

PATRÍCIA GUILLON RIBEIRO

Diabetes tipo 1: práticas educativas maternas e  
adesão infantil ao tratamento

CURITIBA  
2004

PATRÍCIA GUILLON RIBEIRO

Diabetes tipo 1: práticas educativas maternas e  
adesão infantil ao tratamento

Dissertação apresentada como  
requisito parcial para a obtenção do grau  
de Mestre ao Programa de Pós-Graduação  
em Psicologia da Infância e Adolescência,  
Departamento de Psicologia, Setor de  
Ciências Humanas, Letras e Artes,  
Universidade Federal do Paraná.

Orientadora: Dra. Suzane Schmidlin  
Löhr

CURITIBA  
2004

# **Capítulo I**

## **Doença Crônica Infantil**

Nos dias de hoje, as doenças mais comuns entre as pessoas estão relacionadas com os hábitos de vida e os padrões comportamentais de cada um. Esses são fatores que exercem influência na determinação da doença e no tratamento que se constitui como forma de buscar a melhor qualidade de vida para o paciente (Miyazaki & Silves, 2001). Um exemplo neste sentido, diz respeito ao tratamento de doenças crônicas, o qual exige do paciente mudanças de hábitos, mudanças de atitude. É necessário que a pessoa tome consciência da importância dos cuidados com a doença para a manutenção de seu bem-estar e se dedique no aprendizado de novas estratégias para administrar as situações do seu dia-a-dia modificando os padrões comportamentais previamente estabelecidos. Além disso, é necessário desenvolver novas habilidades apropriadas às novas contingências determinadas pela doença, ampliando assim o seu repertório comportamental.

As doenças consideradas crônicas são aquelas que implicam em tratamento por um longo período de tempo, têm por objetivo a busca da melhora da qualidade de vida do paciente, e não a cura propriamente dita. As doenças que persistem por mais de três meses no ano ou indicam a necessidade de um período longo de hospitalizações ou cuidados médicos por mais de um mês, são consideradas crônicas (Thompson & Gustafson, 1996).

A preocupação com a doença crônica infantil é, em termos de evolução histórica da ciência, um assunto bastante recente. Não faz muito tempo, era comum que as crianças morressem em decorrência de doenças que hoje têm cura ou têm possibilidade conhecida de tratamento. O progresso no manejo de doenças como a asma, o câncer e o diabetes,

pode ser atribuído aos avanços da ciência, que tem se dedicado ao estudo desses assuntos (Thompson & Gustafson, 1996).

É necessário frisar que os avanços no tratamento de inúmeras doenças graves e crônicas ao mesmo tempo em que afastam o fantasma da morte iminente, geram outras dificuldades como a necessidade de adaptação a uma nova realidade. Em outras palavras, é preciso lidar com as crianças que se vêem diante de uma patologia que precisa ser controlada continuamente e, pelo resto de suas vidas. Trata-se de uma tarefa difícil, que mobiliza e modifica o ambiente infantil, além de exigir “maiores esforços adaptativos pessoais” (Löhr, 1998).

No levantamento bibliográfico realizado por Thompson e Gustafson (1996), a doença crônica foi caracterizada como um estressor em potencial tanto para a criança quanto para a família. Conforme esses mesmos autores, crianças com doenças crônicas têm um risco de desenvolver problemas de adaptação três vezes maior do que aquelas que não apresentam doenças crônicas. Da mesma forma, os pais também estão mais vulneráveis a desenvolverem dificuldades emocionais, em decorrência da realidade imposta pela doença.

O estresse causado pela doença crônica passa a existir antes mesmo do momento do diagnóstico. Muitas vezes, antes da doença ser detectada por um médico, o paciente apresenta alguns sintomas que já são suficientes para gerar preocupações, que são fortalecidas durante o período de exames para detecção da causa do mal-estar. As reações emocionais de estresse são ainda mais intensas se esse paciente for uma criança (Lima & Enumo, 2001).

Portanto, a fase de crise desencadeada pela descoberta da doença engloba desde o período pré-diagnóstico até a etapa em que a situação seja efetivamente esclarecida. Isso

implica no delineamento das metas do tratamento e nos cuidados que serão necessários para que se alcance os objetivos propostos para cada paciente. Trata-se de uma etapa complicada que exige dos envolvidos disponibilidade para a aprendizagem de novas habilidades que facilitem o manejo da dor, propiciem maior adaptação aos novos ambientes nos quais necessita conviver, além da administração das hospitalizações e o próprio tratamento (Lopes & Valle, 2001).

Passado o impacto inicial, a doença crônica, seja ela qual for, impõe à família mudanças em sua estrutura e funcionamento, agindo muitas vezes como ameaça à qualidade de vida do paciente e pode vir a esgotar os seus recursos de enfrentamento e adaptação (Guimarães, 1999). O sistema familiar é obrigado a rever suas estratégias de solução de problemas, assim como os papéis e funções de cada membro. A compreensão da doença crônica e de seu impacto na família precisa envolver a análise do contexto no qual está inserido o paciente e quais as estratégias de enfrentamento que todas as pessoas envolvidas podem lançar mão para seu próprio benefício e adaptação às novas circunstâncias (Rolland, 1995).

O modo como a doença vai alterar a estrutura da família vai depender das idiossincrasias de cada sistema: crenças, valores e a própria história prévia de aprendizagem dos membros do sistema familiar (Löhr, 1998). A capacidade do ser humano de se adaptar às diferentes situações vivenciadas é, reconhecidamente, grande, porém o impacto de situações estressantes como a doença grave pode desencadear importantes respostas emocionais que poderão influenciar no desenvolvimento de estratégias de enfrentamento. Dessa forma, pode ser necessário o auxílio profissional para ajudar a família a se reorganizar e se adaptar de forma adequada à nova realidade (Rolland, 1995).

Os pais são, habitualmente, os maiores atingidos pelo diagnóstico da doença na criança. O manejo diário do tratamento de uma doença crônica é uma tarefa cansativa e desgastante, além de ser dispendiosa (Lima & Enumo, 2001). A observação do comportamento dos pais na interação com a doença crônica e a criança tem sido foco de alguns estudos o que provavelmente aponta para a crescente preocupação com esse tema (Arruda & Zannon, 2002; Castro & Piccinini, 2002; Löhr, 1998; Piccinini, Castro, Alvarenga, Vargas, & Oliveira, 2003). Contudo, há ainda um imenso contingente a ser explorado, constituindo, portanto, uma temática de grande relevância científica.

O principal problema daqueles que são responsáveis pela criança doente, os chamados cuidadores primários, é a exposição prolongada a estressores muito severos. Esses estressores envolvem desde a possível incapacidade do paciente e o déficit cognitivo até o tipo e a intensidade dos cuidados a serem tomados (Lima & Enumo, 2001).

Fazendo uma avaliação cuidadosa da doença grave e crônica infantil, é possível perceber que além de influenciar diretamente o comportamento dos pais na interação com os filhos, esse fator é determinante no processo de desenvolvimento da criança. Em doenças como o câncer, por exemplo, o grande número de hospitalizações impede que a criança mantenha seu processo de escolarização. Entre as outras conseqüências do tratamento, estão a socialização da criança que também sofre modificações e, em casos como o diabetes, exige do paciente o desenvolvimento de novas estratégias de interação com seus pares. A doença impõe, portanto, readaptações frente à nova realidade (Vieira & Lima, 2002).

Da mesma maneira que o câncer, a asma e a fibrose cística, o diabetes é também considerado uma doença crônica. Embora seja assintomático em alguns momentos, o

diabetes gera grande impacto e estresse na família e no paciente, além de exigir cuidados rigorosos e contínuos no seu tratamento.

Apesar de ser um assunto freqüentemente em pauta nos congressos médicos e da evolução das pesquisas nesse campo, ainda não se chegou a uma forma de cura para essa doença. O diabetes quando descoberto em uma criança, desencadeia muitas mudanças na rotina familiar, principalmente, no que diz respeito aos hábitos alimentares. Uma das formas de auxiliar a família na adaptação a essa doença crônica é o fornecimento de informações a respeito das características do tratamento do diabetes, mas isso pode não ser suficiente. É importante que se possa identificar estratégias que auxiliem à família tanto no manejo quanto na compreensão da realidade que está sendo vivenciada.

## **Capítulo II**

### **O Diabetes Mellitus**

#### Incidência do diabetes

Diabetes Mellitus é o nome dado a uma doença crônica de tratamento longo para a qual ainda não se descobriu a cura, apesar dos grandes avanços da ciência na área da saúde. Essa patologia se caracteriza por um distúrbio do pâncreas na produção de insulina que pode ser parcial ou total, dependendo do tipo de diabetes. Se não for adequadamente controlada e tratada, é uma doença que pode levar a muitas alterações do metabolismo e conseqüentes complicações no futuro, por isso exige tanto cuidado em seu diagnóstico, além de tratamento rigoroso (Negrato, 2001).

O primeiro registro do qual se tem conhecimento a respeito do diabetes, data do ano de 1550 a.C. Naquela época, um papiro egípcio descreve a condição de urinar em excesso. Após algum tempo, as pessoas passaram a observar que a urina dos diabéticos era muito doce e uma forma de fazer o diagnóstico era jogar um pouco de urina em cima de um formigueiro e observar a reação das formigas (Zimmerman & Walker, 2002).

Em 1889, dois fisiologistas alemães descobriram que uma deficiência no pâncreas estava ligado ao diabetes. Em 1921, dois estudiosos americanos em pesquisa com cães diabéticos, conseguiram tratar os animais com o extrato produzido pelas células do pâncreas, a insulina (Zimmerman & Walker, 2002)

Hoje, o Diabetes Mellitus é considerado um dos principais problemas de saúde pública no mundo. No momento, é possível considerá-lo, por exemplo, como a endocrinopatia mais comum entre crianças e adolescentes que vivem nos países

desenvolvidos e naqueles que estão em desenvolvimento (Gomes, Castro, Garfinkel, Fernandes, 2001).

O diabetes se destaca como uma das principais causas de morte entre a população mundial e está entre as 10 principais causas no Brasil. É uma doença que vem associada a outras patologias (cegueira, doença arterial coronariana, acidente vascular cerebral, neuropatia diabética, amputações, insuficiência renal) que levam ao risco de incapacitação, diminuição da expectativa de vida e enorme custo em saúde para a sociedade (Negrato, 2001).

A incidência do diabetes vem crescendo na população mundial de forma preocupante. Conforme levantamento de estudos estatísticos realizado por Negrato (2001), estima-se que até o ano de 2010 serão 239,3 milhões de diabéticos no mundo, dentre os quais 23,7 milhões serão diabéticos do Tipo 1 em crianças e adolescentes.

No período de 1986 a 1989 foi realizado um estudo nacional multicêntrico que permitiu o acesso ao índice de prevalência do diabetes no Brasil (Negrato, 2001). O estudo envolveu a população com idade de 30 a 69 anos, de nove capitais. As médias mais elevadas de prevalência da doença na comunidade foram identificadas nas regiões sul e sudeste que correspondem às regiões mais industrializadas.

Conforme os dados do Ministério da Saúde (2004), existem 15 milhões de diabéticos no Brasil atualmente. Contudo, pelo menos metade dessa população desconhece que é portadora da doença. O maior problema para o tratamento do diabetes é a falta de informação a respeito da doença. Os dados existentes referem-se à população na faixa etária de 30 a 70 anos de idade, não havendo informação exata sobre a incidência do diabetes tipo 1 na população infantil.

## Fisiologia do diabetes

O diabetes é causado por uma deficiência no pâncreas que é o órgão que produz insulina, um hormônio responsável pelo metabolismo da glicose. Esta é absorvida pelo organismo através da ingestão de alimentos ricos em carboidratos e açúcar e é essencial para a nutrição das células (Zagury & Zagury, 1998).

Quando a insulina do organismo é insuficiente ou a ingestão de alimentos ricos em carboidratos foi exagerada, o nível de glicose no sangue pode ultrapassar o índice adequado de 120mg gerando o que se chama de hiperglicemia. Os sintomas principais de hiperglicemia são muita sede, boca seca, muita urina, sonolência e confusão. Se os níveis glicêmicos ficarem muito elevados, há o risco de evoluir para um quadro de cetoacidose, “uma situação de perigo que exige ação imediata” (Zimmerman & Walker, 2002 p.479) e que pode levar o paciente ao coma.

Entretanto, se a concentração de açúcar no sangue for pequena, abaixo de 70mg, tem-se o quadro oposto, o de hipoglicemia (Zagury & Zagury,1998). Os sinais desse quadro incluem alterações comportamentais como nervosismo, irritabilidade, impaciência, ansiedade e confusão mental. Também são sintomas de hipoglicemia: tremor, suor, calafrios, extremidades úmidas, aceleração cardíaca e sensação de fome (Zimmerman & Walker, 2002). As reações de hipoglicemia variam de pessoa para pessoa: os quadros apresentados raramente são iguais. Se o tratamento não for feito de forma adequada e o controle glicêmico não esteja sob controle, é comum os pacientes diabéticos oscilarem entre os dois extremos (hiperglicemia e hipoglicemia).

Os principais sintomas que são observados no início da doença são os mesmos decorrentes do excesso de glicose no sangue (hiperglicemia), além de perda grande de

peso e queixa de sensação de grande cansaço sem causa aparente. Sem a ação completa da insulina, há acúmulo de glicose no organismo que é eliminado pela urina, portanto, a necessidade de água aumenta o que leva à sede excessiva.

As duas formas mais comuns de manifestação do diabetes são conhecidas como tipo 1 (DM1) e tipo 2 (DM2). O diagnóstico de DM1 ocorre, habitualmente, em crianças em idade escolar ou adolescentes. Nesse caso, não há produção de insulina pelo pâncreas e a criança se torna um insulino dependente o que, em outras palavras, significa que ela depende da insulina produzida em laboratório para viver. Esse medicamento precisa ser aplicado pelo menos três vezes ao dia, conforme as orientações médicas, por toda a vida do paciente. Além disso, a criança deve fazer uma dieta que tem por objetivo principal o controle da ingestão de carboidratos, e deve praticar exercícios físicos regularmente (Zimmerman & Walker, 2002).

Já no tipo 2, o pâncreas ainda produz o hormônio, mas não em quantidades suficientes para metabolizar toda a glicemia ingerida pelo organismo: atinge principalmente os adultos podendo também atingir algumas crianças que são obesas e apresentam o que se denomina de resistência insulínica.

As causas que levam à doença ainda não são bem definidas, mas é sabido que existe um forte componente genético além de ambiental. Entre os fatores ambientais pode-se mencionar a modernização do estilo de vida que está representado pela alimentação inadequada que tem sido cada vez mais comum, e o sedentarismo. As pessoas têm pouco tempo para fazer exercícios e só observam a importância do mesmo quando é detectado algum problema de saúde (Niclewicz, 2000; Zagury & Zagury, 1998).

No caso do diabetes tipo 1, diferente do diabetes tipo 2, a descoberta se dá, freqüentemente, de maneira inesperada. A criança ou o adolescente começa a apresentar

os sintomas e em questão de pouquíssimos dias, se dá a necessidade de hospitalização por um quadro grave de hiperglicemia se os sintomas não forem tratados em tempo. É comum que o pediatra da criança identifique os sintomas antes do quadro se agravar, mas de qualquer forma o aparecimento da doença é rápido. Poucos são os casos de diabetes tipo 1 que passam despercebidos por algum tempo: “(...) os sintomas deste tipo de diabetes são graves o suficiente para que a pessoa procure logo ajuda médica.” (Zimmerman & Walker, 2002).

### O tratamento

A evolução do diabetes depende do manejo do paciente relativo ao seu tratamento. Se houver um bom controle das taxas glicêmicas, o risco de existirem seqüelas no futuro é pequeno. Contudo, a oscilação dos níveis glicêmicos pode levar a complicações a curto e a longo prazo, inclusive podendo haver riscos de vida. (Zimmerman & Walker, 2002)

Os diabéticos lidam constantemente com níveis altos e baixos de glicemia e com seus sintomas. Aqueles que têm tipo 1 são mais suscetíveis às oscilações do que os diabéticos do tipo 2. Por isso, é importante que haja um controle tão rigoroso das taxas e que o paciente saiba reconhecer os sinais de inadequação dos índices glicêmicos (Zimmerman & Walker, 2002).

No diabetes tipo 2, constantemente, a pessoa tem a doença por algum tempo e só vem descobrir a sua existência através de exames de rotina ou do agravamento do quadro por alguma razão como no caso de infecções. Muitas vezes, a demora em tomar conhecimento da doença é decorrente de falta de informação: “(...) metade das pessoas com diabetes tipo 2 nem sequer sabe que tem a doença.” (Zimmerman & Walker, 2002 p.40).

O tratamento do diabetes tipo 1 implica em alguns cuidados fundamentais: a) aplicação diária da insulina e monitorização (teste de glicemia), b) dieta alimentar e c) prática regular de atividade física. Poucas doenças crônicas exigem um rigor tão grande no manejo do tratamento e poucas são aquelas que exigem um controle tão difícil de ser atingido. Os pacientes diabéticos devem observar com muito cuidado as flutuações de seus níveis glicêmicos e aprender a discriminá-las de forma a tomar providências para normalizá-las (Malerbi, 2001).

a) Aplicação de insulina e Monitorização (teste de glicemia): Os cuidados com a doença devem ser tomados de acordo com as orientações da equipe de saúde responsável pelo paciente. No caso de crianças, a insulina deve ser aplicada no mínimo 3 vezes ao dia conforme o horário das refeições e os alimentos escolhidos, mas é importante observar que o uso da insulina é diferente de paciente para paciente. É fundamental que seja feito o teste de glicemia junto com a aplicação da insulina. Para o teste é feita uma picada no dedo para coleta de uma gota de sangue, que deve ser colocada em um aparelho específico, conhecido por Glicosímetro, o qual informa a glicemia da criança no prazo de poucos segundos (Zagury & Zagury, 2002).

Um controle maior é obtido com a associação de outro método: o exame de Hemoglobina Glicosilada (HbA1c) Enquanto a automonitorização oferece apenas uma visão da glicemia no horário e data do teste, o exame de HbA1c permite um retrato mais amplo do quadro de controle dos níveis glicêmicos, refletindo as taxas de glicemia de um período de 2 a 3 meses. Conforme os objetivos determinados para o tratamento do diabetes, o ideal é que o nível glicêmico seja mantido próximo de 7% ou abaixo. Os índices que estiverem acima de 8% apontam para um controle

glicêmico ruim. As complicações crônicas começam a se desenvolver quando os índices da HbA1c mantêm-se, permanentemente, acima de 7% (Netto, 2003).

A redução dos índices de Hemoglobina Glicosilada está associada à emissão de comportamentos que levam a maior adesão ao plano alimentar, ajuste da insulina em resposta ao tamanho da refeição, rápido tratamento da hiperglicemia e tratamento adequado da hipoglicemia (Goveia, Bruno & Pascali, 2003).

b) Dieta alimentar: a alimentação do diabético é, atualmente, um dos pontos mais controversos no tratamento e das tarefas mais difíceis de se realizar especialmente com crianças. A idéia de que diabéticos não podem ingerir açúcar é antiga e ultrapassada, mas ainda muito utilizada e divulgada. Até bem pouco tempo atrás, recomendava-se que os diabéticos não usassem açúcar porque são carboidratos simples de absorção rápida o que provoca, conseqüentemente, uma elevação do nível de glicemia no sangue (Zagury & Zagury, 1998).

A partir do ano de 1997, uma outra maneira de controle da alimentação do diabético passou a ser utilizada no Brasil, a contagem de carboidratos. Esse método já era utilizado nos Estados Unidos desde 1994 e, na Europa, desde 1935. Trata-se de uma dieta menos restritiva, mas não menos rígida e tem por objetivo otimizar o controle glicêmico em função das menores variações das glicemias (Monteiro, Mendonça, Goveia, Bruno, Merino, & Sachs, 2003). A contagem de carboidratos consiste na contabilização da quantidade de carboidratos ingeridos em uma refeição (Goveia et al, 2003).

Os carboidratos são considerados geradores de energia para o organismo e influenciam diretamente a elevação da glicemia. Enquanto 35% a 60% das proteínas e 10% das gorduras são convertidas em glicose, quase 100% dos carboidratos

transformam-se na mesma substância num tempo médio de 15 minutos a 2 horas, ou seja, de forma mais rápida do que os outros alimentos (Monteiro et al, 2003). Dentre os alimentos considerados carboidratos tem-se os pães, biscoitos, cereais, macarrão, arroz, grãos, leite, iogurte, açúcar, mel e alimentos que contenham açúcar (Goveia & Bruno, 2003).

Na verdade, a alimentação de um diabético não é muito diferente daquela de uma pessoa que não tem diabetes. É uma questão de optar por uma escolha de variedades de alimentos e uma quantidade equilibrada de carboidratos, proteína e gordura, o que constitui o princípio da contagem de carboidratos (Zimmerman & Walker, 2002). É importante, portanto, que haja um equilíbrio e que não ocorra um excesso de alimentos de um mesmo grupo. No caso do diabético, o cuidado maior é com a escolha dos carboidratos.

c) Atividade Física: a prática do exercício físico é um importante auxiliar no controle da glicemia. A atividade física regular gera o aumento do gasto energético, além de ajudar na perda de peso. O gasto de energia gerado pela prática do exercício auxilia no controle da glicemia porque promove o consumo pelo organismo da glicose depositada no sangue (Zimmerman & Walker, 2002). O exercício físico além de promover a diminuição da glicemia, melhora a sensibilidade à insulina, estimula a queima de calorias entre outros benefícios (Viggiano, 2003).

