

**TÂNIA MARA SILVA BENFICA**

**MEDO, ESTRESSE E DIABETES MELLITUS TIPO 1  
CRONICAMENTE MAL CONTROLADO**

Orientador: Prof. Dr. Antenor Salzer Rodrigues

Juiz de Fora

2015

**TÂNIA MARA SILVA BENFICA**

**MEDO, ESTRESSE E DIABETES MELLITUS TIPO 1  
CRONICAMENTE MAL CONTROLADO**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação em Psicologia como requisito parcial à obtenção do grau de Mestre em Psicologia por Tânia Mara Silva Benfica.

Orientador: Prof. Dr. Antenor Salzer Rodrigues

Juiz de Fora

2015

**Tânia Mara Silva Benfica**

**MEDO, ESTRESSE E DIABETES MELLITUS TIPO 1 CRONICAMENTE MAL CONTROLADO**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação em Psicologia da Universidade Federal de Juiz de Fora como requisito parcial à obtenção do grau de Mestre em Psicologia por Tânia Mara Silva Benfica.

Dissertação defendida em 24 de fevereiro de dois mil e quinze, pela banca constituída por:

---

Orientador: Prof. Dr. Antenor Salzer Rodrgiues  
Universidade Federal de Juiz de Fora

---

Presidente: Profa. Dra. Maria Elisa Caputo Ferreira  
Universidade Federal de Juiz de Fora

---

Membro Titular: Profa. Dra. Aline Vilhena Lisboa  
Universidade Estácio de Sá (UNESA)

## **AGRADECIMENTOS**

Agradeço a Deus por ser presença marcante em minha vida e por me abençoar com mais esta conquista;

Aos professores e colegas do Programa de Pós-Graduação em Psicologia por contribuírem significativamente com minha formação acadêmica;

À Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior – CAPES, pelo financiamento da pesquisa;

À Fundação Hospitalar do Estado de Minas Gerais pela liberação concedida para eu poder cursar o mestrado;

Ao meu orientador dr. Antenor Salzer Rodrigues, pela generosidade em compartilhar o seu saber e pela orientação cuidadosa;

À profa. dra. Maria Elisa Caputo Ferreira e à profa. dra. Aline Vilhena Lisboa por enriquecerem este estudo com seus comentários relevantes e pertinentes;

Às dras. Mônica Barros Costa, Christiane Chaves Augusto Leite Simão e Ana Paula Duque pelo acolhimento e apoio na condução da pesquisa;

Às crianças diabéticas e seus responsáveis que gentilmente aceitaram participar da pesquisa;

Ao meu esposo Luis pelo incentivo e companheirismo.

## **RESUMO**

O diabetes mellitus é caracterizado como uma doença crônica que traz prejuízos para as atividades diárias do indivíduo e requer a utilização de dispositivos especiais no controle da doença. O diabetes tipo 1 compreende um processo auto-imune que se desenvolve de modo rápido e progressivo, tendo como pico de incidência a faixa etária de 10 a 14 anos. Na atualidade esta patologia pode ser considerada como uma epidemia em todo o mundo, representando um robusto desafio para os sistemas de saúde. Esta pesquisa teve como objetivo descrever como ocorre a ação dos fatores medo e estresse no mau controle do diabetes mellitus tipo 1 em crianças, a partir do referencial teórico da psicanálise. Realizou-se uma pesquisa qualitativa, transversal e exploratória, com a utilização de um roteiro de entrevista semi-estruturado com crianças diabéticas e seus responsáveis em duas instituições de saúde que possuem ambulatório de endocrinologia infantil. As entrevistas foram analisadas através da análise de conteúdo de Bardin. Os resultados evidenciaram que o medo e o estresse interferem no controle do diabetes. Espera-se com este estudo auxiliar na construção de abordagens multiprofissionais que possam contemplar uma visão integral dos pacientes em seus aspectos biopsicossociais, levando a um melhor controle do diabetes.

Palavras-chave: Diabetes. Medo. Estresse.

## **ABSTRACT**

The diabetes mellitus is characterized as a chronic disease that impairs the individual's daily activities and requires the use of special devices to be controlled. Type 1 diabetes comprises an autoimmune process that develops rapidly and progressively, with peak incidence in the age group between 10-14 years old. Currently, this condition can be regarded as an epidemic worldwide, thus representing a great challenge to healthcare systems. This research aimed to describe, based on the psychoanalytic theoretical framework, how fear and stress factors affect the control of diabetes mellitus type 1 in children. We conducted a qualitative cross exploratory study, using a semi-structured interview applied in diabetic children and their parents at two health institutions with child endocrinology outpatient. The interviews were analyzed by means of Bardin content analysis. The results showed that fear and stress factors interfere in diabetes control. It is expected that the current study helps creating multidisciplinary approaches that can include a comprehensive view of patients regarding their biopsychosocial aspects, leading to a better control of diabetes.

Keywords: Diabetes. Fear. Stress.

## SUMÁRIO

|  |            |
|--|------------|
| <b>AGRADECIMENTOS.....</b>   | <b>iv</b>  |
| <b>RESUMO.....</b>   | <b>v</b>   |
| <b>ABSTRACT.....</b>   | <b>vi</b>  |
| <b>1 INTRODUÇÃO.....</b>   | <b>02</b>  |
| 1.1 OBJETIVO GERAL.....  | 06         |
| 1.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....   | 06         |
| <b>2 REVISÃO DA LITERATURA CIENTÍFICA.....</b>                         | <b>07</b>  |
| 2.1 DIABETES MELLITUS TIPO 1: O COTIDIANO VIVENCIADO PELA CRIANÇA..... | 07         |
| 2.2 O PACIENTE DIABÉTICO E SUA FAMÍLIA.....                            | 12         |
| 2.3 DIABETES, SOCIALIZAÇÃO E ESCOLARIZAÇÃO.....                        | 15         |
| 2.4 O CONCEITO DE ANGST EM FREUD.....                                  | 18         |
| 2.5 ASPECTOS NEUROFISIOLÓGICOS DO ESTRESSE.....                        | 23         |
| <b>3 MÉTODO.....</b>   | <b>27</b>  |
| 3.1 METODOLOGIA DO ESTUDO.....   | 27         |
| 3.2 POPULAÇÃO E AMOSTRA.....   | 27         |
| 3.3 INSTRUMENTOS.....  | 29         |
| 3.4 PROCEDIMENTOS.....   | 29         |
| 3.5 ANÁLISE DE DADOS.....  | 31         |
| 3.6 ASPECTOS ÉTICOS.....   | 32         |
| <b>4 RESULTADOS E DISCUSSÃO.....</b>                                   | <b>34</b>  |
| 4.1 CARACTERIZAÇÃO DA AMOSTRA.....                                     | 34         |
| 4.2 ANÁLISE DAS ENTREVISTAS.....                                       | 36         |
| <b>6 CONSIDERAÇÕES FINAIS .....</b>                                    | <b>80</b>  |
| <b>REFERÊNCIAS.....</b>  | <b>83</b>  |
| <b>APÊNDICES.....</b>  | <b>87</b>  |
| <b>ANEXOS.....</b>   | <b>101</b> |

## I INTRODUÇÃO

O diabetes mellitus é caracterizado como uma doença crônica que, segundo Damiano & Angelo (2001), pode ser definida como um estado que traz prejuízos para as atividades diárias do indivíduo por mais de três meses, sendo fator de hospitalização durante um mês por ano ou gerando a necessidade do uso de dispositivos especiais no processo de adaptação.

Existem diferentes tipos de diabetes, sendo mais frequentes o diabetes tipo 1, anteriormente denominado de diabetes juvenil, que representa em média 10% da totalidade de casos, e o diabetes tipo 2, que já foi conhecido como diabetes do adulto e engloba cerca de 90% da totalidade dos casos. O diabetes tipo 1 compreende geralmente um processo auto-imune e pode ser desenvolvido tanto por crianças e adolescentes de modo rápido e progressivo, tendo como pico de incidência o intervalo entre 10 e 14 anos; assim como de modo lento e progressivo em adultos (Brasil, 2006).

Na atualidade, o diabetes mellitus pode ser considerado uma epidemia em todo o mundo, representando um robusto desafio para os sistemas de saúde. Estimativas da Organização Mundial de Saúde (OMS) apontavam já no ano 2000 a existência de cerca de 177 milhões de portadores desta doença, com expectativa de, em 2025, atingir 350 milhões de seres humanos. Tal cenário traz consequências devastadoras, tanto no âmbito humano, quanto no social e econômico, sendo que o maior custo é aquele que recai sobre os portadores e aqueles que lhes cercam: famílias, amigos e comunidades. Isto decorre da considerável repercussão na expectativa e qualidade de vida dos portadores: há uma redução de cerca de 15 anos na expectativa de vida dos portadores de diabetes tipo 1 e de 5 a 7 anos, em média, para o diabetes tipo 2 (Brasil, 2006).

As doenças crônicas não-transmissíveis representam uma ameaça ao desenvolvimento humano e à saúde, caracterizando um problema de saúde global que em 2007 foi responsável por 72% das mortes no Brasil em oposição às doenças infecciosas e parasitárias, que corresponderam a 10% da mortalidade, numa inversão do cenário apresentado algumas décadas antes, em 1930, quando 46% das mortes tinham origem infecciosa. Diante deste contexto, no Brasil têm sido implementadas políticas de prevenção, promoção da saúde e ação intersetorial com maior focalização nas doenças crônicas não-transmissíveis, centradas na educação em

saúde, dietas saudáveis, redução do tabagismo e do uso prejudicial do álcool, além do monitoramento de doenças e fatores de risco. Em relação ao diabetes, de 2000 a 2007 aumentou em 8% no país a mortalidade associada a esta doença, sendo criado em 2001 o Plano Nacional de Reorganização da Atenção à Hipertensão e ao Diabetes Mellitus e em 2002 o Sis-hiperdia que é um sistema de registro nacional de diabetes e hipertensão. Apesar disso, o aumento contínuo e rápido da hipertensão, diabetes e obesidade aponta para a inadequação das estratégias desenvolvidas e a necessidade desafiadora de adotar outras atitudes (Schmidt et al., 2011).

Desde o diagnóstico do diabetes é importante que a criança receba o apoio da família, envolvimento este que promove o desenvolvimento de um ambiente saudável, propício ao controle glicêmico e à adesão ao tratamento. Quando não há este apoio e é estabelecida uma relação negativa e crítica por parte dos pais, onde não haja quem se torne responsável pelo manejo da doença, nem divisão de tarefas, o controle metabólico é piorado. “Ambientes carregados de estresse, seja no âmbito familiar ou fora dele, podem acarretar problemas de comportamento que, por consequência, interferem no autocuidado, refletindo-se, dentre outras questões, na dieta na criança que pode estar mais ansiosa e deprimida” (Nascimento et al., 2011, p. 767).

Santos et al. (2005) ao estudarem o tema do diabetes ressaltaram a importância de que novos estudos sejam realizados no sentido de se obter um maior esclarecimento sobre o papel exercido no controle do diabetes pelas dimensões comportamentais e psicológicas. A partir de tal contexto, mostra-se de suma relevância o estudo deste tema na atualidade, em especial para os psicólogos que militam na área da saúde e têm contato profissional frequente com esses pacientes. Considerando-se, ainda, a constatação verificada na prática clínica em instituições de saúde, de que há crianças portadoras de diabetes mellitus tipo 1 (DM1) que conseguem uma maior estabilização da patologia apresentada e outras que desestabilizam recorrentemente, observou-se a necessidade de se analisar quais fatores interferem neste processo.

O estresse surgiu como objeto de estudo privilegiado visto que este conceito tem sido suspeito de ter importantes efeitos no desenvolvimento do diabetes (Mommersteeg *et al.*, 2012), podendo o mesmo ser associado aos circuitos neurofisiológicos envolvidos no desencadeamento de algumas emoções, em especial o medo (*angst*), e que podem levar a uma alteração do índice glicêmico. O endocrinologista vienense Hans Selye foi o primeiro teórico que definiu o estresse, a partir de um estudo experimental realizado com ratos na Universidade McGill, no Canadá,

considerando-o um elemento inerente a toda doença, cujas manifestações no corpo podem ser observadas e mensuradas (Selye, 1936; Filgueiras & Hippert, 1999). O estresse pode ser definido como um estado de ameaça ao equilíbrio do organismo, seja física, química ou emocional. A reação do organismo é sempre a mesma nas três situações e objetiva restabelecer o estado de equilíbrio através de um conjunto de respostas fisiológicas e comportamentais com o intuito de reduzir danos para o organismo. Assim, considera-se o estresse um alerta fisiológico responsável por alterações orgânicas que mobilizam tanto o sistema nervoso simpático quanto ao sistema endócrino. Essas alterações na fisiologia do corpo são responsáveis por inúmeros quadros clínicos, dentre os quais as denominadas doenças psicossomáticas (Ulrich-Lai & Herman, 2009).

A teoria freudiana do aparelho psíquico é embasada no terreno da biologia e, em diferentes momentos, foi reafirmada por Freud a tendência apresentada pelo organismo humano de funcionar como um todo. Apesar da preocupação constante com o relacionamento entre psique e corpo, com a evidenciação de que é dos processos biológicos que emanam os processos psíquicos, Freud focou seus estudos nos aspectos psicológicos do psicossoma, apresentando um acentuado desinteresse em transpor a fronteira entre o físico e o psíquico. Em relação à somatização Freud fez uma diferenciação entre a histeria de conversão que remeteria a um corpo fantasmático, imaginário e as neuroses atuais e suas relações com o corpo biológico, real. (Mcdougall, 1991). Entretanto, ao longo do desenvolvimento de sua teoria a histeria de conversão foi quem assumiu status centralizador, ficando o estudo da neurose atual restrito ao início de sua obra. Posteriormente diferentes teóricos aprofundaram os estudos sobre a relação entre doenças orgânicas e psiquê. Segundo Mcdougall (1991, p. 134), a psicossomática representa uma regressão do ser que é primária e profunda:

O próprio corpo torna-se um campo de batalha, como se a luta aí travada exigisse esse preço para se fazer ouvir, embora o sentido do que está em jogo não nos seja claro. Dotadas de pouco valor simbólico (a não ser posteriormente), proporcionando poucas satisfações substitutivas (a não ser um eventual benefício secundário), silenciosas até o momento de sua eclosão ruidosa no corpo, as manifestações psicossomáticas se oferecem à nossa observação como verdadeiros emissários do instinto de morte.

O diabetes é uma doença psíquico-sócio-somática cujos fatores estressores, possibilidades mórbidas e limitações que acarreta podem desencadear nos pacientes reações de

“insegurança e perda da auto-estima; passividade e dependência; desajuste sexual; masoquismo e auto-agressões; rebeldia; ansiedade e depressão” (Mello Filho, 1986, p. 15). Os sentimentos apresentados podem resultar de uma personalidade pré-mórbida ou representar uma fuga defensiva diante da ameaça ocasionada pela doença, visto que o diabetes é uma patologia que representa um risco para o projeto existencial e a sobrevivência do indivíduo, seja consciente ou inconscientemente.

A presente pesquisa parte da concepção freudiana de medo conforme a releitura efetuada por Rodrigues (2008). Tal autor realizou um aprofundado estudo sobre o modo como Freud desenvolveu sua teoria sobre a “*angst*”, a partir da releitura dos textos de sua obra em alemão que versam sobre o tema. Ele parte do conceito de “*angst*” que embora tenha sido traduzido erroneamente para o português a partir de termos tais como ansiedade e angústia, na verdade significa medo.<sup>1</sup> Segundo Rodrigues (2008), em 1926 é que Freud elaborará sua hipótese definitiva sobre a “*angst*”, quando a teoria econômica é abandonada por ele, a partir dos avanços obtidos na década de 1920, quando o ego é colocado como sede da “*angst*”. O medo passa a ser visto por Freud (1926) como um estado afetivo reacional a uma condição de perigo, representa um sinal emitido pelo ego no intuito de acionar a instância prazer-desprazer, com o objetivo de afastar o ego de uma situação de perigo.

Assim, a proposta da presente pesquisa foi responder à seguinte questão norteadora: vivências de medo, concretas ou não, ao acionarem o mecanismo do estresse e desencadearem alterações hormonais, podem contribuir para o quadro de diabetes cronicamente mal controlado? O estudo adotou a metodologia qualitativa visando a obtenção de um conhecimento aprofundado sobre este tema e foi realizada em duas instituições de saúde da cidade de Juiz de Fora, MG, que possuem Serviço de Endocrinologia Infantil: o Hospital Universitário da Universidade Federal de Juiz de Fora (HU/UFJF) e o Hospital Regional João Penido da Fundação Hospitalar do Estado de Minas Gerais (HRJP/FHEMIG).

---

1 Após várias traduções que apresentavam sérios erros de tradução, a Imago Editora está lançando a partir de 2006 uma nova edição das obras de Freud em que tal erro é desfeito. Na apresentação que é feita pelo coordenador desta nova edição, Luiz Alberto Hans, ao ensaio “Além do princípio do prazer” (Freud, 1920 como citado em Rodrigues, 2008) é postulado que a tradução correta do vocábulo “*angst*” é medo, tanto na primeira quanto na segunda teoria freudiana de “*angst*”. Nesta apresentação é ressaltado, ainda, que o sentido de “*angst*” como medo é independente do modo como este afeto se manifesta no ser humano, isto é, um medo real ou imaginário.

### **1.1 OBJETIVO GERAL**

Descrever como ocorre a ação dos fatores medo e estresse no mau controle do diabetes mellitus tipo 1 em crianças.

### **1.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

Identificar a ocorrência de vivências de medo nos pacientes com diabetes mellitus tipo 1 cronicamente mal controlado, na percepção da criança e seu responsável;

Verificar a relação existente entre as vivências de medo, o estresse desencadeado e a alteração alimentar;

Auxiliar na construção de abordagens multiprofissionais que possam contemplar uma visão integral dos pacientes em seus aspectos biopsicossociais, levando a um melhor controle do diabetes.

## II REVISÃO DA LITERATURA CIENTÍFICA

### 2.1 DIABETES MELLITUS TIPO 1: O COTIDIANO VIVENCIADO PELA CRIANÇA

O diabetes mellitus pode ser conceituado como:

... um grupo de doenças metabólicas caracterizadas por hiperglicemia e associadas a complicações, disfunções e insuficiência de vários órgãos, especialmente olhos, rins, nervos, cérebro, coração e vasos sanguíneos. Pode resultar de defeitos de secreção e/ou ação da insulina envolvendo processos patogênicos específicos, por exemplo, destruição das células beta do pâncreas (produtoras de insulina), resistência à ação da insulina, distúrbios da secreção de insulina, entre outros (Brasil, 2006, p. 9).

Trata-se de uma patologia pluricausal, decorrendo de diferentes fatores, dentre eles a hereditariedade, sendo considerada uma doença psicossomática devida à influência em sua etiologia de fatores emocionais, tais como “traumas emocionais, modificações externas violentas, perda dos pais através de morte ou separação, problemas com os pais, com a família e até com relação à escola” (Marcelino & Carvalho, 2005, p. 76).

O diabetes é considerado uma doença crônica. Essas se caracterizam como perturbações de saúde que na maioria dos casos são incuráveis e permanentes, embora seu adequado manejo e controle auxiliem no alívio do sofrimento e na melhora da qualidade de vida dos portadores. Limitações, frustrações e perdas ocorridas diante do desenvolvimento da doença exigem uma resignificação da existência por parte do indivíduo, ainda que seja uma criança (Pilger & Abreu, 2007).

A doença crônica na infância pode ser caracterizada como progressiva, de curso longo e tratamento prolongado, podendo acarretar prejuízos no processo de desenvolvimento físico e mental da criança, pois sentimentos de culpa, medo e angústia, além de depressão e apatia podem ameaçar sua rotina cotidiana (Pilger & Abreu, 2007). O adolescente também pode utilizar sua doença para obter ganhos secundários, justificando, por exemplo, a não execução de atividades e a apatia, que pode descambar para um estado depressivo. A vergonha da doença e a conseqüente tendência de escondê-la pode, ainda, tornar muito difícil a convivência grupal assim como dificultar a aquisição da identidade sexual e a realização amorosa (Mello Filho, 1986).

O diagnóstico do diabetes na infância pode trazer distorções no modo como a imagem corporal se estrutura, sendo marcada pela fraqueza e inferioridade. Isto pode contribuir para o surgimento do sentimento de inveja por parte das crianças diabéticas diante daquelas crianças que não possuem as mesmas restrições que elas, havendo tendência à separação e ao isolamento. Este sentimento de inferioridade persiste também diante dos adultos, ocasionando dificuldade no progressivo processo de independência em relação aos genitores, com risco da criança se tornar muito dependente dos pais (Mello Filho, 1986).

O tratamento pode requerer, ainda, a realização de viagens, visto que muitos pacientes não residem na cidade onde estão os centros de cuidado. As internações em enfermaria pediátrica também podem ser necessárias nos momentos de crise. As enfermarias são unidades de internação que representam a essência principal de um hospital. Elas são caracterizadas pela presença 24 h por dia dos pacientes que lá permanecem por um tempo variável, ocupando de forma involuntária seus papéis devido a uma doença orgânica. Há o compartilhamento do mesmo espaço físico e da intimidade com pessoas que lhe são desconhecidas, em meio a normas e rotinas coletivas, sendo que apesar de haver um movimento de humanização dos cuidados há pouco espaço para uma particularização do atendimento. O paciente sofre, desse modo, com o afastamento tanto das tarefas sociais quanto de pessoas significativas em sua vida (Romano, 1999).

Por outro lado, a hospitalização também é vista pelas crianças em seus aspectos positivos, a partir do ganho de presentes e da participação nas festividades que ocorrem no hospital. Além disso, a existência de espaços para a criança brincar durante a hospitalização são importantes para que elas assumam uma postura mais ativa frente à doença e ao ambiente. Atualmente, a legislação brasileira institui a obrigatoriedade da instalação de brinquedoteca nas instituições de saúde que tenham internação hospitalar de crianças (Lei nº 11.104, de 21 de março de 2005), o que contribui para a elaboração do processo de hospitalização pela criança. O hospital, assim, é visto pelas crianças e adolescentes de modo dualista, pois ao mesmo tempo em que representa um lugar de dor e sofrimento devido aos procedimentos realizados e à rotina rígida, também traz a possibilidade de cura, de retorno da saúde perdida (Vieira & Lima, 2002).

Considerando que o diabetes mellitus é uma condição crônica, que traz mudanças profundas na vida da pessoa e de sua família, torna-se importante estudar o modo como ela incide e repercute em seu cotidiano. Faria & Bellato (2009), ao estudarem o cotidiano de

pacientes crônicos com diabetes mellitus, ressaltam a suma relevância da compreensão da vida cotidiana dessas pessoas para os profissionais que necessitam construir práticas de cuidado em saúde voltadas para as mesmas, visto que o modo como é vivenciado o processo de adoecimento e a conseqüente busca por cuidados é único para cada indivíduo. O cotidiano destaca-se como o grande cenário em que este processo de cuidado se dá, com a participação ativa da pessoa adoecida, tornando-se um espaço onde são construídos os sentidos e significados relativos a ter uma doença crônica. Segundo Viera & Lima (2002), significados diferentes são atribuídos por cada indivíduo ao processo de adoecer. Cabe ressaltar que o cotidiano, evidenciado por estes autores como um tempo privilegiado em que o paciente vivencia ao seu modo e com toda intensidade a condição crônica do ser diabético, é também palco de todas as vivências emocionais do indivíduo, dentre elas as reações de medo e estresse, que se constituem em objeto de pesquisa do presente estudo.

A partir da realização de um estudo de caso único com um paciente diabético adulto que esteve internado em um hospital público de Cuiabá, Faria & Bellato (2009, p. 754), através da metodologia da história de vida focal, evidenciaram o seu modo de viver com base no cotidiano. Os autores ressaltaram a ocorrência de uma resistência passiva frente aos imperativos da doença, que ocorre na forma de máscaras, de jogo duplo, mas que acarreta sofrimento e culpa, desencadeando sensações de frustração, de angústia e de medo, o que pode levar a pessoa com diabetes mellitus ao desejo pelos alimentos proibidos, como foi constatado no estudo de caso realizado. Estes mecanismos representam uma tentativa de sobreviver às diversas imposições, dificuldades e desafios que a doença traz e que se intensificam nas fases agudas do adoecimento, ocasionando um estado constante de tensão. Os autores postulam que mesmo que as práticas de boa saúde prescritas pelos profissionais de saúde possam não fazer sentido para o paciente, quando ocorre uma fase de agudização ou complicação da doença, há uma culpabilização do paciente, devido ao descumprimento das normas prescritas, indicando que ele possui uma “falha moral” (Faria & Bellato, 2009).

Faria & Bellato (2009), ao analisarem em um estudo de caso as restrições alimentares necessárias ao controle da doença, constataram que elas não eram vistas pelo paciente como uma forma de viver mais e melhor conforme é colocado pelos profissionais de saúde, mas sim como um modo de “sobreviver” à doença, mostrando uma ambigüidade entre o ter informação sobre algo e o compreendê-lo de fato, o que requer mais do que um processo de aceitação, pois é

necessário que o indivíduo sinta-se capaz de continuar sua vida em consonância com as novas normas que lhe foram impostas devido ao adoecimento.

Tal dificuldade em relação às alterações alimentares também foi evidenciada por Vieira & Lima (2002) que constataram que a mudança necessária nos hábitos alimentares das crianças e adolescentes, devido ao tratamento necessário, faz com que eles tenham que reprimir seus desejos alimentares, pois têm a vontade de comer mas não podem fazê-lo, pois estão conscientes dos malefícios que certos alimentos podem causar na sua saúde se as orientações alimentares forem desobedecidas.

Pois como pontuam Faria & Bellato (2009), observou-se em um estudo de caso que o paciente desenvolveu mecanismos de fuga diante das práticas homogenizantes, mecanismos estes que se manifestavam até mesmo de modo inconsciente.

Outro aspecto relevante a ser destacado refere-se à forma como os serviços de atendimento a esses pacientes são organizados, forma esta que tem merecido algumas críticas. Constata-se que, em muitas práticas de saúde, o cotidiano dos pacientes não é evidenciado pelos profissionais, que adotam um tratamento muito mais prescritivo, normativo e com foco na doença. O tratamento do diabetes mellitus torna-se, assim, eminentemente centrado na avaliação clínica realizada durante a consulta médica e na realização de exames laboratoriais, de modo impositivo e vertical na transmissão de informações, desconsiderando a realidade vivenciada pela pessoa e o conhecimento por ela construído a partir de sua experiência de adoecimento. Tais ações traduzem uma visão universalista do processo de adoecimento por parte dos profissionais de saúde, desconsiderando que a experiência de adoecimento é unívoca e pessoal. Torna-se importante, desse modo, dar voz ao paciente e ouvir o “como” de fato ele cuida de sua saúde (Faria & Bellato, 2009).

Para atingir o controle metabólico, minimizando as possíveis complicações ao longo prazo, é importante o envolvimento contínuo dos pacientes, de seus familiares e profissionais de saúde. Nesses casos o paciente e sua família devem ser o foco central da atenção, visto que a doença crônica desencadeia tanto modificações orgânicas quanto emocionais e sociais, exigindo um processo contínuo de cuidado e adaptação, mudanças essas que variam de acordo com o tipo de doença, seu modo de manifestação e o significado que lhe é atribuído pelo paciente e sua família. (Pilger & Abreu, 2007). Neste sentido, o apoio da família e dos amigos torna-se fundamental, repercutindo no tratamento e contribuindo para um melhor controle da doença.

Segundo Sparapini et al. (2012) a valorização do papel da família, da rede social e da rede de saúde mostram-se essenciais para o bom manejo da doença.

## 2.2 O PACIENTE DIABÉTICO E SUA FAMÍLIA

O modo como a família lida com a doença da criança é fundamental para a manutenção de seu equilíbrio emocional, contribuindo, assim, para a aceitação ou negação da mesma. Nesse sentido, uma postura de compreensão por parte dos pais, que não descambe para a superproteção, nem acentue as diferenças entre a criança e demais membros da família, mostra-se como uma abordagem adequada para lidar com a criança portadora de diabetes mellitus tipo 1. O modo como os pais lidam com a condição crônica da criança irá repercutir diretamente em seu comportamento, de modo que pais que apresentam dificuldade de aceitação do quadro de diabetes, podem levar o filho ao isolamento devido ao fato dele se sentir diferente e, além disso, não possuir o apoio paterno (Pilger & Abreu, 2007).

Segundo Damião & Angelo (2001), os pais demonstram preocupação com o filho adoecido e o desejo de ajudá-lo no processo de convivência e superação das consequências da patologia, de modo que um primeiro passo que deve ser dado pela família é aprender a lidar com a doença e os cuidados necessários, inteirando-se do tratamento, o que irá lhe proporcionar autonomia na convivência com a doença. Torna-se importante que a família implemente ações que permitam um maior controle da doença da criança, e que aprenda a conviver com o sofrimento que é vivenciado por ela devido ao fato de ser portadora de uma doença crônica.

Estudos têm apontado a mãe como cuidadora principal frente ao tratamento da criança diabética (Góes, Vieira & Liberatore Júnior, 2007; Pilger & Abreu, 2007). Pilger & Abreu (2007), ao estudarem as repercussões que ocorrem na dinâmica familiar, na vida das mães diante do surgimento do diabetes em seus filhos, evidenciaram que a preocupação é o primeiro sentimento demonstrado diante do diagnóstico, devido à mudança violenta que a doença traz para a vida da criança, tornando o seu futuro incerto. A não aceitação por parte das mães é gerada a partir desta fase de crise inicialmente vivenciada, quando se torna necessário um aprendizado para a reorganização de sua vida. O período entre o início dos sintomas e a definição diagnóstica é denominado fase de crise, representando um período de desestruturação familiar marcado por incertezas (Vieira & Lima, 2002).

