



INSTITUTO
SUPERIOR
DE ANGOLA

REGIÃO ACADÉMICA I
DEPARTAMENTO DE CIÊNCIAS DE SAÚDE
LICENCIATURA EM ENFERMAGEM

TRABALHO DO FIM DO CURSO

**IMPORTÂNCIA DO PERFIL GLICÉMICO EM CRIANÇAS ASSISTIDAS
NO HOSPITAL MINICIPAL DE CACUACO NO SEGUNDO TRIMESTRE
DO ANO 2023.**

Autor: Maria de Lourdes João Augusto

Orientador: MSc.Almeida Matias

Luanda, 2024

REGIÃO ACADÉMICA I
DEPARTAMENTO DE CIÊNCIAS DE SAÚDE
LICENCIATURA EM ENFERMAGEM

TRATABALHO DO FIM DO CURSO

**IMPORTÂNCIA DO PERFIL GLICÉMICO EM CRIANÇAS ASSISTIDAS NO
HOSPITAL MUNICIPAL DE CACUACO NO SEGUNDO TRIMESTRE DO
ANO 2023.**

Trabalho do fim do curso apresentado ao Instituto Superior de Angola, como requisito para a elaboração do Trabalho de Fim de Curso em Enfermagem, sob orientação do Msc, Almeida Matias.

Autora: Maria de Lourdes João Augusto

Orientador: MSc. Almeida Matias.

Luanda, 2024

DEPARTAMENTO DE CIÊNCIAS DE SAÚDE

LICENCIATURA EM ENFERMAGEM

FOLHA DE APROVAÇÃO

**IMPORTÂNCIA DO PERFIL GLICÉMICO EM CRIANÇAS ASSISTIDAS
NO HOSPITAL MUNICIPAL DE CACUACO NO SEGUNDO TRIMESTRE
DO ANO 2023**

O JÚRI

Presidente_____

1º Vogal_____

2º Vogal_____

Secretario_____

Classificação_____

Data_____

DEDICATÓRIA

Aos meus pais José Augusto e Joana Francisco João, Também as minhas irmãs (Juliana Francisca, Silvina Maria, Sebastiana Augusto, Marinela Dias, Diana Dias, e o meu filho Aquiles Childs) que desde muito cedo souberam desempenhar os seus papéis como pais e irmãs, e pelo fraternal trabalho e calor, a toda família em geral pela paciência e incentivo para que este trabalho do fim do curso se tornasse realidade.

AGRADECIMENTOS

A Deus todo-poderoso, pelo dom da vida, ao meu orientador Almeida Matias meus profundos pela paciência de guiar este trabalho, com zelo e dedicação soube orientar-me, mesmo em condições adversas. Ao Instituto superior de Angola (ISA), muito obrigado.

A todos os professores desde o ensino primário, ensino médio, até ao ensino superior em particular aqueles professores que deixaram marcas indeléveis assim como o professor Yamile Hernanes, Maurício Mbassi, Samuel Wassuca ,Renaldo Nsumbo,muito obrigado.

Ao meu noivo Feliciano Anjo e aos meus colegas e amigos Helena Ngunga, Cordeira Zinha, Laura Songo, Daniel Pedro, Eduardo Mamona e Rufino Mwenho muito obrigado.

São extensivos a todos aqueles que não destacamos e anónimos que de uma maneira ou de outra puseram um tijolo neste edifício com muito sacrifício o meu muito obrigado.

EPÍGRAFE

“ Você é aquilo que você come. Que remedio
seja seu alimento, e que seu alimento seja
seu remedio ”

Hipócrates (2019)

RESUMO

O presente estudo tem como objectivo, explicar a importância do perfil glicêmico em crianças assistidas no hospital Municipal de Cacucó no segundo trimestre de 2023. O método estatístico entra como a referência, visto que apresenta uma abordagem com delimitação e amostras empregando estatística. Participaram do estudo 10 crianças e 10 familiares directa, médicos e enfermeiros. A entrevista foi avaliada por meio de Questionário Quantitativo de Frequência Alimentar validado e adaptado à população estudada. Em termos de resultados deste estudo mostram que o tratamento do portador de diabetes necessita que a equipa profissional participe de programas de atualização médica continuada de maneira que contribua para o aumento de informações e atitudes favoráveis na sua relação com o paciente. As dietas com maior teor de proteína, menor teor de gordura saturada e com índice glicêmico mais baixo afetaram positivamente o controle glicêmico das crianças estudadas. O hábito de consumir sacarose influencia negativamente o controle glicêmico das crianças.

PALAVRAS-CHAVE: Importância, Perfil Glicêmico, Crianças.

ABSTRAT

The present work aims to explain the importance of the glycemic profile in children assisted at the Municipal Hospital of Cacuaco in the second quarter of the year 2023. The statistical method enters as a reference, since it presents an approach with delimitation and samples using statistics. 10 children and 10 immediate families, doctors and nurses participated in the study. The interview was evaluated by means of a quantitative questionnaire of food frequency, validated and adapted to the population studied. In terms of the results of this study, they show that the treatment of patients with diabetes requires the professional team to participate in a program of continuous to the increase of information and favorable attitudes in their relationship with the patient. Diets with higher protein content lower saturated fat content and low glycemic index positively affected the glycemic control of the children studied. The habit of consuming sucrose has a negative influence on glycemic control in children.

Keywords: importance, glycemic profile, children.

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	XIII
Hipóteses	XIV
Objectivo geral	XIV
Explicar a importância do perfil glicêmico em crianças assistidas no hospital Municipal de Cacuaco no segundo trimestre de 2023.....	XIV
Objectivos específicos.....	XIV
Delimitação	XV
Justificativa.....	XV
Estrutura do trabalho.....	XV
CAPÍTULO I: FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA	XVI
1.1- Definições de termos e conceitos.....	XVII
Importância	XVII
Perfil glicêmico.....	XVII
Crianças.....	XIX
1.2 - História e desenvolvimento da glicemia (diabete).	XIX
1.3- Causas e sintomas da hiperglicemia (diabete)	XX
1.4- Factores adquiridos e hereditários da hiperglicemia (diabete).....	XXIII
1.5 – Factores adquiridos.....	XXIII
1.6 - Factores hereditários	XXIV
1.7- Influência da hiperglicemia (diabete) em crianças com má alimentação.	XXVI
Qualidade de vida.	XXVII
1.8- Assistências de enfermagem em crianças com hiperglicemia (diabete).....	XXX
1.9-Prevenção da hiperglicemia	XXXIV
10. Educação ao plano alimentar.....	XXXV
CAPÍTULO II- METODOLOGIA DE PESQUISA	XXXVII
3.1. Tipo de pesquisa	XXXVII
3.2. Modelo de abordagem	XXXVIII
3.3. Nível de estruturação de método	XXXVIII
3.4. Técnica (s) de recolha de dados;.....	XXXIX
3.5. Instrumento e procedimento de recolha de dados:.....	XXXIX
3.6.População e amostra:.....	XXXIX
3.7. Dificuldades encontradas.....	XL
CAPÍTULO III- DISCUSSÃO E RESULTADOS	XL
3.2- Discussões dos resultados	L

CONCLUSÃO	LI
SUGESTÕES	LII
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	LIII
APÊNDICES	LIX
ANEXOS	LXIII

INTRODUÇÃO

Cada sociedade possui uma cultura própria e forma juízo de valores sobre os modos alimentares, sistemas de valores, as regras, as crenças religiosas as políticas económicas de cada grupo social. Com tudo, a relatividade cultural defende que cada cultura poderá ser olhada dentro dos seus próprios padrões, mesmo quando estes padrões pareçam invulgares.

Salientar, que a enfermagem é a ciência e a arte de assistir o ser humano no atendimento de suas necessidades básicas, de torna-lo independente desta assistência através da educação; de recuperar, manter e promover a sua saúde, contando para isso com a colaboração de outros grupos profissionais. Está distribuído por categorias, na qual uma delas engloba todos os fenômenos da saúde que acompanham as actividades do homem e não só.

Todo e qualquer assunto que necessita de melhores precisões e clareza do que já existe no momento, merecem ser aprofundados. Por isso, é que escolhemos o tema **“Importância do perfil glicêmico em crianças assistidas no hospital municipal de Cacuaco no segundo trimestre de 2023”**. Como fundamento desta abordagem, espera-se que o trabalho venha a contribuir dos muitos que já existente sobre o assunto. E possam produzir um esclarecimento dos conceitos propostos tais como: **Importância, perfil glicêmico, crianças**.

É justamente nesta categoria, onde encontramos a atenção **medicinal** Como um reflexo importante, para tratar a glicémia na vida da criança em geral.

Identificação do Problema

Segundo Oliveira (2021, p. 43), “Problema é uma questão que envolve intrinsecamente uma dificuldade teórica ou prática, para a qual se deve encontrar uma solução”.

Assim sendo, Surge-nos a seguinte pergunta de partida: Qual o perfil glicêmico das crianças no hospital Municipal de Cacuaco no segundo trimestre de 2023?

Hipóteses

Uma vez anunciado o problema de estudo cabe-nos destacar as suas hipóteses:

H1 - O perfil glicêmico das crianças, influencia para o seu desenvolvimento psico-emocional e social.

H2 - Salientar que a má alimentação nas crianças tem como resultado a hiperglicemia (diabete).

H3 - Em muitos casos, crianças com um nível de hiperglicemia (diabete), não têm aceitação social com relação às crianças com uma saúde estável.

Objectivos do estudo

Por meio dos objectivos, indicam-se a pretensão com o desenvolvimento da pesquisa e quais os resultados que se buscam alcançar. A especificação do objectivo de uma pesquisa responde as questões para que? E para quem? (Marconi 1992).

O desenvolvimento do perfil glicêmico na saúde das crianças constitui o nosso objecto de estudo. Visto que o não cuidado adequado da alimentação, nas diferentes fases da sua idade altera com o seu desenvolvimento psico-emocional para a sua interação na sociedade.

Objectivo geral

Explicar a importância do perfil glicêmico em crianças assistidas no hospital Municipal de Cacuo no segundo trimestre de 2023.

Portanto, parte-se de reflexões mais abrangentes a respeito do acto de conceituar no fazer científico, passando pela saúde da criança dentro dos órgãos familiares e institucional.

Objectivos específicos

- Caracterizar as influências da hiperglicemia em crianças com má alimentação.
- Compreender até que ponto a hiperglicemia influencia na vida das crianças.
- Identificar as causas da hiperglicemia.

Delimitação

O hospital Municipal de Cacuaco, recaí na intenção, uma vez que é um hospital em que encontram-se crianças dos vários estratos sociais com doenças hiperglicémicas. Logo permitirá e dará um estudo pormenorizado do assunto em estudo.

- Delimitação espacial: hospital Municipal de Cacuaco.
- Delimitação temporal: segundo trimestre do ano de 2023.
- Limitações: A escassez de bibliografia, o acesso às fontes de informações, etc.

Justificativa

Este estudo justifica-se no sentido de ser de extrema importância, no conhecimento da saúde das crianças do ponto de vista psico-emocional, como sendo a fonte primordial da valorização da saúde das crianças, partindo das suas fases em que elas se encontram.

Estrutura do trabalho

O trabalho está estruturado em três capítulos: No primeiro capítulo, fundamentação teórica, onde abordou-se sobre o perfil glicémico em crianças hiperglicémicas (diabete), desenvolvimento da glicemia nas crianças, causas e sintomas da hiperglicemia nas crianças, factores adquiridos e hereditários da hiperglicemia, má alimentação em crianças com hiperglicemia (diabetes), assistência de enfermagem nas crianças com hiperglicemia,

Já no segundo capítulo a questão recaiu sobre apresentação a metodologia de estudo utilizada para a feitura do trabalho, em fala-se dos métodos de pesquisa, de abordagem, tipo de investigação, a população bem como a amostra de estudo.

No terceiro e último capítulo a abordagem fica ligada directamente aos resultados e discussões, trazendo para este os elementos resultantes da implementação dos inquéritos aos intervenientes da pesquisa, trás ainda a discussão com base aos autores no refere aos resultados alcançados.

