



Fundação Educacional do Município de Assis
IMESA - Instituto Municipal de Ensino Superior de Assis

BRUNA FRANCIELE MASCHIO DOS REIS

**IDENTIFICAÇÃO E CARACTERIZAÇÃO DE ALUNOS COM
DIABETES DO TIPO 1 DE UMA INSTITUIÇÃO DE ENSINO
SUPERIOR NO INTERIOR DE SÃO PAULO: uma pesquisa de campo**

Assis

2014

BRUNA FRANCIELE MASCHIO DOS REIS

**IDENTIFICAÇÃO E CARACTERIZAÇÃO DE ALUNOS COM
DIABETES DO TIPO 1 DE UMA INSTITUIÇÃO DE ENSINO SUPERIOR
NO INTERIOR DE SÃO PAULO: uma pesquisa de campo**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao
Instituto Municipal de Ensino Superior de Assis,
como requisito do Curso de Graduação em
Enfermagem.

Orientadora: Prof.^a Ms.^a Adriana Avanzi Marques Pinto

Área de Concentração: Enfermagem

Assis

2014

FICHA CATALOGRÁFICA

R375i REIS, Bruna Franciele Maschio dos

Identificação e caracterização de alunos com diabetes tipo 1 de uma Instituição de Ensino Superior no Interior de São Paulo: uma pesquisa de campo/Bruna Franciele Maschio dos Reis. Fundação Educacional do Município de Assis – FEMA – Assis, 2014.

62p.

Orientadora: Prof.^a Ms^a Adriana Avanzi Marques Pinto

Trabalho de Conclusão de Curso – Instituto Municipal de Ensino Superior de Assis – IMESA.

1. Diabetes 2. Jovens- diabetes 3. Enfrentamento da doença.

CDD:616.462

Biblioteca da FEMA

**IDENTIFICAÇÃO E CARACTERIZAÇÃO DE ALUNOS COM
DIABETES DO TIPO 1 DE UMA INSTITUIÇÃO DE ENSINO SUPERIOR
NO INTERIOR DE SÃO PAULO: uma pesquisa de campo**

BRUNA FRANCIELE MASCHIO DOS REIS

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Instituto Municipal de Ensino Superior de Assis, como requisito do Curso de Graduação em Enfermagem, analisado pela seguinte comissão examinadora:

Orientadora: Prof.^a Ms^a Adriana Avanzi Marques Pinto

Analizador (1): Prof.^a Ms^a Fernanda Cenci Queiroz

Assis
2014

DEDICATÓRIA

Dedico este trabalho primeiramente a Deus, por ter me iluminado e proporcionado conhecimento durante toda a trajetória de minha vida. A minha família, meu pai João Francisco dos Reis, a minha mãe Vera Lucia Maschio, meu padrasto Marcelo Mendes e minha irmã Raquel Maschio, são exemplos de força e coragem. Ainda, em especial, ao grande amor da minha vida, meu noivo Thomaz Ferreira Izidoro. A minha avó Eny Misael (*in memoriam*), por todo o carinho e dedicação que sempre ofereceu a mim. Todos são importantes nesta etapa da minha vida.

AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiramente a Deus, a quem sou grata, por me dar força e sabedoria.

À minha família: meus pais, padrasto e irmã, pelo amor, carinho e incentivo para realizar meus sonhos.

Ao meu amado noivo Thomaz Ferreira Izidoro, pelo amor, compreensão, dedicação e paciência.

A minha orientadora Adriana Avanzi Marques Pinto, pela sua grandiosa sabedoria, atenção e por toda sua dedicação durante o trabalho.

Aos docentes da FEMA, pelos ensinamentos e pelo total apoio e dedicação durante estes cinco anos de estudos.

Aos meus amigos de turma, em especial ao meu grupo de estágio, pela grandiosa amizade conquistada. Vocês estão no meu coração.

Eu agradeço a todos pelo apoio e força, jamais esquecerei tudo que vocês proporcionaram para mim.

Escolhi os plantões, porque sei que o escuro da noite amedronta os enfermos.

Escolhi estar presente na dor porque já estive muito perto do sofrimento. Escolhi servir ao próximo porque sei que todos nós um dia precisamos de ajuda. Escolhi o branco porque quero transmitir paz. Escolhi estudar métodos de trabalho porque os livros são fonte saber. Escolhi ser Enfermeira porque Amo e respeito a vida!

Florence Nightingale

(1820 – 1910)

RESUMO

Trata-se de um trabalho sobre Diabetes Mellitus (DM) tipo 1 doença crônica que exige mudança de hábitos e estilo de vida, algo difícil, principalmente por afetar jovens, grupo ativo que possui expectativas de vida diversas. Esta doença resulta na destruição das células beta pancreáticas, o que gera uma deficiência na produção de insulina. Na maioria dos casos essa destruição das células beta é autoimune. Os jovens com DM do tipo 1 necessitam de acompanhamento de uma equipe multiprofissional de saúde, que ofereça as ferramentas necessárias para os cuidados da doença. Objetivo: Identificar e caracterizar os alunos com diabetes mellitus tipo 1 de uma instituição de ensino superior do interior de São Paulo. Metodologia: Trata-se de uma pesquisa de campo, do tipo exploratória descritiva, transversal de caráter quanti-qualitativo. A coleta de dados foi realizada no Instituto Municipal de Ensino Superior de Assis - IMESA, nos cursos de graduação, por meio de entrevista com os discentes portadores de DM tipo 1. Aplicou-se um questionário de 16 perguntas abertas, que foram gravadas, transcritas e analisadas, utilizando-se a técnica de análise de conteúdo, modalidade temática. Resultados: Os estudantes com DM tipo 1 da Fundação Educacional do Município de Assis - FEMA, representam 0,21% do total de 1.926 estudantes matriculados na Instituição, foram entrevistados 4 estudantes com DM tipo 1, que apresentam idade entre 18 e 20 anos, sendo três do sexo feminino e um do sexo masculino. Em relação há quanto tempo receberam o diagnóstico DM tipo 1, três participantes referem ser entre 10 a 12 anos e um participante há 5 meses. Todos os participantes têm dificuldade em seguir as orientações em relação à alimentação e atividade física. Foi realizada análise do conteúdo do questionário, através de gráficos e tabelas. Conclusão: Neste trabalho conclui-se que os estudantes com DM tipo 1 indicaram algumas dificuldades com a doença, todos os participantes fazem acompanhamento somente por meio do atendimento médico. Também foi possível perceber as mudanças na rotina de vida, além do impacto emocional. Entretanto, os jovens têm dificuldade de aceitação da doença, pois necessitam modificar os hábitos alimentares, aplicação de insulina e a prática de exercícios físicos. Assim podemos observar a importância da equipe de saúde no cuidado e na prevenção das complicações da doença.

Palavras-chaves: Diabetes mellitus tipo 1; jovens; enfrentamento da doença.

ABSTRACT

This is a job on Diabetes Mellitus (DM) type 1 chronic disease that requires changing habits and lifestyle, something hard, mainly affecting young, active group that has different expectations of life. This disease results in the destruction of pancreatic beta cells, which leads to a deficiency in insulin production. In most cases the destruction of beta cells is autoimmune. Young people with type 1 DM require monitoring of a multidisciplinary health care team, providing the tools necessary for the care of the disease. Objective: identify and characterize students with type 1 diabetes mellitus of an institution of higher learning in the state of São Paulo. Methodology: This is a field research, type a descriptive exploratory, cross-sectional quantitative and qualitative. This collection was performed at the Municipal Institute of Higher Education of Assis - IMESA, in undergraduate, through interviews with students suffering from type 1 DM was applied a questionnaire of 16 open-ended questions, which were recorded, transcribed and analyzed using the technique of analysis of thematic content. Results: Students with type 1 DM from the city of Assis Educational Foundation - FEMA, representing 0.21% of the total of 1,926 students enrolled at the institution were interviewed four students with type 1 DM, which have between 18 and 20 years old, being three female and one male. Regarding how long that received the diagnosis type 1 DM there are three participants reported that being between 10-12 years and one participant for 5 months. All participants have difficulty following the guidelines in relation to diet and physical activity. Analysis of the content of the questionnaire, through graphs and tables. Conclusion: In this study it was concluded that students with type 1 DM indicated some difficulties with the disease, all participants are only accompaniment through medical care. It was also possible to sense changes in the routine of life, beyond the emotional impact. However, young people have difficulty accepting the disease, since they require modifying eating habits, application of insulin and physical exercises. Thus we see the importance of the health care team in the care and prevention of complications of the disease.

Keywords: Diabetes mellitus type 1; young people; coping with the disease.

LISTA ILUSTRAÇÕES

Gráfico 1- Quantidade de estudantes matriculados da Fundação Educacional do Município de Assis (FEMA), 2014.	36
Gráfico 2- Total de estudantes com diabetes mellitus tipo 1 de cada curso da Fundação Educacional de Município de Assis (FEMA), 2014.	37
Gráfico 3- Percentual dos estudantes com diabetes mellitus tipo 1 da Fundação Educacional do Município de Assis (FEMA),2014.	37
Gráfico 4- Identificação dos estudantes da Fundação Educacional do Município de Assis (FEMA) com diabetes mellitus tipo 1 conforme o sexo, 2014.	38

LISTA DE TABELAS

Tabela 1- Identificação dos estudantes com diabetes mellitus tipo 1, Assis 2014
..... 38

Tabela 2- Apresentação das perguntas realizadas na entrevista individual dos
estudantes e suas respectivas respostas do instituto, Assis 2014 39

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

DM Diabetes Mellitus

FEMA Fundação Educacional do Município de Assis

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	14
1.1 OBJETIVOS.....	15
1.1.1 Objetivo geral	15
1.1.2 Objetivos específicos.....	16
1.2 JUSTIFICATIVA.....	16
1.3 ESTRUTURA DO TRABALHO	17
2. DEFINIÇÃO DE DIABETES MELLITUS TIPO 1	18
3. CLASSIFICAÇÃO DE DIABETES	20
3.1 DIABETES MELLITUS TIPO 1	20
3.2 DIABETES MELLITUS TIPO 2.....	20
3.3 OUTROS TIPOS ESPECÍFICOS DE DIABETES.	21
3.4 DIABETES MELLITUS GESTACIONAL.....	21
4. MANIFESTAÇÕES CLÍNICAS DE DIABETES MELLITUS TIPO 1	23
5. DIAGNÓSTICO DE DIABETES MELLITUS TIPO 1	24
6. TRATAMENTO.	25
7. ENFRENTAMENTO DA DOENÇA	28
8. CUIDADOS DA EQUIPE DE SAÚDE	31
9. METODOLOGIA	35
10. RESULTADOS	36
11. DISCUSSÃO	48
12. CONSIDERAÇÕES FINAIS	53
REFERÊNCIAS	54
APÊNDICE I	57
APÊNDICE II	59
APÊNDICE III	61

1. INTRODUÇÃO

Segundo a Sociedade Brasileira de Diabetes há no mundo, 371 milhões de pessoas portadoras de diabetes com idades entre 20 e 79 anos. O número de pessoas portadoras de diabetes está aumentando em todos os países. O Brasil ocupa a 4ª posição entre os países com maior prevalência de diabetes: 13,4 milhões de pessoas portadoras de diabetes. Isso equivale a aproximadamente 6,5% da população brasileira entre 20 e 79 anos de idade. (SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES, 2006).

O diabetes é uma doença metabólica caracterizada por deficiência total ou parcial do hormônio insulina, associadas ao aumento da mortalidade e ao alto risco de complicações, causando disfunções e insuficiência de vários órgãos, especialmente olhos, rins, nervos, cérebro, coração e vasos sanguíneos. Podem resultar os distúrbios da secreção da insulina. (MINISTÉRIO DE SAÚDE, 2006).

De acordo com Stine e Marcus (1989, p. 146):

Pacientes com diabetes melito secretam insulina em quantidades insuficientes para satisfazer as necessidades metabólicas. A hiperglicemia constitui a manifestação primária da deficiência de insulina ou de resistência à ação insulínica. A cetogenese resulta de um déficit mais intenso de insulina.

