

CRIANÇAS COM DIABETES: PERCEPÇÕES MATERNAS

CHILDREN WITH DIABETES: MOTHERS PERCEPTIONS

Herica Silva Dutra¹
Lybia Moratório Fernandes Werneck²
Ana Lúcia Gomes³

RESUMO

Objetivo: Estudo qualitativo cujo objetivo foi identificar a percepção de mães em relação à experiência de ter um filho com Diabetes Mellitus. **Método:** Foram entrevistadas oito mães a partir de um roteiro semiestruturado em uma instituição especializada no atendimento a pacientes diabéticos em uma cidade do interior de Minas Gerais. **Resultados:** Emergiram quatro categorias temáticas: a descoberta do Diabetes, mudanças nos hábitos de vida, superproteção e fortalecer para cuidar. **Discussão:** A assistência de enfermagem a crianças com diabetes e suas famílias deve incluir aspectos emocionais e sociais, já que vivenciam limitações diversas e mudanças no estilo de vida. **Conclusão:** O enfermeiro tem papel essencial no suporte à família da criança com Diabetes Mellitus a fim de promover aceitação do diagnóstico, superação das dificuldades e adesão ao plano de cuidados. **Palavras-chave:** Diabetes Mellitus. Mães. Criança. Relações Mãe-Filho. Enfermagem.

ABSTRACT

Objective: Qualitative study aimed to identify mothers perception related to the experience of having a child with Diabetes Mellitus. **Methods:** Eight mothers were interviewed using a semi-structured questionnaire in a specialized institution in diabetic patients caring in a Minas Gerais country city. **Results:** Emerged four thematic categories: the discovery of diabetes, changes in lifestyle, overprotection and strengthen to care. **Nursing care of children with diabetes and their families should include emotional and social aspects, as they experience several limitations and changes in lifestyle. Conclusion:** The nurse plays an essential role in supporting the child's family with Diabetes Mellitus in order to promote diagnosis acceptance, difficulties overcome and care plan adherence. **Keywords:** Diabetes Mellitus. Mothers. Child. Mother-Child Relations. Nursing.

INTRODUÇÃO

O Diabetes *Mellitus* (DM) constitui um grupo heterogêneo de alterações metabólicas cujo traço comum é a hiperglicemia. Sua causa são falhas na ação e/ou na secreção da insulina (SBD, 2015).

Atualmente existem quatro classes clínicas: DM tipo 1 (DM1), DM tipo 2 (DM2), outros tipos de DM e DM gestacional^(1,2).

O DM1 resulta da destruição das células betapancreáticas levando a deficiência de insulina. Esse processo geralmente possui mediação autoimune. A forma idiopática é a apontada nos casos em que não há evidências desse processo. O DM1 é responsável por 5% a 10% dos casos de DM⁽¹⁾.

¹ Enfermeira. Doutoranda em Enfermagem. Professora FACENF-UFJF.

² Enfermeira. Especialista. Prefeitura Municipal de Juiz de Fora.

³ Enfermeira. Prefeitura Municipal de Bicas.

O DM2 acomete 90% a 95% dos indivíduos com DM e resulta de defeito na secreção e na ação da insulina. O DM2 pode ocorrer em qualquer idade, sendo mais frequente o diagnóstico após os 40 anos. No DM2 não há dependência de insulina para sobrevivência, entretanto a insulina pode atuar no tratamento de alguns pacientes a fim de atingir controle metabólico desejável⁽¹⁾.

No ano de 2013 foram estimados 11.933.580 casos de DM entre pessoas de 20 e 79 anos no Brasil ⁽¹⁾. Vale destacar que a prevalência de DM vem aumentando nos últimos anos na população brasileira, inclusive entre indivíduos de até 15 anos de idade ⁽²⁾.

O tipo mais comum de alteração endócrino-metabólica na infância é o DM1. O número de casos tem aumentado consideravelmente, especialmente entre crianças mais jovens. O DM2 em crianças e adolescentes também tem aumentado. A obesidade e a inatividade física têm contribuído para esse quadro. Crianças com DM podem desenvolver complicações precoces na idade adulta, podendo gerar impactos de ordem psicossocial e econômica às famílias e, mais amplamente, à sociedade⁽²⁾.