O tempo passa a ser dividido pela família entre antes do diagnóstico da criança e o período após a confirmação da doença e implementação do tratamento, fase esta na qual devido

ao fato da família já ter obtido um certo controle sobre a situação, tende a ser menos difícil. O tempo, para algumas famílias, as auxilia na percepção de que é possível administrar e conviver com a doença crônica, sendo possível conceber um futuro para a criança como se ela fosse saudável. Quando as famílias conseguem perceber que seguir o tratamento prescrito gera uma maior qualidade de vida para a criança e o prolongamento de sua vida, há menos espaço para o desânimo e a situação é enfrentada com maior desenvoltura e segurança (Damião & Angelo, 2001).

Segundo Góes, Vieira & Liberatore Júnior (2007), a família que recebe o diagnóstico de uma criança com diabetes é acometida de ansiedade, visto que esta é uma doença crônica e que pode desencadear complicações futuras, além de ter etiologia incerta. A vida da família passa a ser regida pela doença, seu tratamento e cuidados que exige, podendo ser desencadeados na criança sentimentos como medo e insegurança. Diante deste cenário, torna-se importante que a família participe, adquira conhecimento sobre a doença e seu tratamento, de modo a auxiliar nos cuidados ao paciente. Isto se torna muito mais patente quando o familiar adoecido é uma criança, devido ao estado de dependência em relação à família. O convívio da família com a criança doente pode auxiliar no processo de transformar os sentimentos de medo, negação e desespero em aceitação, o que requer a educação do paciente e de sua família desde o momento do diagnóstico, num processo contínuo de aprendizagem. Orientações sobre a doença e a importância da insulino-terapia, assim como sobre os sintomas de hipoglicemia e hiperglicemia, além do incentivo à prática de atividade física e a mudanças de hábitos alimentares são fundamentais neste processo (Góes, Vieira & Liberatore Júnior, 2007; Pilger & Abreu, 2007).

No curso da doença muitas situações difíceis, inerentes à patologia crônica, serão enfrentadas pela família, trazendo a sensação de perda de controle da situação, momentos estes nos quais são percebidas pela família as dificuldades do enfrentamento da doença incurável, que envolve períodos de estabilidade e exacerbação de seus sintomas. Torna-se necessário conviver com o sofrimento da criança, não podendo trocar de lugar com ela nos momentos de crise, em que ela sofre, descompensa ou reinternar. A forma como são vivenciadas estas situações dependerá do nível de controle que já foi alcançado sobre a doença, podendo envolver maior ou menor dificuldade (Damião & Angelo, 2001).

Há uma tendência dos pais dos diabéticos infanto-juvenis sentirem-se culpados por tratar-se de uma doença hereditária, o que pode ocasionar uma postura superprotetora, notadamente se

a doença for marcada por um curso acidentado. Além disso, diante de um maior grau de desorganização familiar e sofrimento, devido a complicações da doença, podem surgir diante do filho-problema sentimentos de rejeição, inconscientes, interferindo de modo negativo no controle da enfermidade. Sentimentos estes que aparecem mais frequentemente nas mães, por serem as principais cuidadoras dos pacientes. Há diferentes modos da família se organizar diante da doença, sendo que os pais que possuem estrutura psíquica incapaz de sustentar tais tensões podem adotar atitude de distanciamento e omissão perante a vida familiar; uma redistribuição dos papéis desempenhados no contexto familiar também pode ocorrer com uma maior valorização das mães em reconhecimento pelo cuidado desenvolvido. Já quando a criança diabética possui mais irmãos pode ocorrer, por exemplo, um sentimento de esquecimento e abandono por parte deles, devido aos cuidados que a criança diabética exige (Mello Filho, 1986).

Santos et al. (2005), ressaltam a importância de que haja por parte do profissional de enfermagem uma avaliação das relações de conflito e cooperação estabelecidas entre os membros do sistema familiar assim como dos papéis por eles desempenhados. A compreensão dos mecanismos que os integrantes da família utilizam poderá auxiliar o paciente a lidar de modo mais adequado com as situações vivenciadas nos relacionamentos interpessoais, o que tende a se refletir em um melhor controle de sua doença. Concordamos com a opinião dos autores, entretanto acreditamos que este cuidado deva se dar não apenas por parte do profissional de enfermagem, mas pela equipe multiprofissional como um todo.

### **2.3 DIABETES, SOCIALIZAÇÃO E ESCOLARIZAÇÃO**

Para Sparapini et al. (2012), o apoio dos amigos representa um dos elementos centrais no manejo do diabetes mellitus tipo 1 em crianças. Em um estudo qualitativo realizado com 19 crianças, objetivando descrever as repercussões da influência dos amigos na vida da criança e no manejo da doença, os autores identificaram que a existência de um amigo mais próximo é importante no exercício do relevante papel de ajudar o colega diabético em diferentes momentos, seja em relação à alimentação, atividade física, realização do teste de glicemia capilar ou até mesmo nas intercorrências.

Estes autores enfatizam também que a criança diabética deve ser motivada a compartilhar o seu diagnóstico com os amigos, de modo a poder contar com seu auxílio quando precisarem. O fato dos cuidados necessários ao tratamento, muitas vezes, serem percebidos pela criança como dificultadores de sua interação social, por se sentir diferente dos colegas, pode dificultar que tal compartilhamento ocorra. Assim, torna-se importante orientar-se não apenas os amigos como também os pais deles no sentido de obterem um melhor entendimento sobre os cuidados necessários ao manejo da DM1, pois suas casas são frequentadas pelas crianças diabéticas e é importante que eles saibam como agir nestas ocasiões, sem prejudicar as interações sociais da criança diabética. Os professores também necessitam, igualmente, de estarem informados sobre a doença. Os autores recomendam, assim, que sejam criados manuais simplificados sobre o tratamento do DM1 que possam ser carregados pela criança e apresentados aos pais dos amigos e professores, quando necessário (Sparapini et al., 2012). Pode-se exemplificar através da cartilha “Eu controlo meu diabetes: guia infantil: orientações de pacientes da Universidade Federal de Juiz de Fora” que apresenta de modo lúdico, através de depoimentos, textos e desenhos de pacientes, orientações sobre o diabetes e seu modo de controle (Costa, 2013).

Sparapini et al. (2012) postulam que o modo como se dá o apoio dos amigos irá afetar positiva ou negativamente o desenvolvimento do autocuidado, influenciado tanto pela atitude dos amigos diante da criança quanto pela atitude da criança perante os amigos. Na escola a criança diabética pode se tornar vítima de bullying relacionado ao DM1, assim como em outros contextos nos quais conviva com os pares, cujo preconceito expresso através de apelidos ou de um modo diferenciado de tratamento pode tornar-se causa de grande sofrimento e até mesmo de

depressão, contribuindo para uma menor adesão ao tratamento e menos autocuidado, o que pode acarretar no surgimento de complicações de longo prazo.

Limitações pautadas em imposições normativas foram constadas por Vieira & Lima (2002), em um estudo com crianças portadoras de doença crônica, ao ressaltarem que os limites impostos pela doença afetam até o seu brincar, pois se antes do diagnóstico elas podiam brincar sem restrições, correr, pular, jogar futebol, depois do adoecimento o cuidado com as brincadeiras e atividades físicas deve ser redobrado, pois elas não devem se machucar. Este fato pode interferir, inclusive, na socialização, visto que as brincadeiras dos amigos nem sempre se adequam aos limites impostos pela doença crônica, sendo que a limitação da participação social pode afetar a auto-estima da criança. Diante deste cenário, os autores afirmam que em alguns momentos é importante que as regras sejam revistas e quebradas, de modo a sustentar a autonomia da criança, garantindo-lhe algum controle sobre sua vida, o que minimiza a angústia gerada pela doença e o medo do desconhecido.

Torna-se importante que os profissionais de saúde que atendem crianças com DM1 dialoguem com elas, procurem saber quais informações já foram compartilhadas com os amigos da escola, investiguem a possível existência de *bullying* e a necessidade de ajuda para lidar com tais questões, visto que o desconhecimento apresentado pela criança e os sentimentos de medo e vergonha podem dificultar o explicar sobre o diagnóstico e tratamento aos amigos, ao gerar embarço. Assim sendo, há crianças que preferem não contar aos amigos sobre sua doença, devido ao medo de serem vistas como “diferentes”, o que se por um lado não lhes expõem ao preconceito, por outro lado também não lhes permite receber apoio dos amigos diante do seu tratamento, através do companheirismo. Torna-se importante que tais questões sejam trabalhadas com os pacientes pelos profissionais de saúde, assim como que sejam criados canais de transmissão de informações sobre o DM1 aos seus amigos na escola ou em outros contextos de convivência, na casa de colegas e locais de lazer, de modo a contribuir para o fortalecimento dos laços de amizade, auxiliando, assim, no manejo positivo da doença (Sparapini et al., 2012).

Nessa mesma linha de conduta proposta, os professores necessitam estar informados sobre as reais condições da criança/adolescente, de modo a auxiliar no apoio à criança e sua família. A rede de apoio formada por pessoas do sistema social da criança, como família, comunidade e escola, poderá ofertar o devido suporte a ela, seja este emocional, material ou informacional. Caso tal suporte não seja fornecido pela escola, este espaço que tem uma

influência fundamental no processo de desenvolvimento e socialização das crianças, pode surgir a discriminação perante as diferenças apresentadas pela criança, estigmatizada como doente, o que pode afetar sua auto-estima, ao sentir-se desvalorizada (Vieira & Lima, 2002), situação esta que pode se tornar fonte de medo e, conseqüentemente, de estresse.

Segundo Vieira & Lima (2002) é importante estar atento, também, para a possível ocorrência de uma atitude de superproteção por parte dos professores. Neste sentido, o Programa Saúde na Escola do Ministério da Saúde e Ministério da Educação (MS/ME) (2007) que objetiva efetuar uma maior integração e articulação entre a educação e a saúde de modo permanente, poderia contribuir para a construção de um espaço em que tais questões pudessem ser trabalhadas na escola.

Vieira & Lima (2002) ao estudarem o modo como é vivenciada a experiência da doença crônica por crianças e adolescentes, evidenciaram que o processo de escolarização é especialmente afetado pelos limites e mudanças desencadeados pelo adoecimento que, frequentemente, inclui retornos ambulatoriais, hospitalizações para a investigação diagnóstica, realização de exames e tratamento a partir da progressão da doença, o que pode acarretar em faltas e um possível atraso escolar. A frequente ausência à escola pode levar a um estado de desmotivação na criança, dificultando o ajustamento escolar, ao distanciá-lo dos professores e colegas, gerando uma barreira entre eles.

Outro ponto relevante quanto à interferência do ambiente escolar frente ao tratamento do diabetes refere-se aos alimentos inapropriados presentes na cantina ou trazidos para a escola pelos amigos, que em um estudo realizado mostraram-se como dificultadores do automanejo no ambiente escolar, sendo que a venda de alimentos saudáveis nas cantinas escolares, ao invés de doces e refrigerantes, tenderia a minimizar tal desconforto para a criança diabética, além de fomentar a adoção de hábitos alimentares saudáveis para todas as crianças (Sparapini et al., 2012).

Desse modo, considera-se de suma relevância que questões referentes à socialização e à escolarização da criança diabética sejam debatidas tanto por profissionais da saúde quanto da educação, de modo a serem construídas estratégias que auxiliem estas crianças a terem uma melhor qualidade de vida.

## 2.4 O CONCEITO DE ANGST EM FREUD

Rodrigues (2008) realizou um aprofundado estudo sobre o modo como Freud desenvolveu sua teoria sobre a “*angst*”, a partir da releitura dos textos de sua obra que versam sobre o tema, no idioma alemão. Ele parte do conceito de “*angst*” que embora tenha sido traduzido erroneamente para o português a partir de termos como “ansiedade” e “angústia”, na verdade significa “medo”.<sup>2</sup>

Na teoria freudiana são apresentadas duas concepções diversas sobre o medo, quanto a sua origem e função, quais sejam: a teoria econômica e a teoria estrutural, além do uso coloquial do termo. Inicialmente em sua obra, Freud começou a utilizar sistematicamente o vocábulo alemão “*angst*” ao referir-se ao temor sem causa real aparente vivenciado por seus pacientes, embora também utilizasse termos semelhantes tanto para se reportar às mesmas vivências de cunho subjetivo quanto para se remeter ao medo suscitado por ameaças concretas. Desse modo, são utilizadas por este autor palavras tais como “*Furcht*” (temor), “*bangen*” (temer, recear) e “*befürchtung*” (temor, esperar pelo pior). Como inicialmente a experiência subjetiva relacionada ao afeto do medo era vista apenas como um subproduto do recalque constatou-se que para Freud parece não ter havido necessidade de cunhar um termo específico para se referir ao sentimento de temor (Rodrigues, 2008).

Entretanto as histórias relatadas a Freud por seus pacientes no início de sua prática clínica eram repletas de sentimentos de medo tanto no que se referia aos ataques de pânico quanto a sua expressão de modo crônico e insidioso, denominada na obra freudiana “*ängstlich Erwartung*”, isto é, “expectativa medrosa” ou “expectativa temerosa”. Freud então percebeu a importância de teorizar sobre este importante afeto que envolvia ao mesmo tempo reações psíquicas e fisiológicas (Rodrigues, 2008).

---

2 Após várias traduções que apresentavam sérios erros de tradução, a Imago Editora está lançando, a partir de 2006, uma nova edição das obras de Freud, traduzida diretamente do alemão, em que tal erro é desfeito. Na apresentação que é feita pelo coordenador desta nova edição, Luiz Alberto Hans, ao ensaio “Além do princípio do prazer”, é postulado que a tradução correta do vocábulo “*angst*” é “medo”, tanto na primeira quanto na segunda teoria freudiana de “*angst*”. Nesta apresentação é ressaltado, ainda, que o sentido de “*angst*” como medo é independente do modo como esse afeto se manifeste.

Freud propõe, então, uma teoria da “*angst*” no texto “Sobre os fundamentos para destacar da neurastenia uma síndrome particular intitulada ‘neurose de angústia’”, de 1895, a partir de uma teoria econômica que destacava o componente energético do impulso libidinal. O editor inglês deste artigo destaca que esta não é a primeira vez que Freud teoriza sobre a angústia, o que já havia ocorrido principalmente no rascunho A de 1893 e nos rascunhos B e E, não datados mas que se presume sejam contemporâneos do presente artigo. Tais rascunhos foram enviados por Freud a Wilhelm Fliess. Outro ponto ressaltado pelo editor é que neste momento de sua obra Freud mostrava-se intensamente empenhado em formular uma psicologia baseada em termos neurológicos (Freud, 1895).

Em 1895 Freud propõe destacar da neurastenia os distúrbios neuróticos que possuíam etiologia e mecanismos próprios, além de uma ligação mais firme dos sintomas entre si, destacando entre tais distúrbios uma nova síndrome denominada de neurose de angústia (Freud, 1895). Segundo Rodrigues (2008) Freud estabeleceu uma nova entidade nosológica denominada “neurose de medo” (*angstneurose*), consagrada erroneamente como neurose de angústia. Entretanto como a tradução da Imago Editora utilizada na presente dissertação utiliza termos como angústia e ansiedade para se referir à “*angst*” será mantido nas citações os termos que constam nesta tradução, mas torna-se de suma relevância ressaltar ao leitor que ao longo do texto estaremos nos referindo ao conceito de medo.

Ao descrever a sintomatologia do quadro clínico da neurose de angústia Freud destaca a presença de irritabilidade geral, que aponta para um estado de acúmulo de excitação ou de incapacidade de tolerância em relação a tal acúmulo; e expectativa angustiada, quadro crônico que faz com que o indivíduo tenha a tendência de exagerar meras possibilidades, e que representa o sintoma nuclear da neurose; além de ansiedade, expressa através do distúrbio de funções corporais tais como atividade cardíaca, respiração, inervação vasomotora ou atividade glandular; e ataques de angústia em que os sintomas já citados se misturam em diferentes graus ou podem constituir o ataque de modo isolado; assim como pavor noturno em adultos que implica no acordar em pânico a noite; vertigem; e fobias típicas relacionadas aos riscos fisiológicos e à locomoção. Outros sintomas da neurose de angústia são fome devoradora e tendência à diarreia, que se constituem como distúrbios da atividade digestiva; e parestesias atípicas e mutáveis. Freud postula, ainda, que a maioria destes sintomas pode se apresentar na forma de ataques de angústia ou na forma crônica (Freud, 1895).

Freud afirma que na etiologia da neurose de angústia estariam presentes perturbações da vida sexual como o estado de abstinência, a excitação não consumada ou o coito interrompido. No texto em questão, ele vai priorizar o estudo do fator etiológico do coito interrompido, tendo ressaltado que o intervalo de tempo entre o coito interrompido e o desencadeamento de neurose de angústia pode ser curto ou longo, sendo que quando há intervalos maiores se poderia até pressupor que fatores não sexuais estivessem envolvidos na etiologia desta neurose mas, na verdade, o coito interrompido ao menos predispõe o indivíduo à neurose de angústia, visto que uma perturbação banal posterior pode se adicionar ao seu efeito latente, fazendo eclodir a neurose de angústia. Desse modo, o fator banal de perturbação vai incidir na forma como a neurose vai se manifestar e não em sua etiologia.

Na neurose de angústia haveria, então, um acúmulo de excitação de origem somática e natureza sexual, com redução da libido sexual e conseqüente emprego anormal dessa excitação. A neurose de angústia seria resultado de todos os fatores que interferem na elaboração psíquica da excitação sexual somática, gerando angústia, cujo mecanismo pode ser descrito da seguinte forma:

A psique é invadida pelo *afeto* de angústia quando se sente incapaz de lidar, por meio de uma reação apropriada, com uma tarefa (um perigo) *vinda de fora*; e fica presa de uma *neurose* de angústia quando se percebe incapaz de equilibrar a excitação (sexual) *vinda de dentro* – em outras palavras, *ela se comporta como se estivesse projetando tal excitação para fora*. O afeto e a neurose a ele correspondente estão firmemente inter-relacionados. O primeiro é uma reação a uma excitação exógena, e a segunda, uma reação à excitação endógena análoga. O afeto é um estado que passa rapidamente, enquanto a neurose é um estado crônico, porque, enquanto a excitação exógena age num único impacto, a excitação endógena atua como uma força constante. Na neurose, o sistema nervoso reage a uma fonte de excitação que é interna, enquanto, no afeto correspondente, ele reage contra uma fonte análoga de excitação que é externa (Freud, 1895, p. 113).

Segundo Rodrigues (2008) a primeira teoria da *angst*, portanto, dava a esta uma causa somática, sendo que Freud acreditava que o medo da sexualidade presente em jovens ignorantes sobre o assunto poderia estar na gênese da neurose de medo. Cabe ressaltar que como naquele momento de sua obra Freud ainda não havia desenvolvido sua teorização sobre sexualidade infantil, isto impactava diretamente sua concepção do papel de uma suposta ignorância sobre a sexualidade na vida de jovens e adultos. Assim como o desconhecimento sobre o circuito fisiológico das emoções levava Freud a associar os sintomas fisiológicos derivados do

sentimento de medo ao ato sexual, devido ao acúmulo da tensão física derivado de um déficit no afeto sexual, conforme constatou Rodrigues.

Para Rodrigues (2008), em 1926 é que Freud elaborará sua hipótese definitiva sobre a “*angst*”, quando a teoria econômica é abandonada por ele, a partir dos avanços obtidos na década de 1920, quando o ego é colocado como sede da “*angst*”. A angústia passa a ser vista por Freud (1926) como um estado afetivo reacional a uma condição de perigo, representa um sinal emitido pelo ego no intuito de acionar a instância prazer-desprazer, com o objetivo de afastar o ego de uma situação de perigo.

Os casos clínicos acompanhados por Freud em sua maioria são relatos de pacientes já adultos. Para ilustrar a questão do medo expressa na infância podemos recorrer ao texto “Análise de uma fobia em um menino de cinco anos”, de 1909, onde é relatada a história de Hans, um menino cujo pai era estudioso das ideias de Freud e havia se proposto a se corresponder com ele descrevendo-lhe o desenvolvimento de seu filho, a quem criava com liberdade e o mínimo de coerção possível. Desse modo, era o pai de Hans quem conduzia a análise de seu filho. Hans era descrito como um menino alegre, inteligente e vivaz que desde os três anos incompletos começou a ter interesse e curiosidade sobre o órgão sexual masculino, a quem chamava de “pipi”. Em suas investigações ele inicialmente deduziu que todos os seres possuíam um pipi e, em um segundo momento, compreendeu que somente os seres animados o possuíam (Freud, 1909).

Quando ele estava com três anos e meio houve o nascimento de sua irmã Hanna, que foi marcado por uma rejeição por parte de Hans. Quando ele a viu sem roupa deduziu que ela possuía um órgão sexual da mesma natureza que o dele, porém que este era pequeno por ela ser pequena. O órgão sexual dos animais também lhe chamavam muita atenção, principalmente o do cavalo que possuía um grande pipi. Em meio a este interesse pelo órgão fático ele também desenvolveu jogos amorosos com outras crianças de ambos os sexos com quem tinha contato nas férias de verão em Gmuden e, além disso, iniciou uma atividade masturbatória recorrente. Somente aos quatro anos e meio se deu conta da distinção anatômica entre os órgãos sexuais masculino e feminino (Freud, 1909).

Após um episódio de gripe Hans desenvolveu medo de sair de casa e quando saía se esquivava de passar próximo aos cavalos, assim como de carroças e ônibus. Neste período ele permanecia bem emocionalmente durante o dia em sua casa, mas se angustiava a noite, gostando

que sua mãe o mimasse e dormisse com ele. Nesta época ele estava vivenciando o complexo de Édipo, com intensificação do afeto pela mãe e desejo de tê-la só para si no lugar de seu pai. A angústia na sua fobia pode ser explicada como sendo oriunda do recalçamento da propensão agressiva de Hans. Como resultado da análise de Hans que foi conduzida a partir de orientações a seu pai, tendo Freud estado com o menino apenas em uma consulta, ele superou o medo de cavalos e desenvolveu um bom relacionamento com o pai, tendo sido fundamental neste processo a explicação final dada por seu pai acerca do mecanismo de nascimento dos bebês, o que representava para ele um grande enigma e tinha relação direta com os medos expressos (Freud, 1909).

No presente estudo parte-se da hipótese de que a emoção de medo gerada por uma situação concreta ou subjetiva atua sobre o campo somático acionando o mecanismo de estresse e a conseqüente alteração hormonal. Pretende-se, pois, aqui, verificar se os pacientes cronicamente mal controlados apresentam alteração do comportamento de ingestão de alimentos proibidos durante vivências ameaçadoras de causas tanto externas quanto internas, o que pode contribuir para o quadro de DM1 cronicamente mal controlado em crianças. A seguir serão descritos os mecanismos neurofisiológicos do estresse.

## 2.5 ASPECTOS NEUROFISIOLÓGICOS DO ESTRESSE

Na atualidade tem sido largamente utilizado o conceito de estresse, passando este a integrar o senso comum a partir de sua divulgação indiscriminada nos meios de comunicação de massa. Isto tem gerado tanto interesses científicos com o estudo e desenvolvimento de terapêuticas, quanto econômicos, através das indústrias farmacêuticas que procuram criar meios de combatê-lo. Além disso, um elevado nível de licença médica e absenteísmo é atribuído ao estresse (Filgueiras & Hippert, 1999).

Cabe ressaltar que as respostas básicas aos fatores estressores, inicialmente adaptativas, agem sempre de modo conjugado com mecanismos de natureza psicológica que são defensivos-adaptativos. Assim sendo, é a duração ou intensidade do estresse em conjugação com o modo como é enfrentado pelo indivíduo que o torna morbígeno, assim como o uso em excesso dos seus mecanismos fisiológicos devido a um possível bloqueio das defesas psicológicas (Mello Filho, 1986).

Hans Selye destacou-se no pioneirismo quanto ao estudo do estresse. Ele desenvolveu uma pesquisa experimental com ratos na Universidade McGill, no Canadá, através da injeção de extrato de placenta de vaca nesses animais, objetivando descobrir novo hormônio sexual. Entretanto as várias alterações observadas tanto no grupo experimental quanto no grupo controle, não indicaram a existência desse hormônio que ele procurava. A hipótese surgida a partir dessa constatação foi que o que poderia ter causado os efeitos encontrados seria a manipulação dos animais e não o extrato, hipótese esta testada através do submetimento dos ratos a diferentes estímulos, tais como: frio, injúria tecidual, exercício excessivo e intoxicações. Independentemente do estímulo utilizado, Selye constatou os mesmos resultados, chegando à conclusão de que se tratava de uma reação geral de alarme do organismo diante de situações críticas, representando um esforço no sentido de adaptação à condição emergente. Ele chamou este processo de “síndrome de adaptação geral”, caracterizando-a por causar hipertrofia das glândulas adrenais, úlceras gástricas, além de redução do tamanho do timo, baço e gânglios (Selye, 1936).

O termo inglês “stress”, oriundo da física, significa uma força que gera um grau de deformação em um material ao ser sujeitado a um esforço ou tensão (Gomes & Silva, 2007).

Pode-se definir o estresse como um estado de ameaça ao equilíbrio do organismo, seja tal estado antecipado ou real, e a reação do organismo objetivando o restabelecimento do estado de equilíbrio, ou seja, a homeostase, através de um conjunto de respostas fisiológicas e comportamentais que buscam a redução de danos para o organismo. O sistema nervoso autônomo (SNA) simpático possibilita respostas rápidas, de curta duração, ao fator estressor, através de alterações imediatas na fisiologia dos órgãos, podendo, por exemplo, elevar a frequência cardíaca e a pressão arterial. Ele atua de modo complementar com o eixo hipotálamo-hipófise-adrenal (HHA) que é um mecanismo mais lento, que eleva os níveis de glicocorticóides circulantes como, por exemplo, o cortisol em humanos (Ulrich-Lai & Herman, 2009).

A partir dos estudos de Selye o estresse foi dividido em três fases: a fase de alerta, que ocorre no início do estímulo estressor exigindo do organismo uma resposta rápida de luta ou fuga; a fase de resistência, em que há um desgaste do organismo na tentativa do restabelecimento do equilíbrio interno, podendo ocasionar consequências iniciais no campo mental, emocional e físico, sendo que o organismo fica mais suscetível a doenças; e a fase de exaustão, que representa a fase crítica do estresse, com “sintomas de irritabilidade, dificuldades para relaxar, isolamento social, alterações do sono, dificuldades sexuais, queda de cabelo, baixa autoestima, aumento da glicose circulante e colesterol”, podendo ocasionar, ainda, patologias mais graves (Gomes & Silva, 2007, p. 435).

O distress psicológico, isto é, um estresse negativo, tem sido suspeito de ter importantes efeitos no desenvolvimento do diabetes, sendo que medidas de distress são sensíveis a instrumentos de rastreamento para detectarem desordens mentais, desordens afetivas ou desordens de ansiedade. Em uma análise prospectiva realizada com dados de 9514 participantes em uma pesquisa tipo survey realizada em lares britânicos, o questionário de saúde geral, versão com doze itens, (GHQ12) foi usado para avaliar o distress psicológico geral, sendo que o diabetes foi mensurado a partir de medidas de auto-relato, utilizando-se uma lista de auto relato de problemas de saúde. O instrumento foi auto-aplicado pelos participantes durante a realização de visitas familiares. Utilizou-se uma amostra representativa dos lares britânicos, recrutada em 1991 e acompanhada até 2009 (Mommersteeg et al., 2012).

Tal estudo foi conduzido pelo ESRC UK Centro de Estudos Longitudinais (ULSC), junto com o Institute for Social and Economic Research (ISER) e a Universidade de Essex. Avaliou-se, assim, a incidência de diabetes tipo 2 durante um seguimento de 18 anos, comparando

participantes com distress baixo e pacientes com distress alto. Um total de 472 participantes desenvolveu diabetes ao longo do período acompanhado, sendo que aqueles com distress alto tiveram 33% de chance a mais de desenvolver diabetes em comparação com aqueles com baixo nível de distress psicológico, ajustado por idade, sexo, nível de educação e renda dos lares. Pôde-se concluir que níveis mais altos de distress psicológico são um fator de risco para o desenvolvimento de diabetes (Mommersteeg et al., 2012).

Segundo Marques (2004), a situação de doença em si mesma, em seus aspectos físicos, psicológicos e sociais, pode ser considerada como uma causa externa de estresse infantil, visto que ela engloba tanto a hospitalização e o tratamento como a relação com os outros e a mudança na rotina. Os sintomas do estresse infantil:

assim como nos adultos, são manifestações, exteriorizações de pressões e tensões sobre a criança e o adolescente e, que podem ser de ordens psicológicas, físicas ou ambos. Isto porque a criança vive um período de muita angústia e sofrimento determinado por fatores como ambiente desconhecido, medidas terapêuticas, retirada do ambiente familiar, convívio com outros que estão na mesma situação, apresentando quadros semelhantes ou até piores, onde elas podem apresentar irritabilidade ou retraimento, por exemplo (Marques, 2004, p. 4).

Mota, Franco & Motta (1999), postulam que há pelo menos duas classes de eventos estressores associadas ao risco de natureza psicológica: as circunstâncias que são reconhecidas como estressantes e os significados conferidos pelos indivíduos às mudanças e aos eventos. Outros fatores também relevantes relacionam-se à postura de evitação como estratégia de superação do estresse seja por sua minimização ou negação; assim como a existência de uma rede social de suporte e recursos pessoais de resistência ao estresse. Fatores estes reconhecidos como moduladores de respostas à exposição a situações estressantes. Os autores destacam que os estudos nessa área mostram a necessidade de um maior conhecimento sobre o papel das relações entre estresse, doença e características individuais.