CAPÍTULO I: FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

Dizer que a glicemia ou simplesmente chamado como diabete, é tida como uma doença crônica, associada a diversos distúrbios metabólicos que podem comprometer a qualidade de vida tanto das crianças, como dos familiares devido às inúmeras responsabilidades por todos os envolvidos.

A diabetes melitus é, na realidade, uma colecção de síndromes. Podem ser juntos em dois grandes grupos: aqueles em que a diabetes surgiu na infância ou juventude, e a que se desenvolveu em idades avançadas. Esta classificação não é, no entanto, perfeita e muitas pessoas não encaixam perfeitamente numa destas categorias (Shillitoe, 1994).

1.1- Definições de termos e conceitos

Neste âmbito, procuramos de uma forma minuciosa, fazer uma breve resenha sobre os conceitos do que vai nortear o trabalho. Procurando assim conciliar com a ideia de alguns autores que já tenha abordado o assunto.

Importância

É de realçar que o termo Importância é uma palavra de origem latina *importans*, que vem de *importare* que significa “ser signficante” em alguns sinónimos de importância. Podem ser: mérito, merecimento, interesse, dimensão magnitude, poder, autoridade, influência e entre outros. (<https://www.significados.com.br>) visitado em 29 de julho de 2023 pelas 10h30.

Nesta lógica o que se pretende é encontrar o interesse ou mesmo a dimensão glicémica nas crianças. Visto que é de carácter importante saber em que perfil se encontra uma criança diabética.

Num conto geral, se tem relatado que o perfil glicémico é um processo que nos leva a conhecer os níveis tencionais da glicemia. Visto que é através deste perfil que vamos perceber se estamos diante de uma criança hiperglicémica ou hipoglicémica.

Perfil glicémico

São pesquisas sobre os cuidados com o tratamento do diabetes *mellitus* (é uma síndrome metabólica de origem múltipla de corrente da falta de insulina ou a

incapacidade de falta de insulina exercer adequadamente os seus efeitos caracterizando altas taxas de açúcar no sangue (hiperglicemia) de forma permanente) tipo 1 (dm1) em crianças demonstraram que factores relacionados com o funcionamento psicológico parental estão associados com o controle glicêmico do filho com dm1 (Revista Saúde e Desenvolvimento Humano, 2021, Fevereiro, 9 (1): 1-14)

Ainda sobre o mesmo assunto da hiperglicémica é associada à nutrição parentérica que corresponde à elevação anormal da glicémia durante o suporte nutricional. Um estudo feito pela sociedade brasileira de pediatria, afirma que é uma doença inflamatória crônica, causada pela destruição autoimune seletiva das células beta pancreáticas produtoras de insulina, de herança poligênica com a contribuição de um ou mais factores ambientais, e que acomete indivíduos geneticamente predispostos. (Departamento Científico de Endocrinologia (gestão 2022-2024) • Sociedade Brasileira de Pediatria - Nº 37, 20 de Janeiro de 2023).

De acordo com a Organização Mundial de Saúde (OMS), é uma doença crônica que ataca mais a população infanto-juvenil em quase todo mundo. O Diabetes Mellitus (DM) é definido como uma doença caracterizada pela elevação da glicose no sangue (Hiperglicemia). É um processo patológico que acontece devido aos efeitos na secreção ou na acção do hormônio insulina que é produzida pelas células beta das ilhotas no pâncreas (Fernandes *et al.*, 2010).

A insulina é um hormônio que atua fundamentalmente na regulação do metabolismo dos carboidratos e sua ausência resulta na diminuição da entrada de glicose nos tecidos e consequentemente aumento do nível sérico conhecido como hiperglicemia que, por sua vez, manifesta-se por sintomas como poliúria, polidipsia, perda de peso e polifagia, além de complicações agudas e/ou crônicas que podem levar a risco de vida. (Fernandes *et al.*, 2010).

O DM é classificado em tipo 1, tipo 2, diabetes gestacional e outras formas de diabetes mellitus. O diabetes mellitus tipo 1 (DM1) é uma doença que resulta da destruição crônica das células β pancreáticas por mecanismos autoimunes mediados por células, como linfócitos T e macrófagos. Nos pacientes com DM1, o processo de destruição se inicia meses a anos antes do diagnóstico clínico da doença. Com isso, dependendo da idade ao diagnóstico, cerca de 70%-90% da massa de células β já foi

destruída quando dos primeiros sintomas de hiperglicemia (Voltarelli et al., 2009; Zimmet et al., 1999).

Crianças

Segundo a OMS, considera que é a etapa inicial da vida compreendida entre o nascimento até aos 12 anos de idade. Acrescenta ainda que uma criança é um ser humano que ainda não chegou na fase da puberdade. E, portanto uma pessoa que esta na infância e que ainda tem poucos anos de vida. Também se chama criança de forma generalizada (sem mencionar o sexo) a um menino ou uma menina, ou ainda a filha ou filho de alguém.

No entanto, de acordo com a convenção sobre os direitos das crianças, adotada pela assembleia geral da ONU em 20 de novembro de 1989, considera criança, todos os indivíduos com menos de 18 anos. (equipe editorial de conceito. De. 16 de julho de 2012). Atualizado em 9 de julho de 2019. Criança-o que é, conceito e definição. Conceito. de.<https://conceito.de/crianca>.

1.2 - História e desenvolvimento da glicemia (diabete).

Historicamente falando, podemos considerar a diabete como uma doença crónica e clássica que impõe varias mudanças no estilo de vida das pessoas.

Esta doença não é recente visto que os sintomas surgem já em escritos médicos desde a civilização grega. Assim sendo, ela consiste numa alteração do sistema responsável pela regulação do armazenamento e utilização da energia química que provém da sua alimentação como a glucose sendo a principal fonte de energia utilizada pelo corpo humano. Shillitoe, (1994) afirma que O seu nível no sangue é determinado pelo equilíbrio entre a quantidade de glucose que entra na corrente sanguínea e a que a deixa.

“A insulina é a principal hormona responsável por essa regulação. Se o organismo é incapaz de produzir ou utilizar a insulina surge os sintomas da diabetes”.

Hiperglicemia é o nome dado a este estado de aumento de glucose no sangue. A glucose em excesso provoca alterações na pressão osmótica a que as células estão sujeitas: a água sai das células e é eliminada resultando em desidratação e sede. A manifestação clássica da diabetes não tratada é muita sede e micção frequente. Para além destas manifestações ocorrem outras alterações metabólicas como, por exemplo, o aumento da quantidade de corpos cetónicos¹ com sobrecarga para os rins e outros órgãos sensíveis e fundamentais a vida.

Utilizam-se geralmente duas grandes formas classificatórias. Uma denomina a diabetes que surge na infância de diabetes insulina dependente ou tipo 1, a outra diabetes não insulina dependente ou tipo 2, mais frequente em adulto.

Na mesma senda ele ainda afirma que, quando baixa o nível de insulina sobe o de glucose, dado a ausência de insulina impedir o organismo de utilizar a glucose. Ou seja, não sendo utilizada, a concentração de glucose na corrente sanguínea aumenta. Hiperglicemia é o nome dado a este estado de aumento de glucose no sangue.

A diabetes melitus é, na realidade, uma colecção de síndromes. Podem ser juntos em dois grandes grupos: aqueles em que a diabetes surgiu na infância ou juventude, e a que se desenvolveu em idades avançadas. Esta classificação não é, no entanto, perfeita e muitas pessoas não encaixam perfeitamente numa destas categorias (Shillitoe, 1994).

Esta doença afecta os dois sexos na mesma proporção e o seu aparecimento pode ocorrer desde o primeiro ano de vida. Segundo Shillitoe (1994), a idade moda em que a doença surge na população inglesa é aos 14 anos.

1.3- Causas e sintomas da hiperglicemia (diabete)

¹ - Produtos da transformação de lípidios em glicose

São inumeros os elementos apontados como causas e sintomas da hiperglicemia em uma criança.

Assim sendo, podemos apontar algumas causas, tais como: má alimentação, excesso de glicose no organismo das crianças.

A glucose é tida como a principal fonte de energia utilizada pelo corpo humano e o seu nível no sangue é determinado pelo equilíbrio entre a quantidade de glucose que entra na corrente sanguínea.

Já insulina é a principal hormona responsável por essa regulação. Se o organismo for incapaz de produzir ou utilizar a insulina surgem os sintomas da diabetes do tipo 1, Shillitoe, afirma que quando baixa o nível de insulina sobe o de glucose, dado a ausência de insulina impedir o organismo de utilizar a glucose. Ou seja, não sendo utilizada, a concentração de glucose na corrente sanguínea aumenta. (Shillitoe, 1994).

Os sintomas que uma criança diabetica apresenta, são várias. Apresentaremos as mais frequentes e faceis de serem dectados mesmo sem um dignostico prévio. Assim sendo podemos apresentar algumas como: cede excessiva, poliuria e fome constante, Segundo a Sociedade Brasileira de Diabetes – SBD (2015), acrescenta dizendo que a hiperglicemia resulta de uma resposta hormonal e inflamatória ao estresse que aumenta a produção hepática de glucose e a resistência à insulina, resultando no comprometimento da função das células beta, levando a distúrbios hidroeletrolíticos, disfunção neutrofílica e endotelial, aumento do estresse oxidativo e inflamação sistêmica.

Apesar dos sintomas serem notáveis, e passível de um diagnostico prévio, mesmo assim, há um risco enorme da hiperglicémia crónica que pode ser clinicamente silenciosa, causando sintomas típicos ou pode levar a emergências com risco de vida.

Geralmente, muitas pessoas com diabetes não têm sintomas típicos visto que pode levar a emergências com risco de vida. Se a hiperglicémia é suficientemente grave, na diabetes Tipo 1 que geralmente ocorre nas crianças, pode ocorrer a glicosúria, que é a perda de glucose na urina, levando aos sintomas clássicos do

aumento de frequência da poliúria (micção de urina) e da polidipsia (sede excessiva) tudo isso na diabetes Tipo 1, assim sendo, a falha da gordura do corpo e músculo em produzir glucose, podem causar perda de peso e aumento de apetite no doente.

Segundo Rego (2008, p 53-58), o metabolismo da glicose e da insulina são as manifestações mais precoces decorrentes do aumento de gordura corporal total e são manifestadas já na infância. A glicemia basal mostrou valores mais elevados para os meninos, mas as meninas apresentaram valores superiores de insulínica ao longo da prova de PTGO². Embora a idade não inerência os valores da glicose há inerência da faixa etária nos valores da insulínica ao longo da prova mostrando valores inferiores para as crianças menores e mais elevados para adolescentes.

O estudo de De Almeida citado por Rang (2008, p55), detectou variação significativa da insulinemia em jejum em crianças eutróficas³, na faixa etária entre 7 e 17, 9 anos, com valores ascendentes até aproximadamente entre 13 a 15 anos com posterior queda para ambos os sexos (hormônios reduzem a captação e utilização da glicose, aumentando a gliconeogênese, podendo levar a uma hiperglicemia. Há um aumento do armazenamento de glicogênio devido à alta secreção de insulina, em resposta ao aumento da glicemia (Rang et al., 2012; Pinto *et al.*, 2018).

Pessoas com diabetes mellitus ou intolerância à glicose, por exemplo, introduzem níveis mais elevados de açúcar no sangue quando tomam glicocorticoides, o que dificulta o controle glicêmico. Além disso, pacientes com diabetes assintomáticos ou intolerância à glicose podem desenvolver hiperglicemia de início recente ou, menos comumente, hiperglicemia hiperosmótica ou cetoacidose diabética (Salviano et al., 2020).

Os corticosteróides demonstraram aumentar os níveis de insulina no organismo através de vários mecanismos de ação. Um desses mecanismos é o aumento da gliconeogênese hepática, que é o processo de produção de glicose no fígado (Ferreira, 2023).

² Prova de tolerância a glicose oral.

- Teste de tolerância a glicose.

³- criança que apresenta boa nutrição

- que possui uma alimentação de qualidade

Esse aumento na produção de glicose leva a um aumento na secreção de insulina à medida que o corpo tenta regular os níveis aumentados de glicose (Freitas, 2007). Por exemplo, Alessi et al., (2020), diz que além disso, os corticosteroides podem causar antagonismo periférico à ação da insulina, o que resulta em redução da captação de glicose pelos tecidos periféricos.

