

O CUIDADO DE ENFERMAGEM EM UMA CRIANÇA COM DIABETES MELLITUS TIPO 1 : UM RELATO DE EXPERIÊNCIA

THE NURSING CARE IN A CHILD WITH TYPE 1 DIABETES MELLITUS: A REPORT OF AN EXPERIENCE

EL CUIDADO DE LA ENFERMERÍA EN UN NIÑO CON DIABETES MELLITUS TIPO 1: UN RELATO DE EXPERIENCIA

DANIELE MARY SILVA DE BRITO¹

TATIANE GOMES GUEDES²

JANAÍNA FOSENCA VICTOR³

ADRIANA BESSA MEDEIROS⁴

A experiência em estar junto à criança hospitalizada levou-nos a realizar este estudo objetivando relatar o cuidado de enfermagem com uma criança portadora de Diabetes mellitus tipo 1. O cuidado de enfermagem foi realizado utilizando o sistema da North American Nursing Diagnost Association (NANDA). Foram identificados os seguintes diagnósticos de enfermagem: déficit de conhecimento, baixa auto-estima situacional, padrões familiares alterados e medo. As intervenções basearam-se na ênfase de desmistificar o DM tipo 1 através de atividades educativas e lúdicas, além da participação ativa da família no cuidado. Concluímos que as intervenções assim realizadas potencializam as chances de sucesso de regimes terapêuticos com crianças, além de ser um diferencial no ato de cuidar.

PALAVRAS-CHAVE: Diabetes mellitus tipo 1; Cuidados de enfermagem; Criança.

The experience of being close to a hospitalized child led us to accomplish this study which aims to report the nursing care with a type 1 Diabetes mellitus child. The nursing care assessment was carried out through the use of the North American Nursing Diagnosis Association (NANDA) system. The following nursing diagnosis was identified: Deficit of knowledge, Low situational self-esteem, altered familiar patterns, and fear. The interventions were based on the necessity of demystifying the type 1 DM through educational and ludic activities, besides the active participation and care of the family. We got to the conclusion that interventions accomplished this way, strengthen the chances of success during therapeutic treatments with children besides being a differential as we look after them.

KEYWORDS: Type 1 Diabetes mellitus; Care; Child.

La experiencia de estar junto al niño hospitalizado nos llevó a realizar este estudio con la finalidad de relatar el cuidado que se da en la enfermería al niño portador de Diabetes mellitus tipo 1. El cuidado proporcionado en la enfermería siguió el modelo de la North American Nursing Diagnost Association (NANDA). Fueran identificados los siguientes diagnósticos de enfermería: déficit de conocimiento, baja auto-estima situacional, modelos familiares alterados y miedo. Las intervenciones se basaron en el énfasis de desmitificar la DM tipo 1 utilizando actividades lúdicas y educativas, así como la participación activa de la familia en el cuidado. Concluimos que las intervenciones realizadas de esta manera potencian las chances de suceso de regímenes terapéuticos con niños, siendo también un diferencial en el acto de cuidar.

PALABRAS CLAVE: Diabetes Mellitus tipo 1. Atención de enfermería; Niño.

¹ Doutoranda em Enfermagem pela Universidade Federal do Ceará – UFC. Membro do grupo de pesquisa NAEPE. Bolsista da FUNCAP. E-mail: danemel6@hotmail.com

² Mestranda em Enfermagem pela Universidade Federal do Ceará – UFC. Membro do Grupo de pesquisa saúde da mulher. Bolsista da FUNCAP. E-mail: tatiguedes@yahoo.com.br

³ Doutoranda em Enfermagem. Professora do Curso de Enfermagem da Universidade de Fortaleza – UNIFOR. Membro do grupo FAMEPE.

⁴ Especialista em Enfermagem Pediátrica. Mestranda em Enfermagem Clínica pela Universidade Estadual do Ceará – UECE.

INTRODUÇÃO

O Diabetes Mellitus (DM) afeta populações de vários países, em todos os estágios de desenvolvimento. Mesmo com os atuais avanços tecnológicos e científicos, esta doença ainda promove profundas alterações orgânicas, emocionais e sociais, que suscitam necessidades constantes de cuidado.

