

A QUALIDADE DE VIDA DE CRIANÇAS PORTADORAS DE DIABETES MELLITUS TIPO 1 E DE SUAS FAMÍLIAS

Renan Brandão Legaspe*
Andressa Ranzani Nora Mello**

RESUMO

Este estudo descreve a qualidade de vida de crianças com diabetes mellitus tipo 1 e para tal finalidade, seu desenvolvimento apresenta: a dificuldade encontrada pelos pais das crianças portadoras de tal doença, as dificuldades encontradas pela própria criança portadora no contexto familiar e social, o manejo da doença e ainda a qualidade de vida dos portadores de diabetes mellitus tipo 1 na infância. Verificou-se que existem diversas dificuldades por parte dos pais dos portadores da doença nas atividades diárias das crianças, partindo do princípio de que os fatores econômicos, sociais, pessoais e emocionais de toda família afetam na conquista de um controle metabólico adequado. Além disso, foram identificadas dificuldades das crianças com diabetes mellitus tipo 1 no convívio diário com familiares e também com a sociedade, principalmente no que diz respeito à alimentação e ao tratamento e controle da doença. Foram elencados os fatores que facilitam ou dificultam o manejo de tal doença na infância, buscando a melhoria da qualidade de vida das crianças e também de seus familiares. Portanto, concluiu-se que a rotina das crianças portadoras da patologia em questão é conduzida pelos seus cuidadores, o que afeta o estilo de vida dos mesmos e pode prejudicar a qualidade de vida da família como um todo. A avaliação do impacto do tratamento da diabetes mellitus tipo 1 na qualidade de vida dessas crianças torna-se um elemento fundamental nos processos de intervenção e conseqüentemente do tratamento da doença em questão.

Palavras-chave: Crianças; Diabetes Mellitus Tipo 1; Qualidade de Vida.

*Estudante de graduação em Farmácia pela UNIFAE. E-mail: renanlegaspe@hotmail.com.

**Farmacêutica com Análises Clínicas pela PUCCAMP. Mestre em Ciências (Química) pela Universidade de São Paulo. Especialista em Homeopatia pelo IHFL. Docente do CEETPS e UNIFAE. E-mail: arnmello@hotmail.com.

INTRODUÇÃO

Trazendo como tema a qualidade de vida de crianças portadoras de diabetes mellitus tipo 1 e também de suas famílias, este artigo tem como base a afirmação de Castro e Piccinini (2002), de que a doença crônica quando observada na infância pode trazer implicações tanto no desenvolvimento da criança, quanto em suas relações sociais na estrutura familiar, entre elas: mudanças nas condições físicas e emocionais, deficiências no desenvolvimento, dificuldades de aprendizagem e até mesmo doença mental, trazendo limitações para as atividades do dia-a-dia da criança. Além disso, conforme Haller, Atkinson e Schatz (2005), de todas as doenças crônicas existentes no período da infância, o diabetes mellitus tipo 1 é uma das mais comuns, presente em aproximadamente dois terços dos casos de diabetes em crianças do mundo. Observa-se o crescimento da quantidade de diagnóstico dessa doença no mundo, principalmente entre as crianças.

Segundo Zanetti e Mendes (2001), o diabetes mellitus tipo 1 exige das crianças portadoras, das famílias e também dos profissionais de saúde, esforços somados para que os mesmos consigam atingir um bom controle do metabolismo e como consequência minimizar as complicações que surgem em longo prazo.

Nas palavras de Zanetti e Mendes (2001):

Estes esforços devem ser direcionados para ajudar a criança e o adolescente a administrar o complexo regime de insulina, dieta e exercícios a fim de manter os níveis de glicose sanguínea dentro dos limites de normalidade, proporcionando-lhes qualidade de vida.
(ZANETTI; MENDES, 2001, p. 26)

A metodologia utilizada no presente estudo foi a revisão de literatura sobre o tema em questão. O objetivo principal do estudo foi discursar sobre a existência das diversas dificuldades para as crianças que são portadoras de diabetes mellitus tipo 1 e também para as respectivas famílias, assim como as consequências na qualidade de vida dos envolvidos.