Embora caiba aos pais a responsabilidade maior em relação aos cuidados com o tratamento do diabetes, a participação da criança nas rotinas impostas pela doença é fundamental para o bom controle das glicemias. Ao assumir responsabilidades de acordo com a sua idade e capacidade, a criança tem espaço para testar seu próprio comportamento no manejo do tratamento, além de poder dar início ao desenvolvimento

de sua autonomia em relação aos cuidados dos pais. Cabe a eles favorecer o desenvolvimento dessa conduta e possibilitar que a criança possa ter uma vida próxima do normal como fazer viagens, dormir na casa de amigos, fazer esportes, enfim, atividades apropriadas de cada faixa etária (Zimmerman & Walker, 2002).

## **Capítulo III**

### **Práticas Educativas e Aprendizagem Infantil**

#### **Família: primeiro ambiente infantil**

O comportamento do homem é construído a partir da interação entre seu organismo e o ambiente. Os homens agem sobre o mundo modificando-o e, conseqüentemente, são modificados pelos resultados de sua ação (Skinner, 1978). Dessa maneira, é importante ressaltar que a influência entre o meio e a pessoa é, portanto, recíproca. Em outras palavras, o contexto exerce forte influência na determinação das condutas de uma pessoa, da mesma forma que ela também influencia e modifica o meio ao seu redor.

O ambiente familiar é o primeiro contexto no qual a criança se desenvolve e é responsável, inclusive, pela sua socialização. É através das trocas que estabelece com os familiares que a criança dá início ao seu processo de aprendizagem e construção do repertório comportamental, capacitando-se assim, para o manejo das contingências sociais mais amplas.

Conforme Banaco e Martone (2001), a família é uma das mais importantes agências controladoras do comportamento do ser humano. Cabe a ela aplicar os procedimentos de punição e reforço à pessoa de acordo com os critérios estabelecidos culturalmente. É função da família estabelecer valores para que cada um de seus membros possa se relacionar com o meio mais amplo. São valores do tipo bom/mau, legal/ilegal, pecado/virtude, bem/mal, ganhos/perdas, certo/errado (Banaco & Martone, 2001). A família, portanto, influencia e é influenciada já que seus valores também são determinados pela cultura na qual está inserida.

No âmbito da socialização a função principal do sistema familiar é cuidar e garantir que as interações entre a criança e os outros membros se estabeleçam e se generalizem para outros sistemas como a relação com os pares e os professores na escola, dentre outros (Novak, 1996). Conforme estudo realizado por Reppold, Pacheco, Bardagi e Hutz (2002), o sistema familiar pode funcionar em relação à criança de duas formas: como fator de risco ou como fator protetivo. O fator de risco se caracteriza por relações baseadas em hostilidade e negligência, enquanto o fator protetivo implica em bom funcionamento familiar, vínculo afetivo, apoio e monitoramento parental.

Dos membros que integram a família de uma criança, na maioria das vezes, os que têm maior ascendência sobre ela são os pais. São eles os principais responsáveis pelo estabelecimento das contingências para o comportamento infantil, o que torna muito difícil trabalhar para a modificação do comportamento de uma criança sem o envolvimento dos pais nesse processo, conforme cita Ingberman (2001).

A função dos pais no desenvolvimento infantil tem sido um assunto amplamente estudado pelos pesquisadores hoje em dia (Alvarenga & Piccinini, 2001; Conte, 2001; Costa, Teixeira & Gomes, 2000; Maccoby & Martin, 1983). Existem inúmeras publicações que discorrem a respeito da educação paterna e de sua influência determinante no desenvolvimento de uma criança (Briggs, 2000; Maldonado, 2002; Nolte & Harris, 2003).

Para que possam promover a socialização da criança, além de guiar o comportamento dos filhos no sentido de adquirir determinados princípios morais e um conjunto de comportamentos que permitam independência, autonomia e responsabilidade, os pais lançam mão de práticas educativas (Gomide, 2003). Quando determinadas práticas educativas são utilizadas com frequência, caracterizam o que alguns autores

(Gomide, 2003; Reppold et al, 2001) qualificam como estilos parentais. Vários autores (Baurimd, 1966; Gomide, 2003; Maccoby & Martin,1983; Patterson, Reid & Dishion, 2002) além de estudar práticas e estilos parentais, têm procurado avaliar o resultado do comportamento paterno no desenvolvimento infantil.

### Práticas Educativas

Nenhum comportamento simplesmente emerge no repertório de uma pessoa (Skinner, 1953). O desenvolvimento de novos comportamentos, assim como o aprimoramento de habilidades, está associado às conseqüências de cada ação. Os pais têm grande influência neste processo, gerenciando a disponibilidade de reforços e punições, o que auxilia a criança a construir seu repertório comportamental ao favorecer o processo de aprendizagem (Ingberman, 2001).

É através da maneira como educam os filhos que os pais os preparam, ou não, para que adquiram comportamentos relacionados com a autonomia e a responsabilidade. As condutas paternas destinadas à educação de crianças são reconhecidas como estilos parentais os quais apontam para as práticas educativas mais utilizadas na interação entre pais e filhos.

Conforme Gomide (2003), as Práticas Educativas incluem as estratégias (técnicas) utilizadas pelos pais com o objetivo de orientar o comportamento da criança. Por sua vez, o conjunto de Práticas Educativas é definido como Estilos Parentais os quais envolvem aspectos mais globais das interações entre pais e filhos levando em consideração o contexto afetivo no qual as mencionadas estratégias ocorrem.

Baurimd (1966) foi uma das primeiras pesquisadoras que se propôs a estudar os estilos parentais. Ela destaca que a criança mais efetivamente socializada é aquela que

tem os pais com seus objetivos bem definidos quanto à educação e o seu significado para o desenvolvimento infantil. A partir de seus estudos, a autora descreveu 3 tipos de estilos parentais, a saber: Permissivo, Autoritário e Autoritativo.

Pais Permissivos são aqueles que se caracterizam por serem não-punitivos permitindo que as crianças se auto-regulem, expressem seus impulsos sem o estabelecimento de restrições. São pais que têm uma conduta pouco exigente quanto às responsabilidades e disciplina no ambiente de casa.

Os pais Autoritários, têm como característica grande exigência de padrões que devem ser seguidos pela criança, sem espaço para expressão da individualidade infantil. Estes procuram modelar e controlar o comportamento infantil conforme um padrão absoluto pré-estabelecido de comportamentos, de acordo com seus próprios valores, sem levar em consideração as necessidades da criança. Não há o encorajamento da troca verbal na interação pais e filhos.

Os pais Autoritativos caracterizam-se por uma conduta que respeita as necessidades de autonomia da criança, mas também exercem controle e estabelecem regras e disciplina importantes para o desenvolvimento infantil. Pais autoritativos estão atentos ao contexto no qual se desenvolve o comportamento da criança, permitem a troca verbal, reconhecem os interesses da criança ao mesmo tempo em que fazem respeitar as perspectivas do adulto.

Maccoby & Martin (1983), a partir dos estudos realizados por Baumrind (1966), estabeleceram duas dimensões presentes, segundo eles, nos estilos parentais: responsividade e exigência. Estas dimensões passaram a ser utilizadas por outros autores para avaliar a influência do comportamento paterno no desenvolvimento infantil (Leone de Souza, 2004; Loyola e Silva, 2003; Menegatti, 2002; Reppold et al, 2002):

Pode-se dizer que a responsividade refere-se à relação contingencial entre o comportamento infantil e o comportamento paterno. Essa dimensão engloba comportamentos que se caracterizam por buscar o favorecimento da autonomia e da auto-afirmação infantil, contribuindo para a construção da auto-estima adequada. As características essenciais dos pais responsivos são a comunicação, a reciprocidade, a afetividade, o apoio e o respeito à individualidade da criança. (Lordelo, 2000).

A exigência, por sua vez, refere-se à disponibilidade dos pais para estabelecer limites e disciplina favorecendo, assim, a socialização da criança. Caracteriza-se pela supervisão e monitoramento da conduta infantil de forma contingente e consistente.

Leone de Souza (2004) aponta a dimensão exigência como refletindo práticas caracterizadas pelo controle do comportamento infantil. A conduta paterna de exigência se caracteriza pelo estabelecimento de limites ou regras a partir das necessidades dos pais e não da criança, pelo menos no momento em que a conduta é emitida. O fato de levar em consideração somente a necessidade paterna não quer dizer que uma conduta exigente não seja eficaz e necessária. Em determinados momentos, é importante que os pais sejam capazes de estabelecer limites ao comportamento infantil para o próprio bem-estar da criança. Contudo, é necessário que haja certo equilíbrio no uso de práticas exigentes. Elas são necessárias para o desenvolvimento infantil, mas podem acarretar também dificuldades se não forem manejadas de maneira adequada. A alta expectativa quanto ao comportamento infantil, o controle excessivo e o estabelecimento de limites (regras) de forma indiscriminada pode não ser produtivo para a criança.

Segundo Gomide (2003), as práticas educativas podem ser determinantes no desenvolvimento do comportamento infantil dependendo da frequência e intensidade com que são utilizadas pelos pais no manejo das condutas da criança. A autora identifica oito

variáveis presentes nas estratégias educativas utilizadas pelos pais e as divide em duas categorias: Práticas Educativas Positivas (Monitoria positiva e Comportamento Moral ) e Práticas Educativas Negativas (Abuso Físico, Abuso Psicológico, Disciplina Relaxada, Monitoria Negativa, Negligência e Punição Inconsistente).

Entretanto, a prática educativa negativa relevante para o presente trabalho é a Monitoria Negativa, também denominada por Supervisão Estressante. Essa prática é caracterizada pela fiscalização e emissão de ordens para os filhos de maneira excessiva. O controle exagerado do comportamento infantil mantém a dependência em relação aos pais e, conseqüentemente, inibe e interfere no desenvolvimento “de independência e autodirecionamento da criança (...)” (Gomide, 2003 p.38).

Pais que adotam práticas educativas visando o fornecimento de reforçadores adequados e espaço para a expressão de emoções positivas ou negativas, podem estar contribuindo para que a criança desenvolva real percepção de si, construa auto-estima positiva (Briggs, 2000) e possa, conseqüentemente, melhor engajar-se em condutas de adesão ao tratamento quando se deparar com uma doença grave e crônica.

A adesão ao tratamento de uma doença crônica infantil envolve o estabelecimento de regras, limites e disciplina para que a criança possa afastar os sintomas, ou ao menos manter o quadro estável, além de evitar complicações futuras. A doença determina mudanças também na interação entre pais e filhos e estas mudanças, associadas ao padrão anterior de relacionamento entre pais e filhos, podem influenciar na determinação de como a criança vai reagir e lidar com essa nova realidade (Leone de Souza, 2004; Martin, Kitzmann, Johnson, Emery, 1998; Sullivan, Knafl, Deatrick & Grey, 2003).

O presente estudo tomará por base a dimensão exigência proposta por Maccoby e Martin (1983) da qual Leone de Souza (2004) fez leitura comportamental. Neste estudo,

será verificada a conduta materna junto à criança diabética no que se refere ao manejo dos cuidados exigidos para o tratamento da doença, além de identificar se há ou não relação entre o grau de controle materno e o comportamento infantil de adesão ao tratamento.

#### Tratamento: desenvolvimento de novas habilidades

A aprendizagem de novos comportamentos pode se dar através da observação de modelos, da experiência direta com as conseqüências da própria ação (comportamento modelado por contingências) ou através do que é orientado verbalmente (comportamento governado por regras). No manejo de uma doença grave e crônica os pais não têm condições de deixar que a criança aprenda pelas conseqüências de sua própria ação, uma vez que tal aprendizado pode colocar em risco a vida de seu filho. Assim, ganha significância o aprendizado que se faz através do que os pais dizem para a criança, ou seja, comportamento governado por regras.

O comportamento verbal tem por função descrever para o ouvinte qual a ação que o falante espera que seja executada ou para estabelecer regras de conduta para o primeiro, o que se caracteriza por uma prática comum utilizada pelos pais na interação com seus filhos. No estudo realizado por Casas (2003), a autora destaca que os comportamentos verbais não são necessariamente vocais, mas aqueles que o são tem especial participação no processo de educação que os pais estabelecem com os filhos. Casas (2003) discrimina dentro dessa classe de comportamentos verbais vocais uma prática presente na interação entre os pais e as crianças a qual chama de “conversa”.

Baum (1999) ao abordar o tema do comportamento verbal, faz referência ao termo “conversa” e o define como sendo a troca que se estabelece entre duas pessoas, no qual falante e ouvinte alternam os papéis. Em uma linha de pensamento semelhante, Catania

(1999) afirma que em uma “conversa” uma pessoa exerce a função de audiência para a outra e vice-versa, de forma que o ouvinte estabelece as conseqüências para o comportamento do falante.

A partir da “conversa”, os pais têm a possibilidade de descrever para a criança o comportamento e suas conseqüências de tal forma que podem favorecer a modificação ou manutenção da conduta infantil (Casas, 2003).

O comportamento que está sob o controle de um antecedente verbal é aquele que está sob o controle de regras. Estas têm por função principal descrever para o ouvinte as contingências as quais ele está prestes a vivenciar. A partir do comportamento verbal de outros, o ouvinte pode ser capaz de responder indiretamente a eventos que estão distantes dele no espaço e no tempo (Catania, 1999). “Uma característica importante da instrução é que ela substitui as contingências naturais por antecedentes verbais” (Catania, 1999 p.275).

As regras podem modificar o comportamento caso as contingências naturais venham a ser ineficientes nessa função. Como citado por Oliveira, Neves, Silva e Robert (2002 p.51), “(...) as regras são importantes na aprendizagem inicial de vários comportamentos”. Pode-se também ressaltar que a presença de instruções no controle de um determinado comportamento é fundamental em algumas ocasiões cuja exposição direta às contingências pode vir a ser prejudicial para o indivíduo.

Habitualmente, a aprendizagem de novas respostas se dá por meio do estabelecimento de regras que, então, passam a ser modeladas pelas conseqüências do próprio comportamento quando estão próximas de sua forma final. Porém, Castanheira (2002 p.44) nos mostra que somente o aprendizado por regras não mantém o novo comportamento: “mesmo com um conjunto de regras, a maioria de nossos

comportamentos só adquire eficiência após um longo período de prática quando ocorre essa experiência direta com as conseqüências”.

Guedes (2001) segue esta mesma forma de raciocínio ao afirmar que “regras não ensinam para a vida” (p. 140). Dessa forma, a autora mostra que, se em algum momento da história do indivíduo não houver conseqüências que não envolvam a participação do emissor da regra para o comportamento emitido, ele deixará de ser emitido tão logo desapareçam as contingências arbitrárias: “(...) arbitrárias porque o reforçador (negativo ou positivo) estava nas mãos do falante que ditava a regra, podendo ou não ocorrer algum reforçador intrínseco, diretamente ligado ao comportamento emitido”(Guedes, 2001 p.139).

O comportamento modelado pelas contingências implica na experiência direta com o ambiente: o comportamento foi modelado por suas conseqüências (Catania, 1999). O desenvolvimento de uma classe de comportamentos que são modelados pela própria experiência implica em um processo de aprendizagem mais lento. O comportamento tem por característica ser mais flexível, sensível às mudanças ocasionadas pelo ambiente: “o comportamento modelado por contingências coincide com o conhecimento operacional e exprime o ‘saber como’” (Castanheira, 2001 p.42).

O comportamento governado essencialmente por regras pode vir a se tornar insensível às contingências impedindo a observação apropriada do ambiente por parte do ouvinte. A pessoa que tem seu comportamento sob controle excessivo das regras torna-se dependente das contingências sociais e de regras que determinem como agir (Guedes, 2001).

Ao tentar ensinar os outros por meio de instruções, pode-se diminuir a possibilidade de que essas pessoas venham a aprender por meio das conseqüências de seu próprio

comportamento. Catania (1999) sugere que seja sempre feita uma escolha entre os efeitos imediatos e a conveniência das instruções e seus efeitos a longo prazo sobre o comportamento do ouvinte.

Percebe-se, portanto, que o aprendizado por regras se dá em associação seja com o processo de modelagem ou com o de modelação. No primeiro, os pais reforçam diferencial e gradualmente os comportamentos que mais se assemelham ao desempenho final desejado. Conforme Skinner (1953 p.101), “um operante não é algo que surja totalmente desenvolvido no comportamento do organismo. É o resultado de um contínuo processo de modelagem”. Já no processo de modelação, a pessoa aprende como lidar com as circunstâncias a partir da observação do comportamento emitido por um modelo em uma situação semelhante.

O tratamento de uma doença crônica como o diabetes envolve o estabelecimento de regras que devem ser seguidas para a manutenção do bom controle da glicemia. O comportamento sob controle das regras para ser mantido precisa ter contato com as contingências características da realidade determinada pela doença que são o controle glicêmico e a prevenção dos sintomas aversivos característicos do descontrole da glicemia. Em outras palavras, para que a criança desenvolva habilidades para o manejo adequado do diabetes os pais são elementos fundamentais nesse processo. As práticas educativas parentais envolvem a associação de diversos processos de aprendizado.

Através do comportamento governado por regras, a criança recebe orientações de como lidar com a doença. Ao observar como os pais manejam situações relativas à doença e ao tratamento, ela pode desenvolver seu repertório comportamental com a aquisição de novas habilidades. A emissão dos comportamentos de auto-cuidado seguindo regras ou o aprendizado pela apresentação de modelo acarretará, por sua vez,

conseqüências naturais ou sociais que provocarão então, novos comportamentos. Ao auxiliar a criança na análise e compreensão de todo este processo, os pais estarão viabilizando o desenvolvimento do autocontrole, conduta essencial para a adesão ao tratamento de qualquer doença grave e crônica.

## Capítulo IV

### **Adesão ao tratamento do diabetes**

*“Há os que se queixam do vento  
Os que esperam que ele mude.  
E os que procuram ajustar as velas.”*

*William G. Ward*

#### Comportamento paterno no manejo do diabetes

O tratamento de qualquer doença crônica envolve a necessidade de mudança nos hábitos de vida do paciente e da família. Embora seja necessária e fundamental a participação da criança nos cuidados com o diabetes, os pais são os principais responsáveis pela orientação, supervisão e condução quanto às exigências impostas para o bom controle glicêmico.

Alguns estudos apontam para a reação paterna ao diagnóstico da doença crônica e ao tratamento (Barbarin, Whitten, Bond & Warren, 1999; Castro & Piccinini, 2002; Martin et al, 1998; Piccinini et al, 2003). Em pesquisa realizada por Heller e Guillon (2002), foi observado que o impacto do diagnóstico sobre os pais é muito grande, capaz de provocar mudanças no comportamento deles em relação à criança. Entre as reações geradas pelo diagnóstico relatadas pelos próprios pais está o desespero, a preocupação, o pânico e o choque.

Segundo Martin et al (1998), as crianças portadoras de diabetes tipo 1 se adaptam melhor à realidade da doença e às exigências do tratamento se puderem encontrar nos pais suporte emocional, com a criação de um espaço para expressar suas emoções e o estabelecimento dos limites necessários para a condução da doença de forma a prevenir

complicações. Os pais capazes de possibilitar esse suporte às crianças são aqueles que têm resolvidos os seus próprios conflitos em relação ao diabetes.

As variáveis ambientais presentes no meio familiar e as características da interação entre a criança e os pais são importantes fatores de moderação e mediação no processo de adaptação da criança diabética à nova realidade (Arruda & Zannon, 2002). Conforme Arruda e Zannon (2002), o padrão de organização, o relacionamento familiar e o comportamento paterno em relação ao cuidado com a saúde são fatores determinantes para o estabelecimento do padrão comportamental infantil de adesão ao tratamento.

São os pais que assumem a maior parte da responsabilidade na realização das tarefas do tratamento e é a partir da observação do comportamento deles que a criança constrói sua própria interpretação da realidade. Thompson e Gustafson (1996) ressaltam a importância do papel do ajustamento parental à doença crônica para o desenvolvimento da adaptação infantil à mesma realidade.

As mães, usualmente, estão mais envolvidas no processo de tratamento da criança diabética do que os pais, conforme observado por Zanetti, Mendes e Ribeiro (2001). São elas freqüentemente que assumem os cuidados diretos com o paciente desde acompanhá-lo à consulta médica até a aplicação de insulina e controle da dieta alimentar. Thompson e Gustafson (1996) observaram também que as mães de crianças com doença crônica apresentam mais dificuldades afetivas do que mães de crianças saudáveis. Heller & Guillon (2002), observaram que pais de crianças com diabetes relatam mudança em seu comportamento após a descoberta do diabetes.

Cabe aos pais, como cuidadores primários da criança, desenvolver habilidades que permitam o cuidado adequado à doença crônica infantil. No caso do diabetes, essa também é uma tarefa especialmente estressante, já que exige cuidadosa e constante

observação do comportamento infantil, monitoração rigorosa das atividades diárias da criança, precisa administração das medicações e resposta rápida aos episódios de hipo ou hiperglicemia (Sullivan et al, 2003).

É comum que o diabetes tipo 1 seja descoberto em situações de emergência que envolvem situações de coma e a necessidade da hospitalização da criança. Isso se dá porque o nível de glicemia no sangue da criança sobe rapidamente pela falta de insulina, gerando sintomas como muita sede, muita urina, cansaço, irritação que quando não tratados podem levar o paciente ao quadro de cetoacidose o que representa uma situação muito grave (Zimmerman & Walker, 2002).

A cetoacidose, a hiperglicemia e a hipoglicemia são quadros que podem ocorrer durante todo o processo de tratamento do diabetes caso a glicemia não seja adequadamente controlada e mantida dentro dos níveis recomendados (Zimmerman & Walker, 2002). Portanto, os pais passam a viver com os riscos do descontrole da glicemia o que é um fator potencialmente ansiógeno.

Conforme Sidman (2001), a presença de sinais que indiquem uma “catástrofe iminente mas não identificada” (p.141) pode gerar respostas emocionais reconhecidas como ansiedade: “estímulos aversivos fortes têm a qualidade de originar comportamento altamente emocional tanto nos organismos inferiores quanto no homem” (Lundin, 1974 p. 370). A este grupo de respostas emocionais, convencionou-se chamar de ansiedade.