1.4- Factores adquiridos e hereditários da hiperglicemia (diabete)

A família constitui uma espécie de terapia social para a criança e a sociedade, assegurando a todos que os factores estressores que provocaram a doença estão sendo erradicados. A família tem interesse em resolver ou minimizar as condições que potencializam a doença e, assim, fortalecer os factores que permitam restaurar a saúde, tanto da criança como a dos próprios familiares. Dessa maneira, poderá direccionar o plano de cuidados e de educação em saúde, de forma a compartilhar um novo método, que possibilite organizar e amenizar o sofrimento, e direccionar o cuidado à saúde de maneira satisfatória, especialmente no que se refere ao tratamento.

Em muitos casos, o indivíduo adulto ao relacionar-se com meio social, está sujeita a várias doenças. Se em um indivíduo adulto existem riscos. Agora imagine em uma criança totalmente descuidada?

1.5 – Factores adquiridos

Logo, aqui recai atenção e responsabilidades em doenças adquiridas através do meio social em que as crianças estão sujeitas, em que muitas das vezes é por culpabilidade dos pais e em outros casos por si só.

A paixão pelas glicoses nas crianças é tanta, logo se um adulto não chamar atenção sobre os futuros riscos, o mesmo estará a entrar em um estado de hiperglicémico sem volta.

Em muitas das vezes no nosso seio social, nos deparamos com crianças obesas já com características de um adulto, fruto do aparecimento de algumas doenças crônicas como o diabetes tipo 1 que se não tiver maiores cuidados de enfermagem, pode transcender para o diabetes tipo 2, assim como a hipertensão, as

dislipidemias, sendo que tais crianças já apresentam prevalência alta de complicações metabólicas relacionadas à gravidade da obesidade. Tudo isto fruto do excesso, da glicose que é a maior preferência em crianças e adolescentes obesos.

Sanar (2019) acrescenta que “esses mecanismos contribuem coletivamente para um aumento dos níveis de insulina no corpo quando expostos a corticosteróides”. Logo á (Ordem dos farmacêuticos, 2020), alega que Esse efeito é particularmente significativo em indivíduos já diabéticos, pois pode levar a hiperglicemia descontrolada.

Quando a diabete se instala numa idade muito precoce (até três anos), só os pais estão aptos a lidar com a diabetes da criança. Nestas idades precoces, o importante é prevenir situações graves de hiperglicémia, pois corre-se sempre o risco de que ocorram grandes défices de cognitivos. Na criança de 4-7 anos, aparece a necessidade de educar os outros sobre diabetes: os problemas de separação, que se apresentam frequentemente nestas idades, são passíveis de serem aumentados numa criança com diabetes.

Não obstante, estas crianças têm um pensamento de culpa: podendo culpar-se a si próprias por serem diabéticas e considerar as injeções e restrições alimentares como castigos, pelo que é sempre benéfico o encontro com outras crianças igualmente diabéticas, pois assim podem trocar ideias, desmistificar fantasmas.

Assim, é importante o apoio psicológico destes pais, no sentido de melhor ajudarem a criança a adaptar-se a diabetes, sem lhe criarem problemas acrescidos e permitirem uma aprendizagem das tarefas diárias.

1.6 - Factores hereditários

A hereditariedade é uma maneira relevante de explicar não somente os talentos, a inteligência e os traços de carácter individuais, mas também a emergência enigmática da doença.

Portanto, o conhecimento popular sobre hereditariedade deve ser levado em consideração em relação às informações de distúrbios ou propensões herdadas pelos indivíduos.

Se por um lado a glicemia em crianças é tida como uma doença adquirida, logo não podemos discordar da possibilidade de ela ser uma doença hereditária, visto que tudo está ligado pelo cordão umbilical e como também dos genes ou simplesmente os cromossomos.

Esta doença afecta os dois sexos na mesma proporção e o seu aparecimento pode ocorrer desde o primeiro ano de vida.

Segundo Shillitoe, (1994), a idade média em que a doença surge na população inglesa é os 14 anos. A forma de aparecimento é aguda com história recente de sede, poliúria, cansaço e perda de peso. Estudos com gêmeos mostram um nível de concordância de 35%, sugerindo uma vulnerabilidade genética com possíveis activadores do meio ambiente que incluem vírus, medicamentos e toxinas, assim como aspectos autoimunes, mas cujo mecanismo é, ainda, ignorado.

Em muitas das vezes, as famílias contribuem nas várias causas para o aparecimento da diabetes tipo 1 em suas crianças, incluindo hereditariedade, factor fisiológico, alimentação e factor emocional. Por isso é que a genética provou por (a) mais (b) que as evidências de que existe uma herança biológica compartilhada.

Ramalho afirma que as etiologias de determinadas doenças baseiam-se em um sistema de crenças e valores sobre a estrutura e função do organismo, bem como sobre as formas de como ele pode funcionar.

Mesmo quando estão embasados em definições cientificamente incorretas, esses modelos leigos, muitas vezes, mostram uma notável coerência e consistência que, com frequência, auxiliam a pessoa com a patologia a elaborar um sentido sobre o que aconteceu e por que ocorreu (Assim como o aumento da prevalência de obesidade em adultos se tornou um problema de saúde pública, a obesidade infantil também vem adquirindo importância crescente).

Diante de determinada doença, tanto os profissionais de saúde como os pacientes e seus familiares desenvolvem um repertório de interpretação para as alterações e distúrbios observados, cujos significados devem ser procurados nos

sistemas de interpretação aos quais eles estão associados. Seguindo essa perspectiva, a doença não é uma entidade, mas um modelo explicativo ou explanatório.

Os modelos explicativos (MEs) são compreendidos como modelos culturais, os quais organizam e estruturam as experiências das pessoas com a doença, de modo a fazer sentido tanto para elas como para os que fazem parte de seu convívio familiar, transformando-as, portanto, em uma experiência cultural. O ambiente onde os indivíduos se desenvolvem parece ter influência na progressão fisiopatológica da DM 1. Em estudos com gêmeos monozigóticos observou-se que nem todos desenvolvem de igual forma a doença. Por outro lado, pessoas que migram para diferentes regiões tendem a apresentar incidência da doença semelhante à da população local. “Dizer que a obesidade infantil é o efeito da combinação da predisposição genética e, especialmente, da transmissão de hábitos de vida da própria família”

1.7- Influência da hiperglicemia (diabete) em crianças com má alimentação.

Dizer que os hábitos alimentares estão relacionados à cultura e diferem entres as populações. A importância da implementação de hábitos alimentares saudáveis em crianças diabéticas do tipo1, tem sido apontada como medida relevante para o controle da doença e a prevenção das complicações crônicas.

Por isso é que o objetivo principal do nosso hospital em estudo, o tratamento da diabete tipo1 resumi-se na obtenção de hábitos alimentares e um bom controle metabólico, necessário para o crescimento e desenvolvimento adequado da criança, e para minimizar os riscos das complicações crônicas e melhorar a qualidade de vida dos pacientes.

A adoção de hábitos alimentares adequados é fundamental para o controle da diabete tipo1 e, conseqüentemente, para a prevenção futura das complicações crônicas da doença. Em maior parte das vezes, os carboidratos têm sido apontados como o componente da dieta que é, e que tem maior influência na glicemia.

Os hábitos alimentares provocam inúmeras alterações no cotidiano da criança e de seus familiares, principalmente pelo facto de lidarem com uma nova situação desafiadora. Com o passar do tempo, eles passam a conhecer melhor a doença e,

dependendo do apoio social e da assistência recebida, podem levar uma vida mais equilibrada, garantindo a continuidade do crescimento e desenvolvimento adequado para a criança com diabetes influenciando assim para uma boa.

Qualidade de vida.

WHO, (1948). Na sua definição sobre A QDV⁴, recai no mesmo pensamento de Hornquist et al. (1993) definem-na como ((bem-estar individual e satisfação com a vida» (p. 265), enquanto Cramer (1994) apresenta como definição de QDV a mesma que a Organização Mundial de Saúde apresenta como definição de saúde. Inúmeras outras podem, ainda, ser encontradas na literatura, espelhando a juventude e imaturidade do conceito.

Os conceitos de QDV têm sido agrupados em vários modelos e considerados a vários níveis de complexidade (Ribeiro, 1995). A questão QDV vs estado de saúde tem sido motivo de discussão desde que os investigadores começaram a abordar o tema. Ela pode ser vista por vários ângulos: um deles foca a QDV das pessoas em geral, estejam ou não doentes, e abrange todos os domínios da vida das pessoas; outro ângulo possível aborda a QDV das pessoas que estão, por qualquer razão, ligadas ao sistema de saúde. Na avaliação da QDV das pessoas em geral, todos os domínios de vida são abordados, do profissional ao espiritual, do lazer a saúde. Exemplo deste tipo de avaliação é o estudo de Campbell, Converse e Rogers (1976) sobre a Qualidade de Vida da população americana. Nesta investigação a saúde constituía um dos domínios a par de todos os outros.

Os pais podem melhorar bastante alimentação das crianças e substituir alimentos menos saudáveis pela alimentação correcta que o diabético é «obrigado» a fazer. Estes bons princípios vão-se integrando naturalmente na criança, que ao crescer, os vai levando consigo para vida toda.

Por tanto, é necessário criar um sentimento de confiança básico, que assente em alicerces profundos, em um ambiente saudável de confiança, que permita a criança sentir que é amada e aceite; estes aspectos são fundamentais para uma boa socialização e também para o desenvolvimento de sentimentos positiva sobre si

⁴ Qualidade de vida.

mesma, que lhe permita ser autónoma e segura e, no futuro, um adulto equilibrado e bem adaptado ao meio que o rodeia.

As modificações dos hábitos de alimentação e atividade física são consequência de mudanças ambientais e sociais juntamente com desenvolvimento e à falta de políticas de apoio dos sectores como da saúde, agricultura, transporte, planeamento urbano, meio ambiente, processamento, distribuição e comercialização de alimentos e educação, nesta senda os autores Campbel, Converse e Rogers 1976 conclui que os alimentos industrializados são necessários para o abastecimento da população mundial, no entanto uma fração deles apresenta elevadas quantidades de açúcares, gorduras e sal.

O aumento da disponibilidade de alimentos não garante a segurança alimentar e nutricional da população sendo por isso a educação nutricional imprescindível. Dra. Maristela zasso pigatto rigon *International Journal of Nutrology*, v.6, n.2 (2013. p. 53-58).

Também é produto de uma mudança no estilo de vida, associada ao desenvolvimento tecnológico, com modificação nos hábitos alimentares, sobressaindo o maior consumo calórico total de gorduras e a diminuição da atividade física.

Estudos em adultos têm mostrado que o aumento da massa magra, resultado de exercícios de resistência, melhora a resistência insulínica e auxilia na perda de peso em menor espaço de tempo, bem como contribui para sua manutenção posterior.

Uma vez que, nos adultos, os estudos têm mostrado associação entre o aumento da massa magra, por meio da realização de exercícios de resistência, e melhora da resistência insulínica e da tolerância à glicose, o objetivo do presente estudo foi avaliar o comportamento da relação entre glicemia e insulínica em crianças e adolescentes obesos submetidos a 12 semanas de exercício assistido aeróbico isolado ou associado a exercício com resistência. (*Revista Paulista de Pediatria*, vol. 25, núm. 1, 2007, pp. 33-37).

Pois embora não ser um hábito de muitas regiões tal como a nossa realidade angolana, mulheres gestantes pratiquem exercícios físicos, hábitos esses que

influenciam de tal maneira na qualidade de vida da gestante como da criança. Assim sendo, Gestantes sedentárias podem ser orientadas a iniciar um programa de caminhadas regulares ou equivalente e/ou exercícios de flexão dos braços, 20 minutos por dia.

