

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO
ESCOLA DE ENFERMAGEM ANNA NERY**

**PAPÉIS DE AUTOCUIDADO PARA O ESCOLAR
PORTADOR DE DIABETES MELLITUS TIPO 1:
subsídios para enfermagem**

Wilma Helena Carvalho Rodrigues

Rio de Janeiro
Novembro / 2006

Livros Grátis

<http://www.livrosgratis.com.br>

Milhares de livros grátis para download.



**UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
ESCOLA DE ENFERMAGEM ANNA NERY
COORDENAÇÃO GERAL DE PÓS-GRADUAÇÃO
CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM MÉDICO-CIRÚRGICA
NÚCLEO DE PESQUISA EM ENFERMAGEM HOSPITALAR**

**PAPÉIS DE AUTOCUIDADO PARA O ESCOLAR
PORTADOR DE DIABETES MELLITUS TIPO 1:
subsídios para enfermagem**

WILMA HELENA CARVALHO RODRIGUES

Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-graduação em Enfermagem da Escola de Enfermagem Anna Nery, da Universidade Federal do Rio de Janeiro, como parte dos requisitos necessários à obtenção do título de Mestre em Enfermagem.

Orientadora: Prof^ª. Doutora Rita Batista Santos

Rio de Janeiro
Novembro/ 2006

**PAPÉIS DE AUTOCUIDADO PARA O ESCOLAR PORTADOR DE DIABETES
MELLITUS TIPO 1:
subsídios para enfermagem**

Mestranda: Wilma Helena Carvalho Rodrigues

Orientadora: Prof^ª. Dr^ª. Rita Batista Santos

Aprovada por:

.....
Presidente – Prof^ª. Dr^ª. Rita Batista Santos – EEAN/UFRJ

.....
Prof^ª. Dr^ª. Odete de Oliveira – DENE/UNIFESP
1º Examinador

.....
Prof^ª. Dr^ª. Isabel Cristina dos Santos Oliveira – EEAN/UFRJ
2º Examinador

.....
Prof^ª. Dr^ª. Lina Márcia Míguas Berardinelli – FENF/UERJ
Suplente

.....
Prof^ª. Dr^ª. Margarethe Santiago Rego – EEAN/UFRJ
Suplente

Rio de Janeiro
Novembro/ 2006

Dedico este trabalho

A todos os escolares portadores de Diabetes Mellitus tipo 1 que, com a alegria de toda criança, transmitem força, esperança e luta diária por uma vida muito mais VIDA. Em especial um beijo no coração de cada escolar participante deste estudo que, através de seus depoimentos, contribuíram para o meu conhecimento e aprofundamento profissional.

AGRADECIMENTOS

Aos meus pais,

Vilmar e Sirley

Que sempre, na sua simplicidade, me ensinaram que a única fortuna que ninguém pode tirar de uma pessoa é o estudo.

Ao meu marido,

Oswaldo,

Meu amor, amigo e companheiro de todos os momentos e que sempre demonstrou paciência e compreensão na realização deste meu sonho...

Aos meus queridos filhos,

William e Gustavo

Razão da minha vida, valiosos presentes... Muito obrigada por entenderem esta fase das "nossas" vidas.

À equipe de enfermagem do ambulatório do IEDE que ajudaram na realização deste estudo com o incentivo e força.

À equipe da UPD-IEDE que me recebeu com carinho, acreditando e apostando comigo nas ações preventivas para as crianças e adolescentes portadores de Diabetes Mellitus tipo 1.

Ao diretor da Divisão de Enfermagem do IEDE – Enfº. Fernando Mário Scotelaro Lobo que sempre acreditou no meu trabalho e possibilitou esta caminhada...

Ao irmão de coração, Enf. Carlos Victor pela paciência, disponibilidade e pelo privilégio de ter tido a oportunidade de desbravar este caminho em prol dos portadores de Diabetes Mellitus. Nada é por acaso....

À douta banca examinadora que acompanhou todos os passos deste processo de construção, sempre com contribuições valiosas...Muito obrigada pelo carinho!

À Prof.ª Dr.ª Rita Batista Santos pelo incentivo, paciência, disponibilidade e valiosas contribuições no desenvolvimento do estudo. Por confiar e apostar no meu sonho como um sonho seu.....

AS CRIANÇAS APRENDEM O QUE VIVENCIAM

Se as crianças vivem ouvindo críticas, aprendem a condenar.

Se convivem com a hostilidade, aprendem a brigar.

Se as crianças vivem com medo, aprendem a ser medrosas.

Se as crianças convivem com pena, aprendem a ter pena de si mesmas.

Se vivem sendo ridicularizadas, aprendem a ser tímidas.

Se vivem com vergonha, aprendem a sentir culpa.

Se vivem sendo incentivadas, aprendem a ter confiança em si mesmas.

Se vivenciam a tolerância, aprendem a ser pacientes.

Se vivenciam os elogios, aprendem a apreciar.

Se vivenciam a aceitação, aprendem a amar.

Se vivem com estímulo, aprendem a confiar,

Se é valorizada, aprende a valorizar.

Se é tratada com justiça, aprende a ser justa.

Se vivem com segurança, aprendem a ter fé.

Se sente que seus atos são aprovados, aprende a querer a si mesma.

Se vive em ambiente de aceitação e amizade, aprende a achar o AMOR.

Dorothy Law Nolte

(2003)

RODRIGUES, Wilma Helena Carvalho. **Papéis de autocuidado para o escolar portador de diabetes mellitus tipo 1: subsídios para enfermagem.** Rio de Janeiro, 2006. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Escola de Enfermagem Anna Nery, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2006.

RESUMO

Estudo descritivo com abordagem qualitativa sobre os papéis de autocuidado de 8 escolares portadores de Diabetes Mellitus tipo 1 (DM1). Os objetivos foram: caracterizar os escolares atendidos no ambulatório do Instituto Estadual de Diabetes e Endocrinologia Luiz Capriglione-IEDE; descrever e relacionar os papéis de autocuidado frente às situações especiais de hiperglicemia e hipoglicemia DM1 no escolar e discutir os papéis de autocuidado para situações especiais (hiperglicemia e hipoglicemia) frente à assistência de enfermagem prestada no IEDE aos escolares portadores de DM1. A coleta de dados deu-se mediante a realização de dois grupos focais com aplicação do roteiro de entrevista não diretiva no mês de junho de 2006. Foram elaboradas categorias de Manutenção da Saúde, Prevenção de Complicações Agudas e Crônicas do DM1 na Hipoglicemia e Hiperglicemia, Autodiagnóstico e Autotratamento das Complicações Agudas de Hipoglicemia e Hiperglicemia e Participação Ativa em Serviços de Saúde e as subcategorias referentes aos papéis de autocuidado e suas ações frente às complicações agudas. Constatou-se que os escolares portadores de DM1, respeitados os aspectos cognitivos e psicossociais, apresentaram plena capacidade de desempenhar os papéis de autocuidado que servem de subsídio para o cuidado de enfermagem. Conclui-se que o conhecimento da maioria dos escolares portadores de DM1, participantes do estudo, no que tange às ações de autocuidado frente às complicações agudas (hiperglicemia e hipoglicemia) mostra-se presente mesmo que de forma laica. Assim sendo, as enfermeiras devem prover atividades para estimular os escolares portadores de DM1, a se engajarem em atividades grupais como uma forma de promover o desenvolvimento de auto-imagem positiva e ensinar a participação no tratamento e a manutenção dos níveis glicêmicos compatíveis com o controle metabólico.

Palavras-chave: Enfermagem, Escolar, Diabetes Mellitus, Autocuidado.

RODRIGUES, Wilma Helena Carvalho. **Topic of self-care about children at school age carrying diabetes mellitus type 1: subsidies to nursing.** Rio de Janeiro, 2006. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Escola de Enfermagem Anna Nery, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2006.

ABSTRACT

Descriptive study with qualitative boarding on the topic of self-care of 8 children at school age with Diabetes Mellitus type 1 (DM1). The objectives had been: to characterize the children at school age taken care of in the clinic of the State Institute of Diabetes and Endocrinology Luiz Capriglione; to describe and to relate the topics of self-care front to the situations special of hiperglicemy and hipoglicemy of the DM1 in the children at school age and to argue the topics of self-care for situations special (hiperglicemy and hipoglicemy) in front to the assistance of nursing given in the IEDE to the children at school age with DM1. The collection of data happened means of the accomplishment of two focal groups with application script of not directive interview in June, 2006. Categories of Maintenance of the Health had been elaborated, Prevention of Acute and Chronic Complications of the DM1 in the Hiperglicemy and Hipoglicemy, Self-Diagnostic, Self-Treatment of the Acute Complications of Hiperglicemy and Hipoglicemy; e Active Participation in Services of Health and the referring subcategories to the topics of self-care and its action front to the acute complications. It was observed that the children at school age with DM1, respected the established aspects, had presented full capacity to play the roles of self-care that they serve of subsidy for the care of nursing. Concludes that the knowledge of the majority of the carrying pertaining to children at school age with DM1, participants of the study, in that it refers to to the actions of self-care front to the acute complications (hiperglicemia and hipoglicemia) reveals exactly present that of laica form. Thus being, the nurses must provide activities to stimulate the carrying pertaining to children at school age with DM1, if to engage in group activities as a form to promote the development of positive self-image and to try the participation in the treatment and the maintenance of the compatible glicemics levels with the metabolic control.

Key-words: Nursing, School age, Diabetes Mellitus, Self-care

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 - Pirâmide do autocuidado para escolares portadores de diabetes mellitus tipo 1	16
Figura 2 - Inter-relação entre os conceitos da pirâmide de autocuidado e os papéis de autocuidado	17

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 - Sinopse do Papel de Autocuidado de Manutenção da Saúde – Rio de Janeiro – 2006	10
Quadro 2 - Sinopse do Papel de Autocuidado de Prevenção de Complicações Agudas e Crônicas do Diabetes Mellitus– Rio de Janeiro – 2006	11
Quadro 3 - Sinopse do Papel de Autocuidado, Autodiagnóstico e Autotratamento das Complicações Agudas – Rio de Janeiro – 2006	13
Quadro 4 - Sinopse do Papel de Autocuidado – Participação em Serviços de Saúde – Rio de Janeiro – 2006	15
Quadro 5 - Perfil dos Escolares Portadores de DM1 Participantes da Pesquisa – Rio de Janeiro – 2006	33

LISTA DE APÊNDICES E ANEXO

Apêndice A – Roteiro de Entrevista	64
Apêndice B – Tabela de Números Aleatórios	65
Apêndice C – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido	68
Apêndice D – Consentimento dos Escolares	69
Apêndice E – Tabela 1 – Distribuição das crianças inscritas para atendimento no Ambulatório de Diabetes Infanto-Juvenil do IEDE	70
Anexo A – Parecer CEP- IEDE nº 79/2006	72

SUMÁRIO

RESUMO	viii
ABSTRACT	ix
INTRODUÇÃO	01
Percurso Profissional da Autora	01
Justificativa do Estudo	05
Situação Estudada	06
Objeto do Estudo	07
Objetivos do Estudo	07
Contribuições do Estudo	08
CAPÍTULO I – REFERENCIAL TEÓRICO	09
1.1 Os Papéis de Autocuidado para o Escolar Portador de DM1	09
1.2 A Pirâmide de Autocuidado	15
1.3 Inter-relação dos Conceitos na Pirâmide de Autocuidado	17
1.4 Um Enfoque Teórico de Vygotsky	20
CAPÍTULO II – REVISÃO DA LITERATURA	23
2.1 A Criança na Idade Escolar e o Diabetes Mellitus Tipo 1	23
2.1.1 A Idade Escolar	23
2.1.2 O Diabetes Mellitus	24
2.2 Autocuidado como Cuidado do Enfermagem	25
2.3 Assistência de Enfermagem ao Escolar Portador de DM1 no IEDE/RJ	27
CAPÍTULO III – ASPECTOS METODOLÓGICOS E OPERACIONAIS	30
3.1 Tipo de Estudo	30
3.2 Cenário do Estudo	31
3.3 Escolha dos Sujeitos	31
3.4 Coleta de Dados	33
3.4.1 Técnicas de Coleta de Dados	33
3.4.1.1 A entrevista não diretiva	33
3.4.1.2 Grupo focal em oficina de autocuidado	34
3.4.1.3 A observação	36
3.4.2 Instrumento para Coleta de Dados	36
3.5 Organização dos Dados	37
3.6 Análise dos Dados	38
3.7 Aspectos Éticos e Legais	40
CAPÍTULO IV – RESULTADOS: ORGANIZAÇÃO, ANÁLISE E DISCUSSÃO	41
4.1 Características dos Sujeitos	41
4.2 Categorização dos Dados	42
4.2.1 Categoria 1 – Manutenção da Saúde	42
4.2.2 Categoria 2 – Prevenção de Complicações Agudas e Crônicas do DM na Hipoglicemia e Hiperglicemia	48
4.2.3 Categoria 3 – Autodiagnóstico e Autotratamento das Complicações Agudas de Hipoglicemia e Hiperglicemia	51
4.2.4 Categoria 4 – Participação Ativa em Serviços de Saúde	55
CAPÍTULO V – CONSIDERAÇÕES FINAIS	57
REFERÊNCIAS	60
APÊNDICES	63
ANEXO	71

INTRODUÇÃO

Essa pesquisa é o resultado de questões formuladas durante minhas atividades profissionais como enfermeira, atuando no Instituto Estadual de Diabetes e Endocrinologia Luiz Capriglione-IEDE, sendo esta uma instituição pública de saúde especializada no atendimento de patologias endócrinas, tendo meu trabalho um direcionamento mais específico para educação e assistência aos pacientes diabéticos e familiares.

Apesar de todos os avanços tecnológicos, facilmente detectáveis em nossa sociedade e de todas as informações transmitidas pelos vários meios de comunicação, nós, especialistas da área, somos obrigados a admitir que, em se tratando de doenças crônicas como o Diabetes Mellitus (DM), existe certa dificuldade em fazer com que o seu portador enfrente determinadas limitações e restrições decorrentes do tratamento, para que venha a atingir uma vida com qualidade, permitindo o seu desenvolvimento e integração social.

O Diabetes Mellitus vem sendo reconhecido como um sério problema de Saúde Pública em praticamente todos os países, independente do seu nível sócio-econômico. Assim, há necessidade de adotar determinadas ações, principalmente quando a população acometida está inserida na faixa etária classificada como idade escolar e, sobretudo, por ser neste período da vida que o escolar inicia mais efetivamente o seu convívio social fora do âmbito familiar.

O presente estudo cuja finalidade é dar condições ao escolar portador de Diabetes Mellitus tipo 1 (DM1), de obter certa autonomia de ação frente às complicações agudas decorrentes de hiperglicemia e hipoglicemia, a partir do desempenho dos papéis para o autocuidado.

⇒ **Percurso Profissional da Autora**

Em 1985, concluí o curso de Graduação em Enfermagem e Obstetrícia na Escola de Enfermagem Alfredo Pinto - Universidade do Rio de Janeiro (UNIRIO). No ano de 1994,

após aprovação em concurso público, fui lotada pela Secretaria Estadual de Saúde (SES) no Instituto Estadual de Diabetes e Endocrinologia Luiz Capriglione - IEDE, situado no município do Rio de Janeiro, sendo designada após dois meses de atuação para exercer atividades no setor de ambulatório, especificamente, o de Diabetes.

O IEDE foi criado em 1967, tendo como objetivos do governo estadual expandir o atendimento e dar melhor direcionamento aos casos mais especializados na área da endocrinologia, já então desenvolvidos nesta unidade de saúde com maior ênfase ao atendimento dos portadores de Diabetes Mellitus. Cabe ressaltar que o IEDE possui atendimento específico direcionado as patologias endócrinas, sendo referência na América Latina.

A definição clássica para o Diabetes Mellitus, segundo Arduino (1980), é de que se trata de uma doença crônica, de caráter hereditário, que consiste em muitas síndromes heterogêneas, caracterizadas por um *continuum* de distúrbios metabólicos secundários que levam à deficiência da atividade insulínica e de várias alterações tissulares referidas como complicações crônicas do Diabetes Mellitus (DM).

Em outra definição (ZAGURY; ZAGURY & GUIDACCI, 2000), o Diabetes Mellitus é uma doença crônica caracterizada pela elevação da glicose no sangue acima dos parâmetros normais (hiperglicemia), tendo como causa fatores genéticos e ambientais; isto é, quando nasce, a pessoa já traz consigo a possibilidade de desenvolver a doença. Aliado a isso, fatores como obesidade, infecções bacterianas e viróticas, traumas emocionais e gravidez, dentre outros, podem contribuir para a precocidade do problema.

Comprovadamente, a doença acomete pessoas de todas as idades, sexos, raças e condição sócio-econômica, porém de forma empírica, observo que o número de crianças acometidas pelo DM1 vem aumentando consideravelmente, nos últimos anos.

Desde o meu ingresso no IEDE, as crianças influenciaram o direcionamento das minhas atividades, pois acreditava que o fato do desenvolvimento do DM em crianças tornava-se uma condição extremamente difícil de ser vivida, isto porque as limitações que a doença impõe e a necessidade de mudanças de hábitos, costumes, rotinas, uso de seringas, agulhas, insulinas, dieta, automonitoração diária e outros alicerces terapêuticos para um bom controle, não são tarefas fáceis de realizar, principalmente porque de forma inesperada, todo este processo é imposto.

