores individuais

Para vários autores, os fatores protetores individuais das crianças incluem um temperamento positivo, uma inteligência acima da média e competências sociais (Rutter *et al.*, 1970b, Garmezi *et al.*, 1984 e Rolf, 1972, citados por Rae-Grant *et al.*, 1989, p. 263). Estas competências sociais incluem a realização, a participação e a competência em atividades, principalmente, a capacidade de se relacionar com os outros e de participar ativamente na sua realização académica (Rae-Grant *et al.*, 1989, p. 263).

Os fatores protetores positivos para a proteção dos adolescentes consistem na oportunidade de o mesmo interagir com os outros adolescentes e com outras pessoas fora do seu meio familiar, nos estilos parentais adequados, numa boa qualidade de interação com a comunidade e, por fim, na oportunidade de uma rede social fortemente estabelecida (Holden *et al.*, 1998 *apud* Maia & Williams, 2005, p. 98).

De acordo com Werner (1998), os adolescentes conseguem lidar de forma adequada com as adversidades que surgem ao longo da sua vida, sendo socialmente mais perceptivos do que os seus familiares que não conseguem lidar com essas situações de adversidade (Werner, 1998 *apud* Maia & Williams, 2005, p. 98). Desta forma, ao conseguirem lidar e resolver estas adversidades são também capazes de despertar uma atenção positiva das outras pessoas, desenvolvendo a habilidade de resolver problemas e a habilidade de pedir ajuda a outros e, ainda, de ajudar os outros quando é necessário, podendo influenciar positivamente o seu meio envolvente (Werner, 1998 *apud* Maia & Williams, 2005, p. 98).

A este fenómeno dá-se o nome de resiliência. Para Pesce *et al.* (2004, p. 135), a resiliência pode ser compreendida como um conjunto de processos sociais e intrapsíquicos que possibilitam o desenvolvimento de uma vida saudável, mesmo que não vivam nesse ambiente. Neste âmbito, Pesce *et al.* (2004, p. 135) defendem também que este processo resulta da combinação entre os atributos da criança ou jovem e do seu meio ambiente familiar, social e cultural.

Com isto, entende-se que a resiliência é considerada como

um dos fatores de proteção individuais do adolescente, visto que se refere à ocorrência de bons resultados, mesmo existindo diversas ameaças ao seu desenvolvimento (Rutter, 1985 *apud* Maia & Williams, 2005, p. 99).

Por fim, é também importante realçar que o vínculo afetivo com o cuidador alternativo, isto é, com avós, irmãos, tios, é também um fator de proteção, visto que estas pessoas se podem tornar num suporte essencial nos momentos de stress, conseguindo promover no adolescente a sua autonomia, a sua segurança e a sua confiança (Werner, 1998 *apud* Maia & Williams, 2005, p. 98).

3. Fatores Protetores familiares

A família é um elemento fundamental para o desenvolvimento da criança e do jovem, pois é essencial para a determinação e organização da personalidade e consegue influenciar o comportamento do indivíduo nas ações e nas medidas educativas no meio familiar (Drummond e Drummond Filho, 1998, citados por Prata & Santos, 2007, p. 248). Esta é considerada como um lugar de privilegiado afeto, estando inseridos os relacionamentos íntimos, expressão de emoções e de sentimentos (Romanelli, 1997, citado por Prata & Santos, 2007, p. 250).

Para além disto, é também responsável pelo processo de socialização do adolescente, podendo ser identificada como um fator de risco ou como um fator protetor, dependendo do estilo parental utilizado, como afirma Reppold *et al.* (2002) *apud* Maia & Williams (2005, p. 97). Desta forma, o bom funcionamento familiar, a existência de um vínculo afetivo, o apoio e a monitorização parental são fatores protetores que reduzem a probabilidade dos adolescentes terem uma má conduta (Maia & Williams, 2005, p. 97).

Outros autores, nomeadamente Rutter *et al.* (1975), consideram que os fatores protetores familiares favoráveis incluem o apoio dos pais, a proximidade familiar e o estabelecimento de regras, pois, num dos seus estudos, descobriram que uma relação de apoio pode promover um efeito protetor no adolescente (Rutter *et al.*, 1975 *apud*

RaeGrant *et al.*, 1989, p. 263).