O tratamento do DM é baseado em controle nutricional, prática de atividades físicas, monitorização dos níveis glicêmicos, e, em alguns casos, tratamento medicamentoso e/ou insulinoterapia⁽¹⁾. A educação no Diabetes é parte essencial no controle e prevenção de complicações em longo prazo⁽³⁾. Portanto, o DM é uma condição crônica de saúde, caracterizada por limitações e modificações no estilo de vida, abrangendo não apenas o portador, mas também sua família.

Muitas crianças ainda não possuem maturidade emocional e cognitiva adequadas ao planejamento e tomada de decisão no que se refere à conduta do regime terapêutico. Assim, o suporte familiar é essencial, bem como da rede social da criança e sua família e da equipe multiprofissional de saúde⁽⁴⁾.

Considerando a estreita relação mãe-filho e o possível impacto em ambos da ocorrência de

doença crônica na infância, foi traçado para este estudo o seguinte objetivo: identificar a percepção de mães em relação à experiência de ter um filho com Diabetes *Mellitus*.

MÉTODO

Trata-se de estudo qualitativo de abordagem exploratória e caráter descritivo. O método qualitativo permite explorar percepções e opiniões, relações, crenças e representações; produtos das interpretações que os sujeitos fazem de suas experiências de vida, sentimentos e pensamentos⁽⁵⁾.

O cenário da pesquisa foi uma instituição filantrópica especializada no atendimento a pacientes diabéticos localizada em uma cidade da Zona da Mata Mineira, que tem como missão orientar e auxiliar pessoas com DM e suas famílias.

Os critérios de inclusão no estudo foram: ser mãe de uma criança com DM na faixa etária de 0 a 12 anos. Não houve qualquer restrição relacionada à idade, renda, religião, raça, tempo de vínculo na instituição ou diagnóstico do DM. A opção pela personalidade materna na interação com o filho com DM ocorreu por acreditar ser frequentemente esta quem mais se empenha no cuidado diário dos filhos, o que a faz sensível à doença e às suas consequências. São as mães que geralmente levam os filhos às consultas médicas e buscam mais conhecimento sobre a doença.

As mães foram convidadas a participar do estudo, sendo explicados os objetivos, método de obtenção dos dados e permitido e esclarecimento de quaisquer dúvidas em relação ao estudo. Àquelas que concordaram em participar, foi solicitada a assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido. As mães foram entrevistadas individualmente em uma sala reservada na instituição, no intuito de fornecer privacidade e tranquilidade para o relato.

O instrumento de coleta de dados foi uma entrevista semi-estruturada, que teve como pergunta norteadora: “como você se sente sendo mãe de uma criança com Diabetes?”. A

duração média das entrevistas foi de 30 minutos. As entrevistas foram gravadas na íntegra e posteriormente transcritas. A inclusão de sujeitos foi feita até o início da repetição dos dados e alcance dos objetivos do estudo. Os dados foram coletados no mês de maio de 2008.

Os dados foram analisados por meio da análise de conteúdo em três etapas: pré-análise (organização dos dados extraídos das entrevistas); exploração dos dados (busca de núcleos de compreensão); e interpretação dos dados (busca de relações entre as experiências relatadas e literatura sobre o tema)⁽⁶⁾.

Respeitando as questões éticas e o anonimato das mães entrevistadas, decidiu-se por identificá-las pela letra E, seguida por um número, que indicou a ordem pela qual foram incluídas na pesquisa. Os dados foram obtidos somente após apreciação ética e aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa em Humanos e Animais da Universidade Salgado de Oliveira (parecer nº 28/2008).

RESULTADO

Durante os depoimentos das mães entrevistadas, ao interrogar sobre sua convivência com o filho com DM, foram identificados sentimentos relacionados ao sofrimento. As entrevistas foram permeadas por expressões com comoção penosa, presença de lágrimas e soluços, voz entrecortada e outros sinais corporais que não deixaram dúvida sobre sua forte carga emotiva.

Oito mães participaram do estudo. Após a transcrição e leitura das entrevistas, foi possível conhecer e identificar as percepções das mães participantes a respeito da vivência diária com o filho com DM. A idade das mães variou entre 31 a 42 anos, com escolaridade entre 4 e 11 anos de instrução formal. As crianças pertenciam às faixas etárias de 3 a 12 anos. A época do diagnóstico variou entre 1 a 11 anos. As entrevistas foram realizadas no período de março a maio de 2008.

