



Faculdade de Ciências Educação e Saúde
Curso de Psicologia

**Percepção parental sobre a infância:
Um estudo de crianças com e sem Diabetes.**

Letícia Medeiros de Souza

Brasília

Dezembro, 2013

**Percepção parental sobre a infância:
Um estudo de crianças com e sem Diabetes.**

Letícia Medeiros de Souza

Monografia apresentada à Faculdade de
Psicologia do Centro Universitário de Brasília
– UniCEUB como requisito parcial à
conclusão do curso de Psicologia. Professor-
orientador: Sérgio Henrique Alves

Brasília

Dezembro, 2013

Sumário

Lista de tabelas	4
Resumo.....	5
I. Desenvolvimento Infantil.....	9
II. Práticas Educativas e Autonomia	22
III. Como o Diabetes Pode Afetar, ou Não, o Desenvolvimento e Comportamento Infantil.	34
Método	38
Participantes:	38
Local das entrevistas:	38
Instrumentos:	39
Procedimento	39
Análise dos resultados:	39
Resultados e Discussão	41
1. Desenvolvimento	41
2. Ajuda da escola na autonomia	47
3. Autonomia dada pelo responsável e autonomia da criança	48
4. Impacto no curso do desenvolvimento	49
5. Regras comportamentais e práticas educativas	51
6. Superproteção dada pelo responsável.....	55
7. Reação da criança e dos responsáveis frente à doença	56
8. Percepção dos responsáveis após a descoberta da doença.....	59
9. Percepção dos responsáveis frente a outras crianças.....	61
Conclusão	63
Anexos.....	67
Anexo I: Termo de Consentimento Livre e Esclarecido	68
Anexo II: Questionário.....	71
Referências	73

Lista de tabelas

Tabela 1.....	12
---------------	----

Resumo

Os primeiros anos da vida de uma pessoa são acompanhados de perto pelos familiares que ficam atentos a qualquer nova característica que se apresenta. Mas, de toda a forma alguns cuidadores podem apresentar dificuldades para lidarem com certos acontecimentos imprevistos, como uma doença crônica, podendo haver alterações no modo de perceber e tratar a criança. Essa percepção e formas de cuidado que serão analisadas nesse estudo. Participaram seis cuidadores de crianças, sendo que três dessas crianças possuem Diabetes e três não possuem, a idade dessas crianças variou de 5 a 8 anos. Ambos os grupos de participantes se submeteram a uma breve anamnese e entrevista semiestruturada sobre o desenvolvimento e o comportamento de seus filhos. Os resultados indicaram que os responsáveis, de ambas as categorias de entrevista, apresentam uma visão muito semelhante sobre as características dos filhos e que não há diferenças exorbitantes entre o comportamento e desenvolvimento das crianças, o que se pode concluir é que a maneira como elas são tratadas e estimuladas pelos seus cuidadores parece afetar as características.

Palavras chave: percepção; cuidados; Diabetes; desenvolvimento.

O desenvolvimento, para a psicologia, salienta o quão são importantes os papéis históricos, sociais e culturais para que o ser humano possa se desenvolver, sem excluir o aspecto biológico (Keller, Lohaus, Völker, Elben & Ball, 2003). Além de genes passados de seus pais e experiências vividas, as crianças sofrem influências do ambiente, aprendem coisas que são trazidas por outras pessoas que estiveram aqui muito antes de seu nascimento, como reflexões e instrumentos (Kobarg, 2006).

Qualquer doença acarreta uma mudança de comportamento e de interação dos pais sobre seus filhos. Pelos filhos estarem enfermos pode ser que a percepção dos pais sofra uma distorção, pensando que eles não se desenvolvem como as outras crianças, e a forma de disciplinar também é afetada por esse fator (Piccinini, Castro, Alvarenga, Vargas & Oliveira, 2003). Isso ocorre principalmente no caso de doença crônica já que sofre evoluções e não se sabe o que pode acarretar futuramente. E principalmente, as crianças portadoras desse tipo de doença podem passar a tomar sobre si uma dependência, inatividade e submetimento (Britto, 2010).

A doença que é dita como crônica tem por característica a permanência, longa duração e incapacidade residual. Além de não ter cura, ser irreversível e degenerativa (Marcon, Radovanovic, Waidman, Oliveira & Sales, 2005). O tratamento dessas doenças é complicado e resulta de uma autodisciplina rigorosa, pois muda totalmente a rotina do indivíduo (Setian, Damiani, Dichtchekian & Manna, 2003). Todo esse esforço para o controle da doença é centrado para que o sofrimento seja diminuído e a qualidade de vida seja preservada o máximo possível (Perrin & Shonkoff, 2000).

A doença crônica apresentada nesse estudo é a Diabetes do Tipo I que é uma doença causada pela ineficiência de produção e/ou de ação da insulina, abrange o metabolismo da glicose, gorduras e proteínas e tem sérias consequências, proporciona a destruição da célula beta do pâncreas, em geral por causa da doença autoimune, que produz reação imunológica contra seu próprio corpo, levando a ineficiência e dependência absoluta de insulina (Czepielewski, 2001). Há uma adaptação do metabolismo ou uma alteração fisiológica em praticamente todas as regiões do organismo, esse distúrbio é mais característico da infância podendo ocorrer até o início da fase da adolescência (Moreira & Dupas, 2006).

Para Del Prette e Del Prette (2001) é nos ambientes familiar e escolar, principalmente familiar, que a criança aprende habilidades e comportamentos sociais. Para eles os pais que tentam dar uma educação com hostilidade fazem com que a criança aprenda de forma inadequada essas capacidades sociais. Já na pesquisa de Webber (2004) sobre pais que dão uma educação considerada adequada, com habilidade social, fazem com que os filhos também tenham essas astúcias e vivam melhor em sociedade com comportamentos empáticos e assertivos.

