



## VIVÊNCIA DE MÃES NO CUIDADO À CRIANÇA DIABÉTICA TIPO 1

*EXPERIENCE OF MOTHERS IN THE CARE OF CHILDREN WITH TYPE 1 DIABETES*

*EXPERIENCIA DE MADRES EN LA ATENCIÓN A NIÑOS DIABÉTICOS TIPO 1*

Elis Mayre da Costa Silveira Martins<sup>1</sup>, Márcia Barroso Camilo de Ataíde<sup>2</sup>, Denise Maia Alves da Silva<sup>3</sup>, Mirna Albuquerque Frota<sup>4</sup>

Estudo descritivo qualitativo com objetivo de compreender a vivência das mães no cuidado das crianças diabéticas tipo 1 em uma unidade de Referência Terciária em Diabetes, localizada no município de Fortaleza-Ceará, Brasil. Os dados foram coletados mediante entrevista semi-estruturada com 12 mães de crianças diabéticas, na faixa etária de 3 a 12 anos. Os resultados foram analisados a partir das técnicas do conteúdo de Bardin, emergindo as categorias: Múltiplos sentimentos gerados no impacto do diagnóstico; Mãe enfrentando a Competitividade do afeto entre os filhos; A vivência da mãe na expansão do *locus* cotidiano do cuidado. Conclui-se que a doença afeta toda a família, porém a responsabilidade do cuidado recai sobre a figura materna em todos os âmbitos da doença, fazendo-se necessário apoio profissional, visto que a assistência prestada pela mãe ao filho diabético vai além dos cuidados relacionados ao controle metabólico.

**Descritores:** Diabetes Mellitus; Saúde da Criança; Doença Crônica; Enfermagem.

Descriptive qualitative study aimed to understand the experience of mothers in the care of type 1 diabetic children in a unit of Tertiary Reference in Diabetes, located in Fortaleza, Ceará, Brazil. Data were collected through semi-structured interviews with 12 mothers of diabetic children, aged 3-12 years. The results were analyzed using the techniques of thematic analysis of Bardin, with these highlighted categories: multiple feeling generated in the impact of the diagnosis; mother facing the competitiveness of affection among the children, the experience of the mother in the expansion of the *locus* daily care. Conclusion: the disease affects the whole family, and the burden of care falls on the mother in all aspects of the disease, professional support is necessary, once the assistance provided by the mother goes beyond the diabetic child care related to metabolic control.

**Descriptors:** Diabetes Mellitus; Child Care; Chronic Disease; Nursing.

Estudio cualitativo descriptivo, con el fin de entender la experiencia de las madres en la atención a los niños con diabetes tipo 1 en unidad de Referencia Terciario en Diabetes, en Fortaleza, Ceará, Brasil. Los datos fueron recolectados a través de entrevistas semiestructuradas con 12 madres de niños diabéticos, con edades entre 3 y 12 años. Los resultados fueron analizados a partir de las técnicas de contenido de Bardin, las categorías emergentes fueron: múltiples sentimientos generados en el impacto del diagnóstico; madre frente a la competitividad del afecto entre los niños; experiencia de la madre en la ampliación del lugar de cuidado diario. La enfermedad afecta a la familia, pero la responsabilidad de la atención recae en la madre en todos los aspectos de la enfermedad, siendo necesario el soporte profesional, pues la asistencia prestada por la madre al niño diabético va más allá de la atención relacionada al control metabólico.

**Descritores:** Diabetes Mellitus; Cuidado del Niño; Enfermedad Crónica; Enfermería.

<sup>1</sup>Enfermeira. Mestranda em Saúde Coletiva da Universidade de Fortaleza - UNIFOR. Membro do Núcleo de Pesquisa e Estudo em Saúde da Criança – NUPESC/CNPq/UNIFOR. Bolsista da CNPq. Fortaleza-CE. Brasil. E-mail: eliscsilveira@yahoo.com.br

<sup>2</sup>Enfermeira. Doutora em Enfermagem pela Universidade Federal do Ceará - UFC. Docente da Graduação em Enfermagem da UNIFOR. Fortaleza-CE. Brasil. E-mail: mbcataide@yahoo.com.br

<sup>3</sup>Enfermeira. Mestre em Saúde Coletiva. Docente da Graduação em Enfermagem da Faculdade Integrada da Grande Fortaleza - FGF. Fortaleza-CE. Brasil. E-mail: denisefmaia@gmail.com

