



CUIDADO À CRIANÇA E AO ADOLESCENTE COM DIABETES MELLITUS TIPO 1

CARE FOR CHILDREN AND ADOLESCENTS WITH DIABETES MELLITUS TYPE 1

CUIDADO AL NIÑO Y AL ADOLESCENTE CON DIABETES MELLITUS TIPO 1

Camila Magroski Goulart Nobre¹, Aline Rodrigues Costa², Alex Sandra Minasi³, Silvana Medeiros Possani⁴, Marina Soares Mota⁵, Giovana Calcagno Gomes⁶

RESUMO

Objetivo: conhecer as estratégias utilizadas pela família para o cuidado à criança e ao adolescente com Diabetes Mellitus tipo 1. **Método:** trata-se de um estudo qualitativo, exploratório e descritivo desenvolvido com 12 familiares cuidadores. Coletaram-se os dados por meio de entrevistas semiestruturadas submetendo-os à técnica de Análise de Conteúdo. **Resultados:** relaciona-se a principal estratégia utilizada pela família para o cuidado à adaptação alimentar da criança e do adolescente; propicia-se a convivência da criança e do adolescente com outros que tenham diabetes; procuram-se outras famílias com filhos com a mesma condição para se realizar a troca de experiência acerca do cuidado. Consideram-se, também, outras estratégias a possibilidade da adaptação da família ao cuidado à criança e ao adolescente e o fato dos próprios adolescentes realizarem seu autocuidado. **Conclusão:** conclui-se como importante o papel educativo do enfermeiro junto às famílias no sentido de auxiliá-las no desenvolvimento de estratégias efetivas de cuidado à criança e ao adolescente com diabetes. **Descritores:** Diabetes Mellitus; Criança; Adolescente; Família; Qualidade de Vida; Enfermagem.

ABSTRACT

Objective: to learn about the strategies used by the family for the care of children and adolescents with Type 1 Diabetes Mellitus. **Method:** this is a qualitative, exploratory and descriptive study developed with 12 family caregivers. The data was collected through semi-structured interviews, subjecting them to the Content Analysis technique. **Results:** it is related to the main strategy used by the family to care for food adaptation of the child and the adolescent; children and adolescents are encouraged to coexist with others who have diabetes; other families with children with the same condition are sought for the exchange of experience about care. Other strategies are also considered the possibility of family adaptation to care for the child and adolescent and the fact that the adolescents themselves perform their self-care. **Conclusion:** the educational role of nurses in families is important in helping them to develop effective strategies for the care of children and adolescents with diabetes. **Descriptors:** Diabetes Mellitus; Child; Adolescent; Family; Quality of life; Nursing.

RESUMEN

Objetivo: conocer las estrategias utilizadas por la familia para el cuidado al niño y al adolescente con Diabetes Mellitus tipo 1. **Método:** se trata de un estudio cualitativo, exploratorio y descriptivo desarrollado con 12 familiares cuidadores. Se recogen los datos por medio de entrevistas semiestruturadas sometiendo los a la técnica de Análisis de Contenido. **Resultados:** se relaciona la principal estrategia utilizada por la familia para el cuidado a la adaptación alimentaria del niño y del adolescente; se propicia la convivencia del niño y del adolescente con otros que tengan diabetes; se buscan otras familias con hijos con la misma condición para realizar el intercambio de experiencia acerca del cuidado. Se considera, también, otras estrategias la posibilidad de la adaptación de la familia al cuidado al niño y al adolescente y el hecho de los propios adolescentes realizar su autocuidado. **Conclusión:** se concluye como importante el papel educativo del enfermero junto a las familias en el sentido de auxiliarlas en el desarrollo de estrategias efectivas de cuidado al niño y al adolescente con diabetes. **Descritores:** Diabetes Mellitus; Niño; Adolescente; Familia; Calidad de Vida; Enfermería.

