



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO PAULO
CAMPUS BAIXADA SANTISTA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO ENSINO EM CIÊNCIAS DA SAÚDE

Joselma Silva Moreira

**ADOLESCENTES COM DIABETES MELLITUS TIPO 1: OS
DESAFIOS DO AUTOCUIDADO**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação Ensino em Ciências da Saúde da Universidade Federal de São Paulo – *campus* Baixada Santista, como requisito para obtenção do título de Mestre em Ensino em Ciências da Saúde, modalidade profissional.

Linha 3: Educação em Saúde na Comunidade

Santos

2024

JOSELMA SILVA MOREIRA

**ADOLESCENTES COM DIABETES MELLITUS TIPO 1:
OS DESAFIOS DO AUTOCUIDADO**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação Ensino em Ciências da Saúde da Universidade Federal de São Paulo – *campus* Baixada Santista, como requisito para obtenção do título de Mestre em Ensino em Ciências da Saúde, modalidade profissional.

Orientadora: Prof^a. Dra. Andréa Perosa Saigh Jurdi

Santos

2024

J83aa Moreira, Joselma.
Adolescentes com Diabetes Mellitus tipo 1: os
desafios do autocuidado. / Joselma Moreira;
Orientadora Andréa Jurdi. -- Santos, 2024.
45 p. ; 30cm

Dissertação (Mestrado Profissional - Pós-graduação
Ensino em Ciências da Saúde) -- Instituto de Saúde e
Sociedade, Universidade Federal de São Paulo, 2024.

1. Diabetes Mellitus tipo 1. 2. Adolescentes. 3.
Educação em Saúde. 4. Autocuidado. I. Jurdi, Andréa .
Orient. II. Título.

CDD 610.7

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO PAULO
CAMPUS BAIXADA SANTISTA

**Programa de Pós-Graduação em Ensino
em Ciências da Saúde**

INSTITUTO SAÚDE E SOCIEDADE

**Coordenadora do Programa de Mestrado Profissional em Ensino em Ciências
da Saúde:**

Profa. Dra. Lucia da Rocha Uchoa Figueiredo

JOSELMA SILVA MOREIRA

**ADOLESCENTES COM DIABETES MELLITUS TIPO 1: OS
DESAFIOS DO AUTOUIDADO**

BANCA EXAMINADORA:

Prof^ª.Dr^ª.Andrea Perosa Saigh Jurdi.

Universidade Federal de São Paulo

Prof^ª. Dr^ª. Ivany Machado de Carvalho Baptista

Universidade do Vale do Paraíba

Prof.^a Dr.^a. Fátima Silvana Furtado Gerolin

Faculdadede Educação em Ciências / Hospital Alemão Oswaldo Cruz

Prof^ª. Dr^ª. Maria Fernanda Petroli Frutuoso

Universidade Federal de São Paulo

Prof.^a Dr.^a. Susana Abe Miyahira-Suplente

Coordenadora CEP HMJCF / CONEP

Dedico este estudo a todos os adolescentes com Diabetes Mellitus tipo 1 que, na desafiadora jornada do autocuidado ,buscam superar as dificuldades e desejam viver além do diabetes.

AGRADECIMENTO

À Deus, Senhor de minha alma e meu coração e que tem guiado meu caminho aos melhores objetivos e realizações.

À minha família que apoia e valoriza minhas iniciativas, em especial, aos meus pais “in memoriam” que o amor os torna presentes todos os dias.

À minha filha amada, Maria Eduarda que compreendeu minhas ausências e foi motivação para buscar sempre o melhor.

À querida Prof^ª. Dra. Andrea Jurdi, minha orientadora, mestra, incentivadora e suportou de forma excepcional as mudanças que precisei enfrentar nesta jornada, até o fim.

Aos meus queridos colegas nesta jornada do mestrado, aprendizes como eu, mas extraordinariamente parceiros queridos, divertidos, especiais e capazes de tornar os percalços em grandes aprendizados. Que encontro feliz!

Aos professores do Programa que foram instrumentos de transformação, aprendizado e autoconhecimento.

RESUMO

Dentre as doenças crônicas não transmissíveis, o Diabetes Mellitus destaca-se como relevante problema de saúde pública. Especificamente, o diabetes mellitus tipo 1 (DM1), que acomete principalmente crianças e adolescentes, representa um desafio para as equipes de saúde, considerando a faixa etária e todo o impacto diagnóstico - clínico, social e psicológico. Os adolescentes com DM1, em particular, trazem desafios ainda maiores para um resultado terapêutico mais equilibrado nessa fase da vida. As alterações fisiológicas, psicológicas e sociais afetam diretamente o controle glicêmico, e a resistência às medidas de autocuidado aumentam os riscos de complicações a médio e longo prazo. O estudo teve por objetivo compreender os desafios do autocuidado de adolescentes com DM1 e como os serviços da rede municipal de saúde de São José dos Campos/SP se organizam para prestar-lhes atenção integral. Foi realizado um estudo teórico, por meio de revisão narrativa da literatura e análise de documentos oficiais do Ministério da Saúde e Sociedade Brasileira de Diabetes, bem como os materiais norteadores das ações do município cenário da pesquisa. Os principais resultados encontrados mostram que nos documentos oficiais consultados e analisados, observamos a tônica das questões sócio-demográficas, das vulnerabilidades e riscos que são em si determinantes também da saúde destes adolescentes. As dimensões e limitações dos cenários epidemiológicos interferem diretamente na tomada de decisão. Em estudos com os adolescentes, estes relatam sua percepção a respeito dos serviços e profissionais de saúde e que isso define o vínculo e a adesão aos projetos terapêuticos propostos. O estudo fundamentou a elaboração de dois produtos educacionais que poderão ser utilizados como ferramenta de educação em saúde. Os produtos elaborados são um podcast e a linha de cuidado com fluxo que possa oferecer um cuidado integral e estimule o autocuidado emancipatório.

Palavras-chave: diabetes mellitus tipo 1; adolescentes; educação em saúde; autocuidado.

ABSTRACT

Among chronic non-communicable diseases, Diabetes Mellitus stands out as a relevant public health problem. Specifically, type 1 diabetes mellitus, which mainly affects children and adolescents, represents a challenge for healthcare teams, considering the age group and the entire diagnostic impact - clinical, social and psychological. Adolescents with DM1, in particular, bring even greater challenges to a more balanced therapeutic outcome at this stage of life. Physiological, psychological and social changes directly affect glycemic control, and resistance to self-care measures increases the risk of complications in the medium and long term. The study aimed to understand the challenges of self-care for adolescents with DM1 and how the services of the municipal health network in São José dos Campos/SP are organized to provide them with comprehensive care. A theoretical study was carried out, through a narrative review of the literature and analysis of official documents from the Ministry of Health and the Brazilian Diabetes Society, as well as the materials guiding the actions of the municipality where the research was carried out. The main results found show that in the official documents consulted and analyzed, we observed the emphasis on sociodemographic issues, vulnerabilities and risks that are in themselves also determinants of the health of these adolescents. The dimensions and limitations of epidemiological scenarios directly interfere with decision-making. In studies with adolescents, they report their perception regarding health services and professionals and that this defines the bond and adherence to the proposed therapeutic projects. The study supported the development of two educational products that could be used as a health education tool. The products created are a podcast and a flow care line that can offer comprehensive care and encourage emancipatory self-care.

Keywords: diabetes mellitus tipe1; adolescents; health education; self-care.

LISTA DE ABREVIATURAS

APS	Atenção Primária à Saúde
CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
CNS	Conselho Nacional de Saúde
DM1	Diabetes Mellitus tipo 1
ECA	Estatuto da Criança e do Adolescente
EPS	Educação Permanente em Saúde
ESF	Estratégia de Saúde da Família
LCA&J	Linha do Cuidado do Adolescente e Jovem
NOB	Normas Operacionais Básicas
OMS	Organização Mundial da Saúde
PTE	Produtos técnicos educacionais
SAMS	Sistema de Atendimento Médico de Saúde
SBD	Sociedade Brasileira de Diabetes
SUS	Sistema Único de Saúde
UBS	Unidade Básica de Saúde

LISTA DE QUADROS

Quadro 1– Características dos estudos incluídos na revisão.....	25
---	----

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO.....	13
I. INTRODUÇÃO.....	17
1.1 Adolescente com diabetes e o contexto social.....	18
OBJETIVOS.....	25
Objetivo geral.....	25
Objetivo específico.....	25
II.MÉTODO.....	26
2.1.Revisão Narrativa da Literatura.....	23
2.2.Levantamento de documentos.....	24
III.RESULTADOS E DISCUSSÃO.....	28
3.1.Autocuidado e Autocuidado apoiado.....	29
3.2.Educação em Saúde	33
3.3.Análise de Documentos	37
CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	41
REFERÊNCIAS.....	42

APRESENTAÇÃO

Formada em Enfermagem pela Universidade de Taubaté, em 1999, trago em minha trajetória ampla experiência na gestão de enfermagem e serviços de saúde, nos diversos cenários institucionais: privados, filantrópicos e públicos. A docência também faz parte de minha história em cursos técnico e superior em Enfermagem.

Nos últimos anos atuando no Sistema Único de Saúde, estive na Coordenadoria da Atenção Básica e, mais recentemente, na Atenção Especializada na cidade de Santos, onde foi implantado dentre outros serviços, o Centro de Referência para pessoas com Diabetes Mellitus tipo 1 (DM1). Na coordenação assistencial deste serviço, acompanhei de perto, junto à equipe multidisciplinar que atua nesta linha de cuidado, os desafios de potencializar o Plano Terapêutico, mediante ações de educação em saúde na comunidade, tendo como objetivo a adesão ao Plano de cuidados, participação ativa na construção do autocuidado, prevenindo as complicações da doença e promovendo o autogerenciamento.

As discussões em torno do tema, bem como as situações vivenciadas e presenciadas junto as pessoas com DM1, especificamente os adolescentes e suas famílias, trouxeram inquietação e o desejo de contribuir, buscando as melhores práticas de ensino em saúde baseada em evidências científicas e possíveis estratégias para um cuidado integral nos serviços de saúde pública.