O momento de aproximação com estas crianças não foi delineado por solicitação do Serviço de Enfermagem do IEDE, porém por uma demanda natural e também pela necessidade que sentia de tornar menos difícil a realidade enfrentada, possibilitado pelo meu conhecimento técnico-científico.

Muita das vezes confesso que a emoção exarcebava; contudo, tentava estabelecer uma compreensão do mecanismo da doença de maneira clara e simples, onde sempre fiz questão da presença e participação da criança, além do responsável. O desenvolvimento desse trabalho assistencial fez que com o tempo fosse conhecida como “a enfermeira que atende as crianças”.

Outro ponto que culminou na aproximação com escolares portadores de DM1 foi quando convidada para participar do atendimento de crianças, adolescentes e adultos jovens, que na época participavam da pesquisa sobre insulinização intensiva. Na época do desenvolvimento deste estudo participavam duas enfermeiras: uma da própria Instituição e outra que lá desenvolvia atividades voltadas para a aquisição de saberes específicos, a fim de elaborar sua dissertação de mestrado.

O referido estudo denominava-se *Projeto de Controle Estrito em Diabetes Mellitus Tipo 1 – PCEDMT1*, e um de seus objetivos é aproximar ao máximo o esquema de insulinização aos parâmetros fisiológicos do pâncreas, evitando ou retardando futuros

aparecimento de complicações crônicas. Neste estudo, foram selecionados crianças, adolescentes e adultos jovens com diagnóstico recente ou que, mesmo sendo portadores da doença há algum tempo, ainda não apresentavam complicações crônicas. Outro objetivo era investigar a relação entre o domínio das informações recebidas e o controle da doença.

O *PCEDMTI* deixou de ser um projeto, sendo institucionalizado no IEDE sob a denominação de Unidade Insulínica de Terapia Intensiva (UITI), sendo atualmente parte integrante do esquema terapêutico utilizado no Ambulatório de Diabetes.

No atendimento às crianças no ambulatório de Diabetes do IEDE, tento passar não somente as condições técnicas, mas, sobretudo, dar condições para uma vida com qualidade através do atendimento individual como atualmente também em grupo.

Ghelman (2000) destaca que o fato do controle do Diabetes Mellitus tipo1 (DM1) derivar, principalmente, da aplicação da insulina e do controle dietético, instaura-se uma relação de dependência entre a criança e o adulto.

Contudo, penso ser sempre possível transmitir as orientações para as crianças e seus responsáveis de forma sempre simples, detalhada e gradativa, iniciando com uma abordagem didática pela fisiopatologia, insulinas, técnica de conservação, preparo e aplicação da insulina, locais de aplicação e sinais e sintomas de hipoglicemia e hiperglicemia. Isto tudo sempre observadas as condições cognitivas inerentes a cada criança, respeitando as limitações de cada idade, assim como os aspectos psico-sociais.

Para desenvolver este estudo, foi necessário fazer recorte, pelo qual optei por crianças que compreendem a idade escolar que segundo a classificação do Ministério da Saúde - MS (BRASIL, 1996a), são crianças entre 6 e 12 anos, as quais faço referência como: **escolares portadores de DM1**.

E neste caminhar, não tenho a intenção de retirar a responsabilidade do adulto (pais/familiares) e nem tão pouco atribuir maiores responsabilidades do tratamento aos

escolares portadores de DM1, contudo direcionar e construir instrumentos que possam torná-los mais independente através do desenvolvimento de ações para o autocuidado.

⇒ **Justificativa do Estudo**

Segundo McCarty e Zimmet (1994), as estimativas e as projeções mundiais do Diabetes Mellitus, em 2000, seriam de 175 milhões de diabéticos em todo o mundo; em 2010, este índice aumentaria para 236 milhões. No Brasil, as estimativas seriam de 5 milhões em 2000 e 11 milhões em 2010.

Justifica-se o interesse pelo tema, principalmente por ser na idade escolar é que a criança geralmente inicia sua vida fora do âmbito familiar e as necessidades biopsicossociais relacionadas ao crescimento e desenvolvimento são observadas.

Existem vários estudos verificando estes índices de prevalência e incidência do Diabetes Mellitus. Um deles é o Projeto Multinacional para Diabetes na Infância, que vem constatando o aumento da frequência do DM1 (DELAMATER *et al.*, 2001).

Em 1996, o Ministério da Saúde (BRASIL, 1996a) divulgou dados estatísticos da Organização Mundial de Saúde (OMS) evidenciando que o Diabetes Tipo 1 representava, aproximadamente, 2% da população brasileira, e em 2002, o MS (BRASIL, 2002) reconheceu que, no Brasil, a incidência de DM1 era de 7,6 por 100.000 habitantes / ano.

A América do Sul e a América Central possuem uma população de, aproximadamente, 400.9 milhões de habitantes, sendo considerados como população adulta (entre 20 e 79 anos) cerca de 233 milhões de habitantes; e que o número de diabéticos adultos corresponde a 3,7%, sendo que a prevalência de Diabetes Mellitus tipo 1 está em torno de 0,11% (SBD, 2006).

O Diabetes Mellitus tipo 1 é próprio da faixa etária pediátrica; acomete crianças de 0 a 15 anos e adultos jovens; o início dos sintomas ocorre de forma abrupta; normalmente os pacientes estão emagrecidos, existe uma grande facilidade para cetose e também flutuação nos

índices glicêmicos. A concentração deste tipo de diabetes é menor no meio familiar, e podem ocorrer complicações clínicas severas, caso a criança não seja tratada rapidamente com insulina (BRASIL, 1996a).

As estimativas revelam que o Diabetes Mellitus é uma doença que já atinge milhões de pessoas e tende a crescer. O DM1, especificamente, ainda não possui medidas preventivas; contudo, é possível evitar problemas crônicos por detecção e controle das complicações agudas (hiper e hipoglicemia), principalmente através de medidas educativas direcionadas para o autocuidado.

⇒ Situação Estudada

A difícil realidade enfrentada pelos escolares de 6 a 12 anos, portadores de DM1, mostra que as mudanças no dia-a-dia, impostas pelo tratamento do Diabetes Mellitus, não se restringem ao ambiente familiar. O aspecto social é observado como grande prejudicado, visto que eles muitas vezes deixam de participar de passeios e festas, podendo até mesmo vir a interromper os estudos, sob a justificativa de que necessitam de cuidados constantes.

Essa situação é confirmada quando no IEDE, nós enfermeiros, recebemos diversos profissionais de saúde, principalmente enfermeiros que atendem escolares portadores de DM1, à procura de intercâmbio de conhecimentos técnico-científicos, e até mesmo quando somos solicitadas para realizar uma intervenção educativa, tanto para estes profissionais como para pacientes portadores de DM.

Os papéis de autocuidado tiveram sua origem no estudo desenvolvido pelo *Self-Care Project do Canadá* (1997) e foram apresentados por Santos (2001) em sua tese de Doutorado, com destaque para a manutenção da saúde; a prevenção de complicações agudas e crônicas do Diabetes Mellitus; o autodiagnóstico e o autotratamento das complicações agudas e crônicas; e a participação dos serviços de saúde.

Se bem trabalhadas, as ações de desempenho do autocuidado devem convergir para independência do escolar, sendo que sinais de hiperglicemia e/ou hipoglicemia poderão ser facilmente identificados pelo escolar portador de DM1, favorecendo a tomada de medidas que possibilitem seu bem estar, permitindo a reconstrução de sua confiança e a conseqüente socialização.

As situações do dia-a-dia que podem acometer o escolar portador de DM1 devem ter um direcionamento especial, jamais esquecendo, contudo, que ele não deve ser tratado de modo diferenciado dos outros escolares por causa da doença. Para Whaley e Wong (1999, p.330),

a criança se torna cada vez mais sensível às normas e pressões sociais do grupo de pares, e se este grupo estabelece padrões de aceitação e rejeição, a criança se dispõe a modificar seu comportamento a fim de ser aceita pelo grupo.

⇒ **Objeto do Estudo**

Os papéis de autocuidado do escolar portador de DM1 nas situações agudas de hiperglicemia e hipoglicemia.

⇒ **Objetivos do Estudo**

Esta pesquisa tem como objetivos:

- Caracterizar os escolares atendidos no ambulatório do IEDE;
- Relacionar os papéis de autocuidado frente às situações especiais de hiperglicemia e hipoglicemia do DM1 no escolar;
- Analisar os papéis de autocuidado para situações especiais (hiperglicemia e hipoglicemia) frente à assistência de enfermagem prestada no IEDE aos escolares portadores de DM1.

⇒ Contribuições do Estudo

Para os escolares, desde que seja utilizada uma abordagem holística voltada para o desempenho dos papéis de autocuidado, servirá como pilar favorecendo o retardo ou evitando o surgimento das complicações crônicas decorrentes do controle inadequado do DM1, devido a sucessivos quadros de complicações agudas (hiperglicemia e hipoglicemia)

No ensino, a contribuição estará presente no processo formador de novos profissionais, servindo de referência e aplicação para o ensino no campo do cuidado de enfermagem.

O estudo se propõe a construir o universo de saberes da enfermagem hospitalar, direcionando ao escolar portador de DM1, assim como focar sua construção nas características e peculiaridades desse grupo especial de crianças, agregando qualidade e independência à vida de seus integrantes.

Este estudo não teve a pretensão de esgotar a temática do desempenho dos papéis de autocuidado para o escolar portador de DM1, serviu como subsídio para o Núcleo de Pesquisa em Enfermagem Hospitalar do Departamento de Enfermagem Médico-Cirúrgica (NUPENH / DEMC) da Escola de Enfermagem Anna Nery, Universidade Federal do Rio de Janeiro (EEAN / UFRJ), na busca científica de novos recursos e excelência do cuidado de enfermagem prestado aos escolares portadores de DM1.

CAPÍTULO I

REFERENCIAL TEÓRICO

O referencial teórico adotado no estudo é o de Santos (2001), em que o autocuidado é visto como uma construção mais social do que biológica já que recebem mais interferências dos fatores ligados à convivência dos escolares portadores de DM1 com o meio ambiente social, que tanto modificam quanto podem ser transformados em benefícios ao desempenho dos papéis de autocuidado.

Os papéis de autocuidado listados por Santos (2001) foram adaptados para os portadores de DM1. O cuidado de enfermagem hospitalar serviu de modelo para elaboração teórica, desta forma ensejando a criação de quadros, que contêm as ações de autocuidado espelhadas na totalidade das orientações de enfermagem aos portadores de DM1.

1.1 OS PAPÉIS DE AUTOCUIDADO PARA O ESCOLAR PORTADOR DE DM1

Os papéis de autocuidado tratados neste estudo foram adaptados de Fry apud HILL & SMITH (1990) e readaptados para o desempenho dos papéis de autocuidado para os escolares portadores de DM1.

Categorizados teoricamente por letras, temos: A) Manutenção da Saúde; B) Prevenção de Complicações Agudas e Crônicas do Escolar Portador de DM1; C) Autodiagnóstico e Autotratamento das Complicações Agudas do Escolar Portador de DM1; e D) Participação Ativa em Serviços de Saúde, conforme descritos a seguir:

A – Manutenção da Saúde

Diz respeito à adoção, pelo escolar, de medidas que favoreçam a manutenção da qualidade de vida, a partir de práticas de cuidados à saúde benéfica para qualquer pessoa, sobretudo para o portador de DM1, que deve observá-las rigorosamente, em especial as que se

referem ao controle do peso corporal, à ingestão de alimentos e à realização de atividades físicas.

As ações de autocuidado estão relacionadas, a seguir:

Quadro 1 - Sinopse do papel de autocuidado de manutenção da saúde Rio de Janeiro - 2006

AÇÕES DE AUTOCUIDADO
Manter o peso corporal
Realizar refeições balanceadas e regulares
Praticar atividades religiosas
Realizar atividades de lazer regularmente
Praticar atividade física regularmente
Consultar periodicamente profissionais de saúde
Manter o Esquema de Vacinação atualizado
Combater o estresse com atividades alternativas

Este é o principal papel de autocuidado, considerado como alicerce para os demais. Qualquer escolar, independente de ser ou não portador de doenças crônicas tais como DM1, deve desempenhá-lo visando à manutenção de sua saúde e a obtenção de melhor qualidade de vida.

Os papéis listados no Quadro 1 visam contemplar os aspectos biológicos, sociais, econômicos e espirituais que fazem parte da vida de cada pessoa e que, uma vez harmonizados, promovem não somente a ausência de doença, mas principalmente, o bem-estar físico, mental e espiritual que expressam a qualidade de vida.

A manutenção do peso corporal adequado é a chave da prevenção na presença de várias patologias decorrentes do aumento do peso corporal. Com isto, evita-se o surgimento da obesidade, das dislipidemias e da hipertensão arterial. Portanto, mudanças no estilo de vida propiciam a manutenção da saúde e a ausência de doença.

A atividade física regular proporciona inúmeros benefícios para o escolar portador de DM1 que de imediato favorece a uma diminuição da taxa glicêmica e também a redução da

ansiedade. A ação da insulina apresenta uma melhora significativa, levando, à diminuição dos fatores de risco de doenças coronarianas no futuro.

A utilização regularmente de refeições balanceadas enquadra-se como equilíbrio para a manutenção da taxa glicêmica dentro dos parâmetros normais.

B – Prevenção de Complicações Agudas e Crônicas do Escolar Portador de DM1

Refere-se ao desempenho de práticas específicas que promovem e mantêm o controle glicêmico adequado, minimizando ou impedindo as complicações agudas ou crônicas decorrentes do mau controle glicêmico.

Como eventos agudos, pode-se destacar: a hiperglicemia, cetoacidose diabética; o coma hiperosmolar; a hipoglicemia e a acidose lática; enquanto os crônicos se dividem em complicações microvasculares e macrovasculares.

Quadro 2 - Sinopse do papel de autocuidado de prevenção de complicações agudas e crônicas do DM - Rio de Janeiro - 2006

AÇÕES DE AUTOCUIDADO
Manter horários regulares das refeições
Realizar seis refeições diárias
Cumprir rigorosamente os horários da terapêutica medicamentosa
Realizar automonitoração da glicemia capilar periférica
Registrar os resultados da automonitoração da glicemia
Realizar exames clínicos e laboratoriais de rotina e automonitorar os resultados
Realizar glicemia capilar periférica antes e após da prática de atividades físicas
Conhecimento e uso de alimento que contenha carboidratos
Reconhecer os sinais e sintomas da hiperglicemia
Agir de forma adequada para corrigir as hiperglicemias
Reconhecer os sinais e sintomas da hipoglicemia
Agir de forma adequada para corrigir hipoglicemias
Usar cartão de identificação de portador de DM

Neste grupo de ações, são enfocados os aspectos relacionados à capacidade de compreensão acerca das orientações e cuidados de enfermagem para o autocuidado. Por serem ações repetitivas e diárias que exigirão do escolar uma capacidade de reflexão para a tomada de decisão correta, tanto para a prevenção dos eventos agudos e futuramente dos crônicos como para as intervenções diretas e imediatas para correção dos eventos agudos.

Para tais ações, o conhecimento e o reconhecimento dos sinais e sintomas da hiperglicemia e hipoglicemia, bem como as influências diretas e indiretas da alimentação, dos medicamentos sobre a glicemia devem ser trabalhados e reforçados junto ao escolar, em cada consulta de enfermagem.

Cabe destacar que é fato unânime a dificuldade apresentada pelos escolares, enfrentada no desempenho deste papel, principalmente no que diz respeito aos aspectos nutricionais, que têm no fator sócio-econômico o grande determinante no bom controle glicêmico.

Resgata-se, neste momento, que o enfoque deste trabalho é a prevenção das complicações agudas através dos papéis de autocuidado, e assim, emergindo o distanciamento das futuras complicações crônicas.

C – Autodiagnóstico e Autotratamento das Complicações Agudas do Escolar Portador de DM1

É o desempenho dos conteúdos e o manuseio das informações e orientações a respeito da doença a fim de que as habilidades treinadas possam ser colocadas em prática, face às possíveis complicações; em outras palavras, é o próprio manejo da doença.

Apresenta como base e suporte a prática do desempenho dos dois papéis anteriores, sendo possível identificar ações específicas de prevenção.

Neste momento, o reconhecimento dos sinais e sintomas da hiperglicemia e da hipoglicemia são pontos importantes para a intervenção, como forma de prevenção para o surgimento futuro das complicações crônicas. A realização da glicemia capilar serve de subsídio para correção de um episódio de hipoglicemia – através da utilização do açúcar/alimento doce, ou observado se houve supressão na dieta/ atividade física mais intensa e no caso de uma hiperglicemia – a administração de dose SOS de insulina (regular). Assim como o conhecimento da técnica de auto-ajuste da dose de insulina, conforme automonitoração da glicemia capilar e também observado se houve abusos na dieta. Antes de atividades físicas, também se faz necessária à prática da automonitoração. A aderência e o seguimento do plano terapêutico medicamentoso contribui efetivamente para o controle do DM1, objetivando a manutenção dos níveis glicêmicos dentro dos parâmetros normais.