¹Mestre, Universidade Federal do Rio Grande/FURG. Rio Grande (RS), Brasil. E-mail: kamy_magroski@yahoo.com.br ORCID iD: <https://orcid.org/0000-0002-0163-1352>; ^{2,4}Enfermeira, Universidade Federal do Rio Grande/FURG. Rio Grande (RS), Brasil. E-mail: aline.rodrigues.costa@hotmail.com ORCID iD: <https://orcid.org/0000-0001-5265-2754>; E-mail: silpossani@hotmail.com ORCID iD: <https://orcid.org/0000-0003-4053-8545>; ³Acadêmica de Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande/FURG. Rio Grande (RS), Brasil. E-mail: alexandra@furg.br ORCID iD: <https://orcid.org/0000-0003-4196-5469>; ^{5,6}Doutora, Universidade Federal do Rio Grande/FURG. Rio Grande (RS), Brasil. E-mail: marinamota@furg.br ORCID iD: <https://orcid.org/0000-0002-5717-9406>; E-mail: giovanacalcagno@furg.br ORCID iD: <https://orcid.org/0000-0002-2464-1537>

INTRODUÇÃO

Configura-se o Diabetes Mellitus (DM) como uma doença de alta prevalência na infância e que tem emergido em proporções epidêmicas nos últimos anos. Apresenta-se grande impacto econômico e social para as famílias das pessoas que têm essa doença.¹ Estima-se, no Brasil, a incidência de 7,6 por 100 mil indivíduos menores de 15 anos, o que corresponde a 30.900 crianças e adolescentes diagnosticados.¹⁻²

Compromete-se, pelo diagnóstico do DM tipo 1 (DM1), a vida das crianças e adolescentes, pois é uma situação inesperada e geradora de mudanças repentinas na vida dos mesmos e das pessoas que estão ao seu redor devido às alterações na rotina e aos procedimentos necessários para o tratamento adequado da doença.³ Torna-se importante que a família compreenda os mecanismos da doença para conviver e se envolver nos cuidados diários necessários à manutenção da saúde e à prevenção de complicações transformando-se o desafio em superação e aceitação.⁴

Alerta-se que o sofrimento causado pelo adoecimento não repercute somente na vida da pessoa que o vivencia, mas, também, na vida daqueles que diretamente se envolvem, cuidam e são afligidos pelo sofrimento do outro.⁵ Ampliam-se, contudo, as interações entre os profissionais de saúde, a família e outras entidades cuidadoras e apoiadoras da unidade criança/adolescente-família.⁶

Constata-se que o DM1 interfere não só na vida da criança e do adolescente, mas, também, na do grupo familiar e social, impondo profundas modificações na sua rotina. Resulta-se disso uma diversidade de sentimentos como raiva, dor e isolamento devido à natureza complexa da doença e ao confronto com a necessidade de uma nova vida.⁷ Infere-se que uma reação comum das famílias frente à doença, devido à preocupação com a situação clínica da criança ou do adolescente, é a necessidade de realizar uma maior vigilância e supervisão da(o) mesma(o).⁸

Podem-se buscar estratégias, nesse contexto de cuidados e compromissos com a saúde infantil, pelo enfermeiro, para a promoção da convivência familiar e social reforçando-se fontes de apoio que favoreçam o bem-estar da unidade criança/adolescente-família. Salienta-se que o enfermeiro deve estar aberto a ouvir e a se comunicar de forma sensível com a família cuidadora, frente à condição crônica do DM1, no sentido de conhecer e compreender suas múltiplas

vivências, bem como dificuldades, conflitos, uniões, relações, interações e retroações, para que, dessa forma, possa caracterizar-se como unidade efetiva de cuidado abordando-a em sua multidimensionalidade. Podem-se fortalecer vínculos, produzir e manter canais de comunicação abertos importantes para o gerenciamento do cuidado pelo envolvimento da família e pelas relações existentes no sistema familiar.⁹

Desperta-se a necessidade, nos familiares, mediante todas essas questões, de aprender a lidar com sentimentos, sintomas e procedimentos terapêuticos desconhecidos até então, além de terem que aprender também a realizar o controle terapêutico da doença.¹⁰

OBJETIVO

- Conhecer as estratégias utilizadas pela família para o cuidado à criança e ao adolescente com Diabetes Mellitus tipo 1.

