

CENTRO UNIVERSITÁRIO UNIFACIG

**TRANSTORNOS EMOCIONAIS EM PACIENTES PEDIÁTRICOS COM
DIABETES MELLITUS**

Ana Clara Duarte Grafanassi

Manhuaçu / Minas Gerais
2022

ANA CLARA DUARTE GRAFANASSI

**TRANSTORNOS EMOCIONAIS EM PACIENTES PEDIÁTRICOS COM
DIABETES MELLITUS**

Trabalho de Conclusão de Curso
apresentado no Curso Superior de
Medicina do Centro Universitário
UNIFACIG, como requisito parcial à
obtenção do título de Médico.

Orientadora: Prof. Emanuele G.
Dutra Costa.

Manhuaçu / Minas Gerais
2022

**TRANSTORNOS EMOCIONAIS EM PACIENTES PEDIÁTRICOS COM
DIABETES MELLITUS**

Ana Clara Duarte Grafanassi

Emanuelle Gama Dutra Costa

Curso: Medicina Período:11º Área de Pesquisa: Pediatria

RESUMO: O *Diabetes Mellitus* (DM) é uma das endocrinopatias crônicas mais prevalentes na infância. Estima-se que cerca de 200 crianças desenvolvem a doença em cada dia. A patologia em questão é caracterizada por hiperglicemia decorrente de um distúrbio na secreção ou na ação da insulina. O tratamento envolve modificações permanentes nos hábitos de vida, de modo que, não raro, a doença é vista por crianças diagnosticadas com diabetes como uma doença limitante e desafiadora. Nesse contexto, realizou-se uma revisão bibliográfica, sendo a presente pesquisa de fonte secundária, de caráter exploratório e de estratégia qualitativa, a qual analisou materiais relacionados ao tema, com o objetivo de aprofundar o conhecimento científico sobre a referida patologia e sua repercussão no aspecto emocional de crianças e adolescentes. A partir de tal pesquisa concluiu-se que compreender as experiências e perspectivas de vida e os sentimentos das crianças e dos adolescentes diabéticos são fundamentais para prestar uma melhor e mais eficaz assistência e aumentar a qualidade de vida desses pacientes.

Palavras-chave: *Diabetes Mellitus*; Pediatria; Aspectos emocionais; Qualidade de Vida.

ABSTRACT:

Diabetes Mellitus (DM) is one of the most prevalent chronic endocrinopathies in childhood. It is estimated that about 200 children develop the disease each day. The pathology in question is characterized by hyperglycemia resulting from a disturbance in the secretion or action of insulin. The treatment involves permanent changes in life habits, so that, not infrequently, the disease is seen by children diagnosed with diabetes as a limiting and challenging disease. In this context, a bibliographic review was carried out, the present research being a secondary source, of an exploratory nature and of a qualitative strategy, which analyzed materials related to the theme, with the objective of deepening the scientific knowledge about this pathology and its repercussion in the aspect emotions of children and adolescents. From this research, it was concluded that understanding the experiences and perspectives of life and the feelings of children and adolescents with diabetes are essential to provide better and more effective care and increase the quality of life of these patients.

1. INTRODUÇÃO

O *Diabetes Mellitus* (DM) é considerada uma das Doenças Crônicas não Transmissíveis mais prevalentes na infância, tornando-se um grande desafio para a saúde pública, uma vez que possui elevada morbimortalidade e tem acometido um número cada vez maior de pessoas. Segundo o Ministério da

Saúde, calcula-se que em 2025 possam existir cerca de 11 milhões de diabéticos no País (BRASIL, 2019).

Por se tratar de uma doença crônica e incurável, o DM requer uma incorporação permanente de novos hábitos. O portador dessa patologia necessita aderir a esquemas terapêuticos restritos, tais como: monitorização de glicemia, aplicação regular de insulina, atividades físicas diárias, entre outras terapêuticas que são fundamentais para evitar complicações e agudizações da doença em questão (FRAGOSO *et al.*, 2010).

Ocorre que a necessidade de adoção de novos hábitos nem sempre é incorporada com facilidade pelo paciente diabético e por seus familiares, principalmente por crianças e adolescentes, que, por vezes, veem a nova doença como um grande desafio (NOVATO; GROSSI, 2010). As mudanças e limitações impostas podem provocar, dentre outros sentimentos, medo, ansiedade, negação, frustração, culpa, depressão.

Verifica-se, portanto, que o DM e o emocional estão intimamente ligados, sendo de conhecimento da área médica que pessoas diabéticas são, inclusive, mais propensas a desencadear transtornos emocionais do que a população geral (MOREIRA *et al.*, 2003).

Dessa forma, o objetivo do presente artigo é elucidar como o DM pode repercutir no aspecto socioemocional de crianças e adolescentes, especificamente. Por meio de uma revisão bibliográfica, buscar-se-á entender o impacto que essa patologia tem na saúde mental desses pacientes e de seus familiares, além de demonstrar a importância do suporte do profissional de saúde nesse contexto.

E, ainda, pensando-se no aumento de casos atuais de crianças com DM e na drástica mudança do estilo de vida que esses pacientes e seus familiares devem incluir rotineiramente, o presente trabalho justifica-se pela necessidade de conhecimento do estado emocional da criança e do adolescente e a relação destes com a doença em questão. Dessa maneira, compreender as consequências do DM sobre esse aspecto possibilita a promoção da saúde mental desses pacientes, melhorando, por conseguinte, a qualidade de vida dos portadores dessa patologia.