Treutler e Epkins (2003) informam que os pais são as melhores pessoas para compreender o lado emocional e o comportamento dos filhos, porém a mãe é a que apresenta respostas mais confiáveis para entender as necessidades da criança. Isso pode acontecer pelo fato de as mães estarem mais próximas dos filhos e por mais tempo, e também por serem mais sensíveis e perceptíveis. Por esse motivo esse trabalho foi realizado com as mães.

Segundo Piaget (1994) é na infância que se estrutura o conceito de “eu” e através de um lugar que possibilite a democracia, com cooperação e respeito de ambas

as partes, por relações sociais, que se forma a autonomia e independência da criança. O conceito está relacionado com a moralidade, o respeito e também com o que se considera certo ou errado, dependendo das circunstâncias.

Pensando nesses fatores os objetivos desse estudo foram de estudar e comparar a percepção dos responsáveis sobre o desenvolvimento de seus filhos e determinar se há uma diferença entre a educação dada às crianças que são portadoras de diabetes e às que não são. Com esses dados pretende-se que os cuidadores entendam que não é a doença em si que modifica os comportamentos das crianças e sim outros fatores, como a forma que são tratadas e as experiências que tiveram com a chegada da doença.

I. Desenvolvimento Infantil.

O desenvolvimento da criança depende do ambiente em que se encontra e esse ambiente varia de acordo com a idade em que a criança está. Dependendo do desenvolvimento da criança ela começa a ter uma percepção diferente do meio em que vive e atua ativamente modificando esse meio (Silva & Dessen, 2001). Para se pensar em uma análise de como o ambiente interfere no desenvolvimento é importante ter cuidado e pensar que esse tema é complexo (Lordelo & Carvalho, 2002). Neste contexto o ambiente está sendo considerado como o local em que a criança se encontra, levando em consideração a sociedade, a cultura e a época em que está inserida.

Feldman, Olds e Papalia (2001), reafirmam essa complexidade dizendo que o desenvolvimento se dá em mais de um aspecto, sendo eles: o físico (como crescimento corporal), o cognitivo (como aprendizagem) e o psicossocial (sendo a relação com os outros), todos eles estão ligados entre si e se afetam.

A primeira característica apresentada será sobre os aspectos físicos do desenvolvimento. O aspecto biológico julga que os seres humanos tem a propensão de serem seres que usam as mãos como ferramentas e iniciam sua locomoção como bípedes aproximadamente com um ano e três meses (Silva, Silveira, Giorge & Puccini, 2008).

A idade gestacional adequada deve durar de 38 a 42 semanas, o bebê com peso de 2.500 a 3.900 gramas e medindo em torno de 50 cm (Dal Bosco, 2010; Magalhães & Fritsch, 2006; Oliveira, 2010). Pensando em uma forma para compreender mais facilmente o entendimento sobre o desenvolvimento biológico é feita uma divisão em

sensorial, motor (movimentos amplos e movimentos finos), linguagem, cognição e psicossocial (Silva & cols., 2008).

Os sistemas sensoriais já são formados desde a vida intra-uterina, mas isso ocorre em tempos diferentes e da mesma forma irá ocorrer depois do nascimento. A audição, por exemplo, já se dá desde o 5º mês de gestação. Dentro da barriga os sons preferidos é em tom baixo e ritmo leve, ele já escuta a voz das pessoas falando ao seu redor e por vezes responde se movimentando. No primeiro ano de vida a audição vai se aprimorando e quando se aproxima dos 10 anos chega aos níveis finais como de adultos (Silva & cols., 2008; Meyerhoff, 2013).

A visão começa a se apresentar ao nascer, mas de forma muito simplificada, e com primazia para a face humana. Por um tempo o bebê não consegue focar o olhar em um objeto, quando ele começa a conseguir esse foco vai ter noção de profundidade e distância, que se completa quando começa a agarrar objetos e engatinhar. Por volta dos 7 a 8 meses a visão está completa, parecida com a de um adulto (Silva & cols., 2008; Meyerhoff, 2013).

Diferente das outras percepções o olfato e o paladar já estão prontos ao nascer. Quanto ao paladar a criança já diferencia os quatro sabores, dando uma atenção maior ao sabor do doce. Manifestam-se de forma diferente com relação a odores mais fortes. O cheiro de leite materno faz com que bebês com 5 dias de nascimento tenham uma reação e com uma semana discriminam o cheiro da mãe dos demais. E finalmente com relação ao tato acredita-se que os bebês já o sentem com aproximadamente 7 meses de gestação através da barriga e além disso, pode-se perceber que recém-nascidos fazem alguns movimentos, como de esquiva, quando tocados (Silva & cols., 2008).

A motricidade da criança é muito prematura quando do nascimento, isso porque apesar de se movimentar dentro da barriga esses movimentos são controlados por uma parte arcaica do cérebro, alguns desses movimentos se transformam e se tornam mais refinados e outros somem, sendo assim os movimentos são adquiridos dos mais simplificados para os mais complicados (Silva & cols., 2008).

Nos primeiros 3 meses de vida o bebê tenta equilibrar a cabeça e a medida que vai conseguindo essa característica passa a começar a sentar. Por volta dos 7 meses consegue rolar, sendo essa sua primeira tentativa de locomoção, a partir daí começa a tentar engatinhar, algumas crianças se arrastam antes disso. Com isso por volta dos 10 meses o bebê vai conseguindo ficar de pé e dar seus primeiros passos, inicialmente com ajuda de apoio e com a idade aproximada de 1 ano cria coragem e se solta para andar livremente (Meyerhoff, 2013).

Depois de dominados os movimentos mais amplos a criança passa a desenvolver alguns movimentos considerados mais finos. Com idade aproximada de 4 a 6 meses a criança começa a segurar objetos, e com 8 meses consegue se esticar para pegar objetos em sua volta e explorar o local que está. Com 10 meses se começa um “joguinho” de pegar objetos e jogar constantemente no chão, essa atitude é muito prazerosa para o bebê. E até a idade aproximada de 1 ano e meio a criança pode permanecer por muito tempo analisando objetos que estejam em suas mãos, é nessa época também que ela consegue fazer movimentos de pinça com a mão (Meyerhoff, 2013). Nessa mesma época os interesses por objetos e formas de manuseio se intensificam e para verificar melhor a mobilidade da criança é interessante observá-la usando papel e caneta, à medida que ela for crescendo passa de desenhar apenas rabiscos para formas mais concretas como círculos e triângulos (Silva & cols., 2008).

