

# Avaliação da assistência em domicílio à criança portadora de diabetes mellitus tipo I

## *Children with type 1 diabetes mellitus: home care assistance evaluation*

Juliana Paro<sup>1</sup>; Daniela Paro<sup>1</sup>; Maria R.R. Vieira<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Acadêmicas do 4º ano de Enfermagem; <sup>2</sup>Docente do Departamento de Enfermagem Especializada.

**Resumo** Com o objetivo de apreender e analisar a convivência de crianças com diabetes que são assistidas no ambulatório de endocrinologia pediátrica de um hospital escola em São José do Rio Preto, no seu ambiente domiciliar, foi utilizado o método de estudo exploratório com abordagem qualitativa e os resultados foram analisados de acordo com o modelo de conteúdo de Bardin. Fizeram parte da pesquisa 6 crianças portadoras de *diabetes mellitus* tipo I com tratamento de pelo menos seis meses e idade entre 10 a 13 anos. As entrevistas foram realizadas em domicílio. Em relação ao diagnóstico e tratamento, a maior parte das crianças entrevistadas teve um diagnóstico rápido e preciso, sendo encaminhadas para acompanhamento ambulatorial especializado e todas fazem uso de insulina NPH, porém, umas com mais frequência que as outras. O controle domiciliar é realizado por todas, contudo, há falta de conhecimento em relação aos exercícios físicos sem controle glicêmico e ao número de refeições diárias, acarretando o descontrole metabólico. A convivência com a diabetes não foi relatada como um problema de grande importância para a maioria das crianças. Outro fator relevante foi a influência da escola e de outras pessoas da família com a dificuldade em seguir as orientações do controle metabólico. Percebe-se a importância do acompanhamento multidisciplinar a essas crianças, conduzindo-as a uma vida saudável a partir de suas potencialidades. Dessa forma, conclui-se que, com o atendimento apenas no ambiente do profissional não será possível abarcar toda a complexidade do fenômeno “cuidar da criança com *diabetes mellitus*”.

**Palavras-chave** Assistência Domiciliar; Assistência à Saúde; Diabetes Mellitus; Cuidado da Criança.

**Abstract** With the purpose of understanding and analyzing the family life of children with diabetes in their home environment, who are assisted at a pediatric endocrinology clinic of a teaching hospital in São José do Rio Preto, an exploratory study method with a qualitative approach was performed. The results were analyzed according to Bardin's content analysis model. This exploratory study included 6 children with diabetes mellitus type I who have being under treatment for at least six months, with ages ranging from 10 to 13 years old. The interviews were carried out face to face at home. Concerning to the diagnosis and treatment, most of the interviewed children received a fast and accurate diagnosis being referred to a specialized ward follow-up, and at the time all children were using NPH insulin, yet ones more frequently than others. Household control is performed by all children; however, there is a lack of knowledge related to physical exercises without glycemic control and the number of daily meals leading to poor metabolic control of diabetes. Living with diabetes on a day to day basis was not reported as a major problem to the majority of children. Another relevant factor was the influence of school and other family members with the difficulty of following the metabolic control guidelines. It is noteworthy the multidisciplinary follow-up of these children which lead them to a healthful life at the best of their skills. Finally, we conclude that with the assistance in professional environment only we will not be able to understand the phenomenon complexity “of taking care of children with diabetes mellitus”.

**Keywords** Home Nursing; Delivery of Health Care; Diabetes Mellitus; Child Care.

### Introdução

O interesse por este estudo surgiu por acreditar que um atendimento adequado e qualificado às crianças portadoras de diabetes Tipo I e à suas famílias lhes darão apoio e suporte durante os segmentos terapêuticos, intensificando programas

de educação com vistas à diminuição do número de internações e prevenção das complicações advindas da doença, ou pelo menos poderá protelar os casos em que as complicações não puderem ser evitadas<sup>1</sup>.

O diagnóstico de diabetes juvenil, muitas vezes, contribui para

Não há conflito de interesse

a desorganização da estrutura familiar, necessitando, além da assistência hospitalar, de um adulto que se responsabilize pelo seu cuidado domiciliar. Este cuidado abrange situações em que há necessidade de executar, orientar, estimular e controlar as peculiaridades desta doença. Respeitando as condições de cada criança e o contexto sócio-cultural em que está inserida<sup>2</sup>.