<sup>4</sup>Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Docente do Mestrado em Saúde Coletiva e da Graduação em Enfermagem da UNIFOR. Líder do Núcleo de Pesquisa e Estudo em Saúde da Criança – NUPESC/CNPq/UNIFOR. Fortaleza-CE. Brasil. E-mail: mirnafrota@unifor.br

## INTRODUÇÃO

No Brasil o número estimado de pessoas diabéticas é de cerca de oito milhões, não existindo dados exatos de crianças e adolescentes com esta patologia, porém a incidência do Diabetes *Mellitus* tipo 1(DM1) tem aumentado, em particular na população infantil com menos de 5 anos de idade. As características principais da doença são: necessidade diária de insulina no tratamento com controle metabólico lábil, oscilação na glicemia e grande tendência a desenvolver cetoacidose e coma<sup>(1)</sup>.

O fato do Diabetes tipo 1 ser considerado incurável desperta sentimentos de culpa, ansiedade e expectativas de recuperação, caracterizados por um período de desestruturação e incertezas nos membros da família. Os pais, além da dificuldade de compreender o universo dos sentimentos emergidos com o impacto do diagnóstico, precisam ajudar o diabético e o filho saudável a entender as mudanças que irão ocorrer<sup>(2)</sup>. Assim, para alcançar a eficácia do tratamento e controle metabólico, é fundamental que os sentimentos despertados sejam superados, para que a criança adquira confiança no processo de mudança dos hábitos alimentares, vida social e inserção de medicações.

Quando se associa o Diabetes com a infância, é indispensável a presença de um cuidador para aprender a lidar com sintomas, procedimentos terapêuticos e habilidades para o aprendizado do controle metabólico. Pesquisas retratam a mãe como principal responsável na terapia da doença crônica na infância, evidenciando que sofre e adoce com o filho, e escuta atentamente as orientações dos profissionais de saúde<sup>(3-4)</sup>.

A fase de maior sofrimento para a família é o diagnóstico, em que vivencia um período de crise caracterizado por desestruturação e incertezas ao lidar com sintomas e tratamentos para reorganizar a vida.

Porém, é na fase da aceitação da enfermidade que compreende o processo do cuidar sem medo. O suporte dos profissionais é imprescindível visando direcionar ações adequadas de saúde com objetivo de reorganização familiar e manejo terapêutico<sup>(5-6)</sup>. Nessa perspectiva, o enfermeiro, engajado na assistência ao diabético deve programar novas práticas de cuidado capazes de promover o controle metabólico, refletindo pontos frágeis da educação em saúde no contexto de aceitação.

A necessidade de conhecer as mudanças ocorridas na família após o diagnóstico do Diabetes *Mellitus* (DM) na infância desperta questionamentos: Como as mães sentem-se diante da responsabilidade de cuidar de um filho diabético? Como é o cotidiano da criança diabética no âmbito familiar, social, e escolar?

A fim de orientar e estimular o cuidador é determinante que o profissional de saúde conheça a realidade, os sentimentos e as mudanças ocorridas após o diagnóstico e, além disso, fazê-lo entender o cuidar da criança na área cognitiva, afetiva e comportamental. Assim sendo, tem-se como objetivo compreender a vivência de mães no cuidado à criança diabética tipo 1 em uma unidade de Referência Terciária em Diabetes.

## MÉTODO

Realizou-se um estudo de caráter descritivo com enfoque na abordagem qualitativa, visando descrever e explorar aspectos de uma situação, assim como trabalhar com o universo de significados, motivos, aspirações, crenças e atitudes, o que corresponde a um espaço profundo das relações, dos processos e dos fenômenos que não podem ser reduzidos à operacionalização de variáveis<sup>(7-8)</sup>.

O presente estudo foi realizado no Centro de Referência Terciária em Diabetes, localizada no

município de Fortaleza-CE. Participaram doze mães de crianças portadoras de Diabetes *Mellitus* tipo 1. Os seguintes critérios de inclusão foram adotados: mãe com filho diagnosticado Diabetes Tipo 1 há pelo menos um ano, ter filho em seguimento regular no referido Centro de Referência e ser maior de idade.