Conforme a Sociedade Brasileira de Diabetes, os sinais e sintomas se manifestam de maneira constante que levam ao diagnóstico dessa doença são: poliúria, polidipsia, polifagia, astenia e perda de peso, apesar da excessiva fome. O período de tempo para a determinação da doença normalmente oscila de uma a seis semanas, a contar do início dos sintomas. (SBD, 2006).

Brito e Sadala (2007) afirmam que diabetes mellitus (DM) tipo 1 é frequente na infância e na adolescência, que o tratamento é contínuo, requer insulina e dieta adequada, atividades físicas regulares, apoio psicológico e social. O primeiro contato com o profissional de saúde envolve uma atmosfera de ansiedade e dúvidas para a criança ou jovem.

Os jovens com diabetes do tipo 1 necessitam de acompanhamento de equipe

multiprofissional de saúde, que ofereçam as ferramentas necessárias para os cuidados da doença. Essas ferramentas estão relacionadas às informações que possibilitem aos diabéticos lidarem com situações no cotidiano, os cuidados no armazenamento e no transporte de insulina, os locais de aplicações, a tomada de decisões frente aos episódios de hipoglicemia e hiperglicemia, o valor calórico dos alimentos, a utilização correta dos medicamentos prescritos e a monitorização da glicemia capilar. (OLIVEIRA et al.,2011).

O jovem que é diagnosticado com DM tipo 1 deve ser tratado em casa ou no hospital, tudo depende da gravidade do quadro inicial. Em caso de complicação que apresenta o quadro em cetoacidose diabética é recomendada sempre um tratamento hospitalar. (SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES, 2006).

É importante compreender nos pacientes DM os aspectos psicológicos, sentimentais e comportamentais que podem interferir na motivação e na predisposição para a incorporação de mudanças no dia-a-dia, o que pode possibilitar ao paciente conviver melhor com o diabetes. (PÉRES et al., 2007).

Os profissionais de saúde têm a responsabilidade de apoiar e orientar os portadores de diabetes ensinando-lhes o autocuidado, esclarecer as dúvidas sobre a doença e informar a importância da automonitorização contínua da glicemia, de modo a garantir mudança de comportamento e participação no tratamento. (HADDAD et al., 2008).

1.1 OBJETIVOS

1.1.1 Objetivo geral

Identificar e caracterizar os estudantes com diabetes mellitus tipo 1 de uma instituição de ensino superior do interior de São Paulo.

1.1.2 Objetivos específicos

- Realizar levantamento dos dados demográficos;
- Apontar idade do diagnóstico inicial;
- Avaliar tipo de tratamento inicial, atual e acompanhamento médico;
- Avaliar adesão ao tratamento;
- Avaliar sentimentos em relação ao diagnóstico de uma doença crônica.

1.2 JUSTIFICATIVA

A escolha desse tema surgiu da vivência que a autora possui com esta patologia, diagnosticada desde seus 12 anos. As pessoas que convivem com a doença crônica no seu cotidiano passam por muitas experiências, porém os jovens que passam por isso não têm conhecimento nenhum sobre a doença, e assim passam por um choque emocional que atinge a família.

Os jovens têm que modificar hábitos alimentares e aderir ao esquema terapêutico com aplicações regulares de insulina e monitorização glicêmica no cotidiano, portanto os jovens têm dificuldade de aceitar a doença, por consequência disso comem doces escondido, não fazem o controle alimentar e nem a monitorização.

O tratamento é um impacto no qual o sentimento e comportamento dificultam na aceitação da doença crônica, com isso os jovens não têm nenhuma responsabilidade, tornam-se revoltados com a vida e sentem-se diferentes das outras pessoas. Entretanto o tratamento do diabetes interfere no estilo de vida, por ser uma situação complicada para os jovens enfrentarem, sendo doloroso e os abalando emocionalmente.

A mudança de vida é um processo lento e difícil, no entanto devidamente controlada, a glicemia não impede que os jovens tenham uma vida perfeitamente normal e independente. No entanto é importante que os jovens estejam determinados neste papel de autocontrole da doença, que sejam corresponsáveis e saibam que a vida tem mais a oferecer, do que as avarias do nosso destino, justificando a necessidade

desse estudo.

1.3 ESTRUTURA DO TRABALHO

O trabalho tem início no capítulo 1, o qual descreve a Introdução, os objetivos e justificativa propostos nesta pesquisa. No capítulo 2 apresenta a definição de diabetes mellitus tipo1.

O capítulo 3 subdivide-se em quatro subseções, as quais brevemente abordam sobre a classificação de diabetes. A subseção 3.1 apresenta diabetes o tipo 1, a subseção 3.2 apresenta diabetes tipo 2, a subseção 3.3 aborda sobre outros tipos específicos de diabetes e na subseção 3.4 aborda diabetes gestacional.

O capítulo 4 faz referencia sobre as manifestações clínicas de diabetes mellitus tipo 1. O capítulo 5 descreve o diagnóstico do diabetes mellitus tipo 1. Já o capítulo 6 aborda sobre o tratamento. O Capítulo 7 apresenta o enfretamento da doença. O capítulo 8 se refere aos cuidados da equipe de saúde.

Por meio da metodologia abordamos como a pesquisa foi planejada e desenvolvida, após a aprovação do Comitê de Ética. Nos resultados do trabalho foram realizados a análise do conteúdo do questionário aplicado aos discentes da Fundação Educacional do Município de Assis, e utilizado meios estatísticos através de gráficos e tabelas, seguida pela discussão do conteúdo.

Para finalizar o trabalho, foram descritas as considerações finais abordando todos os objetivos.

2. DEFINIÇÃO DE DIABETES MELLITUS TIPO 1

Os estudos da antiguidade, principalmente nas civilizações orientais, relatam que ainda é muito obscura a origem do tão difundido termo “diabetes” ou “diabeinein” em grego, que significa. “fluir através de um sifão”, pois se acreditava que toda a água ingerida pelo paciente seria rapidamente eliminada, como se estivesse passando através de um sifão. (LIMA; LIMA, 2014).

O DM é uma doença metabólica caracterizada por um aumento anormal da glicose e produção deficiente de insulina pelo pâncreas, devido à diminuição de hormônio proteico. (ENUMO; SANTOS, 2003, p. 411).

O diabetes mellitus tipo 1 caracteriza-se por destruição das células de Langerhans, mediada por um processo autoimune. Deste modo, os pacientes com esse quadro dependem do uso da insulina e possuem um risco elevado para episódios de cetoacidose. (MINANNI et al., 2010).

Os dois tipos principais de tecido composto pelo pâncreas são os ácinos e as ilhotas de Langerhans. Os ácinos secretam sucos digestivos no duodeno, e as ilhotas de Langerhans secretam hormônios no corpo. Ilhota é constituída das células beta, que secretam insulina, células alfa, que secretam glucagon, e células delta, que secretam somatostatina. A insulina reduz a concentração sanguínea da glicose, facilitando o movimento desta para os tecidos corporais. (PORTH; 2004).

Para Brunner e Suddarth (2011, p. 1201):

A insulina é secretada pelas células beta, que constituem um dos quatro tipos de células das ilhotas de Langerhans no pâncreas. A insulina é um hormônio anabólico ou de armazenamento. Quando uma pessoa ingere uma refeição, a secreção de insulina aumenta e induz o movimento da glicose do sangue para o músculo, o fígado e as células adiposas.

Conforme a Kumar et al. (2010, p. 1140), “O diabetes do tipo 1 é uma doença autoimune caracterizada pela destruição das células β e uma deficiência absoluta de insulina”.

O diabetes é um distúrbio do metabolismo dos carboidratos, proteínas e lipídios, decorrente de desequilíbrio entre a disponibilidade de insulina, que pode constituir

ausência absoluta de insulina, distúrbio da liberação da insulina pelas células beta pancreáticas, receptores para insulina inadequados ou defeituosos, ou produção de insulina inativa ou de insulina destruída, antes que possa exercer sua ação. Diabetes não controlado é impossibilitado de transportar glicose para as células adiposas e musculares, em decorrência disso, as células corporais entram em inanição e aumenta a decomposição dos lipídios e proteínas. (PORTH, 2004).

De acordo com a Sociedade Brasileira de Diabetes, DM resulta de uma destruição das células beta pancreáticas, o que gera uma deficiência de insulina. Na maioria dos casos essa destruição das células beta é mediada por autoimunidade. (SBD, 2006).

O DM é caracterizado por hiperglicemia e associadas a complicações, disfunções e insuficiência de vários órgãos, especialmente olhos, rins, nervos, cérebro, coração e vasos sanguíneos. No entanto, pode resultar de defeitos de secreção ou ação da insulina envolvendo processos patogênicos específicos, por exemplo, destruição das células beta do pâncreas, resistência à ação da insulina e distúrbios da secreção da insulina. (MINISTÉRIO DE SAÚDE, 2006).

O DM é doença crônica, grave, de evolução lenta e progressiva, que acomete milhares de pessoas em todo o mundo, necessitando de tratamento intensivo e orientação médica adequada. Apenas seguir a prescrição médica corretamente, aplicando a dose e o tipo de insulina no momento certo não é o suficiente para melhoria da qualidade de vida desses indivíduos. (MINANNI et al., 2010).

3. CLASSIFICAÇÃO DE DIABETES

Dividido em quadro subclasses geral: DM tipo 1, causado pela destruição autoimune das células betas do pâncreas e caracterizado por deficiência absoluta de insulina, DM tipo 2, caracterizado por deficiência à insulina e deficiência relativa de insulina, outros tipos específico de DM associados a condições clínicas ou síndrome identificáveis e DM gestacional.(GOLDMAN; AUSIELLO, 2005).

3.1 DIABETES MELLITUS TIPO 1

O DM tipo 1 indica destruição da célula beta que eventualmente leva ao estágio de deficiência absoluta de insulina, quando a administração de insulina é necessária para prevenir cetoacidose, coma e morte. A destruição das células beta é geralmente causada por processo autoimune. O desenvolvimento do diabetes tipo 1 pode ocorrer de forma rapidamente progressiva, principalmente, em crianças e adolescentes ou de forma lentamente progressiva, geralmente em adultos. (MINISTÉRIO DE SAÚDE, 2006).

O diabetes mellitus tipo 1 é uma doença crônica caracterizada pela destruição parcial ou total das células beta das ilhotas de Langerhans pancreáticas, pois resultando na incapacidade progressiva em produzir insulina. Porém esse processo pode levar meses ou anos, mas só aparece clinicamente quando já houve a destruição de pelo menos 80% da massa de ilhotas. (SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES, 2006).

3.2 DIABETES MELLITUS TIPO 2

O DM tipo 2 é usado para designar uma deficiência relativa de insulina. A administração de insulina nesses casos, quando efetuada, não visa evitar cetoacidose, mas alcançar controle do quadro hiperglicêmico. A cetoacidose é rara e, quando presente, é acompanhada de infecção ou estresse muito grave. A maioria dos casos apresenta excesso de peso ou deposição central de gordura. Em geral, mostram evidências de resistência à ação da insulina e o defeito na secreção de

insulina manifesta-se pela incapacidade de compensar essa resistência. Em alguns indivíduos, no entanto, a ação da insulina é normal, e o defeito secretor mais intenso. (MINISTÉRIO DE SAÚDE, 2006).

O DM do tipo 2 se caracteriza por dois defeitos fisiopatológicos principais a resistência à insulina, resultando em aumento da produção hepática de glicose e diminuição da sua utilização periférica, e o comprometimento da função secretora da célula beta, basal e estimulada por substrato, particularmente a glicose. (SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES, 2006).

Portanto, devido a erros alimentares e ao sedentarismo crescente, o diabetes tipo 2 tem se tornado em uma epidemia mundial, trazendo consigo aumento na ocorrência de complicações microvasculares como a neuropatia, nefropatia e retinopatia e complicações macrovasculares como o infarto agudo do miocárdio e acidente vascular cerebral. (SOCIEDADE BRASILEIRA DE ENDOCRINOLOGIA E METOBOLOGIA, 2006).

3.3 OUTROS TIPOS ESPECÍFICOS DE DIABETES

Essa classificação menos comuns de DM cujos defeitos ou processos causadores podem ser identificados. A apresentação clínica desse grupo é bastante variada e depende da alteração de base, pois, estão incluídos nessa categoria defeitos genéticos na função das células beta, defeitos genéticos na ação da insulina, doenças do pâncreas exócrino e outras condições. (SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES, 2006).