O *diabetes mellitus* Tipo I resulta da destruição das células beta mediadas pela resposta auto-imune celular<sup>3</sup>. O mecanismo básico da hiperglicemia é o déficit absoluto de insulina. Embora a obesidade e a conseqüente resistência insulínica possam coexistir com o DM1, esta associação é incomum. Na doença clínica, o nível plasmático basal do peptídeo C é baixo ou mesmo indetectável e não se incrementa após o estímulo com glucagon ou sustacal, indicando a necessidade da insulinoterapia. Os marcadores da destruição auto-imune das células beta são os auto-anticorpos para células de ilhotas (ICA), para insulina (IAA), para descarboxilase do ácido glutâmico (GAD 65) e para tirosina fosfatase (IA2 e IA2b). Comumente mais de um destes anticorpos estão presente em 0% dos indivíduos quando a hiperglicemia pós-prandial é inicialmente detectada<sup>4</sup>.

Apesar do aumento do *diabetes mellitus* tipo 2 (DM2) na infância e na adolescência, nesta faixa etária o tipo 1 (DM1) ainda é o predominante, com o pico de incidência dos 10 aos 14 anos. Dados sobre esta doença no Brasil são escassos, com prevalência estimada de 0,2% e incidência variável:

- baixa – Campina Grande (PB): 3,5/100.000;
- intermediária – Londrina (PR): 5 /100.000;
- elevada – São Paulo: 7,6/100.000; e Passo Fundo (RS): 12,4/100.000<sup>5</sup>.

As recomendações para o controle domiciliar da criança com diabetes incluem auto-monitorização da glicemia capilar, de múltiplas doses de insulina, das alterações nos padrões dietéticos a partir de reeducação alimentar e da realização de atividades físicas programadas, a fim de manter os níveis glicêmicos. Estas recomendações implicarão em mudanças de comportamento dos pacientes, profissionais de saúde e familiares<sup>6</sup>.

Mesmo considerando a disponibilidade de terapêuticas efetivas, ainda é preciso compreender o quão penoso torna-se o tratamento para os portadores, as famílias e a sociedade, pois essa doença pode acarretar um comprometimento da qualidade de vida da criança<sup>7</sup>. Podem ocorrer dificuldades escolares e sociais decorrentes de a uma redução na auto-estima que fazem as crianças sentirem-se diferentes das outras<sup>8</sup>.

Alguns autores ao estudarem a relação entre autocuidado e controle metabólico em crianças com diabetes tipo 1, afirmam que estas necessitam de algum grau de envolvimento dos pais no cuidado<sup>1</sup>, portanto esse controle está diretamente ligado à disponibilidade de apoio familiar, que representa o microcosmo, no qual a criança inicia seu processo vital<sup>2</sup>.

Diante disso, o papel dos profissionais de saúde não deve ficar limitado somente à avaliação do déficit de conhecimento sobre a doença, das condições para o controle e do treinamento e, sim, ampliado no sentido de adotar estratégias de mudança de comportamento, visando o melhor controle metabólico possível a fim de minimizar as complicações advindas a longo prazo<sup>9,10</sup>. Portanto, a educação constitui a base do controle do diabetes<sup>11</sup>. Porém, ao implementar programas de educação, é de suma importância que a equipe multiprofissional esteja capacitada para o atendimento global da criança e, também, tenha como conduta envolver os pais e familiares nesse processo<sup>1</sup>.

## Objetivo

Com base no exposto, são objetivos deste estudo apreender e analisar a convivência e o aprendizado de crianças com diabetes que são assistidas no ambulatório de pediatria, na especialidade de endocrinologia, em um hospital escola em São José do Rio Preto, no seu ambiente domiciliar.

