

**FACULDADE PARA O DESENVOLVIMENTO SUSTENTÁVEL DA AMAZÔNIA
FADESA**

LETICIA SANTOS MOURA

**DIABETES MELLITUS TIPO 1: O IMPACTO PROVOCADO NA FAMÍLIA FRENTE AO
DIAGNÓSTICO DA CRIANÇA**

**PARAUAPEBAS
2021**

LETICIA SANTOS MOURA

**DIABETES MELLITUS TIPO 1: O IMPACTO PROVOCADO NA FAMÍLIA FRENTE AO
DIAGNÓSTICO DA CRIANÇA**

Trabalho de Conclusão de Curso (TCC) apresentado a Faculdade para o Desenvolvimento Sustentável da Amazônia (FADESA), como parte das exigências do Programa do Curso de Enfermagem, para obtenção do Título de Bacharel.

Orientador: Fabricio Bezerra Eleres

Leticia S.Moura

PARAUPEBAS
2021

LETICIA SANTOS MOURA

**DIABETES MELLITUS TIPO 1: O IMPACTO PROVOCADO NA FAMÍLIA FRENTE AO
DIAGNÓSTICO DA CRIANÇA**

Trabalho de Conclusão de Curso (TCC) apresentado a Faculdade para o Desenvolvimento Sustentável da Amazônia (FADESA), como parte das exigências do Programa do Curso de Enfermagem, para obtenção do Título de Bacharel.

APROVADA:

Prof^o.esp. Jaciane de Souza Nascimento
(Banca avaliadora)

Prof^o.esp. Oneida Ramos
(Banca avaliadora)

Prof^o. Fabrício Bezerra Eleres
(Orientador – FADESA)

Dedico este trabalho a Deus Sem ele nada seria possível. As minhas duas irmãs dedico esse trabalho e esse sonho E por fim dedico ao meus pais que me acompanhou ate a realização desse sonho.

AGRADECIMENTOS

Agradeço a Deus, a quem devo tudo que sempre faz o impossível se tornar possível, por colocar forças nos dias que eu pensei em desistir e acalmar meu coração e sempre me consolar nos dias em que eu achei que não conseguiria, por está ao meu lado guiando essa caminhada e por me permitir está viva e com saúde para a realização desse sonho que por muitas vezes pensei que não seria possível mais ate aqui o senhor me sustentou.

Aos meus pais, Adelson Garcia de Moura e Sirlene Silva dos Santos, pelo carinho e amor que me dão e por sempre estarem ao meu lado dès do inicio desse sonho, por me aconselhar me incentivar e colocando sempre uma palavra positiva e que nunca deixaram de lutar por esse sonho mesmo com as dificuldades na porta eu amo tanto vocês, esse sonho não é so meu é nosso.

As minhas duas irmãs, Ana Paula Santos Moura, Jessica Santos Moura, pelo apoio e por sempre brigar comigo quando eu pensava em desanimar ou quando eu falava que não seria capaz, estavam la ao meu lado com palavras positivas e me motivando a ser o orgulho delas, amo vocês irmãs.

Em especial meu Namorado Cristiano Silva, que está comigo a 8 anos desde o inicio da minha trajetoria que acompanhou todos os momentos dificeis que me incentivou a nao desistir e sempre vencer os meus medos e dificuldades que quando me via triste falava eu acredito em você poquê sei que você é capaz te amo muito Cristiano. A todos meus amigos,em especial meu grupinho Lorena, Edy, Camila,Lorrany que foram meus parceiros em todos os momentos me ajudaram sempre que precisei passamos por tantos momentos juntos que vão ficar para sempre na memória, que sempre me mostraram que por mais difícil que fossem os obstáculos eu nunca estaria sozinha.

Aos professores que passaram por esse 5 anos e contribuíram com minha formação Em especial quero agradecer o professor Jackson Cantão o mascotinho rrsrrs que foi tão importante na minha vida acadêmica com seu conhecimento paciência que mesmo não sendo meu orientador foi meu professor em quase todos os semestres, aprendi a gostar muito e sempre terei uma eterna admiração pelo profissional que é Agradeço,a minha orientadora Dalvany Carneiro, que com seu conhecimento tive a oportunidade de concluir meu trabalho se não fossem suas experiência e recomendações eu não estaria concluindo este projeto, obrigado por todas as orientações, correções, e dedicação ao meu trabalho.

“O que vale da vida não é o ponto de partida e sim a caminhada. Caminhando e semeando, no fim terás o que colher”.(Cora Carolina)

RESUMO

O diabetes mellitus envolve a ausência da secreção de insulina tipo 1, os sintomas iniciais estão relacionados a hiperglicemia e polidipsia, polifagia, poliúria e perda ponderal. O diagnóstico é medindo os níveis plasmáticos de glicose, sendo que o tratamento depende do tipo, mas inclui fármacos que reduzem os níveis de glicose nós sangue, dieta e exercícios. Este estudo visa discutir sobre o impacto familiar frente ao diagnóstico da Diabetes tipo 1 em crianças, e a importância da assistência da enfermagem no enfrentamento da criança com diabetes tipo 1, e suas contribuições no processo de tratamento deste indivíduo. O objetivo deste estudo será analisar os impactos da família diante do diagnóstico da diabetes em crianças tipo 1. O método utilizado nesta pesquisa será a revisão de literatura bibliográfica, na qual estabeleceu como critério artigos publicados nos últimos dez anos, todos relacionados a temática. Espera-se que esse estudo traga importantes relevância para a área da saúde e também para a compreensão da importância da equipe de enfermagem no enfrentamento do diagnóstico de Diabetes Tipo 1 em criança. A partir dos resultados encontrados, observou-se a importância da realização de prevenção das complicações da doença e de intervenções visando a promoção da qualidade da relação dessas díade e de suas famílias. Conclui-se que é muito importante o papel educativo do enfermeiro junto às famílias no sentido de auxiliá-los no desenvolvimento de estratégias efetivas se cuidado à criança com diabetes.

Palavras-chave: Diabetes; Enfermeiro; Assistência; Família; Criança.

ABSTRACT

Diabetes mellitus involves the absence of type 1 insulin secretion, the initial symptoms are related to hyperglycemia and polydipsia, polyphagia, polyuria and weight loss. Diagnosis is by measuring plasma glucose levels, and treatment depends on the type, but includes drugs that reduce blood glucose levels, diet, and exercise. This study aims to discuss the family impact on the diagnosis of type 1 diabetes in children, and the importance of nursing care in coping with the child with type 1 diabetes, and its contributions in the treatment process of this individual. The objective of this study will be to analyze the impacts of the family on the diagnosis of diabetes in type 1 children. The method used in this research will be the bibliographical literature review, in which articles published in the last ten years, all related to the subject, were established as a criterion. It is expected that this study will bring important relevance to the health area and also to the understanding of the importance of the nursing team in facing the diagnosis of Type 1 Diabetes in children. From the results found, it was observed the importance of carrying out prevention of complications of the disease and interventions aimed at promoting the quality of the relationship of these dyads and their families. It is concluded that the educational role of nurses with families is very important in order to assist them in the development of effective strategies for caring for children with diabetes.

Keywords: Diabetes. Nurse. Assistance. Family. Kid

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	09
2 DESENVOLVIMENTO	12
2.1 DIABETES DO TIPO 1: COMPREENDENDO ESTA PATOLOGIA.....	12
2.2 OS LIMITES E AS MODIFICAÇÕES NA VIDA DAS CRIANÇAS E DA FAMÍLIA	16
2.3 O IMPACTO FAMILIAR DIANTE DO DIAGNÓSTICO DE DIABETES EM CRIANÇAS.....	18
2.4 O CONHECIMENTO DA FAMÍLIA EM RELAÇÃO A FISIOPATOLÓGIA DA CRIANÇA.....	21
2.5 OS PRINCIPAIS DESAFIOS DA FAMÍLIA A CERCA DA IMPORTÂNCIA DO TRATAMENTO	5
2.6 O TRATAMENTO DA DIABETES TIPO 1	26
3 METODOLOGIA	29
3.1 CARACTERÍSTICA DO ESTUDO.....	29
3.2 TÉCNICAS DE COLETA DE DADOS.....	29
3.3 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E EXCLUSÃO.....	30
3.4 ANÁLISE DOS DADOS.....	30
4 DISCUSSÃO	30
4.1 AS CONTRIBUIÇÕES DO ENFERMEIRO NA ASSISTÊNCIA DA CRIANÇAS COM DIABETES DOTIPO 1	30
4.2 A RELEVÂNCIA SOCIAL DO ENFERMEIRO NA ORIENTAÇÃO FAMILIAR.....	33
4.3 A VISÃO COMO ESTUDANTE DE ENFERMAGEM AO LER OS ARTIGOS E LIVROS SOBRE AS DIFICULDADES ENCONTRADAS PELA FAMÍLIA EM RELAÇÃO A CRIANÇA COM DIABETES.....	36
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS	38
REFERENCIAIS	40

1 INTRODUÇÃO

O diabetes do tipo 1 é uma doença crônica, que traz impactos devastadores para a vida familiar e principalmente, para o paciente. Lidar com esta enfermidade não é um processo fácil e, portanto, exige paciência, cuidados específicos com os hábitos alimentares e com o estilo de vida do acometido pela cormobidade que terá que se adaptar a diversas restrições e transformações nas quais o seu organismo irá passar. O presente estudo é de grande relevância, pois compreender o impacto familiar frente ao diagnóstico de Diabetes Tipo 1 em crianças, assume grande importância para verificação da incidência desta doença que representa um dos mais graves problemas de saúde pública no Brasil. Segundo o estatuto da criança e do adolescente de acordo com o Art.2º da lei considera-se criança, de acordo com a lei, o sujeito ao qual tenha doze anos de idade, porém incompletos, e adolescente a pessoa que tenha doze anos de idade completo.

Deste modo, o Diabetes Tipo 1 é uma patologia crônica e que tem atingido índices alarmantes no Brasil e no mundo. Segundo Calliari e Monte (2008, p. 243) “[...] nos últimos tempos, a existência da patologia teve um crescimento em quase todas as faixas etárias”. Nessa perspectiva, é difícil controlar as crianças devido a elas terem atividades muito irregulares, aliadas a mudanças nos padrões alimentares com rapidez, transferindo a responsabilidade do tratamento totalmente para a família. Segundo a sociedade brasileira de diabetes os cinco países com número de crianças e adolescentes com diabetes tipo 1 de 0-14 anos estão localizados na Índia, EUA Brasil, China e Rússia, o Brasil se totaliza com 51.500 crianças portadores de diabetes do tipo 1. Assim, o sofrimento da família diante do diagnóstico da doença talvez seja o fator mais relevante diante desta pesquisa e, que, portanto, será objeto de investigação.

Segundo Nascimento; Amaral; Sparapani; Fonseca; Nunes; Dupas (2011) “O cuidado relacionado à dieta também se constitui em um desafio para a criança. Lidar com o desejo de comer doces e com a culpa por não resistir a esse desejo são exemplos de barreiras para o autocuidado”. Isso acontece muito no ambiente escolar quando a criança ela se vê forçada a comer algum lanche que é adequado a sua saúde e condições, geralmente esse alimento é trazido de casa, o momento da hora do lanche frequentemente é no intervalo quando se junta o grupo de crianças, esse momento se torna mais difícil para essa criança por estar no meio desse grupo com alimentos diferentes do seu plano alimentar.