Gestantes que já praticavam exercícios regularmente podem mantê-los, evitando os de alto impacto. 60% das gestantes com diabetes gestacional podem se manter euglicêmicas, sem maiores riscos para a gravidez, somente com dieta e atividade física. Após 7 a 14 dias de dieta e exercícios físicos, é realizado o perfil glicêmico ambulatorial, por meio de glicemia de jejum, uma hora após o café e uma hora após o almoço, sendo considerados anormais valores maiores ou iguais a 95mg/dL (jejum) e 140mg/dL (1 hora após as refeições). Se a gestante apresentar um dos valores alterado com a dieta adequada, está indicada para a insulinoterapia, que é considerada a mais eficaz dos tratamentos. (Brasil, 2010).

É de realçar que o aumento da atividade física nas crianças melhora a insulina, e diminui os riscos para o diabetes tipo 1, quando aliado à obesidade. Dizer ainda que a insulina também pode melhorar, mesmo que não haja perda de peso ou mudança significativa na composição corporal. Os efeitos benéficos do treinamento físico na insulínica podem refletir os resultados combinados da diminuição da massa gorda e, também, do aumento da massa magra. Por tanto, não basta a diminuição da ingestão calórica, que reduz tanto a massa gorda quanto a magra, não é a melhor maneira de melhorar a insulina e, sim, sua conjugação com a realização de exercícios físicos.

É importante que a criança caminhe para a autonomia; mas os pais serão sempre os responsáveis por ela e, mais ou menos discretamente, deverão fazer a sua supervisão e controle, no sentido de prevenir expectativas irreais relativamente às diabetes.

Segundo a OMS nos países pobres e de médios recursos, as crianças são mais propensas a receber nutrição insuficiente seja no período pré-natal, fase de lactante e criança pequena. Ao mesmo tempo existe maior exposição a alimentos de baixo custo, porém hipercalóricos, ricos em gordura, açúcar e sale pobre em micronutrientes. (<https://www.significados.com.br/importancia/assedo> no dia 29 de 7 de 2023-11h).

Esses hábitos alimentares associado com uma baixa atividade física resultam em um crescimento brusco da obesidade infantil ao mesmo tempo em que os problemas da desnutrição continuam sem resolução a implementação de mudanças no estilo de vida é outra estratégia para o controle glicêmico em pacientes em terapia com glicocorticóides. Modificações no estilo de vida como mudanças na dieta e aumento da atividade física, podem ajudar a controlar os níveis de açúcar no sangue.

Em pacientes hospitalizados, a otimização do controle da glicose no sangue pode ser alcançada implementando sete dicas, incluindo monitoramento regular dos níveis de glicose no sangue, evitando jejum ou restrição de carboidratos antes de um teste oral de tolerância à glicose e ajustando as dosagens de medicamentos com base nos níveis de glicose no sangue. (Hartzenteufell, 2023; Intramed, 2023).

Portanto, mudanças no estilo de vida deve ser parte integrante do plano de tratamento para controle glicêmico em pacientes diabéticos.

Viver saudavelmente é o objetivo do ser humano, e para tanto, faz-se necessário que o homem e a Medicina, essa última na sua arte de atenuar, curar ou impedir o desenvolvimento de doenças, estejam atentos à prevenção em todos os aspectos.

1.8- Assistências de enfermagem em crianças com hiperglicemia (diabete)

Em determinados momentos do ciclo da vida, os profissionais de saúde são agentes importantes para que se estabeleça uma relação terapêutica entre as crianças e suas famílias; eles desempenham um papel crucial em ambientes hospitalares e comunitários, são estes mesmos profissionais que planejam a alta hospitalar do paciente com um excesso de responsabilidade.

Entretanto, o enfermeiro tem papel fundamental na identificação das necessidades do paciente, na educação dos familiares e, portanto, coordenação do planejamento da alta. Este profissional deve avaliar as habilidades do paciente para o autocuidado, assim como o interesse e as condições da família em ajudá-lo, visto que o plano de alta tem como finalidade tornar o paciente independente para seu cuidado no domicílio e/ou o adequado preparo da família para sumi-las tais cuidados.

Apesar das dificuldades e percalços encontrados em suas trajetórias da vida cotidiana, as famílias esperam a cura da doença e apresentam perspectivas positivas quando se trata do futuro da criança com hiperglicemia. A procura pela cura vai além do seu objetivo, em devolver a saúde da pessoa doente.

Os profissionais de saúde, especialmente os enfermeiros, têm um papel estratégico na educação e saúde das crianças com hiperglicemia e de suas famílias. Por essa razão, devem abordar não só os aspectos físicos (monitoramento da glicemia, administração de insulina, alimentação e exercício físico), mas também a interação com a criança, participando e compreendendo as experiências de dor, ampliando a compreensão da própria doença e contribuindo para a melhoria da qualidade de vida da criança, particularmente em relação aos aspectos emocionais e psicossociais.

Quando o profissional de saúde tem acesso ao histórico do paciente ou de sua família, ele colhe subsídios que permitem entender os significados sociais e individuais relacionados ao sofrimento induzido pela doença, bem como as expectativas e perspectivas do paciente no que tange ao tratamento.

Na fase aguda, família e profissionais de saúde devem se empenhar em desenvolver estratégias que se mostrem efetivas para controlar distúrbios glicêmicos. Caso a glicemia de jejum esteja entre 92 e 125 mg/dL, segundo o estudo Hapo (..) citado por Francisco *et al.*, 2011-2012, o paciente será considerado diabético e iniciará o tratamento. Se o resultado for inferior a 92 mg/dL, a paciente é considerado não-portador de diabetes e deverá realizar o (Ttog).

Quando a condição de saúde das crianças com DM1 estiver estável, devem ser encorajadas, sempre que possível, a realizarem as atividades de autocuidado de forma independente. Cabe aqui ressaltar que o autocuidado deve ser estimulado, sempre com base na avaliação cuidadosa dos profissionais acerca das habilidades de desenvolvimento mentais da criança para a realização de qualquer tarefa, sob supervisão de um adulto. Todas as famílias certamente experimentam dias difíceis ao cuidarem de seus filhos com hiperglicemia e podem ter de se adaptar a um estilo de vida limitado.

A assistência de enfermagem é uma variação do raciocínio científico que ajuda o enfermeiro a conceituar, organizar e sistematizar a prática de enfermagem que se consolida na prática clínica, e orienta o trabalho do profissional da área para coletar dados, identificar as necessidades de cuidados, propor intervenções e avaliar os resultados dos cuidados que realiza na criança portadora de diabetes do tipo 1 (Oliveira, 2010).

A operacionalização do processo de enfermagem segundo a Sistematização de Enfermagem acontece pela aplicação das fases de anamnese e exame físico da criança, diagnóstico de enfermagem (De), prescrição de enfermagem e evolução de enfermagem (Aguiar; Fonte, 2009). A anamnese e o exame físico constitui-se numa importante etapa dentro do processo da criança portadora de diabetes mellitus tipo 1, através do qual o enfermeiro enriquece as informações obtidas durante a entrevista e fundamenta a assistência de enfermagem. O exame físico tem ocupado o lugar primordial, por permitir que os enfermeiros conheçam as necessidades das crianças, no que diz respeito aos seus aspectos físicos e fisiológicos, permitindo a identificação dos diagnósticos de enfermagem, além de servir como recurso para avaliação efetiva nas intervenções de enfermagem (Oliveira, 2010) .

Para Ataíde e Damasceno (2010) eles propõem que no exame físico a criança seja avaliada para hipoglicemia e hiperglicemia com a monitoração freqüente da glicemia, o exame cuidadoso da pele, principalmente nos pontos de pressão e nos membros inferiores, é imprescindível. A pele deve ser examinada para que não haja ressecamento, rachaduras, ruptura cutânea e rubor. É importante ressaltar e verificar se a criança sente os sintomas de neuropatia, como formigamento e dor ou dormência nos pés, e ainda examinar os reflexos tendinosos. 14 Quanto ao exame físico para com a criança, pode ser uma situação potencialmente ameaçadora, por ser desconhecido, invasiva do ponto de vista físico e pessoal, e até dolorosa.

Faz-se necessário que além das habilidades técnicas, o enfermeiro desenvolva habilidades de comunicação com a criança e com o acompanhante, geralmente a mãe, a fim de facilitar o processo. A importância do exame físico e da anamnese da criança é a indicação precoce de sinais e sintomas para a criança facilitam no planejamento da assistência, permitindo ao enfermeiro selecionar as

ações de enfermagem apropriadas às reais necessidades da criança que requer uma avaliação individualizada, independente e qualificada (Damião; Pinto, 2012).

O estabelecimento de diagnósticos conduz a uma prestação de contas sobre o cuidado realizado pela enfermagem, criando a oportunidade de expor estes cuidados aos demais profissionais da área da saúde e à população. Além disso, a implementação de uma classificação diagnóstica na prática clínica permite aos enfermeiros nomear com maior clareza os focos do cuidado pelos quais são responsáveis (Vieira; Lima, 2012).

Os autores Sparapani e Nascimento (2010), descrevem em sua análise que no que diz respeito ao método de trabalho do profissional de enfermagem, a Sistematização da Assistência de Enfermagem estimula os enfermeiros a, ininterruptamente, analisarem o que estão fazendo e observarem como poderiam fazê-lo melhor, desta maneira, possibilita o uso protegido do raciocínio clínico, ressaltando de que maneira esses diagnósticos proporcionam diretamente um instrumento de qualificação da assistência.

Estudos apontam que entre os profissionais que possuem competência para assistência, por ser denominado o responsável pelo acompanhamento e seguimento domiciliar das famílias com crianças e adolescentes que padecem de diabetes, e 19 também pelo treinamento e educação correspondentes aos aparelhos e recursos empregados no domicílio.

Santos e Enumo (2010) afirmam que, dentre as maiores dificuldades relatadas pelas crianças e adolescentes diabéticos, destacam-se: a necessidade de reeducar a alimentação, para evitar possíveis complicações da doença; a dificuldade de se adaptar a uma rotina de compromissos sociais (trabalho, escola, festas) face às frequentes idas a médicos e a laboratórios químicos para exames; perda de liberdade de escolha quanto à alimentação e as dificuldades de se manter em dieta, estando na companhia de amigos não diabéticos.

A doença acarreta mudanças significativas na relação que o paciente diabético estabelece com seu próprio corpo e com o mundo que o cerca, e isso se traduz principalmente no aspecto alimentar. Na terapêutica do diabetes é fundamental cumprir a dieta; porém, o ato de comer é complexo e não remete apenas à ingestão

de nutrientes, mas também a uma gama de emoções e sentimentos, além de valores culturais, o que torna árduo o cumprimento das recomendações (Santos et al., 2010).

Já Rosalind (2009) destaca em seu estudo que as crianças, normalmente, precisam de um responsável por não ser capazes de se auto cuidar, é fundamental a implantação de programas de educação em diabetes para crianças contemplando os pais, pois eles oferecerão a orientação e suporte para o auto cuidado diário do filho que é diabético, até mesmo quanto a administração de insulina, dieta, dinâmica familiar e testes de glicose no sangue. Observa-se que nos estudos de Zanetti e Mendes (2010) trazem a necessidade de equipes multiprofissionais, proverem apoio e suporte as crianças portadoras de diabetes tipo 1 e seus familiares, pois o trabalho planejado e integrado junto às famílias, quando direcionado para cada dificuldade apresentada e observada sua interdependência poderá ajudar ativamente com o controle no domicílio e levar ao sucesso o cuidado à criança e ao adolescente diabético tipo I.

1.9-Prevenção da hiperglicemia

Em muitas das vezes o plano ideal de tratamento em crianças com hiperglicemia no hospital municipal Cacuaco, integra a terapia insulínica com a dieta e atividade física. O tratamento tem sido individualizado e as metas devem ser estabelecidas pelos profissionais de saúde em conjunto com o paciente e/ou responsáveis.

E que também tem seguido a norma de Dualibi; Valente, (2009). Explica que o diagnóstico de DM é estabelecido por meio da definição do quadro clínico do paciente associado a dosagens laboratoriais de glicose plasmática, que indicam a patologia com valores superiores a 126 mg/dL, após jejum de oito horas, em duas medidas: valores superiores a 200 mg/dL após teste de tolerância à glicose, em que se administram 75g ou 1,75g/Kg do peso em crianças, e valores superiores a 200 mg/dL em dosagem aleatória, com apresentação de sintomas sugestivos.