1 O MANEJO DA DOENÇA

O diabetes mellitus tipo 1 é considerado uma doença crônica. Compreende-se por doença crônica aquele tipo de doença que necessita um recorrente acompanhamento de equipe de saúde e tratamento para obter o controle. Essa forma de doença pode ser controlada, porém, continua presente durante toda a vida do paciente, frequentemente afetando-o em sua rotina, pela necessidade de hospitalização, exames, supervisão médica ou até mesmo pela necessidade de permanecer em seu domicílio, conforme Moreira e Dupas (2006).

Pela definição da Sociedade Brasileira de Diabetes (2015):

O diabetes mellitus tipo 1 é uma doença crônica caracterizada pela destruição parcial ou total das células beta das ilhotas de Langerhans pancreáticas, resultando na incapacidade progressiva de produzir insulina. Esse processo pode levar meses ou anos, mas aparece clinicamente apenas após a destruição de pelo menos 80% da massa de ilhotas. (SBD, 2015, p. 43)

A taxa de destruição das células beta pode ter alterações, e em geral, tem maior velocidade de destruição nas crianças. Ainda segundo a SBD (2015), o diabetes mellitus tipo 1 pode progredir com complicações macro e microvasculares e neuropáticas, quando não administrado de forma correta. Assim, o controle da glicemia na prevenção desses danos engloba mudanças profundas na vida da criança doente e também de sua família. Determinam-se novas condições de vida para essas crianças, com restrições na alimentação, injeções de insulina e vigilância constante dos pais. Portanto, aumentam também as interações com as equipes de saúde, familiares e outros cuidadores.

Para Calliari e Monte (2008), avaliar o controle metabólico do paciente com diabetes mellitus tipo 1 é uma das etapas mais importantes do tratamento, principalmente em casos de crianças pequenas. A monitorização da glicemia tem alguns objetivos como: estipular o nível de controle glicêmico alcançado pelo paciente, prevenir complicações mais agudas (principalmente a hipoglicemia) e, ao passar do tempo, prevenir complicações crônicas, alcançando o melhor controle da doença. O

controle glicêmico é avaliado basicamente pela automonitorização glicêmica (AMG) e da hemoglobina glicada (HbA1c). Tal monitorização deve ser feita em horários distintos durante o dia, possibilitando fazer a avaliação do paciente em jejum, antes ou depois das refeições, ao deitar, durante a madrugada, no momento dos exercícios e também quando tiver algum sintoma de hipoglicemia. Todas essas avaliações permitem algum tipo diferente de interpretação, podendo facilitar e ainda ajudar a regular a dose de insulina, a alimentação e as atividades físicas, ainda conforme os autores (CALLIARI; MONTE, 2008).

O trabalho da equipe de saúde, como médicos, enfermeiros, farmacêuticos, nutricionistas, entre outros, é muito importante no manejo do diabetes mellitus tipo 1 e tem como objetivo prevenir a cetoacidose e a hipoglicemia, a determinação correta dos níveis glicêmicos, prevenir também as complicações macro e microvasculares, levando em consideração aspectos socioeconômicos e familiares e ainda o estado de desenvolvimento da criança, levando em consideração sua idade, conforme Haller, Atkinson e Schatz (2005). As metas avaliadas como necessárias para alcançar um bom controle glicêmico, buscando evitar e também prevenir as complicações, não são muito alcançadas pelas crianças com diabetes mellitus tipo 1, assim, é indispensável ressaltar cada vez mais o apoio de uma equipe que auxilie no atingimento das metas de tratamento e na qualidade de vida da criança e também dos familiares, como afirma Sparapani e Nascimento (2009).

