

Diabetes na adolescência

Olinda Marques¹

A adolescência é claramente um período de rápida mudança.

Caracteriza-se por um aumento do desenvolvimento cognitivo, do pensamento abstracto e capacidade crítica, pela aquisição da sua própria identidade e estilo de vida, pela menor receptividade à autoridade e grande dependência em relação ao grupo de amigos, pela aquisição progressiva de autonomia mas também pelo medo e insegurança em relação ao futuro. Esta fase é, por isso, potencialmente geradora de conflitos.

A adolescência é um período particularmente crítico para os jovens com Diabetes. Esta distingue-se das outras doenças crónicas pelas adaptações permanentes exigidas aos doentes e familiares para o seu controlo e responsabilidades nas decisões a tomar para esse fim, ou seja, grandes alterações no estilo de vida.

Do ponto de vista fisiológico o aumento da secreção dos esteróides sexuais que caracterizam a puberdade e das catecolaminas associadas aos conflitos psicológicos conduz a um aumento da insulinoresistência e da glicemia e grandes dificuldades no controlo metabólico.

A tendência é a intensificação do esquema terapêutico, mas o receio de ser considerado "anormal" no grupo de amigos, dificulta ainda mais as atitudes perante a doença. São frequentes comportamentos de dissimulação da mesma

(omissão da autovigilância e de administrações de insulina, não são evitados alimentos desaconselhados ou álcool,...) com grande risco de descompensações agudas. A negação da doença e a atracção pelo risco são pertinentes nesta fase. Para outros, o isolamento e afastamento do grupo é a atitude preferida.

A equipa terapêutica tem que estar preparada para a detecção e avaliação destas situações, esclarecendo os riscos, reforçando a autoconfiança e ensinando a evitar as complicações agudas.

É fundamental que estes problemas sejam prioritários e que a avaliação do controlo seja considerada em segundo plano. A doença deverá ser integrada na "vida" do adolescente e não condicioná-la. Os objectivos terapêuticos terão de ser realistas e atingíveis.

Temas como o álcool, contracepção ou orientação profissional devem constituir tema de debate. Em relação a este último o diabético deverá conhecer os direitos legais e profissões que lhe são desaconselhadas.

A insatisfação com a imagem corporal é frequente entre os adolescentes sobretudo no sexo feminino. Daí que o tema peso não deverá ser abordado de forma muito enfática pela sua estreita e negativa relação com o controlo metabólico. Distúrbios do comportamento alimentar são mais graves e difíceis de tratar nos diabéticos.

Nunca se deve assumir que o adolescente tem as capacidades e conhecimentos para resolver sozinho os problemas. Embora seja conveniente que os tenha, não há garantias de que os use. Não se deve partir do princípio que os pais foram transmitindo aos filhos todos os conhecimentos aprendidos, independentemente do tempo de evolução da diabetes. Há pois necessidade de uma nova abordagem da doença.

Deve-se ensinar e ajudar a resolver sozinho os problemas. Não contestar mas convencer. Negociar a responsabilidade no tratamento e não impor.

Os objectivos do tratamento são:

1. Prevenção das complicações agudas.
2. Ausência sustentada dos sintomas de hiperglicemia
3. Promover a sensação de bem-estar físico e psíquico
4. Manutenção de um crescimento e desenvolvimento sexual normais assim como de um peso ideal
5. Prevenção, identificação e tratamento dos distúrbios emocionais associados, com apoio psicossocial contínuo e motivação do doente e familiares.
6. Tentar o melhor controlo metabólico possível de modo a prevenir/atrasar o aparecimento de complicações crónicas.

¹ Hospital de S. Marcos (Braga)