Pesquisadora aprendiz, como me sinto, busco neste estudo lançar um olhar mais atento às questões do autocuidado para o adolescente com DM1, bem como repensar o fluxo de atendimento a possibilitar como auxiliar a equipe de saúde nas reflexões sobre o cuidado, enquanto relação entre os saberes científicos e os saberes da experiência, promovendo uma proposição de educação em saúde, emancipatória, empoderada e participativa.

Meu percurso teve seu início na cidade de Santos, quando coordenadora assistencial em um ambulatório de especialidades do SUS queatende as crianças e adolescentes com diabetes mellitus tipo 1 do município. Ao final do ano de 2022, com o encerramento do meu contrato de trabalho, houve uma reviravolta no processo da pesquisa de mestrado, e decidi retornar para a cidade de São José dos Campos.

Antes de minha chegada, enviei o pleito da pesquisa à Secretaria de Saúde do

município de São José dos Campos, que em fevereiro de 2023 me retornou com a aprovação e definição da realização da coleta de dados em uma das Unidades de Especialidades Médicas, administração direta do município, com acompanhamento de endocrinologista infantil.

Também me foi enviado uma lista com 10 nomes dos adolescentes, conforme faixa etária estabelecida na metodologia (15 a 18 anos incompletos).

Assumi como servidora pública em janeiro de 2023 e com o aceite da pesquisa e as devidas adequações na metodologia, fiquei no aguardo da aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP), solicitado em março do mesmo ano. As adequações citadas referiam-se a descrição de um novo cenário, novo instrumento de coleta de dados devido à nova configuração dos fluxos de atendimento dessa população específica.

Somente em meados de setembro, uma vez deferida a pesquisa pelo CEP, inicio os primeiros contatos com a gerência da Unidade, e cenário da pesquisa, com o coordenador da linha de cuidado no município e a médica endocrinologista infantil responsável pelos atendimentos.

Na visita à Unidade de Especialidades Médicas, pude conversar com a médica que há mais de 30 anos acompanhava os adolescentes, e dava o suporte possível com olhar sistêmico, uma vez que não contava com uma equipe multidisciplinar *in loco* para os demais suportes terapêuticos.

Compreendendo melhor a descentralização do cuidado e o desafio da composição das agendas no que se refere ao tempo entre os retornos propostos, percebi que a abordagem após a consulta seria dificultado, visto os prazos, considerando o tempo prolongado transcorrido entre o envio da pesquisa ao CEP e a aprovação da pesquisa.

Em comum acordo com a médica e a gerente da Unidade, foram-me disponibilizados os dados cadastrais dos adolescentes a fim de que pudesse iniciar os contatos com os pais, a sensibilização e os possíveis agendamentos. Foi disponibilizada sala em período vespertino na unidade, para que eu pudesse realizar as entrevistas agendadas.

Optei em enviar de forma sucinta, via whatsapp, o primeiro contato para os responsáveis dos adolescentes sobre a pesquisa, identificando-me como pesquisadora e servidora pública do município e pedindo permissão para o contato

telefônico em horário mais oportuno. Foram 10 cadastros disponibilizados, referente ao número de participantes previsto na amostra. Destes, apenas cinco retornaram o contato. Tentei ainda, para os que não retornaram, mais uma mensagem para incentivo e disponibilidade de minha parte, mas sem êxito.

Conversei com quatro responsáveis, o quinto preferiu passar o contato direto da adolescente. Nas conversas percebi o grande desafio destes pais, diversos cenários, dinâmicas familiares e intermitência na utilização da rede como suporte. Destes, três não progrediram, ou por dificuldades de logística de vida (mesmo oferecendo outras alternativas de data, horário e local), como também pelo não aceite do adolescente que, segundo os pais, estava em uma fase difícil. O quarto aceitou, mas não compareceu.

O contato feito diretamente com a adolescente que o pai forneceu o contato, progrediu por alguns dias, mas ao final houve desinteresse e cessação dos retornos.

Diante desse desafio, solicitei à Unidade um novo rol de possíveis participantes para a continuidade da busca. Fui informada sobre a aposentadoria breve da médica endocrinologista e foi-me sugerido contatar outra Unidade que também atendia adolescentes na rede de saúde pública. Mas ainda recebi dois cadastros.

Um deles havia completado há pouco 18 anos e, por exclusão, não poderia fazer parte da amostra e o outro contato, logrou adesão, e pude atender em entrevista na Unidade cenário da pesquisa.

Todo esse processo até aqui alcançou o final do mês de novembro de 2023, prazo final para a coleta de dados, pelo cronograma estabelecido. A experiência do contato com os responsáveis, bem como a única entrevista lograda, trouxe uma percepção do cenário e dos caminhos que precisamos percorrer enquanto rede e cuidado integral.

Na tentativa derradeira de alcançar o objetivo primeiro de ouvir os sujeitos da pesquisa, conversei com os responsáveis pelo ambulatório hospitalar, administrado por uma Organização Social de Saúde (OSS) gestora de um equipamento de saúde pública do município para que chegasse a um número mínimo aceitável de entrevistas.

Quero registrar que em ambas unidades houve grande receptividade e disponibilidade em incentivar a pesquisa. Nesta segunda tentativa que relato,

considerando o incremento de cenário, foi solicitado a reinserção do projeto de pesquisa na Plataforma Brasil e depois submissão ao CEP da Instituição, visto haver necessidade de emenda no projeto. Considerando também os cuidados para futuras publicações.

Diante de todo exposto, em concordância com minha orientadora, considerando os prazos que uma nova submissão estabelecerá, uma vez que temos enfrentado prazos alargados para análise, os percalços enfrentados e, as prorrogações necessárias à conclusão da pós graduação, decidi apresentar um estudo teórico que unido à experiência que tenho vivido, fundamentam os produtos técnicos educacionais propostos.

I. INTRODUÇÃO

Dentre as doenças crônicas não transmissíveis, o Diabetes Mellitus destaca-se como um agravo de saúde pública relevante. Especificamente o Diabetes Mellitus tipo 1, que acomete principalmente crianças e adolescentes, representa um desafio para a equipe de saúde, considerando a faixa etária e todo impacto diagnóstico - clínico, social e psicológico.

O diabetes mellitus tipo 1 (DM1) é uma doença autoimune, poligênica, decorrente de destruição das células β pancreáticas, ocasionando deficiência completa na produção de insulina. Estima-se que mais de 88 mil brasileiros tenham diagnóstico de DM1 e que o Brasil ocupe o terceiro lugar em prevalência de DM1 no mundo, segundo a *International Diabetes Federation* (2021). Embora a prevalência de DM1 esteja aumentando, corresponde a apenas 5 a 10% de todos os casos de Diabetes Mellitus. É mais frequentemente diagnosticado em crianças, adolescentes e, em alguns casos, em adultos jovens, afetando igualmente homens e mulheres (BERTIN et al., 2016).

Segundo dados epidemiológicos do DM1 no Brasil, publicado pela Sociedade Brasileira de Diabetes (SBD, 2023), existem 0,6 milhão de pessoas com diabetes tipo 1 no país. Esse mesmo relatório estima que em 2040 serão 1,8 milhões de pessoas com diagnóstico e serão 0,5 milhão o número de perdas de pessoas com a doença (PITITTO et al., 2023).

Em estudo multicêntrico realizado em 28 centros secundários e terciários em saúde em 20 capitais brasileiras foram acompanhados 1.692 crianças e adolescentes com DM1, com diagnóstico de 3,7 a 5 anos. Os resultados do HbA1c foram na média 9,4% , com 23,2% de pacientes com resultados na meta, considerando que por faixa etária os resultados devem girar em torno de 7,5% a 8,0%. (SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES, 2019).

Na 10ª edição do relatório da *International Diabetes Federation* (2021), traçando um panorama mundial, tem-se a previsão de que o Brasil permaneça na 6ª posição, onde em 2021, tinha um população com diabetes de 15,7 milhões de pessoas. Em 2045 a previsão é de que chegue a 23,2 milhões de pessoas com Diabetes. Dos 215 países, apenas 97 possuem dados de monitoramento dos casos novos em crianças e adolescentes abaixo de 20 anos.

O mesmo relatório enfatiza o gerenciamento complexo do DM1 em crianças e adolescentes, devido ao monitoramento contínuo dos níveis de glicemia e uso da insulina que em países menos desenvolvidos torna-se um desafio garantir o acesso.

Essa patologia, por ser de natureza crônica, necessita de rigoroso controle metabólico que afeta as diversas fases do ciclo de vida das pessoas que a sofrem. Especialmente afetada é a fase da adolescência que envolve uma fase de transição entre a infância e a idade adulta e que “é caracterizada por profundas transformações biológicas, psicológicas e sociais, muitas delas gerando crises, conflitos e contradições” (LIZAMA et al., 2020).

1.1 O adolescente com diabetes e o contexto social

Antes de descrever o adolescente com agravo de saúde, é importante descrevê-lo enquanto ser social dentro de um contexto histórico e político que também sob a realidade sócio - econômica de nosso país, provoca outras tantas discussões sobre a efetividade das políticas de saúde e conseqüentemente sobre o cuidado em saúde e o autocuidado.

A Organização Mundial da Saúde (OMS) circunscreve a adolescência à segunda década da vida (de 10 a 19 anos) e considera que a juventude se estende dos 15 aos 24 anos. A lei brasileira considera adolescente a faixa etária de 12 a 18 anos, que é também utilizado no Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA).

A adoção do critério cronológico objetiva a identificação de requisitos que orientem a investigação epidemiológica, as estratégias de elaboração de políticas de desenvolvimento coletivo e as programações de serviços sociais e de saúde pública, porém, ignora as características individuais (BRASIL, 2007).

O termo adolescente vem do latim, *adolescere* que significa crescer, o que nos remete a um período de transição e transformação que afeta o ser humano no decorrer de seu desenvolvimento e a um novo posicionamento social e político.