O conhecimento sobre a doença por parte das crianças, o autocuidado, o cotidiano na escola, o apoio e o conhecimento sobre a doença por parte da família, de amigos e ainda dos profissionais de saúde podem influenciar, de maneira negativa ou positiva no controle do diabetes. No cuidado desse público, os profissionais de saúde devem ter total atenção para a avaliação das circunstâncias, para poder identificar os pontos de atenção e traçar as estratégias convenientes que intensifiquem as condições positivas e diminuam as falhas que tornam difíceis o controle apropriado da doença. É necessário o acesso a conceitos teóricos sobre assuntos do tema, como o desenvolvimento da doença na infância, incentivo à saúde, enfermagem familiar e questões específicas do cuidado do paciente para conseqüentemente agregar

conhecimento ao plano de cuidado a ser preparado e analisado juntamente a todos os que estão envolvidos, explica Nascimento et. al. (2011).

O maior envolvimento dos pais no manejo do diabetes mellitus tipo 1, trabalhado em conjunto com a criança e ainda amparados por uma equipe de saúde, pode assim apresentar conseqüente melhora dos resultados glicêmicos e também do comportamento da criança, fazendo com que seja possível preveni-los de complicações fisiológicas futuras e até mesmo evitá-las, como diz Anderson, Brackett, Ho e Laffel (1999). Além disso, segundo os autores Castro e Piccinini (2002) a doença crônica na infância mostra um predomínio muito alto de implicações no desenvolvimento da criança doente e também em relação à família. Portanto, conclui-se que o papel da família do paciente e o trabalho da equipe de saúde são fatores fundamentais para o manejo do diabetes na infância, afirma Sparapani e Nascimento (2009).

O papel da equipe de saúde nas escolas é também de extrema importância, já que se trata de uma doença que exige cuidados diários e específicos, a interação entre esses profissionais da área de saúde, a criança e os funcionários da escola torna-se indispensável para uma saúde de qualidade para a criança em questão. Mostram-se importante a assistência, treinamento e orientação por um profissional de saúde aos colegas de classe da criança, funcionários da escola e professores, podendo assim evidenciar melhora no controle glicêmico do diabético, segundo Pinosa et. al. (2004). Os profissionais de saúde podem ainda desenvolver programas educativos no ambiente escolar, como sendo uma maneira de reduzir os casos de *bullying*. Além disso, como já citado, é necessário que os professores, alunos e outras pessoas do ambiente escolar tenham conhecimento sobre a doença e suas possíveis conseqüências, como afirma Storch et. al. (2006). Tais programas podem ajudar na promoção de maior interação dos estudantes para conseqüente melhora da autoestima da criança e da adesão desta ao tratamento.

O diabetes mellitus tipo 1 tem algumas peculiaridades e impactos específicos nos pacientes e também naqueles que os rodeiam, afirma Ribeiro, Meneses e Meneses (1998). Assim, ainda conforme os autores, mudar o estilo de vida é crucial, uma vez que o doente precisa cumprir cuidadosamente diversas tarefas, como:

- a) Dieta específica nos períodos adequados para manutenção de um peso apropriado;
- b) Tomar a medicação na dosagem correta e no momento apropriado para que a glicose no sangue permaneça em níveis adequados;
- c) Praticar exercícios e exercer outras medidas preventivas para manutenção da condição física;
- d) Realizar a mensuração da glicose no sangue e urina de maneira regular, para saber se o modo como está controlando a doença é o mais correto ou se deve ser ajustado.

Com isso, a gestão da rotina dos diabéticos visa, entre outras melhorias, a estabilidade da doença. Além disso, é preciso ter cuidados permanentes e mudanças no estilo de vida para a administração da saúde. A vida da criança muda totalmente em razão do tratamento e das consequências da doença. Em todo esse processo, a própria criança e seus familiares passam por experiências e assim vão se adequando às situações de acordo com o período da doença em questão, segundo Sparapani e Nascimento (2009). É de extrema importância a interação entre os profissionais da saúde para com as crianças, seus familiares e de uma maneira geral, com as outras pessoas que convivem com a criança doente. O conhecimento sobre a doença e seu manejo possibilita um melhor controle, evitando assim possíveis complicações futuras e proporcionando melhor qualidade de vida à portadora.