Com 2 meses o bebê já apresenta diferentes tipos de choros para suas variadas necessidades e esses já são os primeiros sinais de comunicação dele com o mundo (Meyerhoff, 2013). Por volta dos 3 meses a criança começa a emitir sons como de gemidos e aos 6 meses começam a falar com imperfeições por várias vezes, escutando o som que reproduzem e tendo gozo com isso. Ao se aproximarem de um ano de idade começam a reproduzir seus sons com as entonações que escutam das outras pessoas, quando formam uma sílaba esse som é entendido como sua primeira palavra e a frase que a criança deseja pronunciar fica como uma suposição de uma frase. A partir desse momento até os 2 anos o vocabulário infantil aumenta consideravelmente, mas apenas por volta dos 5 aos 7 anos que elas conseguem formular frases (Silva & cols., 2008).

Abaixo se apresenta um quadro onde também há alguns comportamentos que marcam o desenvolvimento da criança.

Tabela 1. Alguns acontecimentos que caracterizam o desenvolvimento infantil.

<p>2 meses</p> <ul style="list-style-type: none"> • observa um rosto • segue objetos ultrapassando a linha média • reage ao som • vocaliza (emite sons que não o choro) • eleva a cabeça e a mantém a 45° • sorri 	<p>12 meses</p> <ul style="list-style-type: none"> • bate palmas • dá tchau • combina sílabas • fica em pé • pinça completa (polpa-polpa) • segura o copo ou mamadeira
<p>4 meses</p> <ul style="list-style-type: none"> • observa a própria mão • segue com o olhar até 180° • grita • senta com apoio • sustenta a cabeça • agarra um brinquedo quando colocado na sua mão 	<p>15 meses</p> <ul style="list-style-type: none"> • primeiras palavras • primeiros passos • é ativa e curiosa
<p>6 meses</p> <ul style="list-style-type: none"> • tenta alcançar um brinquedo, • procura objetos, • volta-se para o som, • rola no leito, • inicia uma interação (tenta chamar a atenção da mãe através do sorriso, vocalização, gestos, pedido de colo) 	<p>18 meses</p> <ul style="list-style-type: none"> • anda • rabisca • obedece ordens • nomeia objetos
<p>9 meses</p> <ul style="list-style-type: none"> • transfere objetos de uma mão para outra • pinça polegar-dedo • balbucia • senta sem apoio • estranhamento (tem preferência por pessoas de seu convívio) • brinca de esconde-achou 	<p>24 meses</p> <ul style="list-style-type: none"> • sobe escadas • corre • frases simples (dá água, quer papá) • retira uma vestimenta • tenta impor sua vontade

(Silva & cols., 2008, p. 94).

Passamos a falar agora do processo cognitivo que é considerado um pouco mais complexo e cabe aos seres humanos, como por exemplo, memória e planejamento. É por meio da cognição que podemos ter consciência e autonomia de nossos atos, levando em conta que são funções superiores (Silva & cols., 2008).

A primeira abordagem se refere à visão de Vygotsky em que o ser humano nasce com uma genética e um aparato neuroanatômico, mas precisamos também de relações sociais e culturais, para agir nessa genética, e nos tornar “humanos”. As funções superiores seriam então, formadas pela nossa experiência e pelo que nos é passado pela cultura. O orgânico nos dá uma base para o desenvolvimento de representações mentais e simbólicas, outros desenvolvimentos só são adquiridos em situações onde ocorre aprendizagem (Vygotsky, 1998).

As crianças, como qualquer outra pessoa, são atuantes culturais em qualquer lugar que vivam e em qualquer época. O grupo social em que fazemos parte é muito importante para o desenvolvimento de processos interpsicológicos, esse grupo é cheio de produções simbólicas e nos passa as primeiras mediações da cultura. Como há muitas formas culturais, dependendo do local e da época, a forma de ação muda constantemente e com isso as formas de desenvolvimento também. O que internalizamos não são coisas materiais e sim os seus significados (Vygotsky, 1998).

A linguagem seria a principal parte do desenvolvimento da consciência da criança. É por meio da linguagem que interiorizamos a cultura e assim se observa a interação que a criança está fazendo com o meio. Usa-se a linguagem para perceber as transformações que ocorrem no decorrer do desenvolvimento (Vygotsky, 1998). Silva, Silveira, Giorge e Puccini (2008) também falam um pouco sobre a internalização da linguagem por meio da cultura, é o que chamam de “sistema simbólico básico de todos

os grupos humanos” (p. 85). Quem já possui o domínio da comunicação verbal dá significado ao que a criança está tentando dizer e com isso faz com que ela relacione a palavra ao símbolo.

Vygotsky apresenta a Zona de Desenvolvimento Proximal (ZDP) que está entre o que chamou de nível de desenvolvimento real e nível de desenvolvimento potencial. Nível de desenvolvimento real se refere ao que a criança já é capaz de fazer sozinha, já o nível de desenvolvimento potencial é o que a criança faz com a ajuda de outra pessoa indicando como proceder tal tarefa e com essa ajuda ela será capaz de realizar sozinha o que deseja. Essa intervenção é essencial para o desenvolvimento, quanto mais aprende mais a criança se desenvolve (Vygotsky, 1998).

Na segunda abordagem temos Jean Piaget. Para o autor tanto o ambiente quanto a parte biológica auxiliam no desenvolvimento, sem que um se sobressalte ao outro. No entanto, isso vai acontecer dependendo da idade da criança e em qual estágio do desenvolvimento ela se encontra (Piaget, 1978). Assim como Vygotsky, Piaget acredita que a criança é ativa no meio em que vive, uma boa forma de obtenção de experiência, conhecimentos e valores é o meio, ou seja, a relação com o outro. Dessa forma a criança sai de uma condição de anomia e passa para consciência (Piaget, 1997). A ação recíproca do sujeito com o meio é o causador do conhecimento e a inteligência se relaciona com esse fator (Piaget, 1956).