Quadro 3 - Sinopse do papel de Autocuidado, Autodiagnóstico e Autotratamento das Complicações Agudas - Rio de Janeiro - 2006

AÇÕES DE AUTOCUIDADO
Manutenção dos níveis glicêmicos dentro dos parâmetros normais
Reconhecer os sinais e sintomas da hiperglicemia
Agir de forma adequada para corrigir as hiperglicemias
Reconhecer os sinais e sintomas da hipoglicemia
Agir de forma adequada para corrigir hipoglicemias
Desempenhar técnica correta para o preparo da insulina
Usar a técnica correta para a administração da insulina
Realizar rodízio dos locais de aplicação da insulina
Armazenar de modo correto a insulina
Administrar dose SOS de insulina regular
Reconhecer as alterações do aspecto da insulina
Auto-ajustar as doses de insulina
Realizar glicemia capilar periférica antes e após da prática de atividades físicas
Ter sempre à mão algum tipo de alimento que contenha carboidratos

As ações descritas no quadro acima são aquelas que, somadas às descritas nos Quadros 1 e 2, e compreendidas e desempenhadas de fato, permitirão ao escolar portador de DM1, observados os limites cognitivos de sua faixa etária, conviver com a doença e minimizar o risco de desenvolver futuras complicações crônicas. Todavia, para que ele possa desempenhar plenamente este papel, faz-se necessário que desenvolva e treine habilidades cuja execução pode ser dificultada pelo seu desconhecimento acerca do assunto, exigindo da enfermeira uma ação educativa mais intensificada.

Cabe ressaltar, também, que a superproteção dos pais pode dificultar a autonomia do escolar para o desempenho dos papéis de autocuidado frente à ocorrência de complicações agudas.

D – Participação Ativa em Serviços de Saúde

São todas as ações que incluem o uso, por parte dos escolares portadores de DM1, das estruturas disponíveis de apoio à saúde a fim de que os mesmos se tornem ativos e participantes nas decisões sobre seu tratamento, visando à obtenção e a continuidade da sua independência.

Neste papel, são tratadas a sua capacidade e habilidade em buscar uma participação maior nas atividades educativas, nos programas de atenção aos portadores de DM1, nas consultas multiprofissionais (endocrinologista, oftalmologista, enfermagem, nutricionista, odontologia, serviço social, psicologia,...), e nos trabalhos específicos das Associações de Diabéticos.

Quadro 4 - Sinopse do papel de autocuidado – participação em serviços de saúde Rio de Janeiro - 2006

AÇÕES DE AUTOCUIDADO
Ser membro de Associações de Diabéticos ou similares
Participar das atividades em serviços de saúde
Ser acompanhado em programas de atenção aos portadores de DM1
Comparecer Às Consultas Multiprofissionais: Endocrinologista, Cardiologista, Nefrologista, Oftalmologista, Nutricionista, Fisioterapeuta, Enfermagem, Terapeuta Ocupacional, Odontólogo, Serviço social e Psicólogo.
Buscar os direitos de atendimento, assegurados por lei aos portadores de doenças crônicas, junto aos serviços de saúde.
Participar de forma ativa das associações de Portadores de DM1
Prever a sua necessidade de medicamentos (Insulinas) e insumos (seringas, glucosímetros, tiras reagentes e canetas)
Dialogar a respeito das dúvidas e inseguranças do tratamento, com os profissionais de saúde nas atividades educativas.

As ações a serem desempenhadas neste papel possuem um caráter de exercício da cidadania e de participação social nas discussões de saúde, que possam, de forma organizada, escolher os serviços que melhor atendem às suas necessidades, bem como exigir melhoria de qualidade ou a criação de novos serviços especializados para o atendimento.

1.2 A PIRÂMIDE DE AUTOCUIDADO

Para contemplar o estudo em questão, o modelo denominado “Pirâmide de Autocuidado”, representado de forma esquemática pelo Self-Care Project do Canadá (1997) da *The Healf Care Pyramid*, necessitou de elaboração da pirâmide para este estudo com a finalidade de facilitar a compreensão da dinâmica do autocuidado. O esquema proposto evidencia a necessidade do autocuidado frente a um agravo de saúde, que no caso é o DM. Assim, o autocuidado permanecerá representado no ápice da pirâmide, sendo que em um ângulo estará localizado o escolar portador de DM1/ família /professores, e no outro ângulo, a equipe multiprofissional e o local dos atendimentos que no caso, refere-se ao ambulatório de

Diabetes do IEDE. A elipse que envolve a pirâmide representa os ambientes físico, social e econômico no qual o escolar portador de DM1 está inserido.

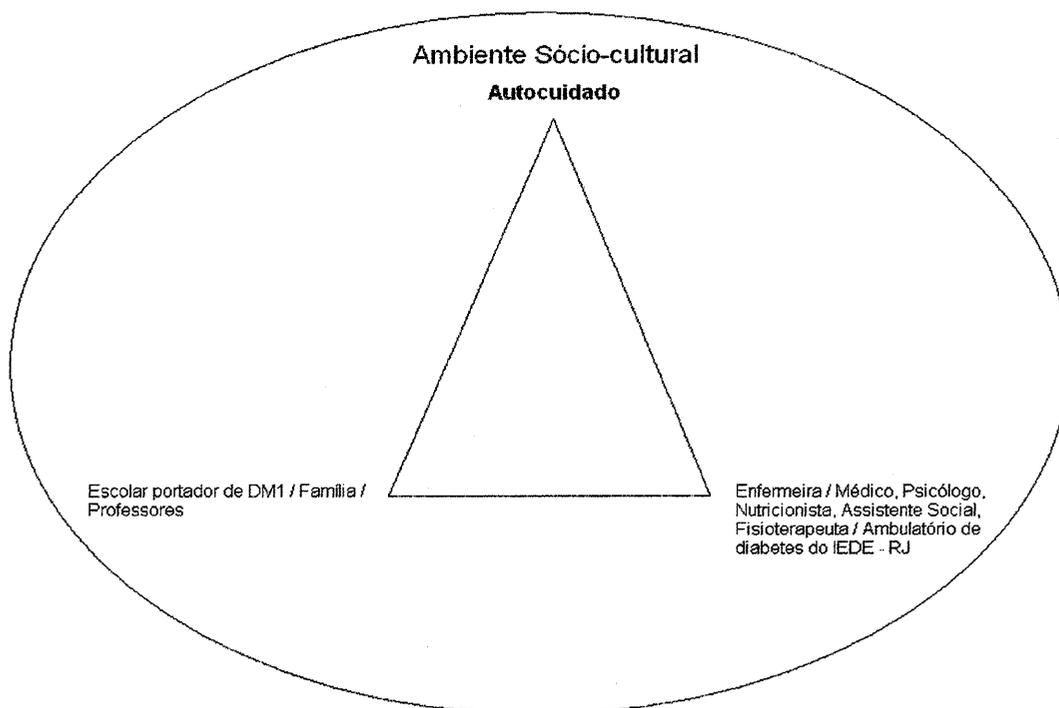


Figura 1 - Pirâmide do autocuidado para escolares portadores de Diabetes Mellitus Tipo 1
Fonte: CANADA. Health Promotion and Programs Branch, Health Canadá. Supporting self-care: the contribution of nurses and physicians. Minister of Public Work and government Services 07 Canada, 1997. p.5. Adaptada por Santos (2001).

1.3 INTERRELAÇÃO DOS CONCEITOS NA PIRÂMIDE DE AUTOCUIDADO

Os conceitos apresentados anteriormente, como base teórica para a discussão do autocuidado, inter-relacionam-se e justapõem-se, como está representado na Figura 2, a seguir.

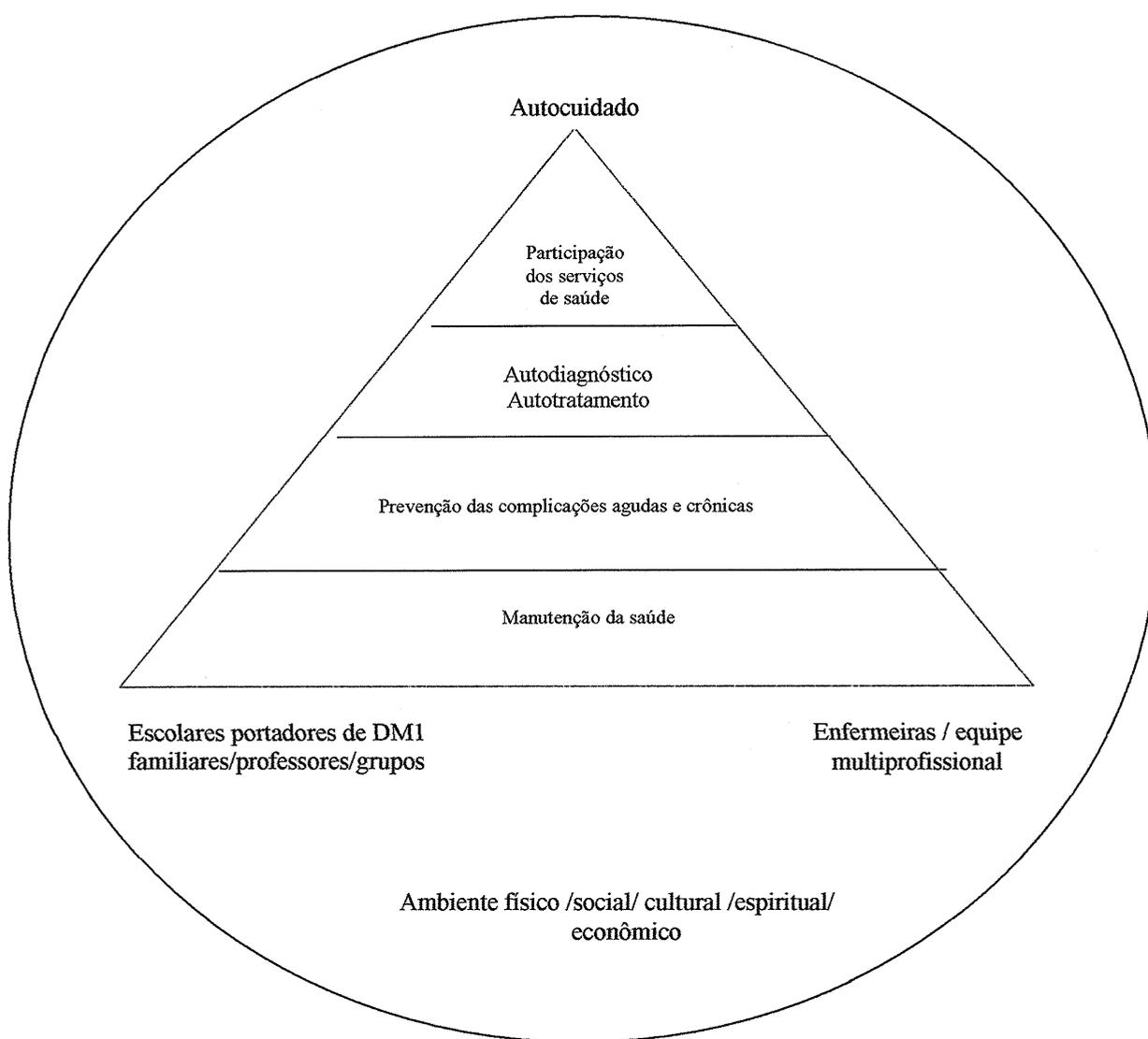


Figura 2 - Interrelação entre os conceitos da pirâmide de autocuidado e os papéis de autocuidado Fonte: Adaptado do Canada Health Promotion and Programs Branch, Health Canada. Supporting Self-care: the contribution of nurses and physicians. Minister of Public Works and Government Services 07, Canada, 1997. p.5.

A representação esquemática tem a finalidade de ajudar a visualização da meta a ser alcançada, quando se trabalha em uma perspectiva de promoção e desempenho para o

autocuidado, tornando possível atingir a independência e a autonomia do escolar portador de DM1 e sua participação ativa ao longo do processo.

Da mesma forma, mostra a superposição de estágios que ajudam a fortalecer os conceitos, as habilidades, as competências dos escolares para o desempenho dos papéis de autocuidado.

É importante sempre reforçar que essa construção tem sua gênese no escolar portador de DM1, inserido em seu ambiente, sendo preciso considerar todas as variáveis que interferem direta ou indiretamente para o desempenho satisfatório dos papéis de autocuidado.

Nos recursos básicos para o autocuidado, aparecem os escolares, familiares, grupos, o enfermeiro e a equipe multiprofissional como atores ativos que interagem e se confrontam para dar equilíbrio; e uma base sólida para a pirâmide, visando à construção de uma filosofia de hábitos saudáveis de vida, impactando diretamente na qualidade de vida do escolar portador de DM1.

Subindo um pouco mais na pirâmide, uma vez constituída uma base sólida de hábitos de saúde saudáveis, encontra-se o espaço da prevenção propriamente dita. Sendo este o patamar primordial para qualquer complicação aguda ou crônica, sendo o controle glicêmico a meta a ser alcançada de forma persistente e contínua, tendo como estratégia os quatro pilares inseridos no tratamento do DM1 e estendidos ao cuidado de enfermagem hospitalar.

O primeiro deles é o estímulo à reeducação alimentar, considerando as reais possibilidades do escolar, tais como hábito cultural e condição socioeconômica.

Apesar de não ser o alvo dessa pesquisa, é relevante refletir que esse pilar tem sido um dos grandes desafios a serem vencidos, uma vez que muitas das orientações padronizadas, com base em pressupostos teóricos, preconizam esquemas de horários e qualidades de alimentos que ainda estão muitos aquém das possibilidades reais dos escolares portadores de DM 1, atendidos nos serviços públicos de saúde.

O segundo pilar que estrutura o plano terapêutico do escolar portador de DM1 diz respeito à atividade física regular que, na maioria das vezes, os familiares referem seus “mitos” e “medos” quando do desencadeamento do DM1 na idade escolar.

O terceiro e o quarto pilares são, respectivamente: a auto-administração correta da insulina, em que o treinamento de habilidades se faz necessário, como também a quebra de tabus e medos pelo uso de insulina; e finalmente, o último pilar, a auto-educação, em que deve ser incentivada a busca de informações a respeito da doença e do seu tratamento.

Esses pilares preparam a base para uma vida de qualidade para o escolar portador de DM1, sendo que a mudança deve ser gradual e contínua, respeitando o tempo de cada escolar e seu desenvolvimento intelectual, cognitivo e psicomotor, favorecendo a maior independência e capacidade de tomada de decisões pertinentes à sua idade e, conseqüentemente, um melhor controle glicêmico.

O próximo patamar configura-se na aplicação de tudo o que foi trabalhado anteriormente com o escolar, agora devidamente instrumentalizado (se assim podemos dizer) para realizar o autocuidado considerando, ademais, que foram identificado também, para fins didáticos, os papéis de autodiagnóstico e autotratamento que lhe proporcionarão autonomia para conviver com o DM1.

O cume da pirâmide é representado pela participação dos serviços de saúde, também presente nos outros patamares, mas que aqui se destaca para dar ênfase à base do autocuidado para o escolar portador de DM1 como forma de sobrevivência e manutenção da vida e, como já citado e reforçado por Caponi (1997), sendo um movimento de baixo para cima, ou seja, do escolar portador de DM1 para os serviços de saúde.

Esse cume aponta para a ponta da pirâmide onde estão representados os recursos básicos para promoção do autocuidado, como produto final e que, de certa forma, retroalimenta o sistema com a participação dos serviços de saúde, tornando-se assim,

parceiros do escolar portador de DM1 nesta construção de independência e autonomia com vista à qualidade de vida, a promoção e manutenção da saúde.

1.4 UM ENFOQUE TEÓRICO DE VIGOTSKY

O pensamento de Lev Semenovich Vygotsky, como fundamentação teórica adotada, emergiu das reflexões durante o processo de construção dessa Dissertação de Mestrado, por apresentar estreita relação com a situação social e permitindo um olhar direcionado para a realidade vivenciada pelos escolares portadores de DM1.

Autor de destaque na área da psicologia da educação faz refletir em seus estudos uma maneira de convergir para intervenção pedagógica. A aplicação institucional no hospital ainda necessita de um maior aprofundamento, contudo alguns de seus conceitos aproximam-se de maneira a contemplar as situações apresentadas neste estudo. O postulado básico da teoria de Vygotsky mostra que a aprendizagem aparece de forma extremamente importante na definição dos rumos do desenvolvimento e que para este estudo está direcionado para o escolar portador de DM1.

A eleição de Lev Semenovich Vygotsky como teórico dessa pesquisa concentra a afinidade nas abordagens no que tange ao objeto e ao sujeito do estudo, permitindo uma visão dialética do problema enfocado. Seus conceitos corroboram a estrutura teórica que verte para a origem social dos processos psicológicos, estimulando a melhor interação do escolar com o seu meio sociocultural.

Nesse sentido, Vygotsky (1991) ressalta a importância da experiência compartilhada, da comunhão de situações, do diálogo, da colaboração, concebendo o aprendizado como um processo de trocas e, portanto, verdadeiramente social. Há que destacar seu entendimento no sentido de que “todas funções no desenvolvimento da criança aparecem duas vezes: primeiro,

no nível social, e, depois no nível individual: primeiro entre pessoas e, depois, no interior da criança”.