Traçando uma linha do tempo histórica da adolescência, as autoras Schoen-Ferreira et al.(2010), descrevem que “embora ainda pouco estudada, a adolescência tem sido vista desde a Antiguidade pelo prisma da impulsividade e excitabilidade. Ao longo do século XIX, a adolescência passa a ser reconhecida como um “momento crítico” da existência humana. É temida como uma fase de riscos em potencial para o próprio indivíduo e para a sociedade como um todo” (p. 228).

Elas ainda corroboram afirmando que “os estudos da Antropologia Social revolucionaram essa forma de pensar a adolescência, mostrando uma possibilidade de entender as fases do desenvolvimento humano de forma totalmente nova, ressaltando duas importantes questões: a adolescência não precisa ser, necessariamente, um período turbulento; e as características do desenvolvimento psicossocial não são universais”.

Em 1989, a Assembleia Geral das Nações Unidas adotou a Convenção sobre os Direitos da Criança e do Adolescente, ratificada pelo Brasil em 1990, introduzindo no plano normativo:

- O valor intrínseco da criança e do adolescente como ser humano.
- A necessidade de especial respeito à sua condição de pessoa em desenvolvimento.
- O reconhecimento como sujeito de direitos.
- Sua prioridade absoluta nas políticas públicas.

Com a promulgação do Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), a infância e adolescência adquiriram status de sujeitos de direitos – revelando a profunda alteração representada em termos legislativos, normativos, culturais e conceituais para as diretrizes, políticas públicas e serviços destinados ao atendimento da infância e adolescência no Brasil.

Apesar de trazer inovações no trato da criança e do adolescente, o ECA está norteado pelo neoliberalismo, que limita o preconizado pela legislação, pois o Estado possui intervenções minimizadas no enfrentamento às múltiplas expressões da questão social que vitimiza milhões de crianças e adolescentes brasileiros, cujas políticas públicas, direcionadas a este segmento etário, possuem como eixo a participação popular, a descentralização, a democratização da coisa pública e a “comunitarização” (GROPPO, 2017).

Segundo o mesmo autor:

Quanto ao jovem como sujeito social, este conceito tende a reconhecer a importância de se ouvir, entender e considerar as vozes juvenis no mundo público: na escola, no trabalho e na política, inclusive na formulação das políticas públicas para a juventude (p. 12).

O processo histórico de reconhecimento da infância foi longo e em nosso país teve diversos momentos bastante complexos. Até a Constituição de 1988 e o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) em 1990, a proteção à infância era lida de forma diferente da classe e contexto social na qual ela estava inserida. Antes desses novos marcos legais, era corrente o uso do termo “menor” para se referir às crianças e adolescentes e tratá-los enquanto um problema social associado à criminalidade ou a situações de desassistência (FUNDAÇÃO ABRINQ, 2021).

Neste contexto, olhar o adolescente com DM1, antes de seu diagnóstico, como um ser social, rodeado por muitos desafios, desde as mudanças físicas, emocionais e sociais a inserção em novo contexto que deve ser de maior protagonismo e gradual autonomia.

A doença crônica não transmissível, como é classificado o DM1 representa um impacto importante na vida da pessoa. Para o adolescente a doença está presente em uma fase de vida de grandes mudanças e exige outras tantas mudanças de comportamento, o que intensifica os sentimentos contraditórios de não aceitação, dificuldade de inserção social, que gera impacto maior no descontrole glicêmico que representa o principal indicador de auto eficácia do tratamento. Fisiologicamente o hormônio de crescimento compete com a insulina, o que também resulta em dificuldade de controle glicêmico e no desenvolvimento físico do adolescente.

A adolescência é a fase mais difícil da vida para o tratamento do diabetes, devido aos processos fisiológicos e psicossociais. Para um jovem sem qualquer patologia crônica, significa, por si só, mudanças de humor, indiferença e comportamentos impulsivos. O controle glicêmico e os níveis elevados de hormônio do crescimento, torna o tratamento diário e o controle do DM1 ainda mais difícil para um adolescente (FORSANDER *et al.*, 2016).

Durante a adolescência, os jovens com DM1, muitas vezes, buscam independência e, às vezes, se rebelam contra comportamentos de autocuidado. É aí que começam as complicações, produzindo significativa deterioração na adesão ao tratamento, bem como no controle glicêmico em adultos jovens com DM1 (LOWES *et al.*, 2015).

A partir da discussão da literatura, observa-se que vários estudos sobre o DM1 em adolescentes, perpassam pelas questões psicossociais e relacionais o que gera impacto sobre o controle glicêmico, fator preponderante no autocontrole e autogerenciamento da doença. (HENRIQUEZ-TEJO, CARTES-VELASQUEZ,

2018).

Não há como pensar a saúde do adolescente com Diabetes, sem considerar a tríade de protagonismo que envolve essa vivência cotidiana que é, em primeiro lugar, ele mesmo, sua família e a equipe de saúde. Os ambientes nos quais vive, se relaciona e se conecta e todo o arcabouço que constitui os recursos com os quais será possível fazer uma jornada menos íngreme.

Quando falamos em qualidade de vida para os pacientes com DM1, todos os aspectos terapêuticos são de grande relevância e objetivam o controle glicêmico, resultado em medidas de autocuidado, automonitoramento, mas de maneira direta, na adolescência, as mudanças desta fase e os aspectos psicossociais impactam na aceitação da doença e na adesão às medidas terapêuticas propostas.

Por esta razão a Atenção Básica reúne em seu escopo as premissas que a estabelecem como lugar de cuidado, acompanhamento e educação em saúde na comunidade. Conhecedora do território, de suas vulnerabilidades e desafios sociais, pode se aproximar através de ações educadoras consoantes com os sujeitos e também protagonistas do autocuidado.

Orientada pelos princípios da universalidade, da acessibilidade, do vínculo, da continuidade do cuidado, da integralidade da atenção, da responsabilização, da humanização, da equidade e da participação social, a atenção básica considera o sujeito em sua singularidade e inserção sociocultural, buscando produzir atenção integral (BRASIL,2012).

Pensando sobre isso, torna-se importante estruturar um fluxo de atendimento para esses adolescentes a partir das diretrizes do SUS. Assim, cada município estrutura suas linhas de atendimento e fluxos de acordo com sua realidade e necessidade.

Na rede municipal de saúde do município de São José dos Campos, o atendimento do adolescente com DM1 é descentralizado. A porta de entrada é a Unidade Básica de Saúde (UBS). No entanto, o diagnóstico nesta fase da vida pode acontecer em um episódio de hipoglicemia aguda, o que pode gerar uma internação hospitalar de urgência, onde a porta de entrada torna-se a Unidade de Pronto Atendimento e hospitalar.

Em ambos os casos o adolescente é encaminhado para o ambulatório de especialidades médicas, para avaliação endocrinológica e definição de início da

terapêutica. A avaliação nutricional e atendimento com enfermeiro, bem como demais atendimentos relacionados à faixa etária acontecem nas UBS. Importante esclarecer que a equipe de nutricionistas disponibilizam agenda em um cronograma para cobertura de todas as UBS do município de gestão pública direta. Nas UBS administradas por Organizações Sociais de Saúde, cada unidade conta com uma profissional nutricionista própria.

Além dos atendimentos individuais, acontecem nas UBS encontros coletivos semanais com nutricionista o que possibilita desde o início, o acesso do adolescente a informações e educação em saúde.

Sobre o sistema de registro nas UBS, foi implantado desde 2017 uma escala de avaliação de prioridade estabelecendo tempo máximo entre agendamento e realização da consulta.

Para o diagnóstico de DM1, a prioridade é alta e o tempo estabelecido são de 30 dias, o que tem sido um dos desafios a serem alcançados. Os encaminhamentos tanto para nutricionista, como para avaliação com psicólogo podem ser indicados exclusivamente pelo médico. Quanto ao atendimento em saúde mental, os adolescentes atendidos na UBS são direcionados para o CAPS infantil. A priorização se dá pelo preenchimento de instrumento de avaliação de prioridade, da mesma forma que para nutrição. Diferente do *score* nutricional que coloca o diagnóstico de DM1 como alta prioridade, a avaliação do *score* de saúde mental é guiado pela anamnese quanto ao riscos comportamentais para si e para os outros como tentativa de auto-extermínio, automutilação, depressão, como exemplos para estabelecerem como alta prioridade, que tem como meta o atendimento até 30 dias a partir da solicitação. A Unidade Básica de Saúde além da solicitação via sistema SAMS (Sistema de Atendimento Médico de Saúde), que é obrigatória para o registro da demanda, utiliza-se do contato direto para solicitar um determinado atendimento com maior ênfase.

A equipe do CAPS I realiza bimensalmente o matriciamento nas UBS para o manejo dos casos em geral, de menor complexidade, como também a discussão de casos que a equipe elege para alinhamento das condutas. Não há um desenho específico para os adolescentes com DM1 como linha de cuidado.

Quanto aos insumos e medicamentos, glicosímetro, tiras, lancetas e insulinas comuns (NPH e Regular), são dispensados na UBS. As insulinas ditas análogas, são classificadas como medicamento de alto custo, dispensadas pelo estado, mediante

processo aberto nas UBS e retiradas na Unidade de Especialidades Médicas Centro, onde funciona a Farmácia de distribuição dos medicamentos de alto custo. As demais tecnologias, nem todas são cobertas pelo SUS, o que leva pais ou responsáveis à judicialização para acesso a estes recursos.

Segundo Batista et al., (2021) o Estado não tem garantido o suprimento contínuo de materiais para o adequado manejo da Diabetes. Faltam insumos essenciais de uso cotidiano e ininterrupto e, quando há disponibilidade na rede pública de saúde, o acesso aos mesmos é limitado e burocrático, constituindo-se em barreira importante, especialmente às famílias de baixa renda que não têm meios para provê-los.

Os mesmos autores também citam, a partir da coleta das entrevistas com adolescentes, a fragilidade quanto ao vínculo das unidades de saúde e equipes com esta população o que nos remete à importância da capacitação dos profissionais quanto à educação em saúde em Diabetes, especificamente os cuidados em relação ao tipo 1. Neste contexto está fortemente o suporte às famílias, corresponsáveis na transição dos cuidados da infância para a adolescência e que necessitam de suporte da equipe de saúde nesta fase de maior complexidade, uma vez que as questões relacionais familiares se encontram mais estressantes (BATISTA *et al.*, 2021).