A ativação do sistema nervoso autônomo e do eixo hipotálamo-pituitária-adrenal (HPA) caracteriza o mecanismo do estresse que promove a liberação de adrenalina e cortisol, produzindo uma cascata de eventos neurobiológicos e neuroquímicos. Eventos estes que quando crônicos são capazes de gerar mudanças na estrutura e/ou funcionamento do cérebro, alterações estas que podem ser duradouras, o que representa um fator de risco para o desenvolvimento de dificuldades cognitivas. Alterações morfológicas e químicas em reação ao estresse são desencadeadas por regiões cerebrais como o hipocampo, a amígdala e o córtex préfrontal,

mudanças estas que se o estresse durar semanas são reversíveis, mas que a longo prazo podem se tornar irreversíveis. Uma revisão de literatura realizada na base de dados Medline/PubMed, no item: “Aspectos neuropsicológicos relacionados a abandono, abuso físico, abuso sexual e negligência” em crianças encontrou em sete de oito estudos correlações entre situações de estresse emocional precoce e prejuízo de ao menos um aspecto do desenvolvimento cognitivo, tais como inteligência, atenção, linguagem e funcionamento neuro-motor (Oliveira, Scivoletto & Cunha, 2009). No presente estudo pretende-se verificar se o estresse psicológico não teria também um importante papel no controle do diabetes e não somente em sua incidência.

## **3 MÉTODO**

### **3.1 METODOLOGIA DO ESTUDO**

Trata-se de uma pesquisa qualitativa, transversal e exploratória. A pesquisa qualitativa ressalta os aspectos subjetivos e contextuais do fenômeno estudado, trazendo uma riqueza maior de informações nas quais os leitores poderão basear-se para avaliar o estudo (Helman, 2003).

### **3.2 POPULAÇÃO E AMOSTRA**

O presente estudo foi realizado nos Serviço de Endocrinologia do Hospital Universitário da Universidade Federal de Juiz de Fora (HU/UFJF) durante os meses de março a maio de 2014, e no Serviço de Endocrinologia do Hospital Regional João Penido da Fundação Hospitalar do Estado de Minas Gerais (HRJP/FHEMIG), durante os meses de julho a setembro de 2014.

O HU/UFJF é um hospital de ensino federal que possui uma unidade de internação e uma unidade de atendimento ambulatorial, cujo Serviço de Endocrinologia possui um ambulatório multiprofissional voltado apenas para pacientes diabéticos, adultos e infantis. Quando o paciente diabético vai ao serviço ele é atendido não somente pelo médico mas também por psicólogo, enfermeiro, nutricionista, assistente social e educador físico, sejam estes profissionais vinculados à instituição, residentes ou estagiários, além de haver um grupo de educação em saúde para os pacientes com DM1 do qual participam profissionais da medicina e enfermagem; já o HRJP/FHEMIG é um hospital estadual que possui os setores de internação e ambulatorial presentes em uma mesma unidade, onde funciona o ambulatório de endocrinologia pediátrica, no qual são atendidas crianças com diferentes patologias. O ambulatório conta com uma médica responsável, uma médica residente de pediatria e acadêmicos de medicina. Cabe ressaltar que não há nesta instituição atendimento multiprofissional ambulatorial, apenas nos setores de

internação. Os dois hospitais são vinculados ao SUS e atendem pacientes de Juiz de Fora e cidades vizinhas.

A amostra não aleatória foi constituída por famílias que possuem crianças portadoras de DM1, tendo como critérios de inclusão crianças com idade entre 7 e 12 anos de idade, com quadro de diabetes cronicamente mal controlado, que tenham descoberto o diagnóstico de diabetes há pelo menos um ano. Os critérios de não inclusão foram a recusa em participar seja por parte do responsável ou da criança, assim como a incapacidade de comunicação verbal.

O limite inferior da faixa etária amostral (7 anos) foi definido baseando-se na capacidade de verbalização das crianças, necessária para o exercício do diálogo e expressão oral dos sentimentos durante a realização das entrevistas (Sparapini et al., 2012), e o limite superior baseou-se nos parâmetros utilizados em diferentes pesquisas qualitativas sobre diabetes com crianças, que consideraram 12 anos como idade limite da infância (Moreira & Dupas, 2006, Nascimento et al., 2011, Sparapini et al., 2012, Pilger & Abreu, 2007, Góes, Vieira & Liberatore Junior, 2007). Participaram da pesquisa quatro crianças e cinco responsáveis do HU/UFJF e três crianças e três responsáveis do HRJP/FHEMIG, totalizando 15 participantes. Dentre os responsáveis e pacientes do HU/UFJF todos aqueles que foram convidados aceitaram participar da pesquisa, entretanto uma das crianças não pôde ser entrevistada, apenas sua mãe, pois após quatro tentativas de ser realizada a entrevista por diferentes motivos o comparecimento da criança não foi possível. Já no HRJP/FHEMIG houve recusa por parte de um responsável.

O número reduzido de participantes alcançado inicialmente no HU/UFJF foi que levou à necessidade de ser buscada uma outra instituição para a coleta de dados, realizando-se então novas entrevistas no HRJP/FHEMIG. Inicialmente pretendeu-se a participação de 10 crianças e 10 responsáveis, totalizando 20 participantes, mas devido à escassez de pacientes que preenchiem os critérios de inclusão este número não foi alcançado mesmo com a coleta de dados em duas instituições. Entretanto considera-se que as entrevistas realizadas foram suficientes para alcançar o objetivo do estudo, mediante o critério de saturação.

A definição do tamanho da amostra baseou-se na revisão de literatura realizada. Em um estudo sobre o uso de entrevistas em dissertações e teses de um programa de pós-graduação em educação, Manzini (2012) analisou 100 dissertações, dentre as quais 76 utilizaram roteiro de entrevista semi-estruturado e 62 destas possuíam amostra de até 20 participantes, correspondendo a 81% das dissertações analisadas que utilizaram tal instrumento. Além disso,

diferentes estudos qualitativos que investigaram aspectos referentes ao diabetes também utilizaram amostra inferior a 20 participantes (Vieira & Lima, 2002; Pilger & Abreu, 2007; Faria & Bellato, 2009; Sparapini et al., 2012; Góes, Vieira & Liberatore Júnior, 2007; Moreira & Dupas, 2006; Santos, Zanetti & Santos, 2005; Almino, Queiroz & Jorge, 2009; Damião & Angelo, 2001).

### **3.3 INSTRUMENTOS**

Os participantes foram entrevistados através de um roteiro de entrevista semi-estruturado elaborado pela pesquisadora a partir da revisão de literatura efetuada (apêndice A), contemplando os objetivos da pesquisa. Tal instrumento contém três partes: as partes A e B que foram respondidas pelos responsáveis e a parte C que foi respondida pelas crianças. A parte A continha dados pessoais e de identificação, a parte B questões referentes à identificação da ocorrência de vivências ameaçadoras nos pacientes infantis com diabetes mellitus tipo 1 cronicamente mal controlado, assim como de fatores estressores e sua relação com a alteração alimentar na perspectiva dos pais e a parte C contemplava tais aspectos na perspectiva das crianças. Ressalta-se que a questão 7 da parte B da entrevista baseou-se no questionário de caracterização familiar de Dessen, Cerqueira-Silva & Dessen (2009) e as imagens utilizadas na parte C da entrevista, realizada com as crianças, são de domínio público e foram obtidas através do Google Imagens. O desenho livre e as imagens foram recursos lúdicos utilizados com o intuito de deixar as crianças a vontade no cenário da entrevista e despertar-lhes possíveis associações livres, auxiliando na compreensão das reações de medo e do modo como lidam com sua alimentação e com o diabetes

### **3.4 PROCEDIMENTOS**

A pesquisa foi iniciada a partir do levantamento junto ao Serviço de Endocrinologia do HU/UFJF dos nomes de todos os pacientes infantis com DM1, excluiu-se os pacientes que não preenchem os critérios de inclusão e solicitou-se a uma das médicas do serviço que indicasse a partir da lista quais pacientes possuíam quadro de DM1 cronicamente mal controlado. A seguir foi realizado contato telefônico com os responsáveis de três pacientes que não preenchem todos os critérios de inclusão, eles foram informados sobre o objetivo da pesquisa e convidados para a realização do estudo piloto, tendo sido obtida a aceitação por parte de apenas um responsável.

Realizou-se um estudo piloto, com o intuito de verificar a necessidade de possíveis alterações no instrumento e no procedimento de intervenção, entretanto como a população de estudo era pequena, o estudo piloto foi realizado com uma paciente com características semelhantes à amostra pretendida e sua responsável, mas que não preencham todos os critérios de inclusão, sendo realizados pequenos ajustes no instrumento a partir dessa entrevista. Segundo Manzini (2012, p. 17):

O estudo piloto deve ser compreendido como uma pesquisa que realiza todas as etapas previstas: elaboração do roteiro; apreciação de roteiro para juízes (profissionais mais experientes); realização da entrevista; transcrição e elaboração de um sistema de categorias. Ao final do estudo piloto é possível afirmar ou não se os dados coletados responderam ao objetivo inicial. O estudo piloto pode ser realizado com duas ou três entrevistas com entrevistados que não irão participar da pesquisa principal, mas que possuem características semelhantes à população que fará parte da pesquisa.

Com o intuito de realizar uma ambientação e contato inicial com os pacientes e seus responsáveis, a pesquisadora participou do grupo de pacientes com diabetes mellitus tipo 1 do Serviço de Endocrinologia do HU/UFJF. Este é um grupo de educação em saúde cujo objetivo é trazer informação aos pacientes e familiares, além de representar um espaço de troca de experiências e suporte social entre os mesmos, ocorre mensalmente e conta com a coordenação de uma médica e duas enfermeiras. Esta participação se deu ao longo da pesquisa, enquanto se mostrou produtiva, por três vezes. Utilizou-se, ainda, um diário de campo, para fazer as anotações complementares que se mostraram pertinentes referentes aos grupos ou às entrevistas e durante os grupos.

Realizou-se o contato com os responsáveis pelos pacientes selecionados pessoalmente no dia da consulta médica ou da realização do grupo de educação em saúde. Os responsáveis foram

informados sobre os objetivos da pesquisa e o destino dos dados fornecidos, podendo optar por participar ou não da mesma sem nenhum prejuízo, mediante a leitura e assinatura do Termo de Consentimento Livre Esclarecido (TCLE) (apêndice B). Eles efetuaram, ainda, a leitura e assinatura do Termo de Consentimento Livre Esclarecido do Menor (apêndice C), autorizando, assim, a participação dos pacientes. Já os pacientes expressaram verbalmente seu consentimento em relação à participação na pesquisa. Os responsáveis que aceitaram participar foram entrevistados pela pesquisadora no HU/UFJF antes ou após a consulta ambulatorial ou no dia da realização do grupo de educação em saúde de acordo com a disponibilidade dos mesmos, através de uma entrevista semi-estruturada. Momento este em que também foram realizadas as entrevistas com os pacientes, individualmente. Foi feita apenas uma entrevista com cada paciente e seu responsável.

No HRJP/FHEMIG a pesquisa foi iniciada a partir da solicitação à médica responsável pelo Serviço de Endocrinologia da instituição que indicasse quais pacientes preenchiam os critérios de inclusão. Optou-se por tal estratégia a partir da constatação de que o número de pacientes que preenchiam os critérios de inclusão era pequeno: apenas quatro, dos quais três responsáveis aceitaram participar da pesquisa.

Os responsáveis foram abordados após a consulta médica, sendo esclarecidos sobre o objetivo da pesquisa e convidados a participar da mesma, sendo-lhes informado sobre o destino dos dados fornecidos e que a sua participação seria espontânea, podendo-se retirar da pesquisa a qualquer momento. Eles leram e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice D), já para os pacientes foi lido o Termo de Assentimento (Apêndice E), tendo sido o termo assinado por eles e seus responsáveis. Realizou-se uma entrevista individual com cada responsável e uma entrevista individual com cada criança. Optamos na presente pesquisa pela gravação e transcrição dos registros visando à maior fidedignidade dos dados obtidos.

### **3.5 ANÁLISE DE DADOS**

Os dados obtidos a partir da transcrição das entrevistas foram analisados qualitativamente a partir da técnica de análise de conteúdo proposta por Bardin (1977) e serão armazenados por

um período de cinco anos, após o qual serão destruídos. Segundo Bardin (1977), a análise de conteúdo caracteriza-se como um conjunto de técnicas de análise das comunicações, que utiliza procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens. O referencial teórico adotado para se realizar uma leitura a partir dos resultados foi o da psicologia da saúde e da psicanálise, a partir do conceito de *angst* postulado por Freud ao longo de sua obra e da releitura deste efetuada por Rodrigues (2008), com o objetivo de analisar as relações entre estresse, medo e diabetes mellitus cronicamente mal controlado em crianças.

Após as entrevistas serem transcritas realizou-se a leitura flutuante exaustiva destas, que teve como eixo norteador o objetivo da pesquisa e o referencial teórico adotado, a partir da qual foram evidenciados os temas que se constituíram como índices, com o recorte do texto de unidades comparáveis de categorização para análise temática. Realizou-se uma análise de conteúdo indutiva, segundo a qual conceitos, significados e categorias são derivados dos dados já coletados, buscando-se nestes sua regra inferencial. Este tipo de análise é utilizada caso não existam estudos anteriores sobre um certo fenômeno ou se houver muita dispersão dos dados, o que dificulta o processo de alocação por categorias prévias ou formais (Bardin, 1977; Castro, Abs & Sarriera, 2011).

A análise qualitativa foi utilizada, na qual o princípio de enumeração segue a regra de se evidenciar a presença ou ausência de significados em um grupo de palavras, a partir do entendimento teórico prévio obtido. A unidade de registro é a unidade de significação a codificar, pode ser o tema, palavra ou frase, é a partir desta unidade que o texto é recortado. Utilizou-se como unidades de análise frases e parágrafos que pudessem favorecer a compreensão das nuances do fenômeno estudado, observando-se tanto os conteúdos manifestos quanto aqueles latentes (Bardin, 1977; Castro, Abs & Sarriera, 2011).

### **3.6 ASPECTOS ÉTICOS**

A presente pesquisa só foi realizada após a aprovação do projeto pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) do HU/UFJF, parecer número 516.253 da Plataforma Brasil (Anexo 1), e pelo Comitê de Ética em Pesquisa do HRJP/FHEMIG, parecer número 696.912 da Plataforma Brasil (Anexo 2). Cabe ressaltar que os aspectos éticos foram respeitados durante a condução da pesquisa, conforme a resolução 196/96, do Conselho Nacional da Saúde, que estabelece as

diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos, sendo garantido o anonimato dos dados produzidos e respeitados os princípios da beneficência e não-maleficência (Brasil, 1996). Esta pesquisa apresentou risco mínimo, isto é, o mesmo risco existente em atividades rotineiras como conversar, tomar banho, ler, etc. Apesar disso, o participante teve assegurado o direito a ressarcimento ou indenização no caso de quaisquer danos eventualmente produzidos pela pesquisa. Pretendeu-se como benefício auxiliar os profissionais de saúde a obterem uma melhor compreensão sobre a repercussão dos fatores emocionais no quadro de diabetes mellitus tipo 1 cronicamente mal controlado em crianças no intuito de contribuir para um melhor controle da doença.

---

## IV RESULTADOS E DISCUSSÃO

### 4.1 CARACTERIZAÇÃO DA AMOSTRA

Conforme demonstrado no quadro 1, a faixa etária das crianças participantes da pesquisa variou de 7 a 12 anos, cujas escolaridades estavam de acordo com a idade, não evidenciando atraso escolar. Em três famílias o participante era filho único enquanto que em outras cinco existia a presença de um ou mais irmãos, sendo que em um dos casos havia a presença de um padrasto e do filho deste, considerado pela criança como um irmão, conforme foi relatado durante a entrevista. A idade das mães variou de 29 a 43 anos e a dos pais (e padrastos) de 30 a 57 anos. O tempo de diagnóstico do diabetes foi de um ano a quatro anos e oito meses. O tempo das entrevistas variou de 35 a 55 minutos. Cabe ressaltar que embora a classe social do sujeito estudado influencie nos resultados da pesquisa, esta variável não foi controlada por se entender que as clientela do HU/UFJF e do HRJP/FHEMIG têm uma inserção socioeconômica homogênea na medida em que o atendimento é realizado através do SUS. Portanto, são usuários, em sua maioria, de baixa renda.

Em todos os casos foi a mãe quem respondeu à entrevista, embora em duas das famílias a mãe não fosse o principal cuidador da criança em casa, responsável por seu tratamento. Em uma das famílias o padrasto era o cuidador principal e em outra o pai, enquanto que em um terceiro núcleo familiar a mãe e o pai dividiam esta responsabilidade. Neste aspecto, diferentes estudos têm evidenciado que no tratamento da criança diabética a mãe é quem assume o papel de principal cuidadora, assim como ficou evidenciado nesta pesquisa (Góes, Vieira & Liberatore, 2007; Pilger & Abreu, 2007). Constata-se que mesmo nos casos em que a mãe não era diretamente responsável pelo tratamento da criança em seu cotidiano, foi ela quem levou a criança na consulta médica, sendo que apenas dois dos pais estavam presentes no ambulatório junto às mães no dia da entrevista. No quadro 1 são expressos os dados pessoais e familiares dos participantes. Os nomes dos entrevistados são fictícios.

#### **Quadro 1: Dados pessoais e familiares**

| Núm. | Tempo da entrevista da criança e seu responsável | Nome    | Idade   | Série escolar | Responsável que respondeu a entrevista | Composição familiar                                   | Profissão dos pais   | Cuidador principal da criança, responsável por seu tratamento | Tempo de diagnóstico |
|------|--|---------|---------|---------------|--|---|--|---|----------------------|
| 1    | 37   | Vagner  | 12 anos | Sétimo ano    | Mãe                                    | Mãe (41)<br>Padrasto (43 anos)<br>Enteado (17 anos)   | Mãe: enfermeira<br>Padrasto: produtor rural  | Padrasto  | 1 ano                |
| 2    | 35   | Cesar   | 9 anos  | Segundo ano   | Mãe                                    | Mãe (41 anos)<br>Pai (43 anos)                        | Mãe: dona de casa<br>Pai: balconista   | Mãe   | 2 anos e meio        |
| 3    | 36   | Joana   | 9 anos  | Terceiro ano  | Mãe                                    | Mãe (43)<br>Pai (46 anos)<br>Irmã (17 anos)           | Mãe: dona de casa<br>Pai: militar do exército  | Mãe   | 4 anos               |
| 4    | 41   | Lara    | 12 anos | Oitavo ano    | Mãe                                    | Mãe (43 anos)<br>Pai (32 anos)                        | Mãe: coordenadora de creche<br>Pai: braçal rural                                       | Pai e mãe   | 2 anos               |
| 5    | 39   | Adriana | 11 anos | Sexto ano     | Mãe                                    | Mãe (29 anos)<br>Padrasto (40 anos)<br>Irmão (4 anos) | Mãe: coordenadora de creche<br>Pai: braçal rural<br>Mãe: dona de casa<br>Pai: mecânico | Mãe   | 4 anos               |
| 6    | 55   | Roberto | 9 anos  | Quarto ano    | Mãe                                    | Mãe (29)  | Mãe:   | Mãe   | 2 anos               |

|   |    |         |        |              |     |   |  |     |                     |
|---|----|---------|--------|--------------|-----|---|--|-----|---------------------|
|   |    |         |        |              |     | anos)<br>Pai (30 anos)<br>Irmã (4 Anos)                                     | dona de casa<br>Pai:<br>frentista                  |     |                     |
| 7 | 44 | Herbert | 7 anos | Primeiro ano | Mãe | Mãe (43 anos)<br>Pai (57 anos)  | Mãe:<br>dona de casa<br>Pai:<br>cultiva-dor mudas  | Pai | 4 anos e oito meses |
| 8 | 48 | Lorena  | 9 anos | Terceiro ano | Mãe | Mãe (38 Anos)<br>Pai (34 anos)<br>3 irmãos (19 dias, 1 ano e meio e 7 anos) | Mãe:<br>dona de casa<br>Pai:<br>Técnico de enferm. | Mãe | 1 ano e 9 meses     |

## 4.2 ANÁLISE DAS ENTREVISTAS

Três das categorias criadas foram as mesmas tanto na análise de conteúdo das entrevistas realizadas com as crianças (2, 4 e 5) quanto das entrevistas realizadas com as mães (1, 2 e 3), por isto serão analisadas em conjunto. As categorias 1 e 3 das entrevistas das crianças por não apresentarem correspondência nas entrevistas das mães não serão submetidas à análise conjunta. Cabe ressaltar que devido ao fato da criança Joana não ter participado da entrevista, apenas sua mãe, não há para ela as categorias 1 e 3 das entrevistas das crianças.

### **Categoria 1 das entrevistas das crianças: Ter diabetes.**

A Categoria 1 foi intitulada “Ter diabetes” onde as crianças puderam expressar como era para elas viver com esta doença, tendo sido observada a presença de três sub-categorias: “normal”, onde as peculiaridades de ser diabético não eram privilegiadas, como foi evidenciado

por dois dos participantes (Cesar e Herbert), a existência de pontos positivos e negativos, destacada por uma das participantes (Lorena) e a presença de limitações na vida cotidiana, como foi ressaltado pelos demais participantes (quadro 2).

**Quadro 2 – Categoria: Ter diabetes**

| <b>Nomes/Sub-categorias</b> | <b>Normal</b> | <b>Limitações</b> | <b>Pontos positivos e negativos</b> |
|-----------------------------|---------------|-------------------|-------------------------------------|
| Vagner                      |               | X                 |                                     |
| Cesar                       | X             |                   |                                     |
| Lara                        |               | X                 |                                     |
| Adriana                     |               | X                 |                                     |
| Roberto                     |               | X                 |                                     |
| Herbert                     | X             |                   |                                     |
| Lorena                      |               |                   | X                                   |

Vagner descreve negativamente as limitações de ter diabetes:

*“Ah é ruim né porque num pode comer doce, ah tem um mon, não pode comer doce, não pode fazer um monte de coisa.”* (Vagner, 12 anos, p. 14).

Cesar menciona que é “normal” ter diabetes, referindo que há apenas a restrição de alimentos doces, mas quando questionado se era tranquilo não comer coisas doces, ele expressa uma dificuldade neste aspecto:

*“Normal. (...) É só não comer as coisas doce. (...) É mais ou menos.”* (Cesar, 9 anos, p. 19).

Lara fala sobre sua vivência com o diabetes, ressaltando como limitação a dificuldade de acompanhar seus colegas a locais onde há alimentos que ela deve evitar.

*“Mais ou menos né, porque tem umas coisas que a gente pode fazer, outras não, mas não tenho nada contra o diabete não. (...) Sair com os amigos, porque eles vão muito assim nessas venda de doce, essas coisa assim, aí eu não posso entrar porque têm alimentos que não pode e não tem doce diet, aí é por isso. (...) De vez em quando eu vou, mas assim dá uma vontade (riso) de comer algum doce, mas de vez em quando eu nem vou (tom de lamento), porque também ficar indo, vendo sempre.”* (Lara, 12 anos, p. 11).

Adriana expressa em sua fala a dificuldade de aceitar as limitações alimentares do diabetes:

“*Eu me sinto como se eu fosse, como se eu pudesse comer mais do que eu posso.*” (Adriana, 11 anos, p. 17).

Roberto destaca em sua entrevista as limitações decorrentes do fato de ter diabetes, ressaltando, ainda, que o gostar de doces surgiu após o diagnóstico do diabetes, evidenciando um desejo por aquilo que passa a lhe ser restrito:

“(Riso) *Eu não posso comer doce, eu gosto de comer, antes eu não gostava não, agora que eu não posso, agora eu gosto (riso), antes eu não comia doce quase nenhuma hora. (...) Antes (de tornar-se diabético) eu não comia nem doce direito. (...) Agora eu tenho, agora, agora que eu não posso eu gosto. (...) Eu gosto de comer (riso). (...) Ih tá difícil, eu, eu gosto de comer, eu num posso (riso). (...) Eu tenho que pedir a minha mãe, eu, eu num paro de comer.*” (Roberto, 9 anos, p. 16).

Herbert considera, sucintamente, ser normal ter diabetes:

“*É normal.*” (Herbert, 7 anos, p. 21).

Lorena menciona haver pontos positivos e negativos em possuir diabetes:

“*Hum... é, tem algumas coisas, alguma coisas que, que eu tenho que fazer da diabetes eu não gosto. (...) É tipo, de toda hora aplicar, quase toda hora é... E algumas coisas eu gosto. (...) Que eu não gosto é tipo... é eu medir... toda hora, aplicar toda hora. Algumas coisas... (...) E também algumas coisas eu gosto. É quando, quando tá baixa, a minha mãe compra mel pra eu chupar.*” (Lorena, 9 anos, p. 15 e 16).

### **Discussão da categoria “Ter diabetes”.**

A criança que possui uma doença foge do padrão esperado na infância de que possa desenvolver-se normalmente, através da vivência de situações de saúde, ocorrendo uma modificação em seu comportamento, sendo que diferentes sentimentos podem ser desencadeados por esta experiência desconhecida, tais como “culpa, medo, angústia, depressão e apatia e ameaçar a rotina do seu dia-a-dia” (Pilger & Abreu, 2007, p. 495).

Possuir uma doença crônica como o DM1 representa aprender a viver de um outro modo, diferente das demais crianças, envolve restrições alimentares e uma rotina entremeada por medições da glicose e aplicação de insulina. Na pesquisa realizada evidenciou-se tanto um sentimento de normalidade em ter esta doença, quanto foram destacados aspectos positivos e

negativos do diabetes, entretanto prevaleceram as limitações da doença, evidenciando diferentes modos de manejo da mesma. Neste sentido, um estudo que teve como objetivo realizar uma revisão sistemática da literatura sobre quais fatores na opinião de crianças com DM1 eram importantes para o manejo do diabetes, identificou como fatores facilitadores do viver com diabetes a valorização da experiência da criança, o conhecimento, enfrentamento e aceitação da doença, assim como crenças e sentimentos positivos; já como aspectos dificultadores constatou-se o desconhecimento da doença, o seu enfrentamento como uma luta diária, assim como a existência de preconceito ou isolamento em decorrência da patologia (Nascimento et al., 2011).

A criança diabética vivencia por um longo período de tempo inúmeras limitações que ocasionam sentimentos de medo e insegurança, além de atitudes graduantes entre o conformismo e o autocuidado, desencadeando diferentes emoções, tais como:

a negação, a minimização da doença, raiva e frustração pela limitação da patologia, sintomas depressivos, culpa, procura de soluções impossíveis, dentre outras. A depressão tem uma porcentagem significativamente alta entre adolescentes com diabetes mellitus tipo 1 e tanto ela quanto problemas com auto-estima têm um impacto negativo na adaptação ao diabetes e controle da patologia (Moreira & Dupas, 2006, p. 26).

O paciente diabético sofre mudanças significativas na relação com seu corpo e o mundo ao seu redor, limitações estas expressas principalmente através do comportamento alimentar que passa a sofrer restrições, o que acarreta um conflito entre o desejo por um alimento e a contenção do mesmo que se impõe no cotidiano da vida do paciente. “O desejo alimentar faz o paciente sofrer, reprimir, salivar, esquecer, transgredir, mentir, negar, admitir, sentir prazer, controlar e sentir culpa. Ao mesmo tempo, esse desejo o faz feliz de uma forma que só ele sabe descrever” (Santos et al., 2005, p. 402).

Diante deste cenário, para que um manejo positivo da doença seja obtido por parte da criança e sua família é fundamental que seja considerada pelos profissionais de saúde a realidade vivenciada pelos pacientes em seu cotidiano, o modo como é tecida a experiência do adoecimento, seus sentidos e significados, superando a assistência prestada unicamente através da consulta médica, realização de exames laboratoriais e avaliação clínica, que consiste numa ação reducionista através da transmissão vertical do saber (Faria & Bellato, 2008).

Santos et al. (2005, p. 398), destacam a importância da qualidade do cuidado ao paciente diabético através de uma abordagem integral, “envolvendo os elementos fisiopatológicos, psicossociais, educacionais e de reorganização da atenção à saúde”, onde haja uma participação ativa do paciente, com a realização de treinamentos e disponibilização de informações por parte dos profissionais de saúde. Outros aspectos importantes para o tratamento são a motivação apresentada pelo paciente, a aceitação da doença e o apoio da família, visto que a família de certo modo também adoece junto com ele.

### **Categoria 2 das entrevistas das crianças e categoria 1 das entrevistas dos responsáveis: Manifestação de medo**

A categoria “Manifestação de medo”, possibilita a expressão dos diferentes modos como o medo é expresso pelos participantes, na forma de uma expectativa temerosa em relação a situações, tendo sido identificadas três sub-categorias: expectativa temerosa relacionada à perda, separação ou morte; relacionada à seringa ou acesso venoso; e de que diabetes não tenha cura. Os demais medos expressos pelos participantes foram agrupados na sub-categoria “outros medos”.

**Quadro 3 – Categoria: Manifestação de medo**

| <b>Nomes/Sub-categorias</b> | <b>Expectativa temerosa em relação à perda, separação ou morte.</b> | <b>Expectativa temerosa de que diabetes não tenha cura.</b> | <b>Expectativa temerosa em relação à seringa ou acesso venoso.</b> | <b>Outros medos.</b> |
|-----------------------------|---|---|--|----------------------|
| Vagner                      |   |   | X  | X                    |
| Cesar                       | X   | X   |  | X                    |
| Joana                       | X   |   | X  | X                    |
| Lara                        | X   |   | X  | X                    |
| Adriana                     | X   |   |  |                      |
| Roberto                     |   |   | X  | X                    |
| Herbert                     | X   |   |  | X                    |
| Lorena                      | X   | X   |  | X                    |

Vagner apresenta expectativa temerosa diante da aplicação da insulina, principalmente no início do tratamento do diabetes, referindo que recentemente este medo está melhorando:

*“Quando eu comecei a aplicar a insulina eu chorava muito. (...) Ah... nesses dois meses eu tô melhorando.”* (Vagner, 12 anos, p. 14).