3.4 DIABETES MELLITUS GESTACIONAL

Intolerância à glicose, com início ou diagnóstico durante a gestação. Não exclui a possibilidade de a condição existir antes da gravidez, mas ser reavaliadas quatro a seis semanas após o parto e reclassificadas como apresentando DM, glicemia de jejum alterada, tolerância à glicose diminuída ou normoglicêmica. (SOCIEDADE

BRASIELEIRA DE DIABETES, 2006).

A diabetes gestacional é diagnosticada na gravidez a hiperglicemia, geralmente se resolvendo no período pós-parto, mas retornando anos depois em grande parte dos casos. (MINISTÉRIO DE SAÚDE, 2006).

Diabetes mellitus gestacional é a intolerância aos carboidratos diagnosticada pela primeira vez durante a gestação, e que pode ou não persistir após o parto. Na maior parte das vezes, representa o aparecimento do diabetes mellitus tipo 2 durante a gravidez e apresenta fatores de risco como: idade superior a 25 anos, obesidade ou ganho excessivo de peso na gravidez atual, deposição central excessiva de gordura corporal, história familiar de diabetes, crescimento fetal excessivo, poliidrâmnio, hipertensão ou pré-eclâmpsia na gravidez atual; antecedentes obstétricos de morte fetal ou neonatal, de macrossomia ou de diabetes gestacional. (SOCIEDADE BRASIELEIRA DE DIABETES, 2006).

4. MANIFESTAÇÕES CLÍNICAS DE DIABETES MELLITUS TIPO 1

Os sintomas de diabetes são: poliúria, polidipsia, polifagia e perda involuntária de peso. Outros sintomas que levantam a suspeita clínica são: fadiga, fraqueza, letargia, prurido cutâneo e vulvar, balanopostite e infecções de repetição. (MINISTÉRIO DE SAÚDE, 2006).

De acordo com a Sociedade Brasileira de Diabetes, a hiperglicemia aguda afeta a célula endotelial e as células da camada muscular lisa, que estão espessadas em relação direta aos níveis de hemoglobina glicada. (SBD, 2006).

Os sintomas de hipoglicemia podem ser sensação de fome aguda, dificuldade para raciocinar, sensação de fraqueza com um cansaço muito grande, sudorese exagerada, tremores finos ou grosseiros de extremidades, bocejamento, sonolência, visão dupla, confusão que pode caminhar para a perda total da consciência, ou seja, coma. (GÓES; VIEIRA; JÚNIOR, 2007).

Adolescentes com episódios recorrentes de cetacidose diabética apresentam mais chances de desenvolver quadros psiquiátricos. Portanto é reconhecida a importância dos fatores psicológicos no surgimento e no controle metabólico do diabetes. (MINANNI et al., 2010).

Segunda a Sociedade Brasileira de Endocrinologia e Metabologia (2005), a cetoacidose diabética consiste em uma tríade bioquímica de hiperglicemia, cetonemia e acidemia. É uma das mais sérias complicações agudas do diabetes mellitus. A apresentação da cetoacidose diabética é precedida por 1 dia ou mais de poliúria ou polidipsia, associada a fadiga importante, náuseas e vômitos. Eventualmente, apresenta estupor mental, que pode evoluir para o coma.

No entanto, a glicemia elevada promove maior risco para complicações, e um controle glicêmico mais rigoroso cursa com menos complicações crônicas. Pois nesse sentido, pacientes com glicemia > 200 mg/dl, após 2 horas de sobrecarga com 75g de glicose, apresentam riscos elevados. (SOCIEDADE BRASILEIRA DE ENDOCRINOLOGIA E METABOLOGIA, 2004).

5. DIAGNÓSTICO DE DIABETES MELLITUS TIPO 1

O diagnóstico do diabetes é estabelecido por um aumento notável da glicose sanguínea por uma concentração de glicose maior do que 200 mg/dl, com sinais e sintomas clássicos. No entanto, uma concentração de glicose no jejum maior do que 126 mg/dl, em mais de uma ocasião e um teste de tolerância à glicose oral anormal, no qual a concentração de glicose é maior do que 200 mg/dl 2 horas após uma carga de carboidratos padrão. (MAITRA, 2010).

Segundo a Sociedade Brasileira de Endocrinologia e Metabologia (2004), a glicemia de jejum, valores acima de 126 mg/dl se correlacionam relativamente bem com os valores de 2 horas após sobrecarga acima de 200 mg/dl, de modo que glicemias de jejum >126mg/dl em duas ocasiões confirmam o diagnóstico.

O diagnóstico de diabetes mellitus tipo1 são sintomas ou sinais sugestivos de hipoglicemia reversíveis após a alimentação ou administração de glicose. Sendo caracterizada pela reversão dos sintomas como: confusão mental, alterações de personalidade, taquicardia, convulsão, estupor, coma, alterações visuais e sinais neurológicos locais, após administração de glicose. (SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES, 2006).

O paciente diabético que chega à emergência com hiperglicemia e sintomas de descompensação hiperglicêmica, o teste de cetona urinária tem alta sensibilidade (95%) para detectar a cetoacidose. Em um paciente sem diagnóstico prévio de diabetes mellitus, que chega à emergência com hiperglicemia e sintomas de descompensação hiperglicêmica, o resultado negativo do teste de cetona urinária exclui em 98% o diagnóstico de cetoacidose diabética em pacientes hiperglicêmicos sem diagnóstico prévio da doença. (SOCIEDADE BRASILEIRA DE ENDOCRINOLOGIA E METABOLOGIA, 2005).

6. TRATAMENTO

O DM tipo 1 caracteriza-se por insuficiente produção de insulina, porém o tratamento medicamentoso depende da reposição desse hormônio, utilizando-se esquemas e preparações variadas e estabelecendo-se alvos glicêmicos pré e pós-prandiais para serem atingidos. No entanto, o tratamento deverá impedir que ocorram descompensações agudas do tipo cetoacidose diabética. (SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES, 2006).

Segundo Brunner e Suddarth (2011, p. 1205), “O tratamento do diabetes inclui cinco componentes: terapia nutricional, exercício, monitoramento, terapia farmacológica e educação”.

De acordo com a Sociedade Brasileira de Endocrinologia e Metabologia (2005) afirma que a insulina de ação rápida é a escolha no tratamento. Os análogos de insulina de ação rápida são garantidos no tratamento da cetoacidose. A insulino terapia intensiva parece reduzir o número de complicações macrovasculares no diabetes tipo 1, mas não o número de pacientes afetados ou de mortalidade macrovascular. Os riscos e os efeitos adversos da terapia insulínica no diabetes tipo 1 são a hipoglicemia e ganho de peso e, raramente, alergia e infecção.

Conforme Sociedade Brasileira de Diabetes (2006, p.57), “A insulina é sempre necessária no tratamento do DM1, devendo ser instituída assim que for feito o diagnóstico”.

O tratamento dos jovens têm como objetivos proporcionar condições para o crescimento e o desenvolvimento normais associados à prevenção das complicações, através de assistência coordenada por uma equipe multidisciplinar com foco em educação, plano alimentar, exercícios, administração de insulina e monitoração do tratamento. (TSCHIEDEL et al., 2008).

No entanto, as famílias estruturadas e organizadas podem prover um ambiente mais compatível para as necessidades dos diabéticos, porém o próprio tratamento exige controle e organização. (ZONETTE; MENDES, 2001, p. 26).

O tratamento intensivo, com monitorização da glicemia capilar três ou quatro vezes ao dia, múltiplas doses diárias de insulina, dieta, exercícios físicos e o contato mais

frequente com a equipe multiprofissional, podem reduzir de forma significativa as complicações a longo prazo da doença. (NOVATO; GROSSI; KIMURA, 2008, p. 563).

Conforme Faria et al. (2013, p. 232), “Mudanças comportamentais e adesão ao tratamento medicamentoso são essenciais para prevenção das complicações agudas e crônicas”.

Para Nascimento (2011), o apropriado manejo da doença nessa população tem se apresentado como um desafio, em virtude da presença de comportamentos, habilidades e conhecimentos inadequados que colaboram para a não adesão ao tratamento e para o aumento significativo de complicações em longo prazo.

A busca do adequado manejo da doença envolve o controle da dieta, a verificação e manutenção da glicemia capilar e a aplicação da insulina prescrita. Além da correta técnica de aplicação, o sucesso deste autocuidado depende anteriormente da aquisição de materiais como a insulina, seringas e agulhas. (NASCIMENTO, 2011).

O tratamento é o estabelecimento de dieta para controle de pacientes com DM associados a mudanças no estilo de vida, incluindo a atividade física, são considerados terapias de primeira escolha. (SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES, 2006).

Segundo Sociedade Brasileira de Diabetes (2006, p.22), “A adoção de um plano alimentar saudável é fundamental no tratamento do DM”.

De acordo com a Sociedade Brasileira de Endocrinologia e Metabologia (2005), os alimentos ricos em carboidratos, como cereais integrais, frutas, vegetais, enfatizando o consumo de leguminosas como feijões, soja, lentilhas, ervilha, grão de bico e leite desnatado, são elementos importantes e devem ser incluídos numa alimentação saudável. Para os indivíduos que utilizam a insulino terapia, a insulina aplicada antes da refeição deverá ser baseada no conteúdo de carboidratos das refeições. Dessa forma, a contagem de carboidratos deve ser adotada. A quantidade de carboidrato não deve variar dia a dia, se a quantidade de insulina for fixa.

O DM é uma doença que precisa de mudanças que persiste toda a vida, porém seu tratamento exige uma terapia médico nutricional, medicações diárias, exercícios

físicos programados, automonitorização da glicemia, cuidados com o corpo, educação permanente e modificação comportamental. (GIL; HADDAD; GUARIENTE, 2008).

O tratamento do DM interfere no estilo de vida, é complicado, doloroso, depende de autodisciplina e é essencial à sobrevivência. Portanto, a abordagem terapêutica envolve vários níveis de atuação, como a insulinoterapia, a orientação alimentar, a aquisição de conhecimentos sobre a doença, a habilidade de auto aplicação da insulina e o autocontrole da glicemia, a manutenção da atividade física regular e o apoio psicossocial. (GÓES; VIEIRA; JÚNIOR, 2007).

O trabalho psicológico com o paciente diabético pode realizar-se individualmente ou em grupo, pois, têm como objetivo a elaboração e aceitação da doença para obtenção de uma melhor qualidade de vida. (MARCELINO; CARVALHO, 2005).

Contudo, o envolvimento da família, apoiando desde o momento do diagnóstico e proporcionando um ambiente familiar saudável, pois é um fator importante para adesão ao tratamento e controle glicêmico. (NASCIMENTO, 2011).

7. ENFRENTAMENTO DA DOENÇA

A necessidade de adoção de novos hábitos e condutas necessários para a realização do tratamento intensivo nem sempre é incorporada com facilidade, principalmente na adolescência. (NOVATO; GROSSI, 2011).

Para Marcelino e Carvalho (2005 p. 72-77):

Os sentimentos que acompanham o adoecer são negativos, pois as pessoas ao depararem com algo diferente e invasivo, demonstram sentimentos de menos valia, inferioridade, medo, raiva, ansiedade e até depressão.

O diabetes pode gerar sentimentos de inferioridade, baixa autoestima, medo, revolta, raiva, ansiedade, regressão, negação da doença, desesperança, incapacidade de amar e se relacionar bem com as pessoas, ideias de suicídio e depressão. (MARCELINO; CARVALHO, 2005).

Do ponto de vista de Filho; Rodrigues e Santos (2008), o paciente com DM tipo 1 pode desenvolver um estado de baixa autoestima, repercutindo em um fraco controle metabólico e ocasionando problemas de adesão ao tratamento, aparecimento de complicações agudas e crônicas e de dificuldades psicossociais.

O medo, a angústia e a insatisfação no trabalho causar sofrimento no paciente portador de DM proceder em hipoglicemia ou hiperglicemia a depender de suas características e hábitos de saúde. (FILHO; RODRIGUES; SANTOS, 2008).