Conforme Lundin (1974), para que ocorra a resposta de ansiedade é necessário haver o pareamento entre dois estímulos, um neutro e o outro estímulo aversivo primário. As conseqüências dessa relação serão as respostas de ansiedade da pessoa. Além disso, para que a resposta se estabeleça como ansiedade é fundamental que exista uma

separação temporal entre a apresentação dos dois estímulos com duração suficiente para permitir a ocorrência de mudanças comportamentais.

No caso do diabetes, o diagnóstico e a iminência dos eventos de hiper ou hipoglicemia são importantes estressores para os pais e, conseqüentes, estímulos aversivos. Segundo Piccinini et al (2003), os cuidados diários com a doença assim como a fragilidade emocional e física da criança podem afetar as práticas educativas paternas.

O comportamento dos pais, especialmente daquele que é o responsável direto pela criança, pode ficar sob forte controle das circunstâncias geradas pela doença crônica, como o diabetes (Piccinini et al, 2003). Conforme estudo bibliográfico realizado por Piccinini et al (2003), é comum que os pais apresentem dificuldades na interação com a criança portadora de alguma doença crônica. As dificuldades identificadas são: comportamentos de extrema preocupação, irresponsividade às necessidades da criança, superproteção, comportamentos ansiosos e defensivos.

No que diz respeito ao tratamento do diabetes, é importante que os pais se preocupem em possibilitar a participação da criança nos cuidados com a doença (Zimmerman & Walker, 2002). Ao permitir que a criança assuma algumas responsabilidades de acordo com sua capacidade, os pais favorecem o contato direto do filho com as contingências impostas pelo diabetes. Dessa forma, a criança tem possibilidades de testar as regras que aprendeu e desenvolver repertório comportamental de autocontrole, além de independência em relação aos cuidados paternos. O controle dos níveis glicêmicos pode vir a ser, inclusive, um importante reforçador do comportamento infantil. Entretanto, a necessidade paterna em controlar o comportamento infantil como forma de evitar eventos aversivos como o mal-estar infantil gerado pelo descontrole glicêmico, pode impedir o manejo apropriado da doença pelos pais. Além disso, a

resposta dos pais à doença pode dificultar o desenvolvimento do repertório infantil de independência em relação aos cuidados paternos. Como esperar que, sob tais contingências, a criança desenvolva autocontrole, para que, então, apresente adesão ao tratamento?

### Adesão ao tratamento

Guimarães (1999), em levantamento bibliográfico sobre o comportamento de adesão na doença grave e crônica, definiu adesão ao tratamento como um conjunto de comportamentos emitidos em resposta às recomendações médicas, que culminarão na obediência ou não daquilo que é determinado pelo especialista. A autora cita a ocorrência (acontecem ou não) e a frequência (quantas vezes) dos comportamentos alvo como principais indicadores de adesão ou não ao tratamento.

Thompson e Gustafson (1996), em estudo anterior, já relacionavam o comportamento de adesão ao tratamento com a obediência às recomendações da equipe de saúde tais como: seguir a dieta alimentar, o uso adequado das medicações prescritas e a execução das mudanças no estilo de vida de cada paciente. A obediência a essas orientações envolve a aprendizagem e o desenvolvimento de habilidades para o autocontrole.

“Como cada paciente apresenta necessidades peculiares e cada doença requer intervenções específicas, o termo adesão pode descrever, não a ação topograficamente definida por sua correspondência a uma prescrição, mas uma classe de ações, de seguimento de prescrições para o tratamento, quantas sejam e quaisquer que sejam. (...)O termo tem sido aplicado a ações com topografias variadas e funções diferentes no controle da doença, relacionadas a fatores diversos.” (Arruda & Zannon, 2002 p.3)

Lemanek, Kamps e Chung, 2001 referem como padrão comportamental de adesão ao tratamento as condutas que cada pessoa adota em relação à doença e às orientações

médicas quanto aos cuidados com a medicação, com o seguimento da dieta e a execução das mudanças recomendadas no estilo de vida do paciente e da família.

O bom controle das taxas glicêmicas envolve um conjunto de medidas (cuidado com a alimentação, atividade física, auto monitorização) que o paciente deve tomar e transformar em rotina de vida. No caso do diabetes tipo 1, é recomendado que se ensine a criança a manejar os cuidados com o tratamento a partir dos 7 anos de idade, quando ela já tem capacidade para compreender os números e as letras. Isso é importante para que a criança comece a ter independência e não fique insegura ao enfrentar situações em que não estiver sendo acompanhada pelos pais, como na escola ou festas de aniversário. Nesse período, a responsabilidade dos pais passa a ser a de supervisionar o comportamento infantil (Arruda & Zannon, 2001).

Na doença grave e crônica, para se adaptar à nova realidade, a criança precisa desenvolver todo um novo repertório comportamental que lhe permita manejar adequadamente as necessidades da doença e prevenir futuras complicações (Löhr, 1998). Algumas pesquisas procuraram avaliar as estratégias que as crianças utilizavam para enfrentar eventos estressantes relativas ao convívio necessário com a doença grave/crônica, além de avaliar o impacto desses eventos no desenvolvimento infantil (Cameron, 2003; Dell'Aglio & Hultz, 2002; Mellinger, 2003).

Uma das principais estratégias utilizadas para facilitar a adesão ao tratamento, tem sido a educação em diabetes. Através de informações sobre as conseqüências decorrentes de um mau e de um bom controle, procura-se estimular o próprio diabético a fazer suas escolhas a partir daquilo que sabe.

O fornecimento de informações a respeito do diabetes e dos cuidados necessários para o controle adequado da glicemia é importante já que o tratamento exige não apenas a

compreensão dos benefícios que traz para a saúde, como também a avaliação dos custos e prejuízos conseqüentes da desobediência dessas regras (Zagury, 2001; Zimmerman & Walker, 2002;). Além disso, a educação proporciona à pessoa conhecimento a respeito dos eventos ambientais que controlarão o seu comportamento e as variáveis características da própria educação (Arruda & Zannon, 2001; Heller & Guillon, 2003).

Ser obrigado a efetuar mudanças na rotina nem sempre é uma tarefa fácil, tanto para crianças quanto para adolescentes, e desencadeia uma série de respostas emocionais como raiva, culpa, medo, angústia, além de uma série de dúvidas a respeito da doença e de si mesmo (Vieira & Lima, 2002) Em pesquisa recente, Whittmore, Kanner, Singleton, Hamrin, Chiu e Grey (2002), identificaram que a incidência de sintomas depressivos é maior entre adolescentes diabéticos do tipo 1 do que em adolescentes que não tinham a mesma condição crônica.

As mudanças impostas pelo tratamento podem ter um custo emocional alto para as crianças já que implica no controle de atividades físicas, manejo de condições especiais para o uso de medicamentos e o cumprimento de um número grande de recomendações médicas, além das restrições alimentares. Em outras palavras, o custo de resposta é muito alto para que haja o bom controle da doença e a manutenção do bem-estar infantil (Arruda & Zannon, 2002).

O comportamento de adesão ao tratamento implica no seguimento das regras impostas pelos cuidados que a doença exige. A não-adesão ou o não cumprimento das instruções médicas gera conseqüências aversivas tanto para a família quanto para a criança. No caso do diabetes tipo 1, os efeitos aversivos decorrentes desse padrão comportamental aparecem a longo prazo o que dificulta ainda mais o autocontrole.

Contudo, o seguimento rígido de regras gera insensibilidade às contingências o que pode vir a ser um risco sério para os pacientes diabéticos. Em outras palavras, se a criança mantém seu comportamento essencialmente sob o controle das regras ela não desenvolve habilidade para discriminar as diferentes circunstâncias presentes no dia-a-dia como no caso de uma hipoglicemia eventual e permanece dependente de que alguém lhe diga o que fazer. Quando se fala a respeito do controle rígido dos cuidados com o diabetes, procura-se salientar que não há espaço para situações que permitem alguma flexibilidade. Qualquer descuido do diabético, seja com o horário da insulina e/ou com a dosagem, com a falha do exercício físico ou com o descontrole na alimentação, a consequência será o descontrole dos níveis de glicemia o que levará à hiperglicemia ou à hipoglicemia imediata (Zimmerman & Walker, 2002). Seguir as regras do tratamento e, ao mesmo tempo, desenvolver sensibilidade às contingências parece um paradoxo, mas é importante que haja equilíbrio entre os dois tipos de resposta para que haja o bom controle das glicemias.

É de fundamental importância que as crianças tenham conhecimento a respeito das regras relacionadas com o tratamento, mas também saibam discriminar as contingências de maneira a poder providenciar estratégias de enfrentamento em condições como a hipoglicemia. Essa discriminação implica, inclusive, na leitura de suas próprias condições físicas e saber reagir de forma a evitar problemas maiores que podem levar à hospitalização: “tão importante quanto prestar atenção aos sintomas é observar eventos do ambiente externo” (Malerbi, 2001 p. 276).

A participação dos pais na adaptação da criança à doença é determinante. Os pais favorecem à criança a compreensão da doença, tratamento e suas implicações, mas não se

pode esquecer que eles também estão envolvidos afetivamente nas circunstâncias geradas pela doença grave e crônica (Löhr, 1999).

A adesão ao tratamento de qualquer doença crônica, inclusive o diabetes, é dificultada principalmente por envolver ações a serem mantidas por um período prolongado de cuidados e restrições ou por vezes, comportamentos a serem mantidos pela vida inteira. Outro fator a ser analisado é que a ausência comum de sintomas acaba por propiciar a não-adesão (Arruda & Zannon, 2001). Lemanek et al (2001) alertam que quanto mais logo for o tratamento, maiores serão as dificuldades para a obediência dos cuidados recomendados. No caso do diabetes, trata-se de uma doença com um controle dos níveis glicêmicos difícil de ser atingido o que implica na necessidade da participação ativa do paciente nesse processo: “Poucas doenças requerem uma adesão tão rigorosa ao tratamento quanto o diabetes.” (Malerbi, 2001 p.266)

Além do custo emocional imposto pela doença crônica, há também outro fator importante que, muitas vezes, é determinante na adesão ao tratamento: o custo financeiro (Arruda & Zannon, 2001). Um tratamento de longo prazo como no caso da patologia aqui discutida, é extremamente caro já que implica na compra dos frascos de insulina (que têm validade média de 28 dias), do aparelho para medir a glicemia, as fitas para coleta da gotinha de sangue (são gastas 3 fitas ao dia, pelo menos), além das seringas para aplicação da medicação e as eventuais hospitalizações, entre outros gastos alguns deles imprevisíveis (Zimmerman & Walker, 2002).

Outro aspecto a ser considerado e que pode comprometer a adesão ao tratamento é a tendência das pessoas seguirem as recomendações que dizem respeito à remissão dos sintomas desagradáveis da doença e as que sejam mais adaptáveis à sua rotina, deixando de seguir as outras recomendações, não menos importantes, mas que envolvem mudanças

maiores na vida e são dirigidas, por vezes, a comprometimentos não evidenciados ou sentidos imediatamente (Arruda & Zannon, 2002).

O baixo controle das taxas glicêmicas em pacientes diabéticos acarreta prejuízos, como dificuldades de circulação, apenas em idade mais avançada, depois de um tempo maior de convivência com a doença. Assim, muitas crianças diabéticas só irão arcar com as conseqüências da falta de controle da glicemia quando estiverem saindo da adolescência e entrando na fase adulta. Por ser uma conseqüência aversiva apenas a longo prazo, ao passo que a conseqüência prazerosa decorrente do consumo de carboidratos é imediata, é mais fácil que as crianças diabéticas não adotem condutas de prevenção, compatíveis com o autocontrole. Lemanek et al (2001) alertam ainda para a presença de efeitos colaterais provocados pela medicação, como um aspecto a contribuir para a não adesão ao tratamento.

O comportamento de adesão implica, principalmente, em comportamentos que envolvam respostas de auto-cuidado: “(...)comportamentos operantes controlados por eventos ambientais.”(Malerbi, 2001 p.127). Outros autores também definem essa classe de respostas como autocontrole: “(...) resposta controladora que manipule condições antecedentes e conseqüentes e torna o comportamento controlado mais ou menos provável” (Guimarães, 1999 p.150).

Skinner (1974; 1953) define o autocontrole como sendo a possibilidade da pessoa manipular uma variável independente de tal forma que se torna viável o controle do comportamento das quais é função. Isso requer análise apropriada das contingências que controlam o comportamento para que a própria pessoa possa planejar estratégias eficazes no manejo da doença, caracterizando o autocontrole, sobre o qual Skinner (1953) escreve:

“(...) o indivíduo parece, até certo ponto, modelar seu próprio destino. Sendo muitas vezes capaz de fazer algo a respeito das variáveis que o afetam”(Skinner,1974 p.250).

Malerbi (2001), em revisão bibliográfica para estudo sobre adesão em diabéticos, conclui que os pacientes diabéticos dificilmente seguem as prescrições médicas de forma adequada. A autora relaciona essa dificuldade às características do tratamento, o repertório comportamental do paciente, a história de aprendizagem particular prévia e os fatores sociais. Cita que, o autocontrole se torna essencial em circunstâncias em que só o paciente é responsável pela manutenção de seu bem estar, pois ele precisa ser capaz de manipular as variáveis do contexto em que está inserido para que possa garantir a si próprio, qualidade de vida.

O autocontrole leva a pessoa, seja adulto ou criança, a deparar-se com a existência de duas conseqüências conflitantes, uma imediata e a outra a longo prazo (Nico, 2001). Desse modo, o paciente é obrigado a fazer uma escolha, por exemplo: entre um pedaço grande de torta de chocolate e a conseqüência a logo prazo de precisar lidar com os sintomas desagradáveis da hiperglicemia.

O autocontrole é um comportamento operante e, portanto, aprendido e controlado por eventos ambientais (Malerbi, 2001). À medida que o paciente consegue controlar sua alimentação, a constatação de que a taxa de glicemia está dentro dos padrões determinados, é um reforço positivo para o comportamento de controle, aumentando a probabilidade de repetição do comportamento de autocontrole. Como tal ação evita os sintomas desagradáveis da hiper e da hipoglicemia, o resultado do teste também funciona como reforço negativo, levando o paciente a manter comportamentos que interrompem uma estimulação aversiva presente em sua vida.

## Proposta de pesquisa

Diante da constatação de que o ajustamento e a adesão do paciente ao tratamento estão diretamente relacionados com a qualidade da dinâmica familiar (Arruda & Zannon, 2002) e que a família exerce um papel fundamental no desenvolvimento de seus membros independente das circunstâncias vivenciadas (Ingberman, 2001; Novak, 1996), o presente estudo procura verificar se o comportamento materno de controle do comportamento infantil no manejo do diabetes exerce influência sobre o padrão comportamental infantil de adesão ao tratamento

A hipótese é de que as práticas educativas maternas são determinantes para que a criança adquira repertório comportamental compatível com as condutas exigidas para o bom controle glicêmico.

Identificar as práticas parentais utilizadas por mães de crianças com diabetes tipo 1 relacionando-as com o grau de adesão ao tratamento apresentado pelo filho(a), é a forma pela qual pretende-se verificar a hipótese apresentada.

## **Capítulo V**

### **Método**

#### **1.Participantes**

##### Etapa 1:

Análise de 140 prontuários de crianças diabéticas do tipo 1 atendidas em uma clínica particular de Curitiba ao longo do ano de 2003. Para a seleção da amostra participante do estudo foram aplicados os seguintes critérios de inclusão: a) idade na faixa de 7 a 11 anos de idade, b) tempo de diagnóstico superior há 1 ano, c) exame de Hemoglobina Glicosilada realizado no máximo há 3 meses e d) registro no prontuário

médico do resultado do último exame de Hemoglobina Glicosilada. Dessas, 15 crianças atenderam aos critérios determinados para a pesquisa.

### Etapa 2:

Nesta etapa foram selecionadas dentre as 15 crianças da Etapa 1, seis crianças e suas mães. Para a seleção do grupo participante do estudo, considerou-se os resultados do exame de Hemoglobina Glicosilada constante na ficha médica das crianças sendo selecionadas 3 crianças com os maiores índices de Hemoglobina e 3 crianças com os menores índices do mesmo exame.

As crianças selecionadas eram de ambos os sexos (3 meninos e 3 meninas). Cada criança veio acompanhada por sua mãe, cujo nome constava no prontuário médico como cuidador primário.

## **2. Instrumentos**

Para a coleta dos dados, foram utilizados 2 instrumentos e uma situação-problema que serão a seguir especificados.

2.1 - Jogo de Adesão ao Tratamento (JAT) - (Anexo 1A): Jogo composto por 4 situações-problema divididas da seguinte forma: 3 questões envolvendo o cuidado diário da criança com o tratamento e 1 questão relacionada ao manejo da ocorrência eventual de hipoglicemia. O instrumento demora cerca de 15 minutos para a aplicação, é aplicado na

criança sem que a mãe esteja presente. Para cada questão proposta, são mostrados à criança quadros ilustrados referentes às alternativas de resposta. De acordo com a situação-problema, um número de cartelas ilustradas (Anexo 1B) deve ser selecionado e organizado pela criança, devendo reproduzir as maneiras como ela usualmente age no dia-a-dia quanto aos cuidados com o tratamento do diabetes tipo 1. Cada quadro apresentado é identificado por uma letra que deve ser anotada na folha de registros da criança indicando as escolhas feitas (Anexo 1A). O critério de pontuação está de acordo com a ocorrência dos cuidados na rotina da criança, ou seja, à situação de hipoglicemia que tem por característica a eventualidade, foi atribuída uma pontuação menor do que das outras situações propostas que estão presentes todos os dias e têm influência direta no controle das taxas glicêmicas. As combinações selecionadas pela criança são avaliadas segundo um crivo de correção no qual, além da indicação das respostas possíveis é atribuída pontuação correspondente (Anexo 1C). O escore obtido pela criança sinaliza o manejo da criança quanto ao tratamento da doença, traduzindo numericamente a adesão ao tratamento.

2.2 - Questionário de Práticas Maternas (QPM) – (Anexo 2): Questionário composto por 12 questões referentes ao comportamento materno. As perguntas são divididas em duas partes: 3 questões abertas com relação à descoberta do diabetes tipo 1, dificuldades encontradas no manejo do tratamento e estratégias de enfrentamento e 9 questões fechadas relacionadas ao manejo do comportamento infantil nos cuidados com a doença. A fim de facilitar a correção e avaliação das respostas maternas, foi construído um gabarito (Anexo 2A) com a pontuação correspondente para cada questão. O critério para o estabelecimento da pontuação apóia-se em dados da literatura que descrevem os

comportamentos dos pais presentes na tentativa de controle da conduta infantil, permitindo, ou não, a participação da criança em determinadas atividades. A pontuação atribuída aos comportamentos maternos é então convertida em 3 classes: condutas de alto controle, de controle moderado e de baixo controle (Anexo 2B). Esse instrumento é aplicado às mães de forma individual. Ela mãe recebe o instrumento e deve preenchê-lo. O questionário visa identificar as práticas educativas utilizadas em relação aos cuidados com o tratamento do diabetes tipo 1. A estruturação das questões foi baseada em dados da literatura referentes à adesão ao tratamento e práticas parentais.

2.3 – Situação-problema “Lição de Casa” baseado em Leone de Souza (2004): A mãe e a criança são convidadas a permanecer em uma sala com a pesquisadora para a realização da tarefa. É entregue às duas uma história em quadrinhos (Anexo 3A) e uma folha contendo 6 perguntas de interpretação da história: das quais três são questões abertas e três são de múltipla escolha (Anexo 3B). A díade é orientada a se organizar da mesma forma que faz quando a criança leva lição para casa. A situação-problema proposta tem por objetivo criar o contexto para observação da interação mãe-criança e dos comportamentos maternos em uma situação de rotina. A observação do comportamento da mãe na interação com a criança é feita através de filmagem e registro cursivo feito por uma auxiliar de pesquisa.

### **3. Procedimentos**

A presente pesquisa foi realizada em duas etapas consecutivas que serão a seguir detalhadas (Etapas 1 e 2).

### 3.1) Etapa 1 – Levantamento da população para realização do estudo

A partir do contato com um médico endocrinopediatra que acompanha pacientes diabéticos, obteve-se autorização para levantamento dos participantes para a pesquisa nos prontuários de uma clínica especializada no atendimento de pacientes diabéticos.

Na primeira fase do levantamento, foram identificados 140 prontuários de crianças com diabetes tipo 1 em acompanhamento. Para a pesquisa, foram selecionadas crianças que atendessem os critérios de inclusão já descritos. Os critérios definidos para a composição da amostra provocaram redução no número inicial de 140, para 15 crianças. Destas, foram selecionadas as 3 crianças com o maior índice de Hemoglobina Glicosilada e, no outro extremo, as 3 que apresentaram o menor índice.

Feita a seleção final dos participantes para a pesquisa, o nome das crianças selecionadas foi encaminhado ao médico que fez o primeiro contato com as mães dos pacientes, explicando a pesquisa e solicitando a colaboração. Logo em seguida, a pesquisadora entrou em contato com cada uma das mães das crianças, explicou o objetivo da pesquisa, informou sobre os procedimentos a serem adotados e marcou um horário para que a díade pudesse ser entrevistada. Todas as díades contatadas concordaram em participar do estudo.

### 3.2 - Etapa 2 – Desenvolvimento das atividades de pesquisa

#### 3.2.1 - Construção dos instrumentos para a pesquisa

Antes da elaboração dos instrumentos para a realização da coleta de dados, foi feito um levantamento bibliográfico quanto ao tratamento do diabetes e o comportamento infantil em relação ao manejo da doença. A revisão também abrangeu estudos a respeito de práticas educativas e envolvimento de mães no cuidado com a doença. Com base no

material bibliográfico, partiu-se para a construção dos diversos instrumentos a serem utilizados na pesquisa.