## Percurso Metodológico

Trata-se de um estudo exploratório, com abordagem qualitativa, que responde a questões particulares num espaço mais profundo das relações, tendo como sujeito do estudo pessoas pertencentes à determinada condição social com suas crenças, valores e significados próprios. O estudo foi realizado na cidade de São José do Rio Preto, SP, em domicílios de crianças portadoras de diabetes mellitus tipo I, que são acompanhadas no Ambulatório de Endocrinologia Pediátrica do Hospital de Base - FUNFARME, tendo seu início no mês de março/2005 e término em julho/2005. As crianças fazem o acompanhamento trimestral e enquanto elas aguardam o atendimento médico, participam na sala de espera de atividades realizadas pela enfermeira ou pela psicóloga que fazem orientações educativas sobre o diabetes e o esclarecimento de dúvidas.

A população foi constituída por seis crianças na faixa etária de 10 a 13 anos com diagnóstico de *diabetes mellitus* há pelo menos seis meses, sendo possível saber suas possíveis limitações, mudanças no cotidiano e nas relações. A opção por pesquisar essas crianças constituiu-se dos seguintes critérios: residir em São José do Rio Preto, conviver com a doença já há algum tempo, o que permitiu análise mais adequada da assistência, e idade, que facilitou a realização da coleta de dados e uma melhor interação.

De acordo com as normas que regulamentam as pesquisas em seres humanos, foi encaminhado ao Comitê de Ética e Pesquisa da instituição de Ensino, solicitação para realização da pesquisa. Após a aprovação pelo Comitê, foi estabelecido contato direto com as crianças e as famílias, explicando a pesquisa e solicitando autorização, por meio de termo de consentimento escrito do responsável e da própria criança, que teve oportunidade de dizer se participaria ou não da pesquisa. Em respeito às questões éticas e ao anonimato das crianças envolvidas, decidimos identificá-las com um nome fictício, o qual foi escolhido por nós, respeitando a inicial do nome de cada um.

Foi realizada uma visita no domicílio, previamente agendada, durante o período de abril e maio de 2005. Para coleta de dados foi utilizado um roteiro de entrevista semi-estruturada, gravada e transcrita posteriormente, elaborado com questões norteadoras, considerando as variáveis relacionadas ao controle domiciliar, contendo dados de identificação; dados referentes ao diagnóstico e tratamento; dados referentes aos cuidados em domicílio e dados referentes à convivência com a doença (Apêndice 1). A entrevista livre foi a técnica utilizada para a obtenção dos dados, pois permite um aprofundamento da comunicação, valorizando as idéias, as crenças, os sentimentos e as opiniões sobre as experiências dos sujeitos<sup>1</sup>. Os dados foram categorizados mediante o agrupamento de elementos, de idéias ou de expressões, a partir das falas com características comuns.

Após o esclarecimento dos conceitos sobre categorização das entrevistas, partimos para etapa da análise das categorias e da discussão das mesmas. Os resultados foram analisados de acordo com o modelo de Bardin (1979), que define análise de

conteúdo como: um conjunto de técnicas que buscam obter por descrições do conteúdo das mensagens, indicadores (quantitativos ou não) que permitam a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção/ recepção destas mensagens<sup>8</sup>.

### **Apresentação dos Resultados**

Após a leitura flutuante do material, foram definidos temas de interesse e, para cada um deles, foi descrito o conteúdo encontrado nas entrevistas<sup>6</sup>. O anonimato foi garantido e as falas foram apresentadas com nomes fictícios.

#### *Caracterização da população*

***O contexto sócio-econômico em que essas crianças estão inseridas é de classe média-baixa. Este dado é importante, pois norteia como proceder no momento de realizar a educação em saúde. Das crianças entrevistadas, 3 (50%) pertencem ao sexo feminino e 3 (50%) ao masculino.***

### **Diagnóstico e Tratamento**

Quanto ao diagnóstico de *diabetes mellitus* tipo I, em três crianças foi confirmado aos 10 anos de idade e nas outras em idade inferior, sendo aos 5, 7 e 8 anos. Os primeiros sintomas, antes do diagnóstico, relatados com maior frequência por estas crianças foram: poliúria, polidipsia, emagrecimento, fraqueza e fadiga, como pode ser percebido em uma das falas:

“Eu sentia muita fraqueza, ia ao banheiro fazer xixi muitas vezes, bebia muita água e comecei a emagrecer...” (Márcia)

Quando indagados sobre o tratamento, todos afirmaram fazer uso de insulina NPH pelo menos uma vez por dia, sendo a de ação rápida utilizada apenas em emergências nas quais a glicemia está muito alta.