O DM é uma síndrome crônica de etiologia múltipla, decorrente da falta de insulina e/ou da incapacidade desta de exercer adequadamente sua função. Caracteriza-se por hiperglicemia crônica, com distúrbios do metabolismo dos carboidratos, lipídios e proteínas¹.

Dependendo da causa subjacente, o DM é dividido em tipo 1 e 2. Na infância, ocorre o DM tipo I ou insulino-dependente, pela necessidade de insulina exógena, para a sobrevivência da criança. Sua apresentação típica é, geralmente, com menos de um mês de evolução, com o surgimento de poliúria, polidipsia, polifagia, adinamia e emagrecimento. O DM tipo 2 ou não-insulino dependente, ocorre com maior frequência no adulto, tendo aumentado de forma importante em crianças nos Estados Unidos, acompanhando o aumento da obesidade nesta faixa etária².

As doenças crônicas são caracterizadas pela longa duração de seu tratamento, além de imporem limitações e mudanças no estilo de vida, envolvendo, não somente o portador, mas também o núcleo familiar; esta participação da família poderá interferir positivamente nos comportamentos de adesão a regimes terapêuticos.

No tocante à criança, o esperado é que ela viva situações de saúde, para crescer e desenvolver-se dentro dos limites da normalidade^{3,4}. No entanto, quando a criança se encontra na condição de doente, seu comportamento necessita ser modificado, tendo o seu cotidiano alterado, com limitações físicas provenientes da doença, podendo ser freqüentemente submetida a hospitalizações, que podem ocasionar alterações no seu complexo biopsicosocial⁵.

A doença crônica não age só na criança, afetando, também, os demais membros da família, mesmo que indiretamente, e em graus variados, fazendo com que as organizações habituais e funcionais familiares sejam modificadas. Nesse contexto faz-se necessário que a enfermeira propor-

cione um ambiente de equilíbrio entre as modificações necessárias ao controle da doença e à estabilidade e conforto do paciente.

A família não pode ser vista apenas como aquela que deve cumprir as determinações dos profissionais de saúde, mas deve reconhecer e assumir a responsabilidade pela saúde de seus membros. Precisa ter dúvidas esclarecidas e opinião considerada, além da participação incentivada no processo de cuidar.

O resultado positivo da cooperação dos membros familiares com o portador de doença crônica perpassa pelo entendimento da doença em si, do tratamento, de cuidados específicos, sensibilização e sentimentos positivos, como amor, carinho, responsabilidade, afetividade, dentre outros. Atuando assim, a enfermeira possibilita o despertar do familiar, para participar no cuidado, de forma consciente e reflexiva, sem um cunho paternalista assistencialista.

O processo pelo qual a enfermeira poderá chegar a desenvolver uma ação competente, se faz por meio da ótica do cuidar de forma integral, visualizando o ser em seu contexto biopsicossocioespíritual. Considerando o cuidado, não apenas como uma atividade ou tarefa executada no sentido de tratar uma lesão, aliviar um desconforto e auxiliar na cura de uma doença. A atividade de cuidar procura ir além, tentando captar o sentido mais amplo: o cuidado como forma de expressão, de relacionamento com o outro ser e com o mundo, enfim, como forma de viver plenamente⁶.

No cotidiano de nossas atividades profissionais, na clínica pediátrica de um Hospital Geral de Fortaleza, nos deparamos com uma criança portadora de DM tipo 1, recém diagnosticado, com estado clínico instável. Os pais da criança desconheciam o DM tipo 1 e não compreendiam as alterações, principalmente, as físicas, apresentadas pela criança, o que gerou grande desconforto, ansiedade e angústia nos mesmos.

Diante dessa situação objetivamos neste estudo relatar uma experiência do cuidado de enfermagem com uma criança portadora de DM tipo 1, integrando a família neste cuidado; para tanto, utilizamos o sistema da North American Nursing Diagnost Association (NANDA), que se configura como o mais comumente aceito e define o diagnóstico como o processo de identificação e julgamento dos problemas de saúde do indivíduo, família ou comunidade^{7,8}.