Já, para a dosagem de insulina, foi necessário centrifugar a amostra de sangue, separando o soro, que foi congelado para dosagem posterior dos níveis de insulina. A resistência insulínica é calculada a partir dos resultados obtidos na dosagem da glicemia e dos níveis de insulina, realizando-se o quociente entre esses valores.

Apesar de termos dois pareceres quanto a os tipos de dosagem que são classificados pelos profissionais e populares.

Os profissionais de saúde têm uma fundamentação científica, enquanto que os populares se fundamentam na cultura compartilhada e vivida por todos os integrantes de determinado grupo.

As crianças elaboram sua própria compreensão acerca da patologia, da etiopatogenia e de como a doença deve ser tratada. Assim como os adultos, elas procuram explicações sobre o porquê e como isso lhes aconteceu e por que naquele momento específico, logo, a família se depara com as situações irreversíveis inerentes à doença e monta vigilância permanente para que possa perceber os sinais de complicações e fazer a monitorização de glicemias, injeções de insulinas e cuidados dietéticos. (Suzuki Vf etl 2011, pp45- 527- 32)

Informações após aconselhamento medicamentoso, aconselhamento e acompanhamento da terapia medicamentosa e educação hiperglicêmica para estilo de vida e intervenções medicamentosas são apropriadas, não apenas para controlar o açúcar no sangue, mas também para melhorar a qualidade de vida do paciente, além de reduzir os factores de risco para complicações crônicas do diabetes (Zubioli, 2013).

Todos esses sentimentos, reações e cuidados aos poucos vão se tornando parte da rotina das pessoas envolvidas no cuidado à criança, assim como são incorporadas no cotidiano a dieta, as aplicações de insulina e o teste para exame do nível glicêmico. Porém, a família e os cuidadores, de modo geral, nunca estarão preparados para lidar e conviver com todos os sentimentos e com outras repercussões emocionais que a doença mobiliza na pessoa com diabetes.

Os achados de Nobre (2013 p53) “embasam as recomendações de práticas de educação em saúde que objetivem implementar hábitos alimentares saudáveis e a quantidade de atividade física. Ainda, o reconhecimento precoce”.

Despeito de todos esses desafios, os membros da família devem apoiar as necessidades das crianças, ajudando-as a manejar a doença no cotidiano.

10. Educação ao plano alimentar

A educação alimentar é um dos pontos fundamentais no tratamento do DM. Não é possível um bom controle metabólico sem uma alimentação adequada. Nos últimos anos houve consideráveis modificações nas recomendações nutricionais para indivíduos com DM. Planos alimentares baseados na avaliação nutricional do indivíduo e no estabelecimento de objetivos terapêuticos específicos, levando em consideração aspectos nutricionais, médicos e psicossociais (Muls, 1998) substituíram as dietas com distribuição calórica padronizada dos macronutrientes (Franz, 1994).

O objetivo geral da orientação nutricional é auxiliar o indivíduo a fazer mudanças em seus hábitos alimentares, favorecendo o melhor controle metabólico. Os objetivos específicos da terapia nutricional são: contribuir para a normalização da glicemia, diminuir os fatores de risco cardiovascular, fornecer calorias suficientes para a obtenção e/ou manutenção do peso corporeo saudável, prevenir complicações agudas e crônicas do DM e promover a saúde através da nutrição adequada (Consenso, 2002).

O plano alimentar deverá:

- Visar ao controle metabólico (glicose e lipídios plasmáticos) e pressórico e à prevenção de complicações;
- Ser nutricionalmente adequado. Recomenda-se ao indivíduo com DM a mesma alimentação saudável e equilibrada que todo indivíduo deveria seguir. Dietas restritivas são de difícil adesão;
- Ser individualizado (atender às necessidades de acordo com idade, sexo, estado fisiológico, estado metabólico, atividade física, doenças intercorrentes, hábitos socioculturais, situação econômica, disponibilidade de alimentos etc.);
- Fornecer valor calórico total compatível com a obtenção e/ou manutenção do peso corporal desejável. Para obesos, a dieta deverá ser hipocalórica, com uma redução de 500 kcal a 1.000kcal do gastocalórico diário previsto, com o objetivo de promover perdas ponderais de 0,5kg a 1kg por semana (Scheen, 1999).

CAPÍTULO II- METODOLOGIA DE PESQUISA

3.1. Tipo de pesquisa

Para a elaboração do presente trabalho utilizaremos a pesquisa descritiva.

A pesquisa descritiva inclui um estudo observacional, onde se compara dois grupos similares, sendo assim, o processo descritivo visa a identificação, registo e

análise das características, factores ou variáveis que se relacionam com o fenómeno ou processo. A grande contribuição da pesquisa descritiva é proporcionar novas visões sobre uma realidade já conhecida.(Gil, 2010).

3.2. Modelo de abordagem

Trata-se de um estudo com o modelo de abordagem quantitativa.

Qualitativa:

Pressupõe que o pesquisador fará uma abordagem empírica de seu objecto para tal, ele parte de um marco teórico-metodológico preestabelecido, para em seguida preparar seus instrumentos de coleta de dados, que se bem elaborados e bem aplicados forneceram uma riqueza impar ao pesquisador (Guerra , 2014).

3.3. Nível de estruturação de método

a) Nível teórico;

b) Método hipotético–dedutivo:

Para Carvalho, (2019). Este método inicia-se pela percepção de uma lacuna nos conhecimentos, acerca da qual se formula hipóteses.

Métodos empíricos:

▪ Pesquisa bibliográfica:

Quando e elaborada a partir de material já publicado, constituído principalmente de livros, artigos de periódicos e actualmente com material disponibilizado na internet.(Gil, 2010).

▪ Pesquisa documental:

Tem como objectivo reunir, classificar e distribuir os documentos de todos os género dos diferentes domínio da actividade humana.(Pereira J.M., 2012,p.86).

Nível estatístico ou matemático;

Método estatístico:

Fornece uma abordagem muito didáctica referente à delimitação de amostra e ao emprego da estatística em pesquisas. (Barbeta, 2021).

Método hipotético – dedutivo:

Este método inicia-se pela percepção de uma lacuna nos conhecimentos, acerca da qual se formula hipóteses (Carvalho J.E 2009).

3.4. Técnica (s) de recolha de dados;

A recolha de dados será feita através de um questionário de perguntas múltiplas.

Inquérito por questionário:

O questionário é um instrumento de colecta de dados constituído por uma série de perguntas feitas por secção, subtítulos, etc., que podem ser respondidas por escrito e sem a presença do entrevistador. (Cipriano, 2020).

Observação:

Observar é aplicar atentamente os sentidos físicos a um amplo objecto, para dele adquirir um conhecimento claro e preciso, para esses autores a observação é vital para o estudo da realidade e de suas leis. Sem ela, o estudo seria reduzido simples conjectura e simples adivinhação. (Cervo, 2002).

Defende-se que a observação é considerada uma coleta de dados para se conseguir informações sob determinados aspectos da realidade, Ajudando o pesquisador a identificar e obter provas a respeito de objectivos traçados.

3.5. Instrumento e procedimento de recolha de dados:

A recolha de dados será feita através de um questionário de perguntas múltiplas previamente avaliadas e testado, contendo todas as variáveis em estudo com auxílio de um software.

Os dados serão processados no programa Microsoft Office Excel e digitado no Microsoft Office Word 2007.

3.6. População e amostra:

A população será constituído por 40 profissionais, enfermeiros e médicos do Hospital Municipal de Cacucio no período do segundo trimestre de 2023.

Amostra

Será constituída por 20 profissionais do Hospital Municipal de Cacucio no período do segundo trimestre de 2023.

3.7. Dificuldades encontradas

- Dificuldades financeiras;
- Extensões de bibliográficas.

CAPÍTULO III- DISCUSSÃO E RESULTADOS

3.1. Apresentação e Interpretação dos resultados

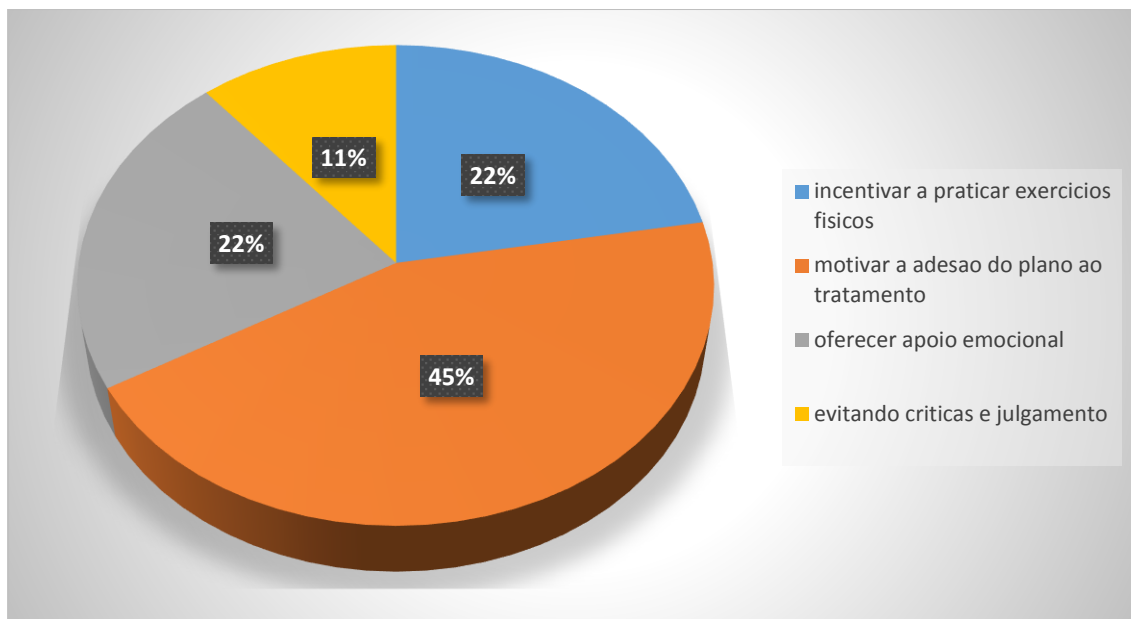
O estudo fornecerá uma compreensão do conhecimento dos profissionais do Hospital Municipal de Cacuaco, por outro lado ajudará os familiares a obterem maior conhecimento da prevenção da hiperglicemia.

A pesquisadora responsável pela colecta de dados não estava envolvida regularmente em atividades realizadas no serviço de saúde no qual foram recrutadas as crianças com hiperglicemia, não caracterizando, portanto, relação de autoridade com os participantes.

Apesar da variação das formas que podem assumir os processos de análise e interpretação, em boa parte das pesquisas sociais podem ser observados os seguintes passos: a) estabelecimento de categorias; b) codificação; c) tabulação; d) análise estatística dos dados; e) avaliação das generalizações obtidas com dados; f) inferência de relações causais; g) interpretação dos dados (Gil,1999).