A análise das entrevistas permitiu identificar quatro grupos temáticos: a descoberta do Diabetes,

mudanças nos hábitos de vida, superproteção e fortalecer para cuidar.

A descoberta do Diabetes

Os relatos das mães de crianças com DM possibilitaram o entendimento da dimensão do impacto causado pelo diagnóstico da doença em suas vidas. O diagnóstico de diabetes na criança é uma experiência complexa para as mães, permeado de ansiedade e incertezas, por se tratar de uma doença crônica e com possibilidade de complicações. Pode-se identificar este fato nos relatos abaixo:

[...] Foi um susto danado, nem sei como te explicar. Chorei a noite inteirinha, até hoje, às vezes, choro na hora de dormir [...]. (E2)

[...] Diabetes? O que é isso? Já tinha ouvido falar, mas não entendia do assunto. Como é que vai cuidar? Aí a médica me explicou. Foi um choque danado. Nossa mãe! Se não for o evento mais inesquecível da minha vida [...]. (E1)

[...] Quando descobri que o meu filho tava com Diabetes foi horrível, parecia que eu tava sem chão. Entrei em desespero... Primeiro que eu nem sabia que criança tinha Diabetes, pensei que fosse só nos 40 anos... Até achei que o meu filho fosse o primeiro... Não sabia se chorava, se gritava... A médica falava calma mãe, calma [...]. (E3)

[...] Fiquei desesperada... Ainda mais quando o médico me falou que não tem cura e que existe complicações se não cuidar direitinho [...]. (E8)

A aceitação do diagnóstico pode ser bastante demorada e vai depender de fatores diversos como a história de vida de cada indivíduo, sua rede de apoio familiar e social e a disponibilidade de recursos psicológicos, sociais, culturais, econômicos e de saúde aos quais poderá recorrer.

[...] É muito difícil pra mim. Acho que nunca vou me conformar com essa situação [...]. (E2)

[...] A gente vai levando... Mas aceitar que ela tá desse jeito, acho que nunca aceitarei [...] (E1).

Fica evidente que o diagnóstico de Diabetes em um filho é um momento difícil para os familiares, causando impacto emocional significativo, conforme evidenciado na fala das entrevistadas. Conhecer os sentimentos de mães no momento do diagnóstico e seu impacto pode direcionar uma atuação multiprofissional ao núcleo familiar e não somente à criança com DM, tendo em vista a necessidade de apoio e adesão da família para que o tratamento seja adequado às novas demandas da criança.

Mudanças nos hábitos de vida

Uma das mudanças mais marcantes nos hábitos de vida dos familiares e portadores de Diabetes é, sem dúvida, a alimentação, fazendo com que seja necessária a reestruturação do cardápio da criança e, muitas vezes, da família como um todo.

[...] Sempre comemos de tudo. Depois que descobriu o Diabetes, tivemos que parar, né? [...] (E8)

[...] Ele sempre foi doido por doce. Foi difícil explicar pra ele que ele não pode comer mais... Tivemos que mudar muita coisa lá em casa... Agora não pode muito açúcar, muita gordura [...] (E3)

[...] Depois do diagnóstico mudamos e muito a nossa alimentação [...] (E7)

Outra alteração importante é a necessidade de uso de insulina. As mães frequentemente assumem essa atribuição, tornando-se responsáveis por uma tarefa dolorosa junto ao filho. As dificuldades de aceitação da criança a respeito da necessidade da insulinoterapia e os desafios diários da administração são relatados nas falas a seguir.

[...] Tive que aprender a aplicar insulina na minha filha. No começo foi muito difícil pra mim [...] (E1)

[...] Quando é a hora de tomar insulina, ela fica com raiva de mim e custa a me deixar aplicar. Tem dia que ela está totalmente rebelde e fala que vai parar de tomar insulina. É muito difícil... E o Diabetes dela nem está controlado [...] (E4)

O ambiente escolar pode ser um complicador, devido a convivência com outras crianças que, muitas vezes, desconhecem as restrições do DM e acabam influenciando a criança pela exposição a alimentos inadequados à sua condição de saúde. Além disso, o comportamento alimentar diferenciado da criança com DM passa a ser notado e, algumas vezes, questionado/criticado por outras crianças. Percebe-se tal situação no relato a seguir:

[...] Na escola, as meninas dão bala e doce pra ela. Ela sabe que não pode comer e come... Ai passa mal, tem que ir pro hospital. Ela não aprende de jeito nenhum [...] (E4)