Para a coleta de dados foi utilizada a entrevista semiestruturada, contendo as seguintes perguntas orientadoras: Como você se sente diante da responsabilidade de cuidar do filho portador de diabetes? Como é para você o viver da criança diabética no cotidiano familiar, social e escolar? As questões foram submetidas a um pré-teste comprovando adequação para a população investigada.

Os depoimentos foram gravados e transcritos na íntegra. Para análise dos dados, foi empregada a técnica de Análise do Conteúdo<sup>(9)</sup>, com as etapas: pré-análise ou organização do material; exploração desse material por meio da classificação e codificação ou categorização; e interpretação dos resultados.

Os aspectos éticos estiveram presentes no decorrer da pesquisa, baseados na Resolução nº196/96 do Conselho Nacional de Saúde<sup>(10)</sup>, incluindo a abordagem dos princípios da Bioética. Foi explicitado o objetivo do estudo, seguido da apresentação e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Em respeito aos direitos do indivíduo e com o intuito de preservar o anonimato, as mães foram identificadas pela ordem sequencial das entrevistas: M1, M2 (...), M12.

O estudo foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Universitário Walter Cantídio (HUWC), tendo sido aprovado sob o Parecer de nº 0290601.

## RESULTADOS E DISCUSSÃO

### Descrição dos Sujeitos

A idade das mães apresentou variação de 22 a 54 anos. Houve predomínio de mulheres com união consensual (oito). Destas, quatro tinham um filho, uma tinha dois, seis tinham três e outra tinha cinco filhos. No que se refere ao nível de instrução, as que possuíam ensino fundamental incompleto apresentaram maior incidência; duas exerciam atividades fora de casa e as demais tinham ocupação do lar. A maioria das mães (oito) sobrevivia com renda mensal menor que trezentos e oitenta reais; as demais não apresentavam renda, pois moravam na casa dos pais.

A transcendência da análise fez emergir as categorias: múltiplos sentimentos gerados no impacto do diagnóstico; enfrentando a competitividade do afeto entre os filhos; vivência da mãe na expansão do *locus* cotidiano do cuidado.

### Múltiplos sentimentos gerados no impacto do diagnóstico

A percepção gerada com a doença, sem censura, sem pensar no certo ou errado, revela que o papel de proteção que os pais estabelecem com os filhos é algo intrínseco na relação. 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. No entanto, o medo e a angústia continuam, mesmo após o impacto do diagnóstico, e sinalizam que a situação desconhecida exige dos sujeitos equilíbrio emocional para que o desespero não interfira no cuidar.

O DM modifica o cotidiano das pessoas e requer adaptação na esfera psicológica, social e física, o que torna evidente a necessidade da interação da família em todo esse processo<sup>(11)</sup>. A família requer apoio emocional para auxiliar no enfrentamento da realidade e na capacidade do cuidar como expressam as falas a seguir: *fiquei abalada, desesperada, chorava muito, não gosto nem de lembrar* (M1). *Fiquei e continuo com medo, me pegou de surpresa* (M3). *Tive medo, mas como o diabetes está bom, fico mais tranquila* (M4). *Minha angústia continua. Tenho pena do meu filho, não me acostumei* (M12).

Nesse enfoque, a mãe que possui dificuldade de aceitar a enfermidade necessita de ajuda profissional no momento em que está no ambulatório, dando continuidade ao tratamento. O enfermeiro deve interagir visando ao convívio com esta situação e introduzir o filho no mundo externo e não ao mundo interno-diabético.

O trabalho de educação em saúde com os pais facilitará a aceitação do filho à nova condição de doença, considerando a família como a "única" no papel determinante do desenvolvimento da sociabilidade, bem-estar físico dos indivíduos e da afetividade, sobretudo no período da infância<sup>(12)</sup>. Em contrapartida, os enfermeiros continuam arraigados às práticas assistenciais que valorizam os achados clínicos e desconsideram achados individuais que se fortalecem com as crenças. Desse modo, não haverá contribuição na aproximação das mães com o cuidado dos filhos e, assim, a prática não impactará nos indicadores epidemiológicos que retratam os danos à saúde da criança diabética.

A descoberta do diagnóstico de uma doença crônica, quando relacionado com a não aceitação da mãe, interfere no bem-estar do filho, ocasionando estresse e sofrimento, exigindo a superação de desafios apresentados no cotidiano, como o aumento no cuidado em termos de constância, vigilância e intensidade<sup>(13)</sup>. Quando se associa a dificuldade do cuidado com a renda

familiar ocorre: *Sofrimento, principalmente para gente que é pobre e não pode dar o tratamento certo, me sinto incapaz* (M2). *Não aceito essa doença e, não tenho dinheiro para bancar o que ele precisa, o posto dá o remédio. E o resto? Tenho medo de não poder dar a comida que é para dar* (M7).