Piaget (1971) separou o desenvolvimento em estágios levando em consideração a formação de pensamentos, que tem influência sobre o desenvolvimento, e o que as crianças conseguem fazer de acordo com a idade em que estão. Em cada etapa a estrutura se modifica ganhando novas formas de ação trazidas da etapa anterior e tendo influência na etapa seguinte. Dependendo do ambiente, se há mais estímulo ou não,

essas etapas serão passadas com mais antecedência ou tardiamente, o importante é que todos passarão por elas (Piaget, 1978).

No **Estágio sensório-motor** (até por volta dos 2 anos) a criança vai recebendo informações por meio dos sentidos e dos movimentos motores simplificados e se organizando, começa a ordenar e assimilar o real, isso servirá de apoio para novas construções. **Estágio pré-operacional** (por volta dos 2 aos 7 anos) onde se começa o pensamento simbólico, a linguagem e as características do pensamento. A criança está num egocentrismo onde ela faz parte apenas do seu mundo e considera apenas o que pensa. Nesse estágio também está se completando a coordenação motora (Piaget, 1971).

Operacional concreto (por volta dos 7 aos 11 anos) a criança sai do seu egocentrismo e aprende que as outras pessoas também tem suas opiniões e vontades. Aprende a operacionalização (ex. classificar e colocar em ordem) e as noções de tempo, causalidade e outras começam a despontar. Nessa fase ainda se está muito centrado no real, no concreto, assim ainda não se consegue pensar em uma lógica abstrata. E por fim **Operacional abstrato** (12 anos em diante) já entrando na adolescência alcança-se o raciocínio, não se precisa tanto do que se observa, podendo assim ter suas próprias considerações e teorias (Piaget, 1971).

Para o desenvolvimento moral há duas etapas distintas, mas que se complementam. A primeira é a heteronomia que é considerada prejudicial, pois é algo que outra pessoa manda fazer. A ordem é unilateral e assim não é internalizada, apenas cumprida. A segunda é a autonomia e é preciso mais grau de amadurecimento, pois as regras são formadas conjuntamente. Dessa forma o desempenho das regras é cumprido mais facilmente (Piaget, 1994).

Por fim, na terceira abordagem Henri Wallon propôs que o desenvolvimento infantil teria a junção da afetividade, da motricidade e inteligência. Para ele o espaço, os

contatos próximos, a linguagem e os conhecimentos culturais são importantes no desenvolvimento e que este se dá podendo haver rupturas e retrocessos. A cada aprendizagem acontecem reformulações e não apenas adições de matérias novas, assim as interações com o ambiente também vão se modificando (Wallon, 1995).

Vygotsky e Piaget acreditavam na afetividade para o bom desenvolvimento da criança, mas Wallon preferia colocar a afetividade como central. Chegava a dizer que a inteligência viria após a afetividade bem construída entre quem aprende e quem ensina. Mas não descartava o lado cognitivo no desenvolvimento, cognitivo e afetivo não se desvinculam (Wallon, 1995).

Wallon (1995) se refere a quatro estágios sendo que todas possuem características diferentes para a interação da pessoa e o meio. **Estágio impulsivo** (primeiro ano de vida) onde começa a formação do sujeito, os processos cognitivos e emocionais são indiferenciados e os sentidos sensórios motores vão sendo desenvolvidos. **Estágio sensório-motor** (por volta de 1 a 3 anos) maior exploração do ambiente físico, o que lhe dá mais autonomia. Começa a ter a habilidade de inteligência prática e simbolização, fala mais representativa entendendo o que se fala sem precisar que seja mostrado. **Personalismo** (por volta dos 3 aos 6 anos) a criança vai tendo consciência de si através do convívio social, a afetividade começa a prevalecer. E por último o **Estágio categorial** (6 anos) por estar progredindo intelectualmente a criança tem cada vez mais o desejo de conhecimento e conquista do mundo. Começa a perceber e tentar estabelecer uma diferença do que é seu e do outro (Wallon, 1995).

As idades aproximadas que foram referidas em cada estágio não devem ser consideradas de forma inflexível, podem aparecer características de estágios anteriores ou posteriores (Santos, 2001), isso vale tanto para os processos psicológicos quanto para

os biológicos. Em um estudo de Andrade e cols. (2005) foi mencionado que quanto mais for dada a criança uma estimulação ambiental maior o seu desenvolvimento e Hernández-Muela, Mulas e Mattos (2004) afirmam que quanto mais cedo começar a estimular a criança melhor para o cérebro.

Falando agora sobre o desenvolvimento psicossocial, este se inicia antes mesmo de a criança nascer, já que nesse momento ela já se faz presente no imaginário de seus pais como uma criança completamente saudável. Imaginam essa criança com aquilo que desejariam para si mesmo (Britto, 2010). A intensidade do desenvolvimento infantil pode ser considerada, também, por esse querer dos pais. Já que se tem algo preparado para o nascimento deles, tanto material quanto emocional, cabe à criança apossar-se do que está esperando por ela (Silva e cols., 2008).

A criança é muito frágil ao nascer e por isso precisa de cuidados especiais das pessoas que já possuem certa experiência na sociedade e que servem também como interventores para exploração do mundo em que vivem (Silva & cols., 2008). Pesquisas apontam que os primeiros contatos da criança em especial com a mãe, ou cuidador responsável pelo afeto e pelo seu bem estar, tem grande participação em seu desenvolvimento. Toda a reciprocidade de sentimentos e ações faz com que a criança tenha uma percepção mais real de si e do mundo. Essa relação, que envolve os aspectos cultural, social e histórico onde a criança está inserida, permite que ela esteja presente no mundo de seus cuidadores (Leontiev, 2001).