Na visão de Nascimento; Amaral; Sparapani; Fonseca; Nunes; Dupas (2011)“O desconhecimento da patologia pela criança, bem como suas implicações, leva ao medo de sofrer preconceitos e ao isolamento, prejudicando o adequado manejo do diabetes.” É muito importante que a criança ela se apoie em crenças e tenha sentimentos positivos a qual trazem conforto contribuindo para o enfrentamento desses problemas colaborando para o alívio do sofrimento e melhorando a qualidade de vida. Entretanto demais medidas podem contribuir para um ótimo manejo da patologia ,como,por exemplo, evitar de pensar sobre a doença e sempre estar em harmonia reconhecendo-a e ajustando ao seu estilo de vida colocando em pratica os cuidados importantes e necessarios, como comer bem realizar a manitorização sanguínea, manter-se sempre ativo tomar as medicações certas para que possa ser evitadas complicações, hospitalização ou morte.

A família diante do diagnóstico da Diabetes Tipo 1 se vê numa situação de alta perplexidade, uma vez que essa patologia exige cuidados específicos por toda a vida. Uma das questões que levam à preocupação excessiva da família é o medo de não saber lidar com a situação ou não praticar/desenvolver os cuidados necessários. Tal sentimento pode estar associado ao desconhecimento sobre a patologia (GOMES; MOREIRA; SILVA; MOTA; NOBRE; RODRIGUES, 2019).

Por isso é de muita importancia que a familia após a descoberta do diagnóstico da doença passe a conhcer a patologia para que o tratamento e a saúde da criança ocorra de forma mais tranquila, o conhcimento dos pais sobre a patologia ajuda tanto no desenvolvimento da criança e tratamento, pois a familia precisa entender como funciona as alimentações adequada, como fazer as aplicações de insulina fazer o monitoramento da glicemia, sem falar que os pais conhcendo essa patologia podera passar mais segurança a seu filho estando atento a todos os riscos possiveis.

O diagnóstico de Diabetes tipo1 em crianças é uma das notícias que promove uma desestabilização emocional e psicológica na vida dos acometidos por essa doença. Quando se trata de crianças, esse impacto é maior para a família, pois o diagnosticado ainda não possui maturidade para compreender a gravidade da doença. Nessa perspectiva, há probabilidade de que as reações da família frente ao diagnóstico de Diabetes Tipo 1 em crianças sejam angustiantes e desesperadoras, uma vez que se trata de uma patologia crônica que exigirá da família um cuidado diferenciado e por toda a vida.

Esta doença pode causar diversos problemas e complicações para o paciente, dentre elas, problemas micro e macro vasculares, bem como neuropatias. A família, em especial a figura materna, se vê confrontada e ameaçada diante de um diagnóstico que certamente irá mudar toda a rotina de vida da família, além de provocar profundas tristezas e angústias.

Diante deste contexto, é imprescindível a intervenção da equipe de saúde, tendo em vista esta circunstância exigir um envolvimento harmonioso e ininterrupto entre o paciente, a família e os profissionais de saúde que, na busca de atingir o equilíbrio biológico, psíquico e social, programando várias intervenções.

É consenso que a família e amigos são importantes aliados no controle e tratamento da doença, conscientizando a criança da importância de se manter a dieta bem como no incentivo de participar de atividades regulares de exercícios. Na visão de Góes; Vieira; Júnior (2007, p. 125) “[...] pelo fato de interferir na intimidade do núcleo familiar, a dieta é frequentemente motivo de dificuldades e falta de adesão.” Ainda segundo a autora, as crianças com diabetes não necessitam de qualquer tipo de alimento ou suplemento específico, mas de calorias satisfatórias para compensar o consumo diário de energia e abastecer as necessidades para seu desenvolvimento.

Deste modo, a família da criança diabética necessita tanto quanto ela, de um acompanhamento psicológico e da equipe de saúde com o intuito de oferecer a ambos a capacidade de enfrentarem essa doença de modo menos doloroso possível, já que a criança irá necessitar de apoio e incentivo de sua mãe para “conviver” com a doença que provoca mudanças drásticas na vida desse indivíduo.

Ao analisarmos o impacto sobre as famílias diante do diagnóstico de diabetes tipo 1 em crianças, este trabalho tem como objetivo, verificar os principais desafios da família frente ao diagnóstico diferencial e de observar a compreensão da família acerca da importância do tratamento da diabetes tipo 1, e de compreender a relevância social do enfermeiro na orientação familiar para o cuidado com a criança diabética e da importância da família conhecer o processo fisiopatológico da doença frente ao diagnóstico de diabetes tipo 1 em crianças. Tendo como metodologia aplicada uma análise qualitativa de estudos bibliográficos.

2 DESENVOLVIMENTO

2.1 DIABETES DO TIPO 1: COMPREENDENDO ESTA PATOLOGIA

As famílias e a sociedade de um modo geral têm enfrentado um grande desafio diante do Diabetes do tipo 1 em crianças, especificamente. Essa doença é responsável pela limitação da vida de um indivíduo, especialmente quando se trata de acometidos ainda na infância. Diante disso, não é de se estranhar o desespero de uma mãe frente a um diagnóstico dessa natureza e importância, pois a patologia é capaz de provocar morte em crianças a qualquer momento, pois a presença e atuação do Diabetes Tipo 1 compromete vários órgãos e também pode trazer sequelas pôr toda a vida.

Segundo Setian; Damiani; Dichtchekenian; Manna (2003, p. 15) “[...] o diagnóstico de diabetes em uma criança é motivo de ansiedade no núcleo familiar por se tratar de uma doença crônica, de etiologia incerta e com possíveis complicações futuras”. Deste modo, a vida da criança e da família passam a ser conduzidas pela doença, mantendo uma rotina de exames, internações e mesmo viagens, haja vista muitas famílias residirem em outras localidades.

Assim, o primeiro choque aparece no momento do diagnóstico da doença. De acordo com Góes; Vieira; Júnior (2007, p. 126), “[...] sabe-se que as limitações experimentadas pela criança com diabetes são inúmeras e desencadeiam vários sentimentos, como o medo e a insegurança, além de atitudes que vão do conformismo ao autocuidado”. Portanto, “[...] o Diabetes Mellitus (DM), como toda doença crônica exige adaptação em vários âmbitos, o que torna evidente a necessidade da interação da família em todo esse processo, principalmente, considerando o quanto é salutar o apoio social e família” (ALENCAR; ALENCAR, 2009, p. 34).

Segundo Leal; Fialho; Vargas; Nascimento; Arruda, (2012, p. 190):

Quando os familiares descobrem tal doença em seus filhos, defrontam com dúvidas, incertezas, revoltas e desespero. Não obstante, buscam explicações para entenderem melhor essa complicação e soluções que minimizem os possíveis efeitos. Os familiares inicialmente são expostos a uma situação assustadora e desconhecida e vão aos poucos tomando conhecimento da extrema gravidade da doença.

Diante desse contexto, é imprescindível a intervenção da equipe de saúde, em especial o enfermeiro, que se encontra munido de capacidades que podem promover qualidade de vida ao paciente, tendo em vista esta circunstância exigir um envolvimento harmonioso e ininterrupto entre o paciente, a família e os profissionais de saúde que, na busca de atingir o equilíbrio biológico, psíquico e social,

programando várias intervenções.

Malaquias;Marques;Faria;Pupulim;Marcon; Higarashi (2016, p. 5) afirmam que o Diabetes Tipo 1 é “[...] caracterizada como uma doença infanto-juvenil, o DM1 emerge, na maioria dos casos, numa fase da vida em que o indivíduo ainda não possui competências suficientes para o seu autocuidado”. O Diabetes Mellitus do Tipo 1 tem por principal característica a destruição de células beta pancreáticas.

Acredita-se que uma combinação de fatores genéticos, imunológicos e possivelmente ambientais (ex-virais) contribua para destruição das células beta. De acordo com Sparapani (2012, p. 3) “[...] o DM1, muitas vezes, se desenvolve em crianças que ainda não possuem habilidades cognitivas e maturação emocional que permitam o planejamento e a tomada de decisões sobre os ajustes do seu regime terapêutico”. Essas capacidades observadas só serão adequadamente desenvolvidas a partir dos 12 anos de idade.

Frente a isso, o enfermeiro deve inserir a família no cuidado da criança com DM1, por meio da capacitação de seus integrantes para o enfrentamento das limitações e desafios impostos pela doença. Também se faz necessário estimular a autonomia das crianças/adolescentes e familiares, de modo que estes possam atuar como multiplicadores de informações, auxiliando outras pessoas que necessitem de apoio no tratamento do diabetes.

O Diabetes do Tipo 1 é uma doença de origem genética, tendo como característica principal a elevação do nível de glicose no sangue. Assim sendo, o estudo em foco constatou que o Diabetes do Tipo 1 é uma patologia crônica que traz como consequências mudanças radicais, não só no estilo de vida da criança, mas principalmente na vida familiar que, além de ter que aprender a lidar com essa nova realidade, ainda terá que enfrentar os desafios que a criança com esta patologia terá em sua vida futuramente.

O estudo de Setian; Damiani; Dichtchekian; Manna (2003, p.6), afirma que o “[...] diabetes mellitus tipo1 (DM1) é uma doença metabólica autoimune de caráter multifatorial, caracterizada pelo excesso de glicose no sangue, devido a alterações no metabolismo normal dos carboidratos, proteínas e lipídeos”.

De acordo com as Diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes (2015-2016) o Diabetes Mellitus (DM) é a união de várias patologias,se instituindo de um grupo composto de distúrbios metabólicos que trazem como subsidios comum a hiperglicemia,que tem como consequência defeitos na ação da insulina, e na

secreção de insulina ou em ambas.

Já o estudo de Costa e Torres (2013) destaca que o Diabetes se distingue em duas formas diferentes, sendo elas: Diabetes Tipo 1, ou juvenil, e Diabetes Tipo 2, ou fase adulta. Um estudo realizado por Flora, Gonçalves e Gameiro (2016), ressalta que o DM1 se encontra ligada a diversas complicações, trazendo como consequências o aumento de mortalidade e o elevado risco de complicações micro e macro vasculares.

No que tange aos limites e às modificações na vida da criança e da família frente ao diagnóstico de Diabetes o presente estudo evidenciou exigências e necessidade de modificações nos estilos de vida de ambas, tendo em vista, oriundas dessa patologia, exigências de readequação tanto alimentar quanto ao desenvolvimento de mecanismos e práticas de exercícios físicos, posto que auxiliam no controle da glicemia, propiciando melhor qualidade de vida.

Sobre esta questão o estudo de Calliari e Monte (2008, p.9) diz que “[...] a terapêutica no Diabetes Mellitus Tipo 1 (DM1) historicamente tem seguido a tríade insulina/alimentação/atividade física”. Ainda segundo os autores, os avanços tecnológicos e terapêuticos e as noções dos fatores psicológicos e sociais que envolvem o Diabetes impõem a necessidade de mudança da tríade mencionada, dando lugar à insulina/monitorização/educação em Diabetes; incluindo-se nesta proposta substitutiva em educação: alimentação, atividade física e orientação para os pacientes e suas famílias.

Já o estudo de Queiroz; Silva e Alfenas (2015) destaca sobre o autocuidado sendo uma peculiaridade do indivíduo, sendo elaborado por parte da regulamentação, atuando pela própria pessoa ou por meio de alguém para se guardar a vida, a saúde, o crescimento e o bem-estar.