2. METODOLOGIA

Para a elaboração do presente artigo foi realizada a revisão bibliográfica de materiais que consideraram os aspectos emocionais vivenciados pelas crianças diabéticas e seus familiares.

Quanto à seleção do material pesquisado, foram feitas pesquisas através de acesso aos bancos de dados *online* como *Scientific Electronic Library Online* (SCIELO); *Google acadêmico*; *Pub Med*; sites de Sociedades Médicas Brasileiras; consultas em livros, teses, artigos e diretrizes, extraídos de sites de órgãos oficiais da internet.

Na pesquisa qualitativa-exploratória os artigos referenciados foram selecionados com o uso das palavras-chave: Diabetes, aspectos emocionais, pediatria e qualidade de vida. Assim, foram explorados artigos publicados nos últimos anos, disponibilizados na íntegra e que possuísem, de preferência, idiomas em português e inglês.

Nessa perspectiva, foram revisados 20 artigos que contemplaram os critérios de escolha previamente propostos e excluídos aqueles que não atenderam às especificações adotadas. Essa revisão buscou incluir evidências de pesquisas psicossociais em crianças e adolescentes com DM.

3. DISCUSSÃO DE RESULTADOS

O Diabetes Mellitus (DM) é uma das Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) mais prevalentes na infância. Atualmente são estimados cinco milhões de diabéticos no Brasil, sendo que cerca de 300 mil destes são menores de 15 anos. Segundo o IBGE, as Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) constituem um grande problema de saúde pública e são responsáveis pela maioria das causas de morte no Brasil.

O DM é uma síndrome crônica endócrino-metabólica caracterizada por hiperglicemia decorrente de um distúrbio na secreção ou na ação da insulina e é classificada de acordo com o seu distúrbio glicêmico. O DM tipo 1 (DM1) resulta da destruição das células beta pancreáticas que, geralmente, ocorre devido a um processo autoimune, subdividindo-se em DM tipo 1A e DM tipo 1B dependendo da presença dos auto anticorpos circulantes. A destruição das células pancreáticas na DM1 ocasiona uma deficiência absoluta do hormônio insulínico e acomete predominantemente crianças e adolescentes (FIGUEIREDO, 2019).

O DM tipo 2, é uma doença poligênica, de herança familiar, possuindo forte associação com fatores ambientais - hábitos dietéticos, inatividade física, obesidade - levando à perpetuação da hiperglicemia devido à hiperglucagonemia, resistência à ação da insulina, ao aumento da produção hepática de glicose, entre outros motivos. Segundo a Sociedade Brasileira de Diabetes, em pelo menos 80% dos casos, o DM 2 associa-se ao excesso de peso e à síndrome metabólica.

A síndrome em questão pode ser diagnosticada utilizando os valores da glicemia plasmática em jejum, glicemia após 2h do teste oral de tolerância à glicose (TOTG) ou o valor da hemoglobina glicada (HbA1c), esta corresponde à fração glicosilada da hemoglobina, revelando um valor médio das glicemias durante o período, a um período de 2 a 3 meses (SIMIONATO *et al.*, 2018).

A confirmação diagnóstica se dá pela comprovação laboratorial feita com uma glicemia ao acaso maior do que 200 miligramas por decilitro (mg/dL) na presença de sintomas clássicos de hiperglicemia ou, diante da glicose plasmática em jejum de pelo menos oito horas maior ou igual a 126 mg/dL em duas ocasiões, ou com valor de HbA1c maior ou igual a 6,5% em duas ocasiões, ou glicemia de 2 horas pós-sobrecarga ≥ 200 mg/dL, conforme mostra na tabela 1 (FIGUEIREDO, 2019).

Tabela 1- Critério diagnóstico para DM

Exame	Normal	Pré-diabetes	Diabetes
Glicemia de jejum (mg/dL)	< 100	100 a 125	≥ 126
Glicemia 2 horas após TOTG com 75 g de glicose (mg/dL)	< 140	140 a 199	≥ 200
Hemoglobina glicada (%)	< 5,7	5,7 a 6,4	$\geq 6,5$

TOTG: teste oral de tolerância à glicose.

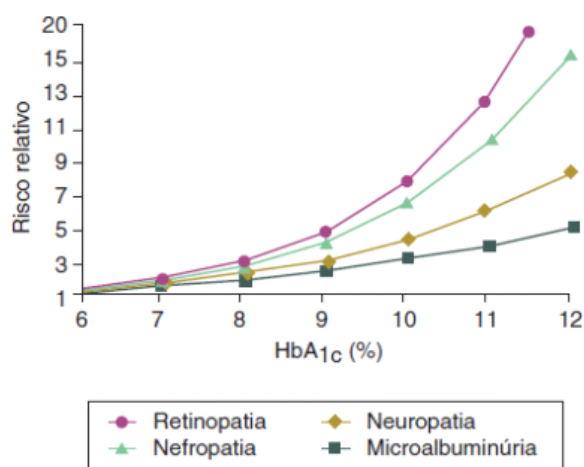
Fonte: Sociedade Brasileira de Diabetes, 2019.