[...] O meu filho fala que na escola tem gente que fica rindo dele por causa do Diabetes. Já faz duas semanas que ele não vai na escola por causa disso. Ele falou que os meninos fica mexendo com ele porque ele não pode comer as coisas da cantina. Ai ele não quer ir mais. Tô até pensando em mudar ele de escola [...] (E6)

Assim como na escola, a criança e a família podem vivenciar dificuldades de readaptação a outros ambientes sociais, especialmente aqueles em que o alimento é considerado parte essencial na interação entre os sujeitos, como demonstrado nas falas abaixo:

[...] Nas festas a gente não pode ir mais... Meu filho é louco por doces [...] (E7)

[...] Outro dia teve até uma festinha e eu não queria ir por causa dele... Eu não gosto muito de levar ele nesses lugares porque, às vezes, ele fica querendo comer e não pode [...] (E3)

A situação financeira da família também pode ser abalada em decorrência da necessidade de cuidado da criança exigindo que um dos pais

permaneça mais tempo com ela ou até mesmo abandone o trabalho. Isso fica evidenciado nas falas a seguir:

[...] Eu tive até que parar de trabalhar. Não podia deixar ele sozinho em casa. Agora só o meu marido trabalha... A renda familiar diminuiu [...] (E5)

O Diabetes exige cuidados especiais, fazendo com que a rotina diária sofra modificações, sendo necessário reestruturar valores, alterar papéis e hábitos de vida. Muitas vezes a mãe assume o papel de principal cuidadora da criança com DM, o que pode impactar diretamente na rotina e organização domésticas.

Superproteção

Ter um filho com uma doença crônica que pode apresentar complicações agudas inesperadas faz com que as mães se sintam inseguras com situações de separação, mesmo aquelas de curta duração. Durante as entrevistas, foi possível observar que muitas mães, mesmo sem intenção, utilizam a superproteção para evitar possíveis riscos ao seu filho.

[...] Eu não deixo ela sozinha de jeito nenhum! [...] (E1)

[...] O meu filho fala que eu pego no pé dele demais por causa do Diabetes. Mas acho que não pego não. Não permito que ele saia sozinho porque o Diabetes pode cair, né? Tenho muito medo [...] (E3)

[...] Onde ele for eu vou atrás, e quando ele vai pra casa dos colegas e eu não posso ir, fico ligando pra lá pra perguntar se está tudo bem. Ele fica um pouco irritado, mas faço pro bem dele [...] (E6)

Compreende-se que as mães, frequentemente, percebem o filho com DM como mais frágil e, portanto, merecedor de cuidados diferenciados e passível de experimentar restrições de atividades cotidianas em seu próprio benefício.

Aponta-se para a necessidade de suporte da equipe de enfermagem e multidisciplinar à criança e sua família, a fim de que se sintam seguros diante de situações comuns da vida diária e saibam agir adequadamente em caso de alterações.

Fortalecer para cuidar

A família da criança com DM vivencia sentimentos variados perante a doença da criança, a necessidade de mudança nos hábitos e rotinas diárias, a inclusão de medicamentos e a necessidade de vigilância ininterrupta. A busca de informações é um dos caminhos encontrados pelas famílias no enfrentamento ao diabetes na criança. Pode-se observar esse fato nos seguintes depoimentos:

[...] Tento aprender um pouco sobre o Diabetes. Eu sempre levo ele nas consultas pra vê se eu aprendo mais coisas com a médica... Quero aprender tudo sobre Diabetes [...] (E3)

[...] Minha alternativa pra não sofrer tanto foi saber mais sobre o Diabetes, perguntar pra umas colegas minhas que passam pela mesma situação [...] (E2)

[...] Leio muito sobre o Diabetes, porque aí eu explico pra ela e aprendo também pra cuidar [...] (E8)

[...] Procuramos nos informar, procurar sobre a doença, ler, ouvir o que os médicos dizem, aí a gente vai se acalmando [...] (E7)

Outras formas de fortalecimento observadas durante os relatos foram o ato de se conformar com a situação vivida, manter a esperança de cura e recorrer à religião, suporte social e emocional ao problema vivenciado com a doença do filho.

