



## Universidades Lusíada

Silva, Luzia Wilma Santana da  
Menezes, Camilla de Souza  
Duarte, Helder Brito  
Oliveira, Vilma Maria Gonçalves de  
Souza, Grasielle Alves  
Silva, Neuziele Miranda da  
Santos, Lucátia Cipriano dos  
Rebouças, Tássia Dahyanna Almeida

### **Criança-adolescente e família convivendo com o diabetes : reveses da atenção primária**

<http://hdl.handle.net/11067/6404>

#### **Metadados**

**Data de Publicação**

2020

**Resumo**

O artigo trata das percepções do ser criança-adolescente e família convivendo com Diabetes Mellitus tipo 1 e seus enfrentamentos na atenção básica em saúde. De abordagem qualitativa na transversalidade com a pesquisa convergente assistencial, realizado em um município da Bahia, no período de agosto/2014-junho/ 2015 através de busca ativa, questionário semiestruturado e oficinas educativas. Dos resultados, relatos de déficit de conhecimento sobre a doença e tratamento; dificuldade de acesso ao si...

This research paper is about the perception of being child-teenager and family living with type 1 Diabetes Mellitus, and its challenges in basic attention in health. From qualitative in transversality approach with the convergent care research, done in a municipality of Bahia, during the period of August 2014-June/2015 through an active search, semi-structured questionnaires, and educational workshops. The results report on growing deficit of knowledge of the disease and treatments; difficulty i...

**Palavras Chave**

Crianças diabéticas - Relações com a família, Crianças diabéticas - Cuidado e tratamento

**Tipo**

article

**Revisão de Pares**

yes

**Coleções**

[ULL-IPCE] RPCA, v. 11, n. 1 (2020)

Esta página foi gerada automaticamente em 2024-04-19T15:01:21Z com  
informação proveniente do Repositório

# **CRIANÇA-ADOLESCENTE E FAMÍLIA CONVIVENDO COM O DIABETES**

**REVESES DA ATENÇÃO PRIMÁRIA**

# **CHILD-TEENAGER AND FALIMILY LIVING WITH DIABETES**

**PRIMARY ATENTION SETBACKS**

**Luzia Wilma Santana da Silva**

**Camilla de Souza Menezes**

**Helder Brito Duarte**

**Vilma Maria Gonçalves de Oliveira**

**Grasiele Alves Souza**

**Neuziele Miranda da Silva**

**Lucátia Cipriano dos Santos**

**Tássia Dahyanna Almeida Rebouças**

*Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia –UESB*

DOI:

Recebido: 00.00.0000

Aprovado: 00.00.0000



**Resumo:** O artigo trata das percepções do *ser* criança-adolescente e família convivendo com Diabetes Mellitus tipo 1 e seus enfrentamentos na atenção básica em saúde. De abordagem qualitativa na transversalidade com a pesquisa convergente assistencial, realizado em um município da Bahia, no período de agosto/2014-junho/2015 através de busca ativa, questionário semiestruturado e oficinas educativas. Dos resultados, relatos de déficit de conhecimento sobre a doença e tratamento; dificuldade de acesso ao sistema local de saúde, sentimento de invisibilidade, seguido de busca por assistência na capital do estado e, batalhas judiciais à garantia dos insumos ao tratamento. Finaliza-se com a evidência de que se faz necessário a atenção básica e os profissionais de saúde tecer um olhar mais proximal que perspective o *ser* criança-adolescente em suas especificidades de ser-existir e a família em suas demandas de cuidado aos saberes-fazer para um viver mais digno e seguro deste grupo etário.

**Palavras-chaves:** Criança; Adolescente; Família; Diabetes mellitus; Atenção primária à saúde.

**Abstract:** This research paper is about the perception of *being* child-teenager and family living with type 1 Diabetes Mellitus, and its challenges in basic attention in health. From qualitative in transversality approach with the convergent care research, done in a municipality of Bahia, during the period of August 2014-June/2015 through an active search, semi-structured questionnaires, and educational workshops. The results report on growing deficit of knowledge of the disease and treatments; difficulty in accessing the local healthcare system with the feeling of invisibility, followed by looking for healthcare in the state's capital, and judicial battles in order to guarantee healthcare. It finalizes with the evidence of what is needed to the basic attention, and the healthcare professionals to keep a deeper insight on the perspective of the *being* child-teenager in their necessities of being-exist, and family with their demands for care at the know-how for a dignify and safer living within this age range.

**Keywords:** Child; Teenager; Family, Diabetes mellitus; Primary attention to healthcare.

## Introdução

Quando se refere à criança-adolescente, espera-se que ela possa viver situações

saudáveis para crescer e se desenvolver nos padrões de normalidade (Ministério da Saúde, 2012a). No entanto, como todo organismo vivo, está vulnerável a alterações psico-físico-biológico-ambientais que podem interferir no crescimento e desenvolvimento no 'dito' padrão de normalidade.

Neste estudo, essa vulnerabilidade foi perseguida através da alteração metabólica desencadeada pela doença crônica Diabetes *Mellitus* tipo 1 (DM1). Uma entre as muitas doenças crônicas não transmissíveis (DCNT), impactante ao processo de viver humano, que requer cuidados continuados de elevada exigência pela rigorosa terapêutica, realização de exames de baixa a alta complexidade e o iminente risco de hospitalização (Oliveira & Vencio, 2014).

Elencar o DM1 neste estudo não foi ao acaso, uma vez que ela se exhibe no leque das DCNT, como uma epidemia mundial – um grande desafio para os sistemas de saúde de todo o mundo, sobretudo, para a futura geração – crianças e adolescentes com DM1 de hoje e o futuro do amanhã. A *International Federation of Diabetes* (IDF) estima que no Brasil surja 7.600 novos casos de DM1 por ano em crianças menores de 15 anos (IDF, 2017).

Trata-se de uma doença hostil, caracterizando-se por complicações que envolvem alterações físicas e psicoemocionais (Nóbrega, Reicher, Silva, Coutinho & Collet, 2012). Uma doença que afeta diretamente a criança-adolescente e enreda em sua teia o sistema familiar de pertencimento, em um processo exigente e complexo ao viver cotidiano, não apenas ao controle metabólico, mas aos hábitos e costumes familiares.