O cuidador principal é o grande responsável por inserir a fala e as expressões na criança, pois é ele quem vai traduzir para o mundo o que o bebê está tentando dizer através de seu corpo. Com isso o bebê vai se percebendo e percebendo o mundo, o outro, como seres diferentes e com vontades próprias (Silva & cols., 2008).

O que mais tem influência nos fatores ambientais para o desenvolvimento são as relações interpessoais e os papéis que cada um desempenha dentro da família. Outros fatores como o aspecto social, fazendo uma relação com o grupo cultural, o nível econômico, o tempo histórico em que se encontra e a política da época podem ter interferência no desenvolvimento (Lordelo & Carvalho, 2002). Ou seja, é por meio da cultura que nos relacionamos com as pessoas, formamos valores, aprendemos a conviver e nos desenvolvemos. Pensando dessa forma Silva e Dessen (2001) dizem que não há diferenciação inicial entre as pessoas que estão inseridas numa mesma cultura e em condições favoráveis de interação cultural.

O psiquismo se forma muito cedo, guardamos experiências que nos são agradáveis e elas nos tornam confiantes e com uma seguridade maior para enfrentar o mundo. Todavia as experiências ruins também afetam o psiquismo o que pode acarretar uma desestrutura psíquica (Silva & cols., 2008). Isso também acontece pela forma que os cuidadores se relacionam com a criança, assim nos formamos tanto pelo o que internalizamos com nossas experiências quanto pelo o que nos é passado pelos outros (Mahoney, 1992).

No começo da vida quem atribui o que fazer e como agir é o cuidador principal, no caso a mãe, chegando até a agir pelo filho (Bowlby, 1995). Conforme o tempo vai passando e a criança aprendendo como agir nas situações, a mãe vai lhe atribuindo funções e deixando a criança obter sua independência (Abreu, 2010). Caso esse processo não aconteça o desenvolvimento da criança pode ser afetado como na sociabilidade e na linguagem e quanto mais tempo isso acontece vai piorando cada vez mais outras formas de desenvolvimento (Bowlby, 1995).

Em seus estudos Mahler (1982) acredita que a personalidade começa a se desenvolver nos primeiros meses de vida. O bebê teria uma consciência, mesmo que

pequena, a respeito da pessoa que está sendo responsável pelos seus cuidados e com isso despertaria nele certo sorriso que lhe traz a sociabilidade. O desenvolvimento sensorio-motor seria mais abundante do 5º ao 10º mês, o que levaria a comportamentos mais agitados e em estado de alerta, repercutindo em uma maturidade cognitiva e neurológica. Por volta do 8º mês a criança já reconhece que algumas pessoas lhe são estranhas e não se sente confortável com essa situação, isso é uma indicação de que o desenvolvimento está se dando de forma satisfatória.

A excitação do humor do bebê se dá por volta dos 10 meses, é a época em que ele começa a se locomover melhor e tenta permanecer de pé, o que lhe dá novas visões do mundo. Nesse período é importante que se fique atento para que a criança esteja segura, mas também é fundamental que ela explore bastante os lugares para ativar sua curiosidade, que está relacionada justamente com essa fase. Já por volta de um ano e meio a criança está andando e com isso sente a separação em relação às outras pessoas, nesse momento há um impasse entre sair explorando e tentar ser independente, na medida do possível, ou ficar por perto de seu cuidador (Mahler, 1982).

Segundo Stern (1990) a criança apresenta grande interesse pelos movimentos, sons e aparência humana por volta dos 2 a 5 meses. E com isso vai formando alguns movimentos também considerados de socialização como o olhar e o sorriso. Equivalendo-se ao brincar, nessa mesma época a criança começa a apresentar a linguagem verbal, é como se ela brincasse de falar e os cuidadores de adivinhar o que ela deseja. E a partir dos 2 anos a criança pode transferir algo que esteja ausente para outra atividade de interesse, como não se incomodar tanto com a ausência dos cuidadores se distraindo com um brinquedo.

Para as relações sociais Stern (1997) mostra o modelo “de-estar-com” levando em consideração o que é estar com uma pessoa, e a experiência que se ganha por estar com ela, e algo habitual entre as pessoas que estão se relacionando. Os relacionamentos momentâneos e futuros serão afetados dependendo da forma que se dão esses contatos. Como nosso contato primário, e maior, se dá com nossos cuidadores são eles que tem influência maior nas nossas relações, e assim também passaremos isso para nossos filhos.

Howe (1997) mostra outra forma para entender a personalidade e as relações sociais. Para ele essas características surgirão pelas relações em si e sua qualidade e como e o que aprendemos com nossas relações, aliás, as relações anteriores podem afetar as do presente. A maneira que somos recebidos pela nossa forma de ser irá afetar as relações futuras transformando, ou não, nossas características. Ou seja, não é apenas o aspecto biológico que nos define, as relações também.

Como diz Kobarg (2006, pag. 17) “O desenvolvimento infantil deve ser repensado, para se ter uma melhor qualidade na educação de nossas crianças. Nesse sentido, devemos criar condições para que os pais se apropriem desses conhecimentos e possam melhorar suas interações.”

II. Práticas Educativas e Autonomia.

Como os fatores ambientais são fundamentais para o desenvolvimento infantil, o ambiente familiar também é. A estrutura e o cotidiano da família são um dos fatores que determinam a forma de educar e como a competência social da criança irá se estabelecer (Scaramella, Neppel, Ontai & Conger, 2008). Alguns autores (Abreu-Lima & cols., 2010) entendem educar como algo que se faz pelo outro para que suas potencialidades aumentem e tenha informações necessárias para que possam responder a novas formas de ação.

Dependendo de como se percebe o desenvolvimento infantil será dada a educação para a criança. Geralmente os pais têm uma doutrina de como devem educar seus filhos, com o fundamento do que parece ser bom ou ruim, do que valorizam e de como se dá a relação que tem com a criança (Kobarg, 2006). Quando os pais apresentam uma boa relação com seus filhos, com respeito entre ambas as partes, as crianças têm uma melhor socialização e também apresentam um bom desenvolvimento na sua personalidade (Oliveira, Rabuske & Arpini, 2007).