Outro momento em que a expectativa temerosa é evidenciada por Vagner é quando ele enfatiza o medo que possui de ficar sozinho no sítio onde mora com a família na zona rural:

*“Ah, ficar lá no sítio sozinho, num gosto muito não, porque lá já teve muito assalto. (...) Lá, a rodovia que passa lá em frente aí dá aquele, dá, dá muito assalto, dá essas coisas, aí eu tenho medo de ficar lá. Agora lá na cidade, cidade piquitinha lá em Liberdade eu fico lá tranquilo. (...) Mas, meu maior medo é de ficar no sítio.”* (Vagner, 12 anos, p. 16).

A expectativa temerosa que Vagner possui de passar mal devido a um descontrole do diabetes é expressa por sua mãe. As alterações da glicose apresentadas por Vagner tendem a ser por hipoglicemia:

*“Mas ele tem assim muito medo de passar mal. Muito medo mesmo de passar mal, ele já teve duas convulsões. (...) Por causa da glicemia, é por causa do diabetes ele teve duas convulsões e... quando eu falo assim: ‘\_ Come senão você vai passar mal.’, ‘\_ Não tô com fome...’ (imita o filho, com voz angustiada), mas vai lá e come.”* (Roberta, mãe do Vagner, 12 anos, p. 3).

Cesar expressa em sua fala tanto o medo fóbico de aranha, quanto a expectativa temerosa de que seus pais passem mal:

*“Aranha. (...) Ah, num sei, quando eu era bebezinho a minha mãe me deu uma camisa do homem aranha e senti, senti medo. (...) Eu até falei com a minha mãe lá em casa: “\_ Mãe, tira as aranha aqui de casa”.* (Cesar, 9 anos, p. 20).

*“De minha mãe passar mal e... internar. (...) O meu pai também. (...) Um dia ele quase morreu. (...) Bebeu cerveja demais. (...) Teve que chamar a ambulância. Já, tinha, é... furou o dedo dele três vezes o mesmo dedo, furou a meia.”* (Cesar, 9 anos, p. 20 e 21).

Inicialmente a mãe menciona que Cesar não possui medos, porém ao longo da entrevista ela se refere à expectativa temerosa da criança de que algo ruim aconteça com o pai devido ao fato dele ser diabético e não cuidar de sua saúde, o medo implícito da perda do pai é expresso posteriormente, visto que Cesar já possui vários conhecimentos sobre o diabetes e sabe os riscos que o pai corre:

*“Tem medo de nada não.” (Maria Aparecida, mãe de Cesar, 9 anos, p. 4).*

*“É ele, pra falar a verdade entendeu, preocupação com o pai dele. (...) Né, ele preocupa com ele entendeu, fala ‘\_Ô pai, cuida mais da sua glicemia, toma a injeção no horário certo que tem que tomar né.’ Então ele fica impressionado, fica muito assim preocupado com o quadro dele, isso aí já é o estado emocional, fica com aquilo na cabeça né, preocupado com o pai, que ele não se cuida, que o pai dele: ‘\_Não! Não preocupa comigo não! Cuida docê, olha ocê!’” E eu né, então esse lado aí já é um... já fica num né no estado dele. (...) Ih, tem (medo). Não é porque os outros falam não mas é dele mesmo né. (...) No pensamento dele ele tem medo, porque agora já tá entendendo o que é o diabete, ele já tá entendendo o perigo né, o perigo que é não se cuidar né (...) Mas ele morre de medo do pai dele. (...) Morre de medo de dar um piripaque.” (Maria Aparecida, mãe de Cesar, 9 anos, p. 9).*

Outro medo importante ressaltado pela mãe Cesar é sobre diabetes não ter cura, medo este que é expresso à mãe através de indagações recorrentes:

*“Ele fica perguntando muito sobre a cura. (...) ‘\_Mãe, que dia que vai acabar esse diabete?’ Aí eu falo pra ele né, não isso aí eu não escondo. ‘\_Meu filho, você tem ido na reunião meu filho, essa gli, você sabe que o diabete não tem cura meu filho, mas tem controle’. Aí passa aquilo ali né, passa uns dias de repente vem aquele negócio na cabeça de novo: ‘\_Oh mãe, por que que não vai acabar?’ Assim, sabe na calma, do nada, não é nervoso, agitado, com a mesma. Engraçado, eu fico pensando se ele pergunta, se a resposta é a mesma, ele insiste ali ainda, então eu não sei porque que ele insiste nessa... pergunta, sabe?! Isso aí eu num, num parei pra ele perguntar porque que você insiste né. (...) Aí eu num sei, não mas ele num pergunta nervoso nem nada não, aí depois ele, passa, entendeu?! Eu acho que ele já sabe no fundo, no fundo. O que, o que mexe comigo, o que tá mais mexendo comigo é isso aí. A única pergunta que ele tem é isso aí: “\_ Que dia mãe?” Eu posso falar com ele, tem cura?! Não, porque não tem né.” (Maria Aparecida, mãe de Cesar, 9 anos, p. 15).*

A mãe de Joana refere que a menina possui medo do escuro e de ficar sozinha, sendo que o medo mais relevante que ela percebe em sua filha é o da perda de sua mãe através da morte.

*“Ela tem medo de escuro, muito medo do escuro. É... tem medo de ficar sozinha, não fica sozinha, não gosta de ficar sozinha. É... só isso mesmo e quando eu fico doente, quando eu fico doente ela fica em desespero, igual eu tive um problema de saúde, tive que fazer tratamento e fiquei diversas vezes internada, fiz cirurgias, então assim ela ficava em desespero, porque pra ela assim era como se eu tivesse morrendo, sabe e que eu fosse, num fosse mais voltar. Então eu acho assim que o ponto de alicerce dela sou eu sabe (...).” (Fátima, mãe de Joana, 9 anos, p. 4).*

A mãe de Joana fala, ainda, sobre um episódio em que ficou internada e ressalta que neste período Joana ficou sem tomar insulina, visto que ela demonstrou medo de que outra pessoa lhe aplicasse:

“ (...) mas então foi nesse período que aí deu um certo descontrolizinho, porque ela não aceita que ninguém aplique a insulina nela a não ser eu. (...) Ela fala: ‘\_ Não você vai aplicar errado!’. Aí fala, a minha mãe fala: ‘\_ Não, a vovó sabe aplicar, a vovó aplica na bisa’. ‘Não, não é a mesma coisa! Você não vai aplicar em mim, quem vai aplicar em mim é a minha mãe! Você não vai aplicar, não vai, só a minha mãe!’. Então não ela aceita de jeito nenhum que ninguém encoste nela né. Assim essa parte de tratamento ela não deixa, essa parte de tratamento só eu mesma” (Fátima, mãe de Joana, 9 anos, p. 6).

Lara desenha uma seringa e fala sobre o incômodo que sente diante da aplicação diária de insulina, expectativa temerosa esta que tem sido atenuada a partir do desenvolvimento da capacidade de auto-aplicação:

“Eu não gosto de seringa porque dói (fala baixo e com a mão na frente da boca). (...) E antes eu tinha medo de seringa. (...) Antes deu ter diabete, como no começo eu dei muito assim muito problema pra tomar, entendeu?! (...) Ah eu lido assim que bem, só que eu não gosto é que os outros me apliquem a insulina em mim, entendeu?!” (Lara, 12 anos, p. 11).

A expectativa temerosa de que os pais briguem devido ao fato de ter feito algo errado é mencionada, de modo associativo, inicialmente quando a figura 2 é apresentada a Lara:

“Ele aprontou alguma coisa, o pai dele ou a mãe dele e ele deve tá com medo do pai dele ou da mãe dele descobrir. (...) Ele aprontou alguma coisa de errado.” (Lara, 12 anos, p. 12).

E reiterada ao longo de sua entrevista, ao falar sobre a possibilidade de que seus pais descubram que ela come escondido:

“Eu tenho... medo, quando igual eu como alguma coisa escondido, fico com muito medo de passar mal e a minha mãe descobrir e brigar comigo (...).”

Lara também expressa o medo do escuro:

“(...) como eu te falei antes eu tinha medo de seringa e eu tenho muito medo assim do escuro, eu não sei porque.”

“(...) Eu num sei, parece que assim de noite, quando vai ficando escuro, parece que eu vou vendo as coisas, é muito ruim, sabe?!” (Lara, 12 anos, p. 14).

O medo em relação a algum familiar passar mal é expresso, também, na sua fala diante da figura 3:

“Um moço chorando. (...) (Breve silêncio). Num sei... Algum familiar dele deve ter passado mal, alguma coisa assim, uma pessoa da família dele.” (Lara, 12 anos, p. 12).

Ao ser desligado o gravador, no final da entrevista Lara comenta sobre seus medos, referindo que desde os quatro anos de idade, quando começou o seu atendimento psicológico,

ela tinha muitos medos e que estes se manifestavam mais quando ela estava na rua do que quando em casa, exemplificando com o medo que sentia de briga e que considera como tendo sido parcialmente superado:

*“Ah, antes eu tinha muito medo de briga, aí agora que eu acho que eu cresci, eu não tenho muito medo mais de briga, mas aí igual tinha umas meninas lá falando que ia me bater, assim. (...) É porque as meninas chegaram e a minha tia trabalha na escola, aí eu sempre ficava com a minha tia até mais tarde na escola, aproveitava, brincava, aí nisso a menina pediu pra mim sair, acho que ela ia ficar com outro menino, eu era pequena, aí ela, eu falei que eu não ia sair, que eu tava brincando, aí juntou três meninas, me bateram muito na minha testa, naqueles... eu num sei, é um ferro né que você levanta bandeira, aí me deu aquele galo, aí eu num... fi, comecei um medo total de briga, aí agora eu fico com medo...(...) Aí agora eu tenho medo, mas não é tanto medo assim.”* (Lara, 12 anos, p. 17 e 18).

Lara, segundo o relato de sua mãe, possui medo de vivenciar brigas com colegas de escola, medo este que a mãe refere já ter sido mais acentuado, que no momento tem tido um melhor controle:

*“Ela tem medo com as colegas, umas meninas mais velhas que vivem implicando com ela, aí ela tem aquele certo medo, entendeu?! Até uma vez a gente tava até pensando que ela tava com aquela síndrome do pânico, aquele pavor, aquela coisa, mas aí depois ela melhorou, as meninas pararam de mexer, agora arranjou outra turminha, porque sempre tem essas adolescentes maiorzinhas que fica de birra, entendeu?! Mas aí eu conversei muito com ela, falei pra que ela não precisa ter medo, que a gente tá ali pra proteger ela, do jeito também a gente num vai deixar umas meninas de dezesseis anos colocar a mão nela né, entendeu?! Mas tirando disso ela fica em casa sozinha, entendeu?!”* (Vanessa, mãe de Lara, 12 anos, p. 3 e 4).

A questão da morte apresenta-se para Lara como um medo ambivalente, visto que ao mesmo tempo em que ela teme morrer e não chegar aos 15 anos, idade esta que sonha em alcançar, ela recorrentemente boicota seu tratamento e há momentos em que a morte é vista como uma fuga diante das limitações que o diabetes trás para sua vida:

*“Eu converso muito com ela, o pai dela conversa muito, a gente explica muito pra ela, eu, eu converso, fico um tempão explicando pra ela, tem hora que eu seguro as coisas pra ela não pegar, não comer, a Lara não pode, você sabe disso, sem insulina não, você tem que esperar meia hora, a gente conversa muito, explica muito, aí tem vez que ela chora, ela fala que tem medo de não chegar aos quinze anos, entendeu? O sonho dela é fazer os, completar os quinze anos, aí ela fala que tem medo de não chegar, que precisa de ajuda. Mas Lara, o que mais eu posso fazer pra te ajudar? O o que a gente pode, a gente tenta fazer, entendeu? Sabe! Aí ela chora muito, ela fala que quer melhorar, quer cuidar, aí cuida uns dias, passa os dias ela já tá não quero mais cuidar, entendeu?! (...) Ah, ela fala que se continuar do jeito que tá ela não vai agüentar. Aí eu falo: ‘ \_ Eu sei disso, é isso que a mamãe tenta te explicar todo dia, que o seu*

*corpo não vai agüentar, vai chegar uma hora que eu vou chegar dentro de casa, você já num vai tá mais aqui'. Ela fala que num qué, que num quer morrer, já tem vez que ela fala assim: ' \_ Ah, eu quero morrer, é melhor morrer do que continuar do jeito que eu tô.', por isso que eu te falo que ela muda muito o humor, a opinião dela, ela não tem aquela opinião formada, entendeu?! Na mesma hora que ela quer lutar pra viver, ela abre mão de tudo. (...).'* (Vanessa, mãe de Lara, 12 anos, p. 4 e 5).

A expectativa temerosa quanto às possíveis conseqüências do mau controle do diabetes foi enfatizada por Adriana:

*"Com medo deu sofrer algumas complicações que... do diabetes. (...) Deu ter que amputar alguma perna, um dedo, de ficar cega."* (Adriana, 11 anos, p. 18).

A mãe de Adriana também expressa em sua fala a expectativa temerosa que a menina possui de ficar cega ou sofrer uma amputação devido ao mau controle do diabetes:

*"Eu acho que ela tem medo de ficar cega, porque ela sempre escuta tanto nas palestras, na televisão, eu também que viro e mecho fico lembrando essas situações pra ver se ela cai em si e pára de aprontar um pouco né, ela fala comigo que tem medo de ficar cega, tem medo de ficar sem... sem uma perna né, sem um braço, esse é o medo dela, tem medo de morrer também."* (Joseane, mãe de Adriana, 11anos, p. 3).

Ela apresenta, ainda, o medo de morrer que sua mãe considera ser decorrente de sua não aceitação da doença:

*"Fala, de vez em quando ela fala: ' \_ Eu tenho medo de morrer, queria ser normal.', falei: ' \_ Normal você é, você só tem que cuidar do seu pâncreas né, do diabete.', aí ela não aceita. Acho que a dificuldade dela maior é em aceitação, ela até já passou da fase eu sei de aceitação né, só que até hoje é difícil lidar com isso né."* (Joseane, mãe de Adriana, 11 anos, p. 3).

Expectativa temerosa esta acrescida do medo de que sua mãe também morra:

*"Fora isso quando eu passei mal, eu fiquei passando mal assim mas o meu foi... que eu peguei dengue né, ela ficou muito assim preocupada, então teve uma alteração sim, porque ela ficou com medo deu morrer. (...)Aí ela: ' \_ Mãe você tá passando mal!', ia lá toda hora e me dava água, aí eu tentava mostrar pra ela que eu tava bem né, mas dias deu nem levantar da cama né, aí ela teve uma preocupação a mais aí. (...) Teve. Aí depois ela falou com a minha mãe: ' \_ Nossa, fiquei com um medo da minha mãe morrer vô.', falou assim mesmo."* (Joseane, mãe de Adriana, 11anos, p. ).

Já Roberto demonstra expectativa temerosa quando está internado e tem que tomar muitas agulhadas, referindo-se às tentativas de acesso venoso ou coleta de sangue:

*“Tem vez quando eu tô internado... (...) ... aí eles não acham veia, aí eles têm que me furar mais (palavra enfatizada) de 20 vezes. E no dia que eu fui pra UPA, eles me furou tudo aqui oh (mostra o braço), aí depois furou aqui, furou o meu pé e não achou, aí teve que pegar no esse, esse lado aqui do pescoço oh. (...) Não, eu tenho medo de muitas agulhadas. (...) É, em mil lugar, aí já, no começo tudo bem eu não sinto, aí eu, aí tudo bem, mas depois aí num acha, nossa eles tem que me picar toda hora. (...) E... no dia que eu fui pra UPA de Benfica, aí, aí tinha dois acesso, aí só que era pros dois braços, aí eu pedi pra pôr nesse braço aqui, os dois. (...) É. Aí só que depois ela não deixou, teve que pegar aqui, aí tudo bem. Aí, aí. (...) Aí, aí eu fui lá pro HU né. Aí, aí eles acharam veia em mim rapidim. (...) Acharam aqui na mão oh. E aqui eles furou a minha mão todinha e não achou, e aí eles foram lá e achou a veia na minha mão. (...) Eu tenho muito medo de levar muitas agulhadas.”* (Roberto, 9 anos, p. 18 e 19).

Roberto relata, ainda, ter pavor de grito:

*“Nossa, eu tenho me, eu tem pavor de grito. Ah, tem vez... (...) ... que... alguém, a minha mãe tem, tem vez que grita, eu, posso, eu posso tá dormindo ela grita, eu levanto, eu pulo da cama, nossa! Eu levo um susto! (...) É (riso), mais ou menos assim, eu não tenho muito (palavra enfatizada) pavor não.”* (Roberto, 9 anos, p. 22).

Entretanto quando questionado se na sua casa costuma haver gritos ele nega:

*“Não, lá na minha casa costuma ter barulho né, eu já acostumei com o barulho.”* (Roberto, 9 anos, p. 22).

A mãe de Roberto evidencia como único medo apresentado pelo filho o medo que ele possui de seu pai, sentimento este cuja causa ela não consegue identificar:

*“Não, eu sinto que ele tem um pouco de medo do pai dele, isso ele tem. Não sei porque que ele tem medo do pai dele, ele tem. O pai dele falou com ele, ele falou alguma coisa ele até treme. Do pai dele eu sei que ele medo, mas de outras coisas eu sei que não (breve silêncio). Acho que não, acho que não tem mais medo de nada não.”* (Rosalina, mãe de Roberto, 9 anos, p. 4).

O medo da separação de entes queridos aparece em diferentes momentos da entrevista de Herbert, inicialmente ele relata a ocorrência de um sonho:

*“Um dia né, eu sonhei um sonho ruim com ela (a mãe), eu ia sair com meu pai, eu falei assim, eu falei assim com meu pai: ‘\_ Pai, vão lá no serviço da minha mãe’, aí o meu pai me levou lá. (...) É... minha mãe tinha me esquecido de me pegar no ponto do ônibus, eu fiquei sozinho lá, lá no ponto do ônibus.”* (Herbert, 7 anos, p. 20).

E ao ser questionado sobre como havia se sentido por ter ficado sozinho no ponto de ônibus durante o sonho, responde:

*“Muito triste.”* (Herbert, 7 anos, p. 20).

E fala sobre o que fez quando após ter tido o sonho acima mencionado pediu ao seu pai que lhe levasse ao local de trabalho de sua mãe:

*“Eu dei um abraço nela.”* (Herbert, 7 anos, p. 20).

Herbert fala, também, sobre o medo que sente à noite:

*“Um pouco. (...) Como é que eu posso te explicar... (breve silêncio), eu não sei te explicar. (...) Entender eu entendi, a minha mãe né conta que quando eu tô dormindo... (...) Eu tô durmindo no quarto da minha mãe, é... eu vejo um montão de pessoa na minha frente.”* (Herbert, 7 anos, p. 22).

Devido ao fato de que Herbert se esforça para tentar lembrar o nome dos seres que vê, não obtendo êxito nesta tentativa, a entrevistadora questiona-lhe se seriam zumbis, visto que a mãe do menino havia mencionado em sua entrevista que Herbert tem medo de zumbi, obtendo resposta afirmativa:

*“Hum hum.”* (Herbert, 7 anos, p. 22).

Herbert não sabe precisar desde quando tem tais visões, mas refere que é algo mais recente:

*“Tem menos tempo.”* (Herbert, 7 anos, p. 23 ).

Herbert confirma que começou a ficar com mais medo, não querer dormir no seu quarto depois que sua irmã saiu de casa:

*“Hum hum.”* (Herbert, 7 anos, p. 23).

A expectativa temerosa referente à separação é expressa pela mãe de Herbert quando questionada se ela percebia que o menino tinha medo de sua irmã não voltar, tendo ela respondido afirmativamente e falado sobre a mudança comportamental gerada na criança desde a repentina saída de casa efetuada por sua irmã. A dificuldade de elaboração desta separação é expressa pela criança através do medo de dormir sozinho, medo de zumbi, medo do escuro e enurese, que surgiram após tal separação. No momento o medo de escuro está sendo superado e a enurese já foi superada.

*“Tinha. (...) Pra você ter noção ele dormia no quarto dele sozinho, agora hoje ele tá dormindo no meu quarto. (...) Aí ele falou assim: ‘ \_ Eu só vou voltar pro meu quarto mamãe quando eu tiver oito anos. ’, ele falou assim comigo, prometeu pra mim, entendeu?! O quarto dele é do lado do nosso. ‘ \_ Meu filho, você tem que dormir no seu quarto, a sua irmã sempre dormiu sozinho, com a luz apagada.’ (...) Diz ele que vê coisas, vê como é que fala? É..., não é... zumbi. (...) Agora pra ele ir no escuro é um... agora não, já tem uns... umas duas semanas que ele já entra*

*no quarto escuro, já consegue descer a escada lá de casa no escuro, mas foi muito difícil tá. (...) Fazia xixi na cama.” (Wanessa, mãe de Herbert, 7 anos, p. 11 ).*

Lorena fala sobre a expectativa temerosa de que o diabetes não tenha cura:

*“Tem, é porque quando... (...) ... quando a mãe da minha amiga, a mãe da minha amiga disse quando, só... quando eu morrer ia acabar a diabetes. Só que a minha mãe disse que num... que... não é verdade, minha mãe diz que era mentira, aí depois quando ela ficou lá no carro, disse que o que que ia, por que cê falou tananá num sei o que que ela falou lá com a minha amiga, entendeu o que, aí não sei. (...) Deu (medo), aí eu falei então com a minha mãe se fosse verdade ou mentira, só que ela disse que é mentira. (...) Não ter cura? Também eu achei que diabetes nunca acabava, só que a minha mãe disse que... o... o Jesus é que escolhe o tempo quando acaba assim.” (Lorena, 9 anos, p. 17 e 18).*

Outro medo evidenciado é de ficar longe de seus pais:

*“Ah eu... ah eu... falei ah eu falei que quando eu fico longe sem minha mãe, longe tipo eu ir na casa duma miga dormir lá longe da minha mãe, aí eu sinto medo também. (...) E do meu pai também. (...) Ah... foi assim oh: eu fui lá, eu ia dormir lá, só que eu dormi, só que aí eu co, aí eu comecei a chorar, que eu queria a minha mãe de volta, de novo, que... alguns aninhos não sei quanto, quatro ou cinco assim, eu dormia na casa de alguém eu não ficava preocupada, só que agora eu fiquei (riso).” (Lorena, 9 anos, p. 18).*

A expectativa temerosa de ficar sem os pais é expressa pela mãe de Lorena como um forte medo apresentado pela menina:

*“(...) às vezes ela fala... coisas assim... que... há pouco tempo o que que ela falou mesmo? Que ela não tinha medo de rato, não tem medo de barata, não tem medo de rato, não tem medo de bicho nenhum, não tem medo de cobra: ‘ \_ Eu tenho medo é de ficar sem meus pais ’.” (Solange, mãe de Lorena, 9 anos, p. 5).*

O medo da separação é expresso por Lorena, segundo a mãe, tanto por palavras quanto através da emoção expressa por ela diante de cenas de ficção onde o tema da separação entre pais e filhos é abordado:

*“(...) se ela vê na televisão uma cena é... de, de uma criança que não tem pai, que perdeu o pai, uma criança que morreu, ela chora (palavra enfatizada) horrores e ela toma aquilo pra vida dela, sabe?! Ela se coloca mesmo, eu vejo, e eu também sou muito assim, você vê assim nitidamente que ela se colocou no lugar da, da, da, da criança, da, do pai, da mãe que perdeu, de um bebezinho, uma vez tava vendo um filme, um bebezinho saindo assim, o carro ia atropelar, nossa mas ela chora (palavra enfatizada), ela num, ela num consegue controlar. Ela fica! Diz ela que é, imagina que é o Rafael (seu irmão), aí teve um dia que ela até sonhou, acordou chorando, sonhou que o Rafael tinha caído num buraco de esgoto, que ela acordava,*

*soluçava de tanto que ela chorava. Então ela é muito emotiva assim nesse sentido de...”* (Solange, mãe de Lorena, 9 anos, p. 5)

Além disso, o medo de dormir sozinha e do escuro também são expressos:

*“Tem, mas agora assim na minha cabeça num vem é... ela por exemplo, ela não dorme no quarto dela sozinha, que ela dorme no quarto com o Tiago (irmão dela), porque é o quarto dos dois, tem a cama, a bicama né, tem a cama debaixo, então eles dormem no quarto do Tiago, puxa a cama debaixo, um dorme numa cama, o outro dorme na outra, mas ela num dorme no quarto dela sozinha, é... medo que ela tem de às vezes também em casa é dois andares, os quartos são em cima, então se ela tiver que ir lá embaixo de noite, medo de escuro, medo de ir sozinha assim em algum lugar, tem esse tipo de medo assim.”* (Solange, mãe de Lorena, 9 anos, p. 6)

### **Discussão da categoria “Manifestação de medo”**

Diferentes medos foram referidos pelos participantes, sendo que alguns deles merecem destaque na discussão dos resultados, seja pela repetição entre os participantes, seja pela importância diante do objetivo desta pesquisa.

A sub-categoria “expectativa temerosa em relação à perda, separação ou morte” foi expressa por seis dos participantes (todos menos Vagner e Roberto), seja apenas nos relatos deles ou nos de suas mães, seja em ambos os relatos. Embora em Vagner não tenha sido evidenciado diretamente este temor, o menino já sofre os efeitos de uma separação visto que seus pais são separados, seu pai possui uma outra família e a quantidade de atenção que lhe fornece não é suficiente, em sua percepção, afetando diretamente o controle do diabetes, tendo sido logo após o nascimento de sua irmã paterna que ele desenvolveu a doença.

A família, principalmente a figura dos pais, representa a principal fonte de afeto e de segurança para as crianças, sendo que a expectativa temerosa de haja uma separação temporária ou definitiva, seja porque o ente querido passou mal, se esqueceu de buscar a criança, foi embora ou morreu, representa um grande temor para algumas das crianças entrevistadas. Neste sentido, Freud postula a suma importância da tríade pai-mãe-filho para o desenvolvimento psíquico das crianças (Freud, 1924).

O tema da morte enquanto enigma também se mostrou recorrente, num desdobramento do medo da separação, medo este que pode ser subjetivo, sem elementos concretos que o embasem, ou pautado na realidade do cotidiano vivenciado. Cotidiano este em que as crianças começam a se deparar com a primeira experiência de morte de alguém com quem possuem laço afetivo.

A perda de uma pessoa significativa através da morte é algo irreversível e que gera uma significativa dor a quem lhe é próximo. Este tema que muitas vezes representa um tabu entre os adultos é ainda mais complexo de ser abordado com as crianças, entretanto é fundamental que elas assimilem no seu tempo a perda sofrida seja conversando, desenhando, chorando ou brincando. A irreversibilidade da morte é algo que precisa ser marcado pelo adulto, é necessário que ele esteja aberto para responder as perguntas das crianças e que não caia na tentação de inventar ilusões confundidoras para elas (Sengik & Ramos, 2013).

Outra perda temida é em relação a uma parte ou função de seu corpo, através da amputação ou da cegueira, ou da própria vida em decorrência do diabetes, já que apesar da pouca idade possuída, o conhecimento construído ao longo do tempo sobre os riscos do mau controle do diabetes torna-se algo que já não pode ser simplesmente negado ou negligenciado, deixando importantes marcas conscientes e inconscientes na vida destas crianças e adolescentes. Segundo Mello Filho (1986), possíveis episódios de hipoglicemia e cetoacidose em diabéticos infanto-juvenis trazem-lhes como questão crucial o precoce convívio com a ideia da morte que passa a ser vista como uma forma de castigo, sendo fantasiada de diferentes formas, devido à dificuldade da criança muito pequena em compreender a realidade da morte.

Na adolescência, fase de vida marcada por aspirações, sensação de vigor e plenitude física, podem se destacar atitudes de rebeldia e oposição, somadas a uma acentuada carga de revolta e ódio diante da dura realidade vivenciada no diabetes, podendo ocorrer como nos mostra Mello Filho (1986, p. 15) “(...) autênticas tentativas de suicídio, consumadas, geralmente, através de transgressões ao tratamento e contendo muitas vezes desejos de punir os pais, que os controlam ou superprotegem”, como pode ser observado no comportamento de Lara que apesar de ser muito bem informada sobre o controle do diabetes, diariamente boicota seu tratamento, embora ela tema a reação de seus pais caso descubram que ela come escondido e demonstre medo de morrer e não chegar aos quinze anos, ela também expressa o desejo de morte como

uma fuga diante da realidade vivenciada e enfrenta os pais afirmando que eles não sabem como é conviver com as limitações que o diabetes lhe impõe.

Damião & Angelo (2001), ao realizarem uma pesquisa sobre a experiência da família ao conviver com a doença crônica da criança, evidenciaram que quando o diagnóstico é recebido pela família há uma tendência de tentar ter controle sobre a doença a partir da busca de conhecimento, pois isto irá ajudá-la no controle da doença e no esclarecimento das dúvidas apresentadas pela criança. E em um momento em que é tão importante o apoio da família para aprender a conviver bem com o diabetes, o que dizer de um pai diabético que boicota a si próprio em seu tratamento e não ajuda o filho, também diabético, no seu processo de autocuidado? Este é o pai de Cesar que atualmente tem nove anos de idade e teve o diagnóstico de diabetes aos dois anos e meio, ele tem tido cada vez mais acesso às informações sobre o diabetes e os perigos que representam o mau controle da doença, Cesar tem consciência também de que há tratamento para o diabetes, sendo possível minimizar as conseqüências da doença e ter uma boa qualidade de vida. Entretanto seu pai não segue as orientações médicas, boicota seu próprio tratamento e, conseqüentemente, não oferece para Cesar um referencial identificatório positivo. Pelo contrário, traz o medo da perda. Resta a pergunta recorrente de Cesar: “Diabetes tem cura?” talvez numa tentativa de elaborar o medo que possui de perder o pai, pois se diabetes tiver cura há chances de permanecer com o pai, se não tiver cura ele terá que conviver com a constante expectativa temerosa de que algo ruim aconteça ao seu pai, até mesmo a morte.