Desta complexificação, políticas públicas em saúde devem lançar luz a esse grupo etário na perspectiva do aqui, agora e do amanhã. Uma política na perspectiva das especificidades deste segmento humano, ou seja, para as suas particularidades, diferentemente do evidenciado pelo Programa HIPERDIA implantado em nível nacional pelo Ministério da Saúde. Tal programa em seu cômputo não perspectivou o *ser* criança-adolescente nas suas características e particularidades diferenciadas das pessoas adultas acometidas por diabetes, sendo o atendimento realizado indistintamente, sem colocar em observância aspectos como desenvolvimento, crescimento, amadurecimento cognitivo, alterações hormonais e outros, que exige um olhar proximal às características de *ser-si* criança-adolescente (Marcon, Faquinello, Fonseca, Haddad & Barreto, 2009; Brito & Sadala, 2009; Nóbrega, et al., 2012; Borsoi, Roessler, Scheidt & Mascarenhas, 2016).

O cuidado a esse grupo etário configura-se como desafiador e primordial de inserção de todo o sistema familiar, ao convívio com o DM1 de maneira mais saudável, autônoma e com qualidade de vida dentro dos limites da normalidade fisiológica e das inter-relações familiares, uma vez que são necessárias readaptações físicas, psicológicas, alimentares e de socialização. O tratamento é rígido e além da insulina, é preciso seguir uma dieta adaptada ao controle glicêmico, realizar atividades físicas regulares, ter apoio psicológico e social (Silva, et al., 2014).

Olhar neste prisma envolve enxergar que o primeiro contato da criança-adolescente/família com o profissional de saúde após diagnóstico está envolto de dúvidas e medos, do que exigirá uma atmosfera sensível e proximal, momento em que, o profissional de saúde deverá reconhecer a imprescindível implementação de um cuidado diferenciado às necessidades de saber-fazer a dieta, insulina, testes de glicemia, hemogluco teste (HGT) entre outras abordagens, a fim de diminuir os riscos de complicações e promover as capacidades positivas da família para o alcance da qualidade de vida (Brito & Sadala, 2009).

Neste contexto, que o *ser* criança-adolescente e família sejam abraçados pelos serviços de atenção à saúde numa linha de cuidados não somente focado nos aspectos clínicos curativistas, mas que englobe as especificidades deste *ser* em sua inteireza no convívio psicossocial de enfrentamento à DM1, na prevenção de complicações posteriores (Castro & Piccinini, 2002; Vieira & Lima, 2002).

O que significa desconstruir o olhar-cuidar que mistura todas as faixas etárias no HIPERDIA e traçar diretrizes que possam fazer uma escuta perscrutadora ao *ser* criança-adolescente de modo a chegar o mais próximo do seu universo existencial humano e realizar cuidados as suas demandas de viver-*com-viver* com uma doença de característica degenerativa e impactante ao crescer e ao desenvolver nos padrões de normalidade.

Em face à necessidade de desenvolver este cuidado direcionado a este *ser*, traçou como objetivo deste estudo: conhecer as necessidades específicas de cuidados ao *ser* criança-adolescente com DM1, em um município do interior da Bahia. Associado a isto, buscou-se apresentar estratégias a partir do observado no campo de investigação que sejam potencializadoras de minimização dos efeitos complicadores deste distúrbio metabólico.

Este estudo assenta-se na relevância de que seus resultados possam contribuir às discussões de uma prática de cuidados que abalize o acompanhamento familiar na assistência diferenciada proximal ao *ser* criança-adolescente no cotidiano dos serviços de saúde pública e demais.

## **Método**

Este estudo faz parte de um projeto guarda-chuva, intitulado: “Ser criança-adolescente convivendo com a diabetes mellitus: olhares na atenção básica”, do Núcleo Interdisciplinar de Estudos e Extensão em Cuidados à Saúde da Família em Convivibilidade com Doenças Crônicas (NIEFAM)/Departamento de Saúde II, da Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia (UESB), Campus de Jequié, BA, em sua segunda etapa – pesquisa convergente assistencial, aprovado por Comitê de Ética, parecer no. 763.272, CAAE: 33057614.5.0000.0055. No que tange ao registro de imagem foi realizado respeitando as leis que resguardam os direitos das crianças e adolescentes (Brasil, 1990) e a Resolução nº. 466/2012 (Ministério da Saúde, 2012b).

Desenvolvido a partir da perspectiva crítico-interpretativo (Crewell, 2009), buscou-se reconhecer os significados da intersubjetividade, dos valores e das relações interpessoais na construção do conhecimento de crianças-adolescentes e seus familiares em convivência com DM1, e também, perseguir a transformação de práticas cotidianas, aliando o método misto proposto por Crewell (2009) e a abordagem convergente assistencial (Trentini, Paim & Silva, 2014) à conjugação e interpretação das experiências dos participantes e da equipe de pesquisadores em um processo conjunto de cuidados à saúde.

A abordagem qualitativa versou extrair os pontos mais fortes dos elementos da sensibilidade humana, possibilitando ampliar a obtenção dos resultados sobre o viver dos participantes com DM1.

O estudo foi realizado no município de Jequié, BA, cujo número de crianças-adolescentes de 0 a 19 anos é de 50.524, sendo estimados 0,05% em enfretamento crônico (até o ano de 2013) por DM1 de uma população total de 151.895 habitantes (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), 2011; Ministério da Saúde, 2013). Do total de crianças-adolescentes, 07 foram os participantes do estudo com seus familiares-cuidadores. Incluídos segundo os critérios: ter diagnóstico de DM1, estar cadastrado em uma das unidades de Saúde da Família (USF) do município, não apresentar déficit cognitivo para responder aos instrumentos do estudo e aceitar participar do estudo e das oficinas de educação em saúde, assinando Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, de Assentimento e de Imagem. Os critérios de exclusão foram aqueles que não se aquiesceram aos critérios de inclusão citados.

O desenovelamento do estudo se deu a partir dos cenários: USF, escolas públicas de ensino fundamental e no NIEFAM. Neste último foram realizadas atividades de promoção à saúde na modalidade roda de discussão, na aproximação dos saberes da criança-adolescente e família ao autocuidado do DM1, ao encontro da abordagem convergente assistencial.

Como instrumentos para coleta de dados, dois questionários semiestruturados. Em um primeiro momento, foi direcionado um questionário para o setor de HIPERDIA das USF e escolas públicas de ensino fundamental do município, buscando no seu sistema de registro identificar crianças e adolescentes cadastradas/matriculadas com DM1, e, aquelas em acompanhamento regular. Neste momento, foi identificado o número de indivíduos cadastrados, nome do familiar responsável, endereço e contato telefônico, tempo de cadastro na USF e de diagnóstico de DM1.