De acordo com Augusto *et al.* (2014, p. 1002), as famílias, quando estão perante uma situação de stress, conseguem responder positivamente e ajustar-se de forma a conseguirem sair da situação de forma positiva. Isto quer dizer que a família adquiriu a capacidade de resiliência, tendo a capacidade de ultrapassar uma situação que poderia ter sido traumática, mas, ao serem resilientes, adaptaram-se de forma positiva às dificuldades (Augusto *et al.*, 2014, p. 1002).

Então, a resiliência familiar é perspetivada como uma habilidade da família em desenvolver forças que permitem ultrapassar as várias mudanças que ocorrem na vida. Esta perspetiva reconhece as forças e as dinâmicas das relações familiares e considera que o stress familiar e as mudanças não são um obstáculo, mas sim uma oportunidade de crescimento (Black & Lobo, 2008 citados por Augusto *et al.*, 2014, p. 1002).

Ainda no âmbito da resiliência familiar, Masten e Reed (2005), citados por Gardner *et al.* (2008, p. 107), defendem que a resiliência representa o domínio das famílias sobre as tarefas de desenvolvimento, ou seja, a família agrega processos de vulnerabilidade e processos de proteção que interagem para afetar o funcionamento da família e de todos os seus membros envolventes (McCubbin & McCubbin, 1991; Walsh, 2003 apud Gardner *et al.*, 2008, p. 107).

Para além da resiliência familiar ser considerada como um fator protetor familiar, é relevante dar importância a outros autores que abordam outros elementos, como fatores protetores familiares, nomeadamente Gomide (2003), que destaca as práticas educativas positivas que envolvem o uso adequado de atenção e a distribuição de privilégios; o adequado estabelecimento de regras; a distribuição contínua e segura de afeto; o acompanhamento e supervisão das atividades escolar e de lazer; e, por fim, o comportamento moral, que implica o desenvolvimento da empatia, do senso da justiça, do trabalho, da responsabilidade, da generosidade e o conhecimento do certo e do errado (Gomide, 2003 apud Maia & Williams, 2005, p. 97).

Guralnick (1998), outro autor citado por Maia e Williams (2005, p. 98), assinalou a existência de três padrões que podem ser identificados como fundamentais na interação da família com o adolescente,

principalmente, a qualidade da interação, a medida em que a família proporciona ao adolescente experiências diversas e apropriadas com o ambiente físico e social ao seu redor e, por fim, o modo pelo qual a família garante e promove a saúde e a segurança do adolescente.

Por fim, Masten (2011) e Masten, Best e Garmezy (1990) defendem que fatores protetores como a maturidade, o autocontrolo e as relações positivas entre os pais e os filhos podem influenciar ou reduzir o impacto da adversidade sobre o desenvolvimento do adolescente, contribuindo para resultados mais resilientes (Masten, 2011; Masten, Best e Garmezy, 1990 citados por Monaghan *et al.*, 2015, p. 879). Estes resultados incluem uma elevada qualidade de vida relacionada com a saúde, baixos níveis de angústia e boa gestão das doenças, como afirma Hilliard *et al.* (2012), *apud* Monaghan *et al.* (2015, p. 879).

4. Fatores Protetores comunitários

Os fatores protetores comunitários estão articulados com a relação que o adolescente estabelece com outros elementos fora do seu meio familiar e com as instituições com as quais mantém contacto (Rae-Grant *et al.*, 1989, citados por Maia & Williams, 2005, p. 98).

A escola é um poderoso agente de socialização da criança e do adolescente, podendo constituir-se como um fator fundamental na potencialização da resiliência dos adolescentes, pois apresenta fortes instrumentos para a promoção da autoestima e do desenvolvimento dos mesmos (Schenker & Minayo, 2005, p. 713). Fornece suporte emocional e os professores podem também servir como um modelo positivo de identificação pessoal para o adolescente, como afirma Werner (1998), citada por Maia & Williams (2005, p. 98).