Além de Cesar, Lorena também expressa o medo de diabetes não ter cura. É interessante destacar que enquanto a mãe de Cesar assume uma postura de embora incomodada com a pergunta do filho que é recorrentemente refeita, sempre conversar com ele ressaltando que diabetes não tem cura, mas sim tratamento, a mãe de Lorena deixa em aberto a questão recorrendo à religiosidade para dizer à filha que tudo é possível, até mesmo o fim do diabetes.

Moreira & Dupas (2006) ao realizarem uma pesquisa qualitativa que buscou compreender a vivência da criança diabética, identificaram entre os temas surgidos a categoria "Tendo medo do que está acontecendo", tema este que evidencia as angústias oriundas do convívio da criança com o diabetes. Os autores ressaltam que apesar da criança saber que o diabetes é uma doença incurável, há momentos em que isto é colocado em dúvida e ela tem que conviver com o fantasma da morte. Há o medo de ter uma doença que não possui cura, com a

qual terá que conviver em seu cotidiano e em suas relações por toda sua vida, independentemente do seu desejo, doença esta que gira em torno do controle e não da cura, sendo que a única coisa que ela pode fazer é o auto-cuidado. Percebe-se que o questionamento feito por uma criança sobre a cura de sua doença pode expressar um desconhecimento racional sobre a patologia ou uma negação desta, cabendo à família e à equipe multiprofissional estarem atentas diante de sua fala e abertas para trabalharem a questão junto a ela.

A sub-categoria “expectativa temerosa em relação à seringa ou acesso venoso”, relacionada ao medo de agulha e de perfuração, foi expressa por quatro dos participantes. A medição da glicose e aplicação da insulina fazem parte do cotidiano diário desses pacientes, constituindo um momento de medo e estresse para três dos participantes (Vagner, Lara e Joana), enquanto que para as crianças que têm um mau controle do diabetes as internações e a conseqüente necessidade de se obter acesso venoso podem se tornar uma parte traumática de sua rotina, como foi referido por um dos participantes (Roberto).

Quanto ao uso da insulina, outro aspecto de suma relevância que passa a fazer parte da vida de muitos diabéticos, pode ser visto como um fator estressor, devido à dificuldade sentida na auto-aplicação, estresse este acentuado pelo fator emocional relacionado à evolução da doença, pois apesar do uso da insulino terapia há pacientes que são acometidos por graves lesões em seu organismo. Moreira & Dupas (2006) postulam que a aplicação da insulina é um momento difícil na vida da criança diabética, um ato que embora ela deteste fazer, realiza diariamente porque tem consciência da necessidade e que envolve o medo da agulha ou de que algo errado ocorra na aplicação. O medo da autoaplicação, segundo Nascimento et al. (2011, p. 766), é um sentimento que deve ter enfrentamento diário.

Faria & Bellato (2009), enfatizam que o estresse oriundo do uso diário da insulina vivenciado pelos diabéticos costuma passar de modo despercebido pela equipe de saúde e que para a pessoa doente o aparecimento das complicações da doença pode ser visto como algo que independe do seguimento ou não da terapêutica. Sugerem, ainda, que a convivência em grupo poderia auxiliar na diminuição do estresse ocasionado pelas adversidades vivenciadas no cotidiano dos pacientes diabéticos. Nesta mesma direção de pensamento, Pilger & Abreu (2007) ressaltam a importância de se contemplar na assistência à criança e ao adolescente diabético não

apenas os aspectos técnicos, mas também suas demandas físicas, sociais e emocionais, utilizando estratégias que minimizem o estresse desencadeado pelas intervenções.

Torna-se fundamental que os profissionais que atuem nos cuidados a crianças doentes e hospitalizadas preocupem-se com a minimização de possíveis fatores estressores, com a criação de um ambiente que seja adequado às especificidades da idade de cada criança e sua família. A punção venosa em crianças conta como fator dificultador o fato de que elas possuem uma frágil rede venosa, difícil de visualizar e de pouca espessura, sendo que o procedimento de garroteamento pode levar a criança ao choro e a movimentos de luta e fuga, numa demonstração de medo e ansiedade. Durante esta intervenção o Estatuto da Criança e do Adolescente institui à criança o direito à presença de um acompanhante neste momento, o que tende a ser benéfico para o seu estado emocional (Pedroso & Magalhães, 2008). Constata-se, assim, que este procedimento tende a ser fonte de medo e estresse para as crianças, o que necessita ser bem manejado pela equipe multiprofissional.

Outros medos foram expressos pelas crianças, alguns são típicos do processo de desenvolvimento infantil como o medo do escuro, por exemplo, além do medo de alguns animais e de situações cotidianas e não serão explorados neste trabalho por não trazerem uma maior contribuição aos objetivos deste.

### **Categoria 3 das entrevistas das crianças: Reação ao medo**

A categoria “Reação ao medo” evidencia os diferentes modos de lidar com a emoção de medo, independentemente da forma como esta se apresenta, destacando-se uma vivência solitária como, por exemplo, ficar quieto, esconder-se ou brincar, e a busca de suporte afetivo, principalmente na figura dos pais (quadro 4).

**Quadro 4 – Categoria: Reação ao medo**

| <b>Nomes/Sub-categorias</b> | <b>Vivência solitária</b> | <b>Busca de suporte afetivo</b> |
|-----------------------------|---------------------------|---------------------------------|
| Vagner                      | X                         | X                               |
| Cesar                       | X                         |                                 |
| Lara                        | X                         | X                               |

|         |   |   |
|---------|---|---|
| Adriana | X |   |
| Roberto | X |   |
| Herbert |   | X |
| Lorena  | X |   |

Diante da manifestação do medo de assalto Vagner refere que reage ficando quieto, ligando para a mãe ou o pai (padrasto), alternando, desse modo, momentos de vivência solitária do medo com momentos de busca por suporte afetivo:

*“Ah, muitas das vezes eu fico quieto. (...) Ou ligo pra minha mãe. (...) E Pro meu pai, meu padrasto né, no caso. E fico quieto, escondido.”* (Vagner, 12 anos, p. 16).

Cesar menciona o modo como lida com a situação de medo, numa vivência solitária:

*“Eu fiquei quie, quieto na minha casa, jogando vídeo-game. (...) Sem falar nada.”* (Cesar, 9 anos, p. 21).

Lara fala sobre o intenso medo que sente ao ficar no escuro, que ocorre desde pequena, momento este em que recorre ao suporte afetivo de sua mãe, ou tenta superá-lo através de uma vivência solitária:

*“Assim, de vez em quando eu peço a minha mãe pra ficar comigo, quando eu fico com muito medo, então eu começo a ficar... eu escondo, eu começo a roer unha, não sei porque, entendeu?! E escondo. (...) Conseguir eu consigo... mas eu quase choro (riso), porque eu fico com muito medo. (...) Até com... acho que com... até com sete ou anos eu dormia com ela. (com a mãe) (...) Ou senão eu só durmo com a televisão ligada. No meu quarto como não tem televisão, porque só tem no quarto de televisão, então eu não consigo dormir de jeito nenhum. O meu quarto tá assim novinho (palavra enfatizada) que, sabe?! Porque eu quase não durmo lá.”* (Lara, 12 anos, p. 14).

Ela descreve a preocupação sentida diante do medo de que sua mãe descubra que ela passou mal devido ao descontrole alimentar:

*“Aí eu fico assim toda preocupada, aí eu vou, tomo um monte de insulina, costumo aplicar 20 unidade de uma vez. (O correto seria: ‘Dez, oito, por aí e eu não passo mal.’). E Aí na hora que minha mãe chega em casa, de vez em quando a minha mãe sabe, de vez em quando quando eu compro as coisas na rua, eu costumo jogar os papéis fora porque eu fico com medo dela chegar em casa, mas eu não compro nada (palavra enfatizada) assim com açúcar, eu compro praticamente coisa salgada e coisas diet, só que eu como muita quantidade.”* (Lara, 12 anos, p. 15).

Diante do medo das possíveis conseqüências do diabetes mal controlado, Adriana adota uma postura de tentar um maior controle da doença, numa vivência solitária:

“*Aí eu tento controlar. (...) O diabete.*” (Adriana, 11 anos, p. 18).

Roberto refere chorar quando sente medo diante das tentativas de se conseguir um acesso venoso, demonstrando uma vivência solitária diante da expectativa temerosa:

“*Quando eu tenho medo de agulhada? (...) Eu choro (riso). Dói ué! (...) Hum hum. Ué, como é que eu não vou chorar? Eles me picam toda hora. Como que eu num vou chorar, né tia?!*” (Roberto, 9 anos, p. 20).

Herbert evidencia a necessidade de suporte afetivo para lidar com a expectativa temerosa que sente a noite, sendo que na presença dos pais as visões de zumbis não ocorrem:

“*Eu chamo a minha mãe, eu vou lá pro quarto da minha mãe quando que eu não dormia lá no quarto dela.*” (Herbert, 7 anos, p. 23).

Herbert refere, assim, sentir-se na seguro na presença dos pais:

“*(...) Porque assim, com o meu pai e com a minha mãe eu sinto mais protegido.* (Herbert, 7 anos, p. 25).

Já Lorena recorre ao lúdico como forma de enfrentar seu medo, numa vivência solitária diante da expectativa temerosa:

“*Me dá medo, ah eu... brinco pra me distrair, pra num lembrar.*” (Lorena, 9 anos, p. 19).

### **Discussão da categoria “Reação ao medo”**

Os participantes mencionaram diferentes modos de lidar com o sentimento de medo, seja de modo solitário (brincando, escondendo-se, roendo unha, chorando, buscando um maior controle do diabetes ou preocupando-se) seja através da busca de suporte afetivo, geralmente na figura dos pais.

Preocupar-se com as conseqüências das próprias atitudes como evidenciado por Lara pode levar ao passo seguinte que foi destacado por Adriana que é tentar obter um melhor controle da doença, o que se mostra como uma reação madura e ativa diante do tratamento. Já o simples ato de se esconder, roer unha ou chorar a princípio demonstram um modo passivo e pouco resolutivo de lidar com as situações que causam medo, que pode ser amadurecido a partir do processo de desenvolvimento e amadurecimento dessas crianças, como evidenciado por

Roberto, por Lara e Vagner. Dentre as formas de vivência do medo mencionadas cabem destacar a importância do brincar na elaboração dos medos, como expresso por Cesar e Lorena e a busca de suporte afetivo na figura dos pais como mencionado por Vagner e Lara, que alternam a vivência solitária com a busca de suporte, e por Herbert que recorre unicamente ao suporte afetivo. Assim sendo, a importância do brincar e o papel dos pais como suporte afetivo na elaboração das expectativas temerosas serão enfocados na discussão desta categoria.

Em relação ao brincar Freud descreve o jogo do Ford-dá em que um carretel afixado em uma corda é arremessado para longe por uma criança de um ano e meio, que o puxa novamente para si, dizendo as palavras Fort-dá (que em alemão significa “ali” e “ir embora”). O autor interpreta a brincadeira como sendo o meio pelo qual é elaborada pela criança a dor causada pela separação temporária da mãe, que representa uma perda. Este jogo possui uma dimensão simbólica a partir da qual, segundo Freud, a criança adota uma postura ativa que lhe permite um domínio da situação, o que contrasta com a passividade assumida na experiência real. A brincadeira está relacionada ao processo de renúncia da satisfação pulsional efetuada quando a mãe se ausentou sem que a criança protesta-se. A brincadeira propicia a produção de prazer, a superação e domínio da sensação de desprazer, visto que é através do transporte para o plano simbólico que é permitida a repetição da experiência desagradável (Freud, 1926). Freud afirma:

(...) é claro que em suas brincadeiras as crianças repetem tudo o que lhes causou uma grande impressão, tornando-se por assim dizer, senhoras da situação. Por outro lado, porém, é óbvio que todas as suas brincadeiras são influenciadas por um desejo que as domina o tempo todo: o desejo de crescer e poder fazer o que as pessoas crescidas fazem (Freud, 1926, p. 27).

A brincadeira na teoria psicanalítica representa uma relevante função para a criança, em seu desenvolvimento emocional, auxiliando no processo de elaborações de vivências traumáticas e dolorosas. Constata-se no pensamento freudiano a visão de que o brincar fornece uma oportunidade privilegiada de elaboração de traumas e situações difíceis, com a adoção de uma postura ativa por parte da criança, na qual torna-se capaz de exercer um controle que não é possível na vida real (Reis, 2008). Desse modo, o brincar pode ser utilizado como um importante instrumento de elaboração diante das expectativas temerosas vivenciadas por crianças e adolescentes.

Já quanto à família ser evidenciada como fonte de suporte afetivo nos momentos em que surge o medo, pode-se recorrer a Zimmerman (1993) que fala sobre a tradicional função

continente exercida pelo núcleo familiar. Entretanto ele chama a atenção para as transformações radicais que vem ocorrendo na família nuclear e que evidenciam uma mudança nos papéis tradicionais conferidos aos seus membros, com a superposição e até inversão de lugares ocorrendo não raramente, destacando-se o papel da mulher e as vertiginosas modificações sofridas. Cabendo destacar-se que tende a haver uma severa perturbação na função continente classicamente desempenhada pela família em relação aos bebês e filhos menores, o que pode acarretar em traumas psíquicos e numa crescente crise de identidade. Descasamentos e recasamentos, uniões com filhos de apenas um dos cônjuges, mães adolescentes ou solteiras e casamentos homossexuais fazem parte dessas novas configurações (Zimerman, 1993). Diante de tal cenário é fundamental que as famílias continuem a exercer tal função continente em relação às crianças e adolescentes, estando disponíveis para apoiá-los nos momentos de dificuldade.

Entretanto Marcelino & Carvalho (2005) chamam a atenção para uma postura de superproteção assumida pelos pais que pode, de modo inconsciente, estar encobrendo uma rejeição por parte deles. Torna-se importante destacar que tal postura de superproteção embora possa auxiliar no controle da doença, traz o risco de afetar negativamente a personalidade da criança, criando-lhe uma ferida narcísica. Assim sendo, torna-se necessário achar um caminho intermediário que forneça o suporte necessário aos filhos para um desenvolvimento psíquico adequado, acolhendo-os diante da doença e de seus medos, mas também os instigando a desenvolverem a capacidade de reagirem frente às adversidades com maior autonomia, evitando-se, assim, movimentos regressivos mais profundos.

**Categoria 4 das entrevistas das crianças e categoria 2 das entrevistas das mães: Descontrole do diabetes.**

A categoria “Descontrole do diabetes”, evidencia se há a presença de eventos estressores objetivos ou se podem ser inferidas manifestações do inconsciente nos momentos de descontrole do diabetes (quadro 5).

**Quadro 5 – Categoria: Descontrole do diabetes**

| Nomes/Sub-categorias | Eventos estressores objetivos | Manifestações do inconsciente |
|----------------------|-------------------------------|-------------------------------|
|----------------------|-------------------------------|-------------------------------|

|         |   |   |
|---------|---|---|
| Vagner  | X | X |
| Cesar   | X | X |
| Joana   | X |   |
| Lara    | X | X |
| Adriana | X | X |
| Roberto | X | X |
| Herbert | X |   |
| Lorena  |   | X |

Na análise das entrevistas das crianças Vagner não evidencia em seu relato fatores objetivos relacionados ao descontrole do diabetes, nem podem ser inferidas manifestações inconscientes nos momentos de crise vivenciados, o mesmo ocorrendo para Cesar e Lorena. Entretanto a partir das falas de suas mães foi possível evidenciar aspectos relacionados a esta categoria.

A mãe de Vagner fala sobre a oscilação dos valores da glicose de seu filho, relacionado-a aos momentos de ansiedade, preocupação e nervosismo apresentados pelo menino, especialmente na sua relação com o pai, o que constitui um evento estressor em sua vida:

*“Ele teve um foi... nas férias, na primeiras férias dele de 2013, julho, que, que descontrolou muito porque o pai dele falou que vinha buscar, não veio, aí vinha, num lembro a data mas assim por exemplo, dia primeiro, foi vim dia dez, as férias acabavam dia quinze, aí ficou pouco tempo na casa do pai é... sente muita, ele fica muito chateado com o pai.” (...)* Aí ele foi em junho, a mesma coisa, aí ele foi pra casa do pai dele, aí lá na casa do pai dele descompensou tudo, ficou com a glicose altíssima. Quando chegou aqui eu não conseguia controlar também. Aí quando eu consegui controlar ela aqui já veio o pai dele de novo, que aí foi a semana santa (acho que ela confundiu o nome do feriado) chegando, outubro. Aí já veio falando que vinha buscar e não veio buscar, falou que vinha ver e não veio ver, a vó dele passou mal, a avó dele ficou internada que ela é cardiopata, problema de coração. Aí nesses, nesses, nesses picos de... ansiedade, preocupação é... a glicose dele não controla.” (Roberta, mãe do Vagner, 12 anos, p. 4).

Manifestações do inconsciente também podem ser inferidas através do relato da mãe de Vagner de haver oscilações em sua glicose que subvertem a matemática que deveria controlar o diabetes:

*“Às vezes sobe demais, aí dá insulina, cai demais. Fica oscilando, aí a gente fica com medo de dar a insulina, porque cai demais, quando vai medir de novo tá 400. Aí dá insulina, come alguma coisa, quando vai medir de novo às vezes tá com 400 de novo, num, num é uma regra, tomou a insulina vai cair ou comeu vai subir. Às vezes fica bem, fica bem descompensado mesmo, fica bem... (...) Mesmo seguindo (as orientações médicas), eu sempre segui as, as prescrições, mas chega uma fase que não controla, mas não controla de jeito nenhum. O Vagner tem uns três dias que a glicose dele tá alta, é... ontem, ontem o... meu esposo brigou com o filho, falou até que vai mandar ele pra casa da mãe dele, deu um pescoção nele, ele tá, tava nervoso, deu um pescoção nele, ele saiu pro meio do mato, ficou lá até sete horas da noite, escureceu, aí o meu marido saiu pro meio da mata pra procurar né porque... tá fazendo o que no meio da mata, de noite. Aí o Gabriel (filho do padrasto de Vagner) voltou, aí o Vagner fica nervoso, porque os dois são como irmãos, eles se consideram irmãos, apesar de morar três anos só juntos, mas são ali, é irmão pra todo mundo. Aí ficou nervoso hoje, ontem ele foi dormir a glicose tava em 290, aí hoje acordou em 80, ele acordou mais cedo. E eu noto, quando ele tá nervoso, tem isso, a glicose dele fica oscilando muito.”* (Roberta, mãe do Vagner, 12 anos, p. 5).

Oscilação esta que a mãe relaciona à ansiedade apresentada por Vagner na sua relação com o pai:

*“Principalmente quando... ele fica... ansioso com relação ao pai. (...) Ele esses dias entrou no facebook, aí olhou, falou assim, aí viu o pai dele, a madrasta dele e a irmã na praia, falou: ‘\_É mãe (barulho com a língua, manifestando pesar), passei as férias inteirinha na casa do meu pai, fiquei as férias inteirinha dentro de casa porque o meu pai tava sem dinheiro pra ir passear comigo. Aí! agora tá levando a Luisa pra praia!’. (...) “Aí olha aquele monte de foto, dá a impressão que foram vários dias né, porque no facebook é a... família maravilhosa né, facebook você olha assim fica tudo lindo, aí ele olha só as fotos assim, da felicidade, todo mundo né. Aí ele olha o pai, a madrasta e a irmã na praia, andando de barquinho, andando na banana, é brincando no barquinho, aí ele fica todo enciumado e dessa ocasião eu não lembro se oscilou a glicose não, mas costuma oscilar sim (...) Realmente era ansiedade quanto ao pai, que o pai promete que vai dar um presente e não dá. (...) Promete presente de natal e chega no carnaval.”* (Roberta, mãe do Vagner, 12 anos, p. 7).

A mãe de Cesar consegue identificar que em momentos nos quais a criança fica preocupada há uma alteração na glicemia, podendo haver a atuação de manifestações do inconsciente. Outro aspecto relevante mencionado foi o descontrole da doença ocorrido a partir da morte de seu avô, que se constituiu num evento estressor. O avô faleceu entre o final de dezembro de 2013 e o início de janeiro de 2014, segundo a mãe estimou, e desde janeiro Cesar está com uma maior dificuldade de controle do diabetes, chegando a ser internado em abril.

*“Mas eu acho que só dele ficar preocupado com alguma coisa já aumenta a glicemia também né, só isso aí já aumenta um pouco, já ajuda um pouco né”.* (Maria Aparecida, mãe de Cesar, 9 anos, p. 9).

*“O vô, o vô dele, ele perdeu o vô né tem pouco, meu sogro né. (...) Tá, foi nesse período mais ou menos assim boba, no finalzinho de, de dezembro, começo de janeiro, foi nesse período aí. Aí fica aquelas perguntas né: “\_ Por que morreu?” Né. (...) Por que né, que né, o vô não andava, o vô ficava só na cama porque que né, que ele era assim, porque que não ficou... muitas perguntas né! Entendeu. (...) Esse, até passou por momentos né, de cemitério, entendeu, então só ali já mexe com a glicose dele. Nesses horários assim mexe, entendeu?!”* (Maria Aparecida, mãe de Cesar, 9 anos, p. 9).

Após o diagnóstico de diabetes a mãe de Lorena não consegue identificar fatores emocionais que possam atuar no descontrole do diabetes, entretanto este descontrole é quase permanente, podendo-se inferir a possibilidade de fatores inconscientes estarem agindo neste processo, já que tal descontrole ocorre mesmo sem alterações na rotina alimentar da criança:

*“Tem é, a questão da diabetes da Lorena tá muito tá, tá difícil de, de, de controlar. (...) Tem semana que a gente passa assim... dez, sabe?! (...) Parece que tá tudo bem, aí você acha que tá acertando tudo, aí de repente dá aquela... altera, sabe?! Dá muito assim, assim, eu não tenho certeza de, de, de nada assim. (...) Igual a noite, ela toma a mesma coisa sempre a noite, ela toma um copo de achocolatado do leite dela lá, o leitinho deles a noite é sagrado antes de dei, de dormir, então sempre a mesma alimentação e a alteração de, de, de glicose assim. (...) Até de um dia pro outro, tem dia que toma só achocolatado, de madrugada tá 300 e tanto, aí toma só achocolatado também no outro dia, de madrugada tá 40, 50. (...) Apenas dosagem de insulina que eu aplico, que hoje tava ótima essa dosagem, amanhã a dosagem tá al, tá bo, tá alta demais, tem que tirar. (...) É sempre assim esse estresse pra mim no caso de ficar meio que... tentando... é um tiro no escuro mesmo, tentando adivinhar: ‘\_ Oh hoje eu vou, vamo, vamo tentar com tanto.’ (...) E monitorando ela, entendeu?! Olhando pra ver o que que vai acontecer, mas assim é igual eu falei: ‘\_ Gente, não tem uma matemática.’, esse negócio de, da diabetes por que depende muito de organismo né, da situação emocional às vezes né.’ (...) É... é complicadíssimo, nossa (palavra acentuada).”* (Solange, mãe de Lorena, 9 anos, p. 10).

A mãe de Joana destaca as dificuldades de relacionamento da menina com sua família paterna como fator dificultador do controle do diabetes:

*“Ah, essa parte familiar né, levou sim (a um descontrole do diabetes), a parte emocional levou porque ela passou a entender né o que que é o sentimento do gostar e o não gostar. Porque até então ela fa, a pessoa falava assim: ‘\_ Ih aí, o fulano não gosta de você”. “\_ Ah!” (entonação de quem dá pouca importância à fala do outro)’. Ela não sabia o que que era. Com o passar do tempo ela ia crescendo e com assim o relacionamento com os outros colequinhas ela foi vendo o*

*que que é gostar e o que que é não gostar, então isso começou a influenciar ela, isso começou a mexer com ela sim, aí tinha dia que ela chorava muito e isso já alterava a glicemia dela sabe, tinha dia que ela não queria comer, ela ficava triste, então isso tudo influenciou bastante e eu moro com a minha sogra né, eu moro em cima da casa da minha sogra, então ela convive direto com os tios, convive direto com a sogra, então ela vê e ela fica constrangida, ela sabe que as pessoas não gostam né, porque ela é muito esperta.” (Fátima, mãe de Joana, 9 anos, p. 8).*

No momento em que a mãe de Joana teve que ficar internada devido a problemas de saúde, o que se constituiu como um fator estressor, houve descontrole no diabetes da criança devido ao fato dela só aceitar que sua mãe lhe aplicasse a insulina.

*“(...) Então aí eu fiz a cirurgia, agora que fez 45 dias que eu fiz a cirurgia, então eu fiquei é uma semana internada, depois eu passei um período mais ou menos duns quinze dias ou mais de cama né, porque também eu não fiz assim ao certo, ao certo eu não fiz, porque tinha que fazer as minhas coisas né, não tinha quem me ajudasse, então eu tive que me virar sozinha, mas então foi nesse período que aí deu um certo descontrolizinho, porque ela não aceita que ninguém aplique a insulina nela a não ser eu. (...) Ela fala: ‘ \_ Não você vai aplicar errado!’. Aí fala, a minha mãe fala: ‘ \_ Não, a vovó sabe aplicar, a vovó aplica na bisa’. ‘Não, não é a mesma coisa! Você não vai aplicar em mim, quem vai aplicar em mim é a minha mãe! Você não vai aplicar, não vai, só a minha mãe!’. Então não ela aceita de jeito nenhum que ninguém encoste nela né. Assim essa parte de tratamento ela não deixa, essa parte de tratamento só eu mesma. (...) Ela não fez uso da insulina, tinha dia que descompensava, tinha dia que tava bem né, então assim, quando descompensava muito eu falava pra minha mãe: ‘ \_Mãe, segura um pouco na alimentação e tenta distrair ela o máximo o possível, levar na rua pra dar uma voltinha, vê se ela esquece né’, pra poder ver se a glicose abaixava e aí é assim foi levando até o dia que eu voltei pra casa e aí voltei o tratamento normal.” (Fátima, mãe de Joana, 9 anos, p. 6).*

A mudança de cidade, de Petrópolis para Juiz de Fora, é também evidenciada como um evento estressor não só para a criança mas para a família como um todo, visto que em Petrópolis mora a família materna da criança, com quem ela tem um vínculo afetivo positivo, ao contrário das relações familiares com os parentes paternos. Além disso, o convívio com os colegas e a liberdade gozada pela criança naquela cidade também são ressaltados a favor do viver em Petrópolis:

*“Eu mudei em 2012 (de Petrópolis para Juiz de Fora), foi quando eu comecei a tratar ela aqui. (...) Pra ela foi péssimo! (...) Foi, porque lá apesar da gente morar afastado, locais isolados, a gente morava na vila militar era isolado, mas ela tinha as coleguinhas de... de colégio, as coleguinhas iam lá em casa brincar com ela, tinha um espaço muito grande pra ela brincar, então tinha muito amiguinho sabe onde eu morava. Muitos amiguinhos, os amiguinhos vinham, ela dava banana. Então assim ela tinha mais liberdade e ela convivia mais com a minha família*

*e tinha criança, que são os meus dois sobrinhos. Então assim eles tinham assim as divergências, às vezes brigavam, coisa de criança, mas assim brincavam muito e ela é muito agarrada com a minha vó, a bisa dela e, e eu vivia na casa da minha vó, então assim é... ela era super feliz, tanto é que ela fala até hoje que ela odeia (palavra enfatizada) Juiz de Fora, que ela não gosta daqui, que aqui ela não é feliz, sabe. Que ela detesta (palavra enfatizada), se ela pudesse ela voltava pra Petrópolis.”* (Fátima, mãe de Joana, 9 anos, p. 9 e 10).

Quando a mãe começou a trabalhar fora de casa em Juiz de Fora houve também uma dificuldade maior no controle do diabetes, o que se constituiu em um evento estressor na vida da menina, levando sua mãe a abandonar o trabalho:

*“Não, aqui que eu comecei a trabalhar meio expediente que era com... telemarketing né, então como eu trabalhava só seis horas e vinte, era tranqüilo, era o período que a Joana tava no colégio. Eu trabalhava de uma até às sete e meia, oito horas e ela chegava às seis horas e ficava com a irmã e sete e meia, oito horas eu tava chegando em casa, então era tranqüilo. Só que ela não se adaptou, porque elas brigavam muito né, elas brigam muito até por causa da diferença de idade e... ela começou a dar interferência na glicose, ela começou a se urinar, ela começou a evacuar na calça, então eu fui percebendo que eu tava atrapalhando ela, então foi aí que eu falei, entre o dinheiro e a saúde da minha filha, eu prefiro a saúde da minha filha. Aí eu peguei e abri mão do serviço e parei de trabalhar.”* (Fátima, mãe de Joana, 9 anos, p. 10).