Essa insulina é retirada nas Unidades Básicas de Saúde junto com a seringa e a agulha, porém, segundo relatos verbais, tanto a seringa quanto a agulha não são suficientes para todas as aplicações, comprando na farmácia, na maioria das vezes, o que falta para completar. Os locais utilizados para aplicação são: braços, pernas, barriga e nádegas como mostram algumas falas abaixo:

“*Quem aplica é minha mãe, no braço, na barriga e na bunda, na perna não gosto*” (Paulo).

“... *eu que me aplico, minha mãe me ensinou e eu aplico no braço, na barriga e na perna*” (Oswaldo).

Três crianças realizam a auto-aplicação de insulina, ensinadas pela mãe, enquanto que nas outras a aplicação é feita pelas próprias mães. A maior parte das mães recebeu informações sobre cuidados e utilização de insulina com a equipe de enfermagem e com outros profissionais que trabalham no ambulatório, como veremos a seguir:

“*Me treinaram rapidinho lá no ambulatório Hospital de Base, uma auxiliar de enfermagem que faz injeção... quem me explicou os cuidados e armazenamento foi a mesma moça*” (mãe de Márcia).

“*A psicóloga que explicou no ambulatório e agora recente tem uma enfermeira especialista em diabetes, que enquanto a gente aguarda a consulta tem um debate e ela vai explicando*” (mãe de Carla).

### **Cuidados domiciliares**

Grande parte dos pacientes realizam o dextro (a mensuração da glicemia capilar, por meio fitas específicas que na linguagem cotidiana chamamos de dextro) de 4 x ao dia, sendo que alguns realizam somente de vez em quando, como podemos ver abaixo:

“Eu realizo o dextro nele, mas não é todo o dia não, o Dr. A. pediu para fazer 2 vezes por dia, só que o problema sério aqui de furar o dedo... insulina de ação rápida. precisou sim, uma vez que eu fiquei com medo de ele ficar acostumado, né, se sabe, dá, aí abaixa de uma vez. Como era de noite, né, eu falei não vai comer mais, deixa quieto” (mãe de Oswaldo).

Em relação à alimentação, alguns deles citaram a dieta como tarefa diária, apesar de relatarem que, em alguns momentos, não seguem a dieta alimentar. Como quando vai à casa da avó e acaba comendo doce, ou mesmo, só come doce quando vai à casa da avó. E até quando está na escola e os amigos oferecem algum doce, bala ou refrigerante e os mesmos acabam aceitando. Podemos perceber todas essas dificuldades em algumas falas a seguir:

“... *como de tudo menos doce, só de vez em quando na casa da avó, mas em casa é muito difícil*” (Paulo).

“*Às vezes na escola chupo bala que minhas amigas me dão ou tomo refrigerante normal*” (Nádia).

A maior parte das crianças entrevistadas pratica exercícios como: treino de futebol, no mínimo 2 vezes na semana, educação física na escola e andar de bicicleta, porém, sem nenhum controle de glicemia. Entretanto, algumas não praticam nenhum tipo de exercício, ou então, referem brincar na rua com amigos. Como podemos ver abaixo:

“*Eu treino futebol de 3ª e 5ª feira de manhã, de 3ª à tarde na escola e de sábado eu jogo... também corro e nado*” (Oswaldo).

“*Na escola tenho 3 aulas de educação física, 2 na 2ª feira e uma na 6ª feira, e eu brinco bastante na rua com meus amigos*” (Nádia).

### **Convivência com a doença**

A doença para a criança/adolescente constitui-se um caminho, por vezes longo, difícil e imprevisível. Sua vida passa, então, a ser regida pela doença, com exames, internações e viagens, pois muitos deles residem em outros municípios. O primeiro impacto surge quando recebem o diagnóstico, e constatam que, realmente, têm uma doença<sup>1</sup>. A lembrança dessa época pode ser vivenciada nas falas abaixo:

“Primeiro baque, a gente fica sabendo, você acha que você pode tomar outros tipos de remédios, a gente não tem informação... diabetes, então tem que tomar remédio, não acha que já vai direto para insulina... a gente sabia mais fica naquela né, às vezes não é, às vezes não vai...” (Oswaldo).