No segundo momento foi empreendida busca ativa, primeiramente a partir de contato telefônico ao adulto responsável à guisa de sua autorização para realização de visita domiciliar. Do aceite e assinatura no Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), em atenção a Resolução 466/12 (Ministério da Saúde, 2012b), era agendado encontro para cumprimento do segundo questionário e apresentação do cronograma de trabalho – às oficinas educativas.

O segundo questionário foi direcionado para o familiar ou responsável pela cri-



ança-adolescente e buscou identificar o seu entendimento referente ao desenvolvimento da doença DM1 e de suas complicações ao longo do tempo do diagnóstico, bem como a relação biopsicossocial familiar no enfrentamento com a doença em face às atividades de vida cotidiana de modo a subsidiar a implementação da proposta das oficinas educativas. Os dados oriundos deste instrumento convergiram para a programação das oficinas educativas.

As oficinas educativas compreenderam saberes teórico-práticos, alicerçados nas necessidades identificadas sobre o grau de conhecimento e cuidado dos participantes. Estas aconteceram semanalmente, aos sábados, no espaço físico da UESB, com duração média de 150 minutos cada, realizadas entre os meses de março a maio de 2015, em um total de 07 encontros.

A construção do cronograma das oficinas foi realizada na presença dos participantes, mediante proposta prévia, levando-se em consideração sua disponibilidade, interesse, dia, horário, local e temas a serem trabalhados.

Compôs o arcabouço das oficinas recursos audiovisual, de imagem, desenhos – o lúdico através de gêneros textuais na proposta roda de discussão. Todos os encontros foram gravados, fotografados e filmados. Este material de imagem e voz era imediatamente transcrito, buscando identificar as unidades de análise para discussão em oficina subsequente, e assim, continuamente até o término do estudo, com todos os envolvidos. Tratou-se de um processo de idas e vindas à perspectiva crítico-interpretativo à compreensão da temática investigativa-cuidativa.

Os dados provenientes deste processo passaram por escuta sensível e observação de imagem sistematizada. Uma intensa reflexão sobre as respostas à análise compreensiva dos questionários, das imagens e dos registros de voz. Tratou-se de empreender uma leitura em profundidade ao que era emerso dos instrumentos e das oficinas de educação em saúde à transversalidade das leituras de todo o material compilado do campo de investigação.

Neste processo de imersão, a análise consistiu em três etapas interativas: redução dos dados, onde ocorreu a simplificação, abstração e sua transformação a luz do que foi surgido do campo. Em seguida sua apresentação, de tal forma a possibilitar que fossem tiradas conclusões, e por fim o delineamento e verificação da conclusão - identificação de possíveis explicações e configurações, seguiu-se as recomendações de Miles e Huberman (1994).

## **Resultados**

### Primeiro momento – Oficina de acolhimento

Acolher é um verbo que remete a proximidade, atenção, carinho e respeito. Trata-se de uma palavra muito utilizada no âmbito das ciências da saúde, em especial nos programas de atenção básica e na unidade de complexidade hospitalar (Ministério da Saúde, 2010). Assim, se deu o encontro de acolhimento com as crianças-adolescentes

e seus familiares em enfrentamento pelo DM1.

Essa estratégia foi ao encontro das recomendações da política de humanização do Sistema Único de Saúde (SUS), em sua ação de maior relevância – a de aproximar-se das pessoas para senti-las com cuidado e respeito. Assim, ocorreu com as crianças-adolescentes e seus familiares no espaço acadêmico, em um ambiente preparado de forma lúdica para que se sentissem envolvidos na causa – falar sobre o ‘viver-com-vivendo’ com DM1.

Ao chegarem, um crachá com identificação era disponibilizado para todos – acolher pelo nome, primeira identidade de significância humana – de respeito e cuidado. Acolhidos, passava-se a integrar uma “roda viva humana” – sujeitos sociais de interação e inter-relação.

Nesta roda, a dinâmica do ‘balão’ foi instituída. Consistiu de pôr em foco uma estratégia de aproximação grupal. O balão cheio de ar com questões em seu interior: Quem sou eu? O que vim fazer aqui? O que espero por estar aqui? E vocês, quem são? Esse espaço é o que? Ter diabetes é? O que me faz feliz? O que me faz ficar triste?

Este momento deu abertura a historicização de convivibilidade com o DM1, sendo os participantes identificados por letras do alfabeto português das iniciais do seu nome e da palavra genitora.

Tratou-se de uma estratégia em que o *ser* se deixava ver em seus muitos enfrentamentos cotidiano com o DM1. Ouvia-se: “[...] *a oportunidade de estar aqui e falar sobre essa doença é muito boa, a gente é muito invisível no sistema de saúde daqui, parece até um sonho esse encontro de saber o que outras famílias como a minha enfrenta*” (Genitora de M. L. S. F.); e também “*ouvir outras mães falando dos seus problemas, a gente passa a não olhar só para o nosso*” (Genitora E. S. A.).

A historicidade da vivência familiar com a doença foi compartilhada no todo da “roda viva humana”, faces de tensão, tristeza e medo se enovelava em outras de alívio, ternura e contentamento. As quais interpretadas pelos pesquisadores-observadores e confirmadas nas falas dos participantes.

Das respostas, foi possível fazer-conhecer um ao outro em suas experiências, dificuldades e formas de viver com DM1, em especial nos relatos dos familiares responsáveis. Esta estratégia conferiu saber-conhecer o viver das participantes com o DM1.

Deste momento passou-se a redesenhar os objetivos das oficinas coletivamente, para os encontros subsequentes. A discussão do cronograma de oficinas e temas a serem abordados partiu de um cronograma pré-elaborado, e deste, feitas modificações mediante as necessidades identificadas pelo grupo. Dia e horário (sábados, das 15h00min às 17h30min).

As temáticas solicitadas foram:

- Oficina conhecendo o corpo humano do *ser* criança-adolescente com diabetes e cuidados com a insulino terapia;
- Oficina terapêutica nutricional ao DM1;

- Oficina terapêutica físico-desportiva para o DM1;
- Oficina de direitos e deveres – Estatuto da Criança e Adolescente;
- Oficina DM1 e sua relação com o emocional;
- Oficina de encerramento.

Elencados os temas, chegou-se ao término das atividades previstas na oficina com um círculo, todos de mãos dadas, onde foi solicitado a cada um dos presentes, que enunciasse uma única palavra que definisse o momento. As palavras pronunciadas foram: alegria, entusiasmo, ânimo, admiração, força e maravilha.

Estas palavras, em uma análise compreensivo-avaliativa revelou para a equipe de pesquisadores o significado de validade da temática investigativa.