Os pais educam os filhos da forma que acham mais corretas, mas em muitos casos as relações familiares se tornam muito difíceis em uma relação totalmente desgastada com brigas e incompreensões. As práticas familiares que ainda perduram até os tempos atuais são conhecidas como conservadoras, autoritárias, ditadoras e permissivas (Rodrigues, 2003).

Os pais conservadores não tem o hábito de conversar com os filhos, vivem em um tempo que não passa e querem que tudo continue como na época em que os pais velhos mandavam e os jovens apenas obedeciam, sem contestações. A diferença de pais conservadores e autoritários é que estes são frívolos, não demonstram qualquer tipo de

afetividade e seus filhos acabam por ter medo e não respeito pela palavra dos pais (Rodrigues, 2003).

Com os pais ditadores não há qualquer tipo de diálogo, deve-se obedecer sem questionamentos o que traz à família uma convivência difícil de suportar (Fontenelle, 2009). E por fim os pais permissivos tentam suprir as necessidades dos filhos deixando-os fazerem o que bem entenderem e ao invés de disponibilizar o tempo necessário de dedicação dão bens materiais para tentar suprir a falta do dia-a-dia (Rodrigues, 2003).

Uma ação referente ao convívio entre pais e filhos diz respeito ao estilo parental. Ele se refere a como a família interage gerando assim formas de convivência e características emocionais (Darling & Steinberg, 1993). Baumrind (1966) trouxe a teoria sobre estilos parentais e propôs quatro deles, sendo: autoritativo, autoritário, indulgente e negligente.

O autoritativo diz respeito a pais que dão ordens aos filhos baseados em conversas e respeito mútuo, as regras que são estabelecidas e quando cumpridas são gratificadas e comportamentos definidos como negativos são corrigidos. Os filhos participam do cotidiano familiar e tem liberdade para tomar decisões, assim podem se tornar cada vez mais autônomos em sua vida. A relação entre pais e filhos é de grande afetividade e parceria (Baumrind, 1966).

Os pais autoritários reagem como detentores do saber, não se interessam pela opinião dos filhos e rejeitam qualquer forma de diálogo ou questionamento. Desejam um alto grau de respeito a eles e usam com maior frequência métodos de disciplina punitiva como forma de manter a ordem da forma que esperam (Baumrind, 1966).

Pais indulgentes apresentam grande afetividade, mas fazem tudo o que os filhos querem não fornecendo regras nem controle. Já os pais negligentes não apresentam

formas afetivas de tratar os filhos e nem fazem questão de passar regras ou comportamentos, são distantes fornecendo apenas o necessário para a sobrevivência (Baumrind, 1966).

Para La Taille (2006) desde seus primeiros conhecimentos a criança é bombardeada por imposições e valores, que são passadas através das regras sociais, por seus principais cuidadores. Essas regras devem ser passadas de uma maneira que a criança entenda bem, pois é assim que ela se torna uma pessoa que atua de forma produtiva na sociedade.

Denhan e cols. (2000) realizaram um estudo com pais de crianças em idade pré-escolar sobre como eles davam esclarecimentos e limites para seus filhos. O resultado foi que as crianças que tinham um comportamento que causava menos problemas eram pelos pais que usavam de clareza nas instruções e nos limites dados. Já os filhos dos pais que não tinham paciência, e apresentavam uma postura negativista sobre a educação dos filhos, se apresentavam com mais falhas no comportamento. Essa forma de orientação através do diálogo faz com que a criança perceba que o outro também tem suas necessidades, faz com que as questões de moralidade e a visão social se estendam, e também facilitam a compreensão de valores e normas (Marin, Piccinini, Gonçalves & Tudge, 2012).

Se o adulto passa para a criança certos comportamentos que ela deve praticar não significa que esteja dando limite a ela. Dar limite é favorecer que a criança organize-se em suas ideias e atos (Dolto, 1998). La Taille (2000) diz que impor limite não é o bastante, deve-se também ajudar a criança a superar esses limites cognitivamente e emocionalmente, mas o que se percebe em muitos casos é que quem deveria dar a oportunidade de crescimento e autonomia à criança acaba por infantilizá-la

ainda mais. Por isso a conversa com a criança é tão importante, explicar regras e ajudá-la a perceber porque elas foram formadas (Machado, 2002).

Hoffman (1994) discute um tipo de estratégia, como forma de dar educação para a criança, que se percebe nos pais que são as práticas coercitivas e indutivas. Na estratégia coercitiva usa-se de força bruta para tentar educar, como punição, ameaças e certas privações. Esse tipo de atitude faz com a criança tenha sentimentos de medo e raiva, e com isso elas podem não entender o porquê dos castigos e qual a função da mudança dos comportamentos. E já que elas não entendem a consequência de suas ações podem se tornar mais dependentes de comandos de terceiros (Hoffman, 1975). Essas crianças apresentam uma competência social menor, levando a problemas comportamentais (Weber, Selig, Bernardi & Salvador, 2006).

Já a indutiva aponta para a criança o seu comportamento e as consequências que seus atos podem causar em outras pessoas fazendo com que a criança perceba seu comportamento de forma lógica. Quando a criança entende o que e por que faz ela percebe as mudanças que provavelmente devem ser feitas em seu comportamento e assim consegue uma autonomia na hora de decidir uma ação. Estudos apontam que essas crianças se apresentam com uma competência social maior (Weber, Selig, Bernardi, & Salvador, 2006).

Piccinini, Castro, Alvarenga, Vargas e Oliveira (2003) averiguaram essas práticas em mães de crianças portadoras de doenças crônicas e de crianças que não possuíam a doença. As práticas educativas indutivas tiveram maior repetição entre as mães que os filhos possuíam doença crônica, no entanto a diferença comparado com o grupo em que as crianças não tinham doença crônica não foi significativa. Estudos revelam também que crianças com doença crônica tem maior probabilidade de possuir

problemas no comportamento do que crianças consideradas saudáveis (Canning, Harris & Kelleher, 1996). Porém, é válido destacar que a condição de doença da criança pode modificar a forma como se dá a educação (Noll, McKellop, Vannatta & Kalinyak, 1998).