No começo passava mal, porque descompensava muito fácil e a gente não sabia né, era novato de diabetes, aí começou a ter queda, queda... (Márcia).

## Discussão

Na literatura internacional a associação do *diabetes mellitus* tipo I com o sexo não se mostra estatisticamente significativa<sup>12,13</sup>. Já no Brasil, foi encontrada uma taxa de incidência mais alta em meninas, em três cidades do interior paulista. Esses autores afirmam ainda que, o aumento da incidência de *diabetes mellitus* tipo I no sexo feminino, se comparado ao masculino, poderá ser testado por estudos progressivos a esse respeito que estão sendo desenvolvidos em dezoito centros do país<sup>7</sup>. A população brasileira de 0 a 20 anos de idade carece de estudos dessa natureza para elucidação da existência ou não de associação com o sexo<sup>1</sup>.

O início do quadro de diabetes é freqüentemente rápido e é caracterizado por excesso de diurese, muita sede, cansaço, emagrecimento e desinteresse pelas coisas rotineiras. Esses sintomas ocorrem porque sem insulina não há aproveitamento de glicose pelo organismo, já que é a insulina que transporta a glicose para as células. Os pacientes passam por uma fase de desidratação e desnutrição, perdendo líquido, proteína e gordura<sup>14</sup>.

Esse processo pode ocorrer no diagnóstico ou durante a evolução sempre que o controle metabólico do *diabetes mellitus* não for adequado. Os exames devem ser pedidos de imediato, pois a presteza do diagnóstico vai impedir uma descompensação metabólica maior, que poderia caminhar para o coma diabético<sup>14</sup>. Os dados mostram que a maioria das mães aprendeu a administrar a insulina com profissionais da saúde, merecendo relevância o trabalho desenvolvido pela equipe multiprofissional na educação. A orientação sobre o reconhecimento da hipoglicemia, principal complicação do uso da insulina, deve ser feita nos primeiros dias após o diagnóstico, bem como as recomendações de como evitá-la e tratá-la<sup>15</sup>.

O controle intensivo do *diabetes mellitus* tipo I, conduzido por uma equipe multiprofissional com instrumentalização para realizar um bom segmento e apoio continuado aos pacientes, tem conseguido efetivamente reduzir a progressão das retinopatias, nefropatias e neuropatias. Portanto, a intensificação de programas de educação junto a essa população e o envolvimento das famílias nesse processo contribuiu muito para o controle da doença<sup>1</sup>.

Há uma falta de conhecimento em relação ao controle da glicemia por parte da criança e de seus familiares, que muitas vezes não dão a devida importância para esse fato. O que podemos perceber nas falas é que, um dos maiores problemas das crianças diabéticas é em relação à alimentação. Verificamos que as mães precisam ser mais bem informadas e orientadas no sentido de que a alimentação do filho deve ser fracionada várias vezes por dia em menor quantidade, adequando, assim, as refeições ao tipo e ao número de aplicação diária de insulina e à atividade física a ser realizada<sup>10</sup>.

Percebe-se o quanto as crianças sofrem influências do ambiente em que convivem e que essas influências são fatores determinantes para um seguimento terapêutico adequado. Dessa forma, a educação não deve ficar restrita apenas ao pai, à mãe e à criança, mas deve ser extensiva à toda a família, principalmente avós e tios, que devem ser participantes ativos no processo de mudança e adaptação. Essas orientações também devem ser realizadas nas escolas, pelos profissionais de saúde, a fim de sensibilizar um número maior da população quanto à importância do adequado controle metabólico da doença.