Diante deste cenário as questões quanto ao autocuidado me levaram à reflexão e inquietação: como responder às demandas deste grupo populacional que possui suas especificidades, propondo uma educação em saúde ancorada na educação permanente dos profissionais, conseqüentemente em serviços de saúde capacitados, oferecendo acolhimento e acesso, através de uma linha de cuidado integral, equânime, participativa e potencializadora do autocuidado?

A proposta de atenção à saúde do adolescente com DM1, dentro das unidades de saúde, tendo sido um encontro dialógico ou um monólogo técnico-científico, uma construção sobre eles ou com eles?

Na experiência vivida na Atenção Especializada e dentro desta, a linha de cuidado do DM1, de maneira muito evidente se evidenciou o grande desafio da adesão ao Plano Terapêutico ou Plano de Cuidados em um contexto adverso. Vislumbrar a necessidade de desenhar a educação em saúde cada vez mais singular e interdisciplinar. O adolescente com DM1 exige esse desdobramento. Ao refletir que esse presente, um tanto conturbado por questões próprias da idade e próprias da doença, é lugar de escrever a muitas mãos, com eles, um futuro menos complicado,

mais saudável, e de vida para se viver.

Para a criação dos produtos técnicos educacionais (PTE), exigência dos mestrados profissionais, foi realizado um estudo teórico a partir da revisão da literatura, com a leitura e análise de artigos acadêmicos sobre o tema da adolescência, autocuidado e DM1. Além da revisão, foram consultados e analisados documentos oficiais publicizados sobre linha de cuidado do adolescente no estado de SP, documentos oficiais do Ministério da Saúde, protocolo municipal de atendimento às crianças e a adolescentes com necessidades especiais, com sondas para alimentação, gastrostomia, colostomia, sondagem vesical de alívio, injeção de insulina e glicemia capilar. Estes documentos, atualmente estão disponíveis no sistema de E – Sams (sistema próprio de informação e atendimento da Secretaria de Saúde) dentre os documentos do Núcleo de Políticas de Saúde, na Linha de Cuidado da Criança e do Adolescente. Os PE são em si proposições que, a partir da revisão da literatura e documental, foram elaborados, considerando caminhos e estratégias de educação em saúde e autocuidado apoiado, fundamentais para a construção da autonomia e participação ativa do adolescente em sua saúde.

A seguir, o texto apresentará os objetivos da pesquisa. Em seguida, no primeiro capítulo o método, através da revisão narrativa da literatura e o levantamento dos documentos. No segundo capítulo os resultados e a discussão. Por fim, as considerações finais.

OBJETIVOS

Objetivo geral

Compreender os desafios do autocuidado para adolescentes com Diabetes Mellitus tipo 1 por meio de uma revisão da literatura.

Objetivo específico

Elaborar produtos técnicos – educacionais: podcast - como contribuição para a educação em saúde do adolescente e propor fluxo para linha de cuidado integral do adolescente com DM1.

II. MÉTODO

O estudo teórico foi realizado em duas etapas. A primeira se refere à revisão narrativa de literatura ou estado da arte e a segunda etapa se refere ao levantamento de documentos.

2.1. Revisão Narrativa da Literatura

Para atualizar os referenciais teóricos e acompanhar o que vem sendo descrito na literatura atualmente sobre a temática do autocuidado de adolescentes com DMI foi realizada uma revisão bibliográfica do tipo narrativa ou estado do conhecimento (VASCONCELLOS *et al.*, 2020). Esse método foi escolhido por não ser sistemático, mas apresentar certo aprofundamento na busca e categorização dos dados, de modo a perceber as tendências no campo de pesquisa, as lacunas e inovações (RAMOS *et al.*, 2014).

Assim, o objetivo da revisão foi identificar e mapear os estudos sobre o autocuidado de adolescentes com DMI e a educação em saúde. Desse modo, foram definidas as palavras-chaves e descritores que seriam usados e as bases de dados utilizadas, como orientado por Romanowskie Ens (2006). Como critérios de inclusão foram definidos artigos em português, artigos em periódicos de acesso aberto e avaliado por pares, publicados a partir de 2019, considerando o período dos últimos 05 anos de produção científica.

A escolha por artigos em português quis privilegiar a produção científica nacional e lançar um olhar mais atento às questões dentro do tema muito próprias de nossa epidemiologia, cultura, história e políticas de saúde, como pano de fundo para reflexão sobre demandas características de nossa população.

Foram escolhidas as bases de dados PubMed, Scielo, LILAC's. As estratégias de busca usadas, respectivamente, foram: *diabetes mellitus tipo I AND adolescentes AND autocuidado*. Também foram incluídos na revisão, materiais que estavam nas referências bibliográficas desses primeiros achados por meio da busca em bases de dados, e que versavam sobre a temática em questão. Na base de dados PubMed a pesquisa resultou em nenhum artigo, considerando a utilização dos três descritores escolhidos simultaneamente. Utilizando-se os descritores *diabetes mellitus tipo I AND adolescentes*, foram 23 resultados. No entanto, conforme métrica estabelecida

de artigos em português (produções brasileiras), dos últimos cinco anos, os resultados reduziram-se a 01 artigo e este, não abordava eixo de autocuidado, o que determinou o descarte do artigo. Já na base de dados LILAC's, aplicando a mesma métrica, resultou em 04 artigos, sendo um excluído por se tratar de jovens com corte de idade acima do considerado como adolescente. Na base de dados SCIELO, com os descritores e critérios de inclusão a pesquisa resultou em 03 artigos, sendo um identificado como repetido, resultando em 02 artigos. Por fim, foram selecionados 05 artigos para o estudo.

Levantamento de documentos

Para inclusão de documentos consultados e analisados foram considerados documentos oficiais do Ministério da Saúde, da Secretaria Estadual de Saúde do Estado de São Paulo, Sociedade Brasileira de Diabetes, que abordavam os descritores estabelecidos. Além destes também foram utilizados: Marco Legal: saúde um direito de adolescentes, Diretrizes Nacionais para Atenção à Saúde de Adolescentes e Jovens na Promoção, Proteção e Recuperação da Saúde, Linha de cuidado para a saúde na Adolescência e Juventude no Sistema Único de Saúde no Estado de São Paulo, que traz as principais diretrizes, panorama epidemiológico do Diabetes Mellitus tipo 1 no Brasil e no mundo e os desafios quanto ao tratamento e adesão terapêutica desta população específica e, o Protocolo Municipal de atendimento às crianças e adolescentes com necessidades específicas de saúde na escola.

III. RESULTADOS E DISCUSSÃO

A partir dos artigos selecionados, foram identificados dois eixos temáticos que permitiram a análise e compreensão dos principais desafios dentro do contexto autocuidado para os adolescentes com DM1 e que fundamentaram as propostas dos produtos técnicos educacionais. São eles:

1. Autocuidado e Autocuidado apoiado; 2. Educação em saúde.

Quadro1- Características dos estudos incluídos na revisão

Base de dados	Título	Autores	Ano de publicação	Eixos temáticos
LILAC's	“Autocuidado em Pessoas com Diabetes Mellitus Tipo 1: vivências de adolescentes.”	Fragoso E. B., et. al.	2019	<ul style="list-style-type: none"> • Autocuidado
	“Crianças e adolescentes com diabetes: ações educativas no desenvolvimento de Habilidades para o autocuidado.”	Merino, M. F. G. L., et. al.	2022	<ul style="list-style-type: none"> • Ações educativas • Habilidade para autocuidado
	“Protocolo agito: autocuidado em diabetes tipo1 para um Aplicativo de Dispositivo móvel.”	Chaves, F. F., et. al.	2019	<ul style="list-style-type: none"> • Tecnologia em saúde para o autocuidado
SCIELO	“Autocuidado apoiado de adolescentes com Diabetes <i>Mellitus</i> tipo 1 à luz da gestão do cuidado.”	Batista, A. F. M. B, et. al.	2021	<ul style="list-style-type: none"> • Apoio longitudinal da equipe de saúde • Suporte familiar • Apoio da rede social • Acesso aos insumos
	“Desenvolvimento e validação de uma tecnologia MHEALTH para a promoção do autocuidado de adolescentes com diabetes.”	Alves, L. F. P. A., et. al.	2021	<ul style="list-style-type: none"> • Tecnologia em saúde para o autocuidado

3.1. Autocuidado e Autocuidado apoiado

O primeiro eixo, o autocuidado, representa a fase de transição que o adolescente experimenta do cuidado do outro para o cuidado de si e as interfaces deste autocuidado às mudanças próprias da idade. O segundo eixo, relaciona-se à educação em saúde, uma vez que sem ela, o autocuidado não se instrumentaliza no cotidiano. A abordagem destes eixos, objetivam fundamentar os produtos técnicos educacionais propostos.

Fragoso *et. al.* (2019) põe luz às vivências dos adolescentes com DM1 sobre o autocuidado. Artigo oriundo de uma pesquisa realizada com adolescentes, contribui trazendo as dificuldades, necessidades e habilidades no manejo com a doença, bem como subsídio aos profissionais de saúde no planejamento de ações em educação em saúde para este grupo populacional. Temas como adesão ao autocuidado e orientação e apoio no gerenciamento do autocuidado foram tópicos do estudo.

A implementação de ações educativas para o autocuidado é o tema do artigo de Merino, *et. al.* (2022). Defende a educação para o Diabetes como parte integrante no tratamento e ferramenta para garantia do autocuidado. A capacitação e motivação para a educação do paciente e sua família por equipes multiprofissionais qualificadas em educação em diabetes.

Considerando os adolescentes como sujeitos do cuidado em saúde (CHAVES, 2019; ALVES, 2021) apresentam o desenvolvimento de ferramenta tecnológica para a educação em saúde, através de um aplicativo, visando o desenvolvimento de habilidades para o autocuidado. Relevante enfatizar que tais propostas olham também para as questões emocionais como gatilhos para a dificuldade do autocontrole e adesão ao autocuidado.