MÉTODO

Trata-se de estudo qualitativo, exploratório e descritivo, em um Hospital Universitário no Sul do Brasil, no ambiente do Centro Integrado de Diabetes (CID). Explica-se que o CID é um serviço que iniciou suas atividades em 1999 e se apresenta como referência no atendimento a adultos, crianças e adolescentes com DM. Desenvolvem-se as seguintes ações, junto à Secretaria Municipal de Saúde, visando à integração dos diferentes níveis de atenção à saúde das pessoas com DM: diagnósticas, terapêuticas e educativas.

Compôs-se a amostra deste estudo por doze familiares de crianças seis e adolescentes seis com Diabetes Mellitus tipo 1 que se consultavam no CID. Elencaram-se os seguintes critérios de inclusão para este estudo: ser o principal familiar cuidador da criança ou do adolescente com DM1, acompanhá-lo (la) durante a consulta e lhe prestar cuidados diretos. Acrescenta-se, além disso, que a criança deveria ter cinco anos de idade ou mais e o adolescente, até dezoito anos incompletos. Excluíram-se do estudo os familiares cuidadores que, no momento da coleta dos dados, não estavam acompanhando a criança na consulta. Assinou-se, depois da orientação acerca dos objetivos e metodologia do estudo, o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido pelos participantes.

Coletaram-se os dados no segundo semestre de 2017, por meio de entrevistas semiestruturadas únicas com cada participante, de forma a obter-se a melhor compreensão da realidade relativa ao

Nobre CMG, Costa AR, Minasi AS et al.

fenômeno em estudo. Contataram-se os familiares para apresentar a pesquisa e para convidá-los a participar voluntariamente do estudo, agendando-se o dia da coleta de dados e questionando-os acerca de sua vivência no cuidado à criança/adolescente com DM1 e as estratégias utilizadas para o cuidado.

Analisaram-se e interpretaram-se os dados seguindo-se a técnica de Análise de Conteúdo.¹¹ Informa-se que a primeira etapa da Análise de Conteúdo é a pró-análise, na qual ocorreu a organização do material, ou seja, realizou-se uma leitura rápida das entrevistas buscando-se visualizar as particularidades de cada sujeito que contribuiu para a elaboração das ideias iniciais. Consistiu-se a fase de exploração do material na execução da codificação das entrevistas com números, letras, ou ambos, de forma que os recortes que interessaram à pesquisa se agruparam em núcleos de sentido semelhantes que deram origem aos temas ou às categorias. Realizaram-se, na etapa de tratamento dos resultados, a análise e a discussão das falas retiradas das entrevistas dos participantes baseando-se em referencial teórico e na sensibilidade e experiência adquiridas na trajetória da pesquisa.

Respeitou-se a Resolução 466/12, que rege as pesquisas envolvendo seres humanos. Submeteu-se esta proposta de pesquisa ao Comitê de Ética em Pesquisa na Área da Saúde - CEPAS da FURG aprovando-a com o parecer nº 114/2017. Identificaram-se os participantes e suas falas com a letra F seguida do número da entrevista.

RESULTADOS

Apresentam-se, a seguir, a caracterização dos participantes do estudo e as categorias formadas a partir da análise dos dados.