No entanto, a expressão de sentimentos de desconfiança, insatisfação e indignação no processo da doença intervêm no autocuidado, podendo ser identificados nos pacientes com DM como manifestação de raiva e revolta. (FILHO; RODRIGUES; SANTOS, 2008).

Para Santos e Enumo (2003 apud THOMPSON; GUSTAFSON, 1996), podem ocorrer dificuldades escolares e sociais com a diminuição da autoestima, devido aos cuidados exigidos pela doença, que fazem o jovem sentir-se diferente.

“O estresse é um dos fatores que podem dificultar o controle dos níveis de glicose do sangue e até mesmo levar a um quadro de hiperglicemia.” (SANTOS; ENUMO, 2003, p. 412).

No entanto, o estresse pode ter efeito positivo quando permite ao paciente vislumbrar a importância da adesão ao tratamento. (MINANNI et al., 2010).

Para o Nascimento (2011) afirma que o desconhecimento da patologia pode levar ao medo de sofrer preconceitos e ao isolamento, prejudicando o adequado manejo do diabetes.

De acordo com Marcelino e Carvalho (2005), o emocional influenciará no controle da doença, uma vez que o diabetes exige um controle intenso para evitar complicações. Diante deste controle o paciente torna-se escravo do tratamento. Já que o controle é um assunto ainda mais complicado para crianças e adolescentes.

Perante de toda a relação expressa entre o emocional e o diabetes observa-se que o acompanhamento psicológico a estes pacientes torna-se muito importante, visto que, proporcionará uma elaboração dos aspectos emocionais da doença e com isso minimizará os sofrimentos psíquicos. (MARCELINO E CARVALHO, 2005).

Como descrito por Filho; Rodrigues e Santos (2008), as influências ocasionadas pelas reações emocionais, pois causa maior dificuldade para execução das ações contidas nos papéis de autocuidado e para adesão ao tratamento, assim sendo surgem da necessidade de cuidados para o controle do DM.

Moreira e Dupas (2006) afirmaram que a depressão tem uma porcentagem alta entre adolescentes com diabetes mellitus tipo 1 e tanto ela quanto problemas com autoestima têm um impacto negativo na adaptação ao diabetes e controle da patologia.

Conseqüentemente, a família do diabético também enfrenta a ansiedade diante da doença, já que exige cuidados, porém, o diabetes deve ser tratado no grupo familiar com um membro apoiando outro, visto como, por meio do apoio emocional, os familiares tornam-se significativos no monitoramento da doença e na implementação das intervenções. (MINANNI et al., 2010).

Na opinião de Góes; Vieira e Júnior (2007) acredita-se que, a partir do período em que a família começa a conviver com o doente e se envolver com os cuidados diários, os sentimentos de medo, negação e desespero acabam sendo transformados em aceitação. Entretanto, para conseguir um bom controle do

diabetes, é necessária a educação tanto do paciente quanto da família.

Os familiares envolvidos no cuidado do diabetes, não só na ajudam em tarefas do tratamento como também no apoio emocional, pois é essencial para uma boa adesão ao tratamento médico dessa doença. (MINANNI et al., 2010).

8. CUIDADOS DA EQUIPE DE SAÚDE

Brito e Sadala (2007) afirmam que o primeiro contato com o profissional de saúde envolve uma atmosfera de ansiedade e dúvidas para a criança ou jovem, a partir desse momento, o profissional de saúde tem que ensinar ao paciente e a seus familiares a respeito da dieta, insulina, pois assim diminui o clima de tensão, ansiedade e dúvidas.

Os pacientes com diabetes precisam entender os conceitos e habilidades importantes para um tratamento em longo prazo e prevenção das complicações do diabetes, ponto principal do cuidado de enfermagem que consiste na base educacional do paciente, que é necessário para um autocuidado eficiente. (BRUNNER & SUDDARTH, 2011).

Segundo Zanetti; Mendes e Ribeiro (2001), afirmam que os fatores como idade, crenças, valores, motivação pessoal, condições financeiras e doenças associadas, podem influenciar na decisão do paciente ou do familiar em escolher por um controle mais rígido, no entanto é responsabilidade dos profissionais de saúde orientar, apoiar e dar suporte à pessoa diabética para o autocontrole domiciliar.

Os problemas encontrados pelos profissionais de saúde no processo de intervenção com pacientes diabéticos é a baixa adesão ao tratamento, que exigem mudanças nos hábitos de vida. Estimular a adesão ao tratamento é de extrema importância e a educação em saúde pode ser considerada uma das estratégias que possibilitam melhor adesão dos pacientes ao esquema de tratamento. (PÉRES et al., 2007).

A importância da educação para o automanejo do DM é o processo de ensinar, apoiar e orientar o paciente a administrar a sua doença. As metas da educação em diabetes consistem em melhorar o controle metabólico, prevenir as complicações agudas e crônicas, e melhorar a qualidade de vida. (ZANETTI et al., 2008).

Zanetti, Mendes, Ribeiro (2001, p. 35) afirmam “que dentro da equipe, o enfermeiro é responsável pelo desenvolvimento de programas de treinamento relativos ao cuidado domiciliar da pessoa diabética, incluída a técnica de auto aplicação de insulina”.

A importância do enfermeiro, enquanto profissional da equipe de saúde, como

responsável pelo acompanhamento domiciliar das famílias com crianças e adolescentes diabéticos, elemento que deve envolver com a educação e treinamento dos pacientes e seus familiares, incluindo instrumentos e equipamentos utilizados no domicílio. (ZANETTI; MENDES; RIBEIRO, 2001, p. 36).

Os profissionais da equipe de saúde devem negociar prioridades, monitorar a adesão, motivar a participação e reforço do paciente no manejo do autocuidado. (FARIA et al., 2013 p.232).

De acordo com o Ministério de Saúde (2006) afirma que o cuidado integral ao paciente com diabetes e sua família é um desafio para a equipe de saúde, especialmente para poder ajudar o paciente a mudar seu modo de viver, o que estará diretamente ligado à vida de seus familiares e amigos. Entretanto, deverá aprender a gerenciar sua vida com diabetes em um processo que vise qualidade de vida e autonomia.

Para o Ministério de Saúde (2006), as ações e condutas que devem fazer parte do trabalho de toda a equipe a fim de garantir o vínculo, pois a garantia da efetividade do cuidado e a adesão que são: oferecer cuidado a todos os pacientes e na visão de cuidado integral centrada na pessoa, encorajar relação paciente-equipe colaborativa, com participação ativa do paciente na consulta, criar oportunidades para que o paciente expresse suas dúvidas e preocupações, reconhecendo os aspectos familiares, econômicos, sociais e culturais que podem prejudicar ou facilitar o cuidado.

Do ponto de vista da Sociedade Brasileira de Diabetes, a equipe de enfermagem deve desenvolver não apenas atividades assistenciais, mas também educativas, e administrativas. Pois na área assistencial deve garantir a adequada administração de insulina e outras prescrições médicas, atentando à técnica de aplicação de insulina; também deve responder pela execução ou supervisão dos procedimentos de monitorização dos jovens diabéticos. (SBD, 2006).

O cuidado da equipe de enfermagem é na parte da educação para o automanejo do DM que é o processo de ensinar o paciente a administrar a sua doença. As metas da educação em diabetes consistem em melhorar o controle metabólico, prevenir as complicações agudas e crônicas, e melhorar a qualidade de vida. (OTERO;

ZANETTI; OGRIZIO, 2008).

A equipe multiprofissional, além de disponibilizar ao paciente todas as informações necessárias acerca de sua doença, seguir por período de tempo com vistas a auxiliar na tomada de decisões, frente às inúmeras situações que a doença impõe. Todavia, assistência de enfermagem ao paciente diabético consiste em um conjunto de orientações para a saúde, visto como a conscientização e a mudança de comportamento frente à sua problemática, diminuindo os danos decorrentes da evolução natural da doença. Ao investir no desenvolvimento da capacidade e das habilidades do paciente para o automanejo da doença, o enfermeiro pode contribuir ativamente para que ele leve uma vida mais independente. (OTERO; ZANETTI; OGRIZIO, 2008).

De acordo com Moreira e Dupas (2006) afirmaram que a assistência pressupõe escutar e compreendê-lo em suas ações e comportamentos, suas fugas e medos, seu modo de lidar com eles, bem como seus enfrentamentos.

Os profissionais de saúde têm a responsabilidade de auxiliar os diabéticos, pois ensinando o autocuidado, instruindo sobre a doença e conscientizando da importância da automonitorização contínua da glicemia, de modo a garantir mudança de comportamento e participação no tratamento. (GIL; HADDAD; GUARIENTE, 2008).

Os profissionais de saúde devem analisar formas de supervisionar as ações do tratamento, porém fornecer apoio emocional ao tratamento do diabetes, com a importância do suporte emocional, como ouvir as queixas do adolescente quanto ao tratamento do diabetes, encorajar dar força e estimular para a importância do autocontrole da doença. (MINANNI et al., 2010).

As reações emocionais devem ser mais bem compreendidas pelos enfermeiros, uma vez que muitas destas são manifestadas através de comportamentos inadequados que intervêm no bom controle glicêmico e na qualidade de vida do diabético. No entanto, na relação enfermeiro e paciente, os aspectos emocionais, psicossomáticos e o relacionamento com familiares devem ser considerados elementos para o bom controle da doença. (FILHO; RODRIGUES; SANTOS, 2008).

Na opinião de Moreira e Dupas (2006) afirmaram que durante o processo de

amadurecimento e adaptação às novas necessidades, a enfermeira pode atuar proporcionando suporte emocional, avaliando as dificuldades e buscando meios de supri-las, bem como educando para a prevenção de complicações. (MOREIRA; DUPAS, 2006).

Contudo, a importância do papel desempenhado pelos profissionais da saúde, na assistência e prevenção às complicações da diabetes. (BRITO; SADALA, 2007).

9. METODOLOGIA

Trata-se de uma pesquisa de campo, exploratório descritivo, do tipo transversal de dados individuais de caráter quanti-qualitativo.

Cenário da pesquisa: Este estudo utilizou como cenário para coleta de dados o Instituto Municipal de Ensino Superior de Assis, a partir dos cursos de graduação como administração, análise de sistema, ciência da computação, ciências contábeis, fotografia, direito, enfermagem, publicidade e propaganda e química industrial. A partir da autorização institucional (Apêndice I).

Sujeitos da pesquisa: Foi composto por discentes com diabetes tipo 1 dos cursos supracitados.

Coleta de dados: Foi utilizado um questionário com 16 questões abertas (Apêndice II), o levantamento dos alunos se foi por contato nas salas de aulas de todos os cursos, sendo agendado um momento para a entrevista individual, foi feito o registro em áudio por meio de gravador, com posterior transcrição, para permitir fidedignidade do material coletado e que no final da pesquisa o material gravado e transcrito foi destruído.

Análise de dados: Os dados foram analisados de forma descritiva obedecendo à sequência das perguntas, bem como foi utilizados meios estatísticos através de gráficos e tabelas pautando-se em dados pertinentes da literatura. O trabalho trata-se de uma pesquisa de campo, portanto o objetivo do estudo proposto consiste em pesquisa qualitativa, sendo assim a escolha foi a de análise de conteúdo na modalidade temática.

Este projeto de pesquisa atenderá o disposto na Resolução 196 de 10 de Outubro de 1996, enviando ao Comitê de Ética em Pesquisa. Foi fornecido a cada sujeito da pesquisa um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice III) constando a garantia da livre adesão à pesquisa a qualquer momento, esclarecimento quanto aos objetivos, nome do pesquisador responsável e sua anuência esclarecendo que pode retirar-se da pesquisa sem nenhum malefício.

10. RESULTADOS

A apresentação dos resultados seguirá com análise dos dados e do conteúdo do questionário aplicado aos estudantes com diabetes mellitus tipo 1 que participaram da pesquisa, na qual foi representada por meio de gráficos e tabelas.