As principais manifestações clínicas dessa síndrome são decorrentes da concentração sérica alta de glicose. Quando a concentração aumenta, os rins excretam mais água para diluir a grande quantidade de glicose perdida, dessa forma o indivíduo com diabetes elimina volumes de urina grandes (poliúria), levando a uma sede excessiva (polidipsia). Devido às perdas calóricas pela urina, há um mecanismo compensatório fisiológico em gerar fome (polifagia). (LUCENA, 2007)

Devido à deficiência de insulina, uma das consequências agudas da DM em pacientes sem adesão ao tratamento é a ocorrência de cetoacidose diabética. Essa condição é causada pelo excesso de corpos cetônicos no sangue levando a hiperglicemia, cetonemia, cetonúria e, até, a acidose metabólica. Para tanto, o uso de insulina torna-se, muitas vezes, a base do tratamento. A utilização dessa terapia juntamente a atividades físicas regulares e dieta com restrições alimentares são capazes de controlar o índice glicêmico e de prevenir consequências da doença, dentre elas: retinopatia, neuropatia, doença cardiovascular, nefropatia e ulceração em pés (VILAR, 2016).

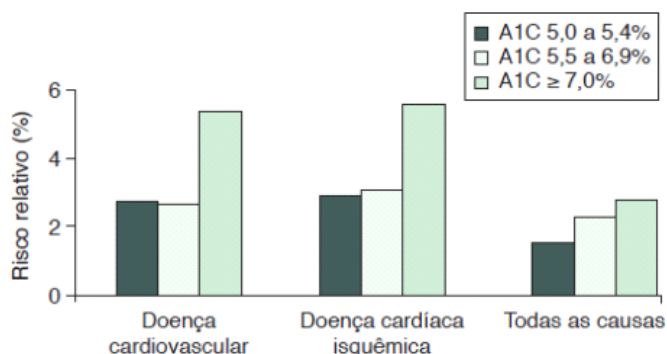
A Associação Americana de Diabetes (ADA) recomenda como meta para adultos $HbA_{1c} < 7\%$. Isso porque valores de HbA_{1c} maiores do que determinado estão diretamente associados a riscos elevados de complicações micro e macrovasculares, como demonstrado nos gráficos a seguir: (AMERICAN DIABETES ASSOCIATION, 2017).

Gráfico 1 - Relação entre complicações microvasculares e nível de HbA_{1c} .



Fonte: VILAR, 2016.

Gráfico 2 - Relação entre complicações macrovasculares e níveis de HbA_{1c} .



Fonte: VILAR, 2016.

Para crianças e adolescentes com DM a meta de controle glicêmico é mais flexível, conforme mostra a tabela a seguir:

TABELA 2- Metas de valores glicêmicos de acordo com a faixa etária.

Valores por faixa etária	Glicemia pré-prandial (mg/dl)	Glicemia ao deitar/à noite (mg/dl)	HbA1C (%)
Lactentes e pré-escolares (0 a 6 anos)	100 – 180	110 – 200	<8,5%
Escolares (6 a 12 anos)	90 – 180	100 – 180	<8%
Adolescentes e adultos jovens (13 a 19 anos)	90 – 130	90 – 150	<7,5%

Fonte: American Diabetes Association, 2013.

O tratamento com insulinoterapia objetiva possibilitar um controle metabólico mais próximo da normalidade, entretanto o seu uso pode gerar alguns efeitos colaterais como: hipoglicemia, ganho de peso e reação alérgica no local da injeção. Além disso, a fim de contribuir com o tratamento e evitar o descontrole glicêmico - que se relaciona com o período alimentar, com a atividade física, com a dose da medicação, entre outros - é de suma importância que o portador de DM1 faça um automonitoramento glicêmico para que, através dele, o médico faça as mudanças necessárias no esquema insulínico (VILAR, 2016).

Diante do exposto acima é notório o quanto as DCNT causam grande impacto na qualidade de vida dos seus portadores, isso porque são doenças que não possuem tratamento que levam a cura, entretanto demandam mudanças e cuidados permanentes, impactando, também, no psicológico do indivíduo com doença crônica (SOUTO, 2020).

Nos últimos anos, tem-se observado um aumento crescente na prevalência do DM em crianças e adolescentes. O diagnóstico de diabetes na infância, bem como as limitações impostas pela doença provocam, muitas

vezes, sentimentos negativos nos indivíduos com essa patologia. Crianças e adolescentes comumente referem-se ao diagnóstico de DM com sentimento de revolta, dor e negação. Dessa forma, ressalta-se a importância do olhar abrangente para esses pacientes (GOMES *et al.*, 2016).

Em um dos artigos referenciados, de autoria de NASCIMENTO *et al.*, (2010) foram evidenciados os fatores que influenciam no manejo adequado do DM na perspectiva da criança diabética. Como fatores dificultadores, algumas crianças ressaltaram: o desconhecimento da doença; a privação de alimentos; o medo da autoaplicação de insulina; conflitos familiares; o interrompimento de atividades diárias para lidar com a patologia; o medo de ser julgado pelos amigos. Já como fatores facilitadores, foram apontados: o conhecimento e a aceitação da doença por parte da criança; o auxílio na autoaplicação da insulina; o apoio de familiares e de amigos, entre outros;

Dessa forma, fica claro que o manejo dessa doença se torna um desafio para a própria criança e para seus familiares (NASCIMENTO *et al.*, 2010).

Quadro 1 - Fatores que influenciam no manejo da DM tipo 1 na perspectiva da criança.