O autocuidado apoiado como potencializador do autocuidado do adolescente com Diabetes, é abordado por Batista *et. al.* (2021). Através da pesquisa com os adolescentes os autores puderam identificar de forma mais ampliada, com enfoque na gestão do cuidado, temas do autocuidado apoiado relevantes como a importância do acompanhamento longitudinal da equipe, a capacitação da família, o acesso aos insumos. Sobretudo a garantia da autonomia e a identificação das barreiras e dificuldades no processo de transição para o autocuidado.

Neste mesmo artigo, os autores, a partir das falas dos adolescentes participantes da pesquisa, identificam ainda uma escassez de ações e atividades educativas da Estratégia de Saúde da Família–ESF, que podem auxiliar esses adolescentes no manejo e enfrentamento da doença e evidencia a necessidade de potencializar a educação em saúde.

Em relação ao autocuidado e cuidado apoiado, quando procuramos o significado no dicionário, encontramos a seguinte definição: “conjunto de ações realizadas individualmente com vista a preservação da saúde e/ou prevenção da doença”¹.

E quando unimos a essa ação individual de autocuidado, a oferta de educação em saúde, acompanhamento longitudinal de equipe multidisciplinar e acesso a rede de atenção à saúde, podemos chamar de autocuidado apoiado.

O autocuidado apoiado consiste na oferta sistemática de intervenções educacionais e de apoio para aumentar as habilidades e a confiança das pessoas em gerenciar em suas condições de saúde, o que inclui o monitoramento regular dos problemas, o estabelecimento de metas e o suporte de técnicas de solução de problemas (BRASIL, 2015).

Segundo modelo de atenção às condições crônicas desenvolvido pela equipe do MacColl Institute for Health Care Innovation, nos Estados Unidos (WAGNER, 1998) e testado nacionalmente por meio de um programa denominado Improving Chronic Illness Care, o autocuidado apoiado, objetiva preparar e empoderar as pessoas usuárias para que autogerenciem sua saúde e a atenção à saúde prestada. Isso se faz por meio de:

- Ênfase no papel central das pessoas usuárias no gerenciamento de sua própria saúde;
- Uso de estratégias de apoio para o autocuidado que incluam a avaliação do estado de saúde, a fixação de metas a serem alcançadas, a elaboração dos planos de cuidado, as tecnologias de solução de problemas e o monitoramento;
- Organização dos recursos das organizações de saúde e da comunidade para prover apoio ao autocuidado das pessoas usuárias (MENDES, 2012).

A produção científica nacional em todos os artigos selecionados corrobora com os conceitos de autocuidado abordados nas produções internacionais e modelo de atenção às condições crônicas, materializando nas proposições as iniciativas de tecnologias em saúde e ações educativas para o desenvolvimento de habilidades e incentivo ao autocuidado.

Para a Organização Mundial da Saúde (OMS), o autocuidado refere-se às habilidades de indivíduos, famílias e comunidades em promover saúde, prevenir doenças, manter a saúde e em lidar com a doença ou a incapacidade, com ou sem o suporte de um profissional de saúde (WHO, 2021).

O autocuidado de indivíduos em condições crônicas de saúde costuma implicar em mudanças de estilo de vida que são necessárias para minimizar complicações e promover melhora na sintomatologia, tais como: manter uma alimentação adequada e saudável, praticar

¹meudicionario.org

atividade física regularmente, utilizar de forma continuada os medicamentos apropriados, dentre outras ações específicas, a depender do quadro apresentado. (BRASIL, 2023)

As doenças crônicas vão tomando espaço e relevância em detrimento das doenças infectocontagiosas, após a segunda guerra mundial, principalmente nos países mais desenvolvidos, trazem uma ênfase às questões de educação em saúde e do autocuidado, ainda no prisma de que a inclusão de conhecimento ou sua alteração, resultaria em mudança de comportamento (CYRINO, 2009).

O manejo da doença crônica não transmissível, como o DM1, graduaamente exige autogerenciamento do adolescente o que demanda uma série de adaptações, desenvolvimento de habilidades, conhecimento sobre a doença e suas possíveis complicações e organização do cotidiano que propicie os cuidados necessários.

O autocuidado tem dimensões que perpassam as questões técnicas de conhecimento dentro do contexto da educação em saúde, das experiências muito próprias do adolescente decorrentes de seu meio familiar, vivências em ambiente social, escolar e de comunidade nas mais diversas realidades.

O artigo de Fragoso *et. al.* (2019) também aponta os principais desafios no campo da saúde. Um deles é a busca por estratégias que viabilizem e mantenham a adesão ao tratamento, sendo este intensificado quando se trata de condições crônicas de saúde, que exige do paciente mudanças quanto ao estilo de vida, a fim de assumir o autocuidado.

Os autores ainda destacam, com base nos dados produzidos na pesquisa, os dilemas normais vividos pelos adolescentes, acresce os dilemas de ser um adolescente com essa condição específica. Ressaltam, ainda, a importância dos profissionais de saúde e da família como agentes de suporte e segurança para o autocuidado.

O adolescente vivencia uma fase crítica, às vezes, alternando momentos de conflito e harmonia com a família, com os amigos e consigo. Desta forma, a responsabilidade pelo cuidado com a doença que lhe é cobrada, pode ocorrer em momentos em que a aceitação da doença ainda não aconteceu, o que pode ser negativo para o autocuidado (MAIA *et. al.*, 2014).

Esse também é um dos temas ou categoria abordados na pesquisa de Batista, *et. al.*(2021), o suporte familiar na transição do cuidado. Relato de adolescente que, ao mesmo tempo que era cobrado pelos pais, tinha-os presentes no momento do autocuidado e estabeleciam acordos de monitoramento para evitar intercorrências.

Dentro dessa concepção temos a pessoa com um agravo crônico que é chamado a desenvolver competências para o autocontrole e o autocuidado. Quais os componentes desse autocuidado? A doença, a pessoa, o ambiente, o cotidiano...como concatenar tudo isso? Daí as

contribuições da psicologia social, da antropologia, da sociologia e tantas outras ciências que alargam ou expandem a visão e trazem subjetividade a conceitos tão objetivos dentro da biomedicina.

A doença num corpo jovem como se comporta? Ou como um jovem se comporta com a doença em seu corpo? Quem é este corpo, essa alma, esse sujeito que experimenta o adoecer? O que chama de vida, como vivê-la agora? O que o sr. *Google* fala? Quais as representações quanto ao diagnóstico, o tratamento e todas as outras partes da vida? Pausa geral; como reescrever essa história?

Talvez o mais importante neste cenário é enxergar a dualidade do processo. Há a objetividade dos conhecimentos técnico-científicos tão fundamentais para instrumentalizar profissionais e portadores para a tomada de decisão baseado também na informação, mas há de se considerar de forma determinante o subjetivo, a experiência que tece os dias com suas múltiplas dimensões da pessoa portadora do agravo que não é agudo, cuja insegurança seria passageira, mas crônica, que torna complexo e duradouro o desafio do adoecer (CYRINO, 2009).

Com este último autor citado, há a convergência dos artigos de Merino *et al.* (2022) e Batista *et al.* (2021), quando olham para o acompanhamento longitudinal e retratam a fragilidade do vínculo e a necessidade as lacunas de comunicação. E como estes espaços não preenchidos podem impactar na compreensão da doença e na educação em saúde.

Tudo isso deve ser contido nas ações de educação em saúde, um novo paradigma, onde a equipe de saúde precisa se despir de seus conceitos puramente técnicos e fazer uma pausa para ouvir...escutar o conhecimento que vem da experiência cotidiana de quem possui em seu corpo a doença, com todas as implicações que cada contexto individualmente traz, das representações sociais, psicológicas, familiares, que comportam o adoecer e o adoecer permanente, ininterrupto e concorrente com a vida, o dia a dia.

Esse saber – ser da pessoa com uma doença crônica, traz em seu bojo uma contribuição inigualável na relação da equipe de saúde e o sujeito do cuidado para a construção coletiva do autocuidado, ou como alguns autores abordam, o autocuidado apoiado. No cerne do autocuidado há uma pessoa que precisa ser empoderada e considerada em sua totalidade como ser social, ético e político, também no adoecimento. Para Fragoso *et al.* (2019) é necessário, não apenas dar voz aos adolescentes com diabetes, mas também fazer uma escuta qualificada e humanizada a respeito de suas dificuldades, necessidades e habilidades desenvolvidas ao longo da doença, com vistas a identificar possíveis estratégias que incentivem o aprimoramento do autocuidado apoiado.

Considerando todas as variáveis envolvidas nesta fase da vida, a educação em saúde amplia essa clínica, onde os princípios do Sistema Único de Saúde (SUS) tornam-se fundamentais para o resultado terapêutico desta população.

3.2.Educação em saúde

A educação em saúde é um dos componentes da fase do aconselhamento, definida como ações que modificam o comportamento e aperfeiçoam o conhecimento sobre determinada doença no contexto singular. Por meio dessa ação educativa, a equipe multiprofissional faz uma abordagem preventiva e adaptativa, a fim de que os adolescentes possam melhor aderir às práticas de autocuidado no seu cotidiano, ao facilitar a apropriação de conhecimentos e habilidades para o manejo da doença (CHAVES *et. al.*, 2020).

Na assistência às pessoas com DM, a educação em saúde é apontada como uma estratégia que deve ser resgatada e valorizada como um instrumento de trabalho fundamental, levando em consideração todas as características da doença e as demandas geradas por ela, para um controle efetivo e integral, que seja capaz de influenciar na prevenção das complicações crônicas (SALCI *et. al.*, 2018).

No artigo de MERINO, *et. al.*, os autores relatam o limitado conhecimento sobre a doença e suas complicações e as dúvidas quanto ao manejo da medicação e nas situações adversas relacionadas a doença. Da mesma forma, considerando o período escolar, as estratégias educativas para educação em diabetes trouxeram conhecimento, maior segurança no manejo e, sobretudo a prevenção das complicações agudas responsáveis pelo risco de morte desta população (MERINO *et. al.*, 2022).