Sobre esta questão, as Diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes (2015; 2016) destacam que existem evidências de que mudanças no estilo de vida, com destaque na alimentação e na redução da atividade física, estão associadas ao acréscimo e prevalência de DM2. Por isso, existe a necessidade de se estabelecer a prevenção primária em casos de Diabetes do Tipo 1, visando a complicações futuras da patologia.

Acerca da necessidade de modificações e adaptações à nova realidade do diabético, Loiola (2016) destaca que o tratamento da DM1 perpassa pela conservação de um estilo de vida saudável e um controle permanente da glicemia, com o intuito de

evitar possíveis complicações da doença. Por isso, faz-se imprescindível o controle da glicemia, tratamento medicamentoso e não medicamentoso. Assim sendo, a prática de atividade física é adequada e efetiva para qualquer pessoa, especialmente para indivíduos com diabetes.

Sobre o impacto do diagnóstico do Diabetes em crianças junto à família, esse estudo aponta que diante da notícia suscitam-se manifestações psicológicas diversas, dentre as quais cabe destacar: revolta, negação, depressão e enfrentamento. Em casos de Diabetes do Tipo 1 em crianças, essas manifestações são suscitadas em seus familiares, pois a criança ainda não possui maturidade suficiente para compreender a gravidade que a patologia possui, bem como a necessidade de modificação no seu estilo de vida durante toda a sua existência.

Simonetti (2004, p.94) diz que o paciente diante do diagnóstico “[...] estabelece então cinco relações fundamentais: com a família, com o médico, com a enfermagem e [...] outros técnicos, com a instituição e com o psicólogo”. Ainda, estas relações são denominadas de “transferenciais”, pois o adoecimento como fenômeno regressivo leva a pessoa a criar vínculos conforme o paradigma já experimentado anteriormente em sua história de vida.

Corroborando a este resultado, as Diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes – SBD (2015-2016, p. 6) confirmam que a “[...] patologia possui natureza crônica, a gravidade das complicações e os meios necessários para controlá-las tornam o DM uma doença muito onerosa não apenas para os indivíduos afetados e suas famílias, mas também para o sistema de saúde”.

Em conformidade à abordagem, o estudo de Carvalho e Silva (2016, p. 84) salienta que, “o acolhimento ao indivíduo com diagnóstico de diabetes, proporciona o conhecimento da história pregressa e socioeconômica do indivíduo, o que possibilita a realização de um plano de cuidados específicos para cada paciente”.

No que tange às discussões realizadas em torno das contribuições do enfermeiro no tratamento da criança com Diabetes Tipo 1, observou-se que a atuação desse profissional é de suma importância, pois auxilia o paciente no enfrentamento, bem como na orientação da família sobre os procedimentos adequados a serem tomados, evitando assim o agravamento do quadro diabético da criança.

Tendo em vista a cronicidade do diabetes, a educação em diabetes implica em capacitar os portadores desta doença a problematizar sobre sua condição, desencorajando a acomodação e estimulando sempre a opção, visando a mudança de uma realidade possível de ser mudada por eles.” (SONIA AURORA ALVES GROSSI, 2009)

O estudo de Dantas; Torres; Dantas (2012) destaca que a educação em enfermagem objetiva-se essencialmente, na sensibilização e mudança de comportamento da pessoa com diabetes, por ser uma realidade bastante complexa de se alcançarem mudanças, devido aos valores e preceitos em relação aos cuidados no que se refere à saúde integral do paciente, pois o diabetes é doença que possui muita facilidade de agravar o quadro clínico, caso ele não receba uma educação que desperte nele a consciência da necessidade de mudar seu comportamento.

O estudo de Loiola (2016) faz menção da relevância da assistência da enfermagem ao paciente com Diabetes Mellitus Tipo 1, ressaltando que ela tem grande participação nesse processo de acompanhamento, tendo em vista ser por meio da consulta de Enfermagem, disseminar ensinamentos e orientações que levam o usuário do sistema de saúde a desenvolver o autocuidado, proporcionando ao indivíduo uma melhor qualidade de vida, por meio da realização do rastreamento de pessoas que possuem probabilidades de desenvolver a doença por meio do histórico familiar de quem tem diabetes, a fim de orientar no planejamento terapêutico.

Na pesquisa realizada por Carvalho e Silva (2016), destaca-se que o enfoque usado na precaução de complicações ao paciente com diabetes não tem sido suficiente. Entretanto, os profissionais da enfermagem podem propor ações educativas com o intuito de reduzir complicações, atuando na prevenção, promoção da saúde.

2.2 OS LIMITES E AS MODIFICAÇÕES NA VIDA DA CRIANÇA E DA FAMÍLIA

O diagnóstico do Diabetes do Tipo 1 em crianças provoca um verdadeiro turbilhão de emoções e sentimentos controversos na família e na criança, diante de um futuro limitado que a espera, sem falar numa vida de medicamentação constante que ela irá ter, tendo que se adaptar a um estilo de vida cheio de restrições e limitações. Assim, pensar numa abordagem familiar planejada e estruturada é o melhor a se fazer diante de um diagnóstico de Diabetes, pois não é uma informação fácil de receber; necessitando, portanto, de acompanhamento especializado na hora da abordagem junto à família, em especial à mãe. Nessa perspectiva, não é fácil aceitar as restrições que o Diabetes Mellitus estabelece, especialmente quando as mudanças do dia-a-dia são exigidas pela própria criança, tornando mais difícil ainda quando os pais não se encontram preparados para enfrentar esta situação.

Sobre esta questão Malaquias; Marques; Faria; Pupulim; Marcon;

Higarashi (2016, p. 4) ressalta que o “[...] impacto pela mudança alimentar no cenário familiar vem em decorrência das necessidades ou demandas para controle da doença, já que os estudos apontam que a terapia nutricional é parte imprescindível no tratamento do Diabetes Mellitus”. Visto que uma das importantes alterações constituídas pelo DM1 que mais se manifesta é expressa pela alimentação e se conecta com a disfunção fisiológica do metabolismo de carboidratos.

Uma das principais alterações geradas pelo DM1 que mais se apresenta é expressada pela alimentação e se relaciona com a disfunção fisiológica do metabolismo de carboidratos. Martins; Barroso; Maia; Albuquerque (2015, p. 42) destaca que “[...] o surgimento do DM evidencia que o emocional é a área que se torna fragilizada e prejudicada, pois as mães projetam sonhos e vida longa nas crianças e, com o impacto do diagnóstico, essa projeção é comprometida”.

De acordo com Leal; Fialho; Vargas; Nascimento; Arruda (2012, p. 191) “[...] ao se defrontar com uma doença crônica, como o diabetes mellitus, a criança têm seu comportamento modificado”. A família, em especial a figura materna se vê confrontada e ameaçada diante de um diagnóstico tão cruel como é a divulgação de uma notícia que certamente irá mudar toda a rotina de vida familiar, além de provocar profundas tristezas.

O ambiente familiar é o principal responsável pela criança e, portanto, cabe a ele controlar e definir limites diante de necessidades e cuidados que esta patologia impõe. A presença da família é muito importante após o diagnóstico estabelecido, já que a infância é uma fase em que a pessoa ainda não desenvolveu adequadamente uma consciência para entender o que é uma condição crônica e o que isso implica. (CAVINI; GONÇALVES; CORDEIRO, 2016)

De acordo com Calliari e Monte (2008) “[...] em razão da pouca frequência de diagnósticos de diabetes em serviços de pediatria, a educação, em geral, é realizada individualmente”. Entretanto, é notório que a essa temática existem vários pontos que necessitam ser discutidos com a família e paciente, inclusive a necessidade de se adaptarem à sua capacidade de compreensão.

Calliari e Monte (2008, p. 248), afirmam que “o processo educativo deve ser iniciado após a superação da família do impacto emocional e psicológico que se sucede ao diagnóstico de diabetes em uma criança previamente hígida”. Ultimamente vêm sendo traçados debates e discussões sobre a necessidade de uma educação adequada à idade, destinadas a crianças pequenas e também primeiramente

direcionada aos pais e/ou outras pessoas que cuidam da criança.

Na convivência familiar com crianças diabéticas, a rotina da família é transformada, principalmente por conta dos cuidados e controle necessários que a mesma terá que se adaptar. As adequações à nova rotina, diferenciada, se devem ao novo contexto de se ter um filho com necessidades específicas, as quais a família participa ativamente. Para Silva; Moleta; Severo; Gaspar; Cavalheiro (2012), os pacientes diabéticos têm sentimento de inferioridade pelos cuidados constantes exigidos para controlar a doença. E o controle do Diabetes é muito intenso e chega a classificar a criança como escrava de seu tratamento.

O manual de enfermagem (2009) ressalta que viver com Diabetes Mellitus requer uma vida inteira de cuidados especiais implicando necessariamente em mudança de comportamentos. Diante do diagnóstico da doença em seus filhos, as principais manifestações psicológicas de familiares são: dúvidas, incertezas, revoltas e desespero; e acabam por buscar explicações para entenderem melhor essa complicação, assim como também soluções para que possam minimizar o sofrimento e efeitos que possam vir a aparecer (CALLIARI; MONTE, 2008). Assim, a vida diária da criança e da sua família será modificada por rotinas dolorosas de tratamentos e incertezas diante do seu futuro, pois esta doença pode ocasionar a morte do paciente, caso cuidados específicos não sejam tomados.

2.3 O IMPACTO FAMILIAR DIANTE DO DIAGNÓSTICO DE DIABETES EM CRIANÇAS

O diagnóstico de qualquer doença crônica ou patologias graves mesmo diante da possibilidade de cura causam um verdadeiro turbilhão de emoções negativas e sensações de desespero não só ao paciente, mas também à família, frente ao despreparo emocional e à real possibilidade de morte que a iminente doença traz.

Moura; Menezes; Barros; Guedes (2016) afirma que quanto mais informados sobre a doença (paciente e familiares) mais fácil fica a aceitação da patologia, bem como a criação de mecanismos para adaptação com a nova realidade pós-diagnóstico de diabetes. Este entendimento de que trata realmente essa doença, possibilita que os pacientes a enfrentem de forma distinta, passando a ter uma vida normal, tomando os devidos cuidados e cautelas frente às exigências decorridas de se ter diabetes, e isso envolve a participação da família, especialmente quando se

trata de criança, já que ela vai ter que adquirir hábitos de vida bem mais saudáveis, com alimentação adequada e práticas de atividades físicas, a fim de se tornarem capazes de minimizar sinais e sintomas indesejáveis e assim ajudarem seus parentes portadores do DM (MALFATTI; ASSUNÇÃO, 2012).

O enfrentamento à doença pode ser compreendido como um processo dinâmico, o qual exige que o indivíduo desenvolva questões de relacionamento no seu contexto, passando por avaliações periódicas devido ao estresse que causam a quem é acometido e das emoções geradas.

O estudo de Carvalho e Silva (2016) ressalta que o enfrentamento da família diante da criança com Diabetes permeia vários aspectos, dentre os quais cabe destacar: o afloramento de alguns sentimentos, a necessidade de esclarecimento e a familiarização com a doença. As principais emoções surgidas frente ao diagnóstico da patologia são: medo, ansiedade, e até mesmo luto; aflorados especialmente em momentos de crises.