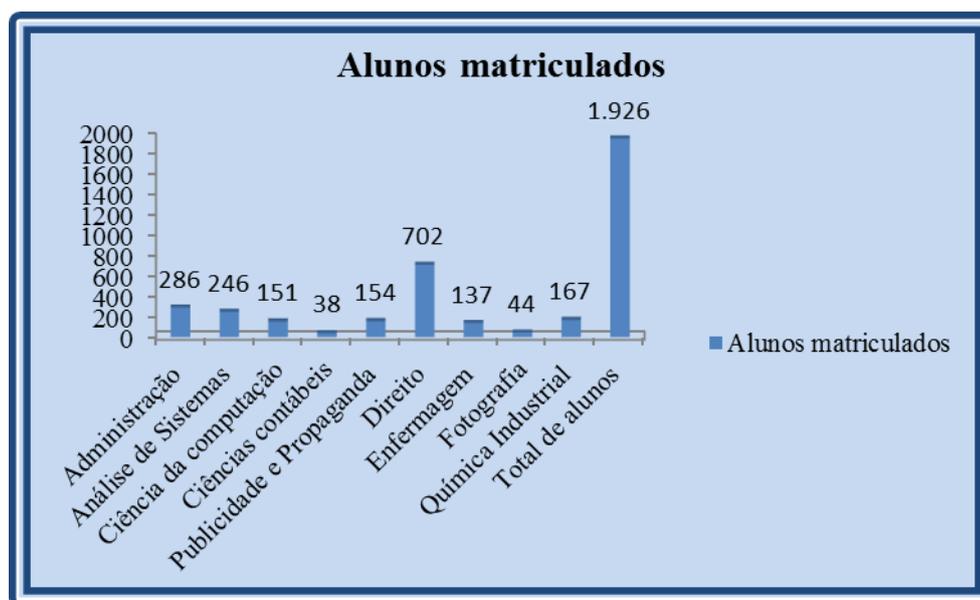


Gráfico 1. Quantidade de estudantes matriculados na Fundação Educacional do Município de Assis (FEMA), 2014.

O gráfico 1 permite comparar a quantidade de estudantes matriculados em cada curso da Fundação Educacional do Município de Assis (FEMA), em um total de estudantes matriculados de 1.926. A faculdade oferece os cursos de Administração, Análise e Sistemas, Ciência da Computação, Ciências Contábeis, Publicidade e Propaganda, Direito, Enfermagem, Fotografia e Química Industrial. Descrevendo o total de estudantes em cada curso, temos no curso de Administração 286, de Análise e Sistemas 246, de Ciência da Computação 151, de Publicidade e Propaganda 154, de Enfermagem 137, de Fotografia 44, de Química Industrial 167 estudantes, de Ciências Contábeis onde podemos observar que é o curso com menor número de estudantes matriculados com 38 e o de Direito é o curso que tem o maior número de estudante matriculados com 702.

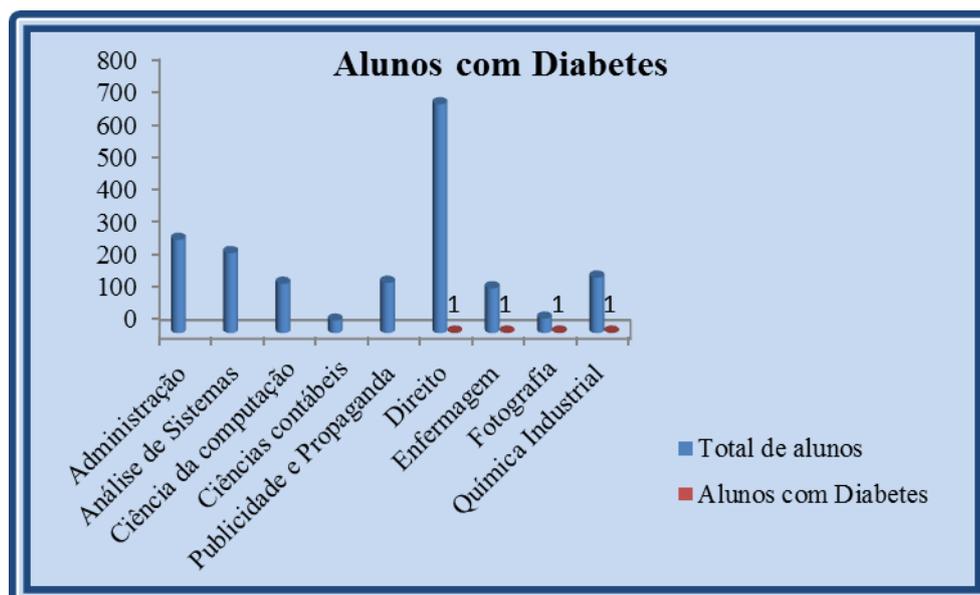


Gráfico 2. Total de estudantes com diabetes mellitus tipo 1 de cada curso da Fundação Educacional de Município de Assis (FEMA), 2014.

O gráfico 2 mostra o total de estudantes com DM tipo 1 da FEMA. Temos um total de 4 estudantes, um do curso de Direito, uma do de Enfermagem, uma do de Fotografia e uma do de Química Industrial.



Gráfico 3. Percentual dos estudantes com diabetes mellitus tipo 1 da Fundação Educacional do Município de Assis (FEMA), 2014.

O gráfico 3 apresenta o percentual de estudantes com Diabetes Mellitus tipo 1 da FEMA, que representa 0,21% do total de 1.926 estudantes que temos matriculados

na Instituição.



Gráfico 4. Identificação dos estudantes da Fundação Educacional do Município de Assis (FEMA) com diabetes mellitus tipo 1 conforme o sexo, 2014.

No gráfico 4 observamos a distribuição dos estudantes portadores de DM tipo 1 conforme o sexo, temos três estudantes que são do sexo feminino e 1 do masculino.

Tabela 1. Identificação dos estudantes com diabetes mellitus tipo 1, Assis 2014.

Identificação	1-Estudante	2- Estudante	3-Estudante	4-Estudante
Idade	20 anos	18 anos	18 anos	18 anos
Sexo	Feminino	Feminino	Feminino	Masculino
Estado Civil	Solteira	Solteira	Solteira	Solteiro
Raça	Branca	Parda	Branca	Caucasiano
Religião	Evangélica	Protestante	Católica	
Nacionalidade	Brasileira	Brasileira	Brasileira	Brasileiro
Naturalidade	Assis	Assis	Marília	Assis
Atuação Profissional	Estudante	Estagiaria em análise microbiologia	Estudante	Office boy
Curso/Ano/Período	Enfermagem /3º ano /noturno	Química/ 1º ano/ noturno	Fotografia/ 1º ano/noturno	Direito/1º ano /noturno

Neste estudo, foram entrevistados quatro estudantes com diagnóstico de diabetes mellitus tipo 1. Os dados demográficos referentes aos entrevistados podem ser

observados na tabela 1. Os entrevistados apresentam idades entre 18 e 20 anos. Todos são solteiros, dois são da raça branca, um da raça parda e um caucasiano. Em relação à religião, temos um evangélico, um protestante, um católico e um não citado. Em relação à naturalidade, três nasceram em Assis-SP e um nasceu em Marília-Sp. No que se refere à atuação profissional, temos uma estagiária, um Office boy e dois estudantes. Em relação aos cursos que estão matriculados, temos uma participante no terceiro ano de enfermagem, uma no primeiro ano de química, uma no primeiro ano de fotografia e um no primeiro ano de direito. Todos frequentam o curso no horário noturno.

Tabela 2. Apresentação das perguntas realizadas na entrevista individual dos estudantes e suas respectivas respostas do instituto, Assis 2014.

Questionário	1-Estudante	2-Estudante	3-estudante	4-estudante
1- Quanto tempo faz que você recebeu o diagnóstico de Diabetes tipo 1?	Vai fazer... 5 meses.	Faz 11 anos.	É... Faz 12 anos	Mais ou menos 10 anos
2-Quais os sintomas que você sentia quando foi diagnosticada (o)?	Eu sentia formigamento nas mãos, fazia muito xixi, sentia muita náusea e não tinha fome.	Dor nas pernas muita dor, não tinha fome não comia, passava muito mal de enjoo e fazia muito xixi.	Eu emagreci 20kg em um mês, era muito gorda muito muito e daí eu emagreci muito rápido, me levaram no hospital e diagnosticou diabetes.	Eu dormi durante 2 dias seguidos, perdi 26 kg em uma semana e urinava muito e juntava muito espuma na urina.
3-O que mudou na sua vida logo após o diagnóstico da doença?	Ah! Muita coisa, não como quase mais nada, se eu como passo mal. Eu como direto, no final do ano passei muito mal na faculdade por causa que eu comi salgado	Ah! Única coisa que mudou foi eu começar a tomar insulina, mais assim minha rotina sempre foi normal, nunca deixei de fazer nada por	Eu fiquei mais responsável, tive que ficar responsável mais rápido, é foi meio precoce. Nos aniversários dos meus amiguinhos todo mundo ficava brincando e comendo doce,	Eu tive que praticar esporte, comer as coisas integrais, mudou bastante em casa, quando minha mãe era viva, ela também entrou na dieta pra me ajudar, porque ela achou que iria ser difícil, porque eu era

	forte.	causa da doença, a única coisa é o medicamento que tem que ser tudo controlado e a alimentação, mais sei lá pra mim foi faço adaptar, sempre gostei de coisa integral sabe , pra mim é normal, foi faço acostumar pela idade, eu aceitei de boa, não foi uma coisa que eu fiquei revoltada.	eu tinha que segurar, porque era mais complicado e ninguém entendia muito na minha idade, ai tive que ficar responsável rápido.	criança, e criança gosta muito de doce, mas eu nunca fui fã de doce não, meu negocio é comida mesmo.
4-Quais foram às orientações que você recebeu quando foi diagnosticada (o)? Qual foi o profissional da saúde que realizou?	As orientações foram melhorar a alimentação, fazer muito exercícios físico. O profissional foi o médico que realizou as orientações.	Ah! Primeira coisa foi à alimentação né, tratamento com psicólogo e atividade física. A médica que passou as orientações.	É que eu tinha que tomar cuidado com os doces, na verdade é que eu fiquei 2 meses no hospital e regularizei toda a minha alimentação, então eu sai de lá não estava comendo muito em qual antes, ai tinha que tomar cuidado mesmo. O médico falou pra mim diminuir o máximo de doce, mas assim minha mãe ainda me dava uma vez na semana ou	Foi... Aqui no regional, o enfermeiro mediu minha pressão e diabetes, ai ele falou que eu iria passar pelo médico. Ai médico que passou as orientações certas na alimentação, ele fez a dieta de 1800 calorias por dia, passou quais esportes que eu poderia praticar.

			na janta um pedacinho, pra não fazer eu sofrer tanto e ficar controlado.	
5-Tratamento inicial	Insulina NPH	Insulina eu acho que foi NPH.	Eu comecei com a Novolin, dai com 13 anos eu mudei para Lantus e continuo até hoje.	Eu fiquei internado, não sei o que tomei, porque fiquei dopado, fiquei muito nervoso, tenho problema de ansiedade, eles me doparam e fiquei internado uma semana. Eu acho que tomei insulina.
6-Tratamento atual	Insulina NPH, uso uma vez ao dia, a unidade eu não lembro, porque faz dois dias que eu não uso.	Lantus de manhã 43 unidades, novorapid antes do almoço, antes café da tarde e antes da janta a unidade eu tenho que verificar a glicemia para aplicar insulina.	Lantus 60 unidades de manhã, e o resto do dia eu controlo com a Novorapid ou Humalog, toda hora que eu vou comer tomo insulina.	Eu tomo 60 unidades da Lantus de manhã. E depende que eu vou comer e quanto está minha glicemia eu tomo a Novorapid no café da manhã, almoço e na janta e ai às vezes quando tem alguma coisa no trabalho pra comer.
7-Possui plano de saúde?	Não.	Sim, Unimed.	É a minha mãe trabalha no banco, então é tenho o Cassi que é dos Bancários.	Não é SUS mesmo
8-Onde faz o acompanhamento? Com qual frequência?	Eu faço na clinica do Dr. Fabiano Morelli no particular, vou uma vez por mês.	Cada 4 meses aqui em Assis com a Dr. Maria da Penha.	Eu faço em Marilia, minha médica é a Dr. Jaqueline, ela faz o acompanhamento no consultório no posto, vou todo mês.	Eu fazia com Dr. Maria da Penha, mas vai fazer uns 4 anos que não vou mais no médico, porque é caro e agora eu não tenho mais tempo, é muito caro.
9-Quais são as	As orientações foi o médico	As orientações	É a endocrinologista	Ah! Então a ultima vez que eu