### **Segundo momento - Oficina conhecendo o corpo humano do ser criança-adolescente com diabetes e cuidados com a insulino terapia**

No segundo encontro o grupo ganhou quatro novos integrantes, fato ocorrido através da disseminação de conhecimento realizado pelas próprias participantes, familiares responsáveis, em sua rede de convívio social, chegando a um total de 07 crianças-adolescentes mais seus responsáveis diretos.

A oficina foi iniciada com uma videoaula sobre a fisiopatologia do Diabetes Mellitus, através do filme: “Universidade das Crianças – De Onde Vem a Diabetes?” (Werkeima & DiMambro, 2014). Seguiu-se com a apresentação de uma imagem do corpo humano, na qual eram destacadas as complicações do DM1, elaborada pela equipe de pesquisadores no programa *PowerPoint* da *Microsoft*, versão 2007; um dado de dimensões 50cm/50cm colorido, confeccionado em papelão pela equipe de pesquisadores; e, um manequim do corpo humano (Modelo Anatômico, marca 3B). O espaço de execução da dinâmica foi o Laboratório de Enfermagem da universidade.

O filme foi assistido atentamente pelos presentes, teve duração de 02min: 45” e ao término, uma estratégia para verificação do aprendizado sobre o conteúdo foi realizada através da figura do corpo humano projetado em tela branca e do ‘Jogo de Dado’ de perguntas e respostas sobre as complicações do DM1. As perguntas foram: O que é o pâncreas? Porque sentimos muita sede e fome? Do que o nosso corpo precisa para se alimentar? O que sentimos quando temos hipoglicemia? O que sentimos quando temos hiperglicemia? Muito açúcar no sangue prejudica quais órgãos?

Deste momento, muitas foram às inquietudes, dúvidas e questionamentos. Para atender as demandas entrou em cena o manequim anatômico. Tratou-se de uma dinâmica interativa, em que as crianças manuseavam um a um os órgãos do manequim, mostravam-os aos seus familiares/responsáveis, os pesquisadores lançavam perguntas sobre o que representava cada órgão e sua interação no sistema – corpo humano –, ajudava-os a compreender sua função anatomofisiologia e recolocava-os no modelo anatômico, sem perder o foco na interdependência do sistema em sua

totalidade à transversalidade do DM1.

Esta dinâmica ascendeu nas crianças e seus familiares curiosidades, proporcionou dirimir dúvidas e redimensionar suas atitudes de cuidados domiciliares sobre a técnica de insulino terapia e dieta nutricional. Essa observância assentou-se nos resultados obtidos com a técnica de insulino terapia realizada imediatamente a dinâmica do corpo humano, na qual as crianças e seus responsáveis eram conduzidos a uma sala de avaliação clínica no Laboratório de Enfermagem, onde foram realizadas orientações sobre a prática da insulino terapia e rodízio das injeções. Cada criança-adolescente teve os locais do seu corpo dimensionados para aplicação de injeção. Teve-se em evidência as vias de administração de medicamentos nos princípios da semiotécnica.

Da demarcação dos locais do corpo para insulino terapia, a avaliação clínica possibilitou identificar em quatro das sete crianças áreas de lipodistrofia e hipertrofia, evidenciando déficit de conhecimento sobre a técnica. Este dado foi exaustivamente trabalhado com as crianças-adolescentes e responsável através de mobilização dos seus fazeres para o saber-fazer. Este momento versou sobre o atendimento individual - caso a caso, de modo a desfazer dúvidas referentes à localização das injeções e o rodízio das aplicações, uma vez que foi constatado lipodistrofia por injeções consecutivas em região do epigástrico e face anterolateral superior da coxa direita e esquerda. Esta problemática também foi identificada em um estudo multicêntrico, demonstrando haver à necessidade de maior atenção nos locais de injeções das crianças-adolescentes com DM1 (Pimazoni-Netto, 2015).

Da experiência, os relatos: “[...] *essa didática possibilitou a gente conhecer melhor o corpo para evitar complicações*” (genitora de E. S. A.); “*eu só me aplicava aqui na barriga, agora eu sei o que são esses gruninhos*” (Y. L. A. O.); e a genitora de A. R. S. enunciou: “*eu nunca identifiquei nada disso no meu filho, acho que é porque ele usa bomba de infusão*”.

A expressão de felicidade e contentamento ficou registrada na observação dos pesquisadores sobre a dinâmica realizada nesta oficina.

### **Terceiro momento – Oficina terapêutica nutricional ao DM1**

O terceiro encontro objetivou esclarecer dúvidas referentes à dieta adequada às crianças por uma nutricionista. Partiu-se do questionamento: “*vocês sabem que o Diabetes não tem cura, mas que se pode conviver com ele tranquilamente desde que se tenha disciplina na alimentação, atividade física e uso da medicação? Sem esse tripé o controle não funciona bem!*” (Nutricionista).

Deste questionamento, iniciou-se uma roda de discussão com as mães e crianças-adolescentes sobre o viver cotidiano alimentar familiar.

As discussões mediaram-se a manifestação de sentimentos de angústias, relacionado à contagem de carboidratos na dieta; a hipoglicemia; a ceia; o consumo energético e as classificações de alimentos.

Momento marcado pelas falas:

*Porque, se aquele carboidrato é para seis unidades de insulina, porque um dia fica alto e no outro não? A ansiedade leva a diminuir a glicemia ou a aumentar? (Genitora de M. L. J. S)*

*Ela toma leite achocolatado à noite e come pão, mas sempre tem episódio de hipoglicemia dormindo. Minha esposa vive sobre alerta. O achocolatado não é energético? (Genitor de Y. L. A. O.)*

*Ela é muito compulsiva, é porque ela tem dois irmãos, um tem oito anos e o outro sete, eles de certa forma não aceitam a dieta dela, ai tem coisa que ela vê e quer. Ela sofre muito com isso. Muitas vezes pra gente dar as coisas a eles espera ela dormir ou sai separado, pra evitar que ela veja, porque tem coisa que ela ainda não entende. (Genitora de A. S. S. B.)*

*O que eu tô observando muito é que ela não tem aquela ansiedade de doce, tanto é que a vitamina dela é sem adoçante, o suco também, ela gosta mais da fruta natural. Então, quando vê uma coisa doce demais, até diet, ela acha muito doce, enjoativo, então ela prefere os salgados. (Genitora M. L. S. F.)*

Diante às inquietações, ancoraram-se os esclarecimentos na pirâmide alimentar como estratégia de assimilação da temática através de uma dinâmica de montagem de peças. Consistiu do desenho da uma pirâmide alimentar em um quadro de aço de dimensões 90/75 cm; imagens diversas de alimentos que compõem a pirâmide alimentar, impressas em dimensões 10/10 cm em alto relevo e colante (com imãs).