O luto surge pela culpabilização da família da criança ter nascido com esta doença, e também pela incerteza no que se refere à vida, morte e o futuro, gerando impacto na rotina familiar. Deste modo, outros sentimentos advêm a esse momento, tais como a fé e a esperança de cura.

Diante disso, a modificação da rotina familiar passa por alterações de hábitos alimentares, maior cuidado e atenção às crianças nos diversos ambientes que frequentam; passando também pelo processo educativo que deve ser iniciado logo depois da superação da família ao impacto emocional e psicológico que sucede ao diagnóstico de diabetes em uma criança previamente sadia. (COSTA; TORRES, 2013)

Deste modo, a maneira como a família lida com seu ente querido diante da constatação e a compreensão que adquirem sobre a doença torna-se imprescindível para uma boa aceitação, controle e relacionamento com o indivíduo diabético, principalmente de se tratar de criança.

Se o pâncreas não produz insulina é necessário aplicar injeções diárias de insulina, fazer acompanhamento médico e manter uma alimentação muito bem controlada, o que com criança não é uma tarefa nada fácil.

Passados os 80 anos de desenvolvimento da insulina, até hoje não se sabe ao certo a causa específica da doença, porque não se sabe o gatilho que fez o sistema imunológico querer agredir o pâncreas do indivíduo. Os anticorpos que são para

defender o indivíduo de vírus, com bactérias ou fungos, eles se rebelam contra o próprio corpo do paciente eles começam a ser produzidos para instruir as células que produzem insulina que estão localizadas no pâncreas, essa é uma doença autoimune que as crianças, apresentam sintomas claros de urinar muito, beber bastante água e emagrecer, e esses sintomas surgem no prazo específico, a pessoa se lembra da semana, do mês que tudo começou.

Portanto o tratamento não tem outra opção, é insulinoaterapia, o uso de insulina nas pessoas diabéticas do tipo 1, tem sempre que está associada a monitorização da glicose, sendo que a dor da aplicação da insulina hoje é muito menor que no passado, o paciente tem sempre que está com uma fonte de açúcar no bolso para evitar a ocorrência de hipoglicemia, ter uma atividade física regular, e uma alimentação saudável, infelizmente hoje, no século 21 não consegue se prevenir da diabetes do tipo 1.

Percebe-se que o tratamento da pessoa com diabetes tipo 1 é bastante desafiador, porque a pessoa vai precisar usar insulina a qual precisa imitar a secreção fisiológica do pâncreas. A insulina foi descoberta a mais de 100 anos e hoje existe no mercado brasileiro, mais de 11 tipos de insulina disponível, o perfil normal de secreção de insulina, responde a alimentação, então quando se come algo, o pâncreas fabrica mais insulina, e é isso que se tenta imitar quando administra o medicamento, agora cada tipo de insulina possui uma ação diferente, seja em termos de duração do efeito, de início da ação ou do pico de ação.

Por exemplo a insulina regular, será aplicada 30 a 45 minutos antes da alimentação, para que seu pico de ação coincide com a absorção do alimento, ela vai ter um pico de ação entre 1 a 2 horas após a aplicação, mas existe uma variação entre as pessoas, é uma insulina que tem como vantagem ter um baixo custo, além disso ela pode ser misturada a outros tipos de insulina, como a NPH, só que ela tem a desvantagem de ter que ser aplicada muito tempo antes da refeição, então se a pessoa desiste de comer ou se surge algum imprevisto, ela poderia apresentar quadro de hipoglicemia,

A insulina de ação intermediária ou NPH, é uma insulina que em geral é aplicada entre duas a quatro vezes ao dia e tem um pico de ação entre 4 a 10 horas, ela pode ser misturada a insulina regular ou mesmo análogos de insulina de ação rápida, na mesma seringa, o que pode melhorar a adesão, já que a pessoa não precisa ficar usando cada hora uma insulina diferente, ela também tem baixo custo e

está disponível para a distribuição gratuita pelo SUS, mas como tem uma ação muito lenta a pessoa pode ter uma hipoglicemia, inclusive a noite.

Existe os análogos de insulina de ação rápida, que são insulinas humanas modificadas e que simulam uma ação mais fisiológica da insulina, ela pode ser aplicada 15 minutos antes ou durante e após a refeição, o que é muito interessante quando as pessoas tem um dia imprevisível ou quando está lidando com crianças e não consegue prever quanto a criança vai aceitar a comer, já que tem dias que comem mais e dias que comem menos, e então na hora calcula-se o quanto de insulina será aplicada.

Existem também as insulinas de ação ultra rápidas e outros tipos de insulina como de análogos de ação longa, de ação ultra longa, as que já vem pré misturadas e a Sociedade Brasileira de Diabetes tem um documento que foi publicado em 2020 que explica a ação de todas as insulinas.

2.4 O CONHECIMENTO DA FAMÍLIA EM RELAÇÃO A FISIOPATOLÓGIA DA CRIANÇA

Diante do diagnóstico de diabetes tipo 1, os pais / parentes passam por alguns processos, até chegarem à aceitação e de fato conhecerem a doença, por se tratar de uma doença que não esperavam para o filho, por ser uma doença crônica que requer toda a vida um Cuidado.

As doenças crônicas na infância alteram todo o comportamento da criança e da família, pois lidar com essa nova condição não é fácil, visto que a criança idealizada como saudável está quebrada e a nova realidade pode causar grandes prejuízos para a família, entrando assim no processo de luto. Kubler-ross, traz 5 (cinco) etapas pelas quais as pessoas passam no processo de luto, que não é apenas a morte, mas também o luto pela perda, pela pessoa (KUBLER-Ross, 2003).

O primeiro processo é o da negação, em que os pais / parentes tendem a entrar nesse mecanismo temporário de defesa, que traz o poder de amenizar o impacto da notícia, ou seja, a recusa em enfrentar a realidade, o que pode levar a pensamentos conflitantes. , tipo, “isso não pode estar acontecendo, não comigo, não com ela”. São pensamentos comuns que podem acontecer neste momento de descoberta deste novo período.

Logo após esse processo, os pais / parentes podem passar para o segundo estágio, que é a raiva, é quando a pessoa sai da intensa introspecção da negação, e

entra no processo de externalizar o que está sentindo, podendo expressar sentimentos de raiva com a situação, e às vezes pode mostrar um comportamento mais agressivo em relação ao outro. Nesse período, os pais podem procurar alguém para culpar para externar esse sentimento. A terceira fase é a negociação, esta fase acontece quando o indivíduo tem o pensamento que as coisas podem voltar a ser como eram antes, onde a pessoa, família ou pais tentam negociar essa situação, consigo mesmos, com o médico ou com uma enfermeira, entre outros, para que isso aconteça.

Esta fase trata da tentativa de poder adiar os temores das doenças autoimunes crônicas, como no caso do diabetes, para que os indivíduos busquem firmar acordos com figuras que, segundo suas crenças religiosas, têm o poder de intervir na doença. Outro momento é a fase da depressão, é nesta fase que a família começa a compreender verdadeiramente a situação real, e começam a expressar sentimentos de tristeza, etc. Nesse ponto começam a perceber e a vivenciar a forma mais intensa da doença, eles começam a analisar o impacto da doença auto-imune na vida das crianças e como ela pode afetar toda a sua vida.

Pais e familiares podem passar ao receber o diagnóstico da doença, até que chegue a fase de aceitação, momento em que percebem a realidade da perda permanente, sabendo que a criança estará sempre presente, que mudanças são necessárias para obter o controle de diabetes tipo 1 na criança. Essas mudanças alteram o cotidiano da criança, muitas vezes podem trazer limitações devido aos sinais e sintomas da doença, e essas mudanças vão influenciar todo o contexto da dinâmica familiar, onde partem da perspectiva da necessidade de buscar repetidamente os centros de saúde, os uso de medicamentos como insulina, mudanças no estilo de vida, dieta alimentar, adição de atividade física, entre outros, que necessitavam de cuidados específicos principalmente por serem crianças e não farão as coisas sozinhas, precisando de cuidados extras em relação às outras crianças, podendo ter internação admissões (TARGA; PIMENTEL; SCARDOELLI, 2017).

Portanto, a incapacidade de lidar com uma nova situação afeta as relações familiares, sendo muito comum pais com filhos terem dificuldade em lidar com a criança e em conhecer esses processos fisiopatológicos da doença, fazendo com que o familiar tenha momentos de carência. Fazendo com que as coisas saem de controle.

O diagnóstico de diabetes é motivo de ansiedade para pais e familiares, por se tratar de uma doença crônica que não tem cura e, para obter o controle,

necessita de mudanças no estilo de vida, pois a criança e seus familiares passam a ser governados pela doença, por meio de exames, internações ou viagens, já que muitos precisam se deslocar para cidades vizinhas em busca de tratamento (ALENCAR, et al., 2013).

Entende-se que inúmeras mudanças ocorrerão em decorrência da doença, gerando sentimentos de insegurança por parte dos pais, medo, angústia, revolta, além de atitudes que vão do conformismo ao autocuidado. No entanto, é necessário que a família compreenda a natureza de quaisquer mudanças que possam ocorrer e as implicações que ocorrerão em seus membros. Acredita-se que após o familiar passar a compreender e participar das atividades, reuniões e consultas com os profissionais adequados e passar a conviver com a criança doente, e se envolver com os cuidados diários, esses sentimentos de dúvida, incerteza, as fases do luto eles acabam sendo transformados em aceitação.

Porém, é necessário que a família compreenda todo o processo fisiopatológico da doença e consiga lidar com a doença da melhor maneira possível. É necessário que a família compreenda que o diabetes mellitus tipo 1, por sua etiologia, é autoimune ou idiopática, sendo predominante em crianças, embora já existam alguns casos de diabetes tipo 2 na infância, assim como diabetes gestacional, entre outros tipos específicos de diabetes. Há também a classificação quanto às situações de pré-diabéticos que já apresentam algumas alterações na glicemia, mas não ao nível do diagnóstico de diabetes.

Assim, a glicose de jejum prejudicada, tolerância à glicose prejudicada é observada. Segundo dados da Organização Mundial da Saúde-OMS, atualmente pelo menos 170 milhões de pessoas sofrem de DM, ou seja, um número muito grande de pessoas afetadas pela doença, e estima-se que até 2025 esse número chegará a 300 milhões de pessoas No mundo todo. No Brasil, existem cerca de 10 milhões de pessoas vivendo com diabetes e metade delas desconhece sua condição, pois dependendo da situação pode ser uma doença que continua por algum tempo, até que a pessoa manifesta alguns sintomas e às vezes é encontrado por caso, quando é realizado exame de rotina e há alteração da glicemia (SILVA; MORY; DAVINI, 2008).

A incidência de DM tipo 1 em menos de 15 anos no Brasil, ela atingi 7,6 crianças para 100 mil habitantes, isso segundo as Diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes 2014, tem-se observado um aumento das taxas em menores de 5 anos de idade, também observa-se um aumento nos casos de DM2 na infância, como a

obesidade e o sedentarismo (ALVES et al., 2007).

O diabetes tipo 1 é um tipo de diabetes diagnosticado predominantemente na infância ou na adolescência e em vários casos pode ser diagnosticada um pouco mais tarde na idade adulta, e tem como resultado uma destruição de células Beta pancreáticas com conseqüente deficiência de insulina, esse tipo de diabetes, representam 5% a 10% dos casos. A maioria dos casos de diabetes tipo 1 é autoimune, mas observa-se alguns casos idiopática, o qual não consegue evidenciar as causas.