Fatores que interferem no manejo do DM Tipo 1, na perspectiva da criança		
Categorias	Facilitam	Dificultam
Viver com diabetes	Valorizar a experiência da criança; conhecer, enfrentar e aceitar a doença; crenças e sentimentos positivos.	Desconhecer a doença; enfrentar como uma <i>luta diária</i> ; preconceitos; isolamento.
Autocuidado e perfil glicêmico	Valores glicêmicos dentro da normalidade; auxílio para autoaplicação e decisão para escolha dos alimentos.	Privação de alimentos; interrupção de atividades para lidar com demandas da doença; medo e deficiência na técnica de autoaplicação; recursos insuficientes.
Família, amigos e profissionais de saúde	Apoio familiar, de amigos e profissionais; envolvimento familiar; vínculo e valorização da criança; equipe multiprofissional.	Falta de apoio dos pais; conflitos familiares e ambientes estressantes; dificuldades de relacionamento com amigos.
Papel da escola	Apoio dos amigos; local adequado para armazenar materiais; informações aos amigos e professores; visitas escolares por profissionais de saúde; atividades educativas.	Local inadequado para o autocuidado; interrupção de atividades escolares; cantinas inadequadas; falta de conhecimento; indiferença da equipe escolar; inflexibilidade de regras escolares; medo de ser julgado pelos amigos; <i>bullying</i>

Fonte: NASCIMENTO *et al.*, 2010.

Nesse mesmo artigo, mostrou-se a dificuldade que a criança sofre pelas demandas de uma patologia crônica, enfatizando o abalo emocional vivenciado por ela desde o momento do diagnóstico. É importante ressaltar que a infância e a adolescência já são fases marcadas por mudanças físicas, emocionais e sociais. Crianças e adolescentes com alguma patologia crônica enfrentam ainda uma mudança nos hábitos cotidianos, sentindo-se limitadas pelas

restrições impostas pela doença. No caso da DM, essas limitações/ mudanças são, entre outras: a insulinoaterapia, dietoterapia, práticas de atividade física, auto monitoramento glicêmico (DAMIÃO; DIAS; FABRI, 2010).

A vivência dessas mudanças leva a vulnerabilidade dessas crianças e adolescentes, desencadeando uma perda de identidade, muitas vezes acompanhada de negação da doença. Com efeito, o diagnóstico de DM pode gerar repercussões emocionais importantes, podendo causar concomitantemente ao diagnóstico um transtorno emocional na infância (BRITO; SADALA, 2009).

Para GEED a doença pode interferir a qualidade de vida:

Dependendo de como a doença se manifesta e do significado que ela (a doença) tem na fantasia do paciente, pode atingir o seu “eu”, a sua autoestima, a qualidade de vida, a capacidade de amar, de ter esperanças, as possibilidades e qualidades de relações pessoais. A doença, seja ela sofrida ou implicando em mudanças no estilo de vida, nunca é bem recebida. Mesmo os que parecem mais adaptados têm uma dose de revolta por trás de sua tolerância, porque ninguém quer ficar doente (GEED,2000, p.43-44).

A presença da patologia em questão pode acarretar maiores dificuldades no enfrentamento de situações típicas da infância e na adolescência. Transtornos como a ansiedade e a depressão podem surgir como associação entre a vulnerabilidade da criança e do adolescente e as características próprias da doença (GOELZER, 2011).

A depressão é um dos transtornos mentais mais comuns na população mundial, apesar disso menos da metade dos doentes deprimidos recebem tratamento adequado. Sua maior complicação é o suicídio, originando a perda de mais de 800.000 vidas por ano. A característica dessa patologia é a presença de humor triste ou irritável, acompanhado de alterações somáticas que afetam significativamente a capacidade de funcionamento do indivíduo (ROQUE, 2017).

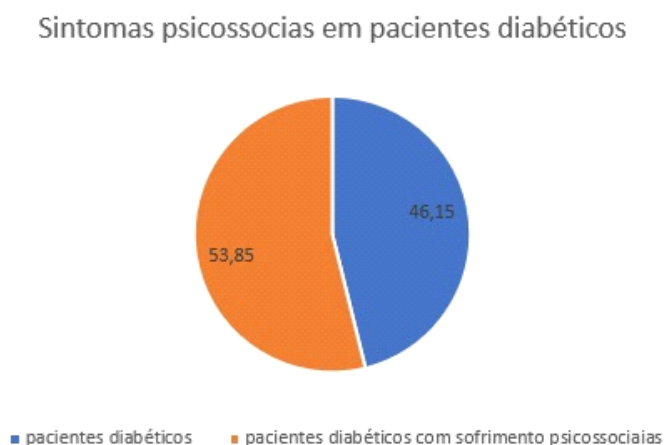
A ansiedade é caracterizada por um sentimento desagradável de medo, apreensão, tensão e desconforto devido à antecipação de um perigo ou de algo desconhecido e estranho, tornando-se patológicos quando ocorre de forma

exacerbada e sem qualquer situação real que a desencadeia (CASTILLO et al., 2000).

É importante destacar que a doença modifica o indivíduo em sua identidade, hábitos e vivências sociais, de modo que crianças e adolescentes com DM que possuem limitações na sua vida cotidiana são mais propícias a desenvolver sintomas depressivos e ansiosos (SOUTO, 2020).

Dito isso, em um estudo observacional realizado por CHATTERJEE *et al.*, 2020, determinou-se a prevalência de morbidade psicossocial em pacientes pediátricos com DM tipo 1 e os fatores relacionados a esse transtorno. Nele foram avaliados 39 pacientes diabéticos de 6 a 16 anos no Departamento de Endocrinologia. Dos pacientes incluídos no estudo, 53,85% apresentaram algum sofrimento psicossocial. Desses pacientes com sintomas psíquicos, 32,40% apresentavam transtorno ansioso, 27,46% possuíam sintoma depressivo e 40,14 % tinham outros transtornos. Esses resultados estão representados no gráfico 2 e no gráfico 3, os quais demonstram essa prevalência visualmente (CHATTERJEE *et al.*, 2020).