Na conjuntura dessa abordagem, a dificuldade no cuidar é relacionada com o poder aquisitivo da família, que depende da disponibilidade de alimentos, qualidade da moradia e acesso a serviços essenciais, como os de saneamento e os de assistência à saúde. Os sentimentos em relação à condição de vida nos leva a inferir que o diabetes significa mais do que um conjunto de sintomas, pois possui representações na vida pessoal, psicológica e profissional.

Sabe-se que a família precisa de preparo para assistir o filho e aceitar os desafios do tratamento, atentando para que o cuidado infantil na doença crônica, que consome tempo e perda de privacidade, não provoque isolamento social e emocional<sup>(12)</sup>. A escolaridade materna exerce influência, sobretudo nas oportunidades de emprego e salários e, nessa medida, condiciona o poder aquisitivo dos pais.

A escolaridade e a profissão do cuidador podem interferir diretamente sobre a renda familiar e indiretamente na capacidade de gerir de forma eficiente as questões inerentes ao cuidado com a saúde. *Eu não confio em deixar ele com ninguém, pois ninguém faz como eu faço, queria poder trabalhar e ter o dinheiro, mas prefiro meu filho vivo* (M8). A atitude das mães pode excluir as crianças do mundo real, além de despertar sentimentos de dependência excessiva, desconfiança nos outros, instabilidade emocional, medo das adversidades e insegurança do mundo externo. *É como se ele dependesse apenas de mim, não tenho emprego devido meu filho, pois imagino que se ficar sem mim ele vai piorar* (M5). A proteção desmedida dos pais interfere no desenvolvimento da autonomia e pode estar encobrindo uma rejeição inconsciente<sup>(14-16)</sup>.

A dificuldade financeira é fator que influencia o cuidado, pois os medicamentos, transporte e alimentação adequada nem sempre são supridos pela

renda mensal. A inserção da mulher no mercado de trabalho dificulta a relação de assistir a criança, e o recurso financeiro torna-se responsabilidade apenas do pai, quando presente. Em contrapartida, a mãe que carece trabalhar vivencia conflitos. Isto é denunciado nas falas das entrevistadas do estudo em apreço. *Preciso trabalhar todos os dias, queria poder cuidar dela, não posso levá-la ao médico, não aplico insulina. Quem faz essas coisas é a minha irmã, sei que eu cuidaria melhor* (M6). *Preciso trabalhar todos os dias, mas o meu coração fica na mão, vou trabalhar esperando a pior notícia. Por mim não trabalharia. Tenho que confiar nos outros* (M10).

Um número expressivo de mulheres é inserido no mercado de trabalho e contribui com a renda familiar. Além da maternidade, preocupam-se com a realização acadêmica e valorizam a construção da carreira profissional, vislumbrando a condição de sucesso. Ressalta-se que o trabalho feminino passa a garantir inúmeras vezes a subsistência da família e passa a ser necessidade e não realização profissional<sup>(12,17)</sup>. Para se atingir o controle metabólico do filho diabético é indispensável melhorar o provimento de materiais, equipamentos, dieta, porém esses pontos tornam-se distantes devido aos custos.

Estudo tem revelado que este papel assumido pela mulher tem repercutido na dinâmica familiar, nas questões conjugais, bem como na educação dos filhos<sup>(18)</sup>. Nesse sentido, os sujeitos encontram o desafio de conciliar as funções maternas com o profissional. O vínculo da mãe que trabalha e cuida do filho diabético sofre mudanças, mas a determinação em acompanhar o cuidado diário e conquistar espaço na relação com os filhos persiste.

Aceitar as restrições que o diabetes *mellitus* impõe é difícil, sobretudo quando é a criança que exige mudanças no dia a dia, que muitas vezes os pais não estão preparados para desempenhar. Os hábitos alimentares característicos da cultura nordestina fazem parte da renúncia alimentar do diabético e tornam-se um pesar para família; isso é percebido no choro e na

entonação da voz materna. *Me sinto diferente de quem tem filho normal, que pode dar doces, farinha e tapioca para o filho comer* (M8). *Sou diferente das mães das outras crianças, ele chora quando quer a comida dos outros irmãos, quando é época do milho, passo tempo dizendo não* (M9).