3.2.1.1 – JAT: Visa, através de atividade lúdica, permitir à criança expressar o modo como se relaciona com a doença. Optou-se pela exposição de situações-problema que pudessem ser mostradas à criança de forma clara, nas quais a criança pudesse selecionar as respostas que lhe parecessem mais apropriadas. Em se tratando de crianças, o instrumento foi estruturado utilizando quadros com gravuras que ilustrassem diferentes respostas.

3.2.1.2 – QPM: O Questionário de Práticas Educativas Maternas (QPM), foi elaborado com o objetivo de coletar informações acerca da percepção materna do seu manejo e envolvimento no tratamento da criança. Houve aplicação de um piloto tanto do JAT quanto do QPM. Fez-se aplicação dos dois instrumentos em uma criança com diabetes e sua mãe, não participantes da amostra, mas na mesma faixa etária da população do estudo. Os comentários da mãe e da criança, além das observações da pesquisadora durante a aplicação, permitiram introduzir ajustes necessários nos instrumentos, tornando-os mais claros e voltados aos objetivos da pesquisa.

#### 3.2.1.3 - Estruturação da situação-problema

Em pesquisa envolvendo manejo de situações, além das informações fornecidas, é importante complementar a coleta de dados com observação direta. O levantamento dos padrões presentes no dia-a-dia da interação mãe-filho, requeria uma situação neutra quanto ao Diabetes, mas que provocasse situações a serem manejadas pela díade. Leone de Souza (2004) já vinha delineando para sua pesquisa com crianças com asma, uma

situação-problema envolvendo a realização conjunta de uma tarefa nos moldes de tarefa escolar. Utilizou-se o mesmo material e procedimento: uma história em quadrinhos seguida de questões a serem respondidas conforme a premissa de que mãe e criança desempenhassem a tarefa como se fosse uma tarefa escolar habitual a ser realizada em casa.

### 3.2.2 - Aplicação dos instrumentos

No horário marcado, mãe e criança eram esperadas no consultório da pesquisadora pela mesma e por uma auxiliar de pesquisa. Ao chegarem, as mães entregavam para a pesquisadora o resultado do último exame de HbA1c (Hemoglobina Glicosilada), conforme solicitação feita à mãe no contato telefônico. Os dados do exame eram registrados na ficha de cada díade. Na seqüência, a criança entrava com a experimentadora para a sala de atendimento enquanto a mãe permanecia na sala de espera junto com a auxiliar de pesquisa.

A criança era submetida à aplicação do JAT. A experimentadora explicava a tarefa e relatava a situação-problema, espalhava então, sobre a mesa cartões ilustrados correspondentes às alternativas de resposta. Era dado à criança o tempo que julgasse necessário para fazer a escolha ou organização dos cartões, em resposta à situação proposta. Enquanto a criança respondia ao JAT, a mãe recebia o questionário e a orientação de ler as questões e respondê-las solicitando ajuda da auxiliar de pesquisa caso necessitasse. O tempo para que a mãe respondesse ao QPM também era livre.

Ao finalizar as atividades individuais, mãe e criança foram encaminhadas para outra sala, devendo sentar juntos diante de uma mesa, onde estava o material para a realização da última tarefa (situação-problema). Foram orientadas pela pesquisadora para que se

organizassem conforme faziam em casa. O tempo para a realização dessa etapa da pesquisa também permaneceu a critério dos participantes. A tarefa foi acompanhada pela auxiliar de pesquisa que observou e registrou o comportamento materno na interação com a criança durante a atividade.

### 3.2.3 - Correção e avaliação dos dados

#### 3.2.3.1 - JAT

As seqüências fornecidas pelas crianças foram pontuadas seguindo crivo de correção (Anexo 1D). Duas questões foram desconsideradas por não permitirem clareza das respostas infantis quanto à conduta adotada em relação ao tratamento do diabetes tipo 1 (questões 2 e 5). O critério de pontuação estabelecido levou em conta a característica das situações, se rotineiras ou eventuais.

Constituíram *situações rotineiras* aquelas que dizem respeito a condutas que a criança realiza todos os dias e cujo desempenho tem reflexo direto no índice de Hemoglobina Glicosilada. A cada uma das alternativas apresentadas à criança para que fizesse a escolha, foi atribuída a pontuação de 1, 2 ou 3 conforme a adequação da resposta aos parâmetros determinados para o manejo adequado do tratamento (Anexo 1D). É importante lembrar que os parâmetros estavam apoiados em dados da literatura relativa à relevância de cada grupo de ações para o manejo do diabetes.

Já as *situações eventuais* eram relacionadas ao manejo infantil da hipoglicemia, o que ocorre eventualmente, mas não exerce influência direta no exame de HbA1c. Entretanto, é uma conduta compatível com o conjunto de comportamentos de adesão ao tratamento. Em se tratando de situações eventuais e para que o seu score não encobrisse

o manejo diário do diabetes, adotou-se pontuação menor aqui. Às alternativas de resposta propostas para essa questão foram atribuídas as pontuações: 0, 0,25 e 0,5 (Anexo 1D).

Conforme a pontuação obtida pelas crianças na resolução do JAT, o conjunto de comportamentos relatados foi categorizado como conduta de não-adesão ao tratamento, adesão parcial e adesão ao tratamento (Anexo 1D).

### 3.2.3.2 - QPM

As respostas maternas ao questionário foram categorizadas em algumas classes de respostas: a) conduta compatível com comportamento de baixo controle, b) controle moderado e c) alto controle. Para cada categoria foi atribuída uma pontuação determinada seguindo ordem de valores do maior para o menor: quanto maior a pontuação materna maior o controle materno do comportamento infantil em relação ao manejo do tratamento. Finalizada a correção das respostas maternas, os pontos de cada questão foram somados e categorizados de acordo com as classes de resposta anteriormente mencionadas.

### 3.2.3.3 – Situação-problema

Em relação à observação do comportamento materno na interação com a criança durante a realização da tarefa, o registro foi avaliado e classificado em alto controle materno e baixo controle materno conforme crivo (Anexo 3). Os comportamentos selecionados para a observação foram: olhar em direção da criança, corrigir a criança, auxiliar, dar ordens, agir no lugar da criança e outros comportamentos não relacionados com a tarefa proposta.

Os resultados de cada díade eram registrados em uma planilha, fornecendo um panorama geral e integrado dos dados obtidos nos diferentes instrumentos. A colocação na planilha dos resultados, lado a lado, das 6 díades estudadas, viabilizou o levantamento de aspectos comuns nos grupos (controle glicêmico ruim e bom controle glicêmico) em algumas classes de comportamentos.

## **Capítulo VI**

### **Resultados**

Neste capítulo serão apresentados os resultados obtidos através da aplicação dos instrumentos construídos para a realização do presente estudo. Os resultados serão organizados de acordo com as etapas da pesquisa: Etapa 1 (n = 15) e Etapa 2 (n = 6). Considerando o objetivo principal da pesquisa, de verificar a relação entre o comportamento das mães e o manejo do tratamento do diabetes tipo 1, os dados serão apresentados de forma a possibilitar a observação das variáveis comportamentais que possam influenciar no comportamento infantil de adesão ao tratamento.

Na primeira etapa do estudo, a população para a pesquisa foi selecionada a partir da análise dos prontuários de uma clínica que atende crianças com diabetes. A segunda etapa envolveu a aplicação dos instrumentos selecionados para a pesquisa nas crianças e nas mães que, na primeira etapa, preencheram os critérios para a seleção. Os dados obtidos serão apresentados de acordo com: a) análise das respostas infantis e maternas, b) observação da interação mãe-criança no desempenho da tarefa de Lição de casa, c) cruzamento das informações obtidas em cada um dos instrumentos. Os dados observacionais foram traduzidos em escores numéricos, favorecendo a análise quantitativa, mas puderam ser também analisados e discutidos de forma qualitativa na seqüência.

### **Etapa 1 : Seleção dos participantes para a pesquisa**

Após a análise de 140 prontuários, correspondentes aos atendimentos médicos infantis da clínica na qual foi realizada a pesquisa, no período de 2001 a 2003, constatou-se que 15 crianças preenchiam os critérios propostos pela pesquisa. Destes 15 casos, foram selecionadas 6 crianças: 3 com os maiores níveis de Hemoglobina Glicosilada caracterizando baixa adesão ao tratamento e 3 com os menores índices de Hemoglobina Glicosilada – com alto grau de adesão, portanto.

A Tabela 1, a seguir, ilustra a caracterização da população selecionada para o estudo conforme os critérios de inclusão adotados e descritos na metodologia: idade, tempo de diagnóstico e resultado do exame de Hemoglobina Glicosilada.

---

Tabela 1  
Quadro síntese dos casos levantados (n=14)

<i>Criança</i>	<i>Idade</i>	<i>Sexo</i>	<i>Hemoglobina Glicosilada</i>	<i>Controle Glicêmico</i>	<i>Participantes da pesquisa</i>
M1	10 anos	M	7.8%	Bom	
M2	11 anos	M	7.6%	Bom	<b>X</b>
M3	11 anos	M	8.2%	Regular	
F1	9 anos	F	7.2%	Bom	<b>X</b>
F2	10 anos	F	10%	Ruim	<b>X</b>
F3	8 anos	F	8.2%	Regular	
M4	9 anos	M	8.5%	Regular	
F4	9 anos	F	7.9%	Bom	
M5	9 anos	M	7.6%	Bom	<b>X</b>
M6	11 anos	M	7.7%	Bom	
F5	11 anos	F	9.5%	Ruim	<b>X</b>
F6	9 anos	F	8.7%	Regular	
F7	10 anos	F	9.6%	Ruim	

M7	7 anos	M	9.7%	Ruim	X
M8	10 anos	M	7.8%	Bom	

Conforme pode ser observado na caracterização da amostra, há um leve predomínio de meninos (n = 8) sobre o número de meninas (n = 7) na faixa de 7 a 11 anos que atenderam os critérios da pesquisa.

Quanto ao controle glicêmico, observa-se um número maior de meninos (n = 5) com bom controle do que de meninas (n = 3). Em relação ao controle glicêmico ruim, resultado da Hemoglobina Glicosilada alto, o predomínio é das meninas (n = 2) sobre os meninos (n=1).

## **Etapa 2 – Casos que apresentaram os maiores e menores índices de Hemoglobina Glicosilada**

Dos 15 casos que atenderam aos critérios de inclusão na pesquisa, foram selecionados 6 casos de acordo com os índices de Hemoglobina Glicosilada como já foi mencionado. Estar-se-á a seguir, apresentando os resultados das atividades desenvolvidas com as díades selecionadas.

Serão apresentados os resultados das crianças em uma atividade dirigida apenas a elas (JAT), passando para os dados do questionário com as mães (QPM), indo, então, para o relato da interação mãe e filho (situação-problema Lição de Casa) e finalizando com uma análise síntese agrupando todos os resultados de cada criança.

### 2.1 - Respostas Infantis ao JAT

Os dados da Tabela 2 sintetizam as respostas ao JAT (Jogo de Adesão ao Tratamento) das seis crianças selecionadas a partir da amostra maior (n = 15) de acordo com o resultado do exame de Hemoglobina Glicosilada.

Tabela 2  
Dados infantis obtidos a partir da aplicação do JAT

<b><i>Controle Glicêmico</i></b>	<b><i>Bom controle Glicêmico</i></b>			<b><i>Controle Glicêmico Ruim</i></b>		
	M2	F1	M5	F2	F5	M7
<i>Criança</i>						
<i>Rotina Matinal</i>	1	2	2	1	2	1
<i>Escolha da refeição</i>	1	3	1	2	2	1
<i>Atividade Física</i>	1	3	3	3	2	3
<i>Hipoglicemia</i>	1.25	0.5	0.75	1.25	1	0.75
<b><i>Total</i></b>	<b>4.25</b>	<b>8.5</b>	<b>6.75</b>	<b>7.25</b>	<b>7</b>	<b>5.75</b>
<b><i>Conduta de adesão</i></b>	<b>Não adesão</b>	<b>Adesão</b>	<b>Adesão Parcial</b>	<b>Adesão Parcial</b>	<b>Adesão Parcial</b>	<b>Adesão Parcial</b>

Na execução do Jogo de Adesão ao Tratamento (JAT) observa-se que apenas uma criança (F1) obteve pontuação compatível com a conduta de adesão ao tratamento. Da mesma maneira, apenas uma criança (M2) foi categorizada como não-adesão. Contudo, ambas têm um bom controle glicêmico. M2 mesmo não sabendo como proceder em situações envolvendo o diabetes, tem sua glicemia sob controle. Já F1, além de ter mostrado no jogo que sabe lidar com as situações envolvendo manejo da doença, apresentou bom controle glicêmico, o que leva à hipótese de que F1 está assumindo a responsabilidade por seu tratamento.

As crianças que obtiveram a maior pontuação no jogo foram F1, F2 e F5. Note-se que houve predomínio absoluto das meninas quanto às melhores pontuações no JAT, o que indica que elas apresentaram maior número de condutas compatíveis com a adesão ao tratamento do diabetes do que os meninos. Contudo, observa-se na Tabela 1 que as meninas apresentaram piores controles glicêmicos do que os meninos. Formula-se aqui a hipótese de que elas sabem o que fazer no que diz respeito aos cuidados relevantes para o tratamento do diabetes, mas ficam sob controle externo e quando a mãe não está por perto para colocar o limite, burlam as orientações dadas. Percebe-se a partir da comparação dos resultados dos exames laboratoriais (HbA1c) e no desempenho no JAT, que as meninas mostram ter maior conhecimento em relação à doença, mas não desenvolvem essa habilidade na prática, ao contrário do que pode ser observado nos resultados dos meninos, os quais parecem não saber o que fazer, mas apresentam os índices glicêmicos sob controle. Aqui fica a dúvida se os meninos são melhores seguidores de regras do que as meninas. Eles não sabem o que fazer em situações novas, mas executam rigidamente o que lhes é orientado.

A pontuação alta obtida por algumas crianças mostra que, provavelmente, essas sabem o que fazer nas situações em que a mãe não está presente: o comportamento infantil, nesse caso, pode estar apto a responder às contingências.

F2 e F5, apresentam controle glicêmico ruim, ou seja, não obedecem as recomendações médicas quanto ao tratamento, mas tiveram boa pontuação no JAT, mostrando que provavelmente sabem como agir em relação aos procedimentos do tratamento da doença, mas que não o fazem, já que os exames indicam um controle glicêmico ruim.

A criança F1 obteve a maior pontuação no JAT e apresenta o melhor resultado do exame de Hemoglobina Glicosilada. Depois dela, a maior pontuação no JAT é de F2, mas seu exame aponta baixo controle glicêmico, aliás, o controle glicêmico mais baixo se comparado ao das outras crianças.

Ao analisar algumas respostas às situações-problema do JAT, observa-se que em relação à escolha da alimentação, apenas uma criança, F1, fez a escolha dos alimentos de forma completamente compatível com as exigências da dieta imposta pelo tratamento. M5 e M2, apesar da indicação de bom controle glicêmico, não souberam fazer uma escolha adequada de alimentos o que as contrapõe a F2 e F5 que apresentaram uma escolha mais adequada, mas o exame de Hemoglobina Glicosilada apontou controle glicêmico ruim.

A criança M7 apresenta baixa pontuação no JAT havendo correspondência com seu exame de Hemoglobina Glicosilada o qual indica baixo controle glicêmico. É necessário observar que esse é o mais novo dos participantes da amostra.

A maioria das crianças obteve pontuação máxima ao responder a respeito da prática de atividade física. Apesar de não relatarem participar de atividades estruturadas (somente M7 indicou fazer natação toda semana), o andar de bicicleta indicado pelas outras crianças, associado à Educação Física oferecida na escola facilita o controle glicêmico, se a atividade for feita com determinada regularidade. Pode-se observar, portanto, que 4 das 6 crianças têm o hábito de praticar atividades físicas, embora apenas uma apresente o exercício estruturado na forma de um esporte com aulas semanais.

Quanto à conduta das crianças em relação à situação-problema do JAT relacionada a uma crise de Hipoglicemia, observa-se que todas as crianças, possivelmente, apresentam alguma dificuldade para o manejo dessas contingências já que ninguém obteve pontuação

máxima na atividade. Esta constatação traz à tona um dado preocupante por se tratar de uma situação eventual, mas de emergência e que faz parte dos cuidados que uma criança deve ter para a prevenção de conseqüências mais graves. Entre as crianças que deram respostas denotando melhor manejo desta situação, estão F2 e M2.

Por fim, a observação das pontuações obtidas na situação-problema referente à aplicação da insulina, teste da glicemia e alimentação, indica que, possivelmente, todas as crianças participantes da pesquisa têm alguma dificuldade quanto a seguir as orientações do tratamento do diabetes já que nenhuma delas respondeu de forma adequada a essa etapa da atividade.

## 2.2 - Resultado do Questionário de Práticas Maternas:

### 2.2.1 - Análise quantitativa dos dados obtidos no QPM:

A partir da Tabela 3, pode-se observar os comportamentos maternos quanto às práticas educativas utilizadas no controle das condutas infantis relativas ao tratamento do diabetes tipo 1.

Tabela 3

Respostas maternas ao QPM, grau de controle materno e adesão infantil ao tratamento (Hemoglobina Glicosilada)

<b><i>Controle Glicêmico da criança</i></b>	<b><i>Bom Controle Glicêmico</i></b>			<b><i>Controle Glicêmico Ruim</i></b>		
	<i>Criança</i>	M2	F1	M5	F2	F5
<i>Conduta de adesão da criança</i>	Não adesão	Adesão	Adesão parcial	Adesão parcial	Adesão parcial	Adesão parcial
<i>Pontuação materna no QPM</i>	15	11	17	19	17	16
<i>Controle materno</i>	Controle moderado	Controle moderado	Alto controle	Alto controle	Alto controle	Alto controle

---

Todas as mães demonstram ter padrão de conduta compatível com moderado ou alto controle sobre a conduta dos filhos em relação ao tratamento do diabetes tipo 1.

Observa-se que apenas duas mães relataram condutas compatíveis com a categoria de Controle moderado, M2 e F1, e em ambos os casos as crianças pertencem ao grupo de **Bom Controle Glicêmico**. Paralelamente, nota-se que todas as mães das crianças do grupo de **Controle Glicêmico Ruim**, relataram condutas relacionadas com alto controle do comportamento infantil.

Observando cada uma das mães, nota-se que a mãe de F1 foi a que obteve menor pontuação no QPM entre as mães do grupo selecionado, ou seja, é a mãe que pelas respostas ao questionário, denotou exercer o menor grau de controle sobre as condutas da filha. Vale observar que F1 também foi a criança que obteve o melhor resultado na análise dos dados do JAT indicando possível comportamento de autonomia em relação às condutas do tratamento.

Em contrapartida, a mãe de F2 obteve a maior pontuação no QPM apontando ser a mãe da amostra que emite o maior número de comportamentos de controle da conduta infantil no manejo do tratamento do diabetes tipo 1. Observa-se que enquanto a pontuação materna indica alto controle, a pontuação da criança no JAT indica adesão parcial ao tratamento.

Nos casos de F5 e M7, que apresentam adesão parcial, mas fazem parte do grupo de **Controle Glicêmico Ruim**, as mães também relatam, via respostas ao QPM, condutas compatíveis com o padrão comportamental de alto controle do comportamento infantil.

M5, de acordo com suas respostas ao JAT, provavelmente emite comportamentos compatíveis com a classificação do instrumento de adesão parcial ao tratamento, mas encontra-se no grupo de **Bom Controle Glicêmico**. Sua mãe, conforme resultado obtido no QPM, apresenta padrão comportamental correspondente a alto controle do comportamento infantil.

Em comparação com o grupo de **Controle Glicêmico Ruim**, as mães do grupo de **Bom Controle Glicêmico** relatam comportamento contingente ao comportamento infantil de adesão ao tratamento. No caso de F1, que apresenta adesão ao tratamento, a mãe demonstra padrão comportamental de controle moderado (obteve a menor pontuação entre as mães da amostra). Por sua vez, a mãe de M2 apresenta, de acordo com o QPM, controle moderado enquanto a criança mostra comportamento de não adesão, mas permanece com bom controle glicêmico. E, por fim, a mãe de M5 demonstra, de acordo com as suas respostas ao QPM, comportamento de alto controle o qual é efetivo, já que a criança mantém bom controle glicêmico apesar das condutas relatadas indicarem o padrão comportamental de adesão parcial.

#### 2.2.2 - Análise qualitativa das respostas às questões abertas do QPM:

A primeira etapa do QPM é constituída por questões abertas que dizem respeito às principais dificuldades encontradas pelas mães no manejo do tratamento do diabetes tipo 1. A Tabela 4 apresenta uma síntese das respostas maternas a essas perguntas.

---

Tabela 4  
Resposta das mães quanto às dificuldades encontradas no manejo do tratamento

<b>Conduta Infantil com relação ao tratamento</b>	<b>Controle Glicêmico</b>	<b>Bom Controle Glicêmico</b>			<b>Controle Glicêmico Ruim</b>		
	<i>Criança</i>	M2	F1	M5	F2	F5	M7
<i>Conduta de adesão infantil</i>	Não adesão	Adesão	Adesão parcial	Adesão parcial	Adesão parcial	Adesão parcial	Adesão parcial
<b>Dificuldades maternas no manejo do tratamento</b>	<i>Alimentação</i>		X		X		X
	<i>Aceitação da doença</i>			X			
	<i>Insegurança</i>					X	
	<i>Não tem dificuldades</i>	X					

Observa-se que 3 mães (F1, F2 e M7) relatam encontrar dificuldades no controle da alimentação infantil. Uma das mães (M5) relata dificuldade em conseguir que o filho aceite a doença.

A insegurança materna no manejo do tratamento foi a dificuldade relatada pela mãe de F5. Por fim, a mãe de M2 relatou não encontrar dificuldades no manejo do tratamento do diabetes de seu filho.

A seguir, a Tabela 5 ilustra as respostas maternas quanto às estratégias de enfrentamento utilizadas por elas na tentativa de solucionar as dificuldades encontradas.