Também a disponibilidade de outros familiares e amigos exerce um efeito protetor sobre os adolescentes (Werner & Smith, 1982 citados por Rae-Grant *et al.*, 1989, p. 263).

Face ao exposto, o suporte que é fornecido pelas redes para além da família e o envolvimento tanto da escola, como dos profissionais de apoio é considerado como um fator protetor (Drummond *et al.*,

2002 *apud* Gardner *et al.*, 2008, p. 108). Com isto, percebe-se que este é um fator que oferece suporte emocional, informativo, psicológico, instrumental e económico, pois a disponibilidade do mesmo está conectada ao suporte emocional e ao bem-estar do adolescente (Gardner *et al.*, 2008, p. 108).

5. Fatores Protetores na diabetes *mellitus* tipo 1

A diabetes *mellitus* tipo 1 é uma doença crónica que implica um acompanhamento frequente de educação e de apoio por parte do meio ambiente e uma boa gestão da doença. A adesão aos cuidados da diabetes necessita de um elevado grau de autogestão, no âmbito de uma rotina complexa da insulino-terapia, de uma nutrição saudável, controlo glicémico frequente e exercício físico regular (Serrabulho *et al.*, 2012, p. 12).

A adesão ao autocuidado pode constituir um desafio para a maioria das pessoas com diabetes, mas é ainda mais difícil para os adolescentes (Flora & Gameiro, 2016, p. 32) devido às alterações hormonais associadas ao crescimento, ao desenvolvimento físico e psicológico acelerado, à ingestão alimentar variável, aos padrões variáveis de exercício físico e das atividades escolares, à ocorrência de problemas comportamentais associada a dificuldades psicossociais e, por fim, ao tratamento dependente dos pais (Craig *et al.*, 2022).

Para o adolescente não sofrer complicações da diabetes, é necessário que adote um conjunto de tratamentos e de cuidados diários, prescritos por profissionais de saúde (Spínola & Silva, 2018, p. 670). Para além disto, é necessário que o adolescente entenda em que consiste a doença crónica, a complexidade do seu tratamento, as mudanças de estilo de vida que são impostas pelo tratamento, e consiga ultrapassar o medo de ocorrência de hipoglicemia e da antecipação de dor com os procedimentos de injeção de insulina e de monitorização glicémica (Aronson, 2012; McGill & Levitsky, 2016 *apud* Spínola & Silva, 2018, p. 671).

Desta forma, para a gestão da diabetes, é necessário que existam fatores protetores relacionados com a maturidade, o autocuidado,

o autocontrolo e relações positivas entre pais e filhos e uma relação positiva do adolescente com o seu meio envolvente. Pérez-Marín *et al.* (2015, p. 160) referem que os principais fatores de proteção para um adolescente com diabetes *mellitus* tipo 1 consistem na adaptação à doença, incluindo um sentimento positivo de autoeficácia, autocuidado, estratégias adequadas de sobrevivência, a tomada de decisões e resolução de problemas quando lida com situações de stress e, por fim, a capacidade de comunicação e reflexão.

Monaghan *et al.* (2014, p. 878) defendem que a resiliência é um dos fatores protetores relacionados com uma boa gestão da diabetes, sendo necessária tanto nos adolescentes, como nos familiares. Esta resiliência ocorre quando o adolescente ou a família alcançam um resultado positivo, em pelo menos um domínio, mesmo que continuem a existir fatores de risco ou situações de crise (Monaghan *et al.*, 2014, p. 878).

O autocuidado é um elemento fundamental para a gestão da diabetes do adolescente com diabetes *mellitus* tipo 1, pois está relacionado com a administração de insulina, a monitorização da glicose no sangue, a manutenção de registos de administração de insulina e de níveis de glicose, a gestão de hipoglicemias e hiperglicemias, cumprimento de planos de refeição e a realização de exercício físico regular, como afirma Chien *et al.* (2007), citados por Flora & Gameiro (2016, p. 19).

