

GRUPO EDUCACIONAL FAVENI

JOSANGELA AMORIM DE OLIVEIRA

**AS CONTRIBUIÇÕES DA ASSISTÊNCIA À CRIANÇA COM DIABETES
MELLITUS**

BRASÍLIA - DF

2019

GRUPO EDUCACIONAL FAVENI

JOSANGELA AMORIM DE OLIVEIRA

**AS CONTRIBUIÇÕES DA ASSISTÊNCIA À CRIANÇA COM
DIABETES MELLITUS**

Trabalho de conclusão de curso
apresentado como requisito parcial à
obtenção do título especialista em Saúde
Pública.

BRASÍLIA – DF

2019

AS CONTRIBUIÇÕES DA ASSISTÊNCIA À CRIANÇA COM DIABETES MELLITUS

RESUMO: Este estudo busca apresentar as contribuições da assistência à criança com diabetes mellitus. Para tal intendo, buscou-se a fundamentação teórica-metodológica do tema abordado. Trata-se de um estudo bibliográfico. Como metodologia, para a realização deste estudo, as análises foram realizadas em livros e artigos, publicados de 1977 a 2019, considerando os principais aspectos e abordagens sobre o tema desta pesquisa. Sendo assim, nesse estudo, objetivou-se compreender conceitos relevantes sobre a diabetes, bem como o diagnóstico e tratamento voltado, especificamente, à assistência de crianças acometidas por essa patologia. Os resultados da pesquisa apontam que diante do diagnóstico de diabetes, surge a necessidade de cuidados específicos, com vistas a melhoria de qualidade de vida do paciente. Sendo assim, torna-se imprescindível a assistência tanto de um profissional especializado quanto a colaboração da família. Cabe destacar que o diagnóstico tardio e as consequências da ausência do tratamento, da assistência às crianças com diabetes pode acarretar no agravamento dessa patologia.

PALAVRAS-CHAVE: Diabetes. Diagnóstico. Tratamento. Saúde.

1. INTRODUÇÃO

Este estudo evidencia informações relevantes sobre a assistência à criança com diabetes mellitus. Dessa forma evidencia-se que esta é uma doença de difícil controle, pois contribui para que ocorram várias complicações, que podem ser agudas ou crônicas. Nesse sentido, Howe et. al (2016) afirmam que após a diabetes ser confirmada por meio de diagnóstico, torna-se fundamental incluir um tratamento rigoroso e que seja permanente, com o objetivo de balancear o suprimento e demanda de insulina, ou seja, faz-se necessário uma dieta alimentar adequada, prática controlada de atividade física e insulino terapia.

Esta pesquisa justifica-se pela relevância da assistência à criança com diabetes mellitus, uma vez que, a mesma implica em melhoria de qualidade de vida do paciente. Com este estudo buscou-se responder ao seguinte questionamento: De que forma a assistência a crianças com diabetes pode contribuir na melhoria de qualidade de vida dos pacientes?

Diante da problemática instaurada, este trabalho pauta-se, na busca de respostas fundamentadas teoricamente por autores renomados, que realizaram estudos sobre diabetes em crianças, bem como diagnósticos e tratamentos.

Como metodologia, para a realização deste estudo, as análises foram realizadas em livros e artigos, publicados de 1977 a 2019, considerando os principais aspectos e abordagens sobre o tema deste estudo.

Logo, a relevância deste estudo consiste na apresentação de informações que contribuem para compreensão da relevância da assistência a crianças com diabetes. Nesse sentido, em busca de fundamentação teórica, apresentaremos conceitos sobre diabetes, bem como os tipos de diabetes, são abordados como o diagnóstico de diabetes é realizado e os possíveis tratamentos para referida patologia. Por fim, são apresentadas, as considerações finais e as inferências relacionadas ao tema dessa pesquisa.

2. DESENVOLVIMENTO

Para o desenvolvimento desta pesquisa, realizou-se uma pesquisa bibliográfica em livros, artigos e revistas sobre a temática abordada. O arcabouço teórico deste estudo teve como objetivo nortear e sustentar o conceitos de diabetes. Nesse sentido, o arcabouço conceitual proposto no presente artigo se faz necessário, pois oferece um sentido, um conceito que facilita na compreensão sobre o tema deste estudo. Sendo assim, o presente estudo traz como referencial teórico os pressupostos de Howe et. al (2016), as orientações do Ministério da Saúde (2006), Silva, 2006 e outros autores que realizaram estudos sobre esse tema.