[...] Rezo muito pra descobrirem logo a cura [...] (E8)

[...] Procuro entender a situação para eu ter forças para cuidar dela... Vou orientando ela, procuro ensinar [...] (E1)

[...] Deus é que me dá forças pra viver e sei que Deus colocou esses problemas na minha

vida porque quer que eu aprenda com eles, né? Isso me fortalece muito [...] (E6)

As diferentes formas de enfrentamento utilizadas pela família vão construindo um arcabouço capaz de sustentar o núcleo familiar e permitir aceitação e resiliência diante da doença crônica na criança. Os enfermeiros devem ser capazes de reconhecer esses mecanismos e direcionar as ações de enfermagem para que resultados cada vez mais positivos possam ser observados para a criança e para sua família.

DISCUSSÃO

Tratar a doença crônica envolve mais que controlar os problemas biológicos. Problemas socioemocionais também devem ser considerados, visto que a convivência prolongada com sintomas e limitações pode interferir na identidade e estilo de vida de crianças e suas famílias.

O diagnóstico de DM é um momento sensível para toda a família, permeado por sentimentos de preocupação, indignação, medo e incerteza^(7, 8). A partir dos primeiros sintomas até a definição do diagnóstico, a família atravessa um período de crise permeado por desestruturação ao ver-se diante da necessidade de aprender a conviver com os sintomas e com o tratamento^(3, 8).

Quando a doença crônica ocorre na criança, nesse caso o DM, podem ocorrer situações que representam obstáculos ao desenvolvimento “normal”, já que são impostas limitações diversas e mudanças no estilo de vida da criança e de sua família. Assim, é essencial que a família compreenda os mecanismos da doença para conviver e se envolver nos cuidados diários⁽⁷⁻¹⁰⁾ necessários à manutenção da saúde da criança e prevenção de complicações, transformando o desafio em superação e aceitação.

O conhecimento dos familiares a respeito do DM determina a forma como irão auxiliar no tratamento e no manejo da rotina familiar, desencadeando reações positivas ou negativas diante da doença e de seus cuidados^(11, 12).

O enfermeiro deve atuar como educador, proporcionando à criança e aos familiares informações relevantes e precisas^(10, 13). Ao saber a possibilidade de progressão, debilidade ou morte causada pela doença, os membros da família se mobilizam e até modificam os próprios hábitos de vida em favor da saúde da criança com DM⁽¹¹⁾. Dessa forma, a família instrumentalizada contribui na realização dos cuidados à criança e para a condução do plano terapêutico no domicílio.

Os membros da família modificam sua rotina diária, voltando-se para um ponto em comum: a criança portadora do Diabetes. Os familiares precisam se adaptar aos novos hábitos de vida, sendo a mudança alimentar referida como a de maior impacto. A criança depende de um adulto para o preparo de suas refeições, implicando em responsabilidade direta deste na seleção de alimentos nutricionalmente equilibrados às necessidades de crescimento e desenvolvimento da criança e ao mesmo tempo adequados às restrições impostas pelo DM^(7, 10, 11, 14).

A insulinoterapia também é uma alteração essencial e marcante na vida familiar, pois a administração de insulina no filho causa sofrimento nos pais por “ferir” o filho. Todos os membros da família são envolvidos nesse cuidado pois não podem nunca o esquecer, além de promover restrições associadas à regularidade e disciplina^(9, 14). A dificuldade em administrar insulina nos horários adequados devido a relutância da criança é um problema vivenciado pelas famílias de crianças com DM, o que causa dificuldades na realização do tratamento^(7, 11).

As dificuldades escolares e sociais podem existir^(4, 9, 15) em decorrência das modificações impostas na rotina alimentar e pelos cuidados exigidos no DM, que fazem a criança sentir-se diferente dos amigos. A interação da criança com amigos na escola, domicílios ou áreas de lazer interfere no manejo do DM, sendo um desafio importante ao profissional de enfermagem compreender essas interações a fim de intervir de forma a assegurar um cuidado de

qualidade^(4,7) e promover a qualidade de vida da criança com DM.

O custo do tratamento do DM é elevado e pode representar um impacto financeiro significativo para muitas famílias^(7, 8, 10, 11). Muitas vezes um dos pais precisa estar disponível em tempo integral para cuidar do filho⁽⁷⁾, para isso abandonando emprego e atividades pessoais, justamente no momento em que a família tem um aumento das despesas. Geralmente é a mãe quem deixa de desenvolver suas atividades fora do lar e se volta inteiramente para o cuidado da criança com Diabetes^(3, 8).