♦ Caracterização das crianças e adolescentes participantes do estudo

Levantaram-se, para participar do estudo, 12 crianças e adolescentes com DM1 atendidos no CID no período da coleta de dados. Detectou-se, quanto ao sexo, que seis eram do sexo masculino e os outros seis eram do sexo feminino e suas idades variaram entre sete e 18 anos, sendo a média das idades 12 anos. Apresentavam-se, como tempo de diagnóstico, oito meses a 14 anos, sendo quatro anos o período mais relatado como tempo de diagnóstico. Aponta-se que nove crianças e adolescentes tinham irmãos e, quanto ao grau de escolaridade, três possuíam o ensino médio incompleto, sete possuíam o

Cuidado à criança e ao adolescente com diabetes...

ensino fundamental incompleto e dois tinham o ensino superior incompleto.

Averiguou-se, quanto ao número de hospitalizações, que seis crianças e adolescentes relataram, apenas, uma única internação, três crianças e adolescentes relataram várias hospitalizações, não sabendo precisar quantas, e as outras três relataram que não tiveram nenhuma hospitalização, sendo todas as internações ocorridas por motivo de descompensação da glicose; nenhuma dessas crianças e adolescentes frequentava grupos de autoajuda e todos os participantes relataram, como medicamentos de uso contínuo, apenas a insulina.

♦ Caracterização dos familiares cuidadores participantes do estudo

Elencaram-se, para participar do estudo, 12 familiares cuidadores de crianças e adolescentes com DM1 atendidos no CID, no período de coleta de dados, e, quanto ao sexo, todos eram do sexo feminino, sendo 11 mães e uma avó. Variaram-se as idades entre 26 e 74 anos, sendo a média de 41 anos e, quanto ao local de moradia, 11 familiares residiam no município em que o CID está localizado e apenas um, em outra na cidade. Declarou-se, por seis familiares, uma renda de dois salários mínimos, dois familiares narraram um salário mínimo, outros dois familiares relataram, respectivamente, três e quatro salários mínimos, um não soube precisar e, por fim, um familiar cuidador relatou como renda o valor de R\$ 163,00 referente ao Bolsa Família, sendo que quatro pessoas, em média, vivem com essa renda.

Apresentou-se, quanto ao grau de instrução, o ensino médio completo por cinco familiares; quatro, o ensino médio incompleto e três referiram, respectivamente, ensino fundamental incompleto, ensino fundamental completo e ensino superior completo. Revela-se que, quanto à profissão, sete eram do lar; uma, doméstica; uma, babá; uma, comerciante; uma, bibliotecária e uma, vigilante. Detalha-se, quanto aos grupos de autoajuda, que 11 não os frequentavam e apenas uma relatou participar de grupos de autoajuda no *Facebook* e, quanto ao serviço de saúde mais frequentado, sete familiares relataram procurar a Unidade Básica de Saúde mais próxima, enquanto cinco relataram procurar, principalmente, o CID.

♦ Categorias geradas a partir da análise dos dados: Adaptação da dieta

♦ Adaptação da dieta

Salienta-se que uma das principais estratégias de cuidado familiar diz respeito à adaptação da alimentação da criança e do

Nobre CMG, Costa AR, Minasi AS et al.

adolescente, pois se procura manter uma alimentação saudável.

Alimentação, tento manter o mais saudável possível, mas nem sempre consigo. (P7)

Eliminam-se os doces da dieta e utilizam-se mais alimentos integrais.

Agora, nem tanto, quando era menor, sim. Parei de fazer doces, sobremesas. (P11)

A única coisa que muda para ele é o arroz, gosto de dar arroz integral, sempre faço lentilha, mas, para o resto, é normal. A única coisa que é diferente. Então, se eu comprar biscoito integral, todo mundo come. Eu não quero que ele pense que só ele tem que comer comida integral. (P10)

Compro tudo sem açúcar, limite bastante. Compro aqueles tijolinhos sem açúcar, sabe? Tenho cuidado especial com a quantidade. (P1)

Controla-se o horário da alimentação para evitar alterações da glicemia.