2.1 Conceitos de Diabetes

O Ministério da Saúde (2006) enfatiza que a diabetes é um grupo de patologias metabólicas que são caracterizadas por hiperglicemia e associadas a complicações, disfunções e insuficiência de vários órgãos, especialmente olhos, rins, nervos, cérebro, coração e vasos sanguíneos.

Sendo assim, compreende-se que a diabetes pode resultar de defeitos de secreção e/ou ação da insulina envolvendo processos patogênicos específicos, por exemplo, destruição das células beta do pâncreas (produtoras de insulina), resistência à ação da insulina, distúrbios da secreção da insulina, entre outros.

Cabe ressaltar que conforme o Ministério da Saúde (2006), os custos diretos para o atendimento ao diabetes variam de 2,5% a 15% dos gastos nacionais em saúde, dependendo da prevalência local de diabetes e da complexidade do tratamento disponível.

O Ministério da Saúde (2006) acrescenta que além dos custos financeiros, a diabetes acarreta também outros custos associados à dor, ansiedade, inconveniência e menor qualidade de vida que afeta doentes e suas famílias. Outro fator destacado pelo Ministério da Saúde (2006) é que a diabetes representa também carga adicional à sociedade, em decorrência da perda de produtividade no trabalho, aposentadoria precoce e mortalidade prematura.

2.2 Tipos de Diabetes

Há dois tipos de diabetes: Diabetes Melito Tipo 1 e Diabetes Melito Tipo 2. No que diz respeito a diabetes Melito Tipo 1, é comum que a diabetes esteja associado ao tipo de doença autoimune, fortemente agregado ao complexo HLA, que pode desenvolver exclusivamente em pessoas que possuem predisposição em expressar moléculas geradoras da resposta imune, denominadas DR3 ou DR4 ou ambas. Sendo assim, há forte ligação na expressão destas moléculas relacionadas ao gene DQB, o qual possui alelos DQB1-0302 e DQB1 0201. Estas moléculas são as responsáveis por predispor uma pessoa ao DMT1 enquanto o alelo DQB1-0602 é eminentemente um gene protetor que atua como modulador (ATKINSON; MACLAREN, 1994, p. 36).

Quanto à Diabetes Melito Tipo 2, Hirata et al (2006) destacam que é uma síndrome considerada heterogênea, que é consequência de deficiência na secreção de insulina pelas células beta do pâncreas e hiperglicemia, responsável pelo aumento das gliconeogênese hepática, referente à resistência à insulina no músculo esquelético. Os autores acrescentam ainda que tem início insidioso, apresentando-se com poucos sintomas e sinais clínicos típicos das anormalidades metabólicas do diabetes.

Outro fator que pode ser associado DM2 está vinculado ao estilo de vida sedentária, alimentação rica em carboidratos e gorduras e o excesso de peso, invariavelmente, contribuem com a resistência à insulina (SILVA, 2006).

Nessa perspectiva, pode-se dizer que esta patologia está frequentemente relacionada à forte predisposição de natureza genética. De acordo com estudos epidemiológicos, 38% dos irmãos e um terço dos filhos de diabéticos tipo 2 têm diabetes ou tolerância à glicose diminuída (TGD), e entre gêmeos monozigóticos é em torno de 70 a 80% (PRADHAN, 2001). Dois fatos importantes na manifestam o DMT2: 1- resistência à insulina e 2- deficiência de secreção de insulina.

2.3 Diagnóstico de Diabetes

O diagnóstico de diabetes é realizado a partir sintomas típicos de poliúria, polidipsia, polifagia e perda de peso (KIRK, 1984; MILNE, 1989). Com o diagnóstico são observados desidratação, catarata, hepatomegalia, vômito, oligúria, depressão e coma. Em gatos, pode ser notada icterícia (MILNE, 1989).

Gross et al. (2008), destacam que o diagnóstico da diabetes baseia-se nas alterações relacionadas à glicose plasmática de jejum ou depois de uma sobrecarga de glicose por via oral. Os autores destacam que a medida da glicohemoglobina que não apresentar acurácia diagnóstica adequada, não deve ser utilizada para fins de diagnóstico de diabetes.