**Fonte:** Arquivo da pesquisa. Mai/2015

As crianças foram convidadas a unir os alimentos de cada grupo alimentar e preencher a pirâmide juntamente com a nutricionista. Nessa dinâmica foi enfatizando a dieta diária essencial e sua utilização, de forma atrativa, criativa e diversa às crianças-adolescentes.

A ênfase foi dada a expressão: “*Tem que ser uma coisa bem dinâmica, colorida e sem aquele rótulo: é para diabético*” (Nutricionista).

Em seguida, deu-se início ao sorteio de perguntas a averiguação do aprendizado: Meu almoço tem que ser rico em que? Como eu devo me alimentar antes de fazer atividades? Qual a diferença entre produtos *light* e *diet*? Posso comer que tipo de pão? Posso comer frituras, coxinhas, quibes e pasteis? Como posso adoçar meu suco? Se tiver uma hipoglicemia o que devo fazer? O que tenho que olhar nas embalagens?

O desenrolar dessas questões se deu com a discussão sobre a problemática nutricional do DM1, associando-a ao cotidiano das pessoas na busca por sanar dúvidas e contribuir ao empoderamento aos saberes à elaboração de uma dieta mais apropriada ao *viver-com* o DM1.

### **Quarto momento - Oficina terapêutica físico desportiva para o DM1**

Esta oficina teve como objetivo a fundamentação dos princípios da atividade física regular e desmistificar conceitos sobre o risco de hipoglicemia. Foram tratados temas como: fisiologia da atividade física, dieta e atividade física, atividade física, esporte e lazer.

As discussões dos temas tinham como 'pano de fundo' as capacidades resilientes a tríade do controle do DM1, aspectos endócrinos e metabólicos, verificação do nível glicêmico pré e após atividades de gasto energético, precauções aos riscos de hipo e hiperglicemia à reserva glicêmica pré e pós atividades físicas. A compreensão por resiliência ancorou-se nos saberes de Anaut (2005), quando enuncia tratar-se de uma capacidade humana de superar adversidades e situações de risco como o estresse e experiências sociais adversas.

Os temas foram tratados de forma científica, em linguagem proximal ao *ser* criança-adolescente e seus familiares responsáveis, através de uma didática de ensino-aprendizado problematizadora. O cenário foi o Ginásio Poliesportivo da UESB e os facilitadores educadores físicos, enfermeiros, fisioterapeutas, psicólogos e acadêmicos das referentes áreas.

O auge da oficina se deu mediante atividades físicas enoveladoras de jogos e brincadeiras na quadra do referido ginásio. Tratou-se de uma aula prática com a estratégia de atividade aeróbia com duração de 60 minutos – Correr sobre as linhas da quadra; passar a bola; coelhinho na toca; escravos de Jó e basebol adaptado. Utilizaram-se como utensílios bolas, arcos de ginástica rítmica, bolas de vôlei, cones e amplificador de som. Esta abordagem teve atenção especial da equipe de pesquisadores, nomeadamente ao controle glicêmico antes, durante e após a aula e lanches disponibilizados para eventuais episódios de hipoglicemia.

#### **O itinerário das atividades físicas**

- **Primeira atividade** – delimitação das linhas da quadra poliesportiva de modo a sua exploração por todos os participantes de forma livre e vagarosa. Logo era solicitado que acelerassem a caminhada até uma breve corrida, evitando

esbarrar um no outro.

- **Segunda atividade** - divididos os participantes em fileira dupla, cada qual com uma bola, ao comando da educadora física executavam: bola a direita, esquerda, frente, atrás, acima da cabeça, por entre as pernas, alternância das mãos. A medida do cumprimento da atividade era inserida outras bolas e dois ou mais comandos concomitantemente.
- **Terceira atividade** – arcos de ginástica rítmica um para cada participante dispostos na quadra representavam tocas, em seguida, com acompanhamento musical caminhavam livremente pela quadra poliesportiva. A pausa da música dirigia-se às suas tocas. À medida que o tempo passava ia-se retirando gradualmente os arcos e os participantes procuravam se abrigar em outras tocas, mediante suas agilidades. Este processo prosseguiu até restar um único arco e se desvelar os participantes protetores da toca.
- **Quarta atividade** – formado um círculo humano com mãos dadas, no centro da quadra, para a dinâmica dos ‘escravos de Jó’ com acompanhamento musical, movimentavam-se no sentido horário e anti-horário. À medida que o tempo passava a música era acelerada de modo que ao término da dinâmica uma confusão de direção era identificada pelos participantes, pela rapidez do movimento empreendido no círculo.
- **Quinta atividade** – os participantes foram divididos em duas equipes, A e B para arremessamento de bola na direção de um cone colocado no centro da quadra poliesportiva, em seguida, um participante da equipe A arremessava a bola e um da equipe B fazia o percurso de metade da quadra de modo a retornar ao cone antes que a bola fosse lançada sobre ele. Os arremessamentos eram alternados entre os participantes das equipes.

Ao término das atividades foi realizado um círculo humano no centro da quadra poliesportiva à avaliação da oficina de atividades físicas.



**Fonte:** Arquivo da pesquisa. Mai/2015

Tratou de um momento de entrelaçamento de saberes dos participantes e pesquisadores, no qual foi discutida a prática de atividade física, processos de adaptação e resistência, medos, empoderamento entre uma pluralidade de sentimentos, sendo observada neste horizonte, a valorização de todos os participantes à relação ali fortalecida de convivência social com potencial de reverter processos desagregadores que o DM1 provoca no sistema familiar.

O registro dos sentimentos de bem-estar e satisfação das crianças-adolescentes e seus familiares responsáveis evidenciou a necessidade de continuação da atividade não somente como trabalho científico, mas como processo de empoderamento às famílias em situação de risco pelo DM1, como se observa nas falas emergidas do círculo de avaliação:

*A tarde passou muito rápida, não queremos ir embora. (Y. L. A. O.)*

*Vamos repetir de novo aquela brincadeira? (M. L. J. S.)*

*Gente é tão bom voltar a ser criança. (Genitora de M. L. J. S.)*

*Eu nem me lembrei de que eu tenho diabetes, eu to ótima. (M. L. S. F.)*

### **Quinto momento - Oficina de direitos e deveres: Estatuto da Criança e Adolescente**

Esta oficina ocorreu com a presença de um advogado e um psicólogo do Centro de Referência em Direitos Humanos (CRDH)/UESB, objetivou esclarecer direitos e deveres das crianças-adolescentes garantidos pelo Estatuto da Criança e Adolescente (ECA) (Brasil, 1990) e mobilizar os familiares/responsáveis à criação de uma associação para o DM1 no município.