2 ADVERSIDADES OBSERVADAS EM CRIANÇAS PORTADORAS DE DIABETES MELLITUS TIPO 1

Após o diagnóstico de diabetes mellitus tipo 1, a vida das crianças e também das famílias passa a ser governada pela doença, com exames e internações. Esse diagnóstico torna-se motivo de ansiedade na família, principalmente ao saber do fato de ser uma doença crônica, podendo trazer diversas complicações futuras, explica Góes, Vieira e Júnior (2007). Os autores Vieira e Lima (2002) complementam que o primeiro grande impacto na vida do paciente aparece logo após o diagnóstico da doença.

O dia a dia de crianças com diabetes mellitus tipo 1 e de suas famílias é repleto de desafios, mas também de oportunidades de aprendizagem. Além disso, a vida da criança doente muda totalmente, devido ao tratamento e às consequências que a doença traz, afirma Sparapani e Nascimento (2009). Um dos exemplos da alteração de rotina é referente à alimentação das crianças, que deve ter contribuição calórica e nutricional adequada às necessidades individuais, possibilitando que a criança tenha crescimento e desenvolvimento normais, como explica Calliari e Monte (2008). As tarefas do dia a dia, necessárias para o autocuidado, muitas vezes, fazem com que as crianças fiquem aborrecidas, o que dificulta a adequada administração da doença. A dor para a execução do teste de glicemia capilar pode fazer com que as crianças o evitem, deixando assim, um cuidado necessário de lado. Crianças relatam que o medo da autoaplicação da insulina é um sentimento que deve ser enfrentado diariamente, segundo os autores Moreira e Dupas (2006).

Ainda conforme os autores Moreira e Dupas (2006), as crianças com diabetes enfrentam diversas limitações e conseqüentemente têm muitos sentimentos, como principalmente o medo e a insegurança, além de algumas atitudes que vão do comodismo ao autocuidado, como por exemplo, crianças que se adaptam rapidamente à restrição alimentar e às atividades físicas, pois têm medo da aplicação da insulina, com receio de sentir dor. A doença traz mudanças expressivas na relação entre o paciente diabético, com seu próprio corpo e também com tudo que o cerca, como exemplo a oposição entre a vontade de se alimentar e a obrigação inevitável de controlá-la, que é frequente na vida do paciente, segundo Santos, Zanetti, Otero e Santos (2005). Há ainda, um sentimento de frustração, já que é necessário muitas vezes se abster da alimentação que gosta, principalmente quando tiver vontade. Assim, quando há falta de controle perante a alimentação, mesmo sabendo do comportamento adequado, os sentimentos de culpa e arrependimento aparecem, prejudicando o emocional da criança, complementam os autores.

A criança também é afetada negativamente caso haja conflito ou até mesmo discórdia na família. Essa falta de apoio e de envolvimento dos familiares e dos amigos torna-se um dos mais importantes obstáculos para conseguir o autocuidado, explica Ciryno (2005). Além disso, a criança consegue notar que está doente não apenas pelo

mal-estar que sente, mas também pela preocupação e angústia dos pais e familiares, observa Castro e Piccinini (2002).

Um dos importantes pilares para o tratamento do diabetes mellitus tipo 1 juntamente à dieta e insulino-terapia é o exercício físico, sendo considerado uma das maneiras de melhorar o controle glicêmico e ainda a auto-estima desses pacientes. Porém, a atividade física deve ser acompanhada por meio da determinação de glicemia e glicosúria para evitar possíveis episódios de hipoglicemia, afirmam as autoras Zanetti e Mendes (2001). Mesmo ciente dos benefícios que a atividade física pode trazer, recomenda-se que a intensidade, duração, horário do exercício físico, condições do controle metabólico, tempo da última refeição e tempo de ação da insulina sejam avaliados. Além disso, ainda segundo as autoras, recomenda-se que para começar um cronograma de exercícios, seja feita uma avaliação médica do paciente.