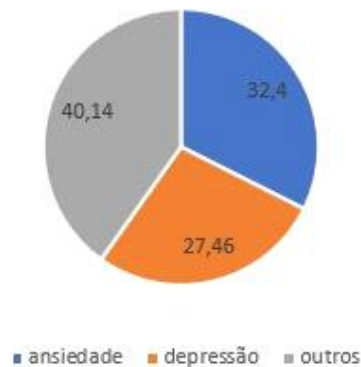
Gráfico 2 – Porcentagem de sintomas psicossociais em pacientes com diabetes tipo 1 < 17 anos.



Fonte: Gráfico criado pelo autor do presente artigo

Gráfico 3 - Porcentagem de ansiedade e depressão em pacientes com sintomas psicossociais.

Ansiedade e depressão em pacientes diabéticos com sintomas psicossociais



Fonte: Gráfico criado pelo autor do presente artigo

Em outro estudo realizado por NGUYEN *et al.*, (2021), avaliou-se a prevalência de transtornos de ansiedade e de humor em 171 adolescentes com idades entre 12 e 18 anos portadores de diabetes tipo 1, correlacionando esses transtornos com sintomas de gravidade. Verificou-se que a terapia com insulina e o monitoramento menos frequente da glicemia foram associados ao maior nível de ansiedade e que o baixo controle glicêmico estava ligado ao aumento de sintomas depressivos (NGUYEN *et al.*, 2021).

Nesse sentido, é possível inferir que a prevalência de sintomas psíquicos nos pacientes diabéticos está diretamente relacionada à piora do enfrentamento da doença. A presença de transtorno ansioso e depressivo em crianças e adolescentes alteram o curso da doença negativamente, diminuindo comportamentos de autocuidado, prejudicando a adesão ao tratamento e gerando aumento do número de complicações da patologia em questão (MOREIRA *et al.*, 2003).

Ademais, o diagnóstico de DM é motivo de ansiedade no núcleo familiar. A vida da família também passa por modificações, sendo, muitas vezes, regida pela doença em si. Para Sousa, Tânia Vanessa Gomes, os cuidadores de crianças diabéticas, em especial seus familiares, são mais vulneráveis a desenvolverem sintomas psicopatológicos como ansiedade, depressão e estresse, porque a tarefa de cuidar do outro pode exigir tempo e responsabilidades que sobrecarregam o cuidador, interferindo no seu bem-estar físico e mental. (SOUSA, 2020)

Segundo FRAGOSO *et al*, 2010 a família tem o papel fundamental em auxiliar e cobrar ações de autocuidado. Em um dos depoimentos dos jovens que participaram desse estudo destaca-se a percepção cooperação e importância do familiar no tratamento da doença:

É um pouco difícil, a pessoa é muito cobrada pelos familiares, e eles, às vezes [...] não entendem [...] o que realmente a gente sente porque é uma coisa muito difícil, é uma transformação muito difícil na nossa vida e às vezes as pessoas tem muitas barreiras, mas eles, às vezes, não entendem. Mas nós sabemos que essa preocupação deles é pro nosso bem eles estão sempre querendo melhorar, sempre nos ajudando e as vezes nós é que não seguimos o que deve ser feito, nós não cumprimos a nossa tarefa e eles tem que cobrar, é obrigação deles, mas às vezes a gente leva como se fosse uma forma de implicar com a gente, mas com certeza eles fazem isso para o nosso bem (Rute).

Apesar da sobrecarga exigida, crianças e adolescentes apontam a participação familiar como fator que facilita o manejo da DM, sendo certo que é importante que a família compreenda e participe da mudança na vida destes enfermos. Ao se envolver nos cuidados diários, a família propicia para o doente conforto e segurança e, assim, o sentimento de medo e negação acabam se transformando em sentimento de aceitação (GOÉS *et al.*, 2007).

O medo da hipoglicemia e das consequências dela, o desejo de comer algo que não está na dieta, a preocupação com o futuro e as complicações crônicas que a doença pode trazer, geram, em alguns casos, o sentimento de impotência e frustração no indivíduo diabético (DAMIÃO; DIAS; FABRI, 2010).

Sabe-se ainda que na fase da infância é comum que as crianças e os adolescentes se comparem aos seus pares. Entretanto, o estigma de ser portador de uma doença crônica, a necessidade de automonitorização, a aplicação de insulina em lugares públicos, o risco da ocorrência de hipoglicemia e a restrição alimentar acabam reforçando nesses indivíduos o sentimento de inferioridade por não poderem viver como seus semelhantes (BALTHAZAR, 2013).

Esse sentimento de inferioridade pode ser visto em um estudo realizado com escolares portadores de DM tipo 1 no hospital especializado em Diabetes e Endocrinologia. Observou-se que reações emocionais comprometiam as relações sociais dos escolares, levando ao isolamento do portador de diabetes,

principalmente no que se relacionava às atividades festivas, em que as restrições alimentares ficavam em evidência. Nele, destaca-se a reação emocional identificada por uma criança diabética de 10 anos (FILHO *et al*, 2008):

“Claro, a gente não pode comer doces nas festas, isto é ruim... na escola é pior, todo mundo comendo bala na frente.... fico até com pena.... pena de mim mesmo... eu pena fico.. Eu fico com raiva, porque quando ela está alta, eu a, tenho que ficar dando injeção, dá uma raiva... Eu não... Eu aplicava, aí um dia doeu, nunca mais apliquei, fiquei com trauma...Pavor... (PETER PAN - 10 anos).