As discussões mediaram-se pelos relatos de vivências e experiências dos familiares/responsáveis e suas lutas cotidianas para garantir os cuidados à saúde aos seus filhos/filhas, como consultas médicas, insumos e medicamentos:

*Eu consegui essa bomba de insulina na justiça, só que há 06 meses que eu não recebo mais as fitas pra esse aparelho. (Genitora de A. R. S.)*

*Lá no meu posto de saúde, só quem libera as fitas é a coordenadora, se a coordenadora não tiver, ai eu tenho que ficar indo até a hora que ela estiver. Se faltar a gente tem que correr e comprar, porque não pode esperar. (Genitora de A. S. S. B.)*

*Semana passada foi a primeira vez que eu recebi as tiras de teste de glicemia e já iam vencer com três dias, uma quantidade grande. Então, como é que fica? (Genitora de M. L. J. S.)*

*Y. L. A. O. recebia pela DIRES [13ª. Diretoria Regional de Saúde, órgão extinto em 2015. Atualmente compõe as Bases Regionais de Saúde], porque entrei na justiça, ai ela passou a receber a insulina, mas de novembro até agora não recebeu mais nenhuma vez. (Avó de Y. L. A. O.)*

*Eu já passei por várias situações constrangedoras, principalmente em relação ao município, a assistência dos profissionais, porque para eles nós realmente não existimos no*



*município. É muito constrangedor!* (Genitora de M. L. S. F.)

Diante das falas, o advogado direcionou a discussão à reflexão sobre a criação de uma associação para o DM1. Explicando:

*Uma associação é a união de pessoas, sem fins lucrativos, que tenham a mesma finalidade. A finalidade aqui seria o acesso à saúde das crianças-adolescentes com DM1. Para se constituir essa associação o primeiro passo é a reunião dos interessados. Tem toda uma parte jurídica, como o estatuto, questão de fundação, registro em cartório, e eu como advogado do CRDH me coloco a disposição para todo o suporte jurídico necessário. [...] Tem uma série de benefícios, mas também, tem muita luta, não é fácil manter uma associação, tem que ter um programa de trabalho, disciplina, operacionalização financeira, tem que ter uma ajuda de custo inicial dos financiados. Mas, é um passo de extrema importância pra quem quer lutar pelo coletivo, pra quem tá em busca de somar forças. De forma conjunta dá muito mais poder, muito mais força, do que você lutar sozinho. Porque quando você vai à Secretaria, você não vai pedir só por você, você vai pedir por toda uma associação, que é representada por uma pessoa. Então a associação ganha força e poder político na sociedade.* (Advogado)

De esta explanação, a equipe de pesquisadores disponibiliza aos familiares/re-sponsáveis a sala do núcleo às primeiras reuniões com vistas à criação da associação. Logo, manifestam interesses e ascendem às discussões sobre a associação:

*Eu to muito feliz, eu quero isso, eu preciso!* (Genitora de A. R. S.)

*Pra mim é uma oportunidade maravilhosa! A gente poder buscar nossos direitos, eu fico muito feliz, porque a gente sozinha, a gente consegue alguma coisa, mas quando a gente tá com mais pessoas a gente se sente amparado e consegue muito mais. Então, agora a gente vai precisar de mães que estejam determinadas, de pessoas determinadas, a gente não vai começar só, então, a gente vai precisar trabalhar isso.* (Genitora de M. L. J. S.)

A oficina prosseguiu com questionamentos ao advogado e pedidos de ajuda à equipe de pesquisadores para o acontecimento da associação de DM1. Não obstante, os enfrentamentos relatados foram tratados na perspectiva globalizante. Assim, saiu como deliberação da oficina uma carta convite a Secretaria Municipal de Saúde para reunião com a equipe do CRDH, pesquisadores e três mães representantes do grupo definidas pelas participantes presentes na oficina. A carta foi elaborada, encaminhada e protocolada, obteve-se o interesse do gestor municipal à época em realizar a reunião, contudo, não aconteceu (até a data de submissão deste estudo a efetivação da associação não ocorreu). O desafio é as mães manterem-se ativas à 'luta', sobretudo, pela construção em seu imaginário coletivo de invisibilidade de seus filhos/filhas com DM1 pelo sistema de saúde local.

A compreensão que obtivemos sobre este fato se assenta em uma visão ainda míope da problemática DM1 no município, alertando-nos para a lacuna da atenção básica em saúde à temática em foco. Do alertar, o direcionamento à busca dos direitos constitucionais de saúde como dever do Estado (Brasil, 2016).

O que se evidencia é a invisibilidade já enunciada pelos familiares/responsáveis, e desta, o desejo de que luzes sejam lançadas à problemática DM1 – crianças-adolescentes possam ser enxergados na promoção/proteção e dignidade à vida de forma proximal e resolutive.

### **Sexto momento – Oficina DM1 e sua relação com o emocional**

Esta oficina emergiu do enlace das notas de campo realizadas pela psicologia dos momentos precedentes, cujos registros pontuaram sentimentos de aflição, inquietudes, tristeza, distanciamento, baixa motivação e desafio de *viver-com-vivendo* com o DM1.

A dinâmica da oficina versou sobre compreender como o DM1 afeta as relações das pessoas e seu emocional. Foi realizada a partir de um plano de aula, de estratégia discursiva proximal, tendo como recurso imagens em *slides* elaborados no programa *PowerPoint*, da *Microsoft*, versão 2007. A temática depressão infantil, comportamento infantil, doença crônica e infante e sua relação com o DM1 constituíram o foco da atividade. A psicóloga enunciou:

*Algumas crianças já tem consciência mais ainda não tomaram consciência da situação que é ter DM1. [...] As crianças-adolescentes muitas vezes passam por situações que ainda não sabem nomear, como a angústia, a ansiedade. É interessante que os familiares conheçam o dia a dia das crianças-adolescentes para que percebam se tem algo errado acontecendo. [...] a medicina sozinha não consegue dar conta de ajudar no controle da doença para que não haja complicações, além de exames, medicamentos, dieta e atividade física é necessário principalmente equilíbrio emocional.*  
(Psicóloga)

Imediatamente a fala da psicóloga, duas genitoras, enunciou:

*Eu fui muito resistente com o diagnóstico do DM1 em A. R. S., acho que estava na fase de negação. Não queria aplicar insulina, tinha medo que ele fosse para a escola. Mas depois passou. (Genitora de A. R. S.)*

*M. L. S. F. estava com mania de arrancar os pelos da sobrancelha e chegou a ficar quase sem. Estava uma coisa incontável. Depois eu associei ao casamento do pai, que foi na mesma época do diagnóstico. [...] ultimamente ela vem apresentando medo de ficar no quarto sozinha, sempre procura não ficar só [...]. (Genitora de M. L. S. F.)*

Suas falas foram ao encontro dos registros observacionais da psicóloga, evidenciando que o enfrentamento do DM1 é compartilhado no meio de pertencimento e mãe-filho(a) de forma mais acentuada. Esse dado corrobora a outros estudos que asseveram a complexidade da dinâmica relacional familiar em meio ao DM1 (Pilger & Abreu, 2007; Zanetti & Mendes, 2001; Zanetti, Mendes & Ribeiro, 2001; Marcelino & Carvalho, 2005).

A doença pela sua alta exigência de controle pela terapia de insulina, dieta, atividades em um *ser* em processo de crescimento e desenvolvimento, em meio à explosão hormonal na pré e adolescência ascende sentimentos dos mais diversos, alguns deles propalados na oficina como negação, medo, ansiedade, estresse e tricotilomania.

Destes sentimentos, o foco foi direcionado a aquietar as diversidades, momento em que a psicóloga realizou diálogos diretivos às problemáticas emergidas e conduziu a necessidade de acompanhamento individual, o qual foi disponibilizado por esta.

Em seguida, um momento de reflexão e convive informal mãe-mãe, mãe-psicóloga, mãe-enfermeira, mãe-fisioterapeuta e entre o grupo – um misto de sentimentos e direcionamentos visando o crescimento e o desenvolvimento mais saudável das crianças-adolescentes e o empoderamento de seus familiares responsáveis encerraram os trabalhos.

### **Sétimo momento – Oficina de encerramento**

Objetivou encerrar as atividades por meio de brincadeiras interativas que aludia o *ser* comunitário-comunicativo de inserção e visibilidade social, sem que a equipe de pesquisadores tivesse que conduzir as discussões, mas antes, os participantes pudessem avaliar a estratégia de educação-cuidado do estudo. Realizada na quadra do Ginásio Poliesportivo através da: dinâmica da caixinha; telefone sem fio; vivência com bexigas; espelho; pega-pega tartaruga.

#### ***O despeche das atividades***

- **Primeira atividade** – participantes reunidos lado a lado no círculo central da quadra. A educadora física passa uma caixa com perguntas e solicita que um a um tire uma, leia em voz alta e faça o que se pede (Exemplificando, imite um animal).
- **Segunda atividade** – sentados no círculo central. A educadora física no ouvido do participante à sua direita diz uma frase e solicita que seja repetida a pessoa ao lado, e sucessivamente, até chegar a última pessoa, a qual em voz alta pronuncia o que escutou. A frase ao final chega desigual, demonstrando ruídos comunicacionais na informação.
- **Terceira atividade** - cada participante de posse de um balão é instruído a enchê-lo e amarrá-lo. Ao comando de voz da educadora física: jogar para cima, bater palmas e pegar; jogar para cima, dar um giro de 360° e pegar com a mão esquerda; jogar para cima bater palma por baixo da perna direita e pegar.
- **Quarta atividade** – participantes em duplas posicionadas frente a frente imitavam-se como em um reflexo ao espelho.
- **Quinta e última atividade** – um participante escolhido pelo grupo como agarrador e os demais espalhados pela quadra. O agarrador tinha como objetivo pegar um dos participantes. Para evitar ser pego, o participante deitava-se

ao chão tornando-se imune a aproximação do agarrador, caso fosse pego se tornava o próximo agarrador.

Ao finalizar, todos de mãos dadas no centro da quadra, escutou-se em síntese: *“Não parem, isso o que vocês fazem é fantástico. O que nós recebemos significa muito.”* (Genitora de M. L. S. F.).

## **Conclusões**

O *ser* criança-adolescente com DM1 ainda se mostra em existencial, distante do olhar-enxergar no cenário de realização deste estudo. Uma evidência constatada na dificuldade de identificação de pessoas com DM1 nos registros da Atenção Primária em Saúde, o que corroborou ao êxodo para outros contextos como o Centro de Referência Estadual para Assistência ao Diabetes e Endocrinologia (CEDEBA), na capital do estado, Salvador, BA e consultórios particulares no município. Uma problemática com impacto socioeconômico para os familiares/responsáveis aos traslados e estadia na capital para atendimentos específicos e especializados, assim como aquisição de insumos.

Do que, este estudo evidenciou haver uma lacuna a ser revista como política pública, planejamento e gestão em saúde a este segmento etário de modo a sua visibilidade em suas especificidades de cuidados de *ser-si* no lócus de sua residência.

Este estudo buscou transitar sobre os saberes da resiliência e do empoderamento às crianças-adolescentes e família/responsáveis de modo às mudanças do cotidiano, ao saber agir com flexibilidade diante das limitações ainda evidenciadas no município, ao controle e tratamento que a doença DM1 impõe, sobretudo, impelindo-os a perseguirem seus direitos para o viver uma vida plena e feliz como enuncia o Sistema Único de Saúde (SUS).

Propõe que a criação de associação para o DM1 seja uma estratégia difundida no meio comunitário e científico, a guisa de maior visibilidade das crianças-adolescentes, como também à elaboração de políticas públicas mais proximal as especificidades do grupo em foco à promoção do crescimento e desenvolvimento com qualidade de cuidados para o melhor viver com o DM1.

Igualmente, que o estudo possa se reverter em uma ferramenta à ação-reflexão de cuidados ao alcance do sistema familiar em sua inteireza e globalidade para maior visibilidade de suas demandas à elaboração de estratégias públicas no enfoque do DM1.

## **Agradecimentos**

A Pró-reitoria de Extensão e Assuntos Comunitários, Pró-reitoria de Pesquisa e Pós-graduação da UESB, ao Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq) pela bolsa de iniciação científica, a equipe coautora, familiares/responsáveis e crianças-adolescentes com DM1 colaboradores desde estudo.