3 DIFICULDADES VIVENCIADAS PELOS PAIS DAS CRIANÇAS PORTADORAS DE DIABETES MELLITUS TIPO 1

Todas as pessoas que convivem com a criança doente tem um papel importante no processo de controle da doença, como já citado anteriormente. Contudo, é a família que será encarregada da maior parte dos ensinamentos e no correto manejo da doença, por serem as pessoas mais próximas e que passam mais tempo com a criança, buscando transmitir a ela o suporte e o apoio necessário.

Famílias que são estruturadas e organizadas podem proporcionar um ambiente melhor para as necessidades das crianças diabéticas, já que o próprio tratamento necessita de muito controle e organização. Alguns sentimentos vindos do círculo familiar, como a superproteção ou até mesmo a indiferença e/ou descuido com as crianças diabéticas podem ter como consequência um mau controle do metabolismo do paciente. Além disso, as crianças as quais os pais fazem com que elas assumam toda a responsabilidade pelo autocuidado, também mostram que têm dificuldades para manter os níveis glicêmicos de acordo com o controle do metabolismo, conforme Zanetti e Mendes (2001).

Existem diversos pontos a serem discutidos com o paciente e sua respectiva família, que precisam ser adequados à capacidade de compreensão dos mesmos,

conforme afirma Calliari e Monte (2008). O processo educacional da doença deve começar depois da superação do impacto emocional e psicológico que toda família tem após o diagnóstico de diabetes em uma criança previamente saudável. Discute-se muito a necessidade de uma educação adequada a cada idade, ou seja, para as crianças pequenas, o direcionamento seria feito aos pais e/ou cuidadores (babás, avós, etc), ainda segundo Calliari e Monte (2008). A família precisa ter algumas atitudes ao cuidar de uma criança com diabetes mellitus tipo 1, como principalmente o apoio, passando informações e envolvendo-a cada vez mais, para que se adeque à doença de maneira natural, conforme Sparapani e Nascimento (2009).

Para Antonia e Zanetti (2000), para alcançar um bom resultado de controle do diabetes é importante não somente a educação do paciente, mas também da sua respectiva família, deixando claro que esta deve envolver-se no tratamento da doença logo após o primeiro impacto do diagnóstico, como já citado. Por isso, a relação entre o autocuidado e o controle do metabolismo nas crianças diabéticas tipo 1 necessita de certo grau de envolvimento dos pais. As crianças que mostram maior independência para o autocuidado não têm necessariamente o melhor controle metabólico quando comparados àquelas cujos pais estão mais próximos no cuidado diário em relação à doença, segundo Zanetti e Mendes (2001).

Ainda de acordo com as autoras Zanetti e Mendes (2001), para gerenciar os cuidados que uma doença crônica precisa ter, tal como o diabetes mellitus tipo 1 em crianças, é necessária uma certa abordagem para esse cuidado, por meio de uma equipe preparada tendo a criança e a família como ponto central. Além disso, é necessário ainda que o equilíbrio entre a dependência e a independência da criança doente seja conversado e estabelecido no contexto familiar. Os pais do paciente enfrentam vários problemas em relação ao diabetes mellitus tipo 1, sendo os mais comuns relacionados à administração de insulina, dieta, dinâmica familiar e testes de glicose no sangue e urina.

Considerando ainda a diversidade de problemas enfrentados pelos pais, conforme Murphy (1995), o diabetes em crianças pode afetar seriamente na dinâmica familiar, situação bastante comum quando os pais se responsabilizam pelas injeções de insulina e pelas análises de sangue, pois, estes acabam ficando em conflito e não

têm outra opção a não ser magoar o filho. Para Sabbeth (1984), a não aceitação do diagnóstico das crianças pode resultar em alguns problemas, como desentendimentos conjugais e outras dificuldades na família, o que compromete o controle do diabetes no filho. Além disso, os irmãos da criança com diabetes podem ter medo de desenvolver a doença, e também, sentir ciúmes da atenção direcionada ao irmão diagnosticado, complementam Zanetti e Mendes (2001).