Posto isto, intervenções que atuem no grupo de amizade de crianças diabéticas podem interferir positivamente na autoestima desses pacientes, gerando neles o sentimento de autoconfiança e, dessa forma, promovendo um maior desenvolvimento do autocuidado (NASCIMENTO *et al*, 2010).

Por fim, estudos apontam que transtornos depressivos associados à doença podem ser duas a três vezes maiores do que aquela observada na população geral, apesar disso, a depressão é ainda subdiagnosticada nesses indivíduos - apenas um terço dos indivíduos com diabetes e depressão possui o diagnóstico adequado. (MOREIRA *et al.*, 2003).

Diante disso, a Sociedade Brasileira de Diabetes recomenda o rastreamento de sintomas depressivos em todos os pacientes com diabetes, devendo este ser considerado no momento do diagnóstico da doença. Inventário Beck de Depressão (IBD) é uma escala validada disponível para medir a intensidade do quadro depressivo. Ela consiste em um questionário de autoavaliação com itens de múltipla escolha, cada item possui a escala de 0 a 3 pontos, sendo 0 correspondente a nenhum sintoma e 3 a apresentação grave de um desses. Assim, a intensidade de depressão é dividida em: depressão mínima (0-9), depressão leve (10-16), depressão moderada (17-29), depressão severa (30-63). Na presença de resultado positivo detectado por meio dessa escala, o paciente deve receber avaliação do profissional específico para o manejo do quadro, devendo ser incorporado à equipe multidisciplinar (ANDRADE *et al*, 2020).

Figura 1 – Inventário de Depressão de Beck.

BDI
Inventário de Depressão de Beck

Nome: _____ Data: _____

Este questionário é constituído por vários grupos de afirmações. Para cada grupo escolha uma única afirmação, aquela que melhor descreve a forma como se sente no momento actual.

1	Não me sinto triste	☐
	Ando "neura" ou triste	☐
	Sinto-me neura ou triste todo o tempo e não consigo evitá-lo	☐
	Estou tão triste ou infeliz que esse estado se torna penoso para mim	☐
	Sinto-me tão triste ou infeliz que não consigo suportar mais este estado	☐
2	Não estou demasiado pessimista nem me sinto desencorajado em relação ao futuro	☐
	Sinto-me com medo do futuro	☐
	Sinto que não tenho nada a esperar do que surja no futuro	☐
	Creio que nunca conseguirei resolver os meus problemas	☐
	Não tenho qualquer esperança no futuro e penso que a minha situação não pode melhorar	☐
3	Não tenho a sensação de ter fracassado	☐
	Sinto que tive mais fracassos que a maioria das pessoas	☐
	Sinto que realizei muito pouca coisa que tivesse valor ou significado	☐
	Quando analiso a minha vida passada, tudo o que noto é uma quantidade de fracassos	☐
	Sinto-me completamente falhado como pessoa (pai, mãe, marido, mulher)	☐
4	Não me sinto descontente com nada em especial	☐
	Sinto-me aborrecido a maior parte do tempo	☐
	Não tenho satisfação com as coisas que me alegravam antigamente	☐
	Nunca mais consigo obter satisfação seja com o que for	☐
	Sinto-me descontente com tudo	☐
5	Não me sinto culpado com nada em particular	☐
	Sinto, grande parte do tempo, que sou mau ou que não tenho qualquer valor	☐
	Sinto-me bastante culpado	☐
	Agora, sinto permanentemente que sou mau e não valho absolutamente nada	☐
	Considero que sou mau e não valho absolutamente nada	☐
6	Não sinto que estejaa ser vítima de algum castigo	☐
	Tenho o presentimento que me pode acontecer alguma coisa de mal	☐
	Sinto que estou a ser castigado ou que em breve serei castigado	☐
	Sinto que mereço ser castigado	☐
	Quero ser castigado	☐
7	Não me sinto descontente comigo	☐
	Estou desiludido comigo	☐
	Não gosto de mim	☐
	Estou bastante desgostoso comigo	☐
	Odeio-me	☐
8	Não sinto que seja pior do que qualquer outra pessoa	☐
	Crítico-me a mim mesmo pelas minhas fraquezas ou erros	☐
	Culpo-me das minhas próprias faltas	☐
	Acuso-me por tudo de mal que acontece	☐
9	Não tenho quaisquer ideias de fazer mal a mim mesmo	☐
	Tenho ideias de pôr termo à vida, mas não sou capaz de as concretizar	☐
	Sinto que seria melhor morrer	☐
	Creio que seria melhor para a minha família se eu morresse	☐
	Tenho planos concretos sob a forma como hei-de pôr termo à vida	☐
	Matar-me-ia se tivesse oportunidade	☐

Fonte: ANDRADE *et al.*, 2020

Logo, o reconhecimento precoce dessas vulnerabilidades em crianças e adolescente diabéticos propicia uma intervenção em momento oportuno, prevenindo e reduzindo, assim, os transtornos emocionais associados a essa doença.

Como mencionado antes, é de grande importância o apoio familiar para o sucesso do autocuidado e manejo da doença em questão. O envolvimento da família propiciando um ambiente saudável, a divisão de tarefas e de responsabilidades e o vínculo deles para com a criança e o adolescente diabético diminui problemas emocionais observados nesses pacientes (NASCIMENTO *et al.*, 2010).