O estado emocional marcado pela prática do cuidado gera sobrecarga que não está superada na dinâmica familiar. Estudos apontam que repetidas visitas a médicos, hospitais e a necessidade de assegurar que a medicação seja administrada no horário específico formam fatores que potencializam o estresse, levando a mãe a absorver a doença para si<sup>(13)</sup>. O que falta nos serviços de saúde para minimizar esses efeitos? Os discursos estão impregnados de fragilidades e sentimentos de impotência, os quais traduzem a insegurança no sistema público de saúde, que continua excludente e injusto.

### **Enfrentando a competitividade do afeto entre os filhos**

O comportamento apresentado pelos irmãos da criança diabética revela mudança na atitude materna e provoca reações de revolta e ciúmes nos filhos, resultando em novas dificuldades. *O outro é revoltado com a menina doente, sente ciúmes e até raiva dela, ainda tenho que me dividir para evitar brigas* (M4). *A minha outra filha tem ciúmes e vive reclamando que não gosto dela. Mas não é isso, é por que a doente precisa de mais cuidado* (M7). As adversidades estendem-se para os demais filhos, porque a atenção da mãe intensifica-se ao diabético. *Os outros filhos até fingiram estar doente para chamar minha atenção* (M9).

Diante do exposto, percebe-se que o comportamento diferenciado com o filho diabético torna-se compreensível, dependendo da idade do irmão, do ciúme e da raiva. Porém, o profissional de saúde pode e deve atuar com o propósito de mostrar à família que os outros filhos têm capacidade de compreender a situação, desde que haja esclarecimento sobre o diabetes e tratamento. A colaboração da família constitui-se um dos determinantes favoráveis para o

sucesso do controle metabólico e do bem-estar do filho e da família.

Pesquisa realizada com 54 familiares de crianças e adolescentes com doença crônica apontou que 39% dos irmãos reagiram com solidariedade; 22% com ciúmes; 19% com desprezo; 14% outros com agressividade, desespero, preocupação e saudade. Segundo as entrevistadas, alguns irmãos, face à crescente atenção dos pais com o(a) filho(a) doente, exprimiam ciúmes, preocupação e instabilidade emocional<sup>(17)</sup>.

### **Vivência da mãe na expansão do *locus* cotidiano do cuidado**

A escola promove oportunidades educacionais para as crianças com deficiências, limitações nas atividades ou restrições na participação social, incluindo doenças crônicas, problemas físicos e/ou outros tipos de limitação<sup>(19)</sup>. Porém, é o local em que a criança fica exposta a atividades físicas, alimentos impróprios e a profissionais despreparados no manejo de crises hipoglicêmicas e cetoacidose. A incapacidade dos profissionais relacionada ao manejo correto da doença desperta comportamento materno como: *Tenho medo que ela caia na escola e demore a sarar, ela pode comer algum doce do colega e entrar em crise* (M7). *Na escola ela teve uma crise, só Deus que não deixou que morresse. Agora quando vai para aula, fico imaginando alguém chegar me dando aquela notícia* (M1). *A escola virou um lugar onde tudo parece perigoso, os colegas com os doces, o número de alunos, a educação física que é bem cedinho e não quer comer antes de sair. Passeios não existem sem mim* (M12).

Indubitavelmente, o controle metabólico insatisfatório em crianças resulta em crescimento atrofiado e crises hiperglicêmicas ou hipoglicêmicas severas, afetando o desenvolvimento neurológico. O diabetes tipo 1 diagnosticado em idade muito precoce pode desenvolver anomalias estruturais do cérebro e da função cognitiva<sup>(20)</sup>. O cuidado diário com a alimentação, monitoramento da glicemia capilar, conhecimento dos primeiros sinais e sintomas de hipoglicemias são essenciais para o controle metabólico. Portanto, o

diabetes tipo 1 representa uma incumbência da família e dos serviços de saúde.

Estudo evidencia que, apesar dos professores denotarem conhecimento sobre o que é DM, desconhecem os sinais e sintomas da hipo e hiperglicemia, as abordagens terapêuticas e as principais condutas a serem adotadas diante de intercorrências glicêmicas<sup>(21)</sup>. Neste sentido, acredita-se que os profissionais da Estratégia Saúde da Família devam identificar crianças diabéticas a fim de convocar pais e professores para discutir sobre o diabetes no espaço escolar.