Olhando o movimento “de fora para dentro”, podemos reconhecer que a educação em saúde tem seu papel, em si, de trazer conhecimento, o “saber-fazer” como tão bem aborda professor Antônio Pithon Cyrino, em seu livro “Entre a ciência e a experiência: uma cartografia do autocuidado em diabetes”. Trazendo a postura crítica pedagógica de Paulo Freire, lembrada “educação bancária”, que faz do outro, o aprendiz, o depositário dos conteúdos, desejando que estes atinjam o objetivo da mudança de comportamento ou a conhecida expressão, a adesão (CYRINO, 2009).

No entanto, quando olhamos de “dentro para fora”, há uma transformação gradual, consistente e que torna o mecânico em dinâmico, no sentido de que o objeto da educação se torna o sujeito e que suas experiências se tornam saberes, ou seja, seu contexto social, político, familiar e psíquico é considerado campo vasto de informações, que exigem uma outra forma

de abordagem e que a mudança de comportamento passa pelo sentido e pertencimento de si mesmo.

Considerando o uso de tecnologia tão próxima aos adolescentes, Alves *et. al.* (2021) propõe o uso de um aplicativo como ferramenta estratégica para o autocuidado, favorecendo a comunicação, a educação em saúde, a interação e propiciando de forma convergente com o dia a dia do adolescente a adesão ao autocuidado.

Uma pesquisa canadense, com adolescentes de 16 e 17 anos de idade com DM1, constatou que a educação em saúde, realizada por enfermeiros, nutricionistas e assistentes sociais nos serviços de saúde, é mais eficiente quando em grupo, visto que tem o potencial de fornecer discussões mais aprofundadas a doença, apoio dos pares, intervenções moldadas segundo as demandas e interesses dos envolvidos, melhorando a adesão ao autocuidado e a redução do estresse relacionado à diabetes (MOK *et. al.*, 2019).

A educação em saúde no contexto da adolescência versus o DM1, conjuga uma abordagem mais ampla, considerando as Diretrizes Nacionais para a Atenção Integral à Saúde de Adolescentes e de Jovens na Promoção, Proteção e Recuperação da Saúde, promulgada em 2010, tendo como base a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde de Adolescentes e Jovens, onde se lança um olhar para esse sujeito que no contexto saúde, traz em seu bojo questões sociais que sustentem as proposituras da saúde, como a vulnerabilidade, violências e fatores determinantes externos que impactam na construção de sua autonomia e participação ativa. Essas são premissas sobre as quais a equipe de saúde precisa refletir sua prática.

A elaboração, validação e adequação de protocolo para aplicativo em DM1, apresentado no artigo de CHAVES, *et. al.* (2019) representa um recurso pedagógico para a educação em diabetes, promoção do autocuidado e participação ativa nas ações terapêuticas, o que reforça a importância das iniciativas, adequação à realidade dos adolescentes mediante tecnologias atuais.

Considerando a faixa etária e a tecnologia que atualmente o circunda, torna-se ainda mais desafiador para a equipe de saúde dispor de metodologias e ferramentas que movam o interesse deste grupo populacional. No entanto, acima desta discussão, há o envolvimento deste em seu autocuidado, através da escuta ativa da equipe na construção desse saber compartilhado tão potente para adesão ao tratamento.

O processo de educação em saúde é baseado em uma relação de vínculo, acolhimento e acesso do usuário ao serviço de saúde e seus profissionais. Neste contexto também é fundamental estar inserida a família, a comunidade, entendendo-se nesta, os ambientes nos quais estes adolescentes estão inseridos e as pessoas que fazem parte, destacando aqui o

ambiente escolar.

Para que a educação em saúde aconteça de forma eficaz e propicie essa complexa rede, os profissionais de saúde são agentes importantes para tessitura dessa rede e do apoio necessário aos diversos atores. Por este motivo, a educação em saúde da comunidade está diretamente relacionada com a Educação Permanente dos Profissionais de Saúde, que devem ser capacitados e terem a disposição condições de trabalho em saúde.

O cuidado em saúde é uma ação integral, fruto do “entre-relações” de pessoas, ou seja, ação integral como efeitos e repercussões de interações positivas entre usuários, profissionais e instituições, que são traduzidas em atitudes, tais como: tratamento digno e respeitoso, com qualidade, acolhimento e vínculo (PINHEIRO; MATTOS, 2005).

Ayres (2004), em seu ensaio reflexivo sobre o “Cuidado”, lança um olhar sobre a perspectiva de humanização às práticas de saúde. E coloca estas dimensões consoantes quando diz: “O que é preciso perceber, então, é que o importante para a humanização é justamente a *permeabilidade do técnico ao não técnico*, o diálogo entre essas dimensões interligadas”(p.22). O autor ainda avança quanto às implicações do cuidado, estão o acolhimento, a responsabilidade e as identidades, onde o movimento do encontro terapêutico, o transforma em cuidado, em sua dimensão existencial-dialógica (AYRES, 2004).

Quando são consideradas as condições crônicas em saúde, o conceito da educação permanente aos profissionais é ainda mais presente. Levando-se em conta que essas condições requerem do paciente um autoconhecimento muito aprimorado, a orientação adequada por parte da equipe poderá empoderar o mesmo em relação ao seu tratamento e ao aprendizado do manejo desta doença (MILANI *et al.*, 2022).

Para os profissionais de saúde, compreender os desafios de se viver com a DM1, assim como as estratégias de enfrentamento, se faz necessário a fim de auxiliarem crianças, adolescentes e suas famílias na melhor condução do tratamento e a se adaptarem a uma nova forma de viver. (VARGAS *et al.*, 2020).

As diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes recomendam que essa abordagem seja realizada por equipe multiprofissional, na qual a interação dos diversos saberes proporciona melhores respostas às necessidades do paciente e redução de complicações. Nesse sentido, a comunidade científica reconhece a participação fundamental da transdisciplinaridade na identificação de pacientes em alto risco e, principalmente, na educação em saúde (SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES, 2019).

As linhas de cuidado expressam os fluxos assistenciais que devem ser garantidos ao

usuário, no sentido de atender às suas necessidades de saúde. As linhas definem as ações e os serviços que devem ser desenvolvidos nos diferentes pontos de atenção de uma rede (nível primário, secundário e terciário) e nos sistemas de apoio, bem como utilizam a estratificação para definir ações em cada estrato de risco. Dessa forma, a linha de cuidado desenha o itinerário terapêutico dos usuários na rede (BRASIL, 2013).

Para que a abordagem realizada em equipe multiprofissional e de forma interdisciplinar aconteça, a formação dos profissionais de saúde precisa ser colocada em foco. A Educação Permanente em Saúde (EPS) é uma estratégia político-pedagógica que toma como objeto os problemas e necessidades emanadas do processo de trabalho em saúde e incorpor ao ensino, a atenção à saúde, a gestão do sistema e a participação e controle social no cotidiano do trabalho com vistas à produção de mudanças neste contexto (BRASIL, 2018).

E todo esse arcabouço de cuidado em saúde está diretamente ligado ao Modelo de Atenção às doenças crônicas, através dos fluxos estabelecidos em seus diferentes níveis e das interações entre usuários, equipes de saúde e serviços de saúde.

A revisão narrativa da literatura, considerando a produção científica nacional, nos conduz a questões multifatoriais ligadas ao autocuidado, enquanto desafio pessoal do adolescente, da família, da comunidade, estabelecendo interligações com a com temas fundamentais como educação em saúde, educação permanente em saúde e a estruturação de um modelo de atenção as condições crônicas que traga autoeficácia ao usuário, suporte às famílias, comunicação efetiva entre profissionais, serviços e resulte em prevenção de complicações e adesão ao Plano Terapêutico.

3.3. Análise dos documentos

A seleção de documentos seguiu a lógica cronológica, considerando com o foco a saúde do adolescente e seus determinantes sociais. Iniciamos com o Estatuto da Criança e do Adolescente que demarca a perspectiva do adolescente como ser de direitos, promulgada em 1990 (BRASIL, 1990). Marco legal fundamental para cancelar o início de um processo de conquistas de políticas públicas direcionadas a esta população.

Em 2007, é publicado o documento “Marco Legal: saúde umdireito de adolescentes”. Partindo do Estatuto da Criança e do Adolescente, o Marco Legal da Saúde, traz os princípios do SUS, e pontua domínios relacionados às questões sociais como violência, gravidez na adolescência. Descrito como documento direcionador dos níveis federal, estadual e municipal,

descreve a partir dos princípios do SUS, o desenvolvimento de ações no atendimento das necessidades da população dos adolescentes. Este marco decorre de um histórico internacional e a partir da Constituição de 1988, marco jurídico nacional. Baseado na Lei Orgânica da Saúde (Lei nº 8.080/1990). A gestão do SUS é complementada pelas Normas Operacionais Básicas (NOB), diversas portarias e normas técnicas, expedidas pelo Ministério da Saúde, e resoluções do Conselho Nacional de Saúde (CNS), no âmbito da União (BRASIL, 2007).

Considerando a integralidade do cuidado proposto, o documento traz também a Lei das Diretrizes Básicas da Educação Nacional (Lei nº 9.394, de 20/12/1996) e a Lei Orgânica da Assistência Social (n.º 8.742, de 7/12/1993). E baseadas nestas legislações os aspectos socioeconômicos ligados à saúde do adolescente tem seu registro, a partir das vulnerabilidades que as condições sociais imputam a muitos brasileiros adolescentes em nosso país. Na execução destas premissas são evidentes os descompassos e o quanto de caminho há ainda que se trilhar. Um dos pontos críticos é a dificuldade com a intersetorialidade, que garanta articulação entre as áreas da saúde, educação e assistência social. O processo fragmentado e individualizado tem impacto sobre a eficiência dos projetos.