Vygotsky (1991) enfatiza que para correlacionar os atos de instruir ou de ensinar uma criança, faz-se necessário que se conheça tudo aquilo que ela já consegue fazer sozinha, valorizando as habilidades já construídas e de domínio, sem ajuda de outro. Este patamar evolutivo é conceituado pelo autor como *nível de desenvolvimento real ou efetivo (NDR)*. Entretanto, as atividades que a criança ainda não é capaz de desenvolver e realizar por si mesma, porém é capaz de fazer com a ajuda de adultos ou crianças mais experientes, integram o patamar conceituado por Vygotsky como *nível de desenvolvimento proximal ou potencial (ZDP)*. Este é o momento favorável para operacionalizarmos transformações, através das intervenções.

Estes conceitos elucidam bem a visão de desenvolvimento: apropriação e internalização de instrumentos proporcionados por elementos culturais de interação, que estando próximas de se completar e/ou se completando, proporcionam novas aprendizagens.

Vygotsky coloca que o comportamento das crianças em situações do dia a dia é, em relação aos seus fundamentos, o contrário daquele apresentado nas situações de brincadeira. A brincadeira cria zona de desenvolvimento proximal da criança que nela se comporta além do comportamento habitual para sua idade, o que vem criar uma estrutura básica para as mudanças da necessidade e da consciência, originando um novo tipo de atitude em relação ao real. Na brincadeira, aparecem tanto as ações na esfera imaginativa numa situação de faz-de-conta, como a criação das intenções voluntárias e as formações dos planos da vida real, constituindo-se assim, no mais alto nível do desenvolvimento escolar.

A interpretação de Vygotsky atribui tanto a atividade lúdica quanto a atividade criativa como alicerces que surgem marcados pela cultura e mediados pelos sujeitos com que ela se relaciona.

A interface com o desempenho dos papéis de autocuidado pelo escolar portador de DM1 mostra-se, com a perspectiva dos conceitos acima, como uma alternativa frente às complicações agudas (hiperglicemia e hipoglicemia), em que há riqueza e abrangência de aspectos a serem considerados, convergindo para que no futuro o escolar atinja a autonomia dos cuidados que deve realizar, estabelecendo uma relação dinâmica entre o desenvolvimento e a aprendizagem.

CAPÍTULO II

REVISÃO DA LITERATURA

2.1 A CRIANÇA NA IDADE ESCOLAR E O DIABETES MELLITUS TIPO 1

2.1.1 A Idade Escolar

A importância de estabelecer uma visão geral do desenvolvimento da criança e do convívio social dela esperado mostra a necessidade de ver por um prisma especial as situações enfrentadas pelos portadores de DM1 no seu cotidiano.

Nesse estudo foi utilizado um critério cronológico adotado pelo Ministério da Saúde (BRASIL, 1996a) para melhor compreensão do universo referente ao desenvolvimento da conduta e da evolução psicológica e social da criança, assim como objetiva facilitar o trabalho dos profissionais que lidam diariamente com a saúde e com a educação.

Idade escolar, anos intermediários da infância, latência, são algumas das denominações dadas à fase da vida que vai dos 6 aos 12 anos de idade. É a época em que a criança começa a estabelecer um relacionamento maior com o mundo que a cerca e aperfeiçoa a sua sociabilidade brincando com outras crianças; significa dizer que além da vida centrada na família, a criança convive numa sociedade separada que se baseia na vizinhança e, posteriormente, na escola. Aos 6 anos, a criança apresenta-se inteiramente capaz de controlar a urina e as evacuações, estando também apta à obediência. Esta idade é marcada fortemente pela entrada na escola.

De fato, é nessa fase que a criança apresenta-se apta à aprendizagem formal, comportando-se com certo grau de docilidade no convívio familiar e social. Por outro lado, interessa-se pelas atividades físicas, revelando um certo prazer, tanto pela escola e pelo convívio com companheiros, como pelos jogos esportivos (COSTA & SOUZA, 1998).

Para Wong (1999), a criança, entre os 6 e os 12 anos, aprende o valor de fazer coisas sozinha, desenvolvendo a capacidade de compreender termos e conceitos de relação e comparação. Seu senso de independência encontra-se em crescimento e, assim, deseja realizar tarefas que tem condições de completar. A socialização do escolar tem início quando ele amplia o seu círculo de relacionamentos, até então centrado nos pais, sendo que uma mudança profunda acontecerá com o ingresso na escola, onde surgirão novas experiências com outras pessoas.

2.1.2 O Diabetes Mellitus

A grande incidência do número de pessoas acometidas pelo Diabetes Mellitus na sociedade atual é incontestável, não afetando somente a população adulta, mas de forma cada vez mais freqüente as crianças na faixa etária dos 6 aos 12 anos, também denominada idade escolar. Observa-se o aumento do fluxo desta clientela, que busca atendimento no IEDE, por se tratar de uma unidade especializada cuja estrutura terapêutica converge para o atendimento dos portadores afetados pelo DM1.

O DM é uma síndrome de etiologia múltipla, decorrente da falta de insulina e /ou da incapacidade da insulina de exercer adequadamente seus efeitos. Caracteriza-se por hiperglicemia crônica com distúrbios do metabolismo dos carboidratos, lipídeos e proteínas. As conseqüências do DM, a longo prazo, incluem danos, disfunção e falência de vários órgãos, especialmente rins, olhos, nervos, coração e vasos sanguíneos.

Muitas das vezes, sintomas clássicos estão ausentes como a perda inexplicável de peso, polidipsia e poliúria, contudo poderá existir hiperglicemia em grau suficiente para causar alterações funcionais ou patológicas por um longo período, antes mesmo que o diagnóstico seja estabelecido (SBD, 2001).

A classificação atualmente recomendada baseia-se na etiologia do Diabetes Mellitus, eliminando os termos “diabetes mellitus insulino-dependente” (IDDM) e “diabetes mellitus não insulino-dependente” (NIDDM).

O Consenso Brasileiro de Diabetes (2001) classifica como Diabetes Mellitus:

- Diabetes Mellitus tipo 1: resultante, prioritariamente, da destruição das células betas pancreáticas, com tendência à cetoacidose. Inclui casos decorrentes de doença auto-imune e aqueles nos quais a causa da destruição das células betas não é conhecida. Ocorre principalmente em crianças e adolescentes devido à deficiência absoluta de insulina.

- Diabetes Mellitus tipo 2: resultante, em geral, de graus variáveis de resistência à insulina e deficiência relativa de secreção de insulina. Na maioria das vezes, está presente o excesso de peso, sendo mais freqüente no adulto. A cetoacidose ocorre apenas em situações especiais, como durante as infecções graves.

- Diabetes Gestacional: é a diminuição da tolerância à glicose, de magnitude variável, diagnosticada pela primeira vez na gestação, podendo ou não persistir após o parto.

- Diabetes Mellitus (outros tipos): decorrem de defeitos genéticos associados com outras doenças ou com o uso de fármacos diabetogênicos.

2.2 AUTOCUIDADO COMO CUIDADO DE ENFERMAGEM

É certo que um portador de doença crônica não perdeu completamente a sua saúde, mas deverá desenvolver a capacidade de adquirir novas habilidades a fim de controlá-la adequadamente, reduzir o risco de complicações e continuar a desempenhar os papéis e as etapas do seu ciclo de vida.

Para efeito deste estudo, o autocuidado pode tornar-se um benefício para esses escolares, de tal maneira que, com informações claras e simples, eles próprios, seus pais e professores possam lidar de forma mais segura com os problemas agudos comuns do DM1.

O autocuidado é uma parte importante da vida de uma pessoa, estando relacionado com a preservação do seu corpo e da sua higidez. Neste contexto, a enfermagem mostra-se importante, uma vez que em seu atendimento deve ver o indivíduo de forma holística, ou seja, como um todo, já que a função da enfermeira é, ao mesmo tempo, assistencial, científica e social (SANTOS, 2001).

Como exemplo mais freqüente da vida dos escolares portadores de uma doença crônica, quando na escola, longe dos cuidados familiares, identifica-se a necessidade do pleno desempenho dos papéis de autocuidado, principalmente o da prevenção das complicações agudas (hiperglicemia / hipoglicemia). É o ponto de partida para um novo direcionamento do cuidado de enfermagem, específicos para esta faixa etária.

Para tanto, as informações sobre promoção do autocuidado devem ser criteriosamente repassadas pela enfermeira, permitindo que os conhecimentos sobre o DM1 sejam compartilhados.

O contato mais freqüente do enfermeiro com a realidade escolar da criança pode tornar-se uma ferramenta eficaz a ser utilizada na promoção do desempenho dos papéis de autocuidado que, segundo Vygotsky citado por Rego (2004, p.126),

o que a criança pode fazer com o auxílio dos adultos poderá fazê-lo amanhã por si só. A área de desenvolvimento potencial permite-nos, pois, determinar os futuros passos da criança e a dinâmica do seu desenvolvimento e examinar não só o que o desenvolvimento já produziu, mas também o que irá produzir no processo de maturação.

Com base neste conceito e por meio do cuidado de enfermagem, também será possível promover conhecimentos que culminem no levantamento e desempenho dos papéis de autocuidado do escolar portador de DM1.

Manutenção da saúde, prevenção das complicações agudas e crônicas, participação ativa nos serviços de prestação de assistência à saúde, são pontos importantes no processo que visa à promoção para o autocuidado. Para tanto, os conhecimentos técnico-científicos acerca do Diabetes Mellitus e da assistência de enfermagem para a promoção do autocuidado, devem

ser compartilhados com os escolares, considerando que o autodiagnóstico e o autotratamento das complicações agudas são ações específicas que eles precisarão desenvolver constantemente. Significa dizer que devem ser capazes de realizar o autodiagnóstico (identificar sinais e sintomas) e o autotratamento, adotando medidas que reverta o quadro apresentado, mediante aplicação de insulina SOS-regular (no caso de hiperglicemia) ou ingestão de alimento doce (no caso de hipoglicemia).

Caponi (1997, p. 55) afirma: “*cuidado com o cuidado!*”, enfatizando a necessidade do cuidado não anular a autonomia do paciente, mas sim, de capacitá-lo para cuidar-se; ou seja, não lhe impor formas preestabelecidas de cuidados. Com este enfoque, o escolar portador de DM1, no contexto do estudo, em especial, deve receber orientações adequadas que lhe dêem condições para a promoção e a condução ao autocuidado em qualquer local ou situação.

2.3 ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM AO ESCOLAR PORTADOR DE DM1 NO IEDE/RJ

O IEDE possui atendimento ambulatorial para crianças, cujo desenvolvimento das atividades estão distribuídas em quatro dias semanais, sendo um pela manhã, quando são atendidos os pacientes da Unidade Insulínica de Tratamento Intensivo - UITI - que têm como conduta terapêutica o Plano de Insulinização Intensiva; e três dias no período da tarde, quando a conduta terapêutica é a convencional.

Em todos os casos são realizadas as consultas de enfermagem, tendo como objetivo desenvolver nos escolares portadores de DM1 a capacidade de maior independência para tomada de decisões e execução de cuidados pertinentes à sua idade, a partir da interrelação com os papéis de autocuidado.

Além da consulta de enfermagem, fazem parte do atendimento ambulatorial as palestras pré-consultas, realizadas por profissionais da equipe multiprofissional da Unidade de

Educação, a saber: médico, enfermeira, nutricionista, assistente social, fisioterapeuta, psicóloga e dentista.

O setor conta diariamente com quatro enfermeiras, sendo que duas estão direcionadas para a consulta de enfermagem; uma enfermeira na Unidade de Educação e finalmente uma outra, responsável pelo gerenciamento do ambulatório. Os demais componentes da equipe de enfermagem – auxiliares e técnicos de enfermagem – estão distribuídos de forma a cumprir o desenvolvimento das atividades de rotina inerentes a cada cargo.

O atendimento ao escolar portador de DM1 deve ser focado de uma forma mais ampla, pois precisamos ajustar as técnicas de cuidado/autocuidado também ao responsável direto, assim como as demais pessoas que fazem parte do convívio deste escolar.

As consultas de enfermagem são realizadas imediatamente após o primeiro atendimento médico, pois, na sua grande maioria, são crianças que já tiveram um atendimento de emergência em outra unidade hospitalar e que, após receberem o diagnóstico, são encaminhadas ao ambulatório do IEDE.

Neste momento, são dadas informações estritamente essenciais ao início do tratamento, sendo agendada a próxima consulta dentro de dois dias aproximadamente, depois de 15 em 15 dias no primeiro mês, chegando a uma consulta mensal, e após a estabilidade do quadro, são agendadas rotineiramente de dois em dois meses.

A parte mais específica da consulta de enfermagem refere-se à educação, pois o esquema terapêutico envolve a coordenação de medicamentos (insulinoterapia), auto-aplicação, automonitoração (glicemia capilar/ glicosúria), hiperglicemia, hipoglicemia, complicações crônicas e indicações de literatura informativa.

As atividades de orientação e o exame físico permitem a aquisição de informações para o sucesso da relação terapêutica. Todos os assuntos abordados são direcionados ao escolar portador de DM1 e sua família, sendo apresentados conteúdos específicos para cada

grupo em separado (criança/adulto). Aspectos sociais de convivência do escolar também são avaliados e analisados com o objetivo de alcançar de forma mais direta uma qualidade de vida melhor.

Através dos atendimentos realizados na consulta de enfermagem e pelos demais profissionais da equipe multiprofissional (médico, nutricionista, assistente social,...), detectou-se que os problemas continuavam, principalmente aqueles ligados à integração do escolar nas atividades fora do domínio familiar como, por exemplo, na escola e na prática de atividades desportivas, das quais muitas vezes, eram impedidos de participar por serem portadores de DM1, fato que despertou a nossa atenção para o estudo da problemática da assistência de enfermagem voltada para a promoção do autocuidado destes escolares.

CAPÍTULO III

ASPECTOS METODOLÓGICOS E OPERACIONAIS

3.1 TIPO DE ESTUDO

Trata-se de pesquisa do tipo descritiva, com abordagem qualitativa, que parafraseando Richardson *et al.* (1999), se baseia na compreensão detalhada dos papéis de autocuidado e das características situacionais apresentadas pelos escolares portadores de DM1 frente às complicações agudas de hiperglicemia e hipoglicemia; e Gil (1999), pois teve como objetivo proporcionar uma visão geral e aproximativa dos papéis de autocuidado daqueles portadores. A metodologia proposta buscou vislumbrar o conhecimento e as dificuldades sociais encontradas pelo escolar portador de DM1.

Flegner & Dias (1994, p.45) afirmam que os estudos descritivos se preocupam com a descrição de um fenômeno, delineando o que é e abordando quatro aspectos: descrição, registro, análise e interpretação de fenômenos atuais, objetivando o seu funcionamento no presente.

Para Lüdke e André (1986), a abordagem qualitativa oferece condições de pesquisar aqueles fatos e fenômenos, verificando como se manifestam nas atividades, nos procedimentos e nas interações cotidianas vivenciadas pelas pessoas.

Minayo (1999) enfatiza que a pesquisa qualitativa responde a questões muito particulares. Ela se preocupa, nas ciências sociais, com um nível de realidade que não pode ser quantificado. Ou seja, trabalha com o universo de significados, motivos, aspirações, crenças, valores e atitudes, o que corresponde a um espaço mais profundo das relações, dos processos e dos fenômenos.

Objetivando buscar um maior detalhamento para descrever este tipo de estudo, Triviños (1990) enfoca a descrição com “exatidão” de fatos e fenômenos de determinada

realidade; no estudo qualitativo, as descrições dos fenômenos estão impregnadas de significados que o ambiente lhes outorga.

3.2 CENÁRIO DO ESTUDO

Para o cenário do estudo foi contemplado o ambulatório de Diabetes do IEDE, no Rio de Janeiro, destinado à clientela infanto-juvenil. Deve-se ressaltar que este cenário está inserido no Ambulatório voltado para o atendimento de adultos.

A propósito, as atividades de enfermagem desenvolvidas neste local estão descritas detalhadamente no item 2.4 deste estudo.

3.3 ESCOLHA DOS SUJEITOS

Para efeito deste estudo, teve-se como critério a escolha de crianças de ambos os sexos, na faixa etária de 6 a 12 anos, definida como idade escolar, portadoras de DM1, acompanhadas no ambulatório de Diabetes do IEDE, destinado à clientela infanto-juvenil.

O levantamento dos escolares portadores de DM1, atendidos no Ambulatório de Diabetes do IEDE destinado à clientela infanto-juvenil, foi baseado no Cadastro do Serviço de Documentação Médica, levando em consideração àqueles que se inseriam na faixa etária delimitada para a pesquisa. Assim, obteve-se o quantitativo de 69 escolares. A seleção final dos participantes do estudo ocorreu por sorteio, a partir da Tabela de Números Aleatórios (Apêndice B) (SESI, 2003).

A tabela aleatória é formada por tábuas, constituídas por números apresentados em colunas em duas páginas consecutivas.