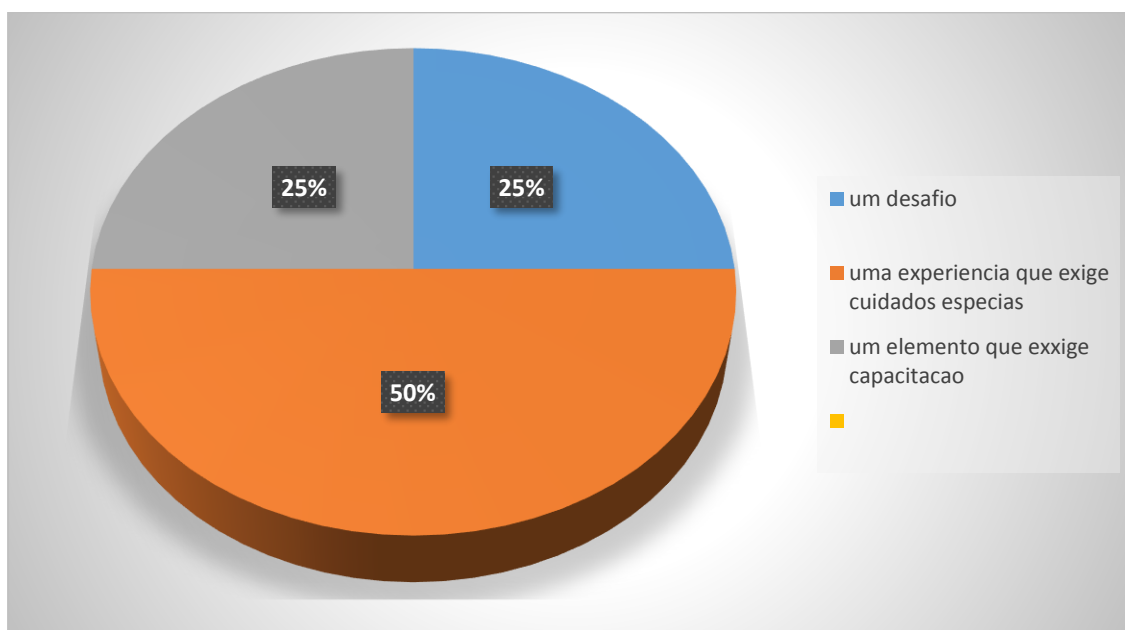
À medida que os dados vão sendo colectados, o pesquisador vai procurando tentativamente identificar temas e relações, construindo interpretações e gerando novas questões e/ ou aperfeiçoando as anteriores, o que, por sua vez, o leva a buscar novos dados, complementares ou mais específicos, que testem suas interpretações, num processo de sintonia fina que vai até a análise final (Alves-Mazzotti; Gewandsznajder,1998,p.170).

Gráfico 3. Quanto aos cuidados orientados aos pacientes diabéticos



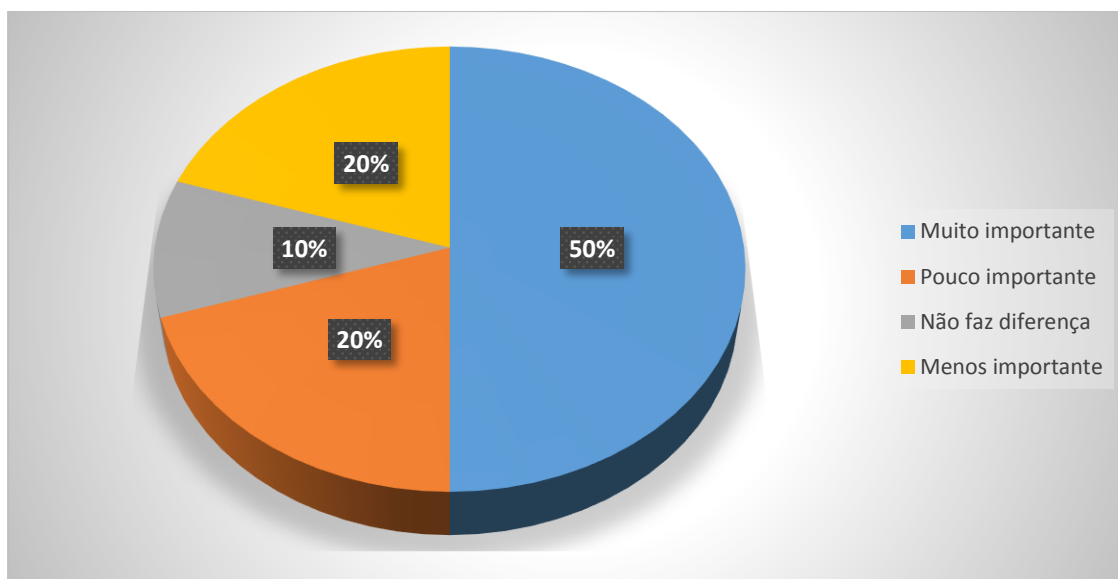
Em relevância aos cuidados orientados aos pacientes diabéticos, 45% dos profissionais de saúde defendem adesão do plano ao tratamento, e 11% dos profissionais de saúde defendem evitar críticas e julgamentos.

Gráfico 4. Diagnostico do diabete vivenciado pela família.



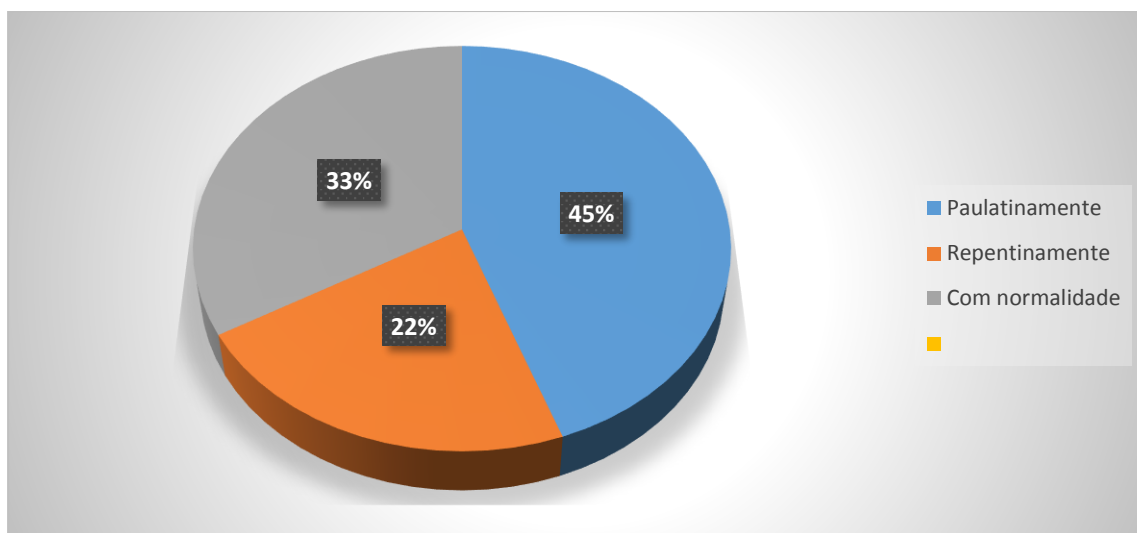
Quanto ao diagnóstico da diabetes vivenciado pela família, foi predominante descrever 50% dos profissionais de saúde que, defendem que tem sido uma experiência nova que exige cuidados especiais, menos predominante os que defendem de ser um desafio e um elemento que exige capacitação com 25%.

Gráfico 5. Importância do controle glicêmico na vida das crianças.



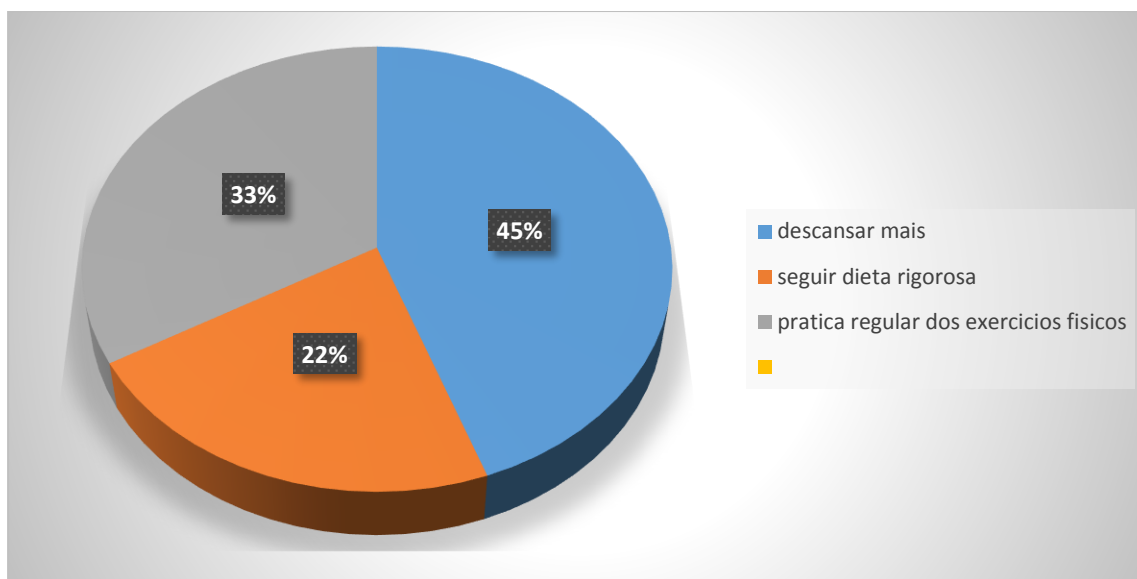
Sobre a importância do controle glicêmico na vida das crianças, foi relevante descrever os profissionais de saúde com 50% que defendem ser muito importante, e menos relevante os que defendem não fazer diferença com 10%.

Gráfico 6. Desenvolvimento do processo de orientação sobre o diabetes em criança.



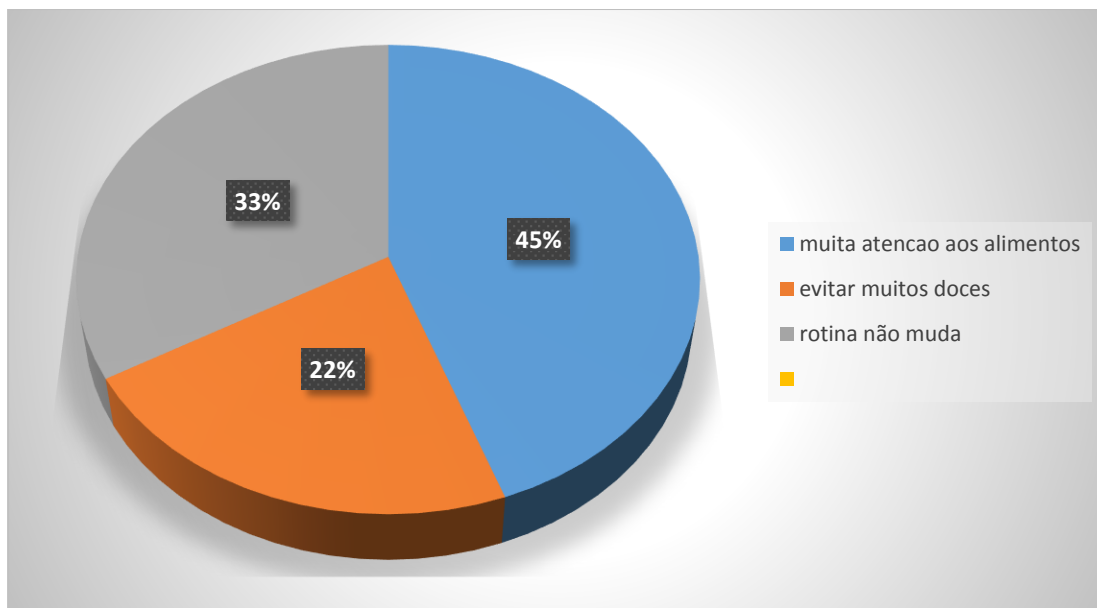
Com relação ao desenvolvimento do processo de orientação sobre o diabetes em criança, vale descrever os profissionais de saúde que defendem que o desenvolvimento tem sido paulatinamente com 45%, e 22 % dos profissionais que defendem ser repentinamente.