Tabela 5  
Resposta das mães quanto a estratégias de enfrentamento das dificuldades e padrão comportamental infantil quanto ao tratamento

<b>Conduta Infantil com relação ao tratamento</b>	<b>Controle Glicêmico</b>	<b>Bom Controle Glicêmico</b>			<b>Controle Glicêmico Ruim</b>		
	<i>Criança</i>	M2	F1	M5	F2	F5	M7
<i>Conduta de adesão infantil</i>	Não adesão	Adesão	Adesão parcial	Adesão parcial	Adesão parcial	Adesão parcial	Adesão parcial

<i>Estratégias maternas no manejo das dificuldades</i>	<i>Conversa</i>		X	X		X	
	<i>Diálogo Enérgico</i>	X					
	<i>Mostra a importância da alimentação</i>						X
	<i>Segue as orientações médicas</i>				X		

Conforme os dados apresentados, a estratégia de enfrentamento mais citada pelas mães foi a conversa com as crianças. Note-se que a mãe de M2, diferente das mães de F1, M5 e F5, se refere ao uso de diálogo enérgico para o manejo do cuidados com o diabetes.

A mãe de M7 relata tentar mostrar a importância da alimentação para a glicemia, em outras palavras, provavelmente, faz uso do diálogo para mostrar à criança as consequências do controle ruim e do bom controle para o diabetes.

Por fim, a mãe de F2 foi a única a não fazer menção do uso de diálogo no manejo do comportamento infantil e enfrentamento das dificuldades. Essa mãe relata seguir as orientações médicas, as regras impostas pelo tratamento da doença.

A partir da observação dos relatos maternos, nota-se que as mães do grupo de **Bom Controle Glicêmico** utilizam o diálogo e todas têm sucesso no uso dessa estratégia, já que as crianças mostram bons resultados no exame de Hemoglobina Glicosilada. A mãe de F1, entretanto, mostra-se ainda mais eficiente se observarmos o comportamento infantil apresentado no JAT: foi a única criança que mostrou condutas compatíveis com o padrão comportamental de adesão ao tratamento.

No caso das mães do grupo de **Controle Glicêmico Ruim**, o diálogo também predominou como artifício mais utilizado pelas mães no controle do comportamento

infantil. Na informação das características do tratamento do diabetes, o comportamento materno parece se mostrar eficiente já que as crianças apresentaram respostas ao JAT compatíveis com o padrão de adesão parcial ao tratamento, elas possivelmente, conhecem os cuidados que devem ser tomados com o diabetes tipo 1. Entretanto, as regras estabelecidas não são obedecidas, o que pode se comprovar a partir da observação dos resultados do controle glicêmico que é ruim.

### 2.3 - Observação da Diade em situação-problema

A Tabela 6 traz uma síntese dos comportamentos maternos observados durante a interação mãe e filho (a) na realização da atividade de Lição de Casa.

Tabela 6

Relação entre os comportamentos maternos observados durante a realização da tarefa Lição de Casa pela criança e categorização das práticas educativas maternas

	<i>Controle Glicêmico</i>	<i>Bom Controle Glicêmico</i>			<i>Controle Glicêmico Ruim</i>		
	<i>Criança</i>	M2	F1	M5	F2	F5	M7
<b>Condutas maternas</b>	<i>Olhar na direção da criança</i>	3	7	1	5	6	16
	<i>Corrigir a criança</i>		6	1	4		8
	<i>Outros comportamentos</i>		1			3	2
	<i>Auxiliar a criança</i>	1					10
	<i>Dar ordens à criança</i>		1	7	2	4	6
	<i>Agir no lugar da criança</i>			10	6		7
	<i>Condutas predominantes</i>	Baixo controle	Baixo Controle	Alto controle	Alto controle	Baixo controle	Baixo controle

No acompanhamento das tarefas acadêmicas o padrão de conduta mais presente entre as mães é o de baixo controle. Apenas uma mãe em cada grupo (M5 e F2) apresentou predominância de comportamentos de alto controle. Nas mães do grupo de **Controle Glicêmico Ruim**, houve maior frequência de três classes de comportamento: a) dar ordens à criança; b) agir no lugar da criança; c) olhar na direção da criança.

Já quanto ao grupo de **Bom Controle Glicêmico**, o comportamento predominante foi o de olhar na direção da criança enquanto essa desempenhava a tarefa proposta. A propósito, o comportamento de olhar na direção da criança, apresentou altas taxas de emissão em todas as mães, em ambos os grupos. O segundo comportamento emitido com mais frequência, foi o de corrigir a criança, comportamento este que só não esteve presente nas mães de M2 e F5.

No caso das mães que apresentaram predomínio de condutas de alto controle (mães de M5 e F2), houve maior número de ações no lugar da criança se comparado com a taxa de emissão dos outros comportamentos.

Comportamento de auxiliar a criança foi o que menos apareceu entre as condutas maternas. As únicas mães que o emitiram foram as mães de M2 e M7, com a diferença que a segunda demonstrou um índice muito maior do que a primeira na emissão desse comportamento.

#### 2.4 - Relação dos dados nos diferentes instrumentos

A Tabela 7 traz a síntese dos resultados apresentados pelas mães e pelas crianças nos diferentes instrumentos aplicados. Pretende-se, com tal tabela, permitir melhor visualização da relação entre as condutas infantis e maternas no manejo do tratamento do diabetes tipo 1 nos casos estudados.

Tabela 7

Relação dos resultados obtidos nos diferentes instrumentos da pesquisa

<i>Respostas Infantis</i>	<i>Controle Glicêmico</i>	<i>Bom Controle Glicêmico</i>			<i>Controle Glicêmico Ruim</i>		
	<i>Criança</i>	M2	F1	M5	F2	F5	M7
	<i>JAT</i>	Não adesão	Adesão	Adesão parcial	Adesão parcial	Adesão parcial	Adesão parcial
<i>Respostas Maternas</i>	<i>QPM</i>	Controle moderado	Controle moderado	Alto controle	Alto controle	Alto controle	Alto controle
	<i>Condutas predominantes na interação</i>	Baixo controle	Baixo controle	Alto controle	Alto controle	Baixo controle	Baixo controle

Conforme pode ser observado nos resultados apresentados, percebe-se que as mães do grupo de **Controle Glicêmico Ruim** apresentam respostas ao QPM compatíveis com comportamento de alto controle dos filhos, embora a observação da interação destas mães com as crianças em situação-problema (Lição de Casa) evidenciou em duas delas, comportamentos que podem ser classificados como de baixo controle (F5 e M7). Já o resultado das crianças ao JAT apontou em todas elas adesão parcial ao tratamento, contradizendo os resultados da Hemoglobina Glicosilada que foi alto, o que significa controle glicêmico ruim. Em outras palavras, não há correspondência entre o que as crianças dizem fazer e aquilo que fazem.

Quanto às respostas do grupo de **Bom Controle Glicêmico** observa-se que cada uma das crianças apresentou um padrão comportamental diferente no que diz respeito aos cuidados com o tratamento.

No caso de F1, a criança apresenta comportamentos de adesão ao tratamento, enquanto a mãe relata condutas de controle moderado e apresenta comportamentos de

baixo controle. É possível que o comportamento desta mãe, que vai de controle baixo a moderado, permita o desenvolvimento da autonomia infantil, sendo contingente ao comportamento infantil e o controle materno esteja em processo de esvanecimento.

Já na díade M2, a criança apresenta condutas compatíveis com o padrão comportamental de não adesão. A mãe, por sua vez, relata controle moderado no manejo do tratamento, mas mostra conduta de baixo controle do comportamento infantil. Entretanto, assim como na díade F1, seu padrão comportamental mostra-se contingente ao comportamento infantil já que o controle glicêmico é bom.

Por fim, a díade M5 apresenta conduta infantil de adesão parcial enquanto a mãe relata e mostra comportamentos de alto controle do manejo do comportamento infantil. Da mesma forma que nas outras díades (F1 e M2), o comportamento materno se mostra contingente ao infantil e eficiente no controle dos cuidados com a glicemia.

## 2.5 - Análise qualitativa dos dados de cada caso

Os instrumentos usados na coleta de dados da presente pesquisa fornecem informações relativas à vida da criança com diabetes e sua família. Colocações feitas pelas mães ou pelas crianças nas entrevistas ou na participação nas diferentes atividades, deixam antever aspectos que indicam um padrão comportamental que se repete em diferentes situações. Tal padrão, por sua vez, dá dicas de fatores que controlam o comportamento tanto da mãe quanto da criança. A seguir, far-se-á uma descrição dos dados qualitativos das crianças que participaram da pesquisa procurando relacionar os dados obtidos com a literatura.

### Caso M2

No caso de M2, os resultados obtidos a partir da aplicação dos instrumentos (JAT, QPM, atividade cognitiva) indicam que o controle glicêmico depende mais do controle materno do que da participação infantil nesse processo, o que pode constituir um problema, de acordo com a literatura (Franco, 2003). O tratamento do diabetes exige um controle rigoroso dos índices glicêmicos: uma tarefa das mais difíceis em se tratando dos cuidados com doenças crônicas. A participação da criança no manejo da doença é fundamental para que se possibilite um bom controle dos índices glicêmicos, em outras palavras, a fim de se obter bons resultados no tratamento é necessário que tanto os pais quanto a criança participem ativamente dos cuidados com a doença (Franco, 2003).

As respostas da mãe de M2 ao QPM indicam padrão comportamental de controle moderado, ou seja, a mãe permite que a criança assuma algumas responsabilidades quanto aos cuidados com a doença, mas está sempre supervisionando e acompanhando as condutas do filho. Por exemplo, quando questionada a respeito de quem faz a escolha de carboidratos para as refeições, ela responde que permite que M2 faça, mas “fica em cima o tempo todo” o que indica a exigência como característica provável no comportamento materno no que diz respeito à condução dos cuidados com o diabetes. Esta contingência pode ser vista em Gomide (2003) como característica do estilo parental de Supervisão Estressante, padrão este que pode gerar na criança baixo grau de confiança em suas ações. Possivelmente, esta era o padrão comportamental da mãe de M2 no início do tratamento, o que foi sendo modificado durante os 7 anos de tratamento e à medida que a criança respondia de forma adequada às regras determinadas por ela.

Conforme os princípios descritos por Maccoby e Martin (1983) pais que fazem uso de exigência no manejo dos filhos, costumam manter supervisão, monitoramento do comportamento dos filhos. Além disso, são pais que se caracterizam pela alta expectativa

de desempenho em relação ao comportamento infantil. No caso da mãe de M2, suas respostas ao QPM, indicam a presença desses comportamentos associado à permissão de participação da criança nos cuidados com o tratamento o que é determinante para a construção da autonomia infantil, ou seja, a mãe monitora e supervisiona as condutas do filho, mas dá a ele também a oportunidade de executar as ações necessárias para o controle do diabetes. Porém, a natureza da supervisão e monitoramento (supervisão estressante), podem gerar insegurança na criança.

Para que haja de fato a possibilidade do desenvolvimento da independência da criança em relação aos pais, é importante que exista equilíbrio entre o controle materno e a permissão da participação infantil no manejo da doença. Apesar das respostas maternas indicarem controle moderado, a criança emite respostas que apontam na direção da não adesão ao tratamento mostrando que M2 ainda não é capaz de fazer leituras apropriadas do contexto no que se refere ao tratamento do diabetes.

Conforme Castanheira (2001) o comportamento pode ser modelado a partir da própria experiência da pessoa com o ambiente, sem que haja a necessidade de que alguém emita descrições verbais a respeito do comportamento esperado. Trata-se de um processo lento, mas que permite que a criança tenha contato direto com as contingências de reforço ou até punição, se for o caso. Mesmo no que diz respeito à realidade imposta por uma doença crônica, é fundamental que a criança possa ter garantido seu espaço para poder se desenvolver (Helena & Garanha, 2003).

Catania (1999) chama a atenção para o fato de que se a pessoa obedece sempre às instruções que lhe são dadas, as contingências naturais não terão a oportunidade de atuar sobre o comportamento dela. O resultado da Hemoglobina Glicosilada (7.6%) fornece indicativos de que M2 vem seguindo de forma rigorosa o tratamento. Entretanto, as

condutas evidenciadas nas interações entre mãe e filho, mostram que este resultado parece apoiado mais na conduta materna que determina as condutas a serem seguidas, do que na criança ter desenvolvido leitura apropriada das contingências. As respostas de M2, portanto, indicam que ele é um bom seguidor das regras impostas pela mãe.

A partir da análise das respostas de M2 ao JAT, observa-se que ele não apresenta, nas respostas ao instrumento, condutas compatíveis com o padrão comportamental de adesão ao tratamento, ou seja, há a possibilidade de que a criança não tenha desenvolvido habilidades para o manejo adequado do tratamento apresentando, inclusive, possa apresentar dificuldades na escolha da alimentação que é uma das principais preocupações no controle da glicemia. Ao contrário daquilo que é recomendado (Zimmerman & Walker, 2002), M2 opta por uma dieta rica em carboidratos o que mostra que a criança, quando não tem a supervisão materna, não emite condutas que previnem as crises de hiper ou hipoglicemia.

Ao se falar de padrão comportamental de adesão ao tratamento, faz-se referência ao comportamento de autocontrole descrito por Skinner (1953): escolha entre o reforço imediato e o reforço a longo prazo. O resultado do JAT indica que esse comportamento não foi desenvolvido por M2. O conceito de autocontrole se refere à classe de comportamentos emitidos por uma pessoa com o objetivo de manipular as variáveis ambientais na intenção de aumentar ou diminuir a probabilidade de uma resposta, o que implica também no desenvolvimento de autonomia para ser capaz de realizar tal tarefa (Nico, 2001).

No caso do diabetes, essa é uma tarefa difícil já que o que está em conflito é o reforço imediato de comer um carboidrato como um chocolate e o reforço de não apresentar complicações futuras, além de evitar sintomas desagradáveis. Para M2, a

ingestão de carboidrato parece ser mais reforçadora do que evitar complicações e sintomas desagradáveis no futuro. M2, por exemplo, não manipula as variáveis (escolha dos alimentos) de forma a evitar eventos aversivos causados pelo descontrole da glicemia. O repertório de autocontrole dessa criança não está bem estabelecido. A obediência aos cuidados com o tratamento só ocorre na presença da mãe e em resposta às regras impostas pela mesma, conforme os dados obtidos na pesquisa. Em outras palavras, o comportamento de M2 está sob controle das conseqüências geradas pelo comportamento de sua mãe e não sob controle das conseqüências acarretadas pelo descontrole dos níveis glicêmicos.

É interessante observar que, apesar dos resultados obtidos pela mãe de M2 no QPM indicar controle moderado, a pontuação total atribuída às respostas dela está no limite entre as categorias de controle moderado e alto controle. O resultado do exame de Hemoglobina Glicosilada, indica que o controle materno sobre o comportamento infantil no manejo do tratamento é eficiente, o que pode ser uma razão pela qual a criança não tenha desenvolvido repertório comportamental de independência em relação à mãe.

Quando questionada quanto às dificuldades em relação aos cuidados com o diabetes, a mãe de M2 relata não ter dificuldades e que, segundo ela, a criança tem um controle muito bom do tratamento, o que, de fato, indica que o comportamento da criança está sob eficiente controle das regras. A diferença entre a avaliação materna quanto à conduta do filho no manejo do diabetes e as respostas de M2 ao JAT, apontam para o fato de que talvez a mãe não esteja percebendo de forma adequada o comportamento infantil: ela percebe que a criança segue as regras, mas não percebe que o filho não sabe a razão de estar seguindo as instruções determinadas por ela. Talvez M2 não tenha desenvolvido habilidades para discriminar as contingências presentes no manejo do diabetes.

A obediência às regras não é uma resposta sempre presente. Isso ocorre porque nem sempre aqueles que controlam deixam claros os reforçadores positivos pela obediência ou os punitivos pela não-obediência (Castanheira, 2001). Esse pode ser um motivo pelo qual M2 não responde com obediência às instruções do tratamento quando está longe da supervisão materna.

A observação da interação entre M2 e a mãe na realização da situação-problema Lição de Casa mostram condutas maternas diferentes daquelas observadas no manejo do diabetes. A análise dos resultados desse instrumento indica estilo comportamental de baixo controle. A partir da comparação entre os resultados do QPM e da observação da interação entre mãe e filho em situação neutra para a doença, pode-se observar que o comportamento da mãe de M2 está sob controle das circunstâncias impostas pela doença. O controle dos níveis glicêmicos não permite flexibilidade nas condutas adotadas tanto pela criança quanto pelos pais.

O controle materno sobre a conduta da criança, especialmente quanto aos comportamentos necessários para a adesão ao tratamento do diabetes, pode ter na mãe, dupla função: a) ao monitorar o comportamento da criança, os exames laboratoriais têm probabilidade maior de indicar bom resultado de Hemoglobina Glicosilada, o que é valorizado pelo médico e pelo contexto, agindo assim, como reforço positivo da conduta de controle materno; b) previne futuras complicações, fazendo com que a ação materna aponte para um padrão comportamental de esquiva além de implicar no estabelecimento de um esquema de reforço negativo, no qual ao controlar o comportamento infantil, ela diminui a probabilidade de hiperglicemia ou hipoglicemia, o que a faz sentir que cumpre de forma apropriada o papel de mãe cuidadora.

Observa-se que, em 7 anos de tratamento, a criança não foi capaz de desenvolver habilidades para o manejo adequado do diabetes, apesar de ser um bom seguidor de regras. Provavelmente a dificuldade de M2 na leitura das contingências se dá porque não lhe foram dadas condições apropriadas para o desenvolvimento e estabelecimento de condutas de independência em relação às instruções quanto ao tratamento. Observe-se que essa característica está relacionada às circunstâncias da doença e, provavelmente, não é generalizada às outras atividades de M2.

Em síntese, as respostas maternas indicam controle moderado e as respostas de M2 indicam padrão comportamental de não-adesão, mas o resultado da Hemoglobina Glicosilada indica bom controle glicêmico.

#### Caso F1

Uma preocupação importante que se deve ter em relação a uma criança que tenha diabetes tipo 1, é que ela possa manter seus hábitos de vida o mais próximo do normal, apesar da presença da doença, mantendo atividades comuns à sua idade. Para que isso seja possível, a participação da criança no manejo de seu próprio tratamento e a possibilidade de que ela assuma algumas responsabilidades nesse sentido, são fundamentais. O caso de F1, constitui um exemplo nesse sentido.

As respostas de F1 ao JAT indicam algumas condutas compatíveis com o comportamento de adesão ao tratamento, apontando soluções para as situações apresentadas com certa autonomia e autocontrole. F1 soube fazer a escolha adequada dos alimentos na situação-problema do preparo da refeição optando por uma dieta com equilíbrio da quantidade de carboidratos, mostrou saber manejar os cuidados com o tratamento quanto à rotina feita ao acordar pela manhã.

Além de demonstrar habilidade para decidir de forma apropriada, atendendo às necessidades do seu tratamento, ao abrir mão de reforço imediato em prol dos benefícios à sua saúde a longo prazo, provavelmente, F1 é capaz de identificar o comportamento a ser controlado, discriminando as contingências relacionadas ao controle do diabetes. Skinner (1953), já discutia a dificuldade em optar por um reforço a longo prazo, quando cita a imediatividade do reforço como uma falha do comportamento operante, que é sanada com o advento do comportamento verbal, o qual viabiliza o comportamento governado por regras.

Frente à situação hipotética de hipoglicemia, F1 não soube indicar o manejo apropriado, conforme evidencia-se nas respostas ao JAT. É possível que neste ponto o controle materno ainda seja intenso, talvez pelos riscos que podem comprometer o bem-estar da criança além da mãe possivelmente estar sob controle da história passada em que a criança entrou em coma no início da doença. Ambas as situações provavelmente mantêm o comportamento da mãe de F1 sob forte controle do reforçamento negativo o que a impede de passar tal responsabilidade para a filha.

Ao ser questionada quanto às dificuldades que encontra no manejo do tratamento, a mãe de F1 relata que sua maior dificuldade não é com a criança, mas com os avós que não compreendem que o controle alimentar é necessário e fundamental para o bem estar de F1. Com relação à F1, a mãe relata que procura ter uma “conversa aberta” (sic) sobre as conseqüências da falta de controle dos níveis glicêmicos para que ela possa, inclusive, ensinar os avós quanto aos cuidados do tratamento. Percebe-se na conduta da mãe de F1 que ela desenvolve junto à filha leitura das contingências e vai, aos poucos, passando para a criança responsabilidades relativas ao tratamento.

A análise das respostas da mãe de F1 ao QPM indica padrão comportamental de controle moderado. A mãe de F1 relata que quanto à contagem de carboidratos, a filha faz sozinha, mas ela acompanha. Segundo as respostas maternas, F1 também assume as responsabilidades frente a outros cuidados com o tratamento (insulina, teste de glicemia), mas a mãe a acompanha procurando mostrar os erros no controle da glicemia e corrigindo-os junto com a filha.

Os comportamentos maternos citados favorecem o desenvolvimento da autonomia e do autocontrole pela criança. Ao permitir que a própria criança assuma algumas responsabilidades em relação ao tratamento de acordo com a sua capacidade, a mãe modela em F1 repertório comportamental habilidoso para o manejo dos cuidados com o diabetes.

As práticas educativas utilizadas pela mãe de F1 no manejo do tratamento, a princípio, parecem direcionar a criança no sentido de adquirir comportamentos que garantam independência e responsabilidade, características fundamentais não só referente ao tratamento do diabetes, mas que favorecem na criança também o desempenho adequado de seu papel social (Alvarenga & Piccinini, 2001) e possa ter, no caso de uma doença crônica, uma vida próxima do normal sem precisar arcar com as conseqüências aversivas do descontrole glicêmico.

Em se tratando do diabetes, as regras são determinantes para descrever as exigências do tratamento e do descontrole da glicemia, mas é importante que a criança aprenda a lidar com as contingências a fim de poder adaptar-se à nova realidade. As respostas da mãe de F1 ao QPM mostram que ela permite, de forma gradual e sob supervisão, que a filha vivencie as contingências, o que faz com que F1 se adapte com maior facilidade à realidade do diabetes.