A utilização da Tabela de Números Aleatórios consiste em iniciar por um ponto de partida escolhido ao acaso. Desta forma percorreu-se a lista de números aleatórios da direita para a esquerda parando ao acaso, na 5ª. Coluna (22222), a seguir procede-se o movimento na

posição vertical de cima para baixo, parando ao acaso na linha 28, sendo encontrado o número 49502 resultado do encontro da 5ª. Coluna com a linha 28. A partir do ponto encontrado percorreu-se de cima para baixo até o final da página e reiniciando no topo da lista, na coluna seguinte.

Foram sorteados 10 participantes conforme preconizado pela técnica de aplicação do grupo focal.

Selecionou-se do 1º ao 10º que corresponderam a 49, 59, 47, 12, 50, 02, 13, 32,08 e 19 da lista dos escolares atendidos no ambulatório.

No sorteio, um número excedente de escolares foi selecionado, passando a compor a lista de suplentes, que consta da média correspondente a 20% do número de escolares sorteados para participar do trabalho.

Apesar de ter se realizado este tipo de sorteio, na prática, a seleção dos escolares não obedeceu a uma regra mecânica, mas resultou de uma avaliação da relevância da representatividade social (não estatística) daqueles escolares. No plano do rigor científico, todos foram considerados representativos, já que pertenciam ao mesmo grupo e eram atendidos pelos mesmos profissionais.

Em seguida, os escolares selecionados foram avisados sobre os dias, local e hora da realização da atividade educativa grupal.

Dos dez escolares sorteados para participar do estudo, um escolar faltou no primeiro grupo e na composição do segundo grupo, um escolar não desejou participar do grupo focal (a recusa do escolar em participar do estudo foi sempre respeitada, mesmo que os pais e/ou responsável legal tenha autorizado sua participação). Conseqüentemente, os oitos escolares restantes formaram dois grupos distintos composto por quatro participantes cada.

Para garantir o anonimato e o sigilo das falas, o nome de cada escolar portador de DM1, foi substituído por pseudônimos, valendo-se dos nomes de personagens de histórias

infantis, assim denominados: Magali, Mônica, Cebolinha, Minnie, Peter Pan, Rapunzel, Luluzinha, e Mickey. Na ocasião da escolha dos pseudônimos não foi estabelecido nenhum critério específico para nomeá-los.

**Quadro 5 – Perfil dos escolares portadores de DM1 participantes da pesquisa
Rio de Janeiro – 2006**

Escolar	Idade	Escolaridade	Tempo de Diabetes	Pseudônimo
C.S.P.T.	11	5ª. Série	2 anos	Magali
E.S.G.	07	1ª. Série	3 anos	Mônica
F.P.S.J	09	3ª. Série	1 ano	Cebolinha
R.T.S.J.	11	4ª. Série	4 anos	Minnie
Y.D.P.	11	5ª. Série	4 anos	Peter Pan
A.C.S.	12	6ª. Série	5 anos	Rapunzel
R.P.L.A.R.	10	4ª. Série	1 ano	Luluzinha
S.A.M.C.N.	11	5ª. Série	4 anos	Mickey

3.4 COLETA DE DADOS

A aplicação da entrevista não diretiva e da observação, conforme aponta Thiollent (1982, p.80), procedeu-se à coleta de dados, que foi realizada através da utilização da técnica de grupo focal em oficina de autocuidado.

3.4.1. Técnicas de Coleta de Dados

3.4.1.1 A entrevista não diretiva

Para este estudo, foi utilizada como técnica de trabalho a entrevista não-diretiva, cujo objetivo foi coletar opiniões e informações dos escolares portadores de DM1 em relação ao desempenho dos papéis de autocuidado, direcionado para a prevenção das complicações agudas (hiperglicemia e hipoglicemia).

Para alcançar os objetivos da pesquisa, foi constituído como instrumento de coleta um roteiro de entrevista (Apêndice A) que, segundo Minayo (1999), deverá conter apenas alguns itens que se tornem indispensáveis para o delineamento do objeto, em relação à realidade empírica, observando-se que o roteiro é sempre um guia, nunca um obstáculo; portanto, não pode prever todas as situações e condições de trabalho de campo.

3.4.1.2 Grupo Focal em Oficina de Autocuidado

Esta dinâmica foi utilizada por possibilitar um fórum de discussões voltadas para a construção de um conhecimento coletivo acerca do DMI (MACHADO, 2004).

Segundo Cotrim (1996), o grupo focal pode ser considerado uma espécie de entrevista de grupo, embora não no sentido de ser um processo onde se alternam perguntas do pesquisador e resposta dos participantes. Diferentemente, a essência do grupo focal consiste justamente em se apoiar na interação entre seus participantes para colher dados, a partir de tópicos que são fornecidos pelo pesquisador. Uma vez conduzido, o material obtido vai ser a transcrição de uma discussão em grupo, focada em um tópico específico (por isso grupo focal).

Foi necessário estabelecer critérios diferenciados, quanto ao número de participantes que, segundo Machado (2004), é de 8 a 12 na dinâmica do grupo focal. Porém a faixa etária dos sujeitos da pesquisa (6 a 12 anos) mereceu alteração para o número de 4 a 5 escolares, para viabilizar a participação de todos e o bom aproveitamento desta técnica.

A formação dos grupos deu-se a partir dos 8 (oito) escolares (descritos no item 3.3), com idades entre 7 e 12 anos (média de 9,5 anos), sendo 5 do sexo feminino e 3 do sexo masculino, distribuídos 4 escolares para cada grupo.

Os encontros aconteceram na sala de educação do Ambulatório de Diabetes: o primeiro grupo aconteceu no dia 07 de junho de 2006 e o segundo grupo no dia 08 de junho de 2006, ambos das 10:00h às 11:00h.

O local (ambiente) escolhido para o encontro dos grupos foi à sala de educação do ambulatório de Diabetes/IEDE, por reunir as condições apropriadas, tais como boa iluminação, ventilação, cadeiras estofadas e espaço adequado para a realização deste tipo de atividade.

Outro critério estabelecido para a técnica de grupo focal, diz respeito ao tempo de duração de cada encontro que convencionalmente, fica em torno de 60 a 90 minutos, contudo novamente senti a necessidade de adaptar este tempo para 40 minutos, evitando com isto a dispersão dos escolares.

A participação do observador (enfermeiro e mestrando da Escola de Enfermagem Ana Nery /UFRJ, tendo em vista sua experiência com essa clientela) na dinâmica do grupo focal foi de suma importância não somente pelo auxílio logístico (material de gravação, controle do horário e captação das reações), mas pela sua principal função que corroborou neste estudo com o controle do desempenho da pesquisadora, avaliação, intervenção e orientações.

No primeiro encontro, adotamos a organização das cadeiras dispostas em círculo para estabelecer um clima menos formal. Desta maneira, iniciei com a minha apresentação e do observador, explicando o motivo daquele e dos futuros encontros. Nesse encontro, as questões do roteiro de entrevistas foram trabalhadas com os escolares portadores de DM1.

A dinâmica dos encontros foi gravada em fitas magnéticas mediante o consentimento do responsável legal – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice C), assim como de cada escolar (Apêndice D).

O número total de encontros de cada grupo foi de três (3):

1º.) Introdução do tema, sendo levado em consideração o surgimento do desempenho dos papéis de autocuidado relativo às categorias;

2º.) Aprofundamento das questões emergentes do primeiro momento, onde foi vislumbrada a realidade, principalmente para o desempenho dos papéis de autocuidado frente às complicações agudas (hipoglicemia e hiperglicemia); e

3º.) Momento para validação dos resultados.

Ao final do primeiro encontro de ambos os grupos e da produção dos dados, foi apresentado o filme “Super Mellitus” (produzido pela Secretaria Estadual de Saúde do Estado do Ceará). Cabe ressaltar que o filme não foi utilizado como instrumento para o desenvolvimento da dinâmica do grupo focal, porém como atividade lúdica e de descontração para finalizar o encontro.

3.4.1.3 A observação

A observação foi outra técnica utilizada, conjugada com a entrevista. Para registro destas observações, foi utilizado um diário de campo onde foram lançadas anotações importantes e significativas, garantindo a naturalidade de interação entre a pesquisadora e os escolares portadores de DM1.

3.4.2 Instrumento para Coleta de Dados

Baseado na explicação de Thiollent (1982), as informações coletadas no roteiro de entrevista foram *factualis* (idade, sexo, nível de instrução, glicemia capilar, hemoglobina glicosilada); *perceptivas* (as maneiras preconceituosas ou não, em geral pré-conscientes, dos escolares despreverem os elementos que levem aos papéis de autocuidado); *opinativas* (que se concentraram em torno das preferências ou escolhas feitas conscientemente em torno dos papéis de autocuidado); *atitudinais* (que remetem a disposições mais profundas e menos

conscientes do que as opiniões, mas se manifestam subjacentemente ao conjunto de opiniões sobre a condição de portador de DM1 e sua interferência nos papéis de autocuidado do escolar), e *reativas*, (recolhida por encobrir o contorno da fala, da expressão, enfim, da reação do desempenho dos papéis de autocuidado).

A entrevista não-diretiva, conforme aponta Thiollent (1982, p.80), foi realizada em grupos focais, utilizados neste estudo para identificar atitudes e comportamentos dos escolares, que acabaram emergindo de suas falas.

3.5 ORGANIZAÇÃO DOS DADOS

A produção dos dados foi definida após o início da coleta, sendo posteriormente realizada a organização dos mesmos.

Para a organização dos dados procedeu-se à categorização horizontal das respostas, agrupadas de acordo com as categorias e subcategorias pertinentes às falas.

Esta etapa de categorização dos dados se obedeceu às recomendações de Minayo *et al.* (2001) e consistiu em descobrir os núcleos de sentido das falas cuja presença ou frequência significaram a descrição das categorias teóricas de papéis de autocuidado apresentadas nos quadros 1,2,3 e 4 (item 1.1) e suas subcategorias traduzidas em itens e ações de autocuidado.

As categorias e subcategorias foram apresentadas obedecendo à classificação progressiva dos papéis de autocuidado. Para este procedimento, Richardson *et al.* (1999) recomendam observar o seguinte:

- *Exaustividade*: cada categoria estabelecida permitiu a inclusão de todas as subcategorias e dos itens relativos aos papéis de autocuidado;

- *Exclusividade*: nenhuma subcategoria pode ser classificada em mais de uma categoria. Procuramos defini-las de forma que não estivessem presentes em mais de uma categoria;

- *Concretude*: as categorias abstratas foram classificadas em subcategorias tornando-as mais concretas, tendo em vista a sua complexidade e diversificação de significados que poderia suscitar interpretações ambíguas;

- *Homogeneidade*: as categorias basearam-se no conteúdo advindo da assistência de enfermagem para o autocuidado e da literatura científica obedecendo a este princípio de classificação;

- *Objetividade e fidelidade*: definimos os conteúdos das subcategorias de forma que ficasse óbvia a sua inclusão naquela determinada categoria.

Todos estes critérios observaram a pertinência, que diz respeito à adequação do material produzido aos objetivos da pesquisa.

3.6 ANÁLISE DOS DADOS

A análise e a discussão dos resultados da pesquisa emergiram da análise temática, favorecendo as inferências pertinentes ao referencial teórico utilizado na pesquisa (MINAYO, 1999).

A forma de análise dos dados coletados e a organização e leitura da transcrição das falas possibilitaram a manutenção, dentro da lógica, do conhecimento dos escolares sobre o DM1, o autocuidado e a relação entre ambos, e a interação/integração no ambiente social.

A análise dos dados significou trabalhar todo o material obtido durante a pesquisa, ou seja, as falas, as observações do encontro no grupo focal e as demais informações disponíveis sobre os aspectos sócio-demográficos, conforme recomendações de Ludke e André (1986).

A pré-análise consistiu na escolha dos documentos (prontuários e seu conteúdo clínico) como parâmetro para as falas dos escolares sobre os papéis de autocuidado. Uma vez escolhidos, foram analisados e interpretados através do levantamento das questões sobre a problemática vivenciada pelo escolar portador de DM1 e o desempenho dos papéis de

autocuidado frente à hiperglicemia e a hipoglicemia, a partir das categorias horizontais elaboradas à luz das fontes secundárias (ECO, 1985).

A elaboração dos indicadores que orientaram a interpretação final foi decomposta nas tarefas sugeridas por Minayo (1999):

Leitura flutuante do conjunto das comunicações, em que houve contatos exaustivos com o material da transcrição das falas gravadas no grupo focal, deixando-se impregnar por seu conteúdo, estabelecendo uma dinâmica entre o objeto e o referencial teórico relacionado com os papéis de autocuidado e a abordagem de Vigotsky (1991) e seus conceitos sobre a zona de desenvolvimento proximal do escolar relacionado ao tema. A leitura e a exposição exaustiva e progressiva possibilitaram-nos ultrapassar a sensação de caos inicial, reformulando e adequando a organização das categorias teóricas, com isso melhorando a sua concretude.

A constituição do *corpus* deu-se mediante a organização do material de maneira a responder a algumas normas de validade, tais como a exaustividade, a representatividade social do universo apreendido (THIOLLENT, 1982; MINAYO, 1999), a homogeneidade e a pertinência na adequação dos documentos analisados ao alcance dos objetivos da pesquisa.

A fase pré-analítica permite que a pesquisa tenha um determinante como de registro (palavra-chave ou acontecimentos), a unidade de contexto (delimitação do contexto de compreensão da unidade do registro), os recortes, a forma de categorização, a modalidade de codificação e os conceitos mais teóricos que orientarão a análise.

Posteriormente à análise das informações, e ainda referindo Minayo (1999), realizou-se a fase de exploração do material, que consiste de forma essencial na operação de codificações, seguida da escolha das regras de contagem, uma vez que tradicionalmente ela constrói índices que permitem alguma forma de quantificação.

Em seguida, foi realizada a classificação e a agregação dos dados, propiciando a escolha das categorias teóricas que comandaram a especificação do tema sobre os papéis do autocuidado para o escolar portador de DM1, frente às complicações agudas (hiperglicemia e hipoglicemia).

3.7 ASPECTOS ÉTICOS E LEGAIS

Inicialmente, cabe ressaltar que os aspectos estabelecidos são pertinentes as quinze Diretrizes Éticas Internacionais (CABRAL, 2002) para a pesquisa envolvendo seres humanos, mais especificamente pesquisas com pessoas pertencentes ao grupo de vulneráveis como, no caso desta pesquisa, as crianças em idade escolar.

Conforme a Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 1996b), o projeto foi submetido ao Comitê de Ética da instituição de saúde pública especializada, sendo aprovado (Anexo A).

Importante salientar que não houve ônus financeiro para os escolares portadores de DM1 quanto aos encontros, sendo estes agendados quando da sua vinda à instituição para consultas, exames ou qualquer outro procedimento.

CAPÍTULO IV

RESULTADOS: ORGANIZAÇÃO, ANÁLISE E DISCUSSÃO

4.1 CARACTERIZAÇÃO DOS SUJEITOS

Para melhor vislumbrar a representatividade dos escolares escolhidos, procedi à elaboração de um perfil sócio-demográfico do atendimento das crianças portadoras de DM1 no ambulatório de diabetes, sendo explorados os dados passíveis de levantamento no Setor de Documentação Médica do IEDE.

Inicialmente fiz um recorte, tendo utilizado como critério o escolar matriculado há mais tempo para tratamento no IEDE, isto se deu após análise nos prontuários, onde constatei que o recorte seria a partir dos 4 últimos anos, sendo que um escolar do grupo teve desenvolvido o diabetes há 5 anos, porém somente há 1 ano faz tratamento no IEDE.

O levantamento do número de crianças matriculados no IEDE neste período de 4 anos, após consulta no setor de Documentação Médica, está disposto na Tabela 1 (Apêndice E). A distribuição das crianças em relação ao sexo demonstrou um relativo equilíbrio entre o número de inscritos, sendo evidenciado 21 escolares para o sexo feminino e 22 para o masculino, no que se refere ao atendimento ambulatorial.

A propósito, foram realizados no Ambulatório de Diabetes Mellitus Infanto-Juvenil do IEDE os seguintes atendimentos:

- Consultas médicas: em 2003 – 803; em 2004 – 903; em 2005 – 582 e em 2006 – 409.
- Consultas de enfermagem: em 2003 – 123; em 2004 – 131; em 2005 – 82 e em 2006 – 71.

Para contextualizar os sujeitos da pesquisa no universo de atendimentos do Ambulatório de Diabetes Infanto-Juvenil, procedeu-se ao levantamento da lista de novos

inscritos de janeiro de 2003 até maio de 2006, já que nesse período de atendimento foram detectadas dificuldades dos sujeitos em relação ao desempenho dos papéis de autocuidado às complicações agudas de hipoglicemia e hiperglicemia.

4.2 CATEGORIZAÇÃO DOS DADOS

Os dados foram coletados, organizados e analisados com vistas à construção de categorias teóricas descritivas que correspondessem aos papéis de autocuidado, como se segue:

4.2.1 Categoria 1 – Manutenção da Saúde

A Categoria 1, denominada Manutenção da Saúde que subdividida nas subcategorias resultou em: a) desenvolvimento proximal intelectual, cognitivo e psicomotor; b) alimentação balanceada e regular; c) lazer; d) atividade física; e e) reações emocionais à doença.