Gráfico 7. Mudanças que surgiram na rotina das crianças para se adaptarem à doença



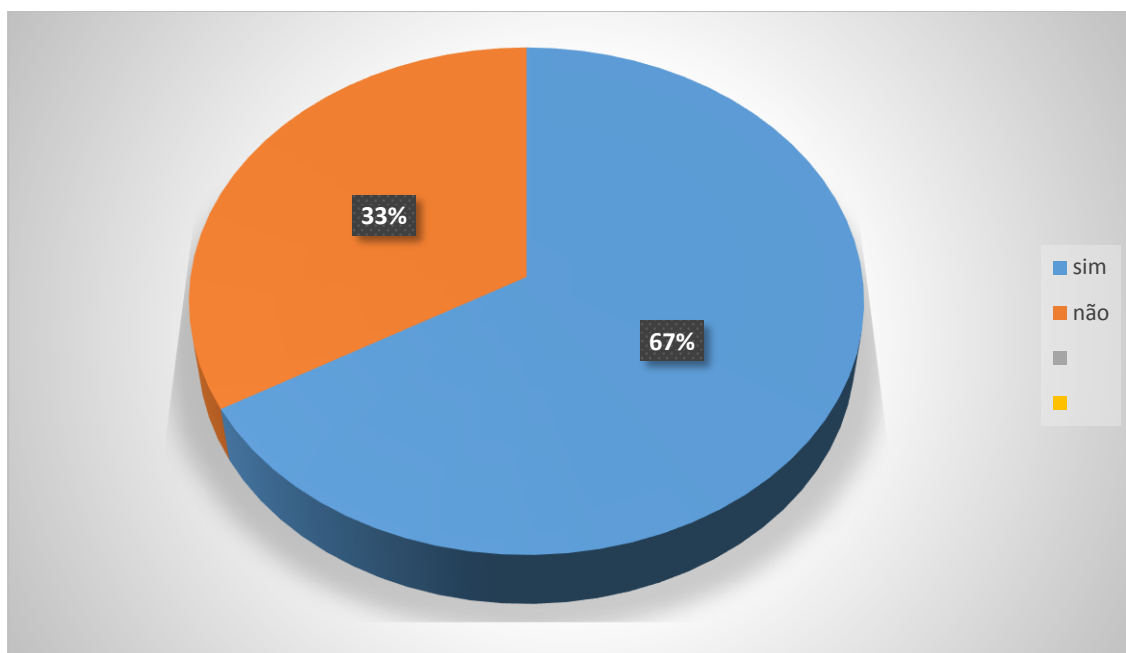
Quanto as mudanças que surgiram na vida das crianças para se adaptarem a doença, 45% dos profissionais de saúde defendem que devem descansar mais, e 22% defendem que devem seguir uma dieta rigorosa.

Gráfico 8. Influência que o perfil glicêmico causa na rotina das crianças



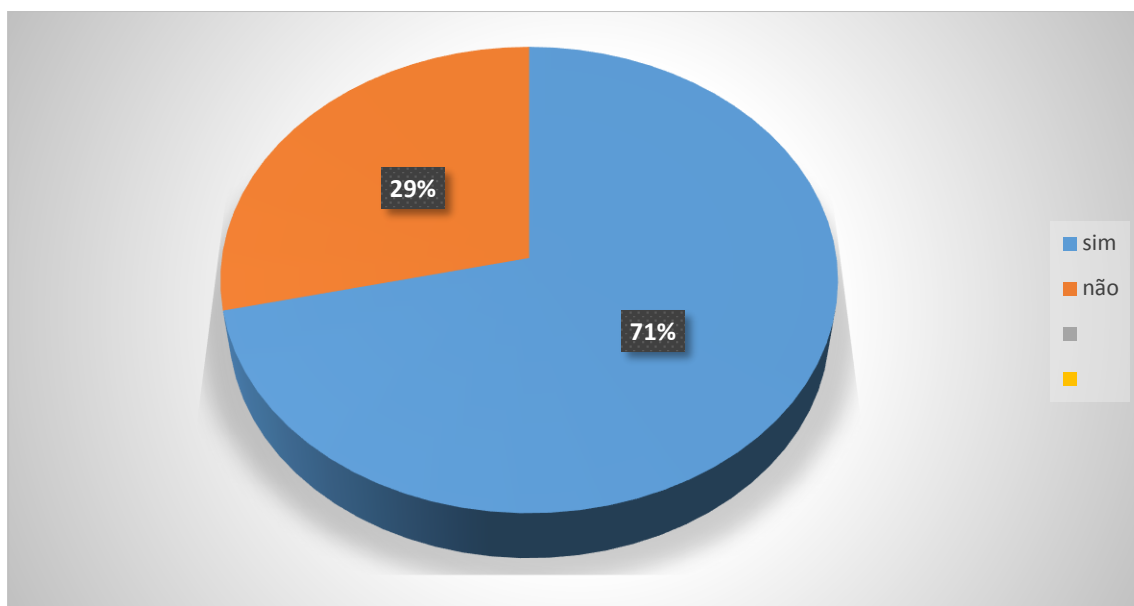
Sobre a influência que o perfil glicêmico causa nas crianças, foi predominante descrever 45% dos profissionais de saúde que defendem ter muita atenção aos alimentos, e menos predominante descrever 22% que defendem, evitar muitos doces.

Pergunta 9. Falta de boa alimentação tem sido a causa do alastramento da doença



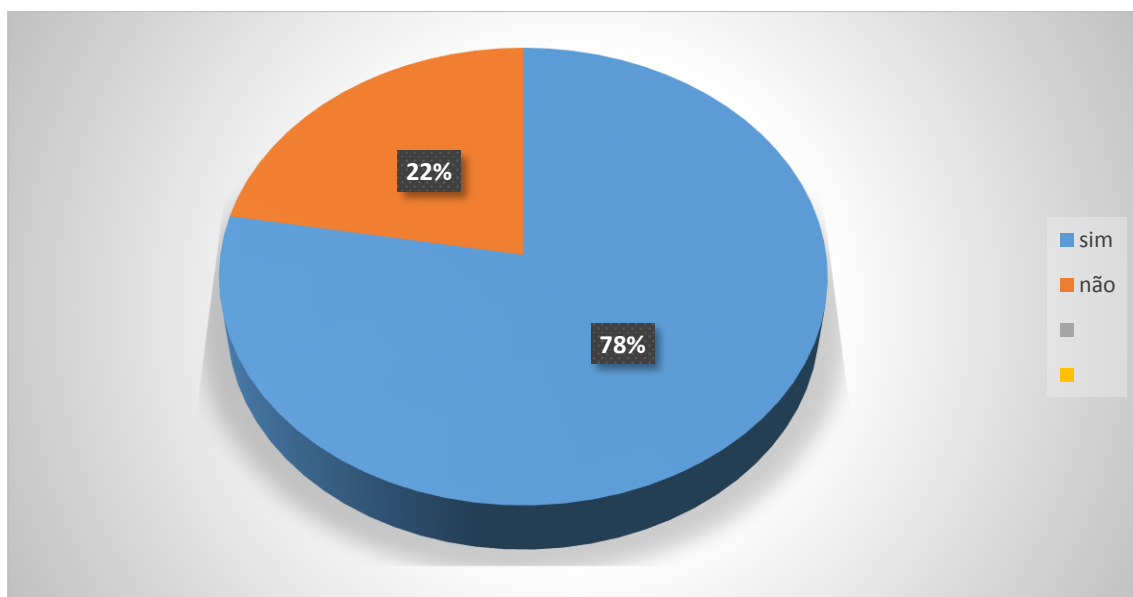
Em conformidade com a falta de boa alimentação ser a causa do alastramento da doença, 67% dos profissionais de saúde afirmam que tem sido a causa, e 33% defendem que não tem sido a causa.

Gráfico 10. Quanto aos doentes com maior aproveitamento são aqueles que têm acompanhamento dos familiares.



No que concerne os doentes com maior aproveitamento, 71% dos profissionais de saúde defendem que são aqueles que têm o acompanhamento dos familiares, e 29% defendem que não são.

Pergunta 11. Quanto consumo de alimentos com excesso de açúcar ser a principal causa da diabetes



No que tange o consumo de alimentos com excesso de açúcar, foi relevante descrever 78% dos profissionais de saúde defendem que sim, e 22% dos profissionais de saúde defendem que não.

3.2- Discussões dos resultados

De um modo geral, a secção de discussão tem como função fundamental dar resposta às perguntas de investigação colocadas na introdução, explicar de que forma os resultados contribuíram para essa resposta, e em que medida essas respostas contribuem para o conhecimento já existente no tópico em estudo (American Psychological Association, 2010)

Diante dos dados apresentados, mostram que o controlo do perfil glicémico tem uma mera importância.

Baseando-se na importância do controle da doença crônica em questão, metas cada vez mais rigorosas de controle glicêmico vêm sendo atribuídas por especialistas da área. A realização de hemoglobina glicada a cada 03 meses, no início do tratamento e após ajuste de medicações, e a cada 06 meses, após estabilização do quadro, tem se tornado comum na prática médica (MISER, 2007).

No que concerne os resultados apresentados mostram que pacientes com diabetes devem ter motivação a adesão do plano ao tratamento.

A atenção farmacêutica tem como função principal prevenir e sanar dificuldades no que diz respeito aos medicamentos usados no tratamento com o intuito de melhorar a qualidade de vida do paciente; tendo acesso ao melhor tratamento farmacológico e mais indicado e seguro aos pacientes com DM2. Segundo Siqueira e Souza (2016) a atenção farmacêutica consiste em orientar o paciente com DM2, oferecendo um atendimento profissional completo no que diz respeito à medicação.

CONCLUSÃO

Desta feita chegamos a conclusão que a hiperglicemia é uma complicação frequente da nutrição parentérica. Que condiciona maior parte das crianças, que apresentam consumo alimentar e controle glicêmico inadequado. E esta mesma alimentação tem influenciado no perfil hiperglicêmico delas.

A atenção recai também para os pais no geral para terem maiores cuidados com alimentação das crianças, com vista a não desenvolverem a hiperglicemia para melhores resultados da sua saúde, visto que as complicações da hiperglicemia incluem problemas, tanto a curto como em longo prazo.

As complicações em curto prazo estão relativamente bem definidas e são atribuíveis a anomalias no metabolismo da gordura e da glucose. Que ocorre na diabetes Tipo 1. Já as complicações em longo prazo da diabetes podem afectar todas as partes do corpo, principalmente, os olhos, rins, pés, vasos sanguíneos e sistema nervoso. Sem o tratamento, há uma queda grande que pondera levar a desnutrição e, sem tratamento insulínico, evolui para a morte. Esta doença é uma carga pesada, tanto para o doente como para o meio que o rodeia. É uma doença grave e incurável, difícil de equilibrar e que traz, frequentemente, complicações secundárias.

Os glucocorticoides podem ter efeitos negativos reduzindo a glicose em tecidos como músculo e tecido adiposo e causando resistência à insulina, que pode causar hiperglicemia e até mesmo diabetes tipo 2 induzida por drogas devido à fadiga das células beta pancreáticas (há evidências de que os glucocorticoides prejudicam a reprodução e função dessas células).

SUGESTÕES

Aos profissionais de saúde desde os agentes de saúde, pediatras, médicos generalistas e da família, nutricionistas, enfermeiros, outros profissionais da saúde,

professores de educação física, instituições escolares, professores, pais e encarregados pela educação, clubes desportivos, indústria alimentar, comunicadores e profissionais da média os quais influenciam e modulam atitudes do público em geral, profissionais do marketing, profissionais da propaganda bem como as Sociedades Científicas de Pediatria e da Medicina Geral e da Família devem urgentemente, conscientizar as repercussões futuras desta doença, assumindo conscientemente a responsabilidade pela qualidade de vida e pela saúde das futuras gerações.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

American Psychological Association (2010). *Publication Manual of the American Psychological Association* (6 th ed) Washington DC: American Psychological Association.

Alves-Mazzoti, A.J. Gewandsznajer, F.O método nas ciencias naturais e sociais: pesquisa quantitativa e qualitativa. 2ª ed. São Paulo: Pioneira, 1998.

Aguiar, S; Fonte, C.(2009). *Narrativas e significados da doença em crianças com diabetes mellitus tipo1*. Revista Psicologia Saúde e Doenças. 2009. /v8n1.

Alessi. Dexametasona e diabetes: os riscos do uso inapropriado de Corticoesteroides. Disponível em: <https://www.ufrgs.br/lidia> HYPERLINK "https://www.ufrgs.br/lidia%20diabetes/2020/09/20/dexametasona-e-diabetes-os-riscos-do-uso-inapropriado-de" diabetes/2020/09/20/dexametasona-e-diabetes-os-riscos-do-uso-inapropriado-de corticoesteroides//. Acesso em 14 de Abr. De 2023.

Ataíde, M.B; Damasceno, M.M. (2010).*Fatores que interferem na adesão ao autocuidado em diabetes*. Revista Enfermagem UERJ.

Bergamo Francisco, Priscila Maria Stolses. (2010). *Diabetes autorreferido em idosos: prevalência, factores associados e práticas de controle*. Cad. De Saúde Públ., v. 25, n. 1, p. 175-184.