Conforme Castanheira (2001), é importante que as duas formas de aprendizagem (por regras e por contingências) sejam combinadas. As regras descrevem e controlam o comportamento através da orientação verbal enquanto as contingências permitem à criança “aprender fazendo”. Muitos dos comportamentos aprendidos podem ter o controle inicial pelas regras e, então, passam a ser modelados por suas conseqüências, especialmente quando estão próximos da forma final (Castanheira, 2001). Na situação imposta pelo diabetes, este processo ocorre quando espera-se que a criança aprenda através das regras no início, mas que vivencie as conseqüências de suas condutas para que o padrão comportamental de adesão ao tratamento se estabeleça.

A análise da observação dos comportamentos da mãe de F1 durante a realização da situação-problema Lição de Casa apontou para padrão comportamental de baixo controle, em outras palavras, a mãe interferiu muito pouco naquilo que a criança estava fazendo apesar de observar o comportamento da filha e corrigi-lo quando julgou necessário. Os comportamentos mais emitidos pela mãe de F1 durante essa tarefa foram os de olhar em direção à criança e, eventualmente, corrigir a criança em relação à atividade que estava sendo realizada.

Observa-se que as condutas emitidas pela mãe de F1 durante a realização da atividade cognitiva são compatíveis com aquelas relatadas em relação ao manejo do tratamento indicando que esta mãe responde principalmente ao comportamento da filha, contingenciando apropriadamente tais comportamentos.

Pode-se dizer, portanto, que as práticas educativas utilizadas pela mãe de F1 tanto no manejo da doença quanto na interação com a filha em outras circunstâncias, apresentam características tanto responsivas quanto exigentes. A mãe de F1 favorece o

desenvolvimento da autonomia e auto-afirmação da criança, sem deixar de determinar limites, supervisionar o comportamento infantil e corrigi-lo quando necessário.

A condução que a mãe de F1 dá aos cuidados com o tratamento na interação com a criança mostra-se eficiente já que o resultado do exame de Hemoglobina Glicosilada (7.2%) aponta para um bom controle glicêmico e a criança mostra ter desenvolvido repertório comportamental habilidoso para o manejo dos cuidados com o tratamento do diabetes. A independência de F1 em relação à mãe nos cuidados com a doença propicia a ela a possibilidade de ter uma vida próxima do normal, uma das metas dos portadores de doenças graves e crônicas.

#### Caso M5

O resultado do exame de Hemoglobina Glicosilada de M5 (7.6%) indica bom controle glicêmico. Contudo, a análise das respostas da criança ao JAT indicam que seu padrão comportamental é compatível com o padrão comportamental de adesão parcial ao tratamento, ou seja, há situações, como a escolha dos alimentos para a refeição, em que ele ainda não mostra habilidade para controlar apropriadamente o diabetes.

O mesmo ocorre na situação-problema de hipoglicemia, em que M5 mostra não saber o que fazer e respondeu no JAT pedir à mãe que vá buscá-lo na escola e esperar que os sintomas passem, indicando comportamento dependente em relação à mãe. Além disso, as alternativas escolhidas por M5 apontam para resposta inefetiva na situação, uma vez que em crise de hipoglicemia, a criança deve ingerir uma escolha de carboidrato.

M5 demonstra, portanto, não ter desenvolvido ainda discriminação apropriada das contingências (saber identificar a crise de hipoglicemia) e os manejos necessários nessas

circunstâncias. O comportamento de M5 encontra-se sob controle materno, impedindo o desenvolvimento do autocontrole.

As condutas de autocontrole implicam na ação da pessoa em arranjar as variáveis ambientais, alterando assim, a probabilidade da ocorrência de seu próprio comportamento, ou seja, a própria pessoa manipula as variáveis das quais seu comportamento é função (Nico, 2001) levando em consideração as conseqüências positivas futuras e por vezes abrindo mão do reforço imediato.

Os resultados de HbA1c de M5 indicam bom controle glicêmico. Esta informação faz sentido à luz da conduta de dependência de M5 em relação à mãe e das respostas maternas ao QPM que apontam-na como tendo alto controle. Ou seja, M5 tem bom equilíbrio do diabetes por estar o manejo da doença sob o controle materno. Sozinho, M5 mostra que não agiria apropriadamente. Embora as regras tenham a função de modificar o comportamento de alguém quando as conseqüências naturais não são eficientes, o controle excessivo por regras pode gerar insensibilidade às contingências (Catania, 1999): a criança não desenvolve capacidade de discriminar as circunstâncias e, portanto, não emite respostas compatíveis com o ambiente.

Quando questionada no QPM a respeito da escolha do lanche da criança para ser levado para a escola, a mãe responde que ela e o filho cumprem essa tarefa juntos. Entretanto, no que diz respeito às outras refeições, a mãe responde que faz a contagem de carboidratos sozinha porque o filho sempre acaba comendo além do que pode. Respostas como essa caracterizam a conduta materna como tendo alto controle em relação ao tratamento, ou seja, o padrão comportamental da mãe de M5 não permite que a criança assuma determinadas responsabilidades em relação ao tratamento, o que impede que a criança desenvolva autoconfiança e independência.

Gomide (2003) mostra que o excesso de fiscalização e de estabelecimento de ordens, o que caracteriza alto nível de exigência em resposta ao comportamento infantil, tem conseqüências diferentes daquilo que é esperado pelos pais. No caso de M5, a mãe espera que ele obedeça às regras do tratamento impostas por ela e isto o filho cumpre, porém apenas na presença da mãe. Gomide (2003) aponta também que o controle excessivo não permite ou interfere no desenvolvimento da independência e autodirecionamento da criança, e ao manter a dependência emocional da criança em relação aos pais impede que a criança faça a discriminação apropriada das contingências.

Ao controlar os fatores que interferem no controle do diabetes, a mãe de M5 é reforçada em esquema negativo, pois esquiva-se da aversividade associada ao descontrole da glicemia, como as crises de hipo ou hiperglicemia que se intensas, podem ocasionar prejuízos para a criança como o coma e até a morte. No caso da mãe de M5, o padrão comportamental de alto controle mostra-se eficiente se for levado em conta o exame de Hemoglobina Glicosilada (7.6%) que indica bom controle glicêmico.

Contudo, a conduta materna não se mostra eficiente em auxiliar M5 no desenvolvimento de repertório comportamental suficiente para poder assumir algumas responsabilidades em relação ao tratamento e, conseqüente, autonomia. Pode ser um fator que vem a dificultar a aceitação da doença por parte de M5, relatado pela mãe como a principal dificuldade no manejo do diabetes. A construção da auto-estima infantil e a interpretação que faz do ambiente depende muito daquilo que a criança observa ao seu redor, especialmente, no que diz respeito ao comportamento dos pais em relação a ela (Briggs, 2000). O padrão comportamental de alto controle materno corre o risco de passar à criança a mensagem de que a situação vivenciada, no caso o diabetes, é tão perigosa que M5 não é capaz de tomar determinados cuidados, precisando sempre recorrer à mãe.

A conduta de alto controle da mãe de M5 é generalizada inclusive para as situações não relacionadas com a doença. Na observação da interação mãe e filho durante a realização da atividade de Lição de Casa a conduta da mãe de M5 de alto controle do comportamento infantil se confirma. Os comportamentos mais emitidos por ela foram os de dar ordens à criança e o de agir no lugar do filho enquanto esse respondia as questões de interpretação da história em quadrinhos. Observa-se, portanto, que a mãe de M5 não permite muito espaço para que o filho possa se comportar de forma independente, sem depender das ordens emitidas por ela. Não é dada a M5 a oportunidade de vivenciar as contingências.

A importância da aprendizagem através das contingências está na manutenção do comportamento aprendido. Se a aprendizagem se dá através unicamente da imposição de regras e não é permitido à pessoa contato com as contingências, o comportamento tende a deixar de ser emitido logo que as contingências arbitrárias sejam retiradas (Guedes, 2001). Esse é um risco que a mãe de M5 corre ao não permitir que o filho tenha experiências diretas com o ambiente e desenvolva condutas compatíveis com o padrão comportamental de adesão ao tratamento.

#### Caso F5

Mesmo que o comportamento materno seja eficiente no controle das condutas infantis e mantenha os níveis glicêmicos dentro dos índices esperados, para um bom encaminhamento do diabetes, é importante que a criança saiba manejar seu próprio tratamento e tenha permissão para isso (Zimmerman & Walker, 2002). O reconhecimento dos pais quanto às capacidades do filho para assumir determinadas responsabilidades é importante para que a criança desenvolva auto-estima e segurança (Briggs, 2000). No

caso de F5, a criança mostra saber o que fazer em relação aos cuidados com o diabetes, mas mesmo assim, o controle materno apresenta-se como alto e o resultado da Hemoglobina Glicosilada (9.5%) aponta para um controle glicêmico ruim.

F5 ao responder ao JAT indica um padrão comportamental de adesão parcial ao tratamento. Na situação da rotina da manhã, ela não soube organizar os cartões conforme o que é recomendado para um bom controle da glicemia. Entretanto, na situação de escolha dos alimentos, apesar de não ter colocado na refeição um grupo alimentício (proteínas), não fez escolhas excessivas de carboidrato.

Na situação de hipoglicemia, F5 mostra saber o que fazer, além de não escolher nenhum cartão que indicasse a necessidade da presença da mãe para solucionar o problema. Parece que F5 sinaliza certa tendência à independência em relação à mãe no manejo do diabetes.

Embora F5 mostre saber (parcialmente) o que fazer em relação aos cuidados com o diabetes, ela provavelmente não emite condutas de autocontrole já que o resultado da Hemoglobina Glicosilada (9.5%) é ruim. No caso de F5, a resposta de seguir as regras impostas de não ingerir carboidrato, por exemplo, está em conflito com a resposta de escolher o carboidrato e ter o reforço positivo imediato. Na prática, F5 não faz o controle do consumo de carboidratos, aumentando sua glicemia e, conseqüentemente, prejudicando o resultado do exame de Hemoglobina Glicosilada. Um provável motivo para a falta de correspondência entre o que F5 diz fazer e aquilo que faz está na dificuldade em compreender a razão para tantos cuidados com a doença, além de precisar abrir mão de comer determinados alimentos que outras pessoa podem ingerir e ele precisa controlar.

As respostas da mãe de F5 ao QPM apontam para o padrão comportamental de alto controle. Ao ser questionada quanto ao manejo da contagem de carboidratos, a mãe responde que é ela quem faz as escolhas. No caso do lanche para a escola, ela permite à criança que decida o que quer levar, mas é ela quem dá as opções de alimentos. A mãe de F5 relata que permite que a criança assuma algumas responsabilidades em relação ao tratamento, mas está sempre observando.

O comportamento relatado pela mãe de F5 no que diz respeito ao manejo do diabetes apresenta características importantes de exigência a qual envolve na definição de Maccoby e Martin (1983) supervisão, monitoramento do comportamento da criança, estabelecimento de disciplina e limites, enfim, comportamentos que indicam a tentativa dos pais em controlar as condutas infantis definindo as regras a serem seguidas. O padrão de alto controle apresentado pela mãe de F5 mostra que o controle do comportamento da filha está mais presente no manejo do tratamento do que a permissão para que a criança vivencie as contingências da doença e aperfeiçoe suas condutas em relação aos cuidados com o diabetes. O controle excessivo por regras pode tornar a pessoa dependente do controle das contingências sociais e de regras de como agir (Guedes, 2001). Observa-se que F5 tem certa noção do que deve fazer, mas nunca vivenciou as conseqüências de sua ação. O comportamento de F5 está sob controle do que a mãe decide para ela e quando surge oportunidade de buscar o controle materno, provavelmente o faz, como indicam os resultados do exame de Hemoglobina Glicosilada.

Quando questionada a respeito das dificuldades encontradas no manejo do diabetes, a mãe de F5 respondeu que a dificuldade principal é a insegurança que sente em relação à saúde da filha e ao tratamento. Para entender tal colocação é necessário retomar o início do tratamento quando o diabetes foi diagnosticado após F5 ter entrado em coma.

Possivelmente, o comportamento da mãe está sob controle da insegurança gerada no início da doença, sendo que o padrão comportamental presente constitui uma combinação de esquiva e reforço negativo ao diminuir a possibilidade de novo coma da filha, afastando a iminência da morte, que foi vivenciada na época do diagnóstico do diabetes.

Conforme Lundin (1974), estímulos aversivos fortes têm por característica o desencadeamento de comportamentos altamente emocionais como a ansiedade. Dessa maneira, é compreensível que em resposta à situação inicial de coma da criança, a mãe reaja com ansiedade e insegurança e transmita para a criança a mensagem de que algo muito sério e preocupante aconteceu e pode acontecer de novo caso a mãe não assuma o controle total da situação. A partir da observação do modelo materno a criança pode ter aprendido a responder às contingências do tratamento com insegurança. Associa-se a este aprendizado por modelo, o fato da mãe, por temer o agravamento do quadro, não desenvolver um processo gradual de passagem da responsabilidade pelo tratamento para a filha, o que impede a criança de desenvolver aprendizado essencialmente para a vida.

Na observação da interação mãe e filha durante a realização da tarefa proposta de Lição de Casa, os comportamentos emitidos pela mãe de F5 foram categorizados e qualificados como correspondentes ao padrão comportamental de baixo controle. O maior número de comportamentos emitidos pela mãe de F5 foram de olhar em direção à criança. Diferente do que foi relatado no manejo do diabetes, a mãe interferiu muito pouco no comportamento da criança durante o desempenho da tarefa, o que reforça a hipótese de que a experiência inicial da mãe com o coma da filha gerou um grau de ansiedade alto, que interfere no manejo apropriado da doença, mas não constitui um padrão geral desta mãe. Em situação aparentemente neutra, a relação dela com a filha é de maior independência, deixando que a criança vivencie as conseqüências de sua ação.

O comportamento da mãe de F5 não se mostra contingente ao comportamento infantil, no que tange ao tratamento do diabetes e, conseqüentemente, não reforça o desenvolvimento da autonomia infantil, mesmo que a criança demonstre que é capaz de lidar com o próprio tratamento. A conduta materna se caracteriza pela superproteção, provavelmente em resposta à insegurança gerada na situação inicial, e não se mostra efetivo no controle glicêmico: o resultado da Hemoglobina Glicosilada (9.5%) indica controle glicêmico ruim.

### Caso M7

M7 é a criança mais nova entre as do grupo selecionado para a pesquisa e a que tem menos tempo de diagnóstico: um ano completo. Apesar do pouco tempo de descoberta do diabetes, é importante que a criança seja estimulada a participar dos cuidados com a doença para que possa, desde cedo, desenvolver independência inclusive para lidar com situações de emergência como a hipoglicemia ou hiperglicemia. Embora, a participação da criança nos cuidados com o diabetes deva ser estimulada desde cedo, M7 ainda mostra vários comportamentos de dependência em relação à mãe, conforme apontam os resultados do JAT.

M7 apresenta respostas ao JAT compatíveis com o padrão comportamental de adesão parcial: ele emite alguns comportamentos de manejo apropriado da doença, mas também apresenta respostas ao instrumento que apontam para um possível relação de dependência com a mãe no que diz respeito aos cuidados com o tratamento.

A mãe de M7 relata que encontra dificuldades quanto à alimentação do filho o qual não tem o hábito de comer frutas e verduras e “adora um carboidrato” (sic). A observação materna se confirma quando M7 faz as escolhas para a situação-problema da refeição

proposta pelo JAT: ele faz opção por uma dieta rica em carboidratos. A mãe de M7 relata que procura sempre salientar para a criança a importância da alimentação no controle da glicemia, mas conforme ela mesma observa, não tem tido sucesso.

A resposta de M7 à situação-problema da refeição indica que ele não desenvolveu autocontrole: faz opção pela ingestão de alimentos ricos em carboidrato. M7 emite condutas que estão sob controle maior do reforço imediato do que do reforço a longo prazo, preferindo comer os carboidratos que lhe agradam, não avaliando as conseqüências futuras. A classe de respostas que envolve os chamados comportamentos de autocontrole aponta para a habilidade da criança de controlar e transformar as variáveis ambientais a seu favor para produzir um novo comportamento, diferente do anterior (Castanheira, 2001). As respostas de M7 ao JAT indicam que ele ainda não desenvolveu a habilidade para manipular as variáveis ao seu redor, além de não ter desenvolvido, conseqüentemente, novas respostas que fossem compatíveis com os cuidados pertinentes ao diabetes como o controle da alimentação. Deve-se lembrar que aos 7 anos, as crianças ainda não estão aptas a desenvolver por completo o autocontrole, mas M7 poderia ser estimulado para, no futuro, tornar-se independente.

Na situação-problema que envolve o manejo da hipoglicemia pela criança, M7 emite respostas que indicam dependência em relação à mãe para solucionar o problema, apontando para a dificuldade da criança em fazer a leitura das contingências características do manejo do tratamento do diabetes.

Grande parte dos comportamentos que são aprendidos tem início a partir das descrições verbais que são fornecidas a respeito de determinada circunstância. À medida que o comportamento descrito vai sendo emitido, ele passa a ser modelado pelos reforços e punições presentes no ambiente (Baum, 1999). Entretanto, para que isso seja possível, a

criança precisa desenvolver sensibilidade às contingências o que não ocorre se ela não tiver oportunidade de ter experiências diretas com o ambiente. A falha no desenvolvimento de autonomia, como é o caso de M7, dificulta que esse repertório comportamental seja emitido e que a criança assuma o controle de algumas condutas no cuidado com o diabetes.

Além da dificuldade para discriminar as contingências, provavelmente, M7 também não apresenta comportamentos que indiquem obediência às regras do tratamento. Essa característica fica evidenciada através do resultado do exame de Hemoglobina Glicosilada (9.7%) que aponta para um controle glicêmico ruim e do relato da mãe de M7 quanto à dificuldade em relação à alimentação do filho.

As respostas da mãe de M7 ao QPM sinalizam padrão comportamental de alto controle em relação às condutas do filho no manejo do tratamento. A mãe de M7 relata não permitir que a criança faça a contagem de carboidratos sozinha: é a mãe quem faz. Entretanto, para que a criança possa desenvolver habilidades no manejo do diabetes, é importante que se possibilite oportunidades para que ela possa se comportar mesmo que sob a orientação materna. A participação dos pais na modificação e estabelecimento de novos comportamentos é fundamental para o processo de desenvolvimento infantil, já que cabe a eles a viabilização de reforços e punições contingentes ao comportamento da criança (Rocha & Brandão, 2001). Os comportamentos infantis, portanto, vão sendo modelados pela mãe à medida que essa permite que os mesmos sejam emitidos. No caso do diabetes, a criança aprende a manejar os cuidados com o tratamento à medida que os pais permitem que ela assuma algumas responsabilidades e faça algumas escolhas, mesmo que com orientação deles, o que não se observa na interação da mãe de M7 com o filho.

O alto controle observado no padrão comportamental da mãe de M7, aponta para a predominância de condutas de exigência em relação ao comportamento do filho no tratamento do diabetes. Embora a dimensão de exigência proposta por Maccoby e Martin (1983) seja referente às atitudes parentais para o estabelecimento de regras e limites, ela também indica o grau de expectativa paterna em relação ao comportamento infantil. Ao responder que faz a contagem de carboidratos sozinha porque o filho excede nas escolhas, a mãe de M7 indica ter um alto grau de controle em relação ao comportamento da criança: no lugar de deixar ele errar e, então, corrigir, ela prefere fazer sozinha.

Apesar da maior incidência de comportamentos de alto controle da mãe de M7 em resposta ao QPM, ela relata que o filho assume algumas responsabilidades com o tratamento do diabetes como o teste de glicemia. Quanto à aplicação da insulina, ela menciona que M7 ainda não teve coragem. Provavelmente, tanto o comportamento materno quanto o comportamento infantil estão sob controle do pouco tempo de diagnóstico da doença e da idade da criança (7 anos). Entretanto, o controle da mãe de M7, mesmo que alto, não tem sido efetivo já que o resultado do exame de Hemoglobina Glicosilada (9.7%) indica controle glicêmico ruim, conforme já mencionado.

Durante a realização da atividade Lição de Casa, pôde-se observar a predominância de condutas de baixo controle no padrão comportamental da mãe de M7. A mãe emitiu muitos comportamentos de olhar em direção à criança da mesma forma que ofereceu auxílio para a resolução da atividade proposta. Foram poucos os comportamentos de dar ordens ou agir no lugar da criança.

Há uma diferença entre as condutas da mãe de M7 quando relacionadas com atividades habituais da criança e quando relacionadas com o tratamento. Na atividade de Lição de Casa, a mãe de M7 permite que a criança vivencie as contingências e arrisque-se

na emissão de respostas. Ao observar que a resolução da questão proposta não está certa, a mãe corrige a criança, mostrando limites e indicando a conduta mais adequada à criança. Nesse caso, o comportamento da mãe está sob controle do comportamento infantil e fornece a M7 reforços contingentes aos comportamentos dele, o que permite o desenvolvimento de autonomia da criança. Contudo, a mesma conduta não é adotada pela mãe no manejo dos cuidados com o tratamento do diabetes.

O comportamento da mãe de M7 modifica-se sensivelmente conforme as contingências presentes. M7 desenvolve autonomia em outras atividades, mas é dependente da mãe nos cuidados com a doença, o que pode vir a ser modificado a fim de melhorar o controle da glicemia. Pode vir a ser reforçador para a criança assumir algumas responsabilidades além das que já assume e perceber o resultado de seu comportamento. A participação da criança no manejo do tratamento é fundamental para o estabelecimento de comportamentos compatíveis com a adesão ao tratamento. Além disso, é fundamental que a criança possa ir compreendendo, aos poucos, as conseqüências que a negligência com o tratamento acarretam (Zimmerman & Walker, 2002).