Houve predominância do item “a” relacionado ao **desenvolvimento intelectual, cognitivo e psicomotor**, já que seis (6) escolares mencionaram a escola como o lugar onde estão presentes as diferenças de sua integração social com o corpo social da escola, proveniente da sua condição de portadores de DM tipo 1:

[...] Onde eu morava todo mundo já sabia, agora que eu mudei! [...] mais é na escola [...]. (Minnie, 11 anos)

[...] Todo mundo sabe na minha escola, minha mãe falou para a diretora. Aí todo mundo soube na escola [...]. (Cebolinha, 09 anos)

[...] na escola pior todo mundo comendo bala na frente [...]. (Peter Pan, 10 anos)

[...] na escola é a mesma coisa, tem que ficar em um canto onde a gente não vê, pra não se prejudicar, isto é muito ruim!! [...]. A minha professora também sabe! [...]. (Rapunzel, 12 anos)

[...] A minha também [...]. (Peter Pan, 11 anos e Mickey, 11 anos)

[...] Os professores perguntam se eu estou me cuidando, tomando tudo certinho [...]. Na escola eu tive hipoglicemia [...]. Na escola, meu professor está sempre preocupado comigo. Na aula ele pergunta dez vezes se estou bem [...] isto é bom, mas às vezes me incomoda [...]. acho que ele tem medo [...]. (Mickey, 11 anos)

[...] na escola eu falo com a professora, aí ela pega na cantina duas balas de mel [...]. (Rapunzel, 12 anos)

[...] na escola, a tia Beth contou para a tia Vânia e para a Célia, professoras da escola [...] sabem que eu não posso comer açúcar [...]. (Mônica, 07 anos)

O item “a” desenvolvimento proximal intelectual, cognitivo e psicomotor foi acrescentado a categoria 1, como elemento que emergiu das falas dos escolares.

Houve referência ao conhecimento do professor sobre a não ingestão de açúcar (alimento doce) como parte da prevenção da hiperglicemia.

Mônica apresentou resultado de glicemia capilar pós-prandial no dia do encontro de 482 miligramas por cento, ultrapassando três (3) vezes o valor considerado desejável como objetivo do seu controle metabólico que é de 160 miligramas por cento podendo elevar ou diminuir esse alvo em 20 por cento. Percebemos uma contradição ou conflito entre o conhecimento evidenciado sobre a prevenção da hiperglicemia e o seu próprio resultado.

Segundo preconiza a SBD (2001), a glicemia pós-prandial após 2 horas é de 140 miligramas por cento, porém em caso de crianças é aceitável o valor de 160 miligramas por cento pela grande possibilidade de ocorrer episódios de hipoglicemia.

Pina (1998) ressalta que o escolar portador de DM1 não deve ser tratado de modo diferente dos outros escolares. Adaptado o tratamento do DM à rotina escolar e estabelecido o intercâmbio de informações com o professor, as expectativas em relação ao sucesso escolar deverão ser iguais as das outras crianças.

Podemos visualizar as limitações impostas pelo controle do DM, dentro de uma relação direta com as restrições da dieta, tornando-se transparente a dificuldade que o escolar portador de DM1 enfrenta na participação e integração nas atividades festivas e na manutenção dos itens “b” alimentação balanceada e regular e “c” - o lazer, onde houve forte

relação ao conhecimento sobre hipoglicemia e hiperglicemia no desempenho desta subcategoria – o lazer, conforme se evidencia nas falas a seguir:

[...] nas festas você leva na bolsa e faz rapidinho, só [...]. (Magali, 11 anos)

[...] na festa também não interfere não [...]. (Minnie, 11 anos)

[...] quando vou para as festas... se der alta eu não como um pedacinho de bolo, se der baixa eu como um pedacinho de bolo [...]. (Cebolinha, 09 anos)

[...] não pode comer doces nas festas, isto é ruim [...]. (Peter Pan, 11 anos)

[...] nas festas, a mesma coisa, é horrível! [...]. (Rapunzel, 12 anos)

[...] nas festas eu vou, mas comer o bolo das festas não pode [...]. (Luluzinha, 10 anos)

[...] porque quando tem festa e tem bolo os outros comem e todo mundo fica falando: não pode comer, não pode comer...porque se não vai aumentar ela [...]. (Mickey, 11 anos)

Nesta subcategoria, Mônica, através de gestos com as mãos, manifestou o desejo de não expor seu depoimento, evidenciando uma dificuldade no desempenho do papel de autocuidado de manutenção da saúde relacionado ao **item “b”** – alimentação regular e balanceada e **“c”** – lazer.

Vygotsky (1999) acredita que a palavra possui um significado que se refere a um conceito que, por sua vez, é influenciado pelo intelecto e pelo afeto. Dessa forma, permite seguir desde necessidades e impulsos até a direção específica tomada por pensamentos, bem como o caminho inverso, desde a formação do pensamento até o comportamento.

Nos depoimentos fica evidenciado a frustração pela restrição imposta pela não ingestão do alimento doce. Na maioria das vezes, as guloseimas, fazem parte do dia a dia neste período da vida compreendido como idade escolar.

Zanetti (1996) cita a dieta como um dos pontos de maior resistência de adesão ao tratamento, sendo a restrição mais difícil a de não ingestão de alimentos doces.

O autor ainda refere, em sua pesquisa, através do relato de algumas mães de crianças portadoras de DM1, que seus filhos deixaram de participar de reuniões festivas onde existe uma concentração de carboidratos de absorção rápida, tais como doces, balas e chocolates

Ghelman (2000) descreve que negar a possibilidade de comer um biscoito doce, um pedaço de bolo, um refrigerante não dietético deixa um sentimento de diferenciação perante as outras crianças.

Santos (2001) registra, em seu estudo, que o seguimento do regime dietético possui conceitos errôneos, que traduzem a possibilidade de manter a saúde como sinônimo de sacrifício.

Conhecimento sobre hipoglicemia e hiperglicemia na atividade física, configurando outra subcategoria – **item “d”** evidenciada nos papéis de autocuidado de manutenção da saúde das quais os 3 escolares participantes revelam em suas falas que o controle desta atividade está circundado por tabus, medos e desconhecimento da associação terapêutica a realização de atividades físicas regulares:

[...] A minha mãe proibiu porque estava baixando demais e ela estava com medo e aí uma vez eu estava me sentindo bem, aí eu fiz educação física, mas fiz pouco, brinquei não corri muito, eu até moderei [...]. (Rapunzel, 12 anos)

[...] Ninguém me proibiu de fazer educação física, porque as pessoas dizem que eu não posso fazer exercício físico, eu não posso correr muito, aí minha mãe disse; tem que fazer. Educação física a médica disse que era para fazer 2 horas de educação física [...]. (Luluzinha, 10 anos)

[...] Na escola, faço educação física mais meu professor está sempre preocupado comigo. Na aula ele pergunta 10 vezes se estou bem... isto é bom... mais às vezes me incomoda... acho que ele tem medo [...]. (Mickey, 11 anos)

Também emergem nas falas acima, a participação dos familiares (mães) e também do professor.

Zanetti (1996) desvela as dificuldades relacionadas às atividades escolares, onde em seus estudos as mães relatam insegurança, principalmente quanto aos episódios de

hipoglicemias ocorridos na escola, acreditando que os professores não estão preparados para resolver a situação.

Santos (2001) descreve que a prática de exercícios físicos é benéfica para os portadores de DM1. O exercício físico resulta da queima da glicose no sangue, o que diminui os níveis glicêmicos, enfatizando para o retardamento ou o não surgimento das complicações crônicas.

Oliveira (1999) demonstra, na prática, para os adolescentes que com a caminhada houve a evidência de que o valor da glicemia mostrou-se mais baixo, o que ocorreu na maioria dos casos, fato esse provou a importância da atividade física e o controle metabólico.

Exercícios físicos constituem ação importante do desempenho dos papéis de autocuidado para o tratamento do DM1; todavia, é fundamental que o escolar portador de DM1 conheça os efeitos do exercício físico, as recomendações e os cuidados necessários para prática de atividade física.

As reações emocionais à doença, identificadas no estudo, também emergiram das falas dos escolares portadores de DM1, classificadas como **item “e”**.

Os oito escolares portadores de DM1 apontaram dificuldades no desempenho do autocuidado, onde através das reações emocionais expressadas abaixo por Minnie, Luluzinha, Mickey e Rapunzel:

Na hora do jantar eu faço o teste e dá alta, né 244/210, aí fica muito alta...Fico com medo [...] (Cebolinha – 09 anos)

Eu não gosto que ninguém saiba não. Eles ficam perguntando...Ah! é ruim, é ruim não comer doces, fico muito triste [...]. (Minnie – 11 anos)

No começo, claro que eu não gostei, fiquei muito chateada por ser... e foi horrível, dá vontade de sumir [...]. (Luluzinha – 10 anos)

Ah! Fico triste... Na escola os outros podem fazer um lanche, na rua também e fica pior quando os outros te oferecem. Tenho uma colega da sala que é diabética, ela também, às vezes fica triste.... Às vezes eu fico nervoso. É um pouco chato ficar toda hora anotando 200 e pouco ou 300 e pouco. Na escola, faço educação física mais meu professor está sempre preocupado comigo. Na

aula ele pergunta 10 vezes se estou bem... isto é bom mais às vezes me incomodaacho que ele tem medo. (Mickey - 11 anos)

Ah! Pra mim é difícil, porque eu fico muito com depressão porque a gente vê e não pode comer... aí se isola....na escola é a mesma coisa tem que ficar em um canto onde a gente não vê pra não se prejudicar, isto é muito ruim... nas festas, a mesma coisa, é horrível!... Tem coisas que me incomodam muito...E também é que quando as pessoas sabem disso, algumas né, outras não, é que ficam olhando a gente como coitadinho e ninguém gosta de ser coitadinho... isto me incomoda.... Eu me acho feia, eu me acho gorda, eu me acho horrível! [...]. (Rapunzel - 12 anos)

Chiozza (1997) faz alusão à psicanálise dos contos de fada, utilizando-se da figura do conto infantil Joãozinho e Maria para se reportar às fantasias inconscientes regressivas que expressa e que relaciona com a representação do imago mãe enjoativa no DM.

Acho que sim, porque na escola tenho que fazer a glicemia, isto é chato... Ah!... porque eu vou ficar falando, vão pensar que eu estou dando uma de coitadinha, aí eu não gosto... dá raiva[...]. (Magali - 11 anos)

Não...Eu não gosto de falar para todo mundo que eu sou diabética. Eu fiquei internada e irritada, porque minha glicemia só ficava no 500 [...]. (Mônica - 07 anos)

Chiozza (1997) associa a figura da madrasta má, como representante de um abandono materno filicida, significando a perda do alimento, em que o estado paupérrimo e as migalhas de pão são os hidratos de carbono. Essa situação é negada pela figura da casinha de doce, mas reaparece na figura da bruxa faminta. Conclui que tanto a madrasta má quanto a bruxa são representações da imago mãe má enjoativa, pois a bruxa que engorda para comê-las, antes se deleitou por agarrá-las. Explica que o final feliz em que as crianças enganam a bruxa e ficam com o seu ouro é o cumprimento de desejos, que encobre a gênese traumática, a submissão da imago mãe enjoativa e tanática como aborda Peter Pan:

Claro, a gente não pode comer doces nas festas, isto é ruim... na escola pior todo mundo comendo bala na frente.... fico até com pena.... pena de mim mesmo... eu fico.. Eu fico com raiva, porque quando ela está alta, eu tenho que ficar dando injeção, dá uma raiva... Eu não... Eu aplicava, aí um dia doeu, nunca mais apliquei, fiquei com trauma...Pavor. (Peter Pan - 10 anos - raiva)

Estas falas revelam que o DM tipo 1 é um fator que delimita o desenvolvimento das relações sociais, convergindo para um estado de baixa-estima. Os portadores de DM tipo 1 tendem a levar um controle metabólico fraco, apresentando problemas de aderência ao tratamento e dificuldades psicossociais, desde que não sejam consideradas as reações emocionais (DELAMATER *et al.* 2001).

O termo reação emocional à doença pode suscitar controvérsias, tendo em vista sua inclusão na categoria de manutenção da saúde. Todavia, Canguilhem (1995) destaca que o DM pode ser compreendido como uma continuidade entre os fenômenos normais e patológicos, admitindo uma diferença qualitativa nos mecanismos e nos produtos das funções vitais no estado patológico e no estado normal.

Nesse caso, Santos (2001) descreve que a doença difere da saúde, assim como o patológico do normal, de forma que as variações quantitativas do fenômeno fisiológico são para mais ou para menos, designados a partir de hiperglicemia ou hipoglicemia, conformando os fenômenos patológicos dos escolares, caso em que se exemplifica bem o DM, que é um distúrbio de uma função normal.

4.2.2 Categoria 2 - Prevenção de Complicações Agudas e Crônicas do DM na Hipoglicemia e Hiperglicemia

A Categoria 2, denominada Prevenção de Complicações Agudas e Crônicas do DM na Hipoglicemia e Hiperglicemia, foi subdividida nas subcategorias: a) conhecimento e uso de alimento que contenha carboidratos e b) automonitoração da glicemia capilar periférica.

Na categoria teórica do papel de autocuidado na prevenção de complicações agudas e crônicas do DM na hipoglicemia e hiperglicemia emergem como subcategoria das falas dos escolares portadores de DM1 o conhecimento sobre o uso de alimento doce para a correção da

hipoglicemia. A consolidação destes conhecimentos implicará no retardo das complicações crônicas, através da prevenção das complicações agudas.

A seguir, as falas relativas ao item “a”:

[...] A minha fípo deu 40, a minha mãe pegou um pouquinho de açúcar e passou na minha bochecha [...]. (Cebolinha, 09 anos)

[...] aí eu vou lá na cantina e compro bala e subo [...]. (Peter Pan, 11 anos)

[...] pega na cantina duas balas de mel [...]. (Rapunzel, 11 anos)

[...] eu levo bala, doce de leite e chupo [...]. (Luluzinha, 10 anos)

Nesta subcategoria, há certo domínio relativo as ações empregadas para correção da hipoglicemia, porém somente Luluzinha relata em sua fala que mantém consigo algum alimento doce. Contudo os demais participantes demonstraram conhecimento através da correlação hipoglicemia /ingestão de alimento doce, havendo associação ao desempenho dos papéis de autocuidado.

Através do Diário de Campo, podemos registrar que existe uma relativa insegurança dos pais e/ou reponsáveis em deixar algum alimento doce com o escolar portador de DM1 para que seja utilizado em episódios de hipoglicemia.

O reconhecimento da hipoglicemia e a administração de alimento doce devem ser bem trabalhados, com o escolar portador de DM1, com enfoque para o autocuidado, pois favorece uma intervenção, através da ingestão de carboidratos, evitando com isto uma complicação grave (coma hipoglicêmico).

Ghelman (2000) atenta que as crianças apresentam grande instabilidade glicêmica. Saber identificar e intervir nas crises de hipoglicemia favorece a manutenção do crescimento e desenvolvimento intelectual normais.

Santos (1991) ressalta que orientar o portador de DM1 a carregar sempre consigo um alimento doce faz parte do seu autocuidado.

O item “b” destaca importância da automonitoração da glicemia capilar como conduta na prevenção das complicações agudas, mais especificamente, a ocorrência das hiperglicemias e as hipoglicemias, e conseqüentemente, evitando o aparecimento futuro das complicações crônicas. Evidenciamos as falas a seguir:

(...) Eu estudo de manhã na escola, por isto é que tenho que fazer o teste na escola (...). (Magali, 11 anos)

(...) Quando está alta eu sinto fome e às vezes com dor de cabeça, aí eu faço o teste, porque a minha mãe fala pra fazer o teste (...). (Peter Pan, 11 anos)

(...) Quando eu sinto, eu faço o teste se estiver alta eu vou tomar insulina (...). (Rapunzel, 12 anos)

Nesta subcategoria (item “b”), foi observado que o desenvolvendo através do conhecimento e de ações repetitivas diárias nas quais exige do escolar portador de DM1, habilidades para tomada de decisão por si, culminando com o conceito de Vygostsky que faz referência ao *nível de desenvolvimento real ou efetivo (NDR)*, mesmo quando o escolar Peter Pan, informa que a mãe faz alusão à realização do teste, se faz notável em sua fala que é o próprio escolar quem o realiza. Isto também se apresenta de modo claro nas falas de Magali e Rapunzel.

No item “b” evidencia-se certo domínio para realizar a automonitoração da glicemia capilar periférica na fala de três (3) escolares participantes da pesquisa.

Segundo Grossi (1999), a monitorização da glicemia é passível de adequação, dependendo da intensidade do controle. A freqüência e o horário dos controles devem ser determinados de acordo com as necessidades individuais, convergindo como objetivo avaliar as flutuações glicêmicas relacionadas à insulino terapia, à dieta, às atividades físicas e às intercorrências da vida diária.

A SBD (2006) preconiza os objetivos da monitorização como sendo: minimizar as complicações agudas (hipoglicemia e hiperglicemia) e que os portadores de DM1 devem

realizar sua automonitorização 4 vezes ao dia, e quando da presença de qualquer intercorrência..