O Ministério da Saúde, através da Secretaria de Atenção à Saúde, publica em 2010 as Diretrizes Nacionais para Atenção à Saúde de Adolescentes e Jovens na Promoção, Proteção e Recuperação da Saúde. O documento descreve inicialmente uma análise da saúde dos adolescentes através de indicadores sociodemográficos, de escolaridade, trabalho, situação de saúde. Reforça as legislações que precedem a Política Nacional de Atenção à Saúde do Adolescente e apresentam temas estruturantes como a equidade de gêneros, igualdade racial e étnica, direitos sexuais e reprodutivos, entre outros. Como diretrizes aborda a promoção nas ações de cuidado integral à saúde do adolescente e reorientação dos serviços de saúde que capacitem para respostas à atenção integral da população específica (BRASIL, 2010).

Contudo, mesmo com a publicação de documentos tão fundamentais como Marco Legal: saúde, um direito de adolescentes (BRASIL, 2007), as Diretrizes Nacionais para a atenção integral à saúde de adolescentes e jovens na promoção, proteção e recuperação da saúde (BRASIL, 2010) e mais publicações quer e forcem e tentam incluir os adolescentes nas ações e atividades das Unidades de Saúde, principalmente na Atenção Primária à Saúde, ainda percebemos o distanciamento e não efetividade destas proposições.

O documento “Linha de cuidado para a saúde na Adolescência e Juventude no Sistema Único de Saúde do Estado de São Paulo” (2021), fruto de um curso com mesmo nome e que se tornou um projeto bipartite a partir da Secretaria Estadual de Saúde de São Paulo, foi uma

iniciativa que contou com vários atores do cenário do grupo populacional de adolescentes, entre eles os setores de saúde em seus níveis de atenção, os setores sociais, terceiro setor e os próprios protagonistas do cuidado, os adolescentes.

O entendimento de linha de cuidado, como a organização dos serviços de saúde para dar respostas às demandas de relevância em saúde pública e que devem ter a Atenção Primária a Saúde como porta de entrada e ordenadora das ações. Além disso, segundo o documento há importância de uma regulação assistencial eficiente, equânime, organizada e qualificada. Há relevância no documento sobre as características e necessidades de cada região do Estado de SP, a partir do mapeamento de seu perfil epidemiológico, além da fundamental articulação entre os diversos serviços, visando integralidade do cuidado em saúde.

A escolha por uma linha de cuidado para adolescentes e jovens visa, assim, reconhecer e promover a sua autonomia e emancipação, entendidas como finalidades do Cuidado em saúde e como recursos potentes para lidar com situações de vulnerabilidade, para a promoção da saúde e dos projetos de vida de adolescentes e jovens (NASSER *et. al.*, 2021).

Os indicadores apresentados no documento como resultado do projeto, evidenciam a fragilidade quanto à organização de atividades nas unidades de saúde direcionadas aos adolescentes sobre as temáticas que os afetam. De forma realística o projeto estabeleceu e concebeu ações de curto, médio e longo prazo, considerando os passos para implementação e financiamento necessários à execução. Destaco as questões de prevenção e promoção à saúde, que no contexto saúde ainda ficam submetidas às questões curativas. Outro ponto é o planejamento da rede de saúde e articulação intersetorial, além do fortalecimento da APS como ponto fundamental para o acompanhamento longitudinal e efetividade da linha de cuidado.

No âmbito municipal o protocolo da Secretaria da Saúde de São José dos Campos para atendimento de necessidades especiais de crianças e adolescentes foi elaborado em parceria entre Secretaria de Saúde e Educação e aborda, de forma parcial, o cuidado do adolescente com Diabetes em ambiente escolar, abordando apenas a administração de medicamento (insulina).

Os documentos consultados e analisados neste estudo, trouxeram com o grande desafio as lacunas quanto às ações intersetoriais, no desenvolvimento de ações integradas entre os serviços de saúde e outras áreas, com a finalidade de articular políticas e atividades, potencializando os recursos financeiros, tecnológicos, materiais e humanos disponíveis, favorecendo a complementaridade e evitando a duplicidade de meios para fins idênticos (BRASIL, 2007).

Quando discutimos os modelos de atenção à saúde das populações, nossa expectativa é caminhar para a convergência, referência e contrarreferência dos serviços, fazendo com que os fluxos assistenciais, administrativos e logísticos facilitem e possibilitem os acessos. A caracterização do território, de sua epidemiologia, riscos e vulnerabilidade trazem um componente de adequação a propostas que realmente respondam as demandas emergentes e urgentes.

Quero colocar em destaque o princípio do SUS, a integralidade. Na linha de cuidado do adolescente com Diabetes Mellitus, este princípio representa uma resposta enquanto rede.

Para a linha de cuidado do Adolescente e do Jovem (LCA&J), os três sentidos são fundamentais: o primeiro, cuidar de adolescentes e jovens requer tanto a integração de ações coletivas e individuais como um enfoque que combine medidas preventivas e assistenciais; o segundo refere à necessária articulação de serviços em rede para o cuidado de adolescentes, seja no conjunto do Estado de São Paulo, seja em cada região; e o terceiro remete ao conteúdo do trabalho em cada um dos pontos da LCA&J (NASSER *et. al.*, 2021).

O documento acima selecionado para o estudo, traduziu a expectativa quanto à construção de uma Linha de Cuidado para Adolescente que reúna educação em saúde, educação permanente em saúde para as equipes e propicie espaço e acolhimento para o autocuidado do Adolescente com DM1.

4. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente estudo objetivou responder a questão sobre os desafios do autocuidado para adolescentes com DM1 e no percurso tantas outras questões relacionadas e intervenientes surgiram quanto a importância da organização da rede de atenção à saúde, a capacitação de seus profissionais e a relevância das ações de educação em saúde, como medidas fundamentais para o efetivo acompanhamento longitudinal desta população específica, a fim de materializar o autocuidado apoiado, sensibilizando este sujeito, sua família e comunidade quanto à promoção da saúde, prevenção das complicações e adesão ao tratamento.

Na introdução foi necessário trazer o adolescente como ser social, pois nesta fase da vida, começa a delinear sua identidade, suas relações sociais mais ampliadas, além das mudanças biológicas e psicológicas, que tem real impacto sobre as questões de saúde e são em si, integralidade do ser indivíduo.

Nos documentos oficiais consultados e analisados, observamos a tônica das questões sócio-demográficas, das vulnerabilidades e riscos, que são em si determinantes também da saúde destes adolescentes. As dimensões e limitações dos cenários epidemiológicos interferem diretamente na tomada de decisão. Vale ressaltar, que em um dos artigos selecionados, os adolescentes relatam sua percepção a respeito dos serviços e profissionais de saúde e que isso define o vínculo e a adesão aos projetos terapêuticos propostos.

Ainda há que se investir em outros estudos direcionados à população adolescente com DM1, evidenciado pela escassez da produção científica nacional no tema. Conseqüentemente, há necessidade de uma maior discussão quanto a atenção à Saúde do Adolescente com este agravo.

É de suma importância considerar os grandes desafios que envolvem esse cenário. Contudo não devem se esgotar as proposições, mediante a multiplicação de pesquisas sobre estas temáticas, a fim de avançarmos na adesão a novas tecnologias, fluxos e estruturas mais eficientes, com investimento nas questões mais relevantes da saúde pública.

Segundo Mendes (2011) as mudanças na atenção à saúde devem se dar em oito dimensões principais: atenção prescritiva e centrada na doença em atenção colaborativa e centrada na pessoa e na família; atenção não programada e atenção programada; atenção uniprofissional e atenção multiprofissional; atenção médica especializada e atenção médica generalista; atenção presencial e atenção não presencial; atenção individual e atenção em grupo; atenção profissional e atenção por leigos; e atenção profissional em autocuidado apoiado.

REFERÊNCIAS

ALVES, L. F.P.A.; MAIA, M. M.; ARAÚJO, M. F. M.; DAMASCENO, M. M.C.; FREITAS, R. W. J. F. Desenvolvimento e validação de uma tecnologia MHEALTH para a promoção do autocuidado de adolescentes com diabetes. **Ciências saúde coletiva**, v.26, n.5, p. 1691-1700, 2021. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/csc/a/kch9Sc3FL3RTQw3JBN3yTHx/>>. Acesso em: 10 jan. 2024.

AYRES, J. R. C.M. O cuidado, os modos de ser (do) humano e as práticas de saúde. **Saúde e Sociedade**. Rio de Janeiro, v.13, n.3, p.16-29, 2004. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sausoc/a/nvGMcCJJmpSSRjsGLhH8fmh/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em 15 out. 2022.

BATISTA, A. F. M. B. *et. al.* Self-management support of adolescents with type 1 Diabetes Mellitus in the light of healthcare management. **Revista Brasileira de Enfermagem [online]**. v.74, n. 3, p. 01-09, 2021. Disponível em:<<https://doi.org/10.1590/0034-7167-2020-1252>>. Acesso em: 01 mai. 2022.

BERTIN, R. L. *et. al.* Percepções do cotidiano alimentar de crianças e adolescentes com Diabetes Mellitus tipo 1. **Rev. Contexto & Saúde**. v. 16 n. 30, p. 100-109, 2016. Disponível em: <https://www.revistas.unijui.edu.br/index.php/contextoesaude/article/view/5665>. Acesso em: 30 jul. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Departamento de Prevenção e Promoção da Saúde. **Autocuidado em Saúde e a Literacia para a Saúde no contexto da promoção, prevenção e cuidado das pessoas em condições crônicas: guia para profissionais da saúde** [recurso eletrônico] / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção Primária à Saúde, Departamento de Prevenção e Promoção da Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 2023. 51 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. **Política Nacional de Educação Permanente em Saúde: o que setem produzido para o seu fortalecimento?** / Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, Departamento de Gestão da Educação na Saúde – 1. ed. rev. – Brasília : Ministério da Saúde, 2018. 73 p.

BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **A Atenção Primária e as Redes de Atenção à Saúde** / Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Brasília: CONASS, 2015. 127p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Diretrizes para o cuidado das pessoas com doenças crônicas nas redes de atenção à saúde e nas linhas de cuidado prioritárias / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília : Ministério da Saúde, 2013. 28 p

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica** / Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica – Brasília: Ministério da Saúde, 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção em Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Diretrizes nacionais para a atenção integral à saúde de adolescentes e jovens na promoção, proteção e recuperação da saúde**. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção em Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas, Área Técnica de Saúde do Adolescente e do Jovem. – Brasília: Ministério da Saúde, 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Área de Saúde do Adolescente e do Jovem. **Marco legal: saúde, um direito de adolescentes**. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Área de Saúde do Adolescente e do Jovem. – Brasília : Editora do Ministério da Saúde, 2007.

CHAVES, F. F, PARAÍSO, E. C, PAGANO, A. S.; REIS, I. A.; SILVA, I. N.; TORRES, H. C. Development, validation and adaptation of a protocol for a self-management app targeting adolescents with type 1 diabetes. **Acta Paul Enferm.**, v.33, p.1-12, 2020. Disponível em: <<https://doi.org/10.37689/acta-ape/2020ao0253>>. Acesso em: 06 fev. 2024.

CHAVES, F.F. Protocolo agito: autocuidado em diabetes tipo 1 para um aplicativo de dispositivo móvel. 2019. 154 p. Tese (Doutorado em Enfermagem). Escola de Enfermagem, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2019.

CYRINO, A. P. **Entre a ciência e a experiência**: uma cartografia do autocuidado no diabetes. 1.ed. São Paulo: Editora Unesp, 2009. 230 p.

FORSANDER, G.; BOGELUND, M.; HAAS, J.; SAMUELSSON, U. Adolescent life with diabetes – Gender matters for level of distress. Experiences from the national TODS study. In: **Pediatr Diabetes**. Wiley, v.18, n.7: p. 651-659, 2016. Disponível em: <<https://doi.org/10.1111/pedi.12478>>. Acesso em 30 ago. 2022.

FRAGOSO, L.V.C.; CUNHAM.C. S. O.; FRAGOSO E. B.; ARAÚJO, M. F. M. Autocuidado em Pessoas com Diabetes Mellitus Tipo 1: Vivências de Adolescentes. **Revista de Pesquisa Cuidado é Fundamental Online**. v.11, n.2, p. 289–296, 2019. Disponível em: <<http://seer.unirio.br/cuidadofundamental/article/view/6434>>. Acesso em: 30 ago. 2022.

FUNDAÇÃO ABRINQ. **Políticas sociais para infância e adolescência** – Guia para a gestão pública. 1. ed. São Paulo, 2021. 95 p.

GROPPO, L. A. Juventudes e políticas públicas: comentários sobre as concepções sociológicas de juventude. **Rev. Desidades**. n.14, p. 9-17, 2017. Disponível em: DOI: <https://doi.org/10.54948/desidades.v0i14.9574>. Acesso em: 05 set. 2022

HENRIQUEZ-TEJO, R; CARTES - VELASQUEZ, R. Psychosocial impact of type 1 diabetes mellitus in children, adolescents and their families. Literature review. **Rev. chil. pediatr.**, Santiago, v. 89, n. 3, p. 391-398. 2018. Disponível em: doi: 10.4067/S0370-41062018005000507. Acesso em: 30 Ago. 2022.

INTERNACIONAL DIABETES FEDERATION. 10th., 2021. Disponível em: <<https://diabetesatlas.org/atlas>>. Acesso em: 30 ago. 2023.

LIZAMAF.F; ORMENO,RS; MOURGUIARTL.F; FUENTESC.J.; LÓPEZA.F. Impact on the quality of life of adolescents with diabetes mellitus type 1. **RevChil. Pediatr**. Chile, v. 91, n. 6, p. 968-981, 2020. Disponível em: doi: 10.32641/rchped.vi91i6.2457. Acesso em: 30 set. 2022.

LOWES, L.; EDDY, D.; CHANNON, S.; McNamara, R.; ROBLING, M.; GREGORY, J.W.; DEPICTED study team. The experience of living with type 1 diabetes and attending clinic from the perception of children, adolescents, and carers: analysis of qualitative data from the DEPICTED study. **J. Pediatr Nurs**. v. 30 n. 1, p. 54-62, 2015. Disponível em: doi:

10.1016/j.pedn.2014.09.006. Acesso em: 15 out. 2022.

MAIA, A.C.C.O.; BRAGA, A.A.; PAES, F.; MACHADO, S.; NARDI, A.E.; SILVA, A.C. Psychiatric comorbidity in diabetes type1: across-sectional observational study. **Revistada Associação Médica Brasileira**, v. 60, n. 1, p. 59–62, 2014. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ramb/a/7Cy9fykPbgywHTCVN6NkTHv/?lang=en>. Acesso em 24 out. 2022.

MENDES, E. V. **O cuidado das condições crônicas na atenção primária à saúde: o imperativo da consolidação da estratégia da saúde da família**. Brasília: Organização Pan - Americana da Saúde, 2012. 512 p.

MENDES, E. V. **As redes de atenção à saúde**. 2.ed. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2011. 549 p.

MERINO, M.F. G.L.; SHIBUKAWA, B. M. C.; RISSI,G.; FONSECA, B.S. Crianças e Adolescentes com diabetes: ações educativas no desenvolvimento de habilidades para o autocuidado. **Nursing**. v. 25, n. 292, p. 8700-8713, 2022. Disponível em: <https://www.researchgate.net/publication/363313231_Crianças_e_adolescentes_com_diabetes_acoes_educativas_no_desenvolvimento_de_habilidades_para_o_autocuidado>. Acesso em 12 jan. 2024.

MILANI, L.R.N, ESTEVES, R.Z, BRAOSI, A.P.R, BOLLER, C., GARBELINI, M.C.L. Educação permanente centrada na abordagem ao paciente com diabetes mellitus: importância da equipe multiprofissional. **Espaço. Saúde**. v. 23, p. 1–13, 2022. Disponível em: <<https://pesquisa.bvsalud.org/porta1/resource/pt/biblio-1426304>>. Acesso em: 15 jan. 2024.

MOK, E., HENDERSON, M. DASGUPTA, K., RAHME, E., HAJIZADEH, M., BELL, L., et al. Group education for adolescents with type1diabetes during transition from pediatric to adult care: study protocol for a multisite, randomised controlled, superiority trial (GET-IT- T1D). **BMJ Open**. v. 9, n. 11, p. 1-10, 2019. Disponível em: <<https://doi.org/10.1136/bmjopen-2019-033806>>. Acesso em: 12 fev.2024.

NASSER, M. A.; TAKIUTI, A. D.; SALA, A.; PIMENTA, A. L.; BILLAND, J. S. J.; AYRES, J. R. C. M.;GARCIA, S. M.; OLIVEIRA, A. (Org.). **Linha de Cuidado para a Saúde na Adolescência e Juventude para o Sistema Único de Saúde no Estado de São**

Paulo. São Paulo: LCA&J, 2021.

PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. **Cuidado : as fronteiras da integralidade.** 3.ed. Rio de Janeiro: Hucitec / IMS / Uerj – Abrasco, 2005.

PITITTO, B. A.; BAHIA, L.; MELO, K. Dados Epidemiológicos do Diabetes Mellitus no Brasil. Departamento de Saúde Pública. Sociedade Brasileira de Diabetes, 2023. Disponível em: https://profissional.diabetes.org.br/wp-content/uploads/2023/06/Dados-Epidemiologicos-SBD_comT1Dindex.pdf. Acesso em: 15 jan 2024.

RAMOS, V.; DILMEIRE, S.; ROMANOWSKI; J. P. Estudos de revisão: implicações conceituais e metodológicas. **Revista Diálogo Educacional [online]**. v.14, n.41, p.165-189, 2014. Disponível em: <<https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=189130424009>>. Acesso em: 7 nov. 2022.

ROMANOWSKI, J.P; ENS, R.T. As pesquisas denominadas do tipo "estado da arte"em educação. **Revista Diálogo Educacional.** v. 6, n. 19, p. 37-50, 2006. Disponível em: <<https://periodicos.pucpr.br/dialogoeducacional/article/view/24176>>. Acesso em: 7 nov. 2022.

SALCI, M. A.; MEIRELLES, B. H. S.; SILVA, D. M. G. V. Educação em saúde para prevenção das complicações crônicas do diabetes mellitus na atenção primária. **Esc. Anna Nery.** v. 22, n.1, p. 1-6, 2018. Disponível em: www.scielo.br/j/ean/a/3CS9647q8VyMVL69QvTX3kk/?format=pdf&lang=pt. Acesso em 25 jul. 2022.

SCHOEN-FERREIRA, T. H.; AZNAR-FARIAS, M.; SILVARES, E. F. M. Adolescência através dos séculos. **Psic.: Teor. e Pesq.** Brasília, v. 26, n. 2, p.227-234, 2010. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ptp/a/MxhVZGYbrsWtCsN55nSXszh/abstract/?lang=pt>. Acesso em 10 jun. 2023.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES. **Diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes 2019-2020.** Editora Clannad, 2019. Disponível em: <https://diabetes.org.br/> . Acesso em 10 Ago. 2022.

VARGAS, D.M.; BARBARESCO, A.C; STEINER, O.; SILVA, C. R.L. D. Um olhar psicanalítico sobre crianças e adolescentes com Diabetes Mellitus Tipo 1 e seus familiares. **Revista Psicologia e Saúde.** Blumenau,v.12, n.1, p.87-100, 2020. Disponível em:

<https://pssaucdb.emnuvens.com.br/pssa/article/view/858>. Acesso em: 31 de jul. 2022.

VASCONCELLOS, V.M.R.; SILVA, A. P. P.N.; DE SOUZA, R.T.O Estado da Arte ou o Estado do Conhecimento. **Educação**, v. 43, n. 3, p.1-12, 2020. Disponível em: <<https://revistaseletronicas.pucrs.br/ojs/index.php/faced/article/view/37452>>. Acesso em: 4jul. 2023.

WAGNER, E.H. Chronic disease management: what will take to improve care for chronic illness? **Effect Clin Pract.**, v. 1, n. 1, p. 2-4, 1998.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Putting people first in managing their health: new WHO guideline on self-care interventions. Geneva: WHO, 2021.