Por vezes, o adolescente não realiza o autocuidado e este desvio pode resultar de características da doença e do tratamento, nomeadamente, pelo facto da diabetes ser uma doença crónica sem desconforto imediato nem risco evidente, podendo comprometer a gestão adequada da doença, visto que a prescrição de insulina e avaliação da sua ação estão dependentes da apreciação que os adolescentes e respetiva família assumem perante a diabetes (Anderson *et al.* citados por Lewin *et al.*, 2009, apud Flora & Gameiro, 2016, p. 33).

Com isto, quer-se dizer que é importante perceber a forma como o adolescente interpreta, apreende e constrói o processo da doença, relativamente às exigências da educação terapêutica e da sua adaptação ao contexto social (Flora & Gameiro, 2016, p. 19).

A diabetes, como referido anteriormente, é uma doença crónica

que implica um acompanhamento frequente de educação, podendo influenciar o *coping* e o bem-estar dos adolescentes com diabetes (Serrabulho et al., 2015, p. 27). O *coping* pode ser aqui entendido como estratégias que são utilizadas de forma consciente para lidar com as situações stressantes que o adolescente enfrenta (Lisboa et al., 2002, citados por Kristensen et al., 2010, p. 22).

O processo de *coping* pode ser entendido como uma interação do indivíduo com o seu meio envolvente, considerando-se que as estratégias variam de acordo com os contextos em que o mesmo está inserido e de acordo com as suas características pessoais (Lisboa et al., 2002, apud Kristensen et al., 2010, p. 23).

Por último, um fator protetor na diabetes de certa forma inesperado, é a perceção dos respetivos sintomas. Geralmente, quando se pensa em sintomas da diabetes, associa-se a algo negativo, a um fator de risco para a progressão negativa da doença. Contudo, Huang (2009), ao investigar a relação dos fatores de risco e dos fatores protetores, com os resultados e o nível de resiliência na diabetes, chegou à conclusão de que a perceção dos sintomas da diabetes é um fator protetor.

Assim, Skelly et al. (2008), citados por Huang (2009, p. 173), afirmam que, para se melhorar os resultados de saúde, a identificação dos sintomas da diabetes, ou a experiência desses sintomas, pode tornar-se fundamental para a realização de atividades de autocuidado adequado.

Importa salientar que, sendo certo que a diabetes tem um impacto no adolescente, ela tem também um impacto nas suas famílias, nomeadamente, na esfera social, comportamental e financeira (Flora & Gameiro, 2016, p. 18). Efetivamente, num estudo realizado em Portugal onde foram analisadas as atitudes, desejos e necessidades de familiares de pessoas com diabetes tipo 1, concluiu-se que a diabetes é um peso físico e psicológico para os familiares das pessoas com diabetes tipo 1, tendo um impacto significativo no seu bem-estar emocional devido às preocupações e ao papel efetivo nos cuidados à pessoa com diabetes (Nascimento Do Ó et al, 2022, p. 735).

Desta forma, para os adolescentes com diabetes tipo 1 conseguirem uma boa gestão da diabetes é necessário a adesão a um sis-

tema que permita que este alcance um bom controlo metabólico. Caso não seja possível o alcance de um bom controlo metabólico, podem surgir fatores de risco que prejudiquem a qualidade de vida do adolescente.

Para Gonçalves (1996) e Mota (1997), quando existe a confirmação de que o adolescente tem diabetes *mellitus* tipo 1, o núcleo familiar, frequentemente, foca-se na doença, por meio da redistribuição das responsabilidades, reorganização da rotina diária e a renegociação dos papéis familiares (Gonçalves, 1996; Motta, 1997, citados por Mello, 2006, p. 22-23). Com isto, surgem também na família desafios psicossociais, sendo necessário e fundamental que a família consiga desenvolver um elevado nível de literacia sobre a diabetes.

Então, a família tem a responsabilidade de fornecer o suporte básico para o crescimento e desenvolvimento do adolescente, como alimentação, estímulo e afetos adequados, interações e dinâmicas com o ambiente incentivadas e direcionadas para o adolescente na sua inserção social (Sakae, 2004, citada por Mello, 2006, p. 28).

Além do mais, a família necessita de ter a capacidade de se adaptar às consequências e complicações da diabetes, de ter uma coesão familiar que permita uma relação estável e segura entre o adolescente e respetiva família, de forma a conseguirem uma organização familiar equilibrada.