Eu tento manter alimentação no horário. Cuido muito dele, mas, às vezes, ele está meio rebelde. (P5)

Ele tem que comer de três em três horas, mas eu já observei que a rápida dele é de duas em duas horas, sempre, no intervalo, eu dou uma fruta para glicose não baixar. (P7)

Geralmente, eu cuido os horários, ela não passa muito tempo sem comer. Ela come pão integral. Essas coisas cuido bastante. (P6)

Cuida-se para que a criança sempre tenha um lanche na bolsa.

Sempre trago alguma coisa para comer na bolsa quando saio com ele. Estou sempre observando para ver se não está com algum sintoma diferente. (P9)

Adere-se à mesma comida da criança, em algumas situações, por toda a família, como forma de incentivo e exemplo.

Todo mundo acabou se adaptando à alimentação dela e, no fim, foi bom. (P8)

Toda família mudou, estamos tentando entrar no clima da nossa filha, comendo melhor. (P2)

Tento conversar com todo mundo lá em casa sobre alimentação. Tentamos comer as mesmas coisas que ela, apesar de ela ser adolescente, tento fazer o máximo para a gente dar exemplo. (P4)

Almoço e janta todo mundo acaba comendo a mesma coisa. Estamos aprendendo a mudar, também, pelo nosso filho. (P9)

Diferencia-se totalmente, em outras situações, a alimentação da criança como forma de garantir a sua necessidade alimentar específica.

Comida diferente dos irmãos, digo, os lanches. (P9)

Cuidado à criança e ao adolescente com diabetes...

◆ Propiciar a convivência da criança e do adolescente com outros que tenham Diabetes

Apontou-se a importância da convivência da criança e do adolescente com outras que tenham DM.

Acho que ele deveria ter mais contato com outras crianças diabéticas. (P7)

◆ Trocar experiências com outras famílias com filhos com DM1

Procuram-se outras famílias com filhos com a mesma condição para realizar a troca de experiência acerca do cuidado.

Até pensei em procurar outras mães com filhos diabéticos, mas eu sou muito comunicativa e deixo ele também ser. Tem pai e mãe que não são como eu. (P7)

◆ Realização do autocuidado pelo próprio adolescente

Apresentavam-se os próprios adolescentes capazes de realizar seu autocuidado.

Na verdade, ela mesmo me ajuda, né? Como ela já está com 18 anos, tirando os períodos de rebeldia, ela mesmo já está se acostumando a se cuidar. Quando ela era pequena, só eu mesmo. (P10)

Com dez anos, a minha filha aprendeu e aplica insulina sozinha. (P6)

DISCUSSÃO

Necessita-se a família, frente ao diagnóstico de DM na infância, adaptar-se para proporcionar hábitos saudáveis e uma qualidade de vida à criança e ao adolescente. Encontrou-se, em um estudo, que as famílias, para lidar com essa nova realidade, implementaram mudanças nos hábitos não só da criança, mas, também, as expandiram aos demais membros, inserindo alimentos que antes não faziam parte do cardápio e excluindo os não saudáveis.¹⁰

Busca-se por uma alimentação adequada e pela introdução de alimentos que possam substituir o doce consumido anteriormente, sem causar prejuízos à saúde do filho, e sua satisfação são as mudanças de hábitos citados pelas famílias. Observou-se, assim, a boa aceitação do restante da família quanto às modificações alimentares no domicílio.¹²

Enfatizaram-se, em relação aos principais cuidados realizados à criança e ao adolescente com DM, pela família: o rigoroso controle da alimentação dietética (84,8%); a aplicação da insulina (49,4%); a monitorização; o rodízio; o condicionamento (16,1%); a atividade física (16,1%), entre outros. Destacaram-se também, entretanto, as dificuldades encontradas no início da fase de adaptação à doença mencionando-se, como as mais

Nobre CMG, Costa AR, Minasi AS et al.

recorrentes, o descontrole glicêmico (37,6%) seguido da restrição alimentar, com 11,8%.¹³