Por ter essa etiologia autoimune o diabetes vai representar marcadores de autoimunidade, que são anticorpos que pode identificar que são marcadores de autoimunidade que são os anti-insulina, antidescarboxilase do ácido glutâmico (GAD65), antitirosina fosfatase (IA2 e IA2B) e antitransportador de zinco (Znt) e também pode ter associações com genes HLA podendo ter associação com doenças genéricas (GRIEP, et al., 2013).

Para diagnosticar o diabetes precisa-se saber os valores, normas da glicemia, então uma glicemia abaixo de 100 mg/dl, em uma glicemia de jejum, ela é considerada normal e se for feito teste de tolerância oral a glicose (TTGO) <140 mg/dl em 2h após a ingestão de açúcar, esse paciente é diagnosticado como normoglicêmico. Os critérios de diabetes seria uma glicemia de jejum acima de 125 mg/dl, uma glicemia ao acaso ou seja, em qualquer hora do dia maior ou igual a 200 mg/dl, desde que o paciente apresenta sintomas da doença, ou o teste de tolerância oral a glicose maior ou igual a 200mg/dl, após 2h da ingestão do açúcar e aquelas situações pré-diabéticas que observa-se a intolerância á glicose ser de 100 e 125 mg/do em 2h (ALVES, et al., 2007).

Como que se dá essas alterações da glicemia causando diabetes, tem-se uma célula muscular, e nessa célula apresenta um canal de glicose e um canal receptor de insulina e essa insulina conduzida na célula beta do pâncreas, ela se conecta no receptor da insulina, e isso faz com que o canal da glicose se abra, e essa glicose que estava na circulação após o metabolismo da alimentação poderá penetrar por esse canal e ficar dentro da célula, quando se tem um defeito em algum desses pontos ou do receptor ou mesmo da produção da insulina, portanto essa glicose pode se acumular na circulação dando-se sintomas da hiperglicemia.

No caso específico da diabetes pode ter a história natural da doença estabelecida da seguinte forma, aquela pré-disposição que o paciente já tem um fator

desencadeante, ambiental influenciando nessa pré-disposição, ele pode vir a sofrer alteração na célula Beta nos pâncreas, já apresentando aquela autoimunidade celular, alguns corpos tendo influência nisso, começa os primeiros sintomas de perda da resposta da insulina e intolerância a glicose que seria um pré diabético e quando já se tem as manifestações dos sintomas com as alterações dos valores da glicemia acima da normalidade, já pode-se ter o diagnóstico da diabetes.

As crianças podem apresentar alguns tipos de diabetes não só do tipo 1 mais podem apresentar do tipo 2 etc., pode-se dizer que o diabetes é uma doença que pulsa os quatro P, que seria a poliúria, polidipsia, polifagia e a perda do peso que a criança tem dificuldade de ganhar peso por conta do consumo do açúcar, por conta das alterações que podem acontecer na diabetes do tipo 1 a criança pode ter uma desidratação e outros sintomas, o qual pode ser observado como visão turva, formigamentos e câimbras, mal-estar fadigas, fraquezas, sonolência isso tudo pode levar o profissional a pensar em solicitar uma glicemia em jejum e aí dependendo de valores encontrados ter um possível diagnóstico. (MOREIRA, BANDEIRA; LOPES; CARVALHO; NEGREIROS; NEVES, 2016).

2.5 OS PRINCIPAIS DESAFIOS DA FAMÍLIA A CERCA DA IMPORTÂNCIA DO TRATAMENTO

Há maior dificuldade em diagnosticar bebês na infância é porque eles costumam usar fraldas e não haverá essa observação da quantidade de xixi que ela tem, mas pode ser uma criança mais irritada e então a causa não é conhecida. Geralmente em relação aos adolescentes os pais não têm mais esse controle, não observam mais se a criança vai ao banheiro, se estão bebendo água, ou seja, eles têm um pouco mais de independência, então fica mais difícil de ser observado .

O atraso no diagnóstico clínico pode levar a uma complicação do diabetes tipo 1, que é a cetoacidose diabética (CAD), em muitos casos a criança diagnosticada com diabetes já está no caso de cetoacidose, por isso está presente em cerca de 25% dos casos o momento do diagnóstico de DM1, sendo a causa mais comum de morte entre crianças DM1, sendo também responsável pela metade das mortes desses pacientes menores de 24 anos. (ALENCAR, et al., 2013).

A cetoacidose diabética vai ser diagnosticada quando o profissional encontrar esse trinome, a hiperglicemia, acidose e cetose. A hiperglicemia o diagnóstico da glicemia é $>200\text{mg/dl}$. A acidose quando encontra-se o $\text{pH}<7,3$ ou

bicarbonato <15 mmol/dl e os quadros de cetose, cetonemia ou cetomúria, esses três fatores associados pode ter o diagnóstico da cetoacidose diabética (ARAÚJO; REICHERT; VASCONCELLOS, COLLET, 2013).

Os pilares do tratamento da diabetes vai se basear na educação dos pacientes e da família sobre a doença e os fatores que podem influenciar, nessa glicemia alterada, nessa hiperglicemia, a nutrição, as atividades físicas, esses fatores são importantes ter uma boa alimentação, a monitorização e a insulino terapia, isso tudo levando ao controle do diabetes mellitus tipo 1.

É preciso haver planejamento, que deve envolver tempo, treinamento para o autocuidado das crianças em casa, com o apoio de profissionais de saúde, apoio de equipamentos sociais e políticos, incluindo gestão eficaz. Para que o tratamento seja satisfatório, são necessários programas de educação sobre diabetes para as famílias.

Os familiares de forma nenhuma deve ser excluída desse processo, ela necessita estar integrada para que o tratamento da criança tenha maior controle e motivação e, além disso, é relevante recordar que a patologia gera ansiedade e incerteza, salientando para a necessidade do profissional conhecer a família, suas crenças, valores, visão de um mundo que irão influenciar nas formas de cuidado dessa criança (ALENCAR, et al., 2013).

Portanto, um aspecto importante e imprescindível para a criança com diabetes é o apoio da família, assim como das pessoas próximas que fazem parte desse núcleo, pois essas entidades e instituições vão favorecer a assimilação e acomodação deste novo momento que a criança vai vivenciar. Esses apoios devem incluir apoio emocional, prático, material e / ou financeiro, bem como aconselhamento. Porém, todos esses apoios vão favorecer várias formas de conexão ou interconexão, formando redes sociais fortes e verdadeiras, e ajudar a criança a conviver melhor com a doença.

2.6 O TRATAMENTO DA DIABETES TIPO 1

O diabetes tipo 1 é uma patologia crônica que não tem cura, contudo pode ser controlada pelo acometido para o resto da vida, o diabetes tipo 1 e a produção de insulina é muito baixa ou inexistente, por isso nesses casos a glicose no sangue da criança não consegue entrar adequadamente nas células e acaba se acumulando na corrente sanguínea, isso se chama de hiperglicemia, as altas taxas de insulina no sangue modificando o equilíbrio de várias substâncias que estão presentes no vaso

sanguíneo e nos tecidos do organismo.

O diabetes tipo 1 é quando a criança para de produzir insulina, esta é uma doença autoimune. todo indivíduo tem um sistema imunológico e um sistema de defesa que protege o corpo de bactérias e de vírus, que pode prejudicar o corpo humano, mas quando o sistema de defesa começa a atacar o próprio corpo isso quer dizer que uma doença autoimune está surgindo, assim o diabetes tipo 1 acontece, quando esse sistema de defesa ataca o pâncreas da criança e destroem as células que produzem insulinas. Se o pâncreas não produz insulina é necessário aplicar injeções diárias, fazer acompanhamento médico e de enfermagem para que seja mantida uma alimentação muito bem controlada, o que com criança não é uma tarefa nada fácil (TEXEIRA; MEDEIROS, 2014).

Portanto o tratamento não tem outra opção, é insulino terapia, o uso de insulina nas crianças diabéticas do tipo 1, tem sempre que está associada a monitorização da glicose, sendo que a dor da aplicação da insulina hoje é muito menor que no passado, o paciente tem sempre que está com uma fonte de açúcar no bolso para evitar a ocorrência de hipoglicemia, ter uma atividade física regular, e uma alimentação saudável, infelizmente hoje, no século 21 não consegue se prevenir da diabetes do tipo 1.

Percebe-se que o tratamento da criança com diabetes tipo 1 é bastante desafiador, porque a criança vai precisar usar insulina a qual precisa imitar a secreção fisiológica do pâncreas. A insulina foi descoberta a mais de 100 anos e hoje existe no mercado brasileiro, mais de 11 tipos de insulina disponível, o perfil normal de secreção de insulina, responde a alimentação, então quando se come algo, o pâncreas fabrica mais insulina, e é isso que se tenta imitar quando administra o medicamento, agora cada tipo de insulina possui uma ação diferente, seja em termos de duração do efeito, de início da ação ou do pico de ação (LEAL; FIALHO; VARGAS; NASCIMENTO; ARRUDA, 2012).

Por exemplo a insulina regular, será aplicada 30 a 45 minutos antes da alimentação, para que seu pico de ação coincide com a absorção do alimento, ela vai ter um pico de ação entre 1 a 2 horas após a aplicação, mas existe uma variação entre as pessoas, é uma insulina que tem como vantagem ter um baixo custo, além disso ela pode ser misturada a outros tipos de insulina, como a NPH, só que ela tem a desvantagem de ter que ser aplicada muito tempo antes da refeição, então se a pessoa desiste de comer ou se surge algum imprevisto, ela poderia apresentar quadro

de hipoglicemia.

A insulina de ação intermediária ou NPH, é uma insulina que em geral é aplicada entre duas a quatro vezes ao dia e tem um pico de ação entre 4 a 10 horas, ela pode ser misturada a insulina regular ou mesmo análogos de insulina de ação rápida, na mesma seringa, o que pode melhorar a adesão, já que a pessoa não precisa ficar usando cada hora uma insulina diferente, ela também tem baixo custo e está disponível para a distribuição gratuita pelo SUS, mas como tem uma ação muito lenta a pessoa pode ter uma hipoglicemia, inclusive a noite (VIGERSKY; MCMAHON, 2019).

Existe os análogos de insulina de ação rápida, que são insulinas humanas modificadas e que simulam uma ação mais fisiológica da insulina, ela pode ser aplicada 15 minutos antes ou durante e após a refeição, o que é muito interessante quando as pessoas tem um dia imprevisível ou quando está lidando com crianças e não consegue prever quanto a criança vai aceitar a comer, já que tem dias que comem mais e dias que comem menos, e então na hora calcula-se o quanto de insulina será aplicada.

Existem também as insulinas de ação ultra rápidas e outros tipos de insulina como de análogos de ação longa, de ação ultra longa, as que já vem pré misturadas e a Sociedade Brasileira de Diabetes tem um documento que foi publicado em 2020 que explica a ação de todas as insulinas (NOBREGA, et al, 2012).