A diabetes é uma patologia que acomete comumente muitas crianças. Dessa forma, Esch et al (2006) evidenciam que a diabetes mellitus tipo 1 (DM1) é considerada a segunda doença crônica mais comum da infância, no entanto o tipo 2 (DM2) vem crescendo devido à obesidade infantil. Os autores acrescentam ainda que

Ao fazer diagnóstico de diabetes em pacientes pediátricos, deve-se assumir se tratar de DM1, a não ser que haja forte indício de outros tipos de diabetes, como DM2, monogênica ou mitocondrial. Pensar em DM2 quando houver:

- História familiar importante de DM2.
- Pacientes obesos (que são cada vez mais comuns, dificultando o diagnóstico).
- Pacientes com sinais de resistência insulínica (acantose nigricans, entre outros).
- Descendentes africanos ou asiáticos.
- Pacientes sem necessidade de insulinoterapia ou necessidade de baixas doses

O teste de sensibilidade à insulina serve para diferenciar o diabetes mellitus de origem pancreática da hiperglicemia resultante da ação dos hormônios adrenocorticais ou adeno-hipofisários.

Para a realização do teste é administrada uma dose teste de insulina no paciente, e com o resultado de produção de insulina insuficiente, a dose teste provocará queda intensa do nível de glicose sanguínea. Cabe destacar que se a hiperglicemia for devida a hormônios adrenocorticais ou adeno-hipofisários a dose teste de insulina produzirá pequeno declínio na glicose sanguínea (GUYTON, 1977).

Calliari e Monte (2008) destacam que quase todos os pacientes são diagnosticados com sintomas sugestivos associados à glicemia ao acaso > 200 mg/dL (11,1 mmol/L). Os autores afirmam que em alguns casos o diagnóstico pode ser realizado a partir de glicemia de jejum $\geq$ 126 mg/dL (7 mmol/L) em duas ocasiões, sendo que o jejum definido demanda a necessidade de 8 horas sem ingestão calórica. Sendo assim, é raro que haja a necessidade de tolerância à glicose oral (TTGo), porém se houver, a dose de glicose a ser oferecida é de 1,75g/kg, máximo de 75 g.

2.4 Tratamento de Diabetes em Crianças

Atualmente a saúde pública prioriza a prevenção do diabetes e de suas complicações, considerando a elevada carga de morbimortalidade associada.

No que tange à atenção básica, ela pode ser efetuada por meio da prevenção de fatores de risco para diabetes como sedentarismo, obesidade e hábitos alimentares não saudáveis; da identificação e tratamento de indivíduos de alto risco para diabetes (prevenção primária); da identificação de casos não diagnosticados de diabetes (prevenção secundária) para tratamento; e intensificação do controle de pacientes já diagnosticados, visam prevenir complicações agudas e crônicas (prevenção terciária).

Considerando que o cuidado integral ao paciente com diabetes e sua família é um desafio para a equipe de saúde, especialmente porque têm o objetivo de ajudar o paciente a modificar os hábitos de viver, e tal modificação estará vinculada à vida de seus familiares e amigos. Aos poucos, o paciente deverá aprender a gerenciar sua vida com diabetes em um processo que tenha como foco a melhoria de qualidade de vida e autonomia. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2006)

Visando a necessidade de compreender melhor o tema abordado, o manual de atenção básica, elaborado pelo ministério da saúde, apresenta recomendações específicas para o cuidado integral do paciente com diabetes para os vários profissionais da equipe de saúde.

De acordo com o Ministério da Saúde (2006), no processo de organização, a equipe deve manter papel de coordenador do cuidado dentro do sistema, assegurar o vínculo entre o paciente e a equipe de saúde e implementar atividades de educação em saúde para efetividade e adesão do paciente e efetividade das ações propostas às intervenções propostas.

Além disso, a equipe deverá reforçar ações governamentais e comunitárias que visam o incentivo à uma cultura que tenha o objetivo de promover estilos de vida saudáveis.