Torna-se a convivência das crianças ou adolescentes e da família com outras pessoas que se encontram na mesma realidade uma rede de apoio social fundamental no compartilhamento de informações. Observou-se, em um estudo realizado no Ceará, que a criação de um grupo em uma mídia social disponibilizada na internet auxiliava na interação de mães e crianças de todo o Brasil. Fortalece-se o mesmo diariamente e oferecem-se informações essenciais e detalhadas sobre determinado assunto de interesse em relação ao cuidado e aos meios de acesso a materiais e serviços relacionados ao diabetes.¹⁴

Percebe-se, em relação à família frente à descoberta do diagnóstico do DM, a sua importância como rede de apoio para que o processo de adaptação transcorra de maneira positiva. Verificou-se, assim, frente às possíveis mudanças ocorridas no relacionamento entre os membros da família com o início da doença, a presença da união auxiliando no seu fortalecimento e adaptação.¹⁵

Constatou-se, além disso, que o DM impacta a rotina da família gerando alterações em algumas atividades de lazer e no relacionamento social. Referiu-se a posse de uma atenção redobrada com a criança em eventos festivos por um dos familiares. Torna-se difícil a compreensão da privação da criança frente a esses eventos sociais, muitas vezes, para a mesma, exigindo-se a presença constante de um profissional que auxilie e oriente as famílias.¹⁵

Apresentam-se, à criança e ao adolescente com DM, em seu dia a dia, modificações demandando força de vontade, mudança de comportamento e atitudes de adaptação. Adequar-se, assim, às exigências impostas pela doença crônica na infância é um processo complexo que dependerá dos fatores externos e internos que serão influenciados, também, pela idade e pelo desenvolvimento. Verificou-se, além disso, que uma das dificuldades recorrentes da DM é a restrição alimentar, que se torna mais árdua para a criança ou o adolescente quando o mesmo convive com pessoas que não compartilham dessa situação.¹⁶

Torna-se um grande desafio o cuidado integral ao paciente com diabetes e sua família, para os profissionais da saúde, visto que o processo de mudança de hábitos está diretamente ligado à vida de seus familiares e amigos. Admite-se, assim, frente ao suporte fornecido e ao apoio dos profissionais e das

Cuidado à criança e ao adolescente com diabetes...

redes de suporte sociais, que, aos poucos, a criança e o adolescente adquirirão autonomia para gerenciar sua vida com a doença de forma a viver com qualidade.¹⁶

Necessita-se da conscientização de que a criança ou o adolescente com DM é e existe em sua totalidade e está inserido em diferentes ambientes e que estes podem influenciar, de forma positiva ou negativa, a sua experiência com a doença e o seu viver. Pode-se contribuir, pelo conhecimento acerca desse tema, para que a família, a escola e os profissionais de saúde possam intervir a partir de uma abordagem socioambiental.¹⁷

Registraram-se, quanto à necessidade do autocuidado pela criança e pelo adolescente, alguns estudos que abordaram a compreensão sobre os cuidados necessários frente à doença, mencionando-se pelas crianças: o consumo de frutas quando apresentavam hipoglicemia e não se alimentar no caso de hiperglicemia, além da utilização da insulina para melhorar sua condição clínica. Detalha-se que, neste estudo, não se observaram casos de rejeição quanto à administração de insulina e à verificação da glicemia capilar.¹⁸

Mencionaram-se, em um estudo realizado com adolescentes, como medidas de autocuidado de destaque, o controle alimentar, a prática de exercício físico, o uso correto das medicações, o acompanhamento regular com o profissional de saúde e o cuidado com os pés e a pele. Constatou-se, logo, que 44,7% dos entrevistados praticavam quatro ou mais dessas medidas prestando atenção, principalmente, nas medidas de controle da glicemia.¹⁹

CONCLUSÃO

Objetivou-se, por este estudo, conhecer as estratégias utilizadas pela família para o cuidado à criança e ao adolescente com Diabetes Mellitus tipo 1. Verificou-se, com relação ao impacto do diagnóstico, que é comum se internar a criança na urgência já com quadro grave de hiperglicemia, ir consultar por outro motivo e receber um diagnóstico de hiperglicemia, sendo comum, inclusive, sua internação hospitalar. Averiguou-se, em outras situações, que a família percebe que a criança ou o adolescente está apresentando sinais e sintomas do DM.