O tratamento é necessário que tenha dieta e mantendo sempre um estilo de vida saudável com exercícios físicos incluídos, são uma ótima medida. As crianças devem priorizar alimentos integrais, ricos em fibras e menos dos que possuem mais carboidratos, como pão e massas brancas por exemplo. Eles ajudam a diminuir a rapidez com que a glicose é liberada no sangue. O importante é fazer cinco ou seis refeições ao longo do dia e não ficar sem comer por um período extenso. O consumo de doces vai precisar de um cuidado especial com observações, eles não são proibidos, mas vale o máximo de moderação e ter o acompanhamento próximo das taxas de glicose no sangue da criança, após sua ingestão, podendo substituir o açúcar nas receitas por adoçantes.

Possuir o acompanhamento apropriado com médico e os exames laboratoriais, ajudarão as escolhas certas na hora da criança se alimentar, a prática de exercícios e o tratamento indicado pelo especialista faz com que a doença tenha um controle, ou se não há complicações sérias à vista. A única maneira de saber

quanto é a dose ideal de glicose a ser administrada e indo ao médico, pois o tratamento é exclusivamente individual e pessoal é muito importante que cada criança faça a sua parte e busque sempre um tratamento atualizado, a diabetes não é uma coisa estática que as doses são fixas, elas variam conforme, vários aspectos da vida do indivíduo.

3 METODOLOGIA

3.1 CARACTERÍSTICA DO ESTUDO

A pesquisa é uma abordagem descritiva e de natureza qualitativa. Trata-se de um estudo baseado numa revisão de bibliográfica, que segundo Gil (2011), esse tipo de pesquisa tem por objetivo conhecer as variadas formas de contribuição científica realizada sobre dado tema. Ela passou por quatro fases de busca e seleção dos materiais, o qual foi utilizados como fonte de referência e informação para a coleta dos dados, a saber.

3.2 TÉCNICAS DE COLETA DE DADOS

A primeira etapa consistiu na busca/coleta dos dados, que ocorreu nas bases Scielo (Scientific Electronic Library Online), LILACS (Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde) e na biblioteca BVS-PSI (Biblioteca Virtual em Saúde). O período de coleta ocorreu entre os meses de março a agosto de 2021, utilizando como filtro as obras referentes aos anos de 2005 a 2021. Os descritores utilizados foram: Assistência (19); Enfermagem (20) Diabetes tipo 1 (20); Impacto do diagnóstico (9). Priorizou-se a combinação dos termos em português.

3.3 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E EXCLUSÃO

A segunda etapa ocorreu da seguinte forma: depois de selecionados os descritores, estes foram submetidos aos seguintes critérios de inclusão: artigos na íntegra, artigos disponíveis online, artigos em português, artigos de 2005-2021 e aqueles que contemplam pelo menos um ou dois descritores utilizados na pesquisa. As publicações que não contemplaram esses critérios foram excluídas, entre elas teses e dissertações, resumos e aqueles cuja finalidade não contemplava os objetivos aqui propostos.

3.4 ANÁLISE DOS DADOS

A terceira etapa correspondeu através de uma análise textual a partir da leitura cuidadosa dos artigos (resumo e texto completo), o qual possibilitou uma visão abrangente dos dados, dos objetivos, tipos de pesquisas e limitações, onde encontrou esclarecimentos a respeito do tema que sugeriu a problematização dos achados.

4 DISCUSSÃO

4.1 AS CONTRIBUIÇÕES DO ENFERMEIRO NA ASSISTÊNCIA DA CRIANÇA COM DIABETES DO TIPO 1

Sabe-se que, o enfermeiro possui conhecimentos acerca das necessidades terapêuticas de crianças com Diabetes do Tipo 1. Porém, a maioria dos profissionais desconhece o significado das experiências ocorridas pelas crianças diabéticas, e isso representa uma falha na assistência de enfermagem, que passa a designar um cuidado que não abarca o mundo da criança diabética (FRAGOSO; ARAÚJO; LIMA; FREITAS; DAMASCENO, 2010).

De acordo com Queiroz (2015, apud Malaquias; Marques; Faria; Pupulim; Marcon; Higarashi (2016) o enfermeiro deve envolver a família no cuidado da criança com DM1, de modo a habilitar seus membros para o enfrentamento dos obstáculos e desafios impostos pela doença. É preciso que seja estimulada a autonomia das crianças bem como das famílias, de modo que estes desempenhem a função de disseminadores de conhecimentos, auxiliando outras pessoas que precisam de apoio no tratamento do diabetes (QUEIROZ, SILVA e ALFENAS, 2015).

Assim, os enfermeiros encontram-se incumbidos de garantir a assistência à saúde de crianças acometidas por diabetes, devendo estimular as capacidades físicas e de superação que as crianças têm; tendo por meta, oferecer subsídio de aceitação, estimular seus potenciais e limites, bem como a capacidade de ousar a vida.

Para que isso ocorra é necessário que o enfermeiro conheça um pouco as histórias e experiências de vida destas crianças, o significado que contribuem à saúde e à doença e sua relação com os modos de vida. Segundo Carvalho e Silva (2016, p. 93) “[...] a participação do enfermeiro no atendimento ao paciente com Diabetes Mellitus, assim como da equipe multiprofissional, é vital para o restabelecimento e/ou manutenção da saúde do indivíduo diabético”. Uma das formas pelas quais o enfermeiro pode prestar assistência e atendimento especializado à criança com diabetes é por meio do cuidado integral enxergando este indivíduo em

seu contexto biopsicossocial.

Hirota, Haddad e Guariente (2012) apontam sobre a importância da prevenção para evitar complicações a criança diabética, e que os profissionais de enfermagem devem realizar um acompanhamento frequente dos pacientes, através de uma orientação minuciosa sobre os cuidados que devem ser tomados no que tange ao controle da glicemia, bem como da alimentação adequada, a prática de exercícios físicos, principalmente com os pés. Procedimentos esses que serão capazes de permitir uma vida mais saudável para o acometido. Assim, compreende-se que as intervenções da enfermagem devem voltar-se ao diagnóstico identificado e não para o cumprimento de normas e rotinas estabelecidas, pois o paciente é único e, portanto, o atendimento deve ser individualizado.

Também conclui-se que a assistência efetiva da enfermagem a uma criança com diabetes vai muito além de ações que permeiam as doenças, pois é preciso relacionar tais ações com as necessidades da criança e dos familiares. Por mais efetivo que seja o tratamento e tenha comprovação científica em estudos já realizados sobre o Diabetes Mellitus, só terá validação se o paciente praticar todas as recomendações sugeridas pela equipe médica. Por isso, torna-se desafiador para a equipe de saúde modificar os comportamentos de pessoas com diabetes. Educá-las para uma nova perspectiva não é algo fácil, pois nem sempre o paciente encontra-se estimulado a querer realizar as novas adaptações que a doença lhe impõe.

De acordo com Carvalho e Silva (2016) existem várias formas de tratamentos que podem ser utilizados em pacientes com diabetes, dentre os principais, alguns medicamentos que são administrados, destacando-se: a insulina NPH de ação intermediária, a Insulina Regular de ação rápida, a Lispro, a Glargina e a Detemir. Há ainda comprimidos de uso interno como o Cloridrato de Metformina, Glibenclamida e a Glicazida, que são frequentemente prescritos pelos médicos aos pacientes com Diabetes Mellitus.

Os autores mencionam ainda que outras formas terapêuticas também possam ser utilizadas no tratamento do Diabetes Mellitus, sendo capazes de colaborar e controlar a glicemia, que são a Terapia Nutricional e a Atividade Física. Importante ainda ressaltar que todos os tratamentos podem ser utilizados pelos pacientes desde que esses sejam acompanhados por um profissional habilitado; com finalidade de se observar uma evolução satisfatória do quadro clínico (NOGUEIRA; NOBREGA, 2015).

O enfermeiro deve ser considerado o principal profissional no cuidado a

crianças com Diabetes Mellitus, devendo atuar de uma forma compromissada e motivada, visando oferecer à criança um atendimento diferenciado, priorizando sempre o bem-estar do indivíduo (CHAVES; TEIXEIRA, 2015). Esse profissional deve prestar assistência de enfermagem à população, atuando sempre em prevenção e promoção da saúde. Atuando, pois, dessa forma, poderá contribuir significativamente para não incidência e mesmo à redução dos novos casos e consequentes complicações às quais os pacientes se encontram expostos.

É de extrema relevância que a consulta e/ou a assistência de enfermagem se configure como essencial no acolhimento ao indivíduo diabético, pois permite conhecer a história pregressa e socioeconômica do indivíduo, possibilitando realizar um plano de cuidados e atenção específicos para cada paciente.

Costa e Torres (2013, p. 5) mencionam que o “enfermeiro é uma peça-chave de fundamental importância nos cuidados ao paciente com Diabetes Mellitus, e a maneira como irá acolher e cuidar das crianças na hora do atendimento contribuirá para que haja o restabelecimento da saúde [...]”. Portanto, o ato de cuidar envolve dispensar atenção a todos os aspectos do indivíduo, sejam físicos, psicológicos e sociais, tornando-se indispensável ao profissional conhecer a patologia, o tratamento e a sua especificidade.

4.2 A RELEVÂNCIA SOCIAL DO ENFERMEIRO NA ORIENTAÇÃO FAMILIAR

Quanto a educação para o paciente e a família é importante que o enfermeiro oriente o paciente sobre o que é a doença como que o tratamento deve ser feito, a importância da diabetes tipo 1, com o uso de insulina, as formas de aplicação, os locais de aplicação, como que a pessoa pode guardar a insulina, como ela deve ser acondicionada, a monitorização glicêmica, que é importante principalmente para ajudar na dose da insulina, é importante ter essa monitorização da glicemia desse paciente, as questões sobre a orientação da alimentação desses pacientes, o que o paciente deve restringir ou evitar na alimentação, o que ele deve fazer uso com mais regularidade, as questões do ambiente escolar o que a criança vai fazer dessa monitorização na escola, pois as vezes as escolas não estão muito adaptadas, pois precisa ter um trabalho de educação nas escolas sobre esse assunto de diabetes.

Quanto a insulinização, orientar quanto aos tipos de insulina, os horários de aplicação, deixar bem claro ao paciente quais os tipos de insulina ele deve usar

pela manhã, a noite, antes da refeição, os locais onde se pode aplicar os grupos musculares onde o paciente pode fazer a aplicação dessa medicação, e a técnica utilizada, orientar alguém da família sobre a técnica de utilização da insulina de aplicação.

Os análogos de insulina de ação ultrarrápida ele geralmente tem o uso pré-prandial ou imediatamente após a alimentação, com o objetivo de cobrir as refeições, o aumento da glicemia seria resultante da alimentação, ela tem o início de ação rápida entre 15 a 30 segundo, com um pico de 40 a 60 minutos e duração cerca de 3 a 4 horas dependendo da apresentação. A insulina de ação prolongada pode ser usada uma ou 2 vezes ao dia, com o objetivo de manter uma basal de insulina tem um início um pouco mais lento, de 4 a 6 horas, geralmente ela não tem um pico de ação e a duração é mais prolongada podendo chegar até 24 horas.

A insulina regular são aquelas do tipo humana com início de ação de 30 a 60 minutos, com picos de 2 a 4 horas e duração de até 8 horas, e os tipos de análogos de insulina com pico e duração, a dose utilizada da insulina para início de tratamento ela é de 0,3 a 0,7 unidade /kg/d, geralmente se divide em dois terços, uma média de 9,5U/kg/dl. Os ajustes de doses vai ser feitos de 10 a 20% para mais ou para menos, de acordo com a automonitorização do paciente, por isso a necessidade de está orientando quanto a necessidade da criança fazer a monitorização (FLORA; GONÇALVES, GAMEIRO, 2008).