As autoras já citadas, Maria Lúcia Zanetti e Isabel Amélia Costa Mendes (2001), elaboraram um estudo de caso com uma população de 30 mães de crianças e adolescentes diabéticos tipo 1 de escolas de 1º e 2º grau, públicas e particulares de Ribeirão Preto - SP. O recurso aplicado para a coleta de dados foi um roteiro semiestruturado para a entrevista, abordando as questões relacionadas às atividades diárias com a criança portadora de diabetes, apresentando quinze perguntas semiabertas.

Ao apurar as dificuldades que as mães apresentaram para auxiliar os filhos nas atividades do dia a dia para a administração do diabetes, foram citados alguns itens como: dieta, administração de insulina, dificuldades financeiras e emocionais, viagens de férias, proteção excessiva, festas e reuniões familiares, insegurança e ainda dificuldade nas atividades escolares.

A dieta aparece como um dos mais importantes pontos de atenção, tendo como consequência a alteração da alimentação da família toda. A baixa adesão em relação à dieta inclui a participação em eventos, idas a restaurantes, viagens de férias, convivência com os amigos e alterações do emocional. No entanto é relevante ajustar a dieta correta ao tipo e a quantidade de aplicação diária de insulina, para o sucesso no controle da doença (ZANETTI; MENDES, 2001).

Com relação à administração de insulina no horário escolar, o medo de episódios de hipoglicemia e o grau de instrução dos professores para assistência à criança, são fatores que preocupam as mães e dificultam o tratamento. Já sobre a realização das atividades físicas, as mães não mostraram grandes dificuldades para o entendimento de que tal prática contribui para o controle do diabetes (ZANETTI; MENDES, 2001).

Por fim, analisando as dificuldades apresentadas no âmbito das relações do filho diabético com o restante das pessoas da família, foi observado que as mães pensam que os filhos sentem-se diferenciados dos outros irmãos, que utilizam a doença para conseguir algo a mais dos pais e que os problemas familiares interferem na conquista de um bom controle do metabolismo dos filhos (ZANETTI; MENDES, 2001).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Pode-se concluir que a partir do momento que uma criança é diagnosticada com diabetes mellitus tipo 1, toda a família, incluindo ela própria, precisa adaptar-se e criar uma nova rotina, devido as exigências do tratamento.

É necessário que haja acompanhamento rigoroso principalmente por parte da família da criança doente, além de acompanhamento periódico e próximo de uma equipe de saúde, que servirão para um melhor controle da doença e de uma maneira geral para o bem estar da criança portadora, tanto física como emocional.

As dificuldades relacionadas a este tipo de afecção são inúmeras tanto para o paciente quanto para a família. Dentre as principais dificuldades pelo paciente, incluem-se o medo de aplicação de insulina e medição da glicemia, da dificuldade em se adaptar à dieta alimentar restrita, uma vez que ela é impedida de se alimentar de muitas coisas que gosta, e pelo fato de se sentirem diferentes das demais crianças, causando desconforto e mal-estar.

Com relação à família, as dificuldades estão relacionadas com a mudança na rotina de uma maneira geral, devido às exigências com horários de aplicação de insulina, mudança na alimentação da criança e muitas vezes da família toda, medo da ocorrência de episódios de hipoglicemia principalmente na escola e preocupação com desenvolvimento da criança perante a sociedade.

Entretanto, esforços não devem ser medidos para enfrentar as dificuldades citadas durante o presente estudo, visando promover principalmente uma melhor qualidade de vida à criança portadora do diabetes mellitus tipo 1, que apesar de se tratar de uma doença crônica, pode ser controlada, possibilitando que as crianças tenham uma rotina e uma vida normal.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ANDERSON J.B.; BRACKETT J.; HO J.; LAFFEL L.M.B. **An OfficeBased Intervention to Maintain Parent-Adolescent Teamwork in Diabetes Management.** Diabetes Care. 1999;22(5):713-21 p.

ANTONIA C.D.; ZANETTI M.L. **Auto-aplicação de insulina em crianças portadoras de Diabetes Mellitus tipo 1.** Rev Latino Am Enfermagem 2000;8:51.