ASPECTOS METODOLÓGICOS

Relato de experiência realizado junto a um portador de diabetes mellitus, que encontrava-se, internado, no mês de maio de 2004, na unidade pediátrica de um hospital geral de Fortaleza, acompanhado de sua mãe. No momento do estudo a criança apresentava-se com a doença descompensada. Durante as visitas, foram realizadas seis oficinas de educação em saúde, favorecendo o conhecimento dos familiares sobre a doença.

As intervenções de enfermagem foram implementadas e avaliadas concomitantemente. Na coleta de dados foi utilizado o histórico de enfermagem com perguntas abertas e fechadas, objetivando levantar dados dos déficits de autocuidado relacionados ao desvio de saúde. Neste estudo utilizou-se o processo de enfermagem, tendo como referencial teórico o sistema da North American Nursing Diagnost Association (NANDA).

Cumprimos as recomendações da resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde que estabelece os princípios para pesquisa que envolve direta ou indiretamente seres humanos⁹. Para garantir o anonimato foi utilizado iniciais fictícias. Todas as atividades educativas foram realizadas junto à criança e seu responsável, sendo esclarecido para os mesmos que estavam livres para argumentar, sugerir ou manifestar desejo de não participar.

A experiência deste caso poderá ainda, estimular outros enfermeiros que cuidam de crianças hospitalizadas a desenvolverem intervenções individualizadas, o que caracteriza a beneficência do estudo.

CONHECENDO A CRIANÇA

ES.O, nove anos, sexo masculino, peso 19,5 kg, estudante da quarta série, filho único com diagnóstico médico de DM tipo 1 e cetoacidose diabética. Há dois meses vinha apresentando perda de peso progressiva, polifagia, polidipsia e poliúria. Referia sede intensa, cefaléia e tonturas. Há cinco dias apresentou complicações no quadro clínico com desidratação, emagrecimento acentuado, níveis glicêmicos elevados (532 mg/dl), glicosúria, cetonúria e proteinúria.

ELABORANDO O CUIDADO DE ENFERMAGEM

O cuidado de enfermagem foi desenvolvido a partir do histórico de enfermagem, no qual, foram levantados os problemas e diagnósticos de enfermagem, de acordo com a taxonomia da NANDA. De posse dos diagnósticos, elaboramos o plano de cuidados, apresentados no quadro abaixo.

DIAGNÓSTICO	CARACTERÍSTICAS DEFINIDORAS	INTERVENÇÃO
Déficit de conhecimento	Verbalização e interpretação errada da criança e seus familiares sobre a doença	Realização de educação em saúde com a criança e seus familiares utilizando a cartilha "diabetes o que todos precisam saber" do Ministério da Saúde.
Baixa-auto estima: situacional	Vergonha de sair de casa devido à perda de peso acentuada	Auxiliar na expressão dos sentimentos através de desenhos; Orientar quanto ao processo transitório da alteração no peso; Proporcionar oportunidades para a criança ter sucesso na recuperação da doença através da interação com outras crianças com a mesma patologia.
Processo familiar alterado	Interrupção das rotinas familiares devido à hospitalização da criança	Proporcionar ambiente agradável, providenciando objetos pessoais; Estimular o revezamento de acompanhante no âmbito hospitalar.
Medo	Sentimento de pavor causado pelas aplicações de insulina e testes de glicemias de rotina	Desmitificar a aplicação de insulina com uso do lúdico; Orientar quanto à importância da terapia insulínica; Ensinar à criança e seus familiares quanto à aplicação de insulina, estimulando a autonomia.

DESCREVENDO AS INTERVENÇÕES

Nas intervenções de enfermagem no diagnóstico de déficit de conhecimento, foram realizadas seis sessões educativas, com duração de uma hora cada, por meio de leituras da cartilha "Diabetes Mellitus o que todos precisam saber", foram discutidos os sinais, os sintomas, a fisiologia, o tratamento e as complicações da doença. Além desse recurso, utilizamos um álbum seriado, o qual facilitou o entendimento dos temas abordados. O Ministério da Saúde^{10:20} considera que "o objetivo mais importante da educação do diabético seria fazer o paciente mudar de atitude internamente, tomando-o ativo no controle da doença. Só então, ter-se-ia concretizado a verdadeira educação."