Quanto a monitorização, percebe-se que a automonitorização domiciliar é feito por exame de glicemia capilar por punção digital, ou seja, na ponta do dedo. O controle pré-prandial vai avaliar a dose de insulina basal e intermediária e ajuda no cálculo da dose a ser aplicada no momento da refeição, já aquele controle feito após a refeição, pós-prandial, vai ser avaliada a dose aplicada antes da refeição e auxilia a calcular a sensibilidade á insulina e a dose para contagem de carboidratos.

A terapia nutricional é fundamental para o sucesso terapêutico, porém é um aspecto muito difícil, portanto estes precisam ter o apoio da família sendo educados, assim como o familiar Geralmente são orientadas 6 (seis) refeições ao dia com aporte nutricional e calórico semelhante ao da criança não diabética, incluir uma alimentação saudável como frutas, legumes e verduras e evitar o consumo de gorduras, açúcares de absorção rápida.

É importante está orientando quanto a questão da atividade física, os exercícios vai levar a uma menor utilização de glicose pelos músculos, uma menor

produção de corpos cetônicos conseqüentemente, uma redução da resistência periférica a insulina, a redução dos valores de LDL- Colesterol e triglicerídeos, um maior consumo energético e um melhor controle de peso, para as crianças ela vai ter uma ação na integração social, principalmente se ter contato com outras crianças, um estímulo psicológico positivo e, na criança durante as atividades físicas deve ser observado se pode ser feito um ajustamento das doses da insulina, da alimentação de acordo com as atividades exercidas, se é uma atividade mais intensa, se tem uma duração mais prolongada, se a criança faz várias vezes na semana, porque dependendo do exercício as vezes precisa de um ajuste na dose da insulina (SOUZA; NOBREGA; COLLET, 2020).

As atividades ideal seria o aeróbico com duração de 40 a 60 minutos, pelo menos duas vezes na semana com intensidade moderada, não deixando que ultrapasse a taxa cardíaca máxima de 70% e essa atividade física irá gerar um maior controle glicêmico, é importante orientar o paciente quanto o acompanhamento ambulatorial, no momento que for feito o diagnóstico não deixar que o paciente ache que por ser diabético vai ter a medicação e usar por conta própria, pois essa medicação pode ser variável dependendo da situação da etiologia do diabetes de alguma comorbidade que a criança possa apresentar, não se deve partir do diagnóstico deixar que a próxima consulta tenha um intervalo de mais de um mês, pois o ideal seja com até 1 mês, e após esse período a cada 3 ou 4 meses, para fazer o ajustes para a medicação se for o caso (CAVINI; GONÇALVES; CORDEIRO, 2008).

Um dos maiores desafios do profissional de enfermagem é cuidar da criança com diabetes tipo 1 e de sua família, principalmente ajudando o paciente a mudar seu estilo de vida, além de mudar seu contexto familiar. É fundamental que o profissional de enfermagem tenha o dever de estimular a criança diabética a ter hábitos de vida mais saudáveis. Portanto, é imprescindível que os profissionais de enfermagem façam parte da equipe de saúde, envolvidos no tratamento e no controle dos sentimentos que são expressos pela criança, e por seus familiares.

Compreende-se que a partir do momento do diagnóstico da criança com DM1 a família começa a conviver com a criança doente e se envolver nos cuidados diários, os sentimentos de medo, e desespero acabam se transformando em aceitação. No momento em que ocorre a coleta de dados, alguns familiares relataram que a não aceitação inicial se deu pelo fato da criança ter desenvolvido DM1.

O entendimento da criança em ligação a sua doença e tratamento será o

reconhecimento de sua competência cognitiva podem, portanto, orientar, não só para a seleção de explicações, mas também para a escolher meios mais adequadas para conduzir os cuidados de saúde, tornando-as, de fato, um indivíduo consciente sobre sua doença, participando e contribuindo da prevenção e agravos possíveis que possa surgir, assim, de acordo com o que a criança conhece sobre sua doença, seu real significado, seus riscos e o controle de suas atitudes e estilo de vida se materializarão para praticar em seu dia a dia.

4.3 A VISÃO COMO ESTUDANTE DE ENFERMAGEM AO LER OS ARTIGOS E LIVROS SOBRE AS DIFICULDADES ENCONTRADAS PELA FAMÍLIA EM RELAÇÃO A CRIANÇA COM DIABETES

O diagnóstico da diabetes principalmente para uma criança, deve ter toda uma cautela ao falar e retratar a mesma para os pais, pois pôr ser uma doença crônica assusta muito, pois os pais já enxergam os filhos com um futuro todo pela frente e sempre saudável sem nenhum problema. E quando surgiu o diagnóstico de uma doença autoimune, é um choque de realidade muito grande, já que não é fácil para ninguém ficar dependente de um aparelho, ter que se adaptar com uma tecnologia, lembrar que tem hora para tomar um remédio, ou seja é uma mudança muito brusca.

No entanto a família passa por um processo de luto, onde as crianças que são imaginadas como saudáveis, agora entra no processo de realidade muito diferente, um outro estilo de vida, mudanças na rotina. Percebeu-se através dos artigos, as preocupações dos pais, de como as crianças vão lidar com essa nova realidade, como comunicar as coleguinhas da escola, que não poderão comer a mesma coisa que eles, tudo isso causa preocupação e medo por parte dos familiares, pois está não é uma doença que vai passar logo, mas a criança vai levá-la para o resto da vida essa doença, com o máximo de controle (SOUZA; NOBREGA; COLLET, 2020).

No que concerne as dificuldades que as crianças e adolescentes enfrentam por serem diagnosticada com diabetes tipo 1, são muito grande. No entanto além dos impactos do diagnóstico, o tratamento é muito desafiador, por elas terem que passar pelo processo de aceitação da doença, para poder se adaptar com o novo estilo de vida, agora com os cuidados diários, através do tratamento com insulinas, além das transições fisiológicas, psicossociais e intelectuais, entre outras questões ao longo da vida (ALVES, et al, 2006).

Através do diagnóstico, percebeu-se que a transição da criança entre a infância e a adolescência acerca dela mesma, pode trazer muitos sentimentos juntos, como de raiva, ansiedade acerca da nova realidade, do que está por vim, sentimentos negativos, desejo de fuga da realidade, revolta, depressão, elas podem não aceitar essa nova condição, podendo ter um convívio social ruim com grandes dificuldade, ter crises e conflitos de modo que se tornem necessários que os pais e familiares disponibilizem total apoio às crianças.

A família pode apresentar quadro de medo por falta de conhecimento acerca da doença, sentimento de raiva e descrença e em alguns casos negam o estado da criança. Moreira; Albernaz; Sá; Correia; Tanabe (2017), apresenta que a compreensão acerca da doença é crucial para passarem por esse processo, pois as formas de tratamento, os sinais e sintomas característicos da doença e as possíveis complicações são de suma importância para o processo de aceitação e aderirem ao tratamento adequado. Atraves disso os indivíduos passam a ter consciência da sua nova condição e assim, conseguem desenvolver habilidades para o autocuidado.

Portanto no contexto familiar, após o diagnóstico, a família é primordial nesse processo de aceitação e autocuidado, pois elas irão facilitar as intervenções que são necessárias para as crianças, e as famílias devem passar pelo processo de adaptação da doença, devem lidar com as incapacidades e as novas mudanças nos estilos de vida, para assim poderem passar para as crianças, segurança e estabilidade sobre a doenças do diabetes tipo 1, e assim não fiquem desencorajados.

O sentimento de impotência por parte dos familiares é muito comum, pois no primeiro momento o impacto pode chocar e ter o sentimento de medo, por conta das mudanças nos hábitos e estilo de vida, eles podem ficar inseguros, quanto ao tratamento com medo de que eles não sejam rigorosamente seguidos, pois não é fácil controlar as crianças, elas precisam ser instruídas acerca das mudanças na sua rotina, devido ao tratamento e assim ter orientação de como lidar com elas (CAVINI; GONÇALVES; CORDEIRO, 2008).

Portanto mostra-se necessário que as crianças assim como os familiares, passem a ser acompanhados por uma equipe multiprofissional, assim estimule o autocuidado da criança com DM1, realize a educação em saúde e facilite a compreensão dos processos que envolve o diabetes do tipo 1.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O atendimento integral a crianças e adolescentes com diabetes e seus familiares é fundamental, mas também um grande desafio para os profissionais de saúde, principalmente no sentido de ajudar os pacientes a mudar seu estilo de vida e a forma como se relacionam com as situações de vida, o que influenciará diretamente na vida de seus familiares, amigos. e pessoas ao seu redor. Ao longo dos anos aprenderam a lidar com as situações do cotidiano em um processo que visa qualidade e autonomia.

Viver com DM1 requer muitos cuidados e, principalmente, uma vida inteira de comportamentos especiais e de autocuidado. Adaptar a assistência à criança diabética vai além de ajudá-la a controlar os sintomas ou reeducá-la para um novo estilo de vida, ou adaptá-la às novas mudanças sociais e psicológicas decorrentes da doença. É fundamental que os profissionais levem ao paciente uma abordagem clara sobre como lidar com a doença, levando em consideração a multiplicidade e a diversidade da doença crônica. Daí a necessidade dos profissionais de enfermagem estarem sempre atentos à criança diabética e seus familiares.

Quando houver alguma mudança na saúde que tenha implicações para seus membros, é importante que a família compreenda a natureza de qualquer mudança. Caso um dos indivíduos necessite adquirir novos conhecimentos ou novas habilidades para a manutenção da saúde, como medicamentos a serem tomados, é importante a participação de um familiar, pois pode ajudar a cuidar do paciente quando ele adoecer ou fica incapacitado.

A realização deste projeto consistiu em aproveitar a oportunidade para lidar com diferentes realidades dentro da consulta de diabetes mellitus tipo I na infância, visto que este não é um diagnóstico fácil, visto que as crianças irão passar por uma série de restrições em relação aos outros filhos, percebeu-se que nem sempre as consultas são realizadas em ambientes favoráveis ou adequados e ainda assim a equipe de enfermagem, aliada ao seu cotidiano, luta para que as crianças e familiares aceitem e saibam conviver com a doença.

Os profissionais de saúde podem contribuir de forma mais sensível para diminuir os impactos causados pelas doenças crônicas, pois quando a família é diagnosticada com diabetes nos filhos, é sempre um momento conturbado, pois a mudança no estilo de vida é real, por isso comece a conhecer o processo de diagnóstico do DM e os sentimentos dos familiares são essenciais, assim como apoiar

o familiar e a criança no enfrentamento das mudanças exigidas pela doença. Assim, é importante treinar, trazer uma comunicação mais aberta e ativa aos familiares, educando-os sobre este novo momento na vida dos filhos e familiares. Acredita-se que a promoção da saúde é mais viável e eficaz do que o combate doenças e que o processo educativo deve ser direcionado a todas as fases da vida.

REFERÊNCIAS

ALENCAR, D. C; ALENCAR, A. M. P. G. O papel da família na adaptação do adolescente diabético. **Rev. Rene, Fortaleza**, v. 10, n. 1, p. 1-165, jan./mar.2009.