CALLIARI, L. E. P.; MONTE O. **Abordagem do Diabetes Melito na Primeira Infância.** Vol. 52(2). São Paulo: Arq Bras Endocrinol Metab 2008. 243-249 p.

CASTRO E.K.; PICCININI C.A. **Implicações da doença orgânica crônica na infância para as relações familiares: algumas questões teóricas.** Psicologia: Reflexão e Crítica. 2002.15(3): 625-35 p.

CIRYNO A.P.P. **As competências no cuidado com o diabetes mellitus: contribuição à Educação e Comunicação em Saúde.** 2005. Tese de Doutorado em Medicina Preventiva. Universidade de São Paulo-USP, São Paulo, 2005.

GÓES, A. P. P.; VIEIRA, M. R. R.; LIBERATORE JR, R. R. **Diabetes Mellitus Tipo 1 no Contexto Familiar e Social.** Vol 25(2). São José do Rio Preto: Rev Paul Pediatría 2007. 124-8 p.

HALLER M.J.; ATKINSON M.A.; SCHATZ D. **Type 1 Diabetes Mellitus: etiology, presentation, and management.** Pediatr Clin North Am. 2005. 52:1553-78 p.

MURPHY H. **A diabetes na infância.** Rev Técnica Enfermagem 1995. 8(92):20-3 p.

MOREIRA P.L.; DUPAS G. **Vivendo com o diabetes: a experiência contada pela criança.** Rev Latino Am Enfermagem 2006.14:25-32 p.

NASCIMENTO, L. C.; AMARAL, M. J.; SPARAPANI, V. C.; FONSECA, L. M. M.; NUNES, M. D. R.; DUPAS, G. **Diabetes Mellitus Tipo 1: Evidências da Literatura para Seu Manejo Adequado, na Perspectiva de Crianças.** Vol 45(3). Ribeirão Preto: Rev Esc Enferm USP 2011. 764-9 p.

PINOSA, C.; MARCHAN, C.; TUBIANA-RUFI, N.; GAGNAYRE, R.; ALBANO, M.G.; D'IVERNOIS, J.F. **The use of concept mapping to enlighten the knowledge networks of diabetic children: a pilot study.** Diabetes Metab. 2004. 30(6):527-34 p.

RIBEIRO, J. L. P.; MENESES, R. F.; MENESES, I. **Avaliação da Qualidade de Vida em Crianças com Diabetes Tipo 1.** Vol 1(XVI). Porto: Análise Psicológica 1998. 91-100 p.

SBD. **Diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes.** São Paulo 2015-2016.

SABBETH B. **Understanding the impact of chronic childhood illness on families.** *Pediatr Clin North Am* 1984. 31(1):47-57 p.

SANTOS E.C.; ZANETTI M.L.; OTERO L.M.; SANTOS M.A. **O cuidado sob a ótica do paciente diabético e de seu principal cuidador.** *Rev Latino Am Enfermagem* 2005.13:397-406 p.

SPARAPANI, V. C.; NASCIMENTO, L. C. **Crianças com Diabetes Mellitus Tipo 1: Fortalezas e Fragilidades no Manejo da Doença.** Vol. 8(2). Ribeirão Preto: *Cienc Cuid Saude* 2009. 274-279 p.

STORCH, E.A.; HEIDGERKEN, A.D.; GEFFKEN, G.R.; LEWIN, A.B.; OHLEYER, V.; FREDDO, M. et al. **Bullying, regimen self-management, and metabolic control in youth with type I diabetes.** *J Pediatr.* 2006. 148(6):784-7 p.

VIEIRA M.A., LIMA R.A. **Crianças e adolescentes com doença crônica: convivendo com mudanças.** *Rev Latino Am Enfermagem* 2002.10:552-60 p.

ZANETTI M. L.; MENDES I. A. C. **Análise das Dificuldades Relacionadas às Atividades Diárias de Crianças e Adolescente com Diabetes Mellitus Tipo 1: Depoimento de Mães.** Vol. 9(6). Ribeirão Preto: *Rev Latino-am Enfermagem* 2001. 25-30 p.