Pode ser que o uso de práticas indutivas seja porque os filhos já passam por processos e tratamentos complicados e com isso evitam maiores danos para a criança, ou seja, usam métodos considerados menos agressivos por causa do estado de saúde da criança. Outra hipótese seria a do medo de o filho sofrer algum dano maior, pode-se explicar também que as crianças doentes atendem mais aos pedidos dos pais e com isso precisem menos de práticas educativas. Os problemas de comportamento que essas crianças possam apresentar tendem a ter mais probabilidade por uma permissividade dos pais por elas terem uma doença crônica do que a própria doença (Piccinini & cols., 2003).

Em alguns estudos, Gomide (2003, 2004) também discute práticas educativas usadas pelos pais na educação de seus filhos e as dividiu em duas partes: práticas educativas negativas, que acarretam em comportamentos anti-sociais (abuso físico, punição inconsistente, disciplina relaxada, monitoria negativa e negligência) e práticas educativas positivas, que fazem com que a criança tenha comportamentos sociáveis (monitoria positiva e comportamento moral).

Quanto as práticas negativas, a negligência ocorre quando os pais não atendem as necessidades dos filhos, tanto na parte material quanto de carinhos e cuidados básicos. Com essa falta de cuidados a criança vai ficando agressiva e indiferente as outras pessoas. A punição inconsistente é dada de acordo com o humor dos pais no

momento do comportamento do filho, ou seja, não condiz com o que a criança realmente fez e sim como o responsável está se sentindo (Gomide, 2004).

A monitoria negativa é não dar espaço para o filho, vigiá-lo a todo momento. Nesses casos os pais falam e discutem muito com o filho e querem saber de tudo o que acontece. Com isso há um afastamento familiar, já que se tenta resguardar sua intimidade, e o convívio vai ficando insuportável. A disciplina relaxada acontece quando há muita ameaça por parte dos pais, no entanto, quando se deparam com a agressividade e o mal comportamento do filho não conseguem se impor e não agem da maneira correta para educar (Gomide, 2004).

Por fim, o abuso físico ocorre quando há intenção de machucar a criança para que ela se corrija de seus erros e obter um controle sobre ela. Esse fato é um grande causador para que a criança se torne mais anti-social e violenta (Gomide, 2003). Gershoff (2002) dá uma ideia da diferença entre punição corporal e abuso físico. Para ele punição corporal é uma forma de controle e educação, sem que a criança sofra lesões corporais ou psicológicas. Já abuso físico são considerados atos que denigrem a criança e fazem com que ela realmente se machuque e se sinta mal.

Explicam-se agora as duas práticas positivas expostas por Gomide (2003). A monitoria positiva é saber de seu filho e das atividades que ele faz, porém lhe dando espaço para ter suas próprias experiências e poder compartilhar em família. O mais importante dessa prática é o amor e carinho que são dados a criança, fazendo com que ela se sinta acolhida, e perceba também que há uma confiança mútua nessa relação de pais e filhos. E o comportamento moral é a passagem de valores que os pais dão através do diálogo e ações, lembrando que essa prática também requer muito carinho de ambas as partes.

Mais uma vez pode-se dizer que esse último tipo de educação é a melhor para a criança, pois é assim que ela percebe o que está fazendo de errado e pode tirar suas próprias conclusões do que fez e até encontrar uma maneira de concertar a situação, ganhando assim mais autonomia em suas escolhas e atos. Além disso, a criança busca cada vez mais compreender o que acontece com o mundo, despertando assim, além da autonomia, a curiosidade (La Taille, 2000).

A colocação de limites faz parte de nossa vida em sociedade, caso isso não ocorra não há como viver com outras pessoas. Quando não se faz isso a impressão que se tem é de um descompromisso com a própria criança e o que seria uma forma de dar liberdade e evitar o sofrimento acaba se tornando uma ausência. “Os ‘não’ parentais são essenciais, e somente pais muito desleixados não cumprem esse papel preventivo” (La Taille, 2000, p. 52).

Fazer com que a criança participe de ações decisivas da vida, e não façam tudo o que lhes mandam, é empregar a autonomia, o que não significa que elas ficarão rebeldes. Pelo contrário, com a cooperação mútua entre crianças e adultos, aqueles poderão executar alterações socioculturais necessárias. Infelizmente o que percebemos é que a divisão entre adultos e crianças dificulta a participação de divisão de responsabilidades (Pires & Branco, 2008).

Atualmente se discute muito a respeito da Psicologia Positiva como forma de prática educativa. É uma abordagem relativamente nova, sendo que por volta dos últimos anos é que tem crescido, conduzindo a perceber o vigor das pessoas e precavendo ou minimizando algo que tenha causado algum dano (Paludo & Koller, 2007).

Ela visa dar um rumo à psicologia para estudar as emoções positivas e o potencial que há na pessoa. As bases são as emoções positivas como confiança e esperança, as características positivas que a pessoa possui como habilidades em que se destaca e as instituições positivas dando como exemplos a democracia e liberdade de expressão. Não é apenas uma questão de concertar o que está errado e sim potencializar todas as coisas boas (Seligman, 2002).

A Psicologia Positiva tem a preocupação de envolver os grupos e instituições, não apenas a pessoa, e cooperar para que se tenha um florescimento pleno para as características positivas e não focar todos os seus esforços em uma patologia (Paludo & Koller, 2007). É usado o termo florescimento para explicar um bom desenvolvimento não apenas em termos psicológicos, mas também levando em consideração os biológicos e sociais (Keyes & Haidt, 2003).

A Psicologia Positiva tem uma boa cooperação no que diz respeito ao desenvolvimento, afirmando que a sociedade e a cultura influenciam o sujeito e suas experiências. Essa abordagem não é a única que faz essa observação sobre a pessoa e o meio em que se vive, como já vimos anteriormente ao falar de Vygosty, Piaget e Wallon, porém, traz o conceito de “organismo integrado”. Esse é o motivo pelo qual a Psicologia Positiva se preocupa em envolver grupos e instituições (Paludo & Koller, 2007).