Os escolares portadores de DM1 se beneficiam em realizar a automonitorização, pois os torna mais independentes e em condições de intervenções, corroborando com o desempenho dos papéis de autocuidado, contudo respeitadas as limitações de cada idade.

4.2.3 Categoria 3 – Autodiagnóstico e Autotratamento das Complicações Agudas de Hipoglicemia e Hiperglicemia

A Categoria 3, denominada Autodiagnóstico e Autotratamento das Complicações Agudas nas Hipoglicemias e Hiperglicemias foi subdividida nas subcategorias: a) reconhecimento dos sinais e sintomas da hipoglicemia; b) reconhecimento dos sinais e sintomas de hiperglicemia; c) administração de dose SOS de insulina regular; d) auto-ajuste das doses de insulina; e) automonitoração da glicemia capilar periférica; f) uso da técnica correta para o preparo da insulina; e g) uso da técnica correta para a administração da insulina.

Na categoria teórica do papel de autocuidado do autodiagnóstico e autotratamento das complicações agudas nas hipoglicemias e hiperglicemias, evidenciadas nas falas dos escolares portadores de DM1, participantes da pesquisa:

[...] Ah! Sinto um calor, fico molenga assim, mas é muito raro eu ficar com hipoglicemia [...]. (Magali, 11 anos).

[...] eu fico assim com um troço na cabeça, minha barriga começa a doer, eu fico suando muito, eu fico zozza [...]. (Minnie, 11 anos).

[...] fico fraquinho...fica baixa, eu fico sentindo dormência na perna e fico enjoando [...]. (Cebolinha, 9 anos).

[...] Eu começo a ficar zozzo [...]. (Peter Pan, 11 anos).

[...] Quando eu sinto que está baixa, eu faço o teste [...]. (Rapunzel, 12 anos).

[...] eu já sinto tremura [...]. (Luluzinha, 10 anos).

[...] Eu sinto suor frio, dor nas pernas, tontura cansaço [...]. (Mickey, 11 anos).

Nesta subcategoria, há predominância na fala dos escolares referente ao **item “a”**, onde se vislumbra o conhecimento dos sinais e sintomas referente a hipoglicemia, sendo que novamente Mônica omite sua participação.

Neste caso, fica evidenciada que a negação de Mônica é uma resposta clara como pressuposto teórico da representação de sua concepção e opinião possível de ser interpretada na técnica de pesquisa de entrevista não diretiva. Significativa de seu comportamento e sua conduta afetiva em relação ao objeto do estudo – os papéis de autocuidado, que equivalem à própria negação do DM1.

É importante destacarmos que os escolares portadores de DM1 conseguem, em sua maioria, distinguir através dos sinais e sintomas, quando estão apresentando quadros relativos à hiperglicemia e hipoglicemia.

Segundo a SBD (2001), os sinais e sintomas referentes a hipoglicemia são: tremores, taquicardia, palidez, fome, sudorese, alteração de comportamento, convulsão, coma e morte.

Outro aspecto bem reconhecido pelos escolares são os sinais e sintomas de hiperglicemia, no qual classifiquei como subcategoria – **item “b”** e que se constata na fala unânime dos dois grupos de escolares portadores de DM1 participantes da pesquisa e evidenciado nos relatos abaixo:

[...] eu já estou assim meio confusa, aí meu coração fica “desparante”, parece que eu sei que vai dar alto [...]. (Magali, 11 anos).

[...] e dá vontade de ir ao banheiro e eu bebo água, aí pra tentar baixar um pouco eu vou na rua e brinco [...]. (Minnie, 11 anos).

[...] eu fico dormindo toda hora, aí eu falo para minha mãe que eu estou dormindo toda hora, porque eu não sou de dormir, aí ela vai faz o teste e dá uns 244 [...]. (Cebolinha, 9 anos).

[...] aí quando fica alta ficava bebendo água toda hora [...]. (Mônica, 7 anos).

[...] eu tenho suor escorrendo, mas tá alta [...]. (Rapunzel, 12 anos).

[...] Quando está alta, eu sinto fome e às vezes dor de cabeça [...]. (Peter Pan, 11 anos).

[...] Sinto cansaço e claro e evidente, fome também [...]. (Luluzinha, 10 anos).

[...] Eu urino muito e bebo muita água e a fome é negra [...]. (Mickey, 11 anos).

A SBD (2001) preconiza como sinais e sintomas para a hiperglicemia: poliúria; polidipsia; polifagia; perda de peso (DM1); ganho de peso (DM2); feridas que não cicatrizam; prurido vaginal.

Segundo Grossi (1999), o desenvolvimento dessas habilidades de reconhecimento dos sinais e sintomas, tanto na hiperglicemia quanto na hipoglicemia, viabilizam a realização de planos para o autocuidado, com objetivos realísticos de melhorar o controle metabólico, preservando a independência e a qualidade de vida.

Oliveira (1999), em seus estudos, observou que houve super valorização dos sintomas de hipoglicemia, em detrimento dos sinais da hiperglicemia.

Também emergem nas falas dos escolares a subcategoria do **item “c”** e que foi caracterizada pelos seguintes relatos:

[...] aí eu tomava regular na hora do jantar [...]. (Mônica, 07 anos).

[...] Quando eu sinto, eu faço o teste se estiver alta eu vou tomar insulina e espero 15 minutos, faço o teste e ainda se estiver alta eu tomo mais insulina [...]. (Rapunzel, 12 anos).

[...] Tomo insulina antes de ir para a escola se estiver alta faço a regular [...]. (Mickey, 11 anos).

[...] Eu fico com raiva, porque quando ela está alta, eu tenho que ficar dando injeção, dá uma raiva [...]. (Peter Pan, 11 anos).

[...] eu tenho suor escorrendo, mas tá alta, aí eu tomo injeção e daqui a meia hora eu tenho que tomar injeção de novo que ainda tá alta [...]. (Rapunzel, 12 anos)

A administração de doses de insulina regular SOS desvela que outras ações de autocuidado estão sendo exercidas, tais como a automonitorização. Normalmente este tipo de administração está atrelado a um esquema de insulinização, conforme resultados da glicemia.

Santos (1991) destaca em seu estudo que a administração de doses de insulina, conforme esquema, converge de maneira positiva para o distanciamento das complicações crônicas.

Santos (2001) ressalta que lidar com a doença (DM1) deve proporcionar conhecimento e habilidades relativas a insulino-terapia, automonitorização e alimentação.

No contexto das falas dos escolares, emergiram as subcategorias nos **itens “d” e “e”**, da seguinte forma:

[...] A Dra falou que quando eu ver alto é para aumentar um pontinho ou dois para poder baixar [...]. (Minnie, 11 anos).

[...] A minha quando dá 80/120 é um pontinho só, mas já passou também quando dá alta [...]. (Mônica, 07 anos)

A mudança de comportamento para o autocuidado e a utilização dos resultados glicêmicos, para o auto-ajuste das doses diárias de insulina, são fatores determinantes para redução da hemoglobina glicosilada, favorecendo o controle glicêmico (GROSSI, 1999).

Murphy (1995) refere que as crianças devem ser encorajadas a autoaplicação da insulina, pois, assim, podem tornar-se mais independentes, possibilitando uma maior atuação na vida diária.

A subcategoria caracterizada como **item “f” e item “g”** surgiram de maneira tímida, sendo que somente Rapunzel evidenciou a fala:

[...] Eu preparo e aplico a insulina [...]. (Rapunzel, 12 anos).

Apesar de não estar extremamente claro nas falas dos escolares portadores de DM1, houve uma compreensão através do Diário de Campo que existe um relativo conhecimento

sobre a técnica de preparo e aplicação da insulina existindo assim o desempenho dos papéis de autocuidado no que se refere a esta ação.

Oliveira (1999) evidenciou que muitas das vezes existe uma superproteção por parte dos familiares, principalmente das mães, com relação a autoaplicação de insulina, mesmo após uma avaliação favorável dos portadores de DM1 para o manejo.

4.2.4 Categoria 4 – Participação Ativa em Serviços de Saúde

A Categoria 4, denominada Participação Ativa em Serviços de Saúde, foi subdividida nas subcategorias: a) consultas multiprofissionais: endocrinologia, cardiologia, nefrologia, oftalmologia, nutrição, fisioterapia, enfermagem, odontologia, serviço social e psicologia.

Na categoria teórica do papel de autocuidado referente à participação nos serviços de saúde, emergiram falas para a subcategoria – **item “a”**:

[...] Eu não merendava porque a Dra. que dá a lista de comida cortou, agora eu estou merendando mais. porque não pode mais levar nada de casa para escola [...]. (Minnie, 11 anos).

[...] aí a médica disse para eu comer fruta antes, para controlar. São 4 tempos de educação física por semana [...]. (Luluzinha, 10 anos).

Cabe destacar que nesta subcategoria houve somente referência aos profissionais de Medicina e de Nutrição.

A enfermagem presente fisicamente a todo o momento, dentro da estrutura hospitalar, mostra-se de forma invisível ou não claramente definida para os escolares portadores de DM1.

Santos (1993) ressalta a invisibilidade da enfermeira no contexto social, apesar do cuidado /assistência, ser o eixo conceitual central do trabalho da enfermeira.

A participação da equipe de saúde deve sempre interagir no sentido de traçar, juntamente com a criança, objetivos realísticos principalmente para o controle das complicações agudas, sendo que deste modo passa a conferir a criança maior responsabilidade

sobre si mesma, tornando-a capaz de intervir quando de eventuais episódios de hipoglicemia e hiperglicemia (GROSSI, 1999).

Oliveira (1999) afirma que é essencial a participação de uma equipe de profissionais de saúde; contudo, aponta que o portador de DM1 também deve ser visto como parte integrante desta equipe com o objetivo de ser conduzido ao desempenho do autocuidado.

É extremamente importante para a criança que os profissionais de saúde comecem a discutir e a negociar proposta direcionadas para o autocuidado, pois isto favorece o senso de controle e confere competência para cuidar de si próprio (DELAMATER *et al.*, 2001).

CAPÍTULO V

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O Diabetes Mellitus Tipo 1 é uma síndrome de evolução crônica, cujo tratamento implica em mudanças de hábitos importantes, tanto na vida do escolar portador de DM1 como no ambiente familiar e social.

O estudo procurou desenvolver, por meio dos papéis de autocuidado, um direcionamento para tornar o escolar portador de DM1 mais independente, principalmente frente às complicações agudas (hiperglicemias e hipoglicemias) dando-lhe condições de se autocuidar, respeitando as limitações pertinentes à faixa etária.

A coleta de dados procedeu-se no decorrer da entrevista não diretiva e da dinâmica de grupo focal que possibilitou, através das falas dos escolares portadores de DM1, desvelar a experiência individual de cada um.

A organização dos dados culminou com a elaboração das categorias, descritas como manutenção da saúde, prevenção de complicações agudas e crônicas do DM na hiperglicemia e hipoglicemia, autodiagnóstico e autotratamento das complicações agudas de hiperglicemias e hipoglicemias; e participação ativa nos serviços de saúde, interpretadas pela técnica de análise temática.

Esta abordagem vislumbrou que o conhecimento da maioria dos escolares portadores de DM1, participantes do estudo, no que tange às ações de autocuidado frente às complicações agudas (hiperglicemia e hipoglicemia) mostra-se presente mesmo que de forma laica.

Acredita-se que desenvolvidas as ações para o desempenho dos papéis de autocuidado de forma sistemática, agregando desta maneira, condições de fortalecer e aprofundar estruturas que, no futuro, poderão ser reflexo da ausência e/ou distanciamento das complicações crônicas.

Assim sendo, as enfermeiras devem prover atividades para estimular os escolares portadores de DM1, como se engajarem em atividades grupais como uma forma de promover o desenvolvimento de auto-imagem positiva e ensinar a participação no tratamento.

Os escolares costumam buscar sua identidade em grupos sociais com outros do mesmo sexo e idade, dentro dos quais, se esforçam para ganhar a aprovação de seus pares. Esta auto-aprovação acontece por meio da comparação de habilidades em todos os sentidos. Se ao desenvolverem o Diabetes Mellitus tipo 1 forem super protegidos pelos pais, afastados de seus pares e não tiverem a oportunidade de se comparar aos outros, serão incapazes de assumir responsabilidades com relação ao tratamento/autocuidado.

O ambiente escolar emergiu de forma significativa nas falas, pois é justamente neste momento que o escolar portador de DM1 encontra-se afastado do ambiente e cuidados dos familiares, sendo evidenciada a necessidade de promoção ao desempenho dos papéis de autocuidado. Neste contexto, também se vislumbrou para um futuro presente a extensão da atuação da enfermeira extra muros hospitalares (na escola), propiciando maior concretude para a autonomia do escolar.

Ainda é preciso continuar nesta caminhada no sentido da construção de um saber da enfermagem hospitalar, direcionado ao escolar portador de DM1, já que o DM1 é uma doença crônica que requer toda uma vida de comportamentos especiais de autocuidado. Dar liberdade para a concretude da autonomia é condição essencial para mudança efetiva de comportamento. Devemos considerar também que mudanças tão significativas não podem ser impostas e somente se fazem ao longo de tempo, com compressão da necessidade de mudanças.

Aponta-se para a necessidade de criação e implantação de programas específicos para cada faixa etária, onde sejam respeitadas as características cognitivas psicossociais e afetivas da fase de desenvolvimento proximal.

É extremamente importante para o escolar que os profissionais de saúde comecem a discutir e a negociar proposta direcionadas para o autocuidado, pois isto favorece o senso de controle e confere competência para cuidar de si próprio, convergindo para a manutenção dos níveis glicêmicos compatíveis com o controle metabólico.

REFERÊNCIAS

- ARDUINO, F. **Conheça o seu Diabetes**. 5.ed. Rio de Janeiro: Expressão Cultural, 1980.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Orientações básicas para o Diabético**. Brasília, 1996.
- _____. _____. Conselho Nacional de Saúde. **Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisa Envolvendo Seres Humanos**: Resolução 196/96. Brasília (DF), 1996b.
- _____. **Plano de reorganização de atenção à hipertensão arterial e diabetes mellitus**. Brasília, 2002.
- CABRAL, I. E. A enfermagem e as questões éticas envolvendo crianças e adolescentes. **Revista de Enfermagem Escola de Enfermagem Anna Nery**, Rio de Janeiro, v.6, p.31, dez. 2002.
- CANADÁ. Health Promotion and Programs Branch, Health Canadá. **Supporting self-care: the contribution of nurses and physicians**. Minister of Public Works and Government Services, Canada, 1997.
- CANGUILHEM, G. **O normal e o patológico**. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 1995.
- CAPONI, G. Concepção do cuidado e a especificidade da enfermagem geriátrica e gerontológica. In: Jornada de Enfermagem Geriátrica e Gerontológica, 1., 1996, Florianópolis. Anais... Texto e Contexto - Enfermagem UFSC, Florianópolis, v 6, n. 2, maio/ago. 1997, p.51-6.
- CHIOZZA, L. A. (Org.). Psicanálise do distúrbio diabético. In: **Os afetos ocultos em psoríase, asma, transtornos respiratórios, varizes, diabetes, transtornos ósseos, cefaléas e acidentes cerebrovasculares**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 1997.
- COSTA M, C.O.; SOUZA, R.P. **Avaliação e cuidados primários da criança e do adolescente**. Porto Alegre: Artmed, 1998.
- COTRIM, B. C. Potencialidades da técnica qualitativa *grupo focal* em investigações sobre abuso de substâncias. **Revista Saúde Pública**, São Paulo, v.30, n.3, jun. 1996.
- DELAMATER, A. M., Jacobson, A. M., Anderson, R.B., Cox, D., Fischer, L., Lustman, P., Rubin, R. Wisocki, T. **Psychosocial therapies in diabetes**. **Diabetes Care**, 2001. v.24. p.1286-1292
- ECO, U. **Como se faz uma tese**. São Paulo: Perspectiva, 1985.
- FLEIGNER, A.J.; DIAS, J.C. **Metodologia da pesquisa científica**. Rio de Janeiro, 1994.
- GHELMAN, L.G. **O ser mãe de uma criança diabética: o cotidiano existencial e a assistência do enfermeiro**. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem Anna Nery, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2000.
- GIL, A.C. **Métodos e técnicas na pesquisa social**. São Paulo: Atlas, 1999

GROSSI, S.A.A. **Avaliação de dois esquemas de monitorização domiciliar em paciente com diabetes do tipo 1**. Ribeirão Preto. Tese (Doutorado em Enfermagem) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, São Paulo, 1999.

HILL, L.; SMITH, N. **Self-care nursing: promotion of health**. Prentice Hall Inc. Englewood Cliffs: New Jersey, 1990.

LUDKE, M.; ANDRÉ, M.F.D.A. **Pesquisa em educação: abordagem qualitativa**. São Paulo: EPU, 1986.

MACHADO, R.R. **Vivenciando o processo de pesquisa com grupo focal. Cuidar e pesquisar em enfermagem: relatos de experiências**. Florianópolis: Papa-Livro, 2004.