Desta forma, é importante que, no seio familiar, seja trabalhado o equilíbrio entre a independência e a dependência do adolescente. Ou seja, o adolescente com diabetes requer da família e dos profissionais de saúde esforços conjuntos para atingirem um bom controlo metabólico com o objetivo de diminuir as complicações futuras da doença (Zanetti *et al.*, 2001 citados por Mello, 2006, p. 24).

Abordando agora a questão dos fatores protetores na comunidade, o adolescente passa grande parte do seu dia na escola e, por este motivo, as escolas devem assegurar aos adolescentes com diabetes as mesmas oportunidades e devem ter profissionais capacitados e formados para assegurar a prestação de cuidados em situações de descompensação da diabetes (Feitor *et al.*, 2020, p. 365).

Isto quer dizer que, quando nas escolas existem alunos com diabetes, deve ser implementado o Programa Nacional de Saúde

Escolar, que apresenta dois objetivos: promover um ambiente escolar saudável e seguro e aumentar a literacia da comunidade (Feitor et al., 2020, p. 365). Com este programa, são também implementados protocolos e planos de saúde individuais, que são elaborados com o adolescente, a família e a equipa da saúde escolar (Feitor et al., 2020, p. 365).

A Orientação n.º 006/2016, de 23 de novembro, da Direção-Geral da Saúde e da Direção-Geral de Educação, reforçou o compromisso de todos os intervenientes na gestão da diabetes *mellitus* tipo 1 na escola, a promoção da saúde, a prevenção das intercorrências e a minimização do impacto da diabetes no desempenho escolar (Friães, 2019, p. 11). Esta orientação recomenda o acompanhamento das crianças e dos jovens com diabetes e promove os cuidados de qualidade às crianças e jovens com diabetes, no meio escolar, realizando-se o Plano de Saúde Individual (Friães, 2019, p. 11).

Posto isto, é importante ainda salientar que a equipa de saúde escolar integra a Equipa Multidisciplinar do Agrupamento de Escolas, facultando o melhor conhecimento sobre a diabetes aos profissionais de educação, tendo como finalidade uma abordagem participada, integrada e eficaz na doença crónica (Friães, 2019, p. 10).

Notas Conclusivas

Face à revisão bibliográfica realizada sobre fatores protetores, entende-se que estes se tornam essenciais na proteção dos indivíduos, nomeadamente, dos adolescentes com diabetes *mellitus* tipo 1. Tanto os adolescentes, como as suas famílias e a comunidade em que estão inseridos podem e devem contribuir para que estes fatores protetores existam e permaneçam, não deixando que os fatores de risco se sobreponham.

A diabetes é uma doença crónica que não tem cura, que requer cuidados e um tratamento diário complexo que deve envolver não apenas o adolescente, mas também as pessoas que o rodeiam, nomeadamente, família e comunidade. Torna-se, aqui, fundamental que tanto o adolescente com diabetes, como a família e atores-chave

da comunidade adotem comportamentos que visem potenciar os fatores protetores, para uma boa gestão desta doença crónica, não permitindo que as complicações da diabetes se tornem uma realidade na vida destes adolescentes.

No que ao Serviço Social diz respeito, importa desenvolver um processo reflexivo que contribua para a resposta a perguntas como: Quais os desafios que o Assistente Social enfrenta na sua intervenção com um adolescente com diabetes *mellitus* tipo 1 e suas famílias? De que modo pode o Assistente Social contribuir para potenciar os fatores protetores nos adolescentes com diabetes *mellitus* tipo 1?

Esperamos, com este artigo, contribuir para uma interlocução alargada, alimentando o debate sobre um tema que reputamos relevante e que não tem sido alvo da atenção necessária, por parte do Serviço Social, nomeadamente em Portugal.