ALENCAR, D. C, et al., Sentimentos de adolescentes com diabetes mellitus frente ao processo de viver com a doença. Brasília. **Rev Bras Enferm.** 2013 July/Aug; v. 66, n. 4, p. 479-84. Disponivem em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0034-71672013000400003&script=sci_arttext. Acesso em: 12 de outubro de 2021.

ALVES, C; MEYER, I; VIEIRA, N; TORALLES, M. B. P; LEMAIRE, D. Distribuição e freqüência de alelos e haplotipos HLA em brasileiros com diabetes melito tipo 1. **Arq Bras Endocrinol Metab.** 2006; v. 50, n. 3, p. 436-44.

ARAUJO, Y. B; REICHERT, A. P. S; VASCONCELOS, M. G. L; COLLET, N. Fragilidade da rede social de famílias de crianças com doença crônica. **Rev Bras Enferm.** 2013; v. 66, n. 5, p. 675-81. Disponível em: doi: 10.1590/S0034-71672013000500006. Acesso em: 10 de outubro de 2021.

CALLIARI, L. E. P; MONTE, O. Abordagem do Diabetes Melito na Primeira Infância. **Ar Bras Endocrinol**, v. 52, n. 2, 2008.

CARVALHO, E. R.; SILVA, J. D. B. A importância da assistência de enfermagem ao paciente portador de diabetes mellitus: revisão bibliográfica. **Revista Iniciar**, Campo Mourão, v. 1, n. 1, p. 91-102, jul./dez. 2016.

CAVINI, F. L., GONÇALVES, K. A.; CORDEIRO, S. M. et. al. Vivências de adolescentes com diabetes: uma abordagem fenomenológica. **Rev.enferm UFPE.** 2016, v. 10, n. 2, p. 805-13.

CHAVES M. O.; TEIXEIRA M. R. F; S. Percepções de portadores de diabetes sobre a doença: contribuições da Enfermagem. **SED Rev Bras Enferm**, Brasília 2013 mar-abr; v. 66, n. 2, p. 21. 22.

COSTA; D. V. D.; TORRES, G. V. Atuação do enfermeiro na prevenção do pré diabético e suas complicações: revisão de literatura Carpe Diem: **Revista Cultura e Científica do UNIFACEX.** 2013, v. 11, n. 11, p. 2237-8586.

DANTAS, D; TORRES, G. V. DANTAS, R. A. N. Assistência aos portadores de

feridas: caracterização dos protocolos existentes no Brasil. **Ciência, Cuidado e Saúde**, 2012, v.10, n. 2, p. 366-372.

ADOLFO, M; OLIVEIRA, J. E. P; VENCIO; S. **Diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes**. organização José Egídio Paulo de Oliveira, Sérgio Vencio - São Paulo: A.C. Farmacêutica, 2016.

FLORA, M; GONÇALVES, H; GAMEIRO, M. Autocuidado dos adolescentes com diabetes mellitus tipo 1: responsabilidade no controlo da doença. **Referência - Revista de Enfermagem**, 2016, v. 4, n. 9, abril-jun, p. 9-19.

FRAGOSO, L. V. C. F; ARAÚJO. M. F. M; LIMA, A. K. G; FREITAS, R. W. J. F; DAMASCENO. M. M. C. **Vivências cotidianas de adolescentes com diabetes Mellitustipo 1**. 2010.

GIL, A. C. **Metodologia e técnicas de pesquisa nas áreas de ciênciashumanas**. Editora Universidade Estadual de Maringá. Brasil 2011.

GÓES, A. P. P; VIEIRA, M. R. R; JÚNIOR, R. D. R. L. Diabetes mellitus tipo 1 no contexto familiar e social. **Rev Paul Pediatria**, 2007; v. 25, n. 2, p. 124-128.

GOMES, G. C.; MOREIRA, M. A. J.; SILVA, C. D.; MOTA M. S.; NOBRE, C. M. G.; RODRIGUES, E. F. Vivências do familiar frente ao diagnóstico de diabetes mellitus na criança/adolescente. **J. nurs. health**. 2019;v. 9, n. 1, p. 199-208.

GRIEP, R. H; CHOR, D; FAERSTEIN. E; WERNECK, G. L; LOPES, C. S. Confiabilidade e validade de instrumentos de medida de rede social e de apoio social utilizados no Estudo Pró-Saúde. **Cad Saúde Pública**. 2005; v. 21, n. 3, p.703-14.

HIROTA, C. M. O.; HADDAD, M. C. L.; GUARIENTE, M. H. D. M. Pé diabético: o papel do enfermeiro no contexto das inovações terapêuticas. **Revista Ciência, Cuidado e Saúde**, Paraná. 2012, v. 7, p.114-120.

KUBLER- Ross, E.. "O Túnel e a Luz": Verus Editora. Campinas, SP, 2003.

LEAL, D. T; FIALHO, F. A; VARGAS DIAS, I. M. A; NASCIMENTO, L; ARRUDA, W. C. A vivência dos familiares de crianças e adolescentes portadores de diabetes mellitus tipo 1 **Rev. Eletr. Enf.** 2012 jan/mar; v. 14, n. 1, p. 189-196.

LOIOLA, R. T. G. **Diabetes Melitus tipo 1**: Avaliando o conhecimento de adolescentes e seu efeito no autocuidado. Fortaleza, 2016.

MALAQUIAS, T. S. M; MARQUES, C. D. C. FARIA, A. C. P; PUPULIM, J. S. L; MARCON, S. S; HIGARASHI, I. H. A criança e o adolescente com diabetes mellitus tipo 1:desdobrar do cuidado familiar. **Cogitare Enferm**. 2016. jan/mar; v. 21, n. 1, p. 01-07.

MALFATTI, C. R. M.; ASSUNÇÃO, N. A. Hipertensão arterial e diabetes na Estratégia de Saúde da Família: uma análise da frequência de acompanhamento

pelas equipes de Saúde da Família. **Ciênc Saúde Coletiva**. 2012; v. 16, n. 1, p. 1383-1388.

MARTINS E. M. C. S; BARROSO; M. C. A; MAIA, D. A. S; ALBUQUERQUE, M. F. A vivência de mães no cuidado à criança diabética tipo um. **Rev Rene**. 2013; v. 14, n. 1, p. 42-9.

MOREIRA, M. C. N; ALBERNAZ, L. V; SÁ, M. R. C; CORREIA, R. F; TANABE, R. F. Recomendações para uma linha de cuidados para crianças e adolescentes com condições crônicas complexas de saúde. **Cad Saúde Pública**. 2017; v. 33, p. 11, p.189. disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/YMz78XyCYCKT9Czd4C78xGv/?lang=pt>. Acesso em: 11 de outubro de 2021.

MOREIRA, T. R; BANDEIRA, S. T. A; LOPES; S. C; CARVALHO, S. L; NEGREIROS, F. D. S; NEVES, C. S. Dificuldades de crianças e adolescentes com Diabetes Mellitus tipo 1 acerca da doença. **Rev Rene**, v. 17, n. 5, p. 651-658, 2016.

MOURA, D. J. M; MOURA, N. S; MENEZES, L. C. G; BARROS, A. B; GUEDES, M. V. C. Construção de cartilha sobre insulino terapia para crianças com diabetes mellitus tipo 1. **Rev Bras Enferm**. 2016.

NASCIMENTO, L. C; AMARAL; M. J; SPARAPANI, V. S; FONSECA, L. M. M; NUNES, M. D. R; DUAS, G. "Diabetes mellitus tipo 1: evidências da literatura para seu manejo adequado, na perspectiva de crianças." **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 45, p. 2011.

NOBREGA, V. M; REICHERT, A. P. S; SILVA, K. L, et al. Imposições e conflitos no cotidiano das famílias de crianças com doença crônica. **Esc. Anna Nery Rev. Enferm**. 2012, v. 16, n. 4, p. 781-788.

NOGUEIRA, L. G. F.; NOBREGA, M. L. Construção e validação de diagnóstico de enfermagem para pessoas com diabetes na atenção especializada. **Rev. Esc. Enferm. USP**, 2015, v. 49, n. 1, p. 54-60.

QUEIROZ, M. V. O; BRITO, L. M. M. C; PENNAFORT, V. P. S, et al. Sensibilizando a criança com diabetes para o cuidado de si: Contribuição à prática educativa. **Esc. Anna Nery Rev. Enferm**. 2016, v. 20, n. 2, p. 337-343.

QUEIROZ, K. C.; SILVA, I. N.; ALFENAS, R. C. G. Associação entre fatores nutricionais e o controle glicêmico de crianças e adolescentes com diabetes melito tipo 1. **Arq Bras Endocrinol Metab**. 2015.

SETIAN, N; DAMIANI, D; DICHTCHEKENIAN, V; MANNA, T. D. Diabetes mellito. In: Marcondes, E.; VAZ, F. A. C.; RAMOS, J. L. A.; OKAY, Y, editores. **Pediatria básica**. 9ª ed. São Paulo: Sarvier; 2003. p. 382-92.

SIMONETTI, Alfredo. **Manual de psicologia hospitalar** – o mapa da doença. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2004.

SILVA, C. L.; MOLETA, C.; SEVERO, E.; GASPAR, M. D. R.; CAVALHEIRO, M. A. Características de lesões de pré diabético e suas complicações. **Rev Rene**. 2012; v. 13, n. 2, p. 445-53.

SILVA, M; MORY, D; DAVINI E. Marcadores genéticos e autoimunes do diabetes melito tipo 1: da teoria à prática. **Arq Bras Endocrinol Metab**. 2008; n. 52,n. 2, p.166-180.

SÔNIA A. A. G. **Manual de Enfermagem**. São Paulo, 2009.

SOUZA, M. H. N; NOBREGA, V. M. COLLET, N. Rede social de crianças com doença crônica: conhecimento e prática de enfermeiros. **Rev Bras Enferm**. 2020, v. 73, n. 2, p.2. Disponível em:
<https://www.scielo.br/j/reben/a/BJFhyYpb78gWgsdJpNpYFrm/?lang=pt&format=pdf>.
Acesso em: 10 de outubro de 2021.

SPARAPANI, V. C. A criança com Diabetes Mellitus Tipo 1 e seus amigos: a influência dessa interação no manejo da doença. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, v .20 n. 1 Ribeirão Preto Jan./Feb. 2012.

TARGA, T; PIMENTEL, R. R. S; SCARDOELLI, M. G. C. Diabetes Mellitus na Infância e Adolescência: Repercussões no Cotidiano dos Familiares. **Cienc Cuid Saude**, 2017, Jan-Mar; v. 16, n. 1, p. 3. Disponível em:
<file:///C:/Users/User/Downloads/30435-Texto%20do%20artigo-168590-1-10-20170626.pdf>. Acesso em : 11 de outubro de 2021.

TEIXEIRA, E; MEDEIROS, H. P. Tecnologias na literatura de enfermagem: do reconhecimento ao desenvolvimento. In: NIETSCHE, E. A; TEIXEIRA. E; MEDEIROS, H. P. **Tecnologias cuidativo-educacionais: uma possibilidade para o empoderamento do(a) enfermeiro(a)?** Porto Alegre: Moriá; 2014. p. 57-73.

VIGERSKY, R. A; MCMAHON, C. A relação da hemoglobina A1C com o tempo no intervalo em pacientes com diabetes. **Diabetes Technol Ther**. 2019, v. 21, n. 2, p. 81–85.