Sabe-se que o exercício físico constitui-se num dos pilares para o tratamento do *diabetes mellitus* associado à dieta e à insulino-terapia, sendo citado na literatura como uma forma de melhorar o grau de controle glicêmico e a auto-estima. No entanto, a atividade física deve ser acompanhada por meio da determinação de glicemia, que pode ser realizada por dextro ou pela glicosúria, evitando-se, dessa maneira, episódios de hipoglicemia. Mesmo conhecendo os benefícios que a atividade física proporciona, recomenda-se que a criança e o adolescente considerem a intensidade, a duração, o horário do exercício, o estado do controle metabólico, o tempo após a última refeição e o tempo de ação da insulina.

Foi verificado que apenas uma criança segue os cuidados básicos da dieta, dos exercícios físicos e do controle dos níveis glicêmicos. Pode-se pensar que a maioria está propensa a sofrer modificações em suas vidas, em razão das complicações futuras com a doença. Neste caso, as mudanças exigidas pela doença serão ainda maiores, requerendo novas readaptações familiares, relacionais, alimentares e das tarefas cotidianas.

Durante o processo educativo é importante que a equipe multidisciplinar, ao propor um esquema de automonitorização capilar, seja capaz de ensinar a criança com diabetes a analisar o seu perfil glicêmico e a interagir com os outros aspectos da terapêutica preparando-a para o seu autocuidado. Para tanto, há necessidade de um trabalho planejado e integrado, e o desenvolvimento de equidade de atendimento às famílias de crianças e de adolescentes, fornecendo apoio e suporte para que estas possam colaborar com o controle domiciliar<sup>16</sup>.

A história clínica desses jovens confirma os dados de que, o *diabetes mellitus* Tipo I geralmente se inicia durante a infância antes dos 15 anos de idade<sup>17</sup>. Receber a notícia da existência da doença foi algo assustador e causador de tristeza para esses adolescentes, o que é facilmente compreensível, já que uma doença crônica causa grande impacto na vida de qualquer pessoa, podendo trazer comprometimentos ao bem-estar e ao funcionamento familiar e social<sup>18</sup>.

Conviver com o diabetes desde criança permite uma adaptação que nem sempre é encontrada em crianças ou adolescentes recém-diagnosticados<sup>8</sup>. Apesar dos percalços percorridos pelos adolescentes, pode-se afirmar que a convivência com a doença não é um problema de grandes proporções, que os incapacite, a não ser o fato de não poder comer doce.

A doença altera o ritmo de vida da criança. Se, antes, a prioridade era brincar, pular e jogar futebol, agora existem restrições; é preciso dobrar os cuidados para não cair e se machucar, o que pode provocar uma exacerbação dos sintomas e piorar o quadro. A prioridade, agora, para essas crianças/adolescentes, é a doença, e eles precisam se adaptar às suas limitações, e estas estão relacionadas às condições físicas, alimentares e de socialização.

Na assistência à criança/adolescente, o cuidado deve prever estratégias que minimizem o estresse causado durante as intervenções, seja ela física ou emocional. Esse cuidado caracteriza-se como cuidado atraumático e deve ser considerado em todas as situações<sup>19</sup>.

## Conclusão

O conteúdo das falas das seis crianças entrevistadas refletiu o conjunto de suas experiências de vida, mostrando uma carga histórica, cultural, política e ideológica que vai além dos aspectos

anatômicos e fisiológicos.

Ao dar voz às crianças, percebemos a dimensão que a doença tem em suas vidas, a qual é vivenciada de forma singular, ou seja, como uma experiência pessoal. Eles sabem que precisam se ajustar a limitações físicas, alimentares e de socialização, nesse processo da doença e tratamento, que exige, além de acompanhamento da especialidade médica, a atuação de outros profissionais como: nutricionista, psicólogo e enfermeiro.

Os pais e os profissionais da saúde devem estimulá-los a manter a autonomia e a independência, próprias da fase de desenvolvimento em que se encontram. É papel fundamental dos profissionais envolvidos com diabetes sensibilizá-los para compreender essa necessidade de alterações pessoais no estilo de vida.

É, portanto, indispensável o acompanhamento multidisciplinar a estas crianças nas várias fases de seu crescimento e desenvolvimento, conduzindo-as a uma vida saudável a partir de suas potencialidades, favorecendo oportunidades de aprendizagem, para que ela seja capaz de desenvolver habilidades nos cuidados com a doença que muito contribuirão para um bom controle domiciliar.