-Brasil. Ministério da Saúde. (2010) Manual Técnico: *Gestação de Alto Risco*. 5ªed.Brasília.

Berbeto, P.A. (2021). Estatística aplicada as ciencias sociais. Santa Catarina: Ufsc.

Biografia escrit Claudia silva (calengua) in. [Http://tudosobre](http://tudosobre) Tudosobreangola.bogsport.com2012

Coutinho, Tadeu; COUTINHO, Conrado M.; DUARTE, Adrienne M.B.R.;

Cramer, J. (1994). *Quality of life for people with Epilepsy*. Neurologic Clinics 12 (I), 1-13 (Departamento Científico de Endocrinologia (gestão 2022-2024).

Cervo. (2002). *Metodologia científica* (5ª Ed). São Paulo: Pretince hall.

Cipriano, S.K. (2020). *O bca da Metodologia de Investigação Científica*. Luanda: Mayamba Editora.

Consenso Brasileiro Sobre Diabetes 2002. Rio de Janeiro, p. 13-18, 2002.

Disponível em: Acesso em: 19 ago. 2006

Cambri, L. T.; Gevaerd, M. S.(2006). *Diabetes mellitus tipo 2, hemoglobina glicada e exercícios físicos*. Revista Mineira de Educação Física, Viçosa, v.14, n.2, p.47-67. Perfil lipídico, dislipidemias.

Damião, EB. C; Pinto, C.M.M. (2012) *Sendo transformado pela doença: a vivência do adolescente com diabetes*. Rev Latino-am de Enfermagem. 2012. .

-Dualibi, Patrícia; Valente, Fernando; Dib, Sérgio A. (2009). *Como Diagnosticar e Tratar Diabetes mellitus do tipo 2 e do tipo 1*. Rev. Bras. De Med., p. 60-67.

-Dra. Maristela Zasso Pigatto Rigon (2013). *International Journal of Nutrology*, v.6, n.2, p. 53-58, Mai/Ago.

Francisco, Rossana Pulcineli Vieira; Trindade, Thatianne Couthex; Zugaib, Marcelo. (2011) *Diabetes Gestacional, o que mudou nos critérios de diagnóstico?* Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia- RBGO. Rio de Janeiro. V.33. N.8 p. 171-173. Aug.

Ferreira, Baby. *Hiperglicemia e Glicocorticoides*. Disponível em: <https://biotecnica.ind.br/hiperglicemia-e-glicocorticoides/>. Acesso em 10 de Abr. De 2023.

Freitas, T. H. P. de. Souza, D. A. F. de. *Corticosteróides sistêmicos na Prática dermatológica*. Parte I: Principais efeitos adversos. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/abd/a/zwgy56ykjgvwfmsxvmrlzsp/?Lang=pt#modalhow> Cite. Acesso em 10 de Abr. De 2023.

Franz, M. J. Monk, A.; Barry, B.; McClain, K.; Weaver, T.; Cooper, N.; UPHAM, P.; BER- | 55 Genstal, R.; Mazze, R.(1994) *Nutrition principles for the management of diabetes and related complications*. Diabetes care, v. 17, p. 490-518.

Fernandes, Patrícia Motta; Rocha, Cristiane Tomaz; Peixoto, Iza Teixeira Alves; Queiroz, Ivna Fernandes; Nelson Filho, Paulo; Gross, Jorge L. et al. (2002).*Diabetes Melito: Diagnóstico, Classificação e Avaliação do Controle Glicêmico*. Arq. Bras. De Endocrinol. E Metab., v. 46, n. 1, p. 16-25.

Gil, C.(2010).*Como elaborar um prè projecto de pesquisa* 4ª ed.São Paulo.

Gil,A.C.Mètodos e tènicas de pesquisa social.5ªed.São Paulo:Atlas,1999.

Hornquist, J., Wikby, A., Hansson, B., & Anderson, P.- O. (1993). *Quality of life: Status and change (qlsc) reliability, validity and sensivity of a gene ric assessment approach tailored for diabetes*. *Qualiíy ofl\$e Research*, p.263-279.

Hastenteufel, Laura. 7 dicas para o manejo da glicemia em pacientes não críticos hospitalizados. Disponível em: <https://blog.artmed.com.br/medicina/7->

Maganha, Carlos Alberto; Vanni, Diana Gertrudes Barenboim Salles; Bernardini, Maria Augusta; Zugaib, Marcelo.(2003). *Tratamento do diabetes mellitus Gestacional*. *Revista e Associação Médica Brasileira*. São Paulo, v. 49, N. 03. P. 330-334.

Muls, E. (1998) *Nutrition recommendations for the person with diabetes*. *Clinical nutrition*, v.17, p, 18-25,

Miser, W.F.The (2007). *Management of type 2 diabetes mellitus focus on quality*. *Prim* . Disponível em: DOI: 10.1016/j.pop.2007.01.001 Acesso em: 08 de abr. de 2022.

Neris Rr, Zago Mmf, Santos M.A, Nascimento LC. (2007). *Explanatory models of families of children with type 1 diabetes mellitus*. (p33-37).

Sparapani, V.C, Nascimento, L.C. (2010).Recursos pedagógicos para educação de crianças com diabetes mellitus tipo 1. *Sau. & Transf. Soc*.

Voltarelli, Julio C.; Couri, Carlos E. B.; Rodrigues, Maria Carolina; Moraes, Daniela A.; Stracieri, Ana Beatriz P. L.; Pieroni, Fabiano; Navarro, George; Madeira, Maria Isabel A.; Simões, Belinda. (2009). *Terapia celular No diabetes mellitus*. *Revista Brasileira de Hematologia e Hemoterapia*. V 31. Suppl 1, p. 149-156, São Paulo

.Oliveira, G.K.S. (2010). *Assistência de enfermagem ao portador de diabetes mellitus: um enfoque na atenção primária em saúde*. *Revista Eletrônica de Ciências*. V. 3, n. 2

Pereira, J.M. (2012). *Manual de Metodologia de pesquisa Científica*. (3ª) ed.são Paulo: Editora Atlas.

-Queiroz, A. (2010). *Abordagem odontológica em pacientes com diabetes mellitus tipo 1*. *Pediatric*, São Paulo, v.32, n.4, p.274-280.

Ribeiro, J. L. P. (1995). *A importância da qualidade de Vida para a psicologia da saúde*. *Análise Psicológica*, p. 179- 192.

Rosalind, B. A.(2009).*Criança com disfunção endócrina*. Fundamentos de enfermagem pediátrica (pp.1063-1095). Rio de Janeiro, Elsevier.

Salviano, Et. Al. Hiperglicemia Induzida Por Corticosteróide: UMA. Revisão integrativa. Disponível em:

<https://revistas.ufpr.br/academica/article/download/73670/40719>..Acessado em 30 De Mar. De 2023.

Siqueira, A. J. De; Souza, E.A. de. *O conhecimento do cliente/paciente de drogarias em relação à atenção farmacêutica*, 2016. Disponível em: Acesso em: 31 ago.2016.

Sanar. Glicocorticóides. Tudo o que você precisa saber, Disponível, em: <https://www.sanarsaude.com/portal/concursos/artigosnoticias/farmacialoglicocorticoides-artigo-tudo-que-voce-precisa-saber> Acesso em 20 De Abr. De 2023.

Scheen, A.J. Lefèbvre, P.J. (1999) *Management of the obese diabetic patient. Diabetes reviews*, v.7, n. 2, p. 77-93.

Santos, J.R; Enumo, S.R.F. (2010). *Adolescentes com Diabetes mellitus tipo 1: seu cotidiano e enfrentamento da doença*. Psicol Reflex Crit.

Shillitoe, R. (1994). *Counseling people with diabetes*. Leicester: Bps.

Shillitoe, R. (1995). *Diabetes mellitus*. In A. Broome, & A. Llewelyn (Eds.), *Health Psychology: Processes and applications* (p.187-204). London: Chapman & Hall.

ATAÍDE, M. B; DAMASCENO, M. M. Fatores que interferem na adesão ao autocuidado em diabetes. Revista Enfermagem UERJ. 2010.

Vieira, M.A; Lima, R.A.G.(2012). *Crianças e adolescentes com doença crônica: convivendo com mudanças*. Rev Latino-am Enfermagem.

Who (1948). *Officials Records of the World Health Organization*, n. 2, p. 100.

-Zimmermann, Juliana B, Coutinho, Larissa M. (2010).*Diabetes gestacional: Como tratar?* São Paulo, vol.38, nº10, p.517-525.

Zanetti, M.L; Mendes, I.A.C. (2010).*Análise das dificuldades relacionadas às atividades diárias de crianças e adolescente com diabetes mellitus tipo 1: depoimentos de mães*. Rev Latino-am Enfermagem.

- Zubioli. *Pharmaceutical consultation as a tool to improve health Outcomes for patients with type 2 diabetes. Brazilian Journal of Pharmaceutical Sciences*, Disponível:<https://www.scielo.br/j/bjps/a/7v9zxj9qj56dhgpk5vygcm/?Lang=en#> Acesso 01 De Abr. De 2023.
- Rev Bras Enferm. 2020;73(Suppl 4):e20180975.Doi: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2018-0975>
- Sociedade Brasileira de Pediatria - Nº 37, 20 de Janeiro de 2023). (equipe editorial de conceito. De. (16 de julho de 2012). Atualizado em 9 de julho de 2019.
- Criança-o que é, conceito e definição, Conceito.de.<https://conceito.de/criança> (<https://www.significados.com.br/importancia/> acessado no dia 29 de 07 2023 pelas 11h)
- (Revista Saúde e Desenvolvimento Humano, 2021, Fevereiro, 9(1): 1-14) (Revista Portuguesa de Diabetes. 2021; 16 (2): 62-72).

APÊNDICES

Importância do perfil glicémico em crianças assistidas no Hospital municipal de Cacauco IIº Trimestre do ano 2023.

Este questionário enquadra-se numa investigação no âmbito de licenciatura em enfermagem. Os resultados obtidos serão utilizados apenas para fins académicos (TFC).

Sendo realçado as respostas do inquérito, representam apenas a sua opinião individual.

Caracterização dos dados sócio demográfico da amostra

Idade

- a) 1 - 5 anos ()
- b) 5 - 10 anos ()
- c) 10 - 15 anos ()

2 - Em que bairro do município de Cacauco reside?

- a) Vila sede ()
 - b) Belo Monte ()
 - c) Vidrul ()
 - d) Kikolo ()
- Outra, Qual.....

3 – quanto aos cuidados ter com os pacientes diabéticos?

- a) Incentivar a praticar exercícios físicos ()
- b) Motivar a adesão ao plano de tratamento ()
- c) Oferecer apoio emocional ()
- d) Evitando criticas e julgamento ()

4 - Como o diagnostico do diabete é vivenciado pela família?

- a) Um desafio ()
- b) Uma experiência nova que exige cuidados especiais ()
- c) Um elemento que exige capacitação ()

5 - Qual a importância do controlo glicémico na vida das crianças?

- a) Muito importante ()
- b) Menos importante ()

- c) Não faz diferença ()
- d) Pouco importante ()

6-Como se desenvolve o processo de orientação sobre o diabetes em criança?

- a) Paulatinamente ()
- b) Repentinamente ()
- c) Com normalidade ()

7-Quais as mudanças que surgiram na rotina das crianças para te adaptares á doença?

- a) Descansar mais ()
- (b) Prática regular dos exercícios físicos ()
- c) Seguir uma dieta rigorosa ()

8-Qual é a influência que o perfil glicêmico causa na rotina das crianças?

- a) Muita atenção com os alimentos ()
- b) Evitar muitos doces as crianças ()
- C) Rotina não muda ()

9-A falta de boa alimentação tem sido a causa do alastramento da doença?

- a) Sim ()
- B) Não ()

10- Como enfermeiro /a, achas que os doentes com maior aproveitamento são aqueles que têm acompanhamento dos familiares?

- a) Sim ()
- b) Não ()

11-O consumo de alimentos com excesso de açúcar é a principal causa da diabetes?

- a) Sim ()
- b) Não ()



Fonte: Autora

ANEXOS