A seguir são apresentadas algumas ações e condutas que devem fazer parte do trabalho dos profissionais da área da saúde, tendo em vista a finalidade de garantir o fortalecimento do vínculo, a garantia da efetividade do cuidado, a adesão aos protocolos e a autonomia do paciente:

- Oferecer cuidado a todos os pacientes, com sensibilidade para aspectos culturais e desejos pessoais, na visão de cuidado integral centrado na pessoa.
- Encorajar relação paciente-equipe colaborativa, com participação ativa do paciente na consulta; criar oportunidades para que o paciente expresse suas dúvidas e preocupações; respeitar o papel central que o paciente tem no seu próprio cuidado, reconhecendo os aspectos familiares, econômicos, sociais e culturais que podem prejudicar ou facilitar o cuidado.
- Assegurar-se de que conteúdos-chave para seu autocuidado tenham sido abordados.
- Avaliar periodicamente o estado psicológico dos pacientes e sua sensação de bem-estar, levando em consideração a carga de portar uma doença crônica, respeitando as crenças e atitudes dos pacientes. Explicitar os objetivos e abordar as implicações de um tratamento longo e continuado.
- Negociar com o paciente um plano individualizado de cuidado, revisando-o periodicamente e mudando-o de acordo com as circunstâncias, condições de saúde e desejos do paciente.
- Discutir e explicar o plano de cuidado do paciente com os seus familiares, com a concordância prévia do paciente.
- Incentivar e promover atividades multidisciplinares de educação em saúde para pacientes e seus familiares, em grupos ou individualmente, levando em consideração aspectos culturais e psicossociais, com ênfase no empoderamento e na autonomia do paciente para seu autocuidado. Lembrar que educar não é só informar.
- Estimular que os pacientes se organizem em grupos de ajuda mútua, como, por exemplo, grupos de caminhada, trocas de receitas, técnicas de autocuidado, entre outros.
- Envolver os pacientes nas discussões sobre planejamento de ações dirigidas ao diabetes na unidade, aumentando a autonomia e o poder dos pacientes sobre suas próprias condições. Não esquecer que o “especialista” em diabetes para cada paciente é o próprio paciente.
- Promover a educação profissional permanente sobre diabetes na equipe de saúde a fim de estimular e qualificar o cuidado.

- Definir dentro da equipe de saúde formas de assegurar a continuidade do cuidado e orientar os pacientes sobre a forma de prestação desse cuidado continuado.
- Agendar as revisões necessárias e fazer a busca ativa dos faltosos. Providenciar, se possível, contato telefônico ou visitas domiciliares por membros da equipe entre as consultas agendadas.
- Possibilitar pronto acesso ao serviço no caso de intercorrências.
- Cadastrar todos os pacientes a fim de favorecer ações de vigilância e busca de faltosos.
- Usar os dados dos cadastros e das consultas de revisão dos pacientes para avaliar a qualidade do cuidado prestado em sua unidade e para planejar ou reformular as ações em saúde (p.ex., proporção de pacientes diabéticos que realizam hemoglobina glicada (A1C) pelo menos 2 vezes/ano.
- Divulgar o conteúdo deste manual entre os outros membros da equipe e entre os pacientes com diabetes que manifestarem interesse. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2006)

Mediante a apresentação destas ações, compreende-se a relevância da formação dos profissionais da saúde tendo em vista a melhoria da qualidade de vida dos pacientes, no intuito de priorizar hábitos saudáveis, considerando a alimentação e prática de esportes.

Em se tratando de diabetes *mellitus* na infância, Piccinin (2002), destaca as repercussões para a criança e seus familiares, pois afirmam que a diabetes *mellitus* requer esforços conjuntos para que os portadores atinjam um bom controle metabólico, para que isso aconteça, os esforços precisam ser da criança ou adolescente diabético, das famílias e dos profissionais de saúde, com a finalidade de minimizar as complicações advindas a longo prazo.

Logo, esses esforços precisam ser direcionados para ajudar a criança ou adolescente a administrar o complexo regime de insulina, dieta e exercícios, a fim de manter os níveis de glicose sanguínea dentro dos limites de normalidade, proporcionando-lhes melhoria na qualidade de vida (PICCININ, 2002).

Pilger e Abreu (2007) destacam que há dificuldade de aceitação na família, pois desde o início dos sintomas ao diagnóstico e tratamento, vivencia-se um momento de crise, que pode ser caracterizado como uma fase em que ocorre a desestruturação e incertezas, uma vez que precisam aprender a lidar com sintomas dessa patologia, procedimentos diagnósticos e terapêuticos, para assim reorganizarem suas vidas

3. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Com base nos estudos realizados, pode-se constatar que as informações sobre diabetes, tais como o conceito, diagnóstico e tratamento em crianças com diabetes contribui para o conhecimento daqueles que se interessam por essa temática, bem como para a compreensão da relevância da assistência aos pacientes acometidos pela referida patologia.