Dessa forma, com o desenvolvimento de centros regionais para o controle e pesquisa em diabetes, a expansão do número de especialistas por meio de escolas, o maior esforço profissional na educação em saúde, o planejamento de recursos financeiros e o melhor relacionamento entre especialistas e destes com os cuidadores a fim de qualificar o atendimento a essa clientela, minimizar o impacto da doença na família e minorar o sofrimento das crianças e adolescentes e dos próprios pais, são estratégias que deveriam nortear o desenvolvimento de políticas gerais para a implementação de um programa efetivo de autocontrole da doença em nosso país.

Constatou-se também problemas em várias esferas, principalmente, na capacitação profissional para a organização dos serviços de saúde que prestam o atendimento requerido para esses pacientes.

A educação em saúde não é apenas o executar dos procedimentos, é interagir com o ser humano, estar comprometido com a vida, vivenciar a experiência da dor, sofrimento e alegria e contribuir para a melhoria da qualidade de vida das pessoas. Durante a pesquisa bibliográfica verificou-se que há grande escassez de trabalhos científicos com abordagem em crianças portadoras de *diabetes mellitus* tipo I e equipe de enfermagem, fato este que serviu como estímulo para continuar os estudos nesse tema em razão de sua importância.

Há importância de o profissional estar trabalhando e reconhecendo o seu lado humano de forma que possa delimitar suas próprias necessidades: se não tivermos consciência de quem somos, de nossos limites, de nossas falhas e de nossas possibilidades, será difícil reconhecer o outro e respeitar seus limites e suas diferenças. Dessa forma, conclui-se que com o atendimento apenas no ambiente do profissional, não será possível abarcar toda a complexidade do fenômeno “cuidar da criança com *diabetes mellitus*”.

#### Referências bibliográficas

1. Dall'Antonia C, Zanetti ML. Auto-aplicação de insulina em crianças portadoras de diabetes mellitus tipo 1. Rev Latino-Am Enfermagem 2000 jul.;8(3):51-8.
2. Trevisan E, Lenardt MH, Jouclas VMG. O cuidado à criança diabética

na teia da vida. Cogitare Enferm 1998 jul./dez.;3(2):11-4.

3. Atkinson MA, Maclaren NK. The pathogenesis of insulin dependent diabetes. N Engl J Med 2000; 331:142 -36 apud Atualização Brasileira sobre Diabetes. Diabetes na infância. [citado 2006 out. 20]. Disponível em: <http://www.diabetes.org.br>

4. The Expert Committee on the Diagnosis and Classification of Diabetes Mellitus. Report of the Expert Committee on the Diagnosis and Classification of Diabetes Mellitus. Diabetes Care 2003;26(Suppl 1) apud Atualização Brasileira sobre Diabetes. Diabetes na infância [citado 2006 out. 20]. Disponível em: <http://www.diabetes.org.br>

5. Atualização Brasileira sobre Diabetes. Diabetes na infância [citado 2006 out. 20]. Disponível em: <http://www.diabetes.org.br>

6. Zanetti ML, Mendes IAC. Caracterização de crianças e adolescentes com diabetes tipo 1 em seguimento terapêutico. Rev Gaúch Enferm 2000 jan.;21(1):82-99.

7. Zanetti ML, Mendes IAC, Ribeiro KP. O desafio para o controle domiciliar em crianças e adolescentes diabéticas tipo 1. Rev Latino-Am Enfermagem 2001;9(4):32-6.

8. Santos JR, Enumo SRF. Adolescentes com diabetes mellitus tipo 1: seu cotidiano e enfrentamento da doença. Psicol Reflex Crít 2003;16(2):411-25.

9. Oliveira O. Ação educativa de enfermagem no controle do diabetes. Acta Paul Enf 2000;13(N. Esp., Pt 1):133-5.

10. Zanetti ML, Mendes IAC. Análise das dificuldades relacionadas às atividades diárias de crianças e adolescente com diabetes mellitus tipo 1: depoimento de mães. Rev Latino-Am Enfermagem 2001 nov.;9(6):25-30.