Pesquisa mostra que a família apresenta receio ao ambiente escolar, diante da insegurança em relação ao preparo dos educadores em lidar com os filhos. Reconhece-se que um ambiente seguro é aquele que dispõe de pessoas treinadas para medir a glicemia e reconhecer e tratar um episódio de hipoglicemia<sup>(22)</sup>.

A participação do cônjuge de pouca intensidade e cumplicidade revela um cuidado materno solitário: *Meu esposo não sabe sobre a diabetes, nunca foi à consulta, logo não confio em deixar meu filho sozinho com ele por um longo período* (M3). As mães expressam passividade do pai frente à situação do filho. *Meu marido se distancia, parece que não quer se envolver para não sofrer. E quando minha filha pergunta se pode comer alguma coisa, manda perguntar à mãe* (M9). Essa conduta gera na mulher o entendimento de responsabilidade individual, gerando situação desconfortável e momentos conflitantes no seu relacionamento conjugal levando-a a experimentar situações adversas ao bem-estar da família.

Acredita-se que o pai deva ser colaborador no processo terapêutico da Diabetes *Mellitus*, pois é um aliado na aquisição de orientações de saúde adequadas e no processo de enfrentamento da doença.

Embora estudos apontem a mãe como a principal cuidadora da criança diabética, a inclusão do pai é essencial para progresso do tratamento. No entanto, tem se estabelecido ao pai a função de provedor econômico, aquele que não pode deixar faltar nada em

casa, por meio de horas prolongadas de trabalho. É esperado que as condições de vida melhorem, mas o custo familiar do baixo envolvimento paterno na educação dos filhos é elevado<sup>(5,10)</sup>.

### CONSIDERAÇÕES FINAIS

O conjunto de informações obtidas nesta investigação de natureza qualitativa, contextualizado no tempo e local da realização, não pretende, portanto, generalizar os resultados encontrados, mas trazer contribuição significativa para os serviços de saúde na compreensão da vivência da mãe no cuidado do filho.

A temática apontou que as repercussões causadas após o diagnóstico foram negativas e implicaram no estabelecimento da reorganização familiar. A preocupação dos pais refere-se às ocorrências constantes de descompensação, que traduzem a falta de equilíbrio da situação metabólica, gerando maior possibilidade de complicações, o que compromete a qualidade de vida no futuro. O cuidador "enxerga" o filho diabético como pessoa frágil e doente.

É notável, inclusive, que o enfrentamento positivo pode ser encontrado a partir da aceitação da enfermidade, que possibilita a busca de informações e a tentativa de adaptação da rotina familiar com objetivo de amenizar os sentimentos de dependência, desconfiança, instabilidade emocional e insegurança despertadas com o diagnóstico do diabetes *mellitus*.

A doença crônica afeta a criança e a família, porém a responsabilidade predomina na figura da mãe, que se sente indispensável e insubstituível na prestação do cuidado, resultando em uma superproteção que pode excluir os filhos do mundo real, além de despertar sentimentos de dependência, desconfiança, instabilidade emocional e insegurança.

Ressalta-se o papel estratégico do profissional de saúde em lidar com a família e não apenas com o doente, reduzindo dificuldades no decorrer do

tratamento. A atenção educativa-assistencial ao binômio mãe e filho, enfatizando o processo de comunicação/orientação em saúde, deve favorecer a redução da angústia, e ao mesmo tempo consolidar suporte técnico para o enfrentamento do processo de doença.

Nisto reside a atuação do enfermeiro, que se traduz em atenção, objetividade, solicitude e cuidado individual, pois possibilita acolhimento. A equipe multidisciplinar deve convocar e mobilizar os pais visando minimizar conflito intrafamiliar e atraso no desenvolvimento da criança.