Destaque-se, ainda, neste cenário, segundo NASCIMENTO *et al.* (2010), ao atuação do profissional de saúde, que possui um papel fundamental na

educação dessas crianças e desses adolescentes, promovendo atividades educativas na busca de ajudar o paciente no enfrentamento e na aceitação da doença, proporcionando conhecimento da patologia em questão, atenuando seus medos e anseios, estimulando o autocuidado e compreendendo seus sentimentos e suas emoções, objetivando a melhora da qualidade de vida do paciente. (NASCIMENTO *et al.*, 2010).

Nota-se, portanto, a necessidade de tratamento desses transtornos conjuntamente aos cuidados da diabetes mellitus, a fim de proporcionar ao paciente com enfermidade crônica um padrão de vida que lhe permita o desenvolvimento físico, mental e social adequado (PREBIANCHI, 2003).

•

3.CONCLUSÃO

Diante do exposto, é notório que o paciente diabético, portador de uma doença crônica que possui chances de agudizações e complicações, torna-se mais propício a episódios de ansiedade, depressão e medo. Por conseguinte, a fim de minimizar essa iminência, ressalte-se a necessidade de uma abordagem sistêmica socioemocional e multidisciplinar de crianças e adolescentes com diabetes *mellitus*, através do cuidado humanizado dos profissionais de saúde que valorizem o entendimento, a orientação e o diálogo para com esses pacientes e seus familiares.

Ademais, é de suma importância enfatizar o papel familiar na contribuição da relação saúde-doença pela criança e adolescente diabético. Os familiares devem buscar um comportamento positivo, apoiando, informando e envolvendo a criança e o adolescente progressivamente, de forma a adaptá-lo às condições da patologia. Não havendo dúvidas, portanto, que o suporte familiar influencia positivamente na busca do autocuidado pelo doente, auxiliando nas metas do tratamento e na diminuição das complicações fisiológicas e emocionais dessa patologia.

Por fim, enfatiza-se a necessidade da assistência psicológica que essas crianças e esses adolescentes devem receber desde o diagnóstico. O acompanhamento especializado permite que a equipe avalie as necessidades individuais de cada paciente. Assim, a integração dos cuidados de saúde mental juntamente ao tratamento clínico terá um impacto positivo no manejo da

doença e, conseqüentemente, na qualidade de vida desses pacientes diabéticos.

4. REFERÊNCIAS

- American Diabetes Association, 2017. Standards of Medical Care in Diabetes 2017. Diabetes Care, Janeiro, vol.40, n.1, p. 11-24, 2017.
- ANDRADE, P. A. C. B. *et al.* Depressão e adesão ao tratamento no Diabetes Mellitus tipo 2. **Revista Médica de Minas Gerais**, vol. 30 n. 4, p. 17-24, 2020.
- BALTHAZAR, Bruno. Monografia (Curso de Medicina/FMB)- Universidade Federal da Bahia. Salvador, 2013.
- BRITO, Thais Basso de. SADALA, Maria Lúcia Araújo. Diabetes mellitus juvenil: a experiência de familiares de adolescentes e pré-adolescentes. *Ciência e saúde Coletiva*, vol. 14, n. 3, p. 947-960, 2009. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S1413-81232009000300031>> Acesso em:
- CASTILLO, Ana Regina *et al.* Transtornos de ansiedade. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, vol. 20 n. 2, p. 20- 23, 2000. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/rbp/a/dz9nS7qtB9pZFY6rkh48CLt/?lang=pt>
[HYPERLINK](https://www.scielo.br/j/rbp/a/dz9nS7qtB9pZFY6rkh48CLt/?lang=pt&format=pdf)
["https://www.scielo.br/j/rbp/a/dz9nS7qtB9pZFY6rkh48CLt/?lang=pt&format=pdf"](https://www.scielo.br/j/rbp/a/dz9nS7qtB9pZFY6rkh48CLt/?lang=pt&format=pdf)
& [HYPERLINK](https://www.scielo.br/j/rbp/a/dz9nS7qtB9pZFY6rkh48CLt/?lang=pt&format=pdf)
["https://www.scielo.br/j/rbp/a/dz9nS7qtB9pZFY6rkh48CLt/?lang=pt&format=pdf"](https://www.scielo.br/j/rbp/a/dz9nS7qtB9pZFY6rkh48CLt/?lang=pt&format=pdf)
[format=pdf](https://www.scielo.br/j/rbp/a/dz9nS7qtB9pZFY6rkh48CLt/?lang=pt&format=pdf)> Acesso em:
- DAMIÃO, Elaine Buchhom Cintra *et al.* O adolescente e o diabetes: uma experiência de vida **Acta Paulista de Enfermagem**, vol.23, n.1, p.41-7, 2010. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S0103-21002010000100007>> Acesso em:
- DIAS, Denise Gamio *et al.* Percebendo o ser humano diabético frente ao cuidado humanizado. **Revista Brasileira de Enfermagem**, vol.59 n.2, p.168-71, 2006. Disponível em:

<<https://www.scielo.br/j/reben/a/LXCMnQYdCvSkKdg7cnxhR5F/?lang=pt> .