Quanto às intervenções que envolvem a criança no aprendizado sobre sua doença, a literatura revela que à medida que a criança adquire um maior conhecimento sobre os conceitos relacionados às doenças e às habilida-

des cognitivas, tornam-se mais capazes de relatar sintomas de doenças com precisão, concordar com regimes de tratamento prescrito, adaptar-se às doenças e tomar decisões esclarecidas sobre medidas de saúde preventiva.

Quanto à baixa auto-estima situacional, as intervenções voltaram-se para facilitar a exteriorização dos sentimentos de tristeza e ansiedade; para isso, utilizamos recursos lúdicos, como desenhos, pinturas e uso de fantoches; estas atividades propiciaram momentos de descontração e alegria para a criança e seus familiares. O lúdico atua na criança como fator inibidor de sua ansiedade e que, por meio deste, a criança pode aceitar sua permanência no hospital, extravasando seus sentimentos de medo e tristeza^{2,11}.

Outra intervenção realizada foi a facilitação de momentos de desconcentração com outras crianças internadas, o que possibilitou troca de experiências positivas, no que se refere ao processo saúde-doença.

Nas intervenções no diagnóstico processo familiar alterado, procuramos favorecer um ambiente agradável; para isso, solicitamos ao setor de serviço social autorização para o uso de rádio e incentivamos a mãe a assistir televisão, bem como revezar o acompanhamento da criança com outro familiar. No intuito de proporcionar segurança aos familiares, apresentamos os mesmos a equipe de enfermagem e explicamos como funciona a escala de serviço destes profissionais. Verificamos que após este procedimento a mãe relatou sentir-se mais segura e disposta a alternar com um familiar.

Para administrar os cuidados que uma doença crônica exige, tal como o diabetes em crianças, necessita-se de uma abordagem para o cuidado, através de uma equipe multiprofissional tendo a criança e a família como foco central deste cuidado¹². Tal abordagem justifica-se pois os pais enfrentam uma diversidade de problemas em relação ao diabetes mellitus tipo 1, sendo que os mais frequentes estão relacionados à administração de insulina, dieta, dinâmica familiar e testes de glicose no sangue e na urina¹³.

Quanto ao tratamento com a insulino-terapia, o qual gerava medo na criança, foi realizada, durante 4 dias consecutivos, com duração de 30 a 45 minutos, a demonstração da técnica de aplicação, dos tipos de insulina, da seringa utilizada, da forma de aspiração, da técnica asséptica, do horário de administração, das dosagens, dos locais de apli-

cação e das formas de condicionamento. A criança, sua mãe e seu pai participaram, ativamente, do processo educativo, repetindo a técnica e esclarecendo dúvidas, o que facilitou a interação e troca de saberes. Após esta intervenção, os pais e a criança conseguiram administrar a insulina corretamente.

Após a implementação do plano de cuidados à criança e seus familiares, foram avaliados através de perguntas sobre o DM tipo 1, em que se mostraram aptos, tanto no conhecimento da doença como na técnica de aplicação da insulina.

O entendimento da criança sobre sua doença e tratamento e o conhecimento de sua capacidade cognitiva pode, portanto, proporcionar uma orientação, não apenas para a seleção de explicações, mas também para a seleção das técnicas mais adequadas para administração de cuidados de saúde, tornando-o de fato um indivíduo consciente de sua doença, participante na prevenção de complicações que o diabetes leva a ter¹⁴. Assim, de acordo com o que o paciente sabe de sua doença, seu real significado, seus riscos e controle de suas atitudes e estilo de vida se encaminharão para a prática no seu cotidiano.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Na assistência à criança hospitalizada, predomina o atendimento clínico, individual e curativo, com tecnologia sofisticada e altamente intervencionista. No entanto, este modelo tem se mostrado insuficiente e vem sofrendo transformações, que, numa perspectiva mais atual, a assistência visa a integralidade da criança, atendendo às necessidades de diagnósticos e terapêutica a partir de suas necessidades.