### Caso F2

O tratamento do diabetes exige importantes mudanças nos hábitos de vida tanto para a criança quanto para a família. Para que o bom controle glicêmico possa ser alcançado, a participação dos pais e da criança, de forma contingente, é fundamental. É importante que a criança tenha possibilidade de assumir responsabilidades em relação aos cuidados com o diabetes, além de poder contar com o auxílio e orientação dos pais. No caso de F2, a criança mostra capacidade de assumir algumas responsabilidades, mas o alto controle

observado nas respostas de sua mãe, podem estar dificultando o processo de aprendizagem e o desenvolvimento da autonomia.

As respostas de F2 às situações-problema propostas pelo JAT adesão parcial ao tratamento. Observe-se que a pontuação obtida por ela é a segunda mais alta entre as crianças que participaram do grupo de pesquisa, podendo indicar que F2 desenvolveu habilidades para o manejo dos cuidados com o diabetes da maneira mais acentuada do que as outras crianças do grupo de pesquisa.

Na situação-problema em que deve escolher os alimentos para uma refeição, F2 fez a escolha adequada dos carboidratos, apesar de ter optado por mais de um alimento do grupo das proteínas, mostrando que ela tem conhecimento em relação às condutas que devem ser adotadas para o bom controle do diabetes. O mesmo ocorre na situação-problema que diz respeito ao manejo da hipoglicemia: F2 emite respostas compatíveis com as recomendações para o controle dessa emergência.

Embora as respostas de F2 indiquem que ela tem possibilidades de desenvolver autonomia no manejo da doença, o resultado do exame de Hemoglobina Glicosilada (10%) aponta para um controle glicêmico ruim, o que mostra que não há correspondência entre o que a criança diz e o que ela faz. Portanto, apesar de F2 mostrar conhecimento a respeito das orientações características do tratamento, não as obedece. Provavelmente, a criança não tenha desenvolvido discriminação das contingências já que o relato verbal corresponde às condutas de adesão parcial ao tratamento, mas as ações mostram o contrário. A aprendizagem de um determinado comportamento pode ter início através das regras, mas se não houver contato direto com as contingências, não há o desenvolvimento de eficiência do mesmo e, conseqüentemente, não há a manutenção dessa conduta (Castanheira, 2001).

A mãe de F2 relata que a principal dificuldade que encontra no manejo do tratamento é o controle da alimentação da filha. Conta que, às vezes, permite que F2 coma o que quiser e que depois acaba se sentindo culpada por ter sido permissiva nessa situação. Portanto, F2 não apresenta condutas de autocontrole e a própria mãe não estabelece contingências para o desenvolvimento desse repertório comportamental. O reforço imediato decorrente do consumo de carboidratos é mais forte do que o controle das conseqüências geradas pelos níveis altos de glicemia (reforço a longo prazo) sobre o comportamento da criança.

As respostas de autocontrole implicam no controle da variável independente da qual o comportamento é função (Skinner, 1953), no caso do diabetes, implica em manipular as contingências envolvidas na alimentação para que a possibilidade da ingestão de carboidratos seja pequena e o descontrole da glicemia não ocorra. Trata-se da possibilidade que o indivíduo tem de controlar seu próprio comportamento (Skinner, 1953), o que não está presente nas condutas observadas de F2.

A mesma dificuldade em relação às respostas de autocontrole são evidenciadas no comportamento da mãe de F2, a qual permite que a criança coma o que quiser por não querer contrariá-la (reforço imediato) em vez de determinar limites para o comportamento da filha e evitar complicações futuras (reforço a longo prazo). Para que a criança aprenda a seguir regras é importante que os pais saibam estabelecer limites e sejam consistentes em suas condutas. Esquemas de reforçamento intermitente levam a maior dificuldade para a extinção de comportamentos estabelecidos por esse esquema. Os limites têm diferentes funções e uma delas é a de possibilitar proteção e segurança à criança. A ausência de limites implica na falta de conseqüências para o comportamento, o que pode contribuir para o desenvolvimento de comportamentos disfuncionais, além de não auxiliar a criança

no seguimento de regras que vão estar presentes onde ela estiver (Oliveira et al, 2002), como no caso da realidade imposta pela doença crônica.

A categorização das respostas da mãe de F2 ao QPM indicam padrão comportamental de alto controle. Ela relata que faz sozinha a contagem de carboidratos para as refeições e não permite a participação da criança no manejo dos cuidados com a alimentação. Além disso, não deixa a criança dormir fora de casa por medo de que possa acontecer algo. Responde que sua filha já tentou assumir algumas responsabilidades em relação ao tratamento, mas ela não permitiu porque preocupa-se que ela possa fazer alguma coisa errada. Alta exigência também está presente nas condutas relatadas pela mãe de F2 e são visualizadas na alta expectativa da mãe em relação ao comportamento da filha.

Note-se que F2 mostra-se apta a assumir algumas responsabilidades quanto ao controle do diabetes, mas a mãe não permite o desenvolvimento da autonomia infantil. Ao contrário, a mãe de F2, possivelmente reforça as respostas de dependência da filha. Para que a criança desenvolva qualquer repertório comportamental, é importante que os pais possibilitem a relação dela com o ambiente. Dessa maneira, criam oportunidades de modelar o comportamento infantil e direcioná-lo na aquisição de condutas que garantam independência, autonomia e responsabilidade (Gomide, 2003).

A mãe de F2 relata que procura vencer suas dificuldades sempre seguindo as orientações médicas. Observa-se, portanto, que o comportamento dessa mãe está sob forte controle das regras determinadas pelo médico e pelo tratamento. A culpa relatada pela mãe mostra o quanto são aversivas para ela as conseqüências decorrentes da flexibilidade com os cuidados da doença. As expectativas da mãe de F2 em relação ao próprio comportamento e ao comportamento da filha são muito altas.

Na observação da interação da mãe com a filha durante a realização da atividade de Lição de Casa, o padrão comportamental de alto controle já observado no manejo do tratamento, se mantém. A mãe de F2 emite muitos comportamentos de agir no lugar da criança e de dar ordens.

Entretanto, o alto controle adotado pela mãe de F2 em resposta às exigências do tratamento, não mostra resultados positivos já que o resultado do exame de Hemoglobina Glicosilada (10%) aponta para um controle glicêmico muito ruim. Esse resultado acaba por funcionar como reforçador para o comportamento materno: se o controle não está eficiente, é necessário um controle ainda maior. Forma-se um ciclo no qual estão implicados a exigência do tratamento, a exigência materna de seguir as regras médicas e sua resposta emocional ao não cumprimento das instruções relacionadas ao tratamento. O comportamento infantil termina por estar à parte desse ciclo já que a mãe não demonstra observá-lo, ao contrário, age no lugar da criança, não permitindo que essa demonstre suas habilidades e não desenvolva condutas compatíveis com o padrão comportamental de adesão ao tratamento. Dessa maneira, o controle glicêmico mantém-se prejudicado e F2 não tem possibilidades de desenvolver o padrão comportamental compatível com adesão ao tratamento.

## **Capítulo VII**

### **Discussão**

A relação do ambiente com o organismo é, particularmente, importante no caso da doença grave e crônica, como pode ser visto neste estudo. Dentro das relações que têm sua origem no interior do sistema familiar, talvez a mais estudada seja a interação entre pais e filhos e suas conseqüências na vida de ambos (Reppold et al, 2002). Cabe aos pais a função de educar e preparar a criança para o manejo das outras relações que se estabelecerão com o ambiente além do âmbito familiar à medida que ela for crescendo (Hübner, 2002). As práticas educativas parentais têm por objetivo principal auxiliar a criança no desenvolvimento de autonomia, independência e responsabilidade para manejar de maneira adequada o contexto no qual está inserida (Reppold et al, 2002). No grupo selecionado para o presente estudo, foi possível observar que, provavelmente, coube às mães a responsabilidade de controle dos cuidados com a doença e com as crianças. São as mães as principais atingidas pela condição crônica dos filhos e, em comparação com mães de crianças que não são portadoras de doenças crônicas, aquelas apresentam mais sinais de estresse emocional do que estas (Thompson & Gustafson, 1996).

Levando-se em consideração o papel da família, a importância dos pais no desenvolvimento infantil, o impacto da descoberta do diabetes no funcionamento familiar e a importância do desenvolvimento de condutas infantis de adesão ao tratamento, procurou-se, através do presente trabalho, verificar se há relação entre as práticas educativas parentais e o padrão comportamental infantil de adesão ao tratamento do

diabetes. Em outras palavras, verificar se o comportamento materno na interação com a criança diabética interfere na forma como essa lida com a doença.

O impacto da descoberta da doença crônica nas relações entre pais e filhos e a influência dessa interação no manejo da nova realidade tem sido foco de muitos estudos (Adams, Streisand, Zawacki & Joseph, 2002; Arruda & Zannon, 2002; Barbarin et al, 1999; Cameron, 2003; Heller & Guillon, 2003; Leone de Souza, 2004; Löhr, 1999; Martin et al, 1998). Dessa forma, observa-se que há uma preocupação grande em identificar estratégias que auxiliem os pais e as crianças no manejo de doenças graves e crônicas como o diabetes, a asma e o câncer.

O grupo de crianças e mães selecionado para participar da pesquisa foi dividido em dois grupos menores para que fosse possível verificar a existência de diferenças entre o comportamento das díades com **bom controle glicêmico** e das com **controle glicêmico ruim**, além de identificar a presença ou não de influência do comportamento das mães no padrão comportamental infantil de adesão ao tratamento.

É dentro do contexto familiar e das relações entre pais e filhos que se inserem as mudanças provocadas pela descoberta de uma doença crônica como o diabetes. O impacto gerado pelo diagnóstico atinge e modifica todo o funcionamento da família, o estilo de vida. As mudanças atingem inclusive o modo como os pais passam a perceber seu filho e o comportamento dos mesmos em relação à criança e aos cuidados que devem, então, ser tomados para o controle da doença. A nova realidade traz consigo novas preocupações com o bem-estar infantil, novos comportamentos a serem aprendidos e uma gama enorme de reações emocionais que influenciam as relações entre os pais e a criança diabética.

A partir da análise dos dados obtidos na presente pesquisa, observou-se que 4 mães apresentaram padrão comportamental diferente entre as situações relacionadas com o tratamento do diabetes e a atividade proposta de Lição de Casa. As 2 mães do grupo de **Bom controle glicêmico** (M2 e F1) apresentaram condutas predominantes de controle moderado em resposta ao QPM e na situação escolar, padrão comportamental de baixo controle. As mães do grupo de **controle glicêmico ruim** (F5 e M7) apresentaram maior frequência de respostas de alto controle em relação ao tratamento e de baixo controle na atividade cognitiva. As respostas das mães apontam para a possibilidade de que, em ambos os grupos, a realidade do diabetes pode ser determinante na construção das condutas maternas que se apresentam na interação com a criança diabética. Observa-se, então, que o comportamento dessas mães está sob forte controle do ambiente gerado pela presença da doença o que confirma os dados encontrados na literatura.

De todas as modificações que o diabetes provoca na estrutura de uma família, as práticas educativas parentais são, talvez, as que geram um número maior de conseqüências para o tratamento da criança, já que o papel dos pais é fundamental para o desenvolvimento infantil. Heller e Guillon (2002), observaram que a maioria dos relatos dos pais entrevistados mencionava a percepção de mudanças no próprio comportamento quando em interação com os filhos, depois da descoberta da doença. É comum que os pais alterem suas rotinas para participar ativamente do tratamento, principalmente, se o paciente for uma criança (Arruda e Zannon, 2002), além de se observarem como mais preocupados, mais atentos e até superprotetores por causa da doença (Heller & Guillon, 2002).

Ao que indicam as respostas das mães dos dois grupos da pesquisa, a manutenção dos cuidados com o diabetes, como a alimentação, pode gerar nas mães uma resposta de

controle do comportamento infantil ainda maior. Será que a conduta materna que está sob o controle da doença exerce a função de esquivar ou de reforço negativo? Conforme Lundin (1974), eventos estressantes dão origem a comportamentos emocionais como a ansiedade. O comportamento de esquivar pode exercer função de um importante redutor da ansiedade. No caso das mães das crianças diabéticas, será que o comportamento de controle do comportamento infantil não está exercendo a função de esquivar por afastar o estímulo aversivo gerado pelo descontrole das glicemias?

No estudo que foi realizado por Arruda e Zannon (2002) com pais de crianças com diabetes e febre reumática, as pesquisadoras observaram que a dificuldade mais relatada pelos pais no manejo do diabetes foi o controle da dieta alimentar das crianças. Dados semelhantes foram encontrados no presente estudo: 3 mães (F1, F2 e M7) relataram ter dificuldades em relação ao controle da alimentação. Essas mães foram unânimes em dizer que não é uma tarefa fácil fazer com que os filhos compreendam que o descontrole da dieta está diretamente relacionado com o descontrole da glicemia e que a contagem de carboidratos é essencial.

A estratégia mais citada pelo grupo de mães (F1, M5, F5) para enfrentamento das dificuldades com o tratamento foi a “conversa”. Ao conversar com a criança, o comportamento verbal da mãe pode estar exercendo a função de estímulo discriminativo para o comportamento da criança. No caso do diabetes, através da conversa, a mãe pode estar descrevendo as orientações do tratamento para a criança, visando prevenir que o filho vivencie contingências aversivas. Através do comportamento verbal, a mãe tem a possibilidade de modelar as condutas do filho, além de fornecer o modelo do comportamento adequado para aquela situação determinada (Casas, 2003).

Observou-se que todas as mães do grupo de **controle glicêmico ruim**, apresentaram condutas predominantes de alto controle em resposta ao QPM, apesar das crianças mostrarem, em suas respostas ao JAT, comportamentos compatíveis com o padrão comportamental de adesão parcial ao tratamento. É possível que as mães desse grupo não tenham desenvolvido a percepção adequada das habilidades desenvolvidas pelos filhos no manejo do diabetes e da possível prontidão das crianças em assumir algumas responsabilidades quanto aos cuidados com o tratamento, ou que, por estarem sob controle de situações aversivas como a iminência do coma, acabem por assumir um controle excessivo da conduta infantil. Dessa forma, elas deixam pouco espaço para que a criança possa aprender a lidar com a doença e o tratamento.

Para que a criança tenha possibilidades para desenvolver repertório comportamental de autonomia e para assumir algumas responsabilidades, é importante que se forneça a ela condições para tal. Cabe aos pais a preocupação para que isso ocorra e cabe a eles também comportar-se de forma a fornecer reforços para modelar o comportamento infantil (Reppold et al, 2002; Rocha & Brandão, 2001). Na análise das respostas das mães do grupo de **controle glicêmico ruim** (F2, F5, M7), foi observada a possibilidade de que as crianças estejam sendo reforçadas no sentido de manter o comportamento de dependência em relação às mães no manejo do diabetes o que as impede de desenvolverem repertório de autonomia e de participarem ativamente de seu tratamento.

Observou-se que as mães do grupo de **controle glicêmico ruim** realizam algumas tarefas quanto ao cuidado com o tratamento, que as crianças mostraram-se capazes de realizar sozinhas como a escolha dos alimentos conforme a contagem de carboidratos. A mãe de M7, por exemplo, relata que não permite que a filha assuma alguns cuidados com

o tratamento por receio que alguma coisa dê errado, mas M7 faz a escolha adequada dos alimentos na situação-problema proposta pelo JAT.

Nenhum comportamento surge simplesmente no organismo do indivíduo: um operante é sempre resultado de um processo de aprendizagem (Skinner, 1953). As crianças, possivelmente, aprenderam o manejo adequado dos cuidados com o diabetes, conforme indicam as respostas ao JAT, a partir da observação do comportamento materno (Catania, 1999). Entretanto, o comportamento de controle do diabetes não se mantém porque ele não é reforçado pela mãe. No lugar de reforço dessa resposta operante, a mãe age no lugar da criança o que pode estar fornecendo à criança o indicativo de que o que ela faz não está correto e, portanto, mantém a dependência das condutas maternas.

Durante a execução da atividade proposta de Lição de Casa, observou-se entre as mães do grupo de **controle glicêmico ruim** o predomínio de três comportamentos: a) dar ordens à criança, b) agir no lugar da criança e c) olhar na direção da criança. Nota-se que as mães desse grupo supervisionam o comportamento dos filhos, mas não permitem espaço para que a criança teste as contingências e construa seu repertório através de sua própria experiência. Antes que elas tenham a possibilidade de agir dessa forma, as mães já dizem como fazer determinada tarefa ou chegam até a fazer no lugar do filho. Assim, o comportamento materno apresenta-se sob controle das necessidades da própria mãe e não das necessidades da criança o que indica elevado grau de exigência em relação ao comportamento infantil (Leone de Souza, 2004).

Provavelmente, a expectativa dessas mães quanto ao comportamento infantil no controle do diabetes é muito alta. As mães não permitem a participação das crianças no manejo do diabetes, possivelmente, por receio de que essas expectativas não sejam correspondidas e acarretem o descontrole da glicemia. Entretanto, é recomendado que a

criança participe ativamente das atividades do tratamento já que isso possibilita o alcance do bom controle das glicemias (Zimmerman & Walker, 2002).

A ação no lugar da criança, pode acarretar prejuízos para o desenvolvimento infantil. A mensagem que os pais podem estar passando é de que a situação é muito séria e perigosa a ponto de que a criança não será capaz de lidar com ela sozinha. A resposta infantil ao comportamento paterno pode ser a insegurança e o fortalecimento da relação de dependência (Briggs, 2000).

O predomínio de condutas de exigência implica no excesso de imposição de regras e limites o que pode levar a criança a ter dificuldades para discriminar contingências e no desenvolvimento de condutas de independência. Conforme Leone de Souza (2004), a dimensão de exigência diz respeito às condutas paternas que implicam no controle do comportamento infantil, mas são determinadas pela necessidade dos pais e não dos filhos.

Quanto às mães do grupo de **bom controle glicêmico**, o comportamento predominante observado foi o de olhar na direção da criança. A conduta materna desse grupo aponta para a existência da supervisão materna dos comportamentos infantis, mas há espaço para que a criança experimente os resultados de seu próprio comportamento. O estabelecimento de regras para o comportamento da criança é importante porque descreve contingências sem que seja necessário vivenciá-las o que, muitas vezes, evita conseqüências aversivas (Catania, 1999). Além disso, estabelecer regras implica em colocar limites para as condutas infantis o que proporciona à criança segurança e proteção (Oliveira et al, 2002). Entretanto, é necessário que no processo de aprendizagem haja equilíbrio entre o controle por regras e a modelagem através das contingências. O comportamento excessivamente controlado pelas instruções não desenvolve boa leitura do ambiente e de seus reforços (Catania, 1999). Conforme Guedes (2001), o

comportamento sob o controle único de regras torna a pessoa dependente das regras a respeito de como agir e das contingências sociais. A experiência direta com o ambiente possibilita o desenvolvimento do repertório de autonomia e autocontrole.

As crianças do grupo de **controle glicêmico ruim**, apesar de mostrarem um bom domínio das regras determinadas pelo tratamento do diabetes, mostram-se dependentes em relação às mães e, na prática, não obedecem aos cuidados recomendados. Observa-se a falta de correspondência entre o que elas dizem e o que elas de fato fazem o que aponta para a possibilidade de que as crianças saibam o que fazer, mas não a razão para que aquilo seja feito.

No grupo de **bom controle glicêmico**, duas mães (M2, F1) apresentaram condutas predominantes de controle moderado e uma mãe (M5) apresentou condutas de alto controle. O controle do comportamento infantil pelas mães mostra-se eficiente. As respostas maternas ao QPM indicam que há a percepção do comportamento infantil em relação ao tratamento por parte das mães.

No caso das mães do grupo de **bom controle glicêmico**, as respostas ao QPM associadas aos resultados do exame de Hemoglobina Glicosilada indicam que, provavelmente, elas estabelecem as regras e limites necessários ao tratamento e atendem tanto às suas próprias necessidades, quanto às necessidades da criança. Além disso, deve haver disponibilidade de reforço para as condutas infantis já que o controle das glicemias é mantido.

No grupo de **bom controle glicêmico**, não houve predomínio de um padrão comportamental entre as crianças em resposta ao JAT: cada criança apresentou uma forma de conduta diferente. Já no grupo de **controle glicêmico ruim**, há predomínio do padrão comportamental de adesão parcial ao tratamento entre as crianças (F2, F5, M7). Observa-

se a partir da análise das respostas infantis que, nesse grupo, o comportamento das crianças não está sob controle nem das regras impostas pelo tratamento, nem daquelas determinadas pelas mães.

Traçando-se uma comparação entre os resultados obtidos pelo JAT nos dois grupos, observa-se que o comportamento da maioria das crianças não parece estar sob controle das regras impostas pelo tratamento, com exceção de F1. Quando o controle glicêmico é bom (M2 e M7), as crianças apresentam respostas que não correspondem com o que é indicado pelo exame de Hemoglobina e quando o controle glicêmico é ruim, as respostas infantis indicam o conhecimento das regras, mas não o cumprimento das mesmas. Este paradoxo leva ao questionamento se a educação em diabetes está sendo focada nos pais ou nas crianças. Talvez fosse necessário que os pais ficassem mais atentos em esclarecer as regras do tratamento para a criança e disponibilizar com mais frequência reforços que possam estimular o desenvolvimento da autonomia e do autocontrole infantil.

Para que um comportamento seja aprendido é necessário que as condutas próximas do resultado final sejam reforçadas até que se obtenha o objetivo esperado. É assim que uma criança desenvolve os repertórios desde os mais simples como andar, segurar objetos e mais tarde, falar, cantar, jogar, etc (Skinner, 1953). Em se tratando de comportamentos que têm início a partir da descrição das regras, é importante que o organismo possa ter contato com os reforçadores do ambiente para que o comportamento possa ser estabelecido e mantido (Castanheira, 2001), conforme já mencionado. Se o operante não tem a possibilidade de entrar em contato com o reforço do ambiente, ele não se mantém. É importante, portanto, que as mães estejam atentas às condutas das crianças em relação ao tratamento para que possam reforçá-las e corrigi-las, ajudando-as a buscar um controle glicêmico cada vez mais estável.