Referiram-se as famílias desconhecer a possibilidade de uma criança ter DM. Buscam-se, após o diagnóstico, informações que subsidiem o cuidado à criança e ao adolescente com DM.

Mostrou-se, pelos dados deste estudo, que as vivências de famílias no cuidado à criança e ao adolescente com Diabetes Mellitus tipo 1 são complexas, envolvendo-se uma teia de relações desde a descoberta do diagnóstico, até a organização familiar para o cuidado. Torna-se importante o reconhecimento da família como sujeito ativo no cuidado para o planejamento das ações de cuidado e apoio. Necessita-se, nesse sentido, estabelecer parceria com a família abrindo-se espaços de escuta e acolhida para uma construção compartilhada do cuidado à criança/adolescente com DM tipo 1.

Conclui-se que a atuação do enfermeiro junto à família, crianças e adolescentes com DM tipo 1 pode servir de estímulo e motivação aos cuidadores minimizando seus medos e ansiedades, potencializando-os enquanto cuidadores e diminuindo os riscos das complicações do DM e melhor qualidade de vida. Possibilitam-se, pela comunicação efetiva do enfermeiro com a família, interações efetivas e melhor conhecimento acerca de suas reais necessidades de cuidado facilitando-se o compartilhamento, com ela, de conhecimentos, experiências e estratégias de cuidado.

REFERÊNCIAS

1. International Diabetes Federation. IDF Diabetes Atlas [Internet]. Brussels/Belgium: International Diabetes Federation; 2015 [cited 2018 July 15]. Available from: <http://www.diabetesatlas.org/>
2. Sociedade Brasileira de Diabetes. Diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes: 2015-2016 [Internet]. São Paulo: Sociedade Brasileira de Diabetes; 2015 [cited 2018 Aug 25]. Available from: <https://www.diabetes.org.br/profissionais/images/docs/DIRETRIZES-SBD-2015-2016.pdf>
3. Brancaglioni BCA, Rodrigues GC, Damião EBC, Queiroz MS, Nery M. Children and adolescents living with diabetes and celiac disease. *Rev Gaúcha Enferm.* 2016 Mar;37(1):e53787. Doi: [10.1590/1983-1447.2016.01.53787](https://doi.org/10.1590/1983-1447.2016.01.53787)
4. Dutra HS, Werneck LMF, Gomes AL. Crianças com diabetes: percepções maternas. *Rev Enferm UFJF.* 2015; 1(2):195-203.
5. Almeida KBB, Araújo LFS, Bellato R. Family caregiving in chronic illness: a young person's experience. *REME rev min enferm.* 2014 July/Sept;18(3):724-32. Doi: [10.5935/1415-2762.20140053](https://doi.org/10.5935/1415-2762.20140053)
6. Pennafort V PS, Queiroz MVO, Nascimento LC, Guedes MVC. Network and social support in family care of children with diabetes. *Rev Bras Enferm.* 2016 Oct; 69(5):912-9. Doi: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2015-0085>
7. Henríquez TR, Cartes VR. Impacto psicosocial de la diabetes mellitus tipo 1 en niños, adolescentes y sus familias: revisión de la literatura. *Rev chil pediatr.* 2018 June; 89(3): 391-398. Doi: <http://dx.doi.org/10.4067/S0370-41062018005000507>
8. Silva E, Macedo M, Silva D, Aparício G, André S. Vivências dos pais sobre a diabetes tipo 1 dos seus filhos. *CIAIQ [Internet].* 2017 [cited 2018 July 15]; 2(2017):176-84. Available from: <https://proceedings.ciaiq.org/index.php/ciaiq/2017/article/view/1564/1519>
9. Barbosa DC, Sousa FGM, Leite JL. Scoring interventions in family relations regarding the care for the child with a chronic condition. *Texto contexto-enferm.* 2015 Jan/Mar;24(1):87-95. Doi: <http://dx.doi.org/10.1590/0104-07072015001820013>
10. Malaquias TSM, Marques CDC, Farias ACP, Pupulim JSL, Marcon SS, Higarashi IH. The children and adolescents with type 1 diabetes mellitus: unfolding of family care. *Cogitare Enferm [Internet].* 2016 Jan/Mar [cited 2018 July 18];21(1):1-7. Available from: <https://revistas.ufpr.br/cogitare/article/view/42010/27251>
11. Bardin L. Análise de Conteúdo. Lisboa: Edições 70; 2011.
12. Okido ACC, Almeida A, Vieira MM, Neves ET, Mello DF, Lima RAG. The demands of care of children with Type 1 Diabetes Mellitus. *Esc Anna Nery Rev Enferm.* 2017 Apr; 21(2): e20170034. Doi: <http://dx.doi.org/10.5935/1414-8145.20170034>
13. Pennafort VPS, Queiroz MVO, Nascimento LC, Guedes MVC. Network and social support in care of the child with diabetes. *Rev Bras Enferm.* 2016 Sept/Oct; 69(5):912-9. Doi: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2015-0085>
14. Silva ANS, Pennafort VPS, Queiroz MVO. Sociocultural features and children clinics with type 1 diabetes: subsidies to nursing care. *J Nurs UFPE on line.* 2016; 10(5):1593-9. Doi: [10.5205/reuol.9003-78704-1-SM.1005201601](https://doi.org/10.5205/reuol.9003-78704-1-SM.1005201601)
15. Correia Junior PCT, Pereira SMPD, Almeida VCF, Saraiva ARB, Alencar AMPG. To apprehend the repercussions of diabetes mellitus in children from the point of view of mothers. *Rev RENE.* 2014 Jan/Feb; 15(1):60-9. Doi:

<http://dx.doi.org/10.15253/rev%20rene.v15i1.3082>

16. Coelho ACR, Miranda AC, Neves OLS, Santos TRS. Difficulties in family caregivers of children with diabetes mellitus: review of literature. Rev Recien [Internet]. 2016 [cited 2018 June 25]; 6(18):44-50. Available from: <https://www.recien.com.br/index.php/Recien/article/download/161/243>

17. Oliveira SM, Gomes GC, Xavier DM, Pintanel AC, Montesó MP, Rocha LP. Contexts of care for children / adolescents with Diabetes Mellitus: a socio-environmental approach. Chiá [Internet]. 2018 Mar [cited 2018 Oct 10];18(1):69-79. Available from:

aquichan.unisabana.edu.co/index.php/aquichan/article/download/7457/4694

18. Queiroz MVO, Brito LMMC, Pennafort VPS, Bezerra FSM. Sensitizing the child with diabetes to self care: Contribution to educational practice. Esc Anna Nery Rev Enferm 2016; 20(2):337-43. Doi: <http://dx.doi.org/10.5935/1414-8145.20160046>

19. Silva ANS, Apolonio MS, Alcantara CM, Queiroz MVO. Sociocultural and clinical characteristics of adolescents with type 1 diabetes mellitus. Cogitare Enferm [Internet]. 2016 Oct/Dec [cited 2018 June 25]; 21(4):01-08. Available from: <http://www.saude.ufpr.br/portal/revistacogitare/wp-content/uploads/sites/28/2016/12/45699-190744-1-PB.pdf>

Submissão: 23/10/2018

Aceito: 09/12/2018

Publicado: 01/01/2019

Correspondência

Camila Magroski Goulart Nobre

Rua Benjamin Constant, 480

CEP: 96211070 – Rio Grande (RS), Brasil