<p>orientações recebidas atualmente e qual o profissional que realiza?</p>	<p>que realizou, falou que eu tenho que melhorar a dieta, eu passo muito mal por causa da alimentação, não como direito. Orientou comer em 3/3 horas, comer frutas e comer menos carboidratos.</p>	<p>sobre alimentação, atividade física e contagem de carboidratos, sempre a mesma coisa. A médica que passou as orientações.</p>	<p>orientou na alimentação e atividade física.</p>	<p>passei foi com a médica Dr. Maria da Penha há 4 anos, só que eu tive problema de saúde mês passado e o Dr. Perales em Cândido Mota, ele passou algumas orientações também que eu recebo sempre, pra eu medir a glicemia, e ai alimentação e exercício físico.</p>
<p>10-Possui dificuldades em seguir as orientações? Se sim, qual?</p>	<p>Sim, na alimentação</p>	<p>Eu tenho muita hipoglicemia muito, então não posso fazer contagem de carboidratos certinho, se eu aplico novorapid a minha glicemia tipo baixa muito, já teve um período que chegou 20 e 21 mg/dl. Então eu não faço a dieta certa.</p>	<p>É então agora eu tenho que fazer esporte é mais complicado, é muita coisa pra fazer e não dá tempo, atividade física eu faço muito pouco, na alimentação não consigo fazer certo é muita correria.</p>	<p>Sim, alimentação não dá pra fazer certinho pão integral às coisas, porque é muito caro eu não tenho condição pra isso, e o exercício físico não posso praticar, porque eu tenho ligamento estourado no joelho. Agora não faço mais nada.</p>
<p>11-Já foi hospitalizado ? Por quê?</p>	<p>Não.</p>	<p>Ah! Por causa da diabetes não</p>	<p>Já várias vezes, eu já tive cinco vezes convulsão, dai fui internada bastante bastante</p>	<p>Ah! Eu fiquei internado logo que descobriu, por causa da diabetes só uma vez que minha mãe trocou a insulina sem querer, que ela aplicou... eu estava tomando 35 unidades da</p>

				Lantus tomava de madrugada, ela trocou com a novorapid e dai baixou pra 32 mg/dl minha glicemia, eu não conseguia nem me mexer, ai eu fiquei internado.
12-Como é sua dieta alimentar?	Eu como pão de manhã e bebo um copo de leite desnatado pra ir trabalhar, na hora do almoço arroz, feijão e frango ou carne, à tarde não como nada, não janto porque vou pra faculdade as 18:00 horas não como nada pra ir, no intervalo as vezes eu como salgado. Na hora que eu chego da faculdade bebo um copo de leite ou uma fruta. Eu não faço a dieta.	No café de manhã leite, geralmente bolacha integral ou pão integral, geralmente tudo integral, ai almoço arroz integral também, não consigo comer arroz branco só arroz integral, ai geralmente minha mãe manda verdura, legumes e uma carne, ai no café da tarde uma fruta e leite de soja alguma coisa assim e janto depois da faculdade. Como muita batata, lanche só no final de semana e não muito, não frequentemente.	Ah! Café da manha geralmente copo de suco e pão, almoço arroz, feijão, salada e carne, a tarde um danone , ai a noite janto e as vezes eu troco a janta pelo um doce, ai na ceia uma fruta.	Eu levanto geralmente não tomo café da manhã não, as 9:30 hrs como uma banana ou maça, ai eu vou almoçar 12:00 arroz, feijão, legumes , carne e salada, tarde como outra fruta, chego do serviço como outra fruta, e ai na hora que eu chego da faculdade eu janto.
13-Você faz atividade física? Que	Não	Ultimamente não, porque eu comecei a	Não, bem pouco ,quando eu faço caminho e ai é	Não mais, mas o meu trabalho é bem braçal, então

<p>tipo e quantas vezes por semana?</p>		<p>fazer estágio e ai não deu tempo, mas antes eu fazia balé e caminhada.</p>	<p>bem difícil, porque não dá tempo, geralmente no final de semana.</p>	<p>estou perdendo muito peso, já pedir 13 kg.</p>
<p>14-Você tem dificuldade em aceitar a doença?</p>	<p>Sim, Ah tipo assim, porque sabe eu me sinto jovem por ter uma doença, fico com medo, porque os professores e as pessoas fica na minha orelha” você está comendo”, fica uma situação chata falar na frente de tudo mundo, tipo assim eu fico...não é vergonha, tipo assim sei lá, eu não estou aceitando ainda, eu tenho uma tia e um tio que tem também e é a mesma que a minha, só que ... eu fico meia sem graça de falar que eu tenho, tipo assim não consigo aceitar porque eu sou jovem.</p>	<p>Não, minha vida sempre foi assim normal, meu namorado já acostumou , quando vou a casa dele, ele sabe que é tudo diet, é normal.</p>	<p>Não nunca tive, porque quando eu era pequena levava insulina na escola e as crianças gostavam, porque era uma coisa diferente, nunca tive essa parte da vergonha, muita gente de vergonha da diabetes e todo mundo sempre aceitaram.</p>	<p>Não, eu aceito de boa, se souber tratar é uma pessoa normal. Ah! No começo eu não aceitava muito porque todo lugar que eu tinha que ir, as pessoas tinham que saber, porque eu era criança e se acontecesse alguma coisa a pessoa tinha que saber o que estava acontecendo, eu ficava com vergonha, mas hoje em dia não, se a pessoa precisa saber eu conto normal.</p>
<p>15-O que mais afeta na sua vida por ter uma doença crônica?</p>	<p>Ah ! alimentação</p>	<p>Ah! É o mais difícil é a parte da alimentação, porque se você come muito passa mal, se você</p>	<p>Eu acho que agora que estou mais velha, pessoas acham que eu sou criança e ficam muito no meu pé, eu falo</p>	<p>O que mais afeta é a preocupação das pessoas que ficam perto de mim, eu não gosto muito que se preocupa de mais, mas assim</p>

		come pouco e fica um período muito grande sem comer passa mal, sempre tomando cuidado e sempre andar com insulina, eu acho que é o mais difícil.	“gente faz tempo que eu tenho, eu sei me cuidar, eu sei que estou fazendo”.	se eu vou beber alguma coisa eu bebo, eu fumo cigarro normalmente, apesar do médico ficar falando pra eu não poder fumar e não sei o que e fora isso não me afeta em nada, assim as vezes enche o saco de que ficar fazendo o dextro toda hora e tomar insulina.
16-Você se sente diferente das outras pessoas por ter uma doença crônica?	Não, nunca me senti não, me sinto normal.	Não, eu aceito a doença.	Não, tudo normal pra mim.	Ah! Sinto, é normal sentir diferente, porque se a pessoa quer comer alguma coisa não precisa medir o dextro dela, não precisa tomar insulina e as pessoas não precisa ficar preocupada com ela.

A tabela 2 mostra o questionário com as 16 perguntas realizadas aos participantes.

Em relação há quanto tempo que receberam o diagnóstico DM tipo 1, três participantes referem que ser entre 10 a 12 anos e um participante há 5 meses. Os sintomas identificados no momento do diagnóstico foram: formigamento nas mãos, poliúria, náusea, inapetência, dor em membros inferiores, emagrecimento e sono excessivo.

Em relação às mudanças surgidas em suas vidas após o diagnóstico, um refere ter mudado muita coisa, outro afirmou que a única coisa que mudou foi começar aplicar insulina, sua alimentação e que nunca deixou de fazer nada por causa da doença, o terceiro entrevistado relatou que sua responsabilidade precisou ser amadurecida

rapidamente e o ultimo entrevistado relatou a prática de esportes e a ingestão de alimentos integrais.

No que se refere às orientações realizadas no momento do diagnosticados, todos afirmaram terem sido feitas por um profissional da saúde, o médico. O conteúdo dessas informações estava relacionado à alimentação, prática de exercícios físicos e acompanhamento psicológico.

No tratamento inicial, todos os participantes disseram que já foi prescrito insulina, dois relataram que começaram com insulina NPH, um não lembra ao certo qual tipo, mas que foi insulina e outro começou com insulina Novolin e Lantus. No tratamento atual, um participante aplica insulina NPH uma vez ao dia, mas não se lembra quantas unidades, três afirmaram aplicar insulina Lantus pela manhã, sendo um 43 unidades e outros dois 60 unidades, antes do café, antes do almoço, antes do jantar ou toda hora que comem, pois necessitam realizar o controle glicêmico e aplicar a insulina Novorapid conforme os valores apresentados.

Dois entrevistados afirmaram não ter plano de saúde e os demais sim. Em relação ao seguimento da doença, ou seja, acompanhamento médico, três afirmaram fazer particular e um no posto de saúde. Quando questionados em relação à frequência, dois participantes relataram passar mensalmente, um a cada 45 meses e o ultimo refere que há 4 anos não faz acompanhamento, por não ter tempo e pelo alto valor da consulta.

Na questão referente ao conteúdo das orientações médicas, os participantes relataram estar relacionada a melhorar a alimentação, a comer de 3/3 horas, a prática de atividade física, a contagem total de carboidrato das refeições e a medir a glicemia.

Todos os entrevistados afirmaram ter dificuldades em seguir as orientações em relação à alimentação e atividade física.

Já no que se refere à hospitalização, 50% afirmaram já ter ficado internado. Os motivos que levaram a internação foram: convulsão, devido ao diagnóstico de hipoglicemia e por erro medicamentoso- troca do tipo da insulina.

No que se refere à dieta seguida, apenas um entrevistado relata não tomar café da

manhã, todos relataram almoçar, três tomam o café da tarde, três afirmaram jantar, e um não jantar, mas às vezes come salgados na faculdade e em relação à ceia, metade dos entrevistados afirma finalizar o dia com essa refeição.

Três participantes afirmaram que não praticam atividade física e um afirmou fazer caminhada de pequena intensidade aos finais de semana.

Podemos observar que os entrevistados não apresentam dificuldades para aceitar a doença, visto que apenas um entrevistado relata essa dificuldade por se sentir jovem para ser portador de uma doença crônica.

Em relação aos motivos que afetam o dia a dia de vida por ser portador de uma doença crônica temos o fato de andar com insulina, cobrança, a preocupação das pessoas, fazer o dextro e aplicar insulina.

Na questão sobre que aborda o sentimento de ser diferente das outras pessoas, três entrevistados afirmaram que se sentem normais e apenas um afirmou que se sente diferente.

11. DISCUSSÃO

Os resultados mostraram a identificação de 4 estudantes da FEMA com diabetes mellitus tipo 1. Em relação ao sexo, houve predominância do sexo feminino. Os estudos nacionais e regionais têm registrado que não há diferença significativa da prevalência de diabetes mellitus em relação ao sexo, no Brasil. (OTERO; ZANETTI; OGRIZIO, 2008).

Os entrevistados apresentam idades entre 18 e 20 anos, em relação há quanto tempo que receberam o diagnóstico DM tipo1, três participantes referiram que ser entre 10 a 12 anos e um participante há 5 meses. Para Santos e Enumo (2003 apud THOMPSON; GUSTAFSON, 1996), “o diagnóstico do Diabetes mellitus insulino- dependente geralmente ocorre em crianças entre as idades de 5- 6 anos e entre 11 e 13 anos”. Segundo Minanni et al., (2010), o diabetes mellitus tipo 1 ocorre entre 10 e 14 anos, em pacientes brancos e com menor incidência entre os asiáticos.

De acordo com Moreira e Dupas (2006), o diabetes mellitus tipo 1 é uma das doenças crônicas mais comuns na infância e uma das que mais exige adaptação psicológica, social e físico, tanto por parte da criança como da família

Em relação os sintomas identificados no momento do diagnóstico os entrevistados afirmaram que foram: formigamento nas mãos, poliúria, náusea e enjojo, inapetência, dor em membros inferiores, emagrecimento e sono excessivo. De acordo com Góes; Vieira e Júnior (2007), os principais sintomas de hiperglicemia são polidipsia, poliúria, polifagia, emagrecimento, sonolência, dores generalizadas, formigamentos e dormências, cansaço doloroso nas pernas, câimbras, nervosismo, indisposição para o trabalho, desânimo, turvação da visão, cansaço físico e mental.