### REFERÊNCIAS

1. Sociedade Brasileira de Diabetes (SBD). Diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes. Tratamento e acompanhamento do Diabetes *Mellitus*. São Paulo: Sociedade Brasileira de Diabetes; 2007.
2. Damião EBC. Assistência à família do portador de Diabetes *Mellitus*. In: Grossi SAA, Pascali PM. Cuidados de enfermagem em diabetes *mellitus*. São Paulo: Departamento de Enfermagem da Sociedade Brasileira de Diabetes; 2009. p.164-8.
3. Dias DG, Santana MG, Santos E. Percebendo o ser humano diabético frente ao cuidado humanizado. Rev Bras Enferm. 2006; 59(2):168-71.
4. Mattosinho MMS, Silva DMGV. Itinerário terapêutico do adolescente com diabetes mellitus tipo 1 e seus familiares. Rev Latino-am Enfermagem. 2007; 15(6):1113-9.
5. Pilger C, Abreu IS. Diabetes *Mellitus* na infância: repercussões no cotidiano da criança e de sua família. Cogitare Enferm. 2007; 12(4):497-9.
6. Péres DS, Santos MA, Zanetti ML, Ferronato AA. Dificuldade dos pacientes diabéticos para controle da doença: sentimentos e comportamentos. Rev Latino-am Enfermagem. 2007; 15(6):1105-12.

7. Lakatos EM, Marconi MA. Técnicas de Pesquisa. São Paulo: Atlas; 2006.
8. Minayo MCS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em Saúde. 12ª ed. São Paulo: Hucitec; 2010.
9. Bardin L. Análise de conteúdo. Lisboa: Edições 70; 2008.
10. Ministério da Saúde (BR). Conselho Nacional de Saúde, Comissão Nacional de Ética em Pesquisa. Resolução Nº 196 de 10 de outubro de 1996: aprova as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos. Brasília: Ministério da Saúde; 1996.
11. Alencar CA, Alencar AMPG. O papel da família na adaptação do adolescente diabético. Rev Rene. 2009; 10(1):19-28.
12. Araujo YB, Collet N, Moura FM, Nobrega RD. Conhecimento da família acerca da condição crônica na infância. Texto Contexto Enferm. 2009; 18(3):498-505.
13. Klassmann J, Kochia KRA, Furukawa TS, Higarashi IH, Marcon SS. Experiência de mães de crianças com leucemia: sentimentos acerca do cuidado domiciliar. Rev Esc Enferm USP. 2008; 42(2):321-30.
14. Vasconcelos VM, Frota MA, Pinheiro AK, Gonçalves ML. Percepções de mães acerca da qualidade de vida de crianças com paralisia cerebral. Cogitare Enferm. 2010; 15(2):238-44.
15. Nogueira FAE, Queiroz MVO, Jorge MSB. O silêncio na asfixia perinatal grave em RN a termo: Discurso de mães e de profissionais da saúde. Cienc Cuid Saude. 2009; 8(1):71-8.
16. Oliveira MFS, Silva MBM, Frota MA, Pinto JM, Frota LMCP, Sá FE. Qualidade de vida do cuidador de crianças. Rev Bras Promoc Saúde. 2008; 21(4):275-80.
17. Crispim Silva FA, Andrade PR, Barbosa TR, Hoffmann MV, Macedo CR. Representação do processo de adoecimento de crianças e adolescentes oncológicos junto aos familiares. Esc Anna Nery. 2009; 13(2):334-41.
18. Marcelino DB, Carvalho MDB. Reflexões sobre o diabetes tipo 1 e sua relação com o emocional. Psicol Reflex Crit. 2005; 18(1):72-7.
19. Melo ELA, Valdés MTM, Bezerra, MHO, Frota MA, Vasconcelos VM, Landim FLP. Qualidade de vida na infância: aspectos conceituais e paradigmáticos. Rev Tend Enferm Prof. 2009; 1(1):43-6.
20. Novato TS, Grossi AA, Kimura M. Cultural adaptation and validation of the "Diabetes Quality of Life for Youths" measure of Ingersoll and Marrero into Brazilian culture. Rev Latino-am Enfermagem. 2008; 16(2):224-30.
21. Simões ALA, Stacciarin TSG, Poggetto MTD, Maruxo HB, Soares HM, Simões ACA. Conhecimento dos professores sobre o manejo da criança com Diabetes *Mellitus*. Texto Contexto Enferm. 2010; 19(4):83-91.
22. Leite SAO, Zanim LM, Granzotto PCD, Heupa S, Lamounier RN. Pontos básicos de um programa de educação ao paciente com Diabetes *Mellitus* tipo 1. Arq Bras Endocrinol Metab. 2008; 52(2):233-42.

Recebido: 23/08/2011  
Aceito: 11/09/2012