A perda da vizinha, com quem possuía forte vínculo afetivo também levou a momentos de descontrole do diabetes e, para além disso, percebe-se uma perplexidade da criança em relação ao enigma da morte:

*“Não foi essa senhora que eu te falei, que é igual a vó dela porque ela substituiu a vó dela né, era igual vó. (...) Isso, foi a nossa vizinha que praticamente adotou ela né (...). Mas assim, tinha muito carinho das duas, sabe. E o esposo também nossa é louco com ela sabe, a família toda da, dessa senhorinha é apaixonada com ela. Então assim ela fez tipo uma substituição da família dela por essa família, entendeu?! Então aí teve essa perda que foi assim de repente (estalo com os dedos), do nada. Teve sim alteração na... sexta-feira passada a glicemia dela já acordou muito alta porque ela já tava internada, então sábado também ela deu uma glicose alta, mas aí domingo já foi estabilizando, na segunda-feira ela tava bem, terça passou bem, quando foi quarta tava bem, ontem ela já tava com a glicose já um pouco alterada porque ela sabia que a vó ia operar, então aí ela já ficou sobre aquele coisa, quando veio a notícia que apareceu no face que ela tinha falecido, acabado de falecer, ela ficou sem saber, ela não sabia, ela olhava todo muito chorando mas não entendia o que que, ela não conseguiu correlacionar o que que era o choro com a perda, o que que era a morte, entendeu?! Como, se ia voltar, se não ia, entendeu, ela num entendeu isso ainda.”* (Fátima, mãe de Joana, 9 anos, p. 11 e 12).

No final da entrevista, após o gravador ser desligado, Lara ressalta que quando está perto de sua mãe não tem vontade de comer e longe dela tem muita vontade de comer, numa relação dialética de “tudo ou nada” sendo reiniciada a entrevista a partir deste gancho que aponta para a interferência de manifestações inconscientes no descontrole da doença:

*“É porque perto da minha mãe assim praticamente eu, parece que eu tenho até uma vergonha, porque eu não peço nada. Aí longe, porque eu fico muito sozinha, eu tenho mais tempo é com a minha mãe e com o meu pai, então vai me dando uma ansiedade e... não é só em doce, é em tudo (palavra acentuada), aí eu tenho que ir nos lugar, comprar as coisas, eu costumo até a minha glicose subir sem eu ter comido nada, por causa da ansiedade. Se eu passar numa loja, ver alguma coisa que eu quero comer, eu tenho que ir e comprar, porque senão não sei o que acontece, vai me dando um negócio ruim.”* (Lara, 12 anos, p. 16). Ansiedade de separação?

Ao ser questionada se a ansiedade também era sentida quando estava com sua mãe, Lara ressalta que este sentimento surge quando está sozinha:

*“É mais ansiedade no momento que eu estou sozinha. (...) Porque igual eu te falei, eu fico a maioria, eu fica de meio-dia, antes de meio-dia, de vinte pra meio-dia até seis horas sozinha, entendeu?! Aí...”* (Lara, 12 anos, p. 16).

E quando indagada sobre se lhe gerava incômodo permanecer sozinha neste período Lara responde:

*“Mais ou menos.”* (Lara, 12 anos, p. 16)

Expressando em seguida o desejo de permanecer com a mãe, quando questionada sobre como gostaria que fossem suas tardes:

*“Hum... com a minha mãe né (riso), mas ela trabalha e... (...) Entendeu?!”* (Lara, 12 anos, p. 17).

Lara ressalta na entrevista a relação direta existente entre seu estado emocional e o valor da glicose, relação esta na qual se pressupõe a existência de manifestações do inconsciente:

*“É, na escola e aí eu nem liguei. A minha mãe falou: ‘\_ Não Lara, você não pode demonstrar medo.’, e eu tenho medo porque na hora que alguém chega perto de mim e eu tô com medo a minha glicose cai na hora, eu fico pálida. (...) Cair, cai na hora, você precisa ver. Aí nisso eu aprendi a me virar, mas quando eu era pequena as meninas não só falavam, elas me batiam muito, aí igual eu te falei, bateram na minha cabeça, aí por isso.”* (Lara, 12 anos, p. 17).

*“Ah, igual, por exemplo se... igual se falarem, se falar assim que vai me bater alguma coisa assim, sendo que eu não fiz nada, eu começo a ficar pálida, nossa aí eu começo a tremer, aí na*

*mesma hora a minha glicose pode medir que tá baixa. (...) Ou senão me assustar também, eu costumo passar muito mal.*” (Lara, 12 anos, p. 18).

A mãe de Lara ressalta como fatores estressores que interferiram no controle do diabetes da filha a perda de sua avó materna e de uma amiga de idade semelhante a de Lara:

*“Quando a minha mãe morreu, sabe?! (...) Não, ela até nem queria comer, comeu menos até, que ela, a gente, ela comia porque a gente ficava falando: ‘ Ah você não pode ficar sem comer porque senão você passa mal, você dá hipoglicemia’, mas aí ela comeu menos, não ficou preocupada com alimentação não, sabe?! A gente só que ficava com aquele cuidado dela comer de três em três horas pra ela não passar mal.”* (Vanessa, mãe de Lara, 12 anos, p. 5 e 6).

*“A mãe e uma amiga dela (morreram), uma amiguinha dela também outro dia, nossa ela ficou muito mal mesmo! (...) Do ano passado. A menininha tava bem, começou a sentir dor de cabeça e duma hora pra outra, veio pra cá já no me, operou a, ma num, num adiantava mais nada, entendeu?! E a menininha tinha treze anos e estudou com ela no começo do ano, então sempre encontrava, sempre conversava, sabe?! Tinha até foto delas juntas, aí ela ficou bem mal também, ela ficou muito triste, muito abatida. Nesse dia também a glicose dela ficou muito baixa, tá.”* (Vanessa, mãe de Lara, 12 anos, p. 7 ).

Outro aspecto mencionado pela mãe de Lara é a atuação direta do fator emocional no valor da glicose, podendo-se inferir a atuação de manifestações do inconsciente:

*“Engraçado, hoje mesmo eu tava comentando ali, quando ela tá muito triste parece que a glicose dela abaixa mais, entendeu?! Quando ela tá muito triste, quietinha, sabe? Parece que a glicose dela abaixa mais.”* (Vanessa, mãe de Lara, 12 anos, p. 5).

As apresentações de balé e a morte de familiares são mencionadas por Adriana como eventos estressores diante dos quais ela se sente ansiosa:

*“Quando eu vou apresentar do ballet, amanhã eu vou apresentar. Aí quando alguém faleceu da minha família, só.”* (Adriana, 11 anos, p. 17).

Quando questionada sobre se estava sentindo-se ansiosa em relação à apresentação de balé que faria no dia seguinte ela respondeu:

*“Tô muito ansiosa.”* (Adriana, 11 anos, p. 18).

E em seguida, ao ser indagada sobre se estava lhe dando vontade de comer mais ela respondeu afirmativamente.

*“Aceno afirmativo de cabeça.”* (Adriana, 11 anos, p. 18).

Outro evento estressor referido pela menina foi a morte de familiares, mencionada por ela brevemente:

“(...)foi a minha prima. E eu acho que o meu bisavô.” (Adriana, 11 anos, p. 18).

Falando sobre como se sentiu nestes momentos:

“*Triste.*” (Adriana, 11 anos, p. 18).

A atuação de fatores inconscientes no descontrole do diabetes também é evidenciada no discurso da mãe de Adriana:

“*Quando ela tá estressada, nervosa, a glicose dela tá lá em cima, aí quando às vezes ela tá feliz passa duas horas ou menos um pouquinho, a glicose dela já dá aquela caída. Por isso que quando eu vejo ela com muito fogo assim, agitada, eu falo assim: ‘\_ Ó, pára um pouquinho, daqui a pouco você tá passando mal.’, ‘\_ Hã, (barulho com a língua indicando desdém), tô passando mal nada não, tô boa!’, ‘\_ Daqui a pouco você vai passar mal.’, não passa muito tempo pá!*” (Joseane, mãe de Adriana, 11 anos, p. 2).

“*Ah sempre, eu vejo que ela tá muito nervosa, se tiver fita eu falo: “\_ Vai medir, vai medir que você tá muito nervosa e ela acaba me descontrolando porque toda hora me chama: ‘\_ Ah não, você não vai deixar.’, aí fica nervosa, aí volta de novo: ‘Ah não, você num vai deixar.’, falei assim: ‘\_ Vai medir.’, aí quando pensa que não a glicose dela já tá alta demais. Às vezes num tem fator nenhum pra tá alta, ela mesma fica naquela ansiedade e sobe.*” (Joseane, mãe de Adriana, 11 anos, p. 4)

O falecimento de um familiar é mencionado como fator estressor também capaz de interferir no controle do diabetes de Adriana:

“*Quando a minha sobrinha faleceu, a prima dela. (...) A glicose dela foi lá no hi, mas era emocional. (...) Isso foi... vai fazer três anos agora em junho, em julho agora. Aí quando a gente recebeu a notícia de que a minha sobrinha tinha falecido, ela tava do meu lado, aí ela viu eu desesperada, só que eu não falei. Aí a minha irmã falou: ‘\_ Não, você tem que falar.’, peguei e falei, a glicose dela deu uma alteração assim oh: tava cento e pouquinho de manhã, a gente recebeu a notícia dez horas, de dez horas até no outro dia no enterro não saiu do hi, ficou cravado ali no hi, mas o que? Era emocional. Porque ela num tava nem comendo, direito né, comer, comeu, mas... pra ficar assim no hi não, aí eu vi é emocional.*” (Joseane, mãe de Adriana, 11 anos, p. 3).

Outro aspecto importante para o controle do diabetes de Adriana é a relação com seu pai, marcada por longos períodos de separação, visto que ele é pouco presente em sua vida:

“*Ela pediu pra minha irmã (para que a mãe ligasse para o pai), porque ela não teve coragem de me pedir, porque eu falei com ela: ‘\_ Me pede tudo, de menos pra ir atrás.’, só que eu tive que abaixar meu topete e ir atrás né, a minha irmã: ‘\_ Que seja pro bem dela, você vai ver uma melhora se for isso mesmo, você vai ver resultado.’, e realmente, quando ela teve contato com o pai dela novamente nossa (palavra acentuada) me obedecia em tudo, as glicose dela ficou mil*

*maravilha, aí o cara me some de novo né, aí agora eu falei, agora tá difícil deu baixar a guarda de novo pra ir atrás.”* (Joseane, mãe de Adriana, 11 anos, p. 6).

Roberto fala sobre como se sentiu diante da morte da avó que representou um evento estressor em sua vida:

*“Eu chorei, minha mãe foi me contar na hora que eu ia pra aula, de manhazinha, hã (riso), aí já tava na hora da aula, aí minha mãe me chamou e ela me falou.”* (Roberto, 9 anos, p. 11).

E quando questionado sobre o fato mencionado por sua mãe de que na época que houve a morte da avó teria ficado um pouco mais difícil pra controlar o diabetes, ele responde afirmativamente:

*“Foi.”* (Roberto, 9 anos, p. 11).

E, a seguir, ao ser indagado sobre o que ele achava que poderia ter levado a tal alteração ele referiu:

*“Emocional (riso). (...) Emoção né tia.”* (Roberto, 9 anos, p. 11).

O papel do emocional no controle do diabetes também se evidencia através do seu relato de que seus pais lhe escondem a morte de pessoas que ele conhece devido ao medo dele passar mal:

*“Tem vez que eu sei que alguém morre e aí falam pro meu pai, só que eles num, eles num me contam. (...) Por causa que eu tenho diabete, aí dá... aí ou sobe ou cai demais. Aí eu tenho que ficar internado (riso).”* (Roberto, 9 anos, p. 13).

A mãe de Roberto menciona como fator emocional interveniente no controle do diabetes apenas a perda de sua avó, entretanto como foi referido por sua médica e também presenciado por mim em algumas de suas internações, Roberto em diferentes momentos tem dificuldade de controlar o diabetes, podendo-se inferir a manifestação de fatores inconscientes neste processo.

*“Só uma vez que eu sei que descontrolou porque a gente perdeu a minha vó né?! E ela era muito agarrada com ele. (...) Então aí ela descontrolou, ela subiu demais, mas foi só esse ponto assim que ela subiu. (...) Foi em ju... mês passado. (...) Aí eu acho que deu aquela descompensada demais. Tirando isso... (...) Não, é foi semana passada que ele internou.”* (Rosalina, mãe de Roberto, 9 anos, p. 4 e 5).

Pode-se mencionar como eventos estressores duas importantes separações vivenciadas por Herbert: em relação a sua irmã e à enfermeira que cuidava dele na escola. Ele fala sobre

como se sente em relação ao fato de sua irmã ter saído de casa, o que representou uma perda importante em sua vida:

*“Eu me sinto triste. (...) Por causa que eu brincava com ela o dia inteiro.”* (Herbert, 7 anos, p. 23).

E refere como está a relação do pai e da irmã atualmente:

*“Por causa que o meu pai e minha irmã só vive brigando.”* (Herbert, 7 anos, p. 24).

Herbert fala sobre a mudança da enfermeira que cuidava dele na escola, que representou nova separação em sua vida:

*“Por causa que ela... era muito boa pra mim, aí chegou uma outra muié lá, o nome dela era Amanda. (...) Também é boa. Só que eu gostava mais da Ilda.”* (Herbert, 7 anos, p. 24).

O tema da separação ligado ao medo também surge de forma associativa quando é exibida a Herbert a figura 2:

*“Um menino com medo. (...) Hum... a mãe dele saiu e o pai também, aí ele tava sozinho dentro de casa.”* (Herbert, 7 anos, p. 25).

Respondendo afirmativamente que caso isso ocorresse com ele, também sentiria medo.

*“Também.”* (Herbert, 7 anos, p. 25).

Na figura 3 o tema da separação ressurgiu:

*“Um homem chorando. (...) A mulher dele foi embora.”* (Herbert, 7 anos, p. 25 e 26).

E, novamente, na figura 4:

*“A moça querendo saber porque que o menino tava chorando. (...) A mãe dele largou dele. (...) Ela foi embora e deixou ele ali.”* (Herbert, 7 anos, p. 26).

Respondendo afirmativamente que caso isso ocorresse com ele, teria a mesma reação de choro que o menino da figura:

*“A mesma.”* (Herbert, 7 anos, p. 26).

Para Herbert, na percepção de sua mãe, a saída de casa de sua irmã, de forma fugitiva e inesperada, sem o conhecimento da família, levou a um descontrole do diabetes:

*“2012 quando a minha filha formou, completou os 18 anos, dia 24 dia, dia 18 de abril ela fez 18 anos, dia 24 de abril pegou as malas dela e simplesmente foi embora de casa. Aí foi aquele descontrole na família, porque até entanto minha filha era caseira, cuidava do irmão, cuidava da casa, cuidava da gente pra mim trabalhar, entendeu?! Era super (palavra enfatizada)*

*carinhosa com a gente, mas completou 18 anos, quando foi dia 24 de abril ela pegou e foi embora de casa. Aí descontrolou, você imagina, como é que fica a cabeça de uma criança que vê lá a irmã dela, dele todos os dias, levava no colégio, buscava, aí foi um descontrole.”* (Wanessa, mãe de Herbert, 7 anos, p. 8 e 9).

Segundo a mãe informou, no período em que a irmã de Herbert saiu de casa, ele estava com um bom controle do diabetes na escola, onde possuía o suporte da enfermeira com quem havia desenvolvido um laço afetivo, entretanto é interessante notar que este controle não se mantinha em casa:

*“Lá (na escola) foi tudo ok, mas quando chegava em casa, parecia que ele tinha um trauma de chegar em casa e não via a irmã.”* (Wanessa, mãe de Herbert, 7 anos, p. 12).

Quando questionada sobre se tal descontrole teria sido devido ao fato dele comer mais, ela respondeu negativamente, afirmando que tal mudança foi devido ao fator emocional:

*“Não, não. (...) O fator emocional, o fator emocional sim.”* (Wanessa, mãe de Herbert, 7 anos, p. 9).

A saída da enfermeira que cuidava dele na escola, com quem possuía significativo vínculo afetivo, representou uma nova separação, reatualizando o trauma da separação em relação à irmã e gerou novo descontrole do diabetes, sendo que o retorno desta profissional, posteriormente, levou ao controle do diabetes novamente:

*“Outra separação pra ele. Tudo novo, uma pessoa que ele não tem assim mais contato de carinho, que a outra chegava, abraçava ele, entendeu?! Beijava, conversava com ele, deixava ele mexer no celular dela, agora essa não, essa vai lá, ia né, tem duas semanas que essa antiga vai agora. Essa chegava, simplesmente chamava ele, fazia logo o procedimento e ia embora, agora essa não, se tivesse baixa ela ficava, se tivesse alta ela ficava, até o controle né chegar.”* (Wanessa, mãe de Herbert, 7 anos, p. 12).

### **Discussão da Categoria “Descontrole do diabetes”.**

Evidenciou-se na análise das entrevistas que tanto fatores estressores concretos quanto manifestações do inconsciente inferidas a partir de aspectos subjetivos são capazes de interferir no controle do diabetes. Há situações em que nitidamente conseguimos observar o motivo do descontrole do diabetes, como nos momentos de perda, por exemplo, entretanto como foi

ressaltado por uma das mães o diabetes não é uma ciência exata como a matemática, podendo-se inferir, também, a interferência de aspectos subjetivos, inconscientes. Tal interferência pode ser exemplificada através do relato de Santos et al. (2005, p. 404), que ao analisarem a fala de uma paciente diabética entrevistada evidenciaram que: “o estado de humor da paciente (que ela nomeia de ‘nervosismo’) libera hormônios contra reguladores que desencadeiam alterações na utilização da insulina, podendo levar a estados de hiperglicemia”.

Assim sendo, constata-se que possuir informações a respeito do diabetes, participar de grupos educativos e palestras sobre o tema é sim importante visto que instrumentaliza as crianças, os adolescentes e suas famílias e os torna mais ativos diante de seus tratamentos, entretanto em muitas situações um furo subverte a ordem das coisas, quando mães afirmam terem seguido todas as orientações médicas corretamente e que mesmo assim a glicose não é controlada. Evidenciou-se a incerteza sobre a ação de uma dose de insulina aplicada em um certo momento ou sobre o efeito que ocasionará dar ou não um alimento à criança em dada circunstância, visto que de um modo geral houve o reconhecimento por parte das mães e de algumas crianças quanto à importância de fatores emocionais no controle/descontrole do diabetes.

Cabe ressaltar que o fator emocional constitui-se por aspectos de maior profundidade e inconscientes que podem interferir no controle da doença de acordo com a organização mental de cada indivíduo. Assim sendo, uma alteração glicêmica pode ser causada por alterações emocionais como, por exemplo, diante da “ambivalência entre as exigências superegóicas e o desejo de desprender-se delas”, ambivalência esta relacionada ao fato dos portadores desta doença nem sempre poderem fazer o que desejam, o que se mostra muito difícil e estressante para as crianças e os adolescentes (Marcelino & Carvalho, 2005, p. 74).

Este aspecto é bem ilustrado através da fala de Solange, mãe de Lorena (p. 11):

*“Apenas dosagem de insulina que eu aplico, que hoje tava ótima essa dosagem, amanhã a dosagem tá al, tá bo, tá alta demais, tem que tirar. (...) É sempre assim esse estresse pra mim no caso de ficar meio que... tentando... é um tiro no escuro mesmo, tentando adivinhar: ‘ \_ Oh hoje eu vou, vamo, vamo tentar com tanto’. (...) E monitorando ela, entendeu?! Olhando pra ver o que que vai acontecer, mas assim é igual eu falei: ‘ \_ Gente, não tem uma matemática.’, esse negócio de, da diabetes por que depende muito de organismo né, da situação emocional às vezes né.”*

E também pelo relato de Roberta, mãe de Roberto (p. 5):

*“Às vezes sobe demais, aí dá insulina, cai demais. Fica oscilando, aí a gente fica com medo de dar a insulina, porque cai demais, quando vai medir de novo tá 400. Aí dá insulina, come alguma coisa, quando vai medir de novo às vezes tá com 400 de novo, num, num é uma regra, tomou a insulina vai cair ou comeu vai subir. Às vezes fica bem, fica bem descompensado mesmo, fica bem...”*

Moreira e Dupas (2006) constataram que os significados atribuídos à vivência da doença vão se modificando com a trajetória da mesma. Quanto mais o tempo passa, mais adaptada às necessidades do tratamento a criança se mostra e sua percepção sobre a doença também muda. Entretanto observou-se em Roberto exatamente o contrário, visto que a mãe ressaltou que ele é diabético há dois anos, sendo que no primeiro ano a doença teve um melhor controle, mas há um ano o controle do diabetes está mais difícil, período este que coincidiu com o fato de seu pai ter começado a trabalhar em dois locais, passando a ficar muito pouco tempo em casa com os filhos.

Em uma pesquisa qualitativa realizada por Damião & Ângelo (2001, p. 69)), com mães de crianças que possuem doenças crônicas, uma das subcategorias criadas na análise dos dados foi “vivendo o cansaço da batalha”, que retrata o desânimo da família, onde é evidenciado que: “o tratamento em si pode deixar a desejar porque todos os esforços feitos em função dele, não resultam numa resposta satisfatória. A resposta conseguida não é aquela que a família sonha e espera, não é um resultado que satisfaça os pais”. Desse modo, os autores destacam que a adaptação da família que possui uma criança com doença crônica é dinâmica, onde períodos de controle e de falta de controle da doença se alternam, sendo importante que não haja uma estagnação da família no meio do processo. É necessário existir auxílio e estímulo para a aquisição por parte da família do controle da situação de doença, com melhor adaptação e competência diante dos cuidados que a criança exige, e redução da intensidade do sofrimento vivenciado.

### **Categoria 5 das entrevistas das crianças e categoria 3 das entrevistas das mães: Comportamento alimentar no momento do descontrole do diabetes**

A categoria “Comportamento alimentar no momento do descontrole do diabetes” refere-se às alterações no hábito alimentar da criança nos momentos de mau controle da doença, tendo

sido constatado tanto um comportamento alimentar aumentado quanto a inalteração deste (quadro 6).

**Quadro 6 – Categoria: Comportamento alimentar no momento do descontrole do diabetes**

| Nomes/Sub-categorias | Aumentado | Inalterado |
|----------------------|-----------|------------|
| Vagner               |           | X          |
| Cesar                | X         |            |
| Joana                | X         |            |
| Lara                 | X         |            |
| Adriana              | X         |            |
| Roberto              | X         |            |
| Herbert              |           | X          |
| Lorena               |           | X          |

Ao ser questionado em quais situações come mais, Vagner fala sobre sua rotina alimentar, evidenciando que segue as orientações fornecidas por sua médica. Não é apresentado em seu relato qualquer fala que associe a alteração alimentar ao descontrole do diabetes:

*“Na minha escola mesmo, na hora do recreio, oito e meia da manhã, porque lá, o almoço da escola é rigoroso né, porque é 08:30 o recreio, aí é o almoço, aí eu como oito e meia, onze e meia acaba a minha aula, aí eu vou pra casa e na hora que eu tô indo pra casa eu como de novo. (...) Não, é o que ela ensina mesmo.”* (Vagner, 12 anos, p. 15).

O comportamento alimentar de Vagner é submisso às orientações da mãe, conformando-se a estas, apesar do desejo sentido por alimentos que não fazem parte de sua dieta alimentar:

*“Ele vê, às vezes ele vê um bolo, um doce, ele fala assim: ‘\_ Ai mãe, (barulho com a língua)’. Faz até boquinha de vontade né. ‘\_ Ai mãe’. ‘\_ Não pode’. ‘\_ Mas quando a minha glicose baixar você me dá?’. Ele já tem essa consciência, se der uma hipo ele pode, então às vezes ele... ele vê assim, ele vê um doce na geladeira, um bolo que ele, nesse caso de aniversário, ele foi, ele falou assim: ‘\_ Leva um pedacinho pra mim que eu não vou comer não mãe, Você leva uma pedacinho?’, ‘\_ Pra que?’, ‘\_ É porque se der hipo eu como!’* (Riso). *Mas ele tem bem consciência, ele não é de comer”.* (Roberta, mãe do Vagner, 12 anos, p. 6).

Cesar expressa a dificuldade de seguir a orientação alimentar de sua médica, resvalando para momentos de exagero que podem interferir no controle de sua doença:

*“Alguns dias eu echage (riso) exagero muito. É... aí a minha glicose aumenta. (...) Ah, é... batata frita. (...) Batata frita, eu como muito. (...) E também bife.”* (Cesar, 9 anos, p. 20).

A mãe de Cesar refere que inicialmente seu filho teve dificuldade de aceitar a alteração alimentar decorrente do diagnóstico de diabetes, mas que no momento ele já entende melhor suas restrições alimentares.

*“Às vezes fala mãe, igual ele pede assim café com leite: ‘\_Ah, põe açúcar’. Aí às vezes vai pra escola, ‘\_Mãe, eu queria aquela bala ali, ih mais aquele ali, aquele biscoito’. Aí é hora de entrar né. (...) Entrar, sentar e conversar com ele. Falar não meu filho você não pode né, porque... é... senão aumenta muito a sua glicose, você para, vai parar no hospital né, fica internado, é ruim tanto pra você quanto pra mim. Aí vem a pergunta dele: ‘\_Ah mãe, eu só posso isso aí quando eu tô passando mal?’, eu falo: ‘\_É’. Aí eu sento, converso com ele, no começo não vou dizer que foi fácil, ele ficava bem agitado: ‘\_Quero, quero, quero!’. Mas agora graças a Deus (fala acentuada) ele entende, tá entendendo e... aí ele entende agora e... já nem pede mais”.* (Maria Aparecida, mãe de Cesar, 9 anos, p. 6).

Quando questionada sobre se há situações em que a criança procura por alimentos que deveria evitar, a mãe de Joana é enfática em afirmar que isso sempre acontece, destacando o aspecto impulsivo do comportamento alimentar de sua filha, chegando ao ponto de alimentar-se escondida.

*“Sempre! Ela sabe que não pode, por isso a gente até evita por exemplo biscoito de recheio, leite condensado, é essas coisas assim mais doce a gente evita ter dentro de casa porque, porque sabe que se tiver mesmo ela sabendo que não pode ela procura e come. Mesmo que você fale: ‘\_ Não pode!’. Ela vai lá ela, pelo menos um ela come, nem que seja escondido, que ela mesma sabe preparar o leite dela com Nescau, ela mesmo sabe fazer misto quente, então a bem dizer é uma criança assim muito esperta, então ela se vira sabe, então ela pega, aí ela faz escondido e você num vê, quando você vai ver ela já fez, entendeu?!”* (Fátima, mãe de Joana, 9 anos, p. 7).

Lara ressalta a relação existente entre a ansiedade e o aumento de sua alimentação, enfatizando que isto ocorre diariamente, o que tende a levar a uma maior descontrolado do diabetes.

*“(Breve silêncio). Hum, eu acho que na hora que eu tô mais ansiosa, que parece que vai acontecer alguma coisa boa, aí vai me dando uma vontade de comer doce, comer qualquer coisa. (...) É, aí vai me dando uma ansiedade, mas se eu ficar muito em casa, ficar muito sozinha, aí também eu costumo ir lá, se tiver qualquer coisa na geladeira eu como. (...) Hã ham, ansiedade. Então, a minha glicose, eu costumo não tomar insulina, mas de vez em quando eu tomo, mas não espero meia hora, me dá muita ansiedade, aí eu como de tudo, entendeu?! Mesmo se não tiver alguma coisa em casa que eu quero, eu vou pego o dinheiro, vou na rua, tem vez que eu compro três, quatro pacotes de biscoito. (...) Todo dia, todo dia.”* (Lara, 12 anos, p. 13 e 14).

Ao ser questionada sobre a contagem de carboidrato ela afirma ter algum conhecimento:

*“Mais ou menos.”* (Lara, 12 anos, p. 15).

Porém o que se observa é que este conhecimento não se traduz em uma rotina alimentar mais adequado ao quadro de diabetes:

*“Assim, pra comer essas coisas assim (comer escondido) aí eu, de vez em quando eu faço contagem de carboidrato.”* (Lara, 12 anos, p. 15).

A mãe de Lara ressalta a dificuldade da menina de seguir a dieta alimentar, o seu cotidiano é vivenciado como uma tentativa constante de burlar as orientações recebidas, chegando ao ponto de agredir os pais para pegar coisas que queria comer:

*“Tá tendo até hoje, ela não controla direito, ela não gosta de tomar insulina, entendeu?! Ela, tem hora que ela, agora até que tá menos difícil né, porque ela já chegou até a agredir a gente pra tomar as coisas da mão da gente pra comer, teve dias deu ter que segurar ela a força pra aplicar insulina, porque ela não queria tomar.”* (Vanessa, mãe de Lara, 12 anos, p. 4).

*“Hum (riso) durante todo o tempo né (ela procura por alimentos que deveria evitar), é tudo, ela, tudo que ela gosta é o que ela num pode, apesar deu, igual eu explico pra ela que aqui libera muita coisa, é só ela fazer né a contagem de carboidrato, tomar insulina, mas aí ela sempre come em excesso, exagera, outras horas ela come escondido, não toma a insulina antes, não faz a contagem, sabe?! (...) Ela sempre fala a mesma coisa, que ela é criança, entendeu?! Que ela gosta daquilo, que a gente não tá na pele dela, que a gente não sabe o que ela passa, que é muito fácil a gente acusar ela, porque a gente não tá vivendo aquilo, entendeu?! Aí ela começa a jogar na cara: ‘ \_ É fácil tomar insulina todo dia, é fácil ficar medindo a glicose, é fácil não poder comer as coisas, os meus colegas tudo leva isso na escola mãe, eu não posso levar nada, só fruta, fruta, fruta!’, entendeu?! Tá sempre questionando a mesma coisa.”* (Vanessa, mãe de Lara, 12 anos, p. 5).

Adriana associa seu estado emocional ao comportamento alimentar aumentado, quando questionada em quais situações come mais:

*“Quando eu tô ansiosa.”* (Adriana, 11 anos, p. 17).

Adriana relaciona o comer à ansiedade e ao sentimento de tristeza desencadeado pela perda de familiares, quando foi indagada sobre situações nas quais ela come mais:

*“Quando eu tô ansiosa. (...) Quando eu vou apresentar do ballet, amanhã eu vou apresentar. Aí quando alguém faleceu da minha família, só.”* (Adriana, 11 anos, p. 17).