Também é importante destacar o comprometimento social vivenciado na participação em festas, eventos, restaurantes e outros locais onde é possível a exposição a alimentos que não podem mais ser ingeridos^(7, 8). Com isso, o filho também é proibido de sair sozinho, pois os pais temem constantemente a ocorrência de uma complicação aguda⁽¹⁴⁾.

Após o reconhecimento de uma situação crônica em seu filho, os pais tentam conhecer mais a respeito da doença e manter-se atualizados sobre ela, seja através de leitura, seja pelo diálogo com profissionais de saúde ou pessoas próximas que já passaram ou passam por situação semelhante⁽¹¹⁾. É responsabilidade dos profissionais de saúde oferecer oportunidades de aprendizagem, divulgando, por meio de diferentes veículos, informações sobre as opções alimentares, os cuidados rotineiros e os cuidados durante intercorrências. Tais informações podem promover atitudes positivas na criança, seus familiares, amigos e professores, auxiliando no manejo adequado do DM⁽⁴⁾. Estes recursos contribuem para que a família se fortaleça para obter equilíbrio emocional, na tentativa de cuidar do filho.

A falta de conhecimento sobre a condição de saúde de um membro da família pode levar a atitudes inadequadas e hábitos nocivos, pois desconhecendo possíveis complicações, os indivíduos não se preocupam com a prevenção das mesmas.

O conhecimento dos envolvidos e a interação entre a criança e seus amigos

interferem no manejo da doença. Compreender as repercussões dessas interações contribui para o oferecimento de cuidado de enfermagem de qualidade a esse grupo⁽⁴⁾. A prática educativa e o apoio emocional proporcionado pelo enfermeiro e pela equipe multidisciplinar têm papel indiscutível na mudança de comportamento e adesão ao tratamento⁽¹²⁾. As atividades desenvolvidas pelo profissional de enfermagem são reconhecidas e valorizadas pelos familiares das crianças com DM⁽¹⁰⁾.

Impedir a criança de vivenciar situações típicas da infância por temer complicações é um fato que pode ser observado com alguma frequência entre pais de crianças com DM^(4, 8). A superproteção pode interferir na autonomia da criança e, conseqüentemente, no seu desenvolvimento, pois a privação de experiências comuns da infância pode impedir que a criança se prepare para a dinâmica física e social necessária à fase adulta. Cabe ao enfermeiro discutir com a família a importância da promoção progressiva de autonomia à criança em relação aos cuidados consigo mesma e à tomada de decisão sobre sua própria saúde.

O cuidado ao portador do DM, principalmente quando se trata de criança, causa um desgaste muito grande, podendo provocar um estresse significativo nos familiares. Em contrapartida, a aquisição de conhecimento a respeito da doença crônica faz com que a família se sinta mais otimista e segura nos cuidados oferecidos ao filho, sendo um dos fatores determinantes para o sucesso no controle metabólico. Os familiares auxiliam como fonte de amparo quando a criança se sente impotente frente aos obstáculos impostos pela doença^(9, 11).

Nesse sentido, cabe comentar a necessidade de desenvolver uma comunicação efetiva com os interlocutores considerando seus antecedentes, visão de mundo e expectativas. Ao estabelecer como ponto de partida as experiências prévias das crianças e suas famílias, o enfermeiro contribui para uma maior aproximação com a equipe multiprofissional, maior credibilidade e adesão

em relação ao tratamento proposto, bem como a modificação de hábitos cotidianos⁽¹⁶⁾.

CONCLUSÃO

As repercussões causadas após o diagnóstico de DM na criança demonstram um grande impacto de ordem econômica, psíquica e social. Os relatos demonstraram que a mãe, por ser a personagem essencial nos cuidados diários, sensibiliza-se diante das limitações impostas à criança, ocasionando uma mudança nos hábitos de vida, tendo como principal foco o auxílio à criança e o controle metabólico do Diabetes.

As mães se envolvem completamente na situação de doença do filho, permitindo inferir que elas experienciam sentimentos de tristeza, incertezas, angústia e preocupação que revelaram uma vivência árdua e repleta de obstáculos.

Tratando-se das modificações na rotina diária devido à doença do filho, a dieta alimentar foi a mais significativa, bem como as mudanças nas relações sociais, fazendo com que a criança e sua família deixem de realizar atividades que executavam antes do diagnóstico.