Em resposta à situação-problema relacionada à hipoglicemia, apenas duas crianças (F2 e M2) souberam o que fazer para cessar a ocorrência dos sintomas e fazer com que a glicemia voltasse ao normal. As outras crianças, no entanto, disseram que pedem para chamar as mães indicando uma relação de dependência. Além disso, as respostas infantis confirmam que elas estão sob controle das regras maternas e não do tratamento já que não sabem o que fazer em uma situação eventual, mas possível de ocorrer na rotina de um diabético.

É importante ressaltar o comportamento de uma criança do grupo em especial. F1 foi a única criança que apresentou condutas predominantes de adesão ao tratamento e sua mãe foi a que apresentou o menor número de condutas de alto controle em comparação com as outras mães. Observa-se que essa mãe obteve sucesso ao estimular as condutas de autonomia e autocontrole de F1. Na observação da interação mãe-filha durante a atividade proposta de Lição de Casa, foi possível notar que a mãe de F1 permite espaço para que a criança se comporte, para que ela tenha contato direto com as contingências o que auxilia na construção de um repertório comportamental que está sob controle tanto das regras quanto das contingências do tratamento. O comportamento da mãe de F1 mostra-se eficiente no estabelecimento de contingências para o desenvolvimento da filha em relação ao manejo do diabetes, F1 foi a criança que apresentou o resultado mais baixo de Hemoglobina Glicosilada entre as crianças da amostra.

## Capítulo VIII

### Conclusão

Como a presente pesquisa foi realizada com uma amostra pequena, os resultados aqui obtidos não podem ser generalizados para toda a população de crianças diabéticas e seus pais, mas foram encontrados resultados importantes a partir da avaliação das respostas das mães e seus filhos.

Conforme cita a literatura, a participação dos pais no manejo do tratamento da doença crônica é fundamental. Os resultados da pesquisa apontaram para o fato de que o comportamento das crianças não está sob controle das regras determinadas pelo tratamento do diabetes. As crianças do grupo de **bom controle glicêmico** respondem às regras estabelecidas pelas mães enquanto o comportamento das crianças do grupo de **controle glicêmico ruim** não está sob controle nem das regras maternas, nem das características do tratamento, apesar de apresentarem conhecimento das mesmas.

As crianças do grupo de **controle glicêmico ruim** apresentam comportamentos compatíveis com adesão ao tratamento, o que lhes dá a possibilidade de assumir algumas responsabilidades em relação aos cuidados com o diabetes, mas as respectivas mães não permitem que isso aconteça, reforçando o comportamento de dependência infantil.

As mães do grupo de **controle glicêmico ruim** apresentam dificuldades na observação do comportamento de seus filhos no manejo do diabetes, o que dificulta o desenvolvimento do repertório de autocontrole, além de não possibilitar a melhora do controle das glicemias.

Apenas duas mães mantiveram o mesmo padrão comportamental tanto no manejo dos cuidados com o diabetes quanto na realização da atividade cognitiva. As outras mães apresentaram comportamentos diferentes de acordo com a situação proposta indicando que a conduta materna está sob controle das contingências da doença o que está de acordo com os dados encontrados na literatura.

O comportamento das mães do grupo de **controle glicêmico ruim** responde exclusivamente às necessidades maternas.

O manejo das mães do grupo selecionado para o presente estudo exerce influência no padrão comportamental infantil de adesão ao tratamento. É necessário que a educação em diabetes seja voltada também para as crianças possibilitando que elas participem dos cuidados com o diabetes e não apenas obedeçam regras sem saber o que está sendo feito e porquê.

## Referências Bibliográficas

- Adams, C.D; Streisand, R.M; Zawacki, T. & Joseph, K.E (2002) Living with a chronic illness: a measure of social functioning for children and adolescents In **Journal of pediatric Psychology 27 (7)**
- Alvarenga, P. & Piccinini, C. (2000) Práticas educativas maternas e problemas de comportamento em pré-escolares **Psicologia: reflexão e crítica vol.14(3)** Porto Alegre,RS
- Arruda, P.M. & Zannon, C.M.L.C (2002) **Adesão ao tratamento pediátrico da doença crônica: evidenciando o desafio enfrentado pelo cuidador** Santo André, SP: Esetec Editores Associados
- Banaco, R.A e Martone, R.C (2001) Terapia comportamental de família: uma experiência de ensino e aprendizagem In Guilhardi, H.J; Madi, M.B.B.P; Queiroz, P.P e Scoz, M.C (org.) **Sobre comportamento e cognição: expondo a variabilidade** Santo André: SP, ESETec Editores Associados
- Barbarin,O.A; Whitten,C.F; Bond,S. & Warren,R.C (1999) The social and cultural context of coping with sickle cell disease **Journal of black psychology 25(3)**
- Baum. W.M (1999) **Comprender o behaviorismo: ciência, comportamento e cultura** Porto Alegre, RS: Artmed
- Baurimd,D (1966) Effects of authoritative parental control in child behavior **Child development, 37, 887-907**
- Briggs, D.C (2000) **A auto-estima de seu filho** São Paulo,SP: Martins Fontes
- Cameron, F.J (2003) The impact of diabetes on health-related quality of life in children and adolescents In **Pediatric Diabetes vol. (3)**

- Casas, S.M.H (2003) **Uma análise do comportamento de conversar entre mães e filhos: busca de uma prática mais efetiva** Dissertação de mestrado pela UFPR Curitiba:PR
- Catania, C.A (1999) **Aprendizagem: comportamento, linguagem e cognição** Porto Alegre, RS: Artmed editora
- Castanheira, S.S (2001) Autocontrole: a linguagem do cotidiano e a análise do comportamento In Wielenska, R.C (org) **Sobre Comportamento e Cognição – Questionando e ampliando a teoria e as intervenções clínicas e em outros contextos** Santo André, SP: ESETec Editores Associados
- Castanheira, S.S (2002) Regras e aprendizagem por contingência: sempre e em todo lugar In Guilhardi, H.J; Madi, M.B.B.P; Queiroz, P.P e Scoz, M.C (org) **Sobre Comportamento e Cognição – Expondo a variabilidade** Santo André, SP: ESETec Editores Associados
- Castro, E.K e Piccinini,C.A (2002) Implicações da doença crônica na infância para as relações familiares: algumas questões teóricas In **Psicologia:reflexão e crítica vol.15 (3)**
- Conte, F.C.S (2001) Promovendo a relação entre pais e filhos In Delitti, M.(org) **Sobre Comportamento e Cognição: a prática da análise do comportamento e da terapia cognitivo-comportamental** Santo André, SP: Esetec Editores associados
- Costa,F.T; Teixeira, M.A.P; Gomes,W.B. Responsividade e exigência: duas escalas para avaliar estilos parentais **Psicologia:reflexão e crítica 13(3)** Porto Alegre,RS
- Dell’Aglío, D.D e Hutz, C.S (2002) Estratégias de coping de crianças e adolescentes em eventos estressantes com pares e com adultos In **Psicologia USP vol.13 (2)**

Franco, D.R (2003) Diabetes Tipo 1 na criança – educar é o melhor tratamento In **BD Bom Dia – edição especial criança no. 67**

Gomes, M.B; Castro, S.H.; Garfinkel,T.; Fernandes,L.M.P; Cunha,E.F & Lobão,V.I (2001) **Controle glicêmico de pré-púberes e púberes com Diabetes Mellitus tipo 1 durante um ano de acompanhamento ambulatorial** Jornal de Pediatria 77(1) Rio de Janeiro,RJ

Gomide, P.I.C (2003) Estilos parentais e comportamento anti-social In Del Prette,A. e Del Prette, Z.A.P (org) **Habilidades sociais, desenvolvimento e aprendizagem** Campinas:SP, Editora Alínea

Goveia, G.R e Bruno, L. (2003) **Manual de contagem de carboidratos** São Paulo:SP, Aventis Pharma Ltda,

Goveia, G.R; Bruno, L. e Pascali, P.M (2003) **Contagem de carboidratos e monitorização – 101 respostas** São Paulo:SP, Preventa

Guedes, M.L (2001) O comportamento governado por regras na prática clínica: um início de reflexão In Banaco, R.A (org) **Sobre Comportamento e Cognição – Aspectos teóricos, metodológicos e de formação em análise do comportamento e terapia cognitivista** Santo André, SP: ESETec Editores Associados

Guillon, P. & Heller, D.C.L (2003) Relação entre crianças diabéticas e seus pais e as conseqüências no comportamento social infantil **Diabetes Clínica 7(1)** Atibaia,SP

Guimarães, S.S (1999) Psicologia da saúde e doenças crônicas In Kerbauy, R.R (org.) **Comportamento e saúde – explorando alternativas** Santo André:SP, ARBytes Editora

- Helena, M.G.V e Garanha,G.P (2003) Cuidando do emocional In **BD Bom Dia – especial crianças no. 67**
- Heller, D.C.L e Guillon, P. (2002) **A influência do autoconhecimento dos pais para a aquisição de repertório comportamental de crianças diabéticas** Monografia de Pós-graduação. Curitiba: Universidade Tuiuti do Paraná
- Heller, D.C.L e Guillon, P (2003) Apoio psicológico a famílias de diabéticos In Brandão, M.Z; Conte, F.C.S; Brandão, F.S; Ingberman, Y.K; Moura, C.B; Silva, V.M e Oliane, S.M (org) **Sobre comportamento e cognição: clínica, pesquisa e aplicação** Santo André: SP, ESETec Editores Associados
- Hübner, M.M.C (2002) A importância da participação dos pais no desempenho escolar dos filhos: ajudando sem atrapalhar In Brandão, M.Z.S; Conte, F.C.S e Mezzaroba, S.M.B (org.) **Comportamento humano: tudo (ou quase tudo) que você gostaria de saber para viver melhor** Santo André:SP, ESETec Editores Associados
- Ingberman, Y.K (2001) Terapia comportamental com famílias In Delitti, M. (org) **Sobre comportamento e cognição – A prática da análise do comportamento e da terapia cognitivo-comportamental** Santo André: SP, ESETec Editores Associados
- Lemanek, K.L; Kamps,J. e Chung, N.B (2001) Empirically supported treatments in pediatric psychology: regimen adherence In **Journal of pediatric psychology vol.26 (5)**
- Leone de Souza, E.M (2004) **Condutas de adesão ao tratamento da asma e práticas parentais** Dissertação de mestrado. Curitiba: PR, UFPR
- Lima, R.M.C.S e Enumo, S.R.F (2001) Encaminhamento genético e seus estressores segundo pais de crianças com suspeita de fibrose cística In **Revista brasileira de terapia comportamental e cognitiva vol.3 (1)**

- Löhr, S.S (1998) **Crianças com câncer: discutindo a intervenção psicológica** Tese de Doutorado São Paulo: SP, USP
- Löhr, S.S (1999) Orientação de pais, algumas propostas: um modelo de intervenção com pais de crianças com câncer In Kerbauy,R.R e Wielenska,R.C (org.) **Sobre comportamento e cognição – Psicologia comportamental e cognitiva:da reflexão teórica à diversidade na aplicação** Santo André:SP, ESE Tec Editores Associados
- Lopes, D.P.L.O e Valle, E.R.M (2001) A organização familiar e o acontecer do tratamento da criança com câncer In Valle, E.R.M (org.) **Psico-oncologia pediátrica** São Paulo: SP, Casa do Psicólogo
- Lordelo, E.R (2000) Responsividade do ambiente de desenvolvimento: crenças e práticas como sistema cultural de criação de filhos **Psicologia: reflexão e crítica vol.13(1)** Porto alegre, RS
- Loyola e Silva, A. (2003) **Análise do efeito de um programa de atendimento para pais sobre a responsabilidade parental** Dissertação de mestrado Curitiba: PR, UFPR
- Lundin, R.W (1972) **Personalidade – uma análise do comportamento** São Paulo:SP, EPU
- Maccoby, E. & Martin, J. (1983) Socialization in the context of the family: parent – child interation In E.M. Hetherington (org.); P.H. Mussen (org. série) **Handbook of child psychology Vol.4 Socialization personality and social debelopment.** 4a. Ed., pp. 1-101. New York, Wiley
- Maldonado, M.T (1997) **Comunicação entre pais e filhos** São Paulo,SP: Editora Saraiva
- Malerbi, F.E.K (2001) Discriminação por pacientes diabéticos de estados glicêmicos In Zamignani, D.R (org) **Sobre Comportamento e Cognição: a aplicação da análise**

**do comportamento e da terapia cognitivo-comportamental no hospital geral e nos transtornos psiquiátricos vol.3** Santo André,SP: Esetec editores associados

Martin,M.T; Kitzmann,K.M; Johnson,S.M; Emery,R.E (1998) Parent-child relationships and insulin-dependent Diabetes mellitus: observational ratings of clinically relevant dimensions **Journal of family psychology 12 (1)**

Mellinger,D.C (2003) Preparing students with diabetes for life at college In **Diabetes Care vol.26 (9)**

Menegatti, C.L (2002) **Estilos parentais e depressão infantil** Dissertação de mestrado Curitiba: PR, UFPR

Miyazaki, M.C.O.S e Silvaes, E.F.M. (2001) Psicologia da saúde em hospital escola: extensão de serviços à comunidade acadêmica In Marinho, M.L. e Caballo, V.E **Psicologia Clínica e da Saúde** Londrina,PR: ATUalidade Acadêmica

Monteiro, J.B.R; Mendonça, D.R.B; Goveia, G.R; Bruno, L.; Merino, M. e Sachs,A (2003) **Manual oficial de contagem de carboidratos da Sociedade Brasileira de Diabetes** Rio de Janeiro:RJ, Diagraphic editora

Negrato, C.A (2001) **Diabetes:educação em saúde** Bauru,SP: Edusc Editora da Universidade do Sagrado Coração

Netto, A.P (2003) **A importância clínica da hemoglobina glicosilada (A1C) para a avaliação do controle glicêmico em pacientes diabéticos** São Paulo:SP, Aventis Pharma Ltda.

Niclewicz, E.D.A (2000) **Diabetes: a epidemia do 3º. Milênio** palestra ministrada no Hospital do Coração de Curitiba Curitiba:PR

- Nico, Y.C (2001) O que é autocontrole, tomada de decisão e solução de problemas na perspectiva de B.F. Skinner In Guilhardi, H.J; Madi, M.B.B.P; Queiroz, P.P e Scoz, M.C. (org) **Sobre Comportamento e Cognição – Expondo a variabilidade** Santo André: SP, ESETEC Editores Associados
- Nolte, D.L & Harris, R. (2003) **As crianças aprendem o que vivenciam – o poder do exemplo dos pais na educação dos filhos** Rio de Janeiro: RJ, Editora Sextante
- Novak, G. (1996) **Developmental Psychology: dynamical system and behavior analysis** Context Press: Reno
- Oliveira, S.C; Neves, M.E.C; Silva, F.M e Robert,M.A (2002) **Compreendendo seu filho – uma análise do comportamento da criança** Belém: PA, Editora Paka-tatu
- Patterson, G.; Reid,J & Dishion,T. (2002) **Antisocial boys: comportamento anti-social** Santo André,SP: Esetec editores associados
- Piccinini,C.A; Castro,E.K; Alvarenga,P.; Vargas,S. e Oliveira, V.Z (2003) A doença crônica orgânica na infância e as práticas educativas maternas In **Estudo de Psicologia vol.8 (1)** Natal:RN
- Reppold,C.T.; Pacheco,J.; Bardagi,M. & Hutz,C.S (2002) Prevenção de problemas de comportamento e o desenvolvimento de competências psicossociais em crianças e adolescentes:uma análise das práticas educativas e dos estilos parentais In Hutz,C.S. (org) **Situações de risco e vulnerabilidade na infância e na adolescência: aspectos teóricos e estratégias de intervenção** São Paulo,SP: Casa do Psicólogo
- Rocha, M.M e Brandão, M.Z.S (2001) A importância do autoconhecimento dos pais na análise e modificação de suas interações com os filhos In Delitti,M. (org) **Sobre comportamento e cognição – A prática da análise do comportamento e da terapia cognitivo-comportamental** Santo André: SP, ESETEC Editores Associados

- Rolland, J.S (1995) Doença crônica e o ciclo de vida familiar In Carter, B. e McGoldrick, M. (org) **As mudanças no ciclo de vida familiar – uma estrutura para a terapia familiar** Porto Alegre, RS: Artes Médicas
- Sidman, M (1989) **Coerção e suas implicações** Campinas, SP: Editora Livro Pleno
- Skinner, B.F (1953) **Ciência e Comportamento Humano** São Paulo, SP: Martins Fontes
- \_\_\_\_\_. (1974) **Sobre o Behaviorismo**. Tradução de Maria da Penha Villalobos. São Paulo: Cultrix.
- \_\_\_\_\_. (1978). **O comportamento verbal**. Tradução de Maria da Penha Villalobos. São Paulo: Cultrix.
- Sullivan-Bolyai, S.; Knafl, K.; Deatrick, J. & Grey, M.(2003) Maternal management behaviors for your children with tipe 1 Diabetes In **MCN, the american journal of maternal/child nursing 28(3)**
- Thompson, R.J. & Gustafson, K.E (1996) **Adaptation to chronic childhood illness**. Washington: APA
- Vieira, M.A & Lima, R.A.G (2002) Crianças e adolescentes com doença crônica: convivendo com mudanças In **Revista latino-americana de enfermagem vol.10 (4)**
- Viggiano, C.E (2003) Uma abordagem sobre o diabetes In **Revista Racine 72** São Paulo: SP
- Whittemore, R.; Kanner, S.; Singleton, S.; Hamrin, V.; Chiu, J. e Grey, M. (2002) Correlates of depressive symptoms in adolescents type 1 diabetes In **Pediatric Diabetes 3(3)**

Zagury, L (2001) A importância de aprender In **BD Bom Dia no. 63**

Zagury,L. & Zagury T.(1985) **Diabetes sem medo:orientação para diabéticos e seus familiares** Rio de Janeiro,RJ: Ed. Rocco

Zanetti, M.L; Mendes, I.A.C e Ribeiro, K.P (2001) O desafio para o controle domiciliar em crianças e adolescentes diabéticas tipo 1 In **Revista latino-americana de enfermagem 9(4)** Ribeirão Preto: SP

Zimmerman,B.R & Walker,E.A (2002) **Guia completo sobre Diabetes** Rio de Janeiro,RJ: Ed. Anima

## **ANEXOS**

## **Anexo 1:**

### **1A) Jogo de Adesão ao Tratamento**

Nome:.....

...

Idade:.....

Data:.....

Nas situações que estão descritas abaixo, organize os cartões de acordo com o que você faria se estivesse nessa situação.

1) O que você faz primeiro quando acorda? Coloque os cartões na ordem de como você faz normalmente depois de acordar.

Seqüência: .....

2) O que você faz quando a sua mãe manda você guardar o pacote de bolachas porque já ultrapassou as suas escolhas de carboidrato?

Quadrinho escolhido: (2) (3) (4) (5)

3) Vamos imaginar que você não está se sentindo bem e está com os sinais de Hipoglicemia, o que você faz?

Seqüência: .....

4) Vamos imaginar que estamos montando a sua refeição para o almoço, o que você vai escolher?

Seqüência: .....

5) O que você faz quando a sua mãe pergunta se você já tomou a insulina?

Quadrinho escolhido: (D) (C) (G)

6) Que tipo de atividade física você faz?

Quadrinho escolhido: (A) (B) (C) (D) (E)

### 1C) Crivo de Correção do JAT

Situações-problema relacionadas à rotina da criança

Questão 1: O que a criança faz quando acorda

F = Teste de Glicemia

P = Aplicação de Insulina

M = Café-da-manhã

<b>Seqüência escolhida</b>	<b>Comportamento</b>	<b>Pontuação</b>
FPM	Compatível com o tratamento	3 pontos
FMP PMF MFP	Aceitável	2 pontos
PMF MPF	Menos compatível com o tratamento	1 ponto

Questão 4: Escolha da alimentação

<b>Escolha dos alimentos</b>	<b>Comportamento</b>	<b>Pontuação</b>
Dieta rica em carboidratos	Menos compatível com o tratamento	1 ponto
Dieta rica em proteína ou outra qualidade diferente de carboidrato	Aceitável	2 pontos
Escolha adequada dos alimentos	Compatível com o tratamento	3 pontos

Questão 6: Atividade Física

<b>Respostas</b>	<b>Comportamentos</b>	<b>Pontuação</b>
Prática regular	Compatível com o tratamento	3 pontos
Relata duas atividades físicas, mas sem prática regular	Aceitável	2 pontos
Não pratica atividade	Menos compatível com o tratamento	1 ponto

Situação-problema eventual:

Questão 3: Manejo da hipoglicemia

<b>Alternativa</b>	<b>Comportamentos</b>	<b>Pontuação</b>
E	Come uma escolha de carboidratos	0.5
L	Pede para ligarem para mãe buscá-lo	0.25

B	Aviso minha professora	0.5
H	Espero os sintomas passarem	0
O	Como uma barra de chocolate grande inteira	0
R	Como um monte de balas	0
U	Vou comendo doce até eu me sentir melhor	0

### 3C) Crivo de avaliação das condutas maternas na tarefa Lição de Casa

Os comportamentos observados durante a interação mãe e filho durante a realização da tarefa Lição de Casa, foram classificados da seguinte forma:

1) Comportamentos de baixo controle:

- Olhar na direção da criança
- Auxiliar a criança
- Outros comportamentos

2) Comportamentos de alto controle:

- Corrigir a criança
- Dar ordens
- Agir no lugar da criança

Classificação da conduta materna:

- 1) Baixo Controle => maior número de comportamentos de baixo controle e menor número de comportamentos de alto controle;
- 2) Alto Controle => maior número de comportamentos de alto controle e menor número de comportamentos de baixo controle.