A mãe de Adriana fala sobre o comportamento alimentar da menina, que chegou a se levantar de madrugada para comer escondido, além de comer mantimentos crus quando não haviam outros disponíveis:

*“Vários (momentos de descontrole do diabetes), no, no, nos primeiros, vamo colocar aí nos primeiros, no primeiro mês foi muito difícil porque a glicose dela não abaixava, aí depois de um ano, a menina teve quadros assim né de acidocitose que chama né?! Grave (palavra acentuada) até o ano passado ela deu uma grave que chegou a parar até os rins e o sangue dela né começou a coagular, quase que ela morreu, quase que ela infartou, tudo por causa da diabete, mau controle, por quê? Controlava em casa, mas no colégio era aquele descontrole, aí depois eu descobri que ela levantava de madrugada em casa também pra comer, só que eu não queria acreditar nisso né! Falei assim não, não é ela! Porque eu não via, até que teve momentos que eu falei assim não eu tenho que levantar de madrugada, aí eu comecei a acordar de madrugada e vi ela mexendo, saindo né e aquele cheiro de comida na cozinha, tipo assim um biscoito, um danone, mas dava aquele cheiro, aí eu fui percebendo, ela chegou a comer até macarrão cru porque ela queria comer alguma coisa e eu tinha tirado tudo da cozinha que ela podia mexer, não deixei nada, aí ela começou a ir nos alimentos cru, aí foi aí que eu vi nossa o negócio tá mais sério do que eu penso né?! Aí foi aí que eu falei vamo conversar, entrou no psicólogo né?! Melhorou? Melhorou sim, mas tem muito o que melhorar ainda. (...)Porque ela num gosta de fazer dieta né, ela não aceita é cinco biscoito, ela quer o pacote inteiro.” (Joseane, mãe de Adriana, 11anos, p. 3 e 4)*

O alimento é utilizado, ainda, por Adriana, como uma tentativa de preencher a falta causada pela ausência do pai:

*“Tem, tem, porque ela fica naquele negócio: ‘\_ Meu pai falou que ia ligar e num ligou, falou que vinha me buscar e não veio me buscar.’, aí eu vejo que ela fica mais ansiosa, aí quer comer coisas às vezes que nem tem em casa, aí eu falo: ‘\_ Adriana eu não, tô sem dinheiro, pode ser mês que vem?’, ‘Nossa! Tá sempre sem dinheiro!’, Porque ela vê, a gente fica sem dinheiro né e talvez não é uma coisa necessária, porque é chocolate, quer comer chocolate, aí eu compro o diet dela: ‘\_ Eu não queria esse não! Eu queria o outro!’ Entendeu?! Aí fica naquela ansiedade, fica inventando moda, fica inventando coisa pra comer, coisa que às vezes nem ela: ‘Nossa, tô com vontade de comer e nem sei o que que é.’, fica assim.” (Joseane, mãe de Adriana, 11anos, p. 6).*

Roberto quando questionado sobre o fato comentado por sua mãe, antes de ser iniciada a entrevista, referente ao episódio em que ele teria comido uma lata de Nescau na semana anterior, o que levou a um descontrole do diabetes e conseqüente internação hospitalar, narrou a história procurando minimizar sua responsabilidade na mesma:

*“Na verdade eu não comi. (...) É porque eu fui fazer Nescau pra minha irmã. (...) Aí invés deu por a colher, eu pus a lata inteira. Em vez de pegar com a colher eu pus a lata inteira, aí... aí... (...) Aí eu levantei e vi que a lata tava quase vazia. (...) Aí eles achou que eu comi. (...) Não, eu só bebi o Nescau, aí só que eu pus muito pó de Nescau.”* (Roberto, 9 anos, p. 13).

Ele destaca que é em festas que come mais, evidenciando um possível comportamento alimentar compulsivo:

*“Em festa (riso). (...) Em festa eu não paro de comer (riso). (...) A minha mãe tem que, aí a minha mãe tem que me chamar a atenção pra mim parar de comer, senão eu não paro não.”* (Roberto, 9 anos, p. 16).

Quando questionado sobre o ato de comer escondido que também foi mencionado por sua mãe, Roberto discorre a respeito, mantendo a postura de minimizar suas atitudes:

*“Ah, tem vontade que dava... tem vez que eu tenho vontade de comer e aí, aí dá vontade de comer. Aí não dá pra agüentar né! (riso).”* (Roberto, 9 anos, p. 17).

Um outro momento em que Roberto minimiza seu comportamento alimentar foi em um episódio relatado por sua mãe de que ela foi chamada à escola pois Roberto teria comido um pacote de wafer:

*“Mas é mentira dos meus colegas, que eu comi só um, aí eles falaram que eu comi meio. (...) Aí eles fica falando que eu comi meio pacote.”* (Roberto, 9 anos, p. 17 e 18).

Entretanto ele admite que há momentos em que come escondido, confirmando outro episódio comentado pela mãe em que tal fato se deu:

*“Mas se já comi escondido? Já (riso).”* (Roberto, 9 anos, p. 17 e 18).

E quando questionado sobre o episódio mencionado por sua mãe de que certa noite ela escondeu os alimentos e Roberto comeu um pacote de farinha crua, ele ri e ao ser indagado se se lembrava do fato afirma:

*“Muito não. Eu tava em casa aí me deu fome, aí não tinha nada pra comer, eu fui lá e comi (riso).”* (Roberto, 9 anos, p. 18).

Rindo da reação da médica quando sua mãe relatou-lhe este fato:

*“(riso). Ah tia, a doutora ali ficou até, até... doida quando ela soube que eu comi farinha (riso). (...) Aí a tia, a tia riu (riso). (...)”* (Roberto, 9 anos, p. 18).

E em relação ao comer escondido de madrugada ele se justifica:

*“É porque me dá fome ué.”* (Roberto, 9 anos, p. 26).

Roberto, segundo o relato da mãe, quer comer toda hora, ficando ansioso diante das restrições alimentares que o diabetes lhe impõe:

*“Ah ele, ele quer comer é... demais, ele quer, tudo ele quer demais, ele, ele.. num pára, ele fica desinquieto prum lado pro outro, aí ele... ah é muita coisa que ele fica, ele é muito agitado, é agitado. Chora (palavra acentuada) muito. (...) Ah, mais é a alimentação, porque ele quer comer é... num tá na hora, ele quer comer toda hora, mas é na alimentação, mas às vezes alguma coisa também que você tem que falar com ele: ‘ \_ Não pode, isso você não vai poder fazer’, aí ele fica mais nervoso, mais ansioso.”* (Rosalina, mãe de Roberto, 9 anos, p. 3).

Já Herbert demonstra aceitação da dieta alimentar que deve seguir, não referindo alterações alimentares, o que pode ser um indício de que nos momentos de crise do diabetes há a presença de fatores inconscientes atuando:

*“Não, eu como só... só as coisas que a minha mãe deixa.”* (Herbert, 7 anos, p. 22).

A mãe de Herbert afirma que ele lida bem com os limites que ela coloca em sua alimentação.

*“É... por exemplo, eu tento dar uma fruta ele, ele quer comer a que ele não pode. Eu falei: ‘ \_ Meu filho você não pode, você tem que comer isso aqui que a mamãe te dá, isso você pode’. (...) Entendeu?! Ele quer comer chiclete, mas ele não pode dar chiclete, chiclete tem açúcar, aí tem, tem, quando tá assim por exemplo 60, 65, eu sempre carrego uma bala, uma barrinha de bananinha na bolsa pra mim dar ele, entendeu?! A doutora mesmo falou, orientou a gente pra gente ter isso, um suco de uva em casa, caso dá hipoglicemia, entendeu?! Falou que é muito bom. E evitar as frutas assim: banana, melancia, uva, isso aí ela falou comigo pra evitar de dar ele. (...) Ele reage: “ \_ Então tá bom, pode me dar a fruta então.”* (Wanessa, mãe de Herbert, 7 anos, p. 14).

Lorena fala sobre o descontrole na glicose que costuma ocorrer de madrugada, levando à necessidade de alimentação quando ocorre a hipoglicemia, entretanto o descontrole do diabetes não é evidenciado em sua fala como uma consequência da alteração alimentar, sendo algo que ocorre eventualmente, a partir do que se pode inferir que há elementos do inconsciente atuando nas descompensações da doença.

*“Ah, momento... ah, quando fica de madrugada. (...) Às vezes dá baixo, aí a minha mãe pega um negócio pra eu comer ou, ou faz assim, de madrugada algumas horas aí eu falo com ela que eu tô com fome, aí começa a medir tá baixo, aí ela me dá alguma coisa, é um pão, um toddy assim, um biscoito.”* (Lorena, 9 anos, p. 16).

A dificuldade apresentada por Lorena em relação à alimentação refere-se à espera entre a aplicação da insulina e o intervalo de tempo antes de poder se alimentar:

*“É na verdade a gente não evita nada com ela não, a gen, ela faz a contagem de carboidrato com a doutora Ana Paula (...) O único problema que eu tenho maior assim, problema, num vou dizer que é problema (palavra acentuada), questão de horário, de segurar ela, porque às vezes cê é... deu a alimentação, ela quer agora, mas antes tem que aplicar a insulina, a insulina só pode ser aplicada novamente daí duas horas, então às vezes chega num lugar, tá naquele, tá nesse meio aí, tem uma criança comendo alguma coisa: ‘\_ Ô mãe, quero, posso?’, não você vai ter que esperar meia horinha, daqui a pouco tá na hora deu medir, eu te dou uma olhada e a gente vai e já aplica pra você comer. Essa questão de horário assim, num é... numa escala aí de zero a... a 10, vamo por que... com ela 7. Sabe, que... tranqüilo assim com ela né, mas tem hora que ela chega a reclamar: ‘\_ Ah eu quero comer agora, queria comer.’, não sei o que, ‘\_ Quinze minutinhos Lorena, agüenta aí.’ (...) É, o não pra ela, o não pra ela é questão de horário: tem que esperar meia hora.’ (Solange, mãe de Lorena, 9 anos, p. 8).*

### **Discussão da categoria “Comportamento alimentar no momento do descontrole do diabetes”**

Houve situações em que o fator emocional levou a uma maior busca por alimentos que a criança deveria evitar, entretanto em alguns casos a alteração da glicose ocorre sequencialmente à instabilidade emocional, independentemente do paciente ter se alimentado (Vagner, Herbert e Lorena).

Torna-se interessante ressaltar que o conhecimento faz com que a culpa venha associada ao prazer da transgressão diante do ato de comer escondido. Entretanto uma alternativa diante do perigo que representa o conhecimento sobre o diabetes, seu tratamento e possíveis conseqüências, devido à responsabilidade que o conhecimento traz e à culpa que pode acarretar, seria tentar enganar a si próprio, fechar os ouvidos para a doença que possui, negá-la e enfrentá-la como se tudo fosse uma simples brincadeira, como Roberto faz.

Em uma pesquisa realizada por Santos et al. (2005) sobre o cuidado na ótica do paciente diabético e seu principal cuidador, a doença evidenciou-se como uma ameaça à individualidade do paciente em sua autonomia, representando um fator limitador de sua qualidade de vida, devido ao fato do paciente não poder alimentar-se daquilo que gosta, como e quando desejar. Os autores evidenciaram que:

(...) os fatores de natureza emocional, tais como: falta de controle frente ao alimento, má escolha dos alimentos durante as crises de hipoglicemia – mesmo tendo consciência da conduta adequada, suscitam sentimentos de arrependimento e culpa, tornando penosa a carga emocional que a paciente tem de suportar para acompanhar a terapêutica proposta (Santos et al., p. 402).

A transgressão alimentar é evidenciada como algo sempre presente no modo do paciente diabético driblar profissionais de saúde e cuidadores, estando impressa no seu inconsciente (Santos, Zanetti & Santos, 2005). Sabe-se que a dieta representa um aspecto central na compreensão das dificuldades vivenciadas por estes pacientes, haja vista que as restrições de doces e açúcares recomendada em sua alimentação podem ser sentidas como uma perda de liberdade. É importante destacar que o comer e o prazer envolvido neste ato representam um processo pulsional básico do desenvolvimento, pois a ingestão de doces representa um dos prazeres universais da infância, de modo que o conhecimento do grau de desenvolvimento da personalidade atingido pelo indivíduo e das experiências prévias vivenciadas por ele, incluindo seus momentos de crise, podem auxiliar o médico (e a equipe multiprofissional) a compreender certas transgressões alimentares aparentemente absurdas (Mello Filho, 1986).

Em um estudo de caso realizado com um paciente diabético adulto, Faria e Bellato (2009, p. 755), pontuaram que as restrições alimentares para este paciente não eram vistas por ele como um mecanismo que lhe permitia viver mais e melhor, como poderiam julgar os profissionais da saúde, mas sim como um recurso que lhe permitia *sobreviver* à doença, mostrando claramente as diferenças entre as lógicas das práticas de saúde e o cotidiano do viver da pessoa com diabetes mellitus. Outro aspecto mencionado é que o ato de comer está relacionado, também, com a convivialidade, sendo parte integrante do *com* viver, podendo haver prejuízo da sociabilidade caso haja a proibição desse prazer, sendo que "a mudança nos hábitos alimentares não parece ser uma negociação entre a pessoa com Diabetes mellitus e os profissionais de saúde, mas se constitui em uma imposição".

Os autores citados acima observaram, ainda, que quando o paciente entrevistado era questionado sobre sua alimentação ele não lhes falava o que realmente comia e sim sobre o que deveria comer, num jogo duplo que objetivava fugir de cobranças e julgamentos por parte dos profissionais de saúde: "portanto, o diabético fala aquilo que o profissional quer ouvir, através

do jogo da brincadeira, da astúcia, por se sentir distante do cotidiano vivido institucional" (Faria & Bellato, 2009, p. 755).

Santos et al. (2005) destacam que tem sido apontado pela literatura que o estabelecimento de um controle metabólico adequado para o paciente diabético envolve alimentação, atividade física e tratamento medicamentoso e as dificuldades vivenciadas são decorrentes destes fatores. Entretanto no estudo de caso realizado pelos autores, eles buscaram evidenciar para a equipe multidisciplinar que existem outros fatores importantes instrumentais e comportamentais. Fatores estes relacionados a crenças e valores influenciados por relações interpessoais familiares e de iguais que repercutem na capacidade de enfrentamento e na motivação do paciente diante de sua doença e na busca de soluções para o controle do diabetes. Assim sendo, eles recomendam que é necessário antes da realização de uma orientação específica ao diabetes (p. 405):

conhecer os padrões individuais de resposta do paciente e de seu principal cuidador em relação aos seus sentimentos, angústias, ansiedades, conflitos e necessidades, estabelecendo um vínculo efetivo para, posteriormente, em conjunto, traçar estratégias a curto, médio e longo prazo, direcionadas a alcançar o controle metabólico.

## VI CONSIDERAÇÕES FINAIS

O diabetes mellitus tipo 1 é uma doença difícil de ser vivenciada não apenas pela criança mas também por sua família, visto que conviver com o diabetes envolve uma readequação da rotina cotidiana. Ele traz a necessidade de que hábitos alimentares familiares sejam revistos e, muito frequentemente, como evidenciado em quase todos os casos, acaba sendo necessário que um dos pais pare de trabalhar fora e fique em casa para auxiliar a criança a obter um melhor controle desta patologia. É interessante notar que no único caso em que a paciente permanece sozinha em sua residência no contra-turno escolar enquanto os pais trabalham fora, é evidenciado por Joana um acentuado sentimento de desamparado e isto se transmuta diariamente em perigosas transgressões alimentares, apesar do sofrimento e da culpa sentidos.

Um fato de suma relevância ressaltado em algumas das falas refere-se à questão do controle do diabetes não ser uma ciência exata como a matemática na qual uma equação em que os valores sejam mantidos obtém sempre o mesmo resultado, trata-se sim de um misto de ciência exata e humana onde em diferentes momentos e níveis a lógica da exatidão é subvertida seja através de mecanismos conscientes ou inconscientes da subjetividade humana.

Manter uma alimentação saudável e seguir as orientações médicas quanto à medição da glicose e aplicação de insulina são fatores fundamentais no controle da doença, mas não são os únicos. Torna-se fundamental por parte dos profissionais de saúde construir um olhar diferenciado sobre estas famílias, criar uma relação transferencial positiva que lhes permita obter uma maior compreensão sobre o cotidiano familiar e os fatores dificultadores do tratamento sejam eles eventos objetivos, de fácil observação, ou aspectos emocionais, que por seu caráter subjetivo só podem ser inferidos.

Percebe-se, assim, a importância de se questionar quais fatores poderiam estar envolvidos na percepção do paciente e sua família em relação ao fato de que em alguns momentos, independentemente do seguimento das orientações dos profissionais de saúde, as complicações da doença surgem, lesando seu organismo. Será que se trata apenas de uma negação da doença ou porventura fatores emocionais, inconscientes, não estariam contribuindo para o quadro de diabetes mellitus cronicamente mal controlado?

Outro aspecto relevante referente à própria condição de ser criança refere-se ao fato de que nos momentos de descontrole do diabetes há tendência a uma forte culpabilização da figura materna, tanto por parte dos profissionais de saúde quanto por parte de familiares, visto que a mãe assume o papel de principal cuidadora frente ao tratamento de seu filho. Entretanto isto gera um questionamento sobre quais seriam os sentimentos da criança nestes momentos, visto que elementos reais do seu cotidiano ou processos de fantasia podem levá-la a se culpar pelo mau controle de sua doença ou, pelo contrário, há o risco de que a equipe de saúde coloque a criança numa postura extremamente passiva diante de seu tratamento, tirando-lhe a responsabilidade sobre seus atos. Considera-se que este é um aspecto que deva ser melhor explorado em estudos futuros.

Constatou-se na presente pesquisa que em todas as crianças foi observada a atuação de fatores emocionais influenciando no controle do diabetes, seja através da ocorrência de vivências de medo que desencadeiam um quadro de estresse e levam a uma alteração alimentar, seja através de manifestações do inconsciente inferidas que atuam diretamente na oscilação dos valores da glicose, sem que haja uma mudança do comportamento alimentar. O fato de terem sido entrevistadas tanto as crianças quanto seus responsáveis auxiliou na compreensão do fenômeno estudado, possibilitando uma significativa complementação de informações no processo de compreensão da dinâmica do cotidiano vivenciado pela criança.

Cabe reconhecer as limitações do estudo devido ao número reduzido de participantes e ao fato de ter sido realizada apenas uma entrevista com cada criança e seu responsável, sendo sugerida a realização de outros estudos na área que possam realizar uma abordagem mais aprofundada como, por exemplo, o acompanhamento psicoterapêutico das crianças com dificuldade do controle do diabetes, que teria muito a contribuir para a compreensão do fenômeno.

Pretende-se que os dados construídos neste estudo possam auxiliar na construção de abordagens multiprofissionais que possam contemplar uma visão integral dos pacientes em seus aspectos biopsicossociais, levando a um melhor controle do diabetes. Neste sentido um primeiro resultado alcançado foi uma autorização para a pesquisadora atender ambulatorialmente os pacientes do Ambulatório de Endocrinologia Infantil do HRJP/FHEMIG, que até então só possuía o atendimento médico, sendo que duas das três crianças vinculadas a esta instituição e que participaram da pesquisa já estão em acompanhamento psicológico. Em relação aos

pacientes vinculados ao HU/UFJF que já contam com atendimento multiprofissional, inclusive psicológico, espera-se com os resultados alcançados auxiliar a equipe a obter uma melhor compreensão das possíveis interferências de aspectos emocionais no controle do DM1.

## REFERÊNCIAS

- Almino, M.A.F., Queiroz, M.V.O. & Jorge, M.S.B. (2009). Diabetes mellitus na adolescência: experiências e sentimentos dos adolescentes e das mães com a doença. *Rev. Esc. Enferm. USP*. 43 (4): 760-7. Recuperado de <http://www.ee.usp.br/reusp/>.
- Brasil (1996). *Ministério da Saúde. Resolução MS/CNS/CNEP de 10 de outubro de 1996*.
- Brasil (2006). Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Diabetes Mellitus. [Versão eletrônica], *Cadernos de Atenção Básica*, 16 (A), Normas e Manuais Técnicos. Brasília.
- Bardin, L. (1977). *Análise de Conteúdo*. Lisboa: Edições 70.
- Castro, T.G., Abs, D. & Sarriera, J.C. (2011). Análise de conteúdo em pesquisas de psicologia. *Psicologia, ciência e profissão*. 31 (4): 814-825.
- Costa, M.B. (2013). *Eu controlo meu diabetes: guia infantil: orientações de pacientes da Universidade Federal de Juiz de Fora*. Juiz de Fora: Editora UFJF.
- Damião, E. B. C. & Angelo, Margareth. (2001). A experiência da família ao conviver com a família doença crônica da criança. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 35(1), 66-71. Recuperado de <http://www.ee.usp.br/reeusp/>.
- Dessen, M.C., Cerqueira-Silva, S. & Dessen, M. A. (2009). Pesquisa com família: integrando métodos quantitativos e qualitativos. In L. Weber & M. A. Dessen (Orgs.), *Pesquisando a família: instrumentos para coleta e análise de dados* (pp.43-56). Curitiba: Juruá.
- Faria, A.P.S. & Bellato, R. (2009). A vida cotidiana de quem vivencia a condição crônica do diabetes mellitus. *Rev. Esc. Enferm. USP*. 43 (4): 752-9. Recuperado de <http://www.ee.usp.br/reusp/>.
- Filgueiras, J.C. & Hippert, M.I.S. (1999). A polêmica em torno do conceito de estresse. [Versão eletrônica], *Psicol. cienc. prof.* Brasília, 19 (3): 40-51.
- Freud, S. (1996). Sobre os fundamentos para destacar da neurastenia uma síndrome específica denominada “neurose de angústia”. Em *Edição Standard Brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud* (J. Salomão, Trad., Vol. 3, 91-120). Rio de Janeiro: Imago (Trabalho original em alemão publicado em 1895/1894).
- \_\_\_\_\_ (1996). Duas histórias clínicas (o “Pequeno Hans” e o “Homem dos Ratos”). Em *Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud* (J.

Salomão, Trad., Vol. 10, -). Rio de Janeiro: Imago. (Trabalho original em alemão publicado em 1909).

\_\_\_\_\_ (1996). A dissolução do Complexo de Édipo. Em *Edição Standard Brasileira das obras psicológicas completas se Sigmund Freud* (J. Salomão, Trad., Vol. 19, 189-199). Rio de Janeiro: Imago (Trabalho original em alemão publicado em 1924).

\_\_\_\_\_ (1996). Inibições, sintomas e ansiedade. Em *Edição Standard Brasileira das obras psicológicas completas se Sigmund Freud* (J. Salomão, Trad., Vol. 20, 81-174). Rio de Janeiro: Imago (Trabalho original em alemão publicado em 1926/1925).

Góes, A.P.P., Vieira, M.R.R. & Liberatore Junior, R.D.R. (2007). Diabetes mellitus tipo 1 no contexto familiar e social. *Rev. Paul. Pediatria*. 25 (2): 124-8. Recuperado de <http://www.scielo.br/revistas/rpp/>.

Gomes, C. M. & da Silva, J. A. (2007) *Fisiologia do estresse: aspectos neuroendócrinos e comportamentais*. 1-11. Recuperado de <http://www.psicologiaanimal.com.br/arquivos/artigos/>.

Google imagens. Recuperado de <http://www.google.com.br/imghp/>.

Helman, C. G. (2003). *Cultura, saúde e doença*. Porto Alegre: Artmed.

Lei n° 11.104, de 21 de março de 2005. Recuperado de [https://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_Ato2004-2006/2005/Lei/L11104.htm](https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2004-2006/2005/Lei/L11104.htm).

Manzini, E.J. (2012). Uso da entrevista em dissertações e teses produzidas em um programa de pós-graduação em educação. *Revista Percurso – NEMO*. Maringá. 4 (2): 149-171. Recuperado de <http://www.periodicos.uem.br/ojs/index.php/Percurso/>.

Marcelino, D.B. & Carvalho, M.D.B. (2005). Reflexões sobre o diabetes tipo 1 e sua relação com o emocional. *Psicologia: reflexão e crítica*. 18 (1): 72-77. Recuperado de <http://www.scielo.br/revistas/prc/>.

Marques, A.P.F.S. (2004) Câncer e estresse: um estudo sobre crianças em tratamento quimioterápico. *Centro de Estudos Psicologia da Saúde da Divisão de Psicologia ICHCFMUSP. Psicol. hosp.* (São Paulo). Dez. 2 (2).

McDougall, J. (1991). *Em defesa de uma certa anormalidade: teoria e clínica psicanalítica*. Porto Alegre: Artes Médicas.

Mello Filho, J. (1986). Aspectos psicológicos do diabetes mellitus. *Psicossomática*. 1 (1): 14-23.

- Ministério da Saúde & Ministério da Educação (2007). *Programa saúde na escola*. Recuperado de <http://dab.saude.gov.br/portaldab/pse.php>.
- Mommersteeg, P.M.C., Herr, R., Zijlstra, W.P., Schneider, S. & Pouwer, F. (2012). Higher levels of psychological distress are associated with a higher risk of incident diabetes during 18 year follow-up: results from the British household panel survey. [Versão eletrônica], *BMC Public Health*. 12 (1109): 1-10.
- Moreira, P.L. & Dupas, G. (2006). Vivendo com o diabetes: a experiência contada pela criança. *Revista Latino-americana de Enfermagem*. Jan./fev. 14 (1): 25-32. Recuperado de <http://www.eerp.usp.br/rlae/>.
- Mota, E.L.A., Franco, A.L.S. & Motta, M.C. (1999). Migração, estresse e fatores psicossociais na determinação da saúde da criança. *Psicol. Reflex. Crit.* Porto Alegre. 12 (1).
- Nascimento, L.C., Amaral, M.J., Sparapani, V.C., Fonseca, L.M.M., Nunes & M.D.R., Dupas, G. Diabetes Mellitus tipo 1: evidências da literatura para seu manejo adequado, na perspectiva da criança. *Rev. Esc. Enferm. USP*. 45 (3): 764-9. Recuperado de <http://www.ee.usp.br/reusp/>.
- Oliveira, P.A., Scivoletto, S & Cunha, P.J. (2009). Estudos neuropsicologicos e de neuroimagem associados ao estresse emocional na infância e adolescência. *Rev Psiq Clín*. 37(6): 260-9.
- Pedroso, A.G.S. & Magalhães, A.M.M.A. (2008) Análise da punção venosa e sondagens nasogástrica e nasoenteral em unidade de internação pediátrica. *Rev. Gaúcha Enferm.*, Porto Alegre (RS). Mar. 29 (1): 18-25.
- Pilger, C. & Abreu, I.S. (2007). Diabetes mellitus na infância: repercussões no cotidiano da criança e de sua família. *Cogitare Enferm.* out./dez. 12 (4): 494-501. Recuperado de <http://ojs.c3sl.ufpr.br/ojs2/index.php/cogitare/>.
- Reis, K.C. (2008). A brincadeira como ação no mundo: enfrentando a doença e a hospitalização. Salvador. *Dissertação de mestrado*. Universidade Federal da Bahia.
- Rodrigues, A. S. (2008). *Medo, neurose e doença psicossomática*. Tese de doutoramento não publicada, Universidade Estadual do Rio de Janeiro, Instituto de Medicina Social, Rio de Janeiro, Brasil.
- Romano, B.W. (1999). *Princípios para a prática da psicologia clínica em hospitais*. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Santos, E.C.B., Zannetti, M.L., Otero, L.M. & Santos, M.A. (2005). O cuidado sob a ótica do paciente diabético e seu principal cuidador. *Revista Latino-americana de*

*Enfermagem.* mai./jun. 13 (3): 397-406. Recuperado de <http://www.eerp.usp.br/rlae/>.

Schmidt, M. I., Duncan, B. B., Silva, G.A., Menezes, A. M., Monteiro, C.A., Barreto, S. M. Chor, D. & Menezes, P. R. (2011). Doenças crônicas não transmissíveis no Brasil: carga e desafios atuais. *Lancet: Saúde no Brasil.* (4): 61-74. Recuperado de <http://www.thelancet.com/>.

Sengik, A.S., & Ramos, F.B. (2013). Concepção de morte na infância. *Psicologia & Sociedade.* Caxias do Sul. 25(2), 379-387.

Sparapini, V.C., Borges, A.L.V., Dantas, I.R.O., Pan, R. & Nascimento, L.C. (2012). A criança com diabetes mellitus tipo 1 e seus amigos: a influência dessa interação no manejo da doença. *Revista Latino-americana de Enfermagem.* jan./fev. 20 (1): [9 telas]. Recuperado de <http://www.eerp.usp.br/rlae/>.

Selye, H. (1936). A Syndrome produced by diverse nocuous agents. *Nature.* 138: 32.

Ulrich-Lai Y.M. & Herman J. (2009). Neural regulation of endocrine and autonomic stress response. *Nature Reviews – Neuroscience.* 10: 307-409.

Vieira, M.A. & Lima, R.A.G. (2002). Crianças e adolescentes com doença crônica: convivendo com mudanças. *Revista Latino-americana de Enfermagem.* jul./ago. 10 (4): 552-60. Recuperado de <http://www.eerp.usp.br/rlae/>.

Zimmerman, D. (1993). *Fundamentos básicos das grupoterapias.* Porto Alegre: Artmed.

**APÊNDICES**  
**APÊNDICE A**  
**ROTEIRO DE ENTREVISTA**

**Emoção de medo, estresse e diabetes mellitus tipo 1 cronicamente mal controlado.**

Pesquisadores responsáveis: Tânia Mara Silva Benfica

Antenor Salzer Rodrigues

**A DADOS PESSOAIS E FAMILIARES**

Entrevista n°:

Data:

Horário de início:

Horário de término:

Nome da criança:

Número do prontuário:

Data de nascimento da criança:

Entrevista respondida por:

Composição familiar (com quem mora: mora, parentesco e idade):

Quem é o cuidador principal da criança em casa, responsável por seu tratamento?