## Referências

- Anaut, M. (2005). *A resiliência: ultrapassar os traumatismos*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Brasil (1990). Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990. Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente, e dá outras providências. Brasília: Diário Oficial. <https://www2.camara.leg.br/legin/fed/lei/1990/lei-8069-13-julho-1990-372211-publicacaooriginal-1-pl.html>
- Brasil (2016). *Constituição da República Federativa do Brasil: texto constitucional promulgado em 5 de outubro de 1988, com as alterações determinadas pelas Emendas Constitucionais de Revisão nºs 1 a 6/94, pelas Emendas Constitucionais nos 1/92 a 91/2016 e pelo Decreto Legislativo nº 186/2008*. Brasília: Senado Federal, Coordenação de Edições Técnicas. [https://www2.senado.leg.br/bdsf/bitstream/handle/id/518231/CF88\\_Livro\\_EC91\\_2016.pdf?sequence=1%3E7](https://www2.senado.leg.br/bdsf/bitstream/handle/id/518231/CF88_Livro_EC91_2016.pdf?sequence=1%3E7)
- Borsoi, S. C., Roessler, G., Scheidt, I. V., & Mascarenhas, L. P. G. (2016). Atendimento a cuidadores de crianças e adolescentes com diabetes mellitus tipo 1: revisão sistemática de literatura. *ConScientiae Saúde*, 15(3), 495-500. doi:10.5585/conssaude.v15n3.6291
- Brito, T. B., & Sadala, M. L. A. (2009). Diabetes mellitus juvenil: a experiência de familiares de adolescentes e pré-adolescentes. *Ciência & Saúde Coletiva*, 14(3), 947-960. doi: 10.1590/S1413-81232009000300031
- Castro, E. K., & Piccinini, C. A. (2002). Implicações da doença orgânica crônica na infância para as relações familiares: algumas questões teóricas. *Psicologia: Reflexão e crítica*, 15(3), 625-635. doi: 10.1590/S0102-79722002000300016
- Creswell, J. W. (2009). *Research design: qualitative, quantitative, and mixed methods approaches* (3rd ed.). Thousand Oaks, California: SAGE Publications.
- IBGE. (2011). Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. *Censo Demográfico 2010. Características da população e dos domicílios. Resultados do universo*. Rio de Janeiro: IBGE. [https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/periodicos/93/cd\\_2010\\_caracteristicas\\_populacao\\_domicilios.pdf](https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/periodicos/93/cd_2010_caracteristicas_populacao_domicilios.pdf)
- IDF - International Diabetes Federation. (2017). *Diabetes Atlas* [Internet] (8th ed.). Brussels: International Diabetes Federation. <https://www.idf.org/e-library/epidemiology-research/diabetes-atlas/134-idf-diabetes-atlas-8th-edition.html>
- Marcelino, D. B., & Carvalho, M. D. B. (2005). Reflexões sobre o diabetes tipo 1 e sua relação com o emocional. *Psicologia: reflexão e crítica*, 18(1), 72-7.
- Marcon, S. S., Faquinello, P., Fonseca, E. L., Haddad, M. L., & Barreto, M. S. (2009). Diabetic children health care in the family's view: a qualitative approach. *Online Brazilian Journal of Nursing*, 8(2), np.
- Miles, M. B., & Huberman, A. M. (1994). *Qualitative data analysis: an expanded sourcebook*. (2nd ed.). Thousand Oaks, California: SAGE Publications.
- Ministério da Saúde. (2010). *Política Nacional de Humanização*. Secretaria de Atenção à Saúde. Brasília: Ministério da Saúde. [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cadernos\\_humanizassus\\_atencao\\_basica.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cadernos_humanizassus_atencao_basica.pdf)

- Ministério da Saúde. (2012a). *Saúde da criança: crescimento e desenvolvimento* (Cadernos de Atenção Básica, nº 33). Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde. [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude\\_crianca\\_crescimento\\_desenvolvimento.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude_crianca_crescimento_desenvolvimento.pdf)
- Ministério da Saúde. (2012b). *Resolução n. 466, de 12 de dezembro de 2012*. Conselho Nacional de Saúde. Aprova diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Diário Oficial da União. [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2013/res0466\\_12\\_12\\_2012.html](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2013/res0466_12_12_2012.html)
- Ministério da Saúde. (2013). *Sistema de Cadastro e Acompanhamento de Hipertensos e Diabéticos - Bahia*. <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/deftohtm.exe?hiperdia/cnv/hdba.def>
- Nóbrega, V. M., Reicher, A. P. S., Silva, K. L., Coutinho, S. E. D., & Collet, N. (2012). Imposições e conflitos no cotidiano das famílias de crianças com doença crônica. *Esc. Anna Nery* (impr.), 16(4), 781-788.
- Oliveira, J. E. P., & Vencio, S. (2014). *Diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes: 2013-2014/Sociedade Brasileira de Diabetes*. São Paulo: AC Farmacêutica, 1-360.
- Pilger, C., & Abreu, I.S. (2007). Diabetes mellitus na infância: repercussões no cotidiano da criança e de sua família. *Cogitare Enferm*, 12(4), 494-501.
- Pimazoni-Netto, A. (2015). *Principais obstáculos e erros técnicos na autoaplicação de insulina*. Centro de Diabetes e Endocrinologia da Bahia, Salvador, BA, 1:1-8.
- Amorim Silva, M. E., Gomes, I. P., Machado, A. N., Vaz, E. M. C., da Silva Reichert, A. P., & Collet, N. (2014). Implicações da condição crônica da criança para sua família/Implications of chronic condition of the child for its family. *Ciência, Cuidado e Saúde*, 13(4), 697-704.
- Trentini, M., Paim, L., & Silva, D. M. G. V. (2014). *Pesquisa convergente assistencial: delineamento provocador de mudanças nas práticas de saúde* (3ª ed.). Porto Alegre: Moriá.
- Vieira, M. A., & Lima, R. A. G. D. (2002). Crianças e adolescentes com doença crônica: convivendo com mudanças. *Revista Latino-americana de enfermagem*, 10(4), 552-560. doi:10.1590/S0104-11692002000400013
- Werkema, M., & DiMambro M. (2014). Universidade das Crianças - De onde vem a diabetes [Vídeo file]. <https://www.youtube.com/watch?v=v03ctJ5fUiA>
- Zanetti, M. L., & Mendes, I. A. C. (2001). Análise das dificuldades relacionadas às atividades diárias de crianças e adolescente com diabetes mellitus tipo 1: depoimento de mães. *Rev Latino-am Enfermagem*, 9(6), 25-30.
- Zanetti, M. L., Mendes, I. A. C., & Ribeiro, K. P. (2001). O desafio para o controle domiciliar em crianças e adolescentes diabéticas tipo 1. *Rev Latino-am Enfermagem*, 9(4), 32-6. doi: 10.1590/S0104-11692001000400006