No que se refere às mudanças após o diagnóstico os participantes relataram que foi começar aplicar insulina, responsabilidade precoce, praticar exercícios físicos e alimentação. Na opinião de Góes; Vieira e Júnior (2007) afirmam que a doença causa mudanças significativas na relação que o paciente diabético estabelece com seu próprio corpo e com o mundo que o cerca. O conflito entre a vontade de se alimentar e a necessidade imperiosa de contê-lo está sempre presente na vida

cotidiana do mesmo. Conforme Nascimento (2011), “Lidar com as demandas de uma doença crônica, como o diabetes, é um desafio contínuo para a própria criança e todos os envolvidos”.

Como descrito por Brito e Sadala (2007), os pais se punem e acabam adotando uma política protecionista em relação à criança, tornando-a dependente. A doença crônica afeta a criança como pessoa e a família como um sistema. Portanto a família é primordial na manutenção da qualidade de vida de seus filhos precisa aprender a lidar com suas incapacidades e mudanças permanentes.

Na questão sobre orientações todos os participantes afirmaram que foi o médico que a realizou e que estão relacionadas à alimentação, prática de exercícios físicos e acompanhamento psicológico. Segundo a Sociedade Brasileira de Diabetes (2006), a primeira orientação deve permitir que o paciente e seus familiares sejam capazes de administrar insulina adequadamente, monitorizar os níveis glicêmicos, monitorar glicosúria, cetonúrias, reconhecer sinais e sintomas de hipoglicemia e saber agir para normalizar a situação. As orientações como alimentação e programa regular de atividade física, podem auxiliar tanto no aspecto emocional como propiciar bem-estar físico e melhora do equilíbrio metabólico.

O paciente com DM1 merece cuidados específicos por parte do profissional de saúde, pois as limitações e novas responsabilidades que surgem com a doença podem interferir diretamente no adequado desenvolvimento desse jovem, assim como o período pelo qual o adolescente está passando pode interferir no seu tratamento. (MINANNI et al., 2010).

No ponto de vista de Minanni et al., (2010), os cuidados à saúde, os grupos médico e de enfermagem devem estar conscientes das necessidades das suas funções em fornecer apoio específico em relação ao diabetes, ou seja, promovendo sessões de educação em que se evidencia a importância do exercício físico no autocontrole da doença.

A Enfermagem, como integrante da equipe multidisciplinar de saúde, tem o desafio de instrumentalizar o portador no autogerenciamento da doença, procurando estratégias para um melhor cuidado de enfermagem, melhorando o controle glicêmico. (FILHO; RODRIGUES; SANTOS, 2008).

Conforme Moreira e Dupas (2006), a enfermagem deve estar presente em todo esse processo, assistindo, orientando e intervindo de acordo com as necessidades apresentadas pelos jovens portadores de DM.

Desde o momento do diagnóstico e o início da convivência com a patologia, o abalo emocional pode ser agravado pelo fato de desconhecer o que significa ter diabetes e quais as implicações que isso terá no seu dia-a-dia. (MOREIRA; DUPAS, 2006).

Quanto ao tratamento, os participantes relataram que utilizam insulina, a maioria afirmou que aplica pela manhã, antes do café, antes do almoço, antes do jantar e que necessitam realizar o controle glicêmico. Conforme a Sociedade Brasileira de Diabetes, o tratamento intensivo pode ser feito com múltiplas doses de insulina, com seringa ou caneta ou através da bomba de insulina. Portanto é necessário fazer no mínimo três testes de verificação da glicemia capilar ao dia (SBD, 2006).

Segundo a Sociedade Brasileira de Diabetes (2006), a insulina regular demora em torno de 30 minutos para começar a agir, mas os pacientes tendem a aplicá-la na hora da refeição. Isso contribui para hiperglicemias pós-prandiais e hipoglicemias no período entre as refeições, pois a insulina regular atingirá seu pico no horário em que a alimentação já foi metabolizada.

Este estudo demonstrou que todos os entrevistados têm dificuldades em seguir as orientações em relação à alimentação e atividade física. Na visão de Zonette e Mendes (2001), uma doença crônica como DM pode gerar o impacto sobre a família e o paciente, nas esferas comportamental, somática, social e financeira, dificultando o tratamento.

Durante a coleta de dados, alguns entrevistados relataram que já ficaram internados, devido à convulsão, à hipoglicemia e troca do tipo da insulina. A Sociedade Brasileira de Diabetes exemplifica que a limitação no alcance do controle glicêmico ideal do DM tipo 1, excluídos fatores de adesão ao tratamento e de mau funcionamento familiar, permanece sendo a hipoglicemia. (SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES, 2006).

Para a Sociedade Brasileira de Diabetes (2006), a definição de hipoglicemia varia bastante na literatura, mas em geral é utilizado o parâmetro de 50mg/dl como número consensual, pois os valores abaixo desse nível estão associados a sintomas

de hipoglicemia e prejuízo da função cerebral. Essas alterações parecem estar relacionadas a episódios graves com convulsão. Outros fatores de risco para hipoglicemia, além da idade, são história prévia de hipoglicemia grave, doses mais altas de insulina, níveis menores de hemoglobina glicada, maior duração da doença e sexo masculino.

Em relação à dieta alimentar, todos os participantes afirmaram não fazer uma dieta adequada. Segundo a Sociedade Brasileira de Diabetes (2006), a contagem de carboidratos oferece um resultado bastante objetivo e facilita o cálculo da dose de insulina a ser administrada antecedendo cada refeição. Em geral, para cada 10g a 20g de carboidratos são administrados 1U de insulina. Se utilizarmos as insulinas ultrarrápidas, a dose total pode ser administrada imediatamente antes da refeição.

Para Gross (2014, p. 15):

A composição de uma dieta saudável inclui, também, a distribuição das refeições ao longo do dia. “O café da manhã é a mais importante; o almoço não deve ser após as 15h, mesmo com o consumo das mesmas calorias; o jantar não deve ser próximo da hora de se deitar, pelo refluxo e pelo aproveitamento maior daquela refeição; e a adoção de lanches é um tema controverso.”

Café da manhã: 1 xícara de café com leite, 2 fatias de pão integral normal, mel/ frios magros, queijo de minas ou ricota e uma fruta. Almoço: Salada de tomate, alface, palmito com óleo de oliva, 100 g de peixe grelhado ou frango, 2 colheres de sopa de vagem e cenoura, 3 colheres de sopa de brócolis, 3 frutas, 1 cafezinho ou chá verde com mel. Lanche por volta das 17h: 1 iogurte desnatado. Jantar: Igual ao almoço + 30 g de nozes, castanhas ou amêndoas, e 50 g de chocolate amargo (70%).

No presente estudo, verificou-se que a maioria dos participantes não pratica atividade física, apenas um afirmou fazer caminhada aos finais de semana. De acordo com o Ministério de Saúde (2006), a prática regular de atividade física é indicada a todos os pacientes com diabetes, pois, melhora o controle metabólico, ajuda a promover o emagrecimento nos pacientes obesos, diminui os riscos de doenças cardiovasculares e melhora a qualidade de vida, sendo, a promoção da atividade física considerada essencial.

No que se refere à dificuldade em aceitar a doença, o relato dos participantes mostra não apresentar dificuldade de aceitação das limitações advindas da patologia, pois apenas um entrevistado relatou que sente ser jovem para ter diabetes. Na opinião de Marcelino e Carvalho (2005), o emocional é constituído por aspectos mais

profundos internamente e inconscientes, que podem impedir um bom controle da doença se esta não for internamente aceita. Do ponto de vista de Minanni et al.,(2010), os adolescentes geralmente têm mais dificuldades para aceitar a doença quando comparados a crianças, ou seja, enquanto estas ainda dependem dos cuidados dos pais ou responsáveis, os jovens são convocados a responsabilizar-se pela própria saúde.

Este estudo demonstra que de alguma forma uma doença crônica afeta a vida dos entrevistados, em relação alimentação, cobranças das pessoas e a preocupação. Na opinião de Novato; Grossi e Kimura. (2008, p.563), o DM tipo 1 é uma da doença crônica, requer comportamentos especiais de autocuidado, ao longo da vida. O início repentino da doença e o tratamento exigido para controlar a glicemia, causam mudanças no estilo de vida do jovem e interferem em sua autoimagem e na qualidade de vida.

Em relação ao sentimento de ser diferente das outras pessoas, apenas um afirmou que sente. Do ponto de vista de Minanni et al., (2010) os jovens são inseguros sobre si mesmos, têm maiores probabilidades de não cumprir as tarefas do tratamento, pois buscam evitar sentir-se diferente de seus companheiros. Alguns adolescentes também tentam tirar proveito da doença, buscando, de alguma maneira, manipular pessoas e situações a fim de obter mais atenção para si.

12. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este trabalho permitiu concluir que os estudantes com DM tipo1 indicaram algumas dificuldades com a doença, todos os participantes fazem acompanhamento somente por meio do atendimento médico. Também foi possível perceber as mudanças na rotina de vida, além do impacto emocional que ocorre na vida de um jovem que recebe o diagnóstico de DM. Diversas situações que antes não eram vividas passam a fazer parte do seu dia- a- dia. Essa mudança na rotina de vida necessita novos ajustes para que seja possível o controle adequado da glicemia.

Quando um jovem descobre que tem diabetes, ocorre um impacto emocional, com o qual muitas vezes, não está preparado para lidar. Isso pode interferir no seu dia-a-dia. Entretanto, os jovens têm dificuldades de aceitação das mudanças no hábito de vida, e não modificam a rotina e nem fazem o controle adequado da glicemia. Em consequência, o controle glicêmico fica descompensado.

Os jovens têm dificuldades de aceitar as alterações necessárias nos seus hábitos de vida, essas alterações podem afetar o emocional do individuo e desta forma dificultar a adesão ao tratamento adequado. A dificuldade de aceitação de uma doença crônica e a capacidade do paciente em lidar com as mudanças no cotidiano, bem como a complexidade do controle da doença, acaba afetando a adesão.

Entretanto o jovem com DM necessita modificar hábitos alimentares e sempre seguir a dieta, obter controle adequado da glicose no sangue, praticar atividade física, ter os cuidados no armazenamento e no transporte de insulina, e o conhecimento dos locais corretos de aplicação da insulina.

No entanto, é fundamental que o jovem se ajude controlando a glicemia, mostrando assim sua aceitação da doença e com isso o jovem pode ter uma vida perfeitamente normal.

Contudo as necessidades e os cuidados da equipe de saúde, principalmente do enfermeiro, que é quem realiza o planejamento e implementação destes cuidados aos pacientes diabéticos. Assim podemos observar a importância dos profissionais da saúde no cuidado e prevenção das complicações da doença.

REFERÊNCIAS

Brasil. Ministério da Saúde e Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Diabetes Mellitus**. Brasília, 2006, p.64.

BRITO, T.B.; SADALA, M.L. **Diabetes Mellitus Juvenil: A Experiência De Familiares De Adolescentes e Pré- Adolescentes**. Botucatu, 2007.

BRUNNER & SUDDARTH. **Tratado de Enfermagem Médico – Cirúrgica**. Rio de Janeiro, décima segunda edição. v.2, 2011.

DIB, S.A.; BALDUINO, T.; NERY, M. **Diabetes melito tipo 1: da pesquisa à clínica**. v.52, n.2, São Paulo, março, 2008.

FARIA, H.T.G.; et al. **Fatores associados à adesão ao tratamento de pacientes com diabetes mellitus**. Act Paul enferm. São Paulo, junho, 2013, p.231-7.

FILHO, C.V.D.S.; RODRIGUES, W.H.C.; SANTOS, R.B. **Papéis de autocuidado-subsídios para enfermagem diante das reações emocionais dos portadores de diabetes mellitus**. Esc. Anna Nery, Rev. Enfermagem, 2008, março, p.125-9.