Referências Bibliográficas

- Augusto, C.C.V.C.O.F, Araújo, B.R, Rodrigues, V.M.C.P & Figueiredo, M.C.A.B. (2014). Adaptação e validação do Instrumento Inventory of Family Protective Factor para a cultura portuguesa. *Revista Latino-Am. Enfermagem*, 22(6), pp. 1001-1008. <https://doi.org/10.1590/0104-1169.3315.2509>
- Buchana, A. (2014). Risk and Protective Factors in Child Development and the Development of Resilience. *Open Journal of Social Sciences*, 2014, 2, pp. 244-249. <http://dx.doi.org/10.4236/jss.2014.24025>
- CDSS (2010). *Redução das desigualdades no período de uma geração. Igualdade na saúde através da acção sobre os seus determinantes sociais. Relatório Final da Comissão para os Determinantes Sociais da Saúde*. Portugal, Organização Mundial da Saúde.
- Craig, M.E., Codner, E., Mahmud, F.H., Marcovecchio, M.L., DiMeglio, L.A., Priyambada, L. & Wolfsdorf, J.I. (2022). Clinical Practice Consensus Guidelines 2022. *Internacional Society for Pediatric and Adolescent Diabetes*, 23(8), pp. 1157-1159. <https://doi.org/10.1111/pedi.13441>

- Feitor, S., Veiga, A.R, Silva, A., Silva, V., Duarte, S., Sousa, M. R. & Bastos, F. (2020). Empowerment Comunitário em Saúde Escolar – Adolescente com Diabetes Mellitus tipo 1. Suplemento digital *Revista ROL Enfermagem* 43(1), pp. 364-373.
- Ferreira, F. & Espírito Santo, M.I. (2018). Planeamento de alta hospitalar: Perspetivas e reflexões acerca dos protelamentos sociais em Portugal. *Alternativas. Cuadernos de Trabajo Social*, 25, pp. 33-50. <https://doi.org/10.14198/ALTERN2018.25.02>
- Flora, M.C. & Gameiro, M.G.H. (2016). Autocuidado dos Adolescentes com Diabetes Mellitus tipo 1: Conhecimento acerca da Doença. *Revista de Enfermagem Referência*, 4(8), pp. 17-26. <http://dx.doi.org/10.12707/RIV16010>
- Flora, M.C., & Gameiro, M.G.H. (2016). Dificuldades no autocuidado dos adolescentes com diabetes mellitus tipo 1. *Revista de Enfermagem*, 4(11), pp. 31-40. <http://dx.doi.org/10.12707/RIV16062>
- Friães, P. (2019). Módulo 1 – A criança e o jovem com diabetes Mellitus tipo 1 (DM1) – 2. Orientações e normas técnicas. In Programa Nacional Para a Diabetes – Crianças e Jovens com Diabetes Mellitus tipo 1. *Manual de Formação Resumido para Apoio aos Profissionais de Saúde e de Educação*. (pp. 10-11) Lisboa: Direção-Geral da Saúde.
- Gardner, D.L., Huber, C. H., Steiner, R., Vasquez, L.A. & Savage, T. A. (2008). The Development and Validation of the inventory of Family Protective Factors: A brief Assessment for Family Counseling. *The Family Journal: Counseling and therapy for couples and families*, 16(2), pp. 107-117
- Huang, M.F. (2009). *Resilience in chronic disease: The relationships among risk factors, protective factors, adaptive outcomes, and the level of resilience in adults with diabetes*. Tese de Doutoramento em Filosofia na Queensland University of Technology.
- Kristensen, C.H., Schaefer, L.S. & Busnello, F.B. (2010). Estratégias de coping e sintomas de stress na adolescência. *Estudos de Psicologia, Campinas*, 27(1), pp. 21-30. <https://doi.org/10.1590/S0103-166X2010000100003>
- Maia, J.M.D. & Williams, L.C.A. (2005). Fatores de risco e fatores de proteção ao desenvolvimento infantil: uma revisão da área. *Temas*