Neste contexto, deparamo-nos com a necessidade de criar novos modelos de atender à criança buscando intervir mais efetivamente no processo de assisti-la, para tentarmos reduzir ao máximo os efeitos físicos, emocionais e sociais da hospitalização. As intervenções de enfermagem devem voltar-se para os diagnósticos identificados e não para o cumprimento de normas e rotinas estabelecidas, visto que, o paciente é único e assim o cuidado deve ser individualizado.

Podemos visualizar, nesta experiência, que ao desenvolver uma atividade pautada no diagnóstico de enfer-

magem, o trabalho torna-se mais consistente e coerente com a realidade do paciente.

Um ponto importante a ressaltar é o que trata da integração da família no cuidado o que potencializou as chances de sucesso no cuidado de enfermagem com a criança. Essa integração surgiu principalmente, porque os familiares tiveram suas dúvidas esclarecidas e opinião considerada no desenvolvimento do cuidado.

Podemos considerar, também, que o uso de atividades lúdicas no cuidado de enfermagem, interferiu positivamente, nas intervenções, pois facilitou o aumento do nível de conhecimento sobre a doença e suas complicações de forma simples, alegre e descontraída.

Diante disso, podemos constatar que uma assistência de enfermagem efetiva a uma criança portadora de DM, vai muito além de ações que permeiam a doença, é necessário relacionar tais ações com as reais necessidades da criança e seus familiares.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Ministério da Saúde(BR). Hipertensão arterial sistêmica e diabetes mellitus: protocolo. Brasília; 2001.
2. Whaley LC, Wong D. Enfermagem pediátrica: elementos essenciais à intervenção efetiva. 5ª. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 1999.
3. Araújo TL, Maciel ICF, Maciel GGF, Silva ZMSA. Reflexo da hipertensão arterial no sistema familiar. Rev Soc Cardiol Est São Paulo 1998 mar-abr; 8(2 supl. A): 1-6.
4. Lima FET, Lopes MVO, Araújo TL. A família como suporte para o idoso no controle da pressão arterial. Família Saúde Desenvolvimento 2001 jan/jun; 3(1): 63-9.
5. Lima RAG. Criança hospitalizada: a construção da assistência integral. [tese]. São Paulo: Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto; 1996.
6. Waldow VR. Cuidado humano: o resgate necessário. Porto Alegre: Sagra Luzzatto; 1998.
7. Carpenito LJ. Manual de diagnóstico de enfermagem. 8ª. ed. Porto Alegre: Artes Médicas; 2001.
8. Pagliuca LMF, Lima MF. Diagnóstico de enfermagem em paciente submetida à cesariana por estar com condiloma venéreo: estudo de caso. Cogitare Enfermagem 1998 jul/dez; 3(2): 45-9.
9. Ministério da Saúde(BR). Conselho Nacional de Saúde. Resolução Nº 196/96. Estabelece critérios sobre pesquisa envolvendo seres humanos. Brasília; 1996.
10. Ministério da Saúde(BR). Programas e projetos. Diabetes – tipos mais frequentes. [on line] [Acesso em 2004 jun 28]. Disponível em : <http://www.saude.gov.br>.
11. Barbosa GA, Lorenzo WCG. O cuidado da criança. Pediatr Atual 1998 set; 11(9):16-22.
12. Kushion W, Salisbury PJ, Seitz KW, Wilson BE. Issues in the care of infants and toddlers with insulin – dependent diabetes mellitus. Diabetes Educ 1991; 17(2):107-10.
13. Warzak WJ, Majors CT, Ayllon T, Milan MA, Delcher HK. Parental versus professional perceptions of pediatric diabetes care. Diabetes Educ 1993; 19(2):121-4.
14. Fernandes WL, Modesto Filho J, Nóbrega MML. Sistematização da assistência de enfermagem ao diabético jovem embasada no autocuidado. Rev. Rene 2004; 1(1): 76-82.

RECEBIDO: 23/06/04

ACEITO: 20/10/05