Acesso em:

- FRAGOSO, Luciana Vlória Carvalhêdo *et al.* Vivências Cotidianas De Adolescentes Com Diabetes Mellitus Tipo 1. **Texto e Contexto Enfermagem**, v.19, n. 3, p. 443-451, 2010. Disponível em:

<<https://www.scielo.br/j/tce/a/jwpsJ8zcyCx8zDBQkzycw7r/?format=pdf>

HYPERLINK

"<https://www.scielo.br/j/tce/a/jwpsJ8zcyCx8zDBQkzycw7r/?format=pdf&lang=pt>"&

HYPERLINK

"<https://www.scielo.br/j/tce/a/jwpsJ8zcyCx8zDBQkzycw7r/?format=pdf&lang=pt>"
ang=pt>. Acesso em:

- FIGUEIREDO , Francisco de Assis.. PORTARIA CONJUNTA N. 17, DE 12 DE NOVEMBRO DE 2019. **PROTOCOLO CLÍNICO E DIRETRIZES TERAPÊUTICAS DIABETE MELITO TIPO 1**, [S. l.], 12 nov. 2019.

- FILHO, C. V.S. *et al.* Papéis de Autocuidado - subsídios para enfermagem diante das reações emocionais dos portadores de *diabetes mellitus*. **Revista de Enfermagem**, vol. 12 n. 1, p. 125-129, 2008. Disponível em:

- GEED. Grupo de Estudos em Endocrinologia e Diabetes. Proposta de um estudo multicêntrico com diabéticos em uso de insulina. **Endocrinologia e Diabetes Clínica e Experimental**, Curitiba, vol. 1, n. 5, p.15-18, 2001.

- GOÉS, Anna Paula *et al.* Diabetes mellitus tipo 1 no contexto familiar e social. **Revista Paulista de Pediatria**, vol. 25, n. 2, p. 124-128, 2007. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S0103-05822007000200005>>
<https://www.scielo.br/j/ean/a/7V3wBDfJs6RCBVPhh6Zdnwg/?format=pdf&lang=pt>.

- GOÉZER, Êrika Juchem. Os Estados Emocionais frente ao Diabetes, A Depressão e ao Transtorno de Conduta: Um Estudo Comparativo através do teste dos contos de fadas. Dissertação de Mestrado em Psicologia Clínica- Universidade Católica do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2011.

- GOMES, Anna Thayrine *et al.* Sentimentos e Experiências de Crianças e Adolescentes com Diabetes Mellitus: Uma Revisão Integrativa. **Revista Tendências da Enfermagem Profissional**, vol. 8, n. 3, p. 1980-1982, 2016.

Disponível em: <<http://www.coren-ce.org.br/wp-content/uploads/2019/03/SENTIMENTOS-E-EXPERI%C3%80NCIAS-DE-CRIAN%C3%87AS-E-ADOLESCENTES-COM-DIABETES.pdf>>

- LUCENA, Joana. *Diabetes Mellitus* Tipo 1 e Tipo 2. 2007. Tese (TCC em Farmácia)- Centro Universitário das Faculdades Metropolitanas Unidas, São paulo,2007.
- MOREIRA, Rodrigo O. *et al. Diabetes Mellitus e Depressão:Uma Revisão Sistemática. Arquivos Brasileiros de Endocrinologia e Metabologia*, v. 47, n. 1, p. 19- 29, 2003. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S0004-27302003000100005>>.
- NASCIMENTO, Lucila Castanheira *et al. Diabetes mellitus* tipo 1: evidências da literatura para seu manejo adequado, na perspectiva de crianças. **Revista Escola de Enfermagem da USP**, vol. 45, n. 3, 2011. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/reeusp/a/7GbdWwKxRX3t5z8fgTJ8f3N/?lang=pt>>.
- NGUYEN, LINH ANH *et al. Prevalence and course of mood and anxiety disorders, and correlates of symptom severity in adolescents with type 1 diabetes: Results from diabetes LEAP. Pediatric Diabetes*, vol. 22,n. 4, p. 638-648, 2021. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC8251968/>> .
- NOVATO, Tatiana de Sá.GROSSI, Sonia Aurora Alves. Fatores associados à qualidade de vida de jovens com *diabetes mellitus* do tipo 1. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, vol. 45, n. 3, p. 770-776, 2011. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0080-62342011000300032>.
- ROQUE, M. F. C. S. Fatores Associados a Ansiedade e Depressão em Doentes com Diabtes. 2017. Dissertação (Dissertação para obtenção do grau de mestre em saúde pública e desenvolvimento)-Universidade Nova de Lisboa, 2017.
- SIMIONATO, Renata *et al.* Adesão ao tratamento de adolescentes com diabetes mellitus tipo 1. **Revista Ciência e Saúde**, vol. 11, n. 3, p.184-189, 2018. Disponível em: <<https://revistaseletronicas.pucrs.br/ojs/index.php/faenfi/article/view/30675>>.

- SOUSA, R. C. Prevalência e fatores de risco do Diabetes Mellitus nos funcionários de escolas públicas em Santarém-Pará. **Brazilian Journal of Health Review**, vol. 6, n. 7, p. 49932-49944, 2020. Disponível em: <https://www.brazilianjournals.com/index.php/BRJD/article/view/13722/11495> .
- SOUTO, Clara Nardini. Qualidade de Vida e Doenças Crônicas: Possíveis Relações. **Brazilian Journal of Health Review**, v.3, n. 4, p. 8169-8196, 2020. Disponível em: <https://www.brazilianjournals.com/index.php/BJHR/article/view/13167/11074> .
- VILAR, Lucio. **Endocrinologia Clínica**. Rio de Janeiro, Guanabara Koogan, 2016.