GIL, G.P.; HADDAD, M.C.L.; GUARIENTE, M.H.D.M. **Conhecimento Sobre Diabetes Mellitus De Pacientes Atendidos em Programa Ambulatorial Interdisciplinar De um Hospital Universitário Público**. Semina: Ciências Biológicas e da Saúde, Londrina, v.29, n.2, jul./dez, 2008, p.141-154.

GÓES, A.P.P.; VIEIRA, M.R.R.; JÚNIOR, R.D.R.L. **Diabetes mellitus tipo 1 no contexto familiar e social**. Rv Paul Pediatria, 2007, p.124-8.

GROSS, L.J. Existe a Alimentação Ideal. **Diabetes A Revista da SBD**, v.21, n.02, julho, 2014, p.3-28.

KUMAR, Vinay et al. **Patologia: Bases patológicas das doenças**. 8. ed. Tradução de Robbins e Cotran, Rio de Janeiro: Editora Elsevier, 2010, p.1458 .

LIMA, J.G.; LIMA, N.N. Uma Breve história do diabetes. **Diabetes A Revista da SBD**, v.21, n.02, julho, 2014, p.3-28.

MARCELINO, D.B.; CARVALHO, M.D.D.B. **Aspecto Emocionais de Crianças Diabéticas: Experiência de Atendimento em Grupo**. Psicologia em Estudo, Maringá, v.13, n.2, abr./ Jun. 2008, p.345-350.

MARCELINO, D.B.; CARVALHO, M.D.D.B. **Reflexões Sobre o Diabetes Tipo 1 e Sua Relação com o Emocional**. Psicologia: Reflexão e Crítica, 2005, p.72-77.

MINANNI, C.A.; et al. **Abordagem integral do adolescente com diabetes**. Janeiro. v.7, n.1, 2010.

MOREIRA, P. L.; DUPAS, G. **Vivendo com o diabetes: a experiência contada pela criança**. Rev. Latino- am Enfermagem, janeiro- fevereiro, 2006, p.25-32.

NASCIMENTO, L.C.; et al. **Diabetes mellitus tipo 1: Evidências da literatura para seu manejo adequado, na perspectiva de crianças**. Ver. Esc. Enferm USP, São Paulo, june, 2011, p.764-9.

NOVATO, T.S.; GROSSI, S.A.A. **Fatores associados à qualidade de vida de jovens com diabetes mellitus do tipo 1**. Ver. Esc. Enferm. USP, São Paulo, v.45, n.3 june, 2011.

NOVATO, T.S.; GROSSI, S.A.A.; KIMURA, M. **Qualidade de vida e auto-estima de adolescentes com diabetes mellitus**. Acta Paul Enferm, 2008, p.562-7.

OLIVEIRA, K.C.S.; ZANETTI, M.L. **Conhecimento e atitude de usuários com diabetes mellitus em um Serviço de Atenção Básica à Saúde**. Revista da Escola de Enfermagem da USP, São Paulo, v.45, n.4, agosto, 2011.

ORTIZ, M.C.A.; ZANETTI, M.L. **Diabetes mellitus: Fatores de risco em uma instituição de ensino na área da saúde**. Ver. Latino am. Enfermagem, Ribeirão Preto, v.8, n.6, dezembro, 2000, p.128-132.

OTERO, L.M.; ZANETTI, M.L.; OGRIZIO, M. D. **Conhecimento Do Paciente Diabético Acerca De sua Doença, antes e depois da Implementação de um Programa de Educação em Diabete**. Rv Latina- am Enfermagem, março- abril, 2008.

PÉRES, D.S.; SANTOS, M.A.; ZANETTI, M.L.; FERRONATO, A.A. **Dificuldades Dos Pacientes Diabéticos Para o Controle Da Doença: Sentimentos e comportamentos**. Ver. Latino-am Enfermagem, novembro-dezembro, 2007.

SANTOS, J.R.; ENUMO, S.R.F. **Adolescentes com Diabetes Mellitus tipo 1: Seu Cotidiano e Enfrentamento Da Doença**. Psicologia: Reflexão e Crítica, Espírito Santo, 2003, p.411-425.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES DIRETRIZES SBD. **Tratamento e Acompanhamento Do Diabetes Mellitus**. Rio Janeiro: SBD, 2006.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE ENDOCRINOLOGIA E METABOLOGIA/

SOCIEDADE BRASILEIRA DE NEFROLOGIA. **Diabetes Mellitus: Recomendações Nutricionais**. Projeto Diretrizes. Associação Médica Brasileira e Conselho Federal de Medicina, dezembro, 2005.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE ENDOCRINOLOGIA E METABOLOGIA. **Diabetes Mellitus: Cetoacidose**. Projeto Diretrizes. Associação Médica Brasileira e Conselho Federal de Medicina, outubro, 2005.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE ENDOCRINOLOGIA E METABOLOGIA. **Diabetes Mellitus: Classificação e Diagnóstico**. Projeto Diretrizes. Associação Médica Brasileira e Conselho Federal de Medicina, junho, 2004.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE ENDOCRINOLOGIA E METABOLOGIA. **Diabetes Mellitus: Insulinoterapia**. Projeto Diretrizes. Associação Médica Brasileira e Conselho Federal de Medicina, abril, 2005.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE ENDOCRINOLOGIA E METABOLOGIA. **Diabetes Mellitus: Prevenção**. Projeto Diretrizes. Associação Médica Brasileira e Conselho Federal de Medicina, outubro, 2006.

Stine R.J.; Marcus R.H. **Emergências Médicas**. Rio de Janeiro, 1989.

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**. Rev Latino-am Enfermagem, novembro-dezembro, 2001, p.25-30.

ZANETTI, M.L.; MENDES, I.A.C.; RIBEIRO, K.P. **O desafio para o Controle Domiciliar em Crianças e Adolescentes Diabéticos Tipo 1**. Ver. Latino- am Enfermagem, julho, 2001, p.32-6.

APENDICE I

TERMO DE AUTORIZAÇÃO INSTITUCIONAL

Assis, 16 de Agosto de 2013.

Ilustríssimo Senhor Eduardo A. V. Gonçalves e Coordenadora do Curso de Enfermagem Rosângela Gonçalves.

Vimos por meio deste solicitar autorização para desenvolver o trabalho científico intitulado: "Identificação e Caracterização de Alunos com Diabetes do Tipo 1 de uma Instituição de Ensino Superior do Interior de São Paulo" pelo setor da Clínica de Enfermagem pertencente ao Instituto Municipal de Ensino Superior de Assis da Fundação Educacional do Município de Assis.

Este projeto de pesquisa atendendo o disposto na Resolução 196 de 10 de Outubro de 1996 será enviado ao Comitê de Ética. Trata-se de uma pesquisa de campo, de caráter quanti-qualitativo, tendo como objetivo o levantamento e caracterização dos discentes 1 da Instituição que possuem diabetes tipo 1. O cenário da pesquisa será o Instituto Municipal de Ensino Superior de Assis. O levantamento dos alunos se dará por contato nas salas de aulas de todos os cursos, sendo agendado um momento para a entrevista individual. Para a coleta dos dados será fornecido a cada sujeito do estudo um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido constando a garantia da livre adesão à pesquisa, sigilo quanto às informações prestadas, direito de deixar a pesquisa a qualquer momento, esclarecimento quanto aos objetivos, nome do pesquisador responsável e sua anuência esclarecendo que pode retirar-se da pesquisa sem nenhum malefício. Bem como será solicitado a autorização para que as entrevistas individuais possam ter o registro em áudio por meio de gravador, com posterior transcrição, para permitir fidedignidade do material coletado e que ao final da pesquisa o material gravado e transcrito será destruído. O período previsto para coleta de dados será o mês de outubro de 2013.

Considero importante esta pesquisa por ao saber o quanto uma doença crônica afeta os vários setores da vida de uma pessoa, principalmente quando jovens, poderei compreender e adquirir mais conhecimento acerca deste tema para favorecer meu processo de aprendizagem, proporcionando cuidados com mais qualidade, sejam curativos ou preventivos.

Autorização Institucional

Eu, _____, diretor do Instituto Municipal de Ensino Superior de Assis;

Eu, _____, coordenadora do Curso de Enfermagem do Instituto Municipal de Ensino Superior de Assis;

Declaro que fui informado dos objetivos da pesquisa intitulada “Identificação e Caracterização de Alunos com Diabetes do Tipo 1 de uma Instituição de Ensino Superior do Interior de São Paulo”, e concordo em autorizar a execução da mesma por esta Instituição. Caso necessário, a qualquer momento como instituição CO-PARTICIPANTE desta pesquisa será revogado esta autorização, se comprovada atividades que causem algum prejuízo à esta instituição ou ainda, a qualquer dado que comprometa o sigilo da participação dos integrantes desta instituição. Declaro também que não recebi qualquer benefício por esta autorização, bem como os participantes também não receberão qualquer tipo de benefício.

Conforme Resolução CNS 196 de 10/10/1996 a pesquisa só terá início nesta instituição após apresentação do Parecer de Aprovação por um Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos.

Informamos ainda, que é prerrogativa desta instituição proceder a re-análise ética da pesquisa, solicitando, portanto, o parecer de ratificação do Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos desta Instituição (se houver).

Assis, 16 de Agosto de 2013.

Certos de contarmos com a atenção, antecipamos nossos agradecimentos.

Atenciosamente,

Pesquisadora: Bruna F. Maschio dos Reis
Fone: (18) 99801-6572
E-mail: brumaschio@hotmail.com

Orientadora: Prof.^a Ms^a Adriana Avanzi Marques Pinto
Fone: (14) 99641-0332
E-mail: dri1981@yahoo.com.br

Diretor da Instituição Municipal de Ensino Superior de Assis
Prof. Ms. Eduardo A. V. Gonçalves

Coordenadora do Curso de Enfermagem
Prof.^a Esp. Rosângela Gonçalves

APENDICE II**QUESTIONÁRIO**

Identificação

Nome:

Idade:

Sexo: () Masculino () Feminino

Estado Civil:

Raça:

Religião:

Nacionalidade:

Naturalidade:

Atuação Profissional:

Curso:

Ano:

Período:

1- Quanto tempo faz que você recebeu o diagnóstico de Diabetes tipo 1?(anos)

R=

2- Quais os sintomas que você sentia quando foi diagnosticada (o)?

R=

3- O que mudou na sua vida logo após o diagnóstico da doença?

R=

4- Quais foram às orientações que você recebeu quando foi diagnosticada (o)? Qual foi o profissional da saúde que realizou?

R=

5- Tratamento inicial

R=

6- Tratamento atual

R=

7- Possui plano de saúde? ()sim () não Se sim, qual?

R=

8- Onde faz o acompanhamento? Com qual frequência?

R=.

9- Quais são as orientações recebidas atualmente e qual o profissional que realiza?

R=

10- Possui dificuldades em seguir as orientações? Se sim, qual?

R=

11- Já foi hospitalizado? Por quê?

R=

12- Como é sua dieta alimentar?

R=

13- Você faz atividade física? Que tipo e quantas vezes por semana?

R=

14- Você tem dificuldade em aceitar a doença?

R=

15- O que mais afeta na sua vida por ter uma doença crônica?

R=

16- Você se sente diferente das outras pessoas por ter uma doença crônica?

R=

Eu _____, RG _____ Decla
ro que entendi os riscos e benefícios de minha participação na pesquisa e concordo em
participar. Estou ciente que não receberei qualquer benefício pela minha participação, nem
qualquer exclusão caso ainda desista de participar. Fui informado (a) como localizar
facilmente a pesquisadora.

Fui informado (a) também que este projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa
com Seres Humanos.

End.: _____

Telefone: _____

Assis, _____ de _____ de 2013.

Assinatura do participante ou responsável legal

Orientadora: Prof.^a Ms^a Adriana Avanzi Marques Pinto
RG:33126-950-8
COREN-SP: 0112342
End: Getúlio Vargas, 1200-Vila Progresso
Fone:(18) 33021055
E-mail: dri1981@yahoo.com.br

Pesquisadora: Bruna Franciele Maschio dos Reis
RG: 48.201.095-2
RA: 1011250229
End: Rua Quinze de Novembro, 1125 VL Santo Antonio
Fone: (18) 9801-6572
E-mail: brumaschio@hotmail.com