McCARTY, D.J.; ZIMMET, P.Z. **Estimativas e projeções mundiais de DM no período de 1994-2010**. 1994. Disponível em: <<http://www.saude.com.br>>. Acesso em: 24 jul. 2003.

MINAYO, M.C. de S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. São Paulo-Rio de Janeiro: HUCITEC-ABRASCO, 1999.

MINAYO, M.C.de S. et al. **Pesquisa social: teoria, métodos e criatividade**. ed. Petrópolis: Vozes, 2001.

MURPHY, H. A diabetes na infância. **Nursing Rev. Técnica Enfermagem**, v. 8, n. 92, p. 20, 1995.

OLIVEIRA, O. de **Impacto do processo de educação em saúde no controle do diabetes em adolescentes**. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Escola Paulista de Medicina, Universidade Federal do Estado de São Paulo, São Paulo, 1999.

PINA, S. Diabéticos. **Revista da Associação Protectora dos Diabéticos**. Portugal, Abr./jun. 1998.

REGO, T.C. **Vygotsky: uma perspectiva histórico-cultural da educação**. Rio de Janeiro: Vozes, 2004.

RICHARDSON, R. J. et al. **Pesquisa social: métodos e técnicas**. São Paulo: Atlas, 1999.

SANTOS, R.B. **Educação em saúde para pessoas diabéticas**. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem Anna Nery, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 1991.

SANTOS, R.B. **Autocuidado, trabalho e Diabetes Mellitus: uma abordagem de enfermagem**. Tese (Doutorado em Enfermagem) - Escola Paulista de Medicina, Universidade Federal do Estado de São Paulo, São Paulo, 2001.

SANTOS, V. Buscando um referencial de cuidados integrativos, na era do marketing e comunicação. **Texto e Contexto Enf.**, Florianópolis, v.2, n.2, p.76-86, jul./dez.1993.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES-SBD. **Consenso Brasileiro sobre Diabetes**. 2001.

_____. Automonitorização glicêmica e monitorização contínua da glicose: indicações e recomendações para disponibilização pelos serviços de atenção ao portador de diabetes. **Revista Brasileira de Medicina**, supl. especial, n. 1, 2006.

THIOLLENT, M. **Crítica metodológica, investigação social e enquete operária**. São Paulo: Polis, 1982.

TRIVIÑOS, A. N. S. **Introdução à pesquisa em ciências sociais**. Pesquisa Qualitativa em Educação. São Paulo: Atlas, 1990.

VYGOTSKY, L.S. **A formação social da mente**. São Paulo: Martins Fontes, 1991.

_____. **Pensamento e linguagem**. São Paulo: Martins Fontes, 1999.

WHALEY, L.S.; WONG, D.L. **Enfermagem Pediátrica**: elementos essenciais à intervenção efetiva. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1999.

ZAGURY, L.; ZAGURY, T.; GUIDACCI, J. **Diabetes sem medo**. Rio e Janeiro: Rocco, 2000.

ZANETTI, M.L. **O diabetes mellitus tipo 1 em crianças e adolescentes**: um desafio para mães e profissionais de saúde. Ribeirão Preto. Tese (Doutorado em Enfermagem) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, São Paulo, 1996.

APÊNDICES

APÊNDICE A
ROTEIRO DE ENTREVISTA

Nome:

Endereço:

Telefone:

Idade:

Sexo:

Início da doença:

1. Ser diabético interfere de alguma maneira nas atividades recreativas, esportivas, escolares, outras?

2. O que acontece e o que você faz quando sua taxa de açúcar aumenta no sangue (hiperglicemia)?

3. O que acontece e o que você faz quando sua taxa de açúcar baixa no sangue (hipoglicemia)?

APÊNDICE B
TABELA DE NÚMEROS ALEATÓRIOS

				ANEXO 2				
				Coluna				
	0	1	11111	11112	22222	22223	33333	33334
Linha	12345	67890	12345	67890	12345	67890	12345	67890
1	49280	88924	335779	283	81163	7275	89963	2348
2	61870	41657	7468	8612	98083	97349	20775	45091
3	43898	65923	25078	86129	78496	97653	91550	8078
4	62993	93912	30454	84598	56095	20664	12872	64647
5	33850	58555	51438	85507	71865	79488	76783	31708
6	97340	3364	88472	4334	63919	36394	11095	92470
7	70543	29776	10087	10072	55980	64688	68239	20461
8	89382	93809	796	95945	34101	81277	66090	88872
9	37818	72144	67140	50785	22380	16703	35362	44940
10	60430	22834	14130	96593	23298	56203	92671	15925
11	82975	66158	84731	19436	55790	69229	28661	13670
12	39087	71938	40355	54324	8401	26299	49420	59208
13	55700	24586	93247	32596	11565	63397	44251	43189
14	14756	23997	78643	75912	83832	32768	18928	57070
15	32166	53251	70654	92827	63491	4233	33825	69662
16	23236	73751	31888	81718	6546	83246	47651	4877
17	45794	26926	15130	82455	78305	55058	52551	47182
18	9893	20505	14225	68514	46427	56788	96297	78822
19	54382	74598	91499	14523	68479	27686	46162	83554
20	94750	89923	37089	20048	80336	94598	26940	36858
21	70297	34135	53140	33340	42050	82341	44104	82949
22	85157	47954	32979	26575	57600	40881	12250	73742
23	11100	2340	12860	74697	96644	89439	28707	25815
24	36871	50775	30592	57143	17381	68856	25853	35041
25	23913	48357	63308	16090	51690	54607	72407	55538
26	79348	36085	27973	65157	7456	22255	25620	57054
27	92074	54641	53973	54421	18130	60103	69593	49464
28	6873	21440	75593	41373	49502	17972	82578	16364
29	12478	37622	99659	31065	83613	69889	58569	29571
30	57175	55564	65411	42547	70457	3426	72937	83792
31	91616	11075	80103	7831	59309	13276	26710	73000
32	78025	73539	14621	39044	47450	3197	12787	47709
33	27587	67228	80145	10175	12822	86687	65530	49325

34	16690	20427	4251	64477	73709	73945	92396	68263
35	70183	58065	65489	31833	82093	16747	10386	59293
36	90730	35385	15679	99742	50863	78028	75573	67257
37	10934	93242	13431	24590	2770	48582	906	58595
38	82462	30166	79613	47416	13389	80268	5085	96666
39	27463	10433	7606	16285	93699	60912	94532	95632
40	2979	52997	9079	92709	90110	47506	53693	49892
41	46888	69929	75233	52507	32097	37594	10067	67327
42	53638	83161	8289	12639	8141	12640	28437	9268
43	82433	61427	17239	89160	19666	8814	37841	12847
44	35766	31672	50082	22795	66948	65581	84393	15890
45	10853	42581	8792	13257	61973	24450	52351	16602
46	20341	27398	72906	63955	17276	10646	74692	48438
47	54458	90542	77563	51839	52901	53355	83281	19177
48	26337	66530	16687	35179	46560	123	44546	79896
49	34314	23729	85264	5575	96855	23820	11091	79821
50	28603	10708	68933	34189	92166	15181	66628	58599
51	66194	28926	99547	16625	45515	67953	12108	57846
52	78240	43195	24837	32511	70880	22070	52622	61881
53	833	88000	67299	68215	11274	55624	32991	17436
54	12111	86683	61270	58036	64192	90611	15145	1748
55	47189	99951	5755	3834	43782	90599	40282	51417
56	76396	72486	62423	27618	84184	78922	73561	52818
57	46409	17469	32483	9083	76175	19985	26309	91536
58	74626	22111	87286	46772	42243	68046	44250	42439
59	34450	81974	93723	49023	58432	67083	36876	83391
60	36327	72135	33005	28701	34710	49359	50693	89311
61	74185	77536	84825	9934	99103	9325	67389	45869
62	12296	41623	62873	37943	25584	9609	63360	47270
63	90822	60280	88925	99610	42772	60561	76873	4117
64	72121	79152	96591	90305	10189	79778	68016	13747
65	95268	41377	25684	8151	61816	58555	54305	86189
66	92603	9091	75884	93424	72586	88903	30061	14457
67	18813	90291	5275	1223	79607	95426	34900	9778
68	38840	26903	28624	67157	51986	42865	14508	49315
69	5859	33836	53758	16562	41081	38012	41230	20528
70	85141	21155	99212	32685	51403	31926	69813	58781
71	75047	59643	31074	38172	3718	32119	69506	67143
72	30752	95260	68032	62871	58781	34143	68790	68766
73	22986	82575	42187	62295	84295	30634	66562	31442
74	99439	86692	90348	66036	48399	73451	26698	39437

75	20389	93029	11881	71685	65452	89047	63669	2656
76	39249	5173	68256	36539	20250	68686	5947	9335
77	96777	33605	29481	20063	9398	1843	35139	61344
78	4860	32918	10798	50492	52655	33359	94713	28393
79	41613	42375	403	3656	77580	87772	86877	57085
80	17930	794	53836	53692	67135	98102	61912	11246
81	24649	31845	25736	75231	83808	98917	93829	99430
82	79899	34061	54308	59358	56462	58166	97302	86828
83	76801	49594	81002	30397	52728	15101	72070	33706
84	36239	63636	38140	65731	39788	6872	38971	53363
85	7392	64449	17886	63632	53995	17574	22247	62607
86	67133	4181	33874	98835	67453	59734	76381	63455
87	77759	31504	32832	70861	15152	29733	75371	39174
88	85992	72268	42920	20810	29361	51423	90306	73574
89	79553	75952	54116	65553	47139	60579	9165	85490
90	41101	17336	48951	53674	17880	45260	8575	49321
91	36191	17095	32123	91576	84221	78902	82010	30847
92	62329	63898	23268	74283	26091	68409	69704	82267
93	14751	13151	93115	1437	56945	89661	67680	79790
94	48462	59278	44185	28616	76537	19589	83139	28454
95	29435	88105	59651	44391	74588	55114	80834	85686
96	28340	29285	12965	14821	80425	16602	44653	70467
97	2167	58940	27149	80242	10587	79786	34959	75339
98	17864	991	39557	54981	23588	81914	37609	13128
99	79675	80605	60059	35862	254	36546	21545	78179
100	72335	82037	92003	34100	29879	46613	89720	13274

Fonte: SESI, 2003.

APÊNDICE C

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

O(a) paciente, representado(a) pelo seu responsável legal, abaixo assinado e identificado, após ter sido informado e ter suas dúvidas esclarecidas, concorda em participar da pesquisa ***CUIDADO DE ENFERMAGEM PARA O AUTOCUIDADO DO ESCOLAR PORTADOR DE DIABETES MELLITUS TIPO 1***, que será desenvolvida como uma das etapas do Curso de Mestrado em Enfermagem que estou realizando na Escola de Enfermagem Anna Nery da Universidade Federal do Rio de Janeiro.

O objetivo do estudo é investigar as dificuldades sentidas e vivenciadas pelo(a) escolar portador(a) de Diabetes Mellitus tipo 1 e o enfoque sobre cuidado/autocuidado, principalmente em situações especiais (hiper e hipoglicemia).

O(a) paciente selecionado(a) deverá responder, acompanhado(a) de seu responsável legal, a um roteiro de entrevista onde, além dos dados de identificação pessoal, irá informar sobre questões advindas da patologia. Será garantido o sigilo e o anonimato de sua identificação.

O estudo constará de crianças (escolares) que se encontram na faixa etária de 6 a 12 anos, atendidas no ambulatório de Diabetes do IEDE.

Na dinâmica de grupo, cada depoimento será gravado em fitas cassete que serão preservadas até a conclusão da pesquisa.

A participação é voluntária, podendo a qualquer momento retirar-se do estudo ou recusar-se em participar, sem prejuízo algum.

Concordo em que o(a) menor acima identificado(a) participe do estudo em questão, ao mesmo tempo em que acuso o recebimento de uma cópia deste Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, conforme prevê a Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde.

.....
Assinatura da Mãe do menor

.....
Assinatura do Pai do menor

.....
Assinatura do responsável legal do menor

.....
Endereço telefone

Data : .../.../.....

Investigador: Enfermeira Wilma Helena Carvalho Rodrigues

Tel. (21) 9678-0643

e-mail : wilmahcr@ig.com.br

APÊNDICE D
CONSENTIMENTO DOS ESCOLARES

Nome: Idade:

PREZADO AMIGUINHO (A):

Meu nome é WILMA HELENA, sou enfermeira e tenho que fazer um trabalho, tipo aquelas pesquisas que a professora pede como dever de casa. Mas preciso que você me ajude! É simples: basta responder algumas perguntas que farei a você; depois formaremos grupos com os demais colegas para reunir as idéias de todos.

Se concordar em participar, marque um X no quadro abaixo.

Caso não concorde com certeza não haverá problema nenhum; continuaremos nos encontrando nas consultas. E se tiver qualquer dúvida, estarei sempre disposta para ajudá-lo (a).

Obrigada.

Um abraço,

APÊNDICE E

Tabela 1 – Distribuição das crianças inscritas para atendimento no Ambulatório de Diabetes Infanto-Juvenil do IEDE entre janeiro de 2003 e maio de 2006 - Rio de Janeiro - 2006

Sexo	2003		2004		2005		2006	
	Fi	Fi%	Fi	Fi%	Fi	Fi%	Fi	Fi%
Feminino	5	41,7	7	43,8	6	75,0	3	43,0
Masculino	7	58,3	9	56,2	2	25,0	4	57,0
TOTAL	12	100	16	100	8	100	7	100

ANEXO



**INSTITUTO ESTADUAL DE DIABETES E ENDOCRINOLOGIA LUIZ CAPRIGLIONE
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA**

A N E X O A

PARECER CEP-IEDE Nº 79/2006

Protocolo: Cuidado de Enfermagem para o Autocuidado do Escolar Portador de Diabetes Mellitus
Tipo 1

Registro CEP-IEDE: 195 (Este nº deve ser citado nas correspondências sobre este protocolo).

Pesquisadora principal: Wilma Helena Carvalho Rodrigues

Orientador: Profa. Rita Batista Santos

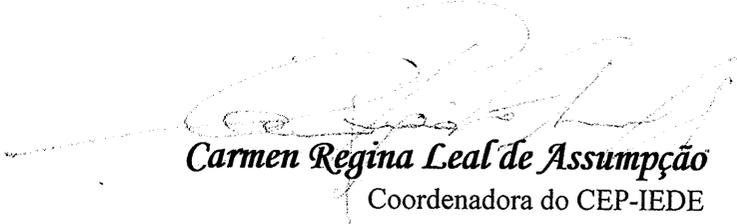
Instituição: Instituto Estadual de Diabetes e Endocrinologia – IEDE.

O CEP-IEDE analisou o protocolo de pesquisa acima referido, na reunião ordinária de 28 de março de 2006.

Diante do exposto, o CEP-IEDE emitiu o parecer: **PROTOCOLO APROVADO**

De acordo com o regulamento do CEP-IEDE, e a Resolução 196, fica estabelecido a entrega de relatórios semestrais sobre o andamento da pesquisa ao CEP/IEDE.

Rio de Janeiro, 20 de abril de 2006.


Carmen Regina Leal de Assumpção
Coordenadora do CEP-IEDE

Livros Grátis

(<http://www.livrosgratis.com.br>)

Milhares de Livros para Download:

[Baixar livros de Administração](#)

[Baixar livros de Agronomia](#)

[Baixar livros de Arquitetura](#)

[Baixar livros de Artes](#)

[Baixar livros de Astronomia](#)

[Baixar livros de Biologia Geral](#)

[Baixar livros de Ciência da Computação](#)

[Baixar livros de Ciência da Informação](#)

[Baixar livros de Ciência Política](#)

[Baixar livros de Ciências da Saúde](#)

[Baixar livros de Comunicação](#)

[Baixar livros do Conselho Nacional de Educação - CNE](#)

[Baixar livros de Defesa civil](#)

[Baixar livros de Direito](#)

[Baixar livros de Direitos humanos](#)

[Baixar livros de Economia](#)

[Baixar livros de Economia Doméstica](#)

[Baixar livros de Educação](#)

[Baixar livros de Educação - Trânsito](#)

[Baixar livros de Educação Física](#)

[Baixar livros de Engenharia Aeroespacial](#)

[Baixar livros de Farmácia](#)

[Baixar livros de Filosofia](#)

[Baixar livros de Física](#)

[Baixar livros de Geociências](#)

[Baixar livros de Geografia](#)

[Baixar livros de História](#)

[Baixar livros de Línguas](#)

[Baixar livros de Literatura](#)
[Baixar livros de Literatura de Cordel](#)
[Baixar livros de Literatura Infantil](#)
[Baixar livros de Matemática](#)
[Baixar livros de Medicina](#)
[Baixar livros de Medicina Veterinária](#)
[Baixar livros de Meio Ambiente](#)
[Baixar livros de Meteorologia](#)
[Baixar Monografias e TCC](#)
[Baixar livros Multidisciplinar](#)
[Baixar livros de Música](#)
[Baixar livros de Psicologia](#)
[Baixar livros de Química](#)
[Baixar livros de Saúde Coletiva](#)
[Baixar livros de Serviço Social](#)
[Baixar livros de Sociologia](#)
[Baixar livros de Teologia](#)
[Baixar livros de Trabalho](#)
[Baixar livros de Turismo](#)