- em Psicologia*, 13(2), pp. 91-103.
- Martins, A.M.C. (1999). *Génese, emergência e institucionalização do serviço social português*. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.
- Mello, M.B. (2006). *Déficits de autocuidado vivenciados por famílias de crianças e adolescentes com diabetes mellitus tipo 1*. Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina, para a obtenção do título de Mestre em Enfermagem - Área de concentração: Filosofia, Saúde e Sociedade.
- Mendes, A.R. F. (2015). Fatores de risco e fatores de proteção na infância. Dissertação de candidatura ao grau de Mestre em Medicina Legal submetida ao Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar da Universidade do Porto.
- Monaghan, M., Clary, L., Stern, A., Hilliard, M.E. & Streisand, R. (2015). Protective Factor in young Children With type 1 Diabetes. *Journal of Pediatric Psychology*, 40(9), pp. 878-887. <https://doi.org/10.1093/jpepsy/jsv041>
- Nascimento do Ó, D., Serrabulho, M.L., Ribeiro, R.T., Silva, S., Covinhas, A., Afonso, M.J., Boavida, J.M. & Raposo, J.F. (2022). Relações Interpessoais na Diabetes: Perspetiva e Experiência de Pessoas com Diabetes, Cuidadores Informais, e Profissionais de Saúde em Portugal. *Revista Científica da Ordem dos Médicos*, 10(35), pp. 729-727.
- Organização Mundial de Saúde (2011). *Declaração Política do Rio sobre Determinantes Sociais da Saúde*. Rio de Janeiro: World Conference on Social Determinants of Health.
- Pérez-Marín, M; Gómez-Rico, I., & Montoya-Castilla, I. (2015). Type 1 diabetes mellitus: psychosocial factors and adjustment of the pediatric patient and his/her family. Review
- Pesce, R., Assis, S., Santos, N. & Oliveira, R. C. (2004). Risco e Proteção: Em Busca de Um Equilíbrio Promotor de Resiliência. *Revista Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 20(2), pp. 135-143. <https://doi.org/10.1590/S0102-37722004000200006>
- Prata, E.M.M. & Santos, M.A. (2007). Família e Adolescência: A influência do Contexto Familiar no Desenvolvimento Psicológico dos seus membros. *Psicologia em Estudo, Maringá*, 12(2), pp. 247-

256. <https://doi.org/10.1590/S1413-73722007000200005>
- Rae-Grant, N., Thomas, H., Offord, D.R. & Boyle, M.H. (1989). Risk, Protective Factors, and the Prevalence of Behavioral and Emotional Disorders in Children and Adolescents. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 28(2), pp. 262-268. <https://doi.org/10.1097/00004583-198903000-00019>
- Sapienza, G. & Pedromônico, M.R.M. (2005). Risco, Proteção e Resiliência no Desenvolvimento da Criança e do Adolescente. *Revista Psicologia em Estudo, Maringá*, 10(2), pp. 209-216. <https://doi.org/10.1590/S1413-73722005000200007>
- Schenker, M. & Minayo, M.C.S. (2005). Fatores de risco e de proteção para o uso de drogas a adolescência. *Revista Ciência & Saúde Coletiva*, 10(3) pp. 707-717. <https://doi.org/10.1590/S1413-81232005000300027>
- Serrabulho, M.L & Matos, M.G. (2005). *Representações da saúde e estilos de vida nos adolescentes com diabetes tipo 1*. Associação Protectora dos Diabéticos de Portugal (APDP) e Faculdade de Motricidade Humana.
- Serrabulho, M.L, Matos, M.G., Nabais, J.V & Raposo, J.F. (2015). A educação para a saúde nos jovens com diabetes tipo 1. *Revista Psicologia, Saúde & Doença*, 2015, 16(1), pp. 70-85. <http://dx.doi.org/10.15309/15psd160208>
- Serrabulho, M.L., Matos, M.G. & Raposo, J.F. (2012). The health and lifestyles of adolescents with type 1 diabetes in Portugal. *European Diabetes Nursing*, 9(1), pp. 12-16.
- Spínola, J. & Silva, C.M. (2018). Perceção de obstáculos ao controlo da Diabetes tipo 1 em adolescentes. *Psicologia, Saúde, & Doenças*, 2018, 19(3), pp. 669-681. <http://dx.doi.org/10.15309/18psd190316>
- U.S. Department of Health and Human Services; Friends National Resouce Center for Community-Based Child Abuse Prevention & Center for the Study of Social Policy – Strengthening Families (2014). *Making Meaningful Connections: 2014 Prevention Resource Guide*.