Qual é a profissão dos pais?

Em qual série escolar a criança está?

Com que idade foi recebido o diagnóstico de diabetes?

Há quanto tempo faz tratamento no HU/UFJF?

**B ENTREVISTA SEMI-ESTRUTURADA A SER RESPONDIDA PELO RESPONSÁVEL**

1. Como é o seu filho emocionalmente?

2. O seu filho tem medos? De que?

3. Como se desenvolveu o tratamento de seu filho (a) (ou outro parentesco) desde o diagnóstico até hoje? Houve momentos de dificuldade de controle do diabetes?

4. Há situações em que seu filho (a) (ou outro parentesco) procura por alimentos que deveria evitar?

5. Você consegue identificar momentos em que o fator emocional de seu filho (a) (ou outro parentesco) levou a um descontrole do diabetes?

6. Nos momentos de descontrole do diabetes, houve alguma situação importante pela qual a família ou a criança estivesse passando? (Em caso de resposta positiva, pedir para descrever tal ocorrência).

7. Após o diagnóstico de diabetes, houve algum destes eventos na família?

Mudança de cidade ( ) sim ( ) Não. Em caso de resposta afirmativa, perguntar: Quando ocorreu? Fale sobre isto.

A mãe ou outro membro da família começou a trabalhar fora de casa ( ) sim ( ) Não. Em caso de resposta afirmativa, perguntar: Quando ocorreu? Fale sobre isto.

Perda de emprego por parte de um dos pais ( ) sim ( ) Não. Em caso de resposta afirmativa, perguntar: Quando ocorreu? Fale sobre isto.

Hospitalização ou adoecimento na família ( ) sim ( ) Não. Em caso de resposta afirmativa, perguntar: Quando ocorreu? Fale sobre isto.

Morte na família ou de algum amigo próximo ( ) sim ( ) Não. Em caso de resposta afirmativa, perguntar: Quando ocorreu? Fale sobre isto.

Separação dos pais ( ) sim ( ) Não. Em caso de resposta afirmativa, perguntar: Quando ocorreu? Fale sobre isto.

Brigas entre os pais ( ) sim ( ) Não. Em caso de resposta afirmativa, perguntar: Quando ocorreu? Fale sobre isto.

Uso de álcool ou drogas por algum membro da família ( ) sim ( ) Não. Em caso de resposta afirmativa, perguntar: Quando ocorreu? Fale sobre isto.

Mudança de escola ( ) sim ( ) Não. Em caso de resposta afirmativa, perguntar: Quando ocorreu? Fale sobre isto.

Repetência ou suspensão na escola ( ) sim ( ) Não. Em caso de resposta afirmativa, perguntar: Quando ocorreu? Fale sobre isto.

Nascimento de um irmão ( ) sim ( ) Não. Em caso de resposta afirmativa, perguntar: Quando ocorreu? Fale sobre isto.

Outras experiências que tiveram impacto na vida da criança ou da família ( ) sim ( ) Não. Em caso de resposta afirmativa, perguntar: Quando ocorreu? Fale sobre isto.

### **C ENTREVISTA SEMI-ESTRUTURADA A SER RESPONDIDA PELA CRIANÇA**

1 – Para eu poder te conhecer um pouco mais, quero que você faça um desenho para mim e me conte uma história sobre ele.

2 – Eu vou te mostrar algumas figuras e quero que você me diga o que está acontecendo em cada figura.

FIGURA 1



FIGURA 2



FIGURA 3



FIGURA 04



FIGURA 5



3 – Agora eu vou te fazer algumas perguntas:

3.1 Como é para você ter diabetes?

3.2 Em que situações você come mais?

3.3 Você tem medo de que?

3.4. Como você reage quando tem medo?

## APÊNDICE B



UNIVERSIDADE FEDERAL DE JUIZ DE FORA  
 COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA – CEP HU/UFJF  
 JUIZ DE FORA – MG – BRASIL

DEPARTAMENTO DE PSICOLOGIA DA UFJF

PESQUISADOR RESPONSÁVEL: TÂNIA MARA SILVA BENFICA

ENDEREÇO: RUA MARIA BELO DA SILVA, QUADRA III, N. 30, JARDIM EMAÚS

CEP: 36048-512 – JUIZ DE FORA – MG

FONE: (32) 8816-3340

E-MAIL: TANIAMSBPSY@OI.COM.BR

PESQUISADOR RESPONSÁVEL: ANTENOR SALZER RODRIGUES

ENDEREÇO: RUA DOUTOR JOSÉ BATISTA DE OLIVEIRA, 332, BOM PASTOR

CEP: 36021680 – JUIZ DE FORA – MG

FONE: (32) 3215-5756

E-MAIL: ANTENORSALZER@OI.COM.BR

**TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**

O Sr. (a) está sendo convidado (a) como voluntário (a) a participar da pesquisa “Emoção de medo, estresse e diabetes mellitus tipo 1 cronicamente mal controlado”. Nesta pesquisa pretendemos verificar se as vivências de medo desencadeadoras de estresse contribuem de alguma forma nos quadros de diabetes mellitus tipo 1 cronicamente mal controlado em crianças. O motivo que nos leva a pesquisar esse assunto é que há crianças portadoras de diabetes mellitus tipo 1 que conseguem uma maior estabilização da patologia apresentada e outras que são cronicamente mal controladas, sendo que o fator emocional pode contribuir para este fato.

Para esta pesquisa adotaremos o(s) seguinte(s) procedimento(s): Os responsáveis pelos pacientes selecionados serão informados sobre os objetivos da pesquisa e o destino dos dados fornecidos, podendo optar por participar ou não da mesma sem nenhum prejuízo, mediante a leitura e assinatura do Termo de Consentimento Livre Esclarecido. Eles deverão, ainda, efetuar a leitura e assinatura do Termo de Consentimento Livre Esclarecido do Menor, autorizando, assim, a participação dos pacientes. Já os pacientes deverão expressar verbalmente seu consentimento em

relação à participação na pesquisa. Os responsáveis que aceitarem participar serão entrevistados pela própria pesquisadora antes ou após a consulta médica, ou em outro dia previamente agendado de acordo com a disponibilidade dos mesmos. Momento este em que também serão realizadas as entrevistas com os pacientes, individualmente. Será realizada apenas uma entrevista com cada paciente e cada responsável. Os participantes serão entrevistados através de um roteiro de entrevista semi-estruturado elaborado pela pesquisadora a partir da revisão de literatura efetuada, contemplando os objetivos da pesquisa. Tal instrumento contém dados pessoais e de identificação, além de questões referentes à Identificação da ocorrência de vivências ameaçadoras nos pacientes infantis com diabetes mellitus tipo 1 cronicamente mal controlado, assim como de fatores estressores e sua relação com a alteração alimentar. Optamos na presente pesquisa pela gravação e transcrição dos registros visando à maior fidedignidade dos dados obtidos.

Esta pesquisa apresenta risco mínimo, isto é, o mesmo risco existente em atividades rotineiras como conversar, tomar banho, ler, etc. Apesar disso, o participante tem assegurado o direito a ressarcimento ou indenização no caso de quaisquer danos eventualmente produzidos pela pesquisa. Os resultados estarão à sua disposição quando finalizada, trazendo como benefício um maior conhecimento sobre o tema abordado. Para participar deste estudo o Sr (a) não terá nenhum custo, nem receberá qualquer vantagem financeira. Terá o esclarecimento sobre o estudo em qualquer aspecto que desejar e estará livre para participar ou recusar-se a participar. Poderá retirar seu consentimento ou interromper a participação a qualquer momento. A sua participação é voluntária e a recusa em participar não acarretará qualquer penalidade ou modificação na forma em que é atendido pelo pesquisador, que tratará a sua identidade com padrões profissionais de sigilo.

Os resultados da pesquisa estarão à sua disposição quando finalizada. Seu nome ou o material que indique sua participação não será liberado sem a sua permissão.

O (A) Sr (a) não será identificado em nenhuma publicação que possa resultar.

Os dados e instrumentos utilizados na pesquisa ficarão arquivados com o pesquisador responsável por um período de 5 (cinco) anos, e após esse tempo serão destruídos. Este termo de consentimento encontra-se impresso em duas vias, sendo que uma cópia será arquivada pelo pesquisador responsável, e a outra será fornecida ao senhor.

Eu, \_\_\_\_\_, portador do documento de Identidade \_\_\_\_\_ fui informado (a) dos objetivos da pesquisa “Emoção de medo, estresse e diabetes mellitus tipo 1 cronicamente mal controlado”, de maneira clara e detalhada e esclareci minhas dúvidas. Sei que a qualquer momento poderei solicitar novas informações e modificar minha decisão de participar se assim o desejar.

Declaro que concordo em participar. Recebi uma cópia deste termo de consentimento livre e esclarecido e me foi dada à oportunidade de ler e esclarecer as minhas dúvidas.

Juiz de Fora, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20\_\_\_\_.

---

|      |                         |      |
|------|-------------------------|------|
| Nome | Assinatura participante | Data |
|------|-------------------------|------|

---

|      |                        |      |
|------|------------------------|------|
| Nome | Assinatura pesquisador | Data |
|------|------------------------|------|

---

|      |                       |      |
|------|-----------------------|------|
| Nome | Assinatura testemunha | Data |
|------|-----------------------|------|

Em caso de dúvidas, com respeito aos aspectos éticos desta pesquisa, você poderá consultar:

CEP HU – COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA HU/UFJF

Hospital Universitário Unidade Santa Catarina

Prédio da Administração Sala 27

CEP 36036-110

E-MAIL: [cep.hu@ufjf.edu.br](mailto:cep.hu@ufjf.edu.br)

## APÊNDICE C



UNIVERSIDADE FEDERAL DE JUIZ DE FORA  
 COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA – CEP HU/UFJF  
 JUIZ DE FORA – MG – BRASIL

DEPARTAMENTO DE PSICOLOGIA DA UFJF

PESQUISADOR RESPONSÁVEL: TÂNIA MARA SILVA BENFICA

ENDEREÇO: RUA MARIA BELO DA SILVA, QUADRA III, N. 30, JARDIM EMAÚS

CEP: 36048-512 – JUIZ DE FORA – MG

FONE: (32) 8816-3340

E-MAIL: TANIAMSBPSY@OI.COM.BR

PESQUISADOR RESPONSÁVEL: ANTENOR SALZER RODRIGUES

ENDEREÇO: RUA DOUTOR JOSÉ BATISTA DE OLIVEIRA, 332, BOM PASTOR

CEP: 36021680 – JUIZ DE FORA – MG

FONE: (32) 3215-5756

E-MAIL: [antenorsalzer@oi.com.br](mailto:antenorsalzer@oi.com.br)

***TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO***

*(No caso do responsável pelo menor)*

O menor \_\_\_\_\_, sob sua responsabilidade, está sendo convidado (a) como voluntário (a) a participar da pesquisa “Emoção de medo, estresse e diabetes mellitus tipo 1 cronicamente mal controlado.” Nesta pesquisa, pretendemos verificar se as vivências de medo desencadeadoras de estresse contribuem de alguma forma nos quadros de diabetes mellitus tipo 1 cronicamente mal controlado em crianças.

O motivo que nos leva a pesquisar esse assunto é que há crianças portadoras de diabetes mellitus tipo 1 que conseguem uma maior estabilização da patologia apresentada e outras que são cronicamente mal controladas, sendo que o fator emocional pode contribuir para este fato.

Para esta pesquisa adotaremos o(s) seguinte(s) procedimento(s): Os responsáveis pelos pacientes selecionados serão informados sobre os objetivos da pesquisa e o destino dos dados fornecidos, podendo optar por participar ou não da mesma sem nenhum prejuízo, mediante a leitura e

assinatura do Termo de Consentimento Livre Esclarecido. Eles deverão, ainda, efetuar a leitura e assinatura do Termo de Consentimento Livre Esclarecido do Menor, autorizando, assim, a participação dos pacientes. Já os pacientes deverão expressar verbalmente seu consentimento em relação à participação na pesquisa. Os responsáveis que aceitarem participar serão entrevistados pela própria pesquisadora antes ou após a consulta médica, ou em outro dia previamente agendado de acordo com a disponibilidade dos mesmos. Momento este em que também serão realizadas as entrevistas com os pacientes, individualmente. Será realizada apenas uma entrevista com cada paciente e cada responsável. Os participantes serão entrevistados através de um roteiro de entrevista semi-estruturado elaborado pela pesquisadora a partir da revisão de literatura efetuada, contemplando os objetivos da pesquisa. Tais instrumentos contém dados pessoais e de identificação, além de questões referentes à Identificação da ocorrência de vivências ameaçadoras nos pacientes infantis com diabetes mellitus tipo 1 cronicamente mal controlado, assim como de fatores estressores e sua relação com a alteração alimentar. Optamos na presente pesquisa pela gravação e transcrição dos registros visando à maior fidedignidade dos dados obtidos.

Para participar desta pesquisa, o menor sob sua responsabilidade não terá nenhum custo, nem receberá qualquer vantagem financeira. Ele será esclarecido (a) em qualquer aspecto que desejar e estará livre para participar ou recusar-se a participar. Você, como responsável pelo menor, poderá retirar seu consentimento ou interromper a participação dele a qualquer momento. A participação dele é voluntária e a recusa em participar não acarretará qualquer penalidade ou modificação na forma em que é atendido (a) pelo pesquisador que irá tratar a identidade do menor com padrões profissionais de sigilo. O menor não será identificado em nenhuma publicação. Esta pesquisa apresenta risco mínimo, isto é, o mesmo risco existente em atividades rotineiras como conversar, tomar banho, ler, etc. Apesar disso, o menor tem assegurado o direito a ressarcimento ou indenização no caso de quaisquer danos eventualmente produzidos pela pesquisa.

Os resultados estarão à sua disposição quando finalizada. O nome ou o material que indique a participação do menor não será liberado sem a sua permissão. Os dados e instrumentos utilizados na pesquisa ficarão arquivados com o pesquisador responsável por um período de 5(cinco) anos, e após esse tempo serão destruídos. Este termo de consentimento encontra-se impresso em duas vias, sendo que uma cópia será arquivada pelo pesquisador responsável, e a outra será fornecida a você.

Eu, \_\_\_\_\_, portador (a) do documento de  
Identidade \_\_\_\_\_, responsável pelo menor  
\_\_\_\_\_, fui informado (a) dos objetivos do presente estudo  
de maneira clara e detalhada e esclareci minhas dúvidas. Sei que a qualquer momento poderei  
solicitar novas informações e modificar a decisão do menor sob minha responsabilidade de

participar, se assim o desejar. Recebi uma cópia deste termo de consentimento livre e esclarecido e me foi dada a oportunidade de ler e esclarecer as minhas dúvidas.

Juiz de Fora, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20\_\_.

---

Assinatura do (a) Responsável

---

Assinatura do (a) Pesquisador (a)

Em caso de dúvidas com respeito aos aspectos éticos desta pesquisa, você poderá consultar:  
CEP HU – COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA HU/UFJF  
Hospital Universitário Unidade Santa Catarina  
Prédio da Administração Sala 27  
CEP 36036-110  
E-MAIL: [cep.hu@ufjf.edu.br](mailto:cep.hu@ufjf.edu.br)

## APÊNDICE D

**FUNDAÇÃO HOSPITALAR DO ESTADO DE MINAS GERAIS  
HOSPITAL REGIONAL JOÃO PENIDO****AV. JUIZ DE FORA, 2555, GRAMA, JUIZ DE FORA, MG****TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**

PESQUISADOR RESPONSÁVEL: TÂNIA MARA SILVA BENFICA  
ENDEREÇO: RUA MARIA BELO DA SILVA, QUADRA III, N. 30, JARDIM EMAÚS  
CEP: 36048-512 – JUIZ DE FORA – MG  
FONE: (32) 8816-3340  
E-MAIL: TANIAMSBPSY@OI.COM.BR

PESQUISADOR RESPONSÁVEL: ANTENOR SALZER RODRIGUES  
ENDEREÇO: RUA DOUTOR JOSÉ BATISTA DE OLIVEIRA, 332, BOM PASTOR  
CEP: 36021680 – JUIZ DE FORA – MG  
FONE: (32) 3215-5756  
E-MAIL: ANTENORSALZER@OI.COM.BR

CEP-FHEMIG: ALAMEDA ÁLVARO CELSO, 100, STA. EFIGÊNIA, BH-MG. TELEFONE: (31)3239-9552.

Você está sendo convidado (a) como voluntário (a) a participar da pesquisa “Emoção de medo, estresse e diabetes mellitus tipo 1 cronicamente mal controlado”. Meu nome é Tânia e o meu trabalho é pesquisar como o aspecto emocional interfere no controle do diabetes. O Antenor é um professor que me orienta nesta pesquisa. Queremos saber se as emoções de medo e estresse dificultam o controle do diabetes em crianças e achamos que esta pesquisa possa nos ajudar a entender isso. Eu vou informar você e convidá-lo a participar desta pesquisa. Você pode escolher se quer participar ou não.

Queremos saber se o medo e o estresse dificultam no controle do diabetes mellitus tipo 1 em crianças. Estamos testando isto em crianças entre 7 e 12 anos de idade e que têm diabetes, através da realização de entrevistas com as crianças e um de seus pais ou responsável. Você não precisa participar desta pesquisa se não quiser. É você quem decide. Se decidir não participar da pesquisa, é seu direito e nada mudará no tratamento de saúde de seu filho (ou outro parentesco) Mesmo assim, este serviço de saúde estará disponível para vocês. Até mesmo se disser " sim " agora, poderá mudar de idéia depois, sem nenhum problema. Para participar deste estudo você não terá nenhum custo, nem receberá qualquer vantagem financeira.

Nós vamos entrevistar você e o seu filho (ou outro parentesco) separadamente, uma única vez, aqui neste hospital. Para que seu filho (ou outro parentesco) participe você e ele terão

que concordar através de um termo de assentimento específico. Participar desta pesquisa envolve um risco mínimo, o mesmo risco de fazer atividades do seu dia a dia como ler ou escrever. Se nós compreendermos melhor a relação entre o aspecto emocional e o controle do diabetes podemos ajudar as crianças e seus pais, assim como os profissionais de saúde a conseguirem um melhor controle desta doença. Não falaremos para outras pessoas que você está nesta pesquisa e também não compartilharemos informação sobre você para qualquer um que não trabalha na pesquisa. Depois que a pesquisa acabar, os resultados serão informados para você, seu filho (ou outro parentesco) e os profissionais que lhes atendem aqui neste hospital. A entrevista será gravada.

Se você precisar você me fazer perguntas sobre a pesquisa quando quiser. Eu escrevi um número de telefone e endereço onde você pode nos localizar. Se você quiser falar com outra pessoa tal como o (a) médico (a) do seu filho (ou outro parentesco), não tem problema. Os dados utilizados na pesquisa ficarão arquivados conosco por um período de 5 (cinco) anos, e após esse tempo serão destruídos.

Eu entendi que a pesquisa é sobre a relação entre o aspecto emocional e o controle do diabetes. Eu entendi que serei entrevistado (a) e Declaro que concordo em participar. Recebi uma cópia deste termo de consentimento livre e esclarecido e me foi dada à oportunidade de ler e esclarecer as minhas dúvidas.

Assinatura dos pai/responsável: \_\_\_\_\_

Ass. Pesquisador: \_\_\_\_\_

Dia/mês/ano: \_\_\_\_\_

## APÊNDICE E

**FUNDAÇÃO HOSPITALAR DO ESTADO DE MINAS GERAIS**  
**HOSPITAL REGIONAL JOÃO PENIDO**  
**AV. JUIZ DE FORA, 2555, GRAMA, JUIZ DE FORA, MG**

**TERMO DE ASSENTIMENTO**

PESQUISADOR RESPONSÁVEL: TÂNIA MARA SILVA BENFICA  
ENDEREÇO: RUA MARIA BELO DA SILVA, QUADRA III, N. 30, JARDIM EMAÚS  
CEP: 36048-512 – JUIZ DE FORA – MG  
FONE: (32) 8816-3340  
E-MAIL: TANIAMSbpsy@oi.com.br

PESQUISADOR RESPONSÁVEL: ANTENOR SALZER RODRIGUES  
ENDEREÇO: RUA DOUTOR JOSÉ BATISTA DE OLIVEIRA, 332, BOM PASTOR  
CEP: 36021680 – JUIZ DE FORA – MG  
FONE: (32) 3215-5756  
E-MAIL: ANTENORSALZER@OI.COM.BR

CEP-FHEMIG: Alameda Álvaro Celso, 100, Sta. Efigênia, BH-MG. Telefone: (31)3239-9552.

Este formulário de assentimento informado é para crianças entre as idades de 7 a 12 anos que comparecerão ao Hospital Regional João Penido e que estamos convidando a participar na pesquisa “Emoção de medo, estresse e diabetes mellitus tipo 1 cronicamente mal controlado.”

Meu nome é Tânia e o meu trabalho é pesquisar como o aspecto emocional interfere no controle do diabetes. O Antenor é um professor que me orienta nesta pesquisa. Queremos saber se as emoções de medo e estresse dificultam o controle do diabetes em crianças e achamos que esta pesquisa possa nos ajudar a entender isso. Eu vou informar você e convidá-lo a participar desta pesquisa. Você pode escolher se quer participar ou não. Conversamos sobre esta pesquisa com seus pais ou responsáveis e eles sabem que também estamos pedindo seu acordo. Se você vai participar na pesquisa, seus pais ou responsáveis também terão que concordar. Mas se você não deseja fazer parte na pesquisa, não é obrigado, até mesmo se seus pais concordarem.

Você pode discutir qualquer coisa desta entrevista com seus pais, amigos ou qualquer um com quem você se sentir a vontade de conversar. Você pode decidir se quer participar ou não depois de ter conversado sobre a pesquisa e não é preciso decidir imediatamente. Pode haver algumas palavras que não entenda ou coisas que você quer que eu explique mais detalhadamente. Por favor, peça que pare a qualquer momento e eu explicarei.

Queremos saber se o medo e o estresse dificultam no controle do diabetes mellitus tipo 1 em crianças. Estamos testando isto em crianças que são da sua idade, entre 7 e 12 anos de idade e que têm diabetes. Você não precisa participar desta pesquisa se não quiser. É você quem decide. Se decidir não participar da pesquisa, é seu direito e nada mudará no seu tratamento de saúde. Mesmo assim, este serviço de saúde estará disponível para você. Até mesmo se disser "sim" agora, poderá mudar de idéia depois, sem nenhum problema.

Nós vamos entrevistar você e o seu pai, mãe ou responsável separadamente, uma única vez, aqui neste hospital. Participar desta pesquisa envolve um risco mínimo, o mesmo risco de fazer atividades do seu dia a dia como ir a escola, ler ou escrever. Se nós soubermos melhor a relação entre o aspecto emocional e o controle do diabetes podemos ajudar as crianças e seus pais, assim como os profissionais de saúde a conseguirem um melhor controle desta doença. Não falaremos para outras pessoas que você está nesta pesquisa e também não compartilharemos informação sobre você para qualquer um que não trabalha na pesquisa. Depois que a pesquisa acabar, os resultados serão informados para você, para seus pais e os profissionais que te atendem aqui neste hospital.

Se você precisar você me fazer perguntas sobre a pesquisa quando quiser. Eu escrevi um número de telefone e endereço onde você pode nos localizar. Se você quiser falar com outra pessoa tal como a sua médica, não tem problema.

Os dados utilizados na pesquisa ficarão arquivados conosco por um período de 5 (cinco) anos, e após esse tempo serão destruídos. Este termo de assentimento encontra-se impresso em duas vias, sendo que uma cópia será arquivada pelo pesquisador responsável, e a outra será fornecida a seu responsável.

Eu entendi que a pesquisa é sobre a relação entre o aspecto emocional e o controle do diabetes. Eu entendi que serei entrevistado (a) e concordo em participar.

Assinatura da criança/adolescente: \_\_\_\_\_

Assinatura dos pais/responsáveis: \_\_\_\_\_

Ass. Pesquisador: \_\_\_\_\_

Dia/mês/ano: \_\_\_\_\_

## ANEXOS

### ANEXO 1

#### HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DA UNIVERSIDADE FEDERAL DE JUIZ DE FORA-MG

#### PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

##### DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

**Título da Pesquisa:** Emoção de medo, estresse e diabetes mellitus tipo 1 cronicamente mal controlado

**Pesquisador:** TANIA MARA SILVA BENFICA

**Área Temática:**

**Versão:** 1

**CAAE:** 25641113.4.0000.5133

**Instituição Proponente:** UNIVERSIDADE FEDERAL DE JUIZ DE FORA UFJF

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

##### DADOS DO PARECER

**Número do Parecer:** 516.253

**Data da Relatoria:** 27/01/2014

##### **Apresentação do Projeto:**

A proposta da presente pesquisa será responder à seguinte questão norteadora: vivências ameaçadoras, concretas ou não, ao acionarem o mecanismo do estresse e desencadearem alterações hormonais, podem contribuir para o quadro de diabetes cronicamente mal controlado? Tal pesquisa adotará a metodologia qualitativa como modo de se obter um conhecimento aprofundado sobre o tema.

##### **Objetivo da Pesquisa:**

Verificar se as vivências de medo desencadeadoras de estresse contribuem de alguma forma nos quadros de diabetes mellitus tipo 1 cronicamente mal controlado em crianças.

Identificar a ocorrência de vivências ameaçadoras nos pacientes infantis com diabetes mellitus tipo 1 cronicamente mal controlado; Verificar se essas vivências ameaçadoras apresentam alguma relação com a alteração alimentar.

##### **Avaliação dos Riscos e Benefícios:**

Pesquisa de risco mínimo, pois se trata de entrevistas.

##### **Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

A avaliação dos medos e demais vivências que favorecem o mau controle do diabetes mellitus tipo I em crianças é de grande importância, haja vista a gravidade da doença.

##### **Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:**

Todos apresentados de forma adequada.

##### **Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:**

Publicação dos resultados.

##### **Recomendações:**

Não há.

**Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:**

Não há.

**Situação do Parecer:**

Aprovado

**Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

**Considerações Finais a critério do CEP:**

JUIZ DE FORA, 28 de Janeiro de 2014

---

**Gisele Aparecida Fófano**  
**(Coordenador)**  
**Assinador por:**

**ANEXO 2****FUNDAÇÃO HOSPITALAR DO ESTADO DE MINAS GERAIS -  
FHEMIG****PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP****DADOS DO PROJETO DE PESQUISA**

**Pesquisador:** TANIA MARA SILVA BENFICA

**Título da Pesquisa:** Emoção de medo, estresse e diabetes mellitus tipo 1 cronicamente mal controlado.

**Área Temática:**

**Versão:** 2

**CAAE:** 31634514.0.0000.5119

**Instituição Proponente:** Fundação Hospitalar do Estado de Minas Gerais – FHEMIG

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

**DADOS DO PARECER**

**Número do Parecer:** 696.912

**Data da Relatoria:** 24/06/2014

**Apresentação do Projeto:**

- Estudo reencaminhado ao CEP para a solução da seguinte Pendência:

A) Reescrever o Termo com linguagem mais popular, evitando ao máximo termos técnicos;

B) Utilizar a linguagem direta para o indivíduo, usando a primeira pessoa do singular em todo o texto (evitar

a terceira pessoa do plural - ex: os participantes, os pacientes etc.);

C) Fazer um novo TCLE para o Menor ou Termo de Assentimento com linguagem totalmente compatível com o perfil de 07 a 12 anos (caso necessário este CEP pode fornecer modelos);

D) Incluir no TCLE o contato do CEP-FHEMIG: Alameda Álvaro Celso, 100, Sta. Efigênia, BH-MG.

Telefone:

(31)3239-9552.

**Objetivo da Pesquisa:**

Objetivo Primário:

Verificar se as vivências de medo desencadeadoras de estresse contribuem de alguma forma nos quadros de diabetes mellitus tipo 1 cronicamente mal controlado em crianças.

Objetivo Secundário:

Identificar a ocorrência de vivências ameaçadoras nos pacientes infantis com diabetes mellitus tipo 1 cronicamente mal controlado; Verificar se essas vivências ameaçadoras apresentam alguma relação com a alteração alimentar.

**Avaliação dos Riscos e Benefícios:**

- RISCOS: o estudo apresenta baixos riscos, pois se baseia em entrevistas e preenchimento de questionários, sem intervenção clínica.

- BENEFÍCIOS: há benefícios diretos para os participantes e para a comunidade científica em geral e para a FHEMIG.

**Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

- Projeto: Relevante, pertinente e de valor científico;
- Metodologia: Adequada para se alcançar o objetivo proposto;
- Currículos: Com competência reconhecida para a condução do estudo;
- Cronograma: Adequado;
- Aspectos Éticos: O projeto cumpre a Res.466/2012 do CNS-MS.

**Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:**

- Projeto: devidamente descrito;
- TCLE: adequado para o perfil da amostra;
- FR: devidamente preenchida e assinada;
- Parecer GEP: aprovado.

**Recomendações:**

- Enviar semestralmente ao CEP-FHEMIG os relatórios parciais e/ou final da pesquisa via Plataforma Brasil.

**Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:****SOLUÇÃO DE PENDÊNCIAS:**

Itens (A) a (D)) - Foi encaminhado novo TCLE contemplando todas as exigências da Res.466/2012.

- O estudo pode ser realizado sem restrições.

**Situação do Parecer:**

Aprovado

**Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

**Considerações Finais a critério do CEP:**

BELO HORIZONTE, 25 de Junho de 2014

---

**Vanderson Assis Romualdo**  
**(Coordenador)**  
**Assinado por:**