Frente às dificuldades cotidianas que o Diabetes impõe, a mãe, no intuito de obter forças para cuidar do filho e superar o abalo emocional, recorre à busca de informações junto aos profissionais de saúde e procura auxílio com pessoas conhecidas que passam ou passaram por situação semelhante. Outra forma de fortalecimento para cuidar do filho com Diabetes é a fé divina, demonstrada através da esperança expressa em orações a Deus.

Acredita-se que a assistência da Enfermagem, juntamente com os demais profissionais da saúde, permite a construção de uma rede de apoio, fornecendo informações sobre a doença, auxílio adequado ao tratamento e prevenção de complicações em longo prazo. Além disso, os profissionais devem direcionar o olhar para a personalidade materna, pois esta sofre juntamente com o filho portador do Diabetes, alterando o emocional e o convívio social da mãe.

REFERÊNCIAS

1. Sociedade Brasileira de Diabetes. Diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes: 2014-2015. São Paulo: AC Farmacêutica; 2015.
2. International Diabetes Federation. IDF Diabetes Atlas. Belgium: IDF; 2013.
3. Pilger C, Abreu IS. Diabetes mellitus na infância: repercussões no cotidiano da criança e de sua família. *Cogitare Enfermagem*. 2007;12(4).
4. Sparapani VC, Borges ALV, Dantas IRO, Pan R, Nascimento LC. A criança com Diabetes Mellitus Tipo 1 e seus amigos: A influencia dessa interação no manejo da doença. *Rev. Latino-am Enferm*. 2012;20(1):117-25.
5. Minayo MCS. O desafio do conhecimento. Pesquisa qualitativa em saúde. 7ª ed. São Paulo (SP): HUCITEC, 2010.
6. Bardin L. Análise de Conteúdo. 6ª ed. São Paulo: Edições 70; 2011.
7. Leal DT, Fialho FA, Dias IMAV, Nascimento L, Arruda WC. A vivência dos familiares de crianças e adolescentes portadores de diabetes mellitus tipo 1. *Revista Eletrônica de Enfermagem*. 2012;14(1):189-96.
8. Martins EMCS, Ataíde MBC, Silva DMA, Frota MA. Vivência de mães no cuidado à criança diabética tipo 1. *Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste-Rev Rene*. 2013;14(1):42-49.
9. Fialho FA, Dias IMAV, Nascimento L, Motta PN, Pereira SG. Crianças e adolescentes com diabetes mellitus: cuidados/implicações para a enfermagem. *Revista Baiana de Enfermagem*. 2012;25(2):33-40.
10. Rubin O, Azzolin K, Muller S. Adesão ao tratamento de diabetes mellitus tipo 1 atendidos em um programa especializado em Porto Alegre. *Medicina (Ribeirao Preto Online)*. 2011;44(4):367-76.
11. Oliveira APL, Sarmiento SS, Mistura C, Jacobi CS, Girardon-Perlini NMO, Carvalho MOS,

- et al. Experiência de familiares no cuidado a adolescentes com diabetes mellitus tipo 1. *Revista de Enfermagem da UFSM*. 2013;3(1):133-43.
12. Nascimento LC, Amaral MJ, Sparapani VC, Fonseca LMM, Nunes MDR, Dupas G. Diabetes mellitus tipo 1: evidências da literatura para seu manejo adequado, na perspectiva de crianças. *RevEscEnferm USP*. 2011;45(3):764-9.
 13. Pennafort VPS, Silva ANS, Queiroz MVO. Percepções de enfermeiras acerca da prática educativa no cuidado hospitalar a crianças com diabetes. *Revista Gaúcha de Enfermagem*. 2014;35(3):130-6.
 14. Nunes MDR, Dupas G, Ferreira NMLA. Diabetes na infância/adolescência: conhecendo a dinâmica familiar. *Revista Eletrônica de Enfermagem*. 2009;14(3):947-960.
 15. Izzo PM, Vieira RLD, Novello D, Saldon PC, d'Agostini L. Diabetes Mellitus: experiência de crianças e adolescentes em relação à sua alimentação no ambiente escolar. *Revista da Universidade Vale do Rio Verde*. 2013;11(2):156-70.
 16. Sparapani VC, Nascimento LC. Recursos pedagógicos para educação de crianças com Diabetes Mellitus Tipo 1. *Saúde & Transformação Social/Health & Social Change*. 2010;1(1):1.