11. Wong DL. A criança com disfunção endócrina. In: Wong DL. Enfermagem pediátrica. Rio de Janeiro: EGK; 1999. p.936-48.

12. Cherubin V et al. Incidence of IDDM in the marche region, Italy. Diabetes Care 1994;17:432-5 apud Zanetti ML, Mendes IAC. Caracterização de crianças e adolescentes com diabetes tipo 1 em seguimento terapêutico. Rev Gaúch Enferm 2000 jan.;21(1):82-99.

13. Kocova M et al. A cold spot of IDDM incidence in Europe. Diabetes Care 1993;16: 1236-40 apud Zanetti ML, Mendes IAC. Caracterização de crianças e adolescentes com diabetes tipo 1 em seguimento terapêutico. Rev Gaúch Enferm 2000 jan.;21(1):82-99.

14. Oliveira RBCC, Oliveira RF, Alves STF. Diabetes melito na infância e na adolescência. In: Diabetes dia-a-dia. São Paulo: Revinter; 1995. p.133-8.

15. Silveira VMF, Menezes AMB, Post CLA, Machado EC. Uma amostra de pacientes com diabetes tipo I no sul do Brasil. Arq Bras Endocrinol Metab 2001 out.;45(5): 433-40.

16. Gonçalves DF, Miranda FAN. No domicílio: orientações e cuidados de enfermagem em pacientes diabéticos. Enfermagem Brasil 2004 maio/jun.;3 (3):116-20.

17. Thompson Jr R, Gustafson KE. Adaptation to chronic childhood illness. Washington: American psychological Association apud Santos JR, Enumo SRF. Adolescentes Com Diabetes mellitus tipo 1: seu cotidiano e enfrentamento da doença. Psicol Reflex Crít 2003;16(2):411-25.

18. Trentini M, Silva DGV. Condição crônica de saúde e o processo de ser saudável. Texto e Contexto de Enfermagem 1992 apud Santos JR, Enumo SRF. Adolescentes com diabetes mellitus tipo 1: seu cotidiano e enfrentamento da doença. Psicol Reflex Crít 2003;16(2):411-25.

19. Vieira MA, Lima RAG. Crianças e adolescentes com doença crônica: convivendo com mudanças. Revista Latino-Am Enfermagem 2002 jul./ago.;10(4):552-60.

---

#### Correspondência:

Juliana Paro

Rua Atílio Paro, 212 - Jardim Simões

14770-000 – Colina - SP

Tel: (17)3341-1521 / Fax: (17)3341-9442

Cel: (17)9709-3116

e-mail: [juli.xiefn@gmail.com](mailto:juli.xiefn@gmail.com)

---

---

APÊNDICE 1

FAMERP – Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto  
AUTARQUIA ESTADUAL

**Instrumento de Coleta de Dados: Avaliação da Assistência no Domicílio às crianças portadoras de Diabetes Mellitus Tipo 1.**

**1. Dados de Identificação:**

Nome: \_\_\_\_\_.  
Endereço: \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_.  
Bairro: \_\_\_\_\_ CEP: \_\_\_\_\_.  
Cidade: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_.  
Telefone: \_\_\_\_\_ Celular: \_\_\_\_\_.  
Data de nascimento: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_.  
Idade: \_\_\_\_\_ anos.  
Sexo: Feminino ( ) Masculino ( )  
Raça: 1. Branco ( )  
2. Negro ( )  
3. Mulato ou pardo ( )  
4. Amarelo ( )  
5. Outro ( )  
Em caso de outro, especificar \_\_\_\_\_.  
Nacionalidade: \_\_\_\_\_ Naturalidade: \_\_\_\_\_.  
Religião: \_\_\_\_\_.

**2. Dados Referentes ao Diagnóstico e Tratamento:**

- 2.1. Quantos anos tinha quando descobriu que estava com diabetes mellitus? Como descobriu?  
2.2. Como é seu tratamento?

**3. Dados referentes aos cuidados a domicílio:**

- 3.1. Como é o seu autocuidado com a doença?

**4. Dados referentes à convivência com a doença:**

- 4.1. Como é conviver com o diabetes ou doença (colocar uma forma ou outra) no dia a dia?  
4.2. Considerações finais: Sente alguma dificuldade?
-