Nesse sentido, em busca do diagnóstico, são solicitados os exames laboratoriais (glicemia de jejum, pesquisa de glicose na urina, testes de tolerância e pesquisa de hemoglobina glicosilada).

Diante do diagnóstico da criança com diabetes, surge a necessidade de cuidados específicos, com vistas a melhoria de qualidade de vida do paciente. Sendo assim, torna-se imprescindível a assistência tanto de um profissional especializado quanto a colaboração da família.

Com esse estudo, constatou-se ainda que a estratégia de prevenção tem como objetivo que as informações sejam repassadas por meio da relação entre o enfermeiro, paciente e também para família. Sendo assim, o esforço do enfermeiro está em mudar a percepção do paciente acometido por diabetes e fazer com que o mesmo tenha consciência e o saber necessário, para que possa atuar como um facilitador do tratamento.

Cabe destacar que o diagnóstico tardio e a ausência de assistência às crianças com diabetes podem acarretar no agravamento dessa patologia. A diabetes pode-se agravar também em pessoas que não realizam as atividades de autocuidado, que inclui atenção com à alimentação adequada, atividade física e o uso adequado dos medicamentos necessários ao tratamento.

Conclui-se ainda, que a falta de informação é um grande problema instaurado na sociedade e que muitas pessoas não buscam as informações necessárias sobre a diabetes, dificultando assim a consciência e os cuidados que se deve ter com a saúde.

4. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ATKINSON, Mark A.; MACLAREN, Noel K. **The pathogenesis of insulin dependent diabetes.** N Engl J Med. England. n. 331, p. 1428-1436, Nov. 1994.

BRASIL. **Ministério da Saúde.** Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diabetes_mellitus.PDF. Acesso em 12 de abril de 2019.

CALLIARI, Luis Eduardo P. e MONTE, Osmar. **Abordagem do Diabetes Melito na Primeira Infância.** Disponível em: [//www.scielo.br/pdf/abem/v52n2/11.pdf](http://www.scielo.br/pdf/abem/v52n2/11.pdf). Acesso em 12 de abril de 2019.

ESCH, Sylvia, CORDEIRO, Lia Aguiar Esch, BATISTA, Gil Simões. **Diabetes mellitus tipo 1 e 2 - diagnóstico e manejo.** Disponível em: [file:///C:/Users/Usu%C3%A1rio/Downloads/v5n3a12%20\(1\).pdf](file:///C:/Users/Usu%C3%A1rio/Downloads/v5n3a12%20(1).pdf). Acesso em 14 de abril de 2019.

GROSS, J. L. SILVEIRO, Sandra P.; CAMARGO, Joíza L.; REICHELT, Angela J.;

AZEVEDO, Mirela J. de. **Diabetes Melito: Diagnóstico, Classificação e Avaliação do Controle Glicêmico.** Arquivos Brasileiro de Endocrinologia e Metabolismo. V.44, n. 6, 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/abem/v46n1/a04v46n1.pdf>. Acesso em 10 de maio de 2019.

GUYTON, A.C. **Tratado de fisiologia médica.** 5. ed. Rio de Janeiro: Interamericana, 1977,1037 p.

HOWE CJ, Ayala J, DUMSER S, BUZBY M, MURPHY K. Parental expectations in the care of their children and adolescents with diabetes. **Journal of pediatric nursing** [internet]. 2012 [cited 2016 Apr 30]; 27(2):119- 26. Disponível em: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0882596310003222>. Acesso em 10 de abril de 2019.

MILNE, E. **Diabetes mellitus.** In Practice, v. 3, n. 11, p. 105-109, 1989.

PICCININ CA. A doença crônica orgânica na infância e as práticas educativas maternas. Est Psicol. 2002;9(3):12-3.

PILGER, Calíope; ABREU, Isabella Schroeder. **DIABETES MELLITUS NA INFÂNCIA: REPERCUSSÕES NO COTIDIANO DA CRIANÇA E DE SUA FAMÍLIA**. Disponível em: <file:///C:/Users/Usu%C3%A1rio/Downloads/10076-31321-1-PB.pdf>. Acesso em 16 de abril de 2019.

SILVA, A. R. V. **Investigação dos fatores de risco para diabetes mellitus tipo 2 em adolescentes escolares de Fortaleza-CE**. Dissertação (Mestrado) – Universidade Federal do Ceará. Faculdade de Farmácia, Odontologia e Enfermagem. 2006.