Destaca-se que a Psicologia Positiva está muito relacionada com o fator resiliência no desenvolvimento (Calvetti, Muller & Nunes, 2007). Resiliência significa vencer as adversidades, quando os resilientes defrontam suas adversidades pode se levar em conta que é uma adaptação para encarar o seu cotidiano. Essas crianças conseguem

enfrentar situações que a maioria das outras não conseguiriam (Sapienza & Pedromônico, 2005).

Quando se encara momentos em que há empecilhos ou riscos, o comportamento e funcionamento se transformam e se tornam mais positivos, numa tentativa de encarar o problema. É nesse ponto que a resiliência nos ajuda a entender esse mecanismo, diante de algo ameaçador a pessoa se mostra diferente do que normalmente se mostraria, tendo uma força maior para enfrentar o que está passando e se potencializando (Ryff & Singer, 2003).

Masten (2001) veio com a colocação de que a resiliência é uma capacidade para todos, e não privilégio de poucas pessoas como se pensava, independente da situação ou ambiente serem agradáveis ou desagradáveis. Ele oferece a ideia de que a resiliência é uma forma de adaptação saudável e positiva.

Sá (2010) apoia a ideia de que para uma melhor proteção para a criança o melhor a se fazer é ajudá-la a enfrentar as situações e adversidades que ela encontra no caminho e Paes, Silva e Alves (2012) afirmam que é interessante acreditar que as crianças são capazes de resolver certos problemas que aparecem, mas mesmo assim se faz bem em mediar, e apenas isso, o que elas pretendem.

Alguns pais modificam inteiramente suas vidas por conta da doença do filho, assim a autonomia de ambas as partes fica deturpada, um se torna totalmente dependente do outro (Brito & Sadala, 2009). O que deveria acontecer era justamente o contrário, os pais deveriam estimular que os filhos se tornem autônomos para poderem adequar ao estilo de vida (Paro, Paro & Vieira, 2006).

Os cuidados que se deve ter com uma criança diabética são muitos e por esse motivo os pais passam a dar uma super proteção a elas, contudo isso faz com que a

criança não tenha uma autonomia além de poder contribuir para um mau controle metabólico (Minanni, Ferreira, Sant'Anna & Coates, 2010). Um aspecto que seria positivo nessa super proteção é o controle da glicemia, mas pode causar também uma falha na personalidade da criança como dependência maior em relação aos pais, humor instável e vontades que não podem ser contrariadas (Verena, Godeffroy, Sengbusch, Hager & Thyen, 2005; Ajuriaguerra, 1976).

Além disso o fator de ganhos secundários fica muito presente quando há uma doença e proteção exagerada. A criança começa a receber mais atenção dos cuidadores, presentes, mimos e regalias que não teria se não fosse o fator adoecimento. Isso é normal, faz parte de enfrentar o problema, mas pode acontecer de a criança fazer disso um refúgio e fugir de qualquer problema que possa vir a enfrentar (Alby, 1998). Literaturas mais recentes como Bernardes, Oliveira e Marcon (2011) também falam desse método de super proteção e regalias levando a ganhos secundários e suas consequências, como exemplo a regressão, e aponta a importância de dar educação para que a criança aprenda a amadurecer mesmo diante da situação de doença.

Já para Dupas, Ferreira e Nunes (2007) a família é muito importante para a construção da doença, e apesar de que algumas vezes os pais fazem tudo pelos filhos outras vezes eles dão a possibilidade de crescimento, amadurecimento e de seguir os caminhos para um bom cuidado da doença.

Um exemplo disso é o autocuidado que é importante para que a criança se desenvolva, tenha uma independência e consiga sua individualidade, mas para isso é importante saber qual percepção ela tem sobre o assunto (Herrman, 2006). A criança deve ser estimulada a fazer o controle e aplicar a insulina sozinha, para isso deve-se levar em consideração, além da idade da criança, fatores como o que a criança sabe da

doença, seu desempenho cognitivo, como ela se porta frente ao controle das atividades referentes à Diabetes e o ambiente que a família proporciona (Ataide & Damasceno, 2006).

Além da família, a escola tem grande significado na vida de uma criança, tanto na parte de desenvolvimento quanto de autonomia do indivíduo. E as duas também podem funcionar para que a criança se desenvolva ou se iniba diante de novas situações, fazendo com que professores, familiares e crianças consigam vivenciar os conflitos e dificuldades e superá-las da melhor forma possível (Dessen & Polonia, 2007).

A escola tem seus objetivos já conhecidos e característicos de ensino para as crianças, levando com que elas desenvolvam aspectos psicológicos superiores como memória, criatividade e muitas outras. Mas, também prepara o aluno para uma convivência em sociedade e relacionamentos afetivos com outras pessoas que não são do núcleo familiar (Oliveira, 2000). Um exemplo disso é a hora de lanche e intervalo, onde a criança tem a oportunidade de se relacionar com pessoas das mais diversas idades, aprende a dividir, a perceber diferenças e igualdades e assim se inserir cada vez mais em sociedade (Dessen & Polonia, 2007).

A criança chega à escola carregada de conceitos e costumes que foram colocados no ambiente familiar. No contexto escolar ela acaba descobrindo outros costumes e assim pode ir se identificando e tomando partido, ou não, dessas novas formas de pensar e viver (La Taille, Dantas & Oliveira, 1992). E é aí que o professor chega como mediador dessas diferenças, fazendo com que seus alunos aprendam cada vez mais e optando pelo que acham mais conveniente, formando assim sua autonomia (Silva, 2012).

O que acontece é que os relacionamentos que a criança cria no ambiente escolar ajudam para que ela viva e perceba novas situações e aprenda a se esquivar ou enfrentar

o que acontece, com ajuda ou não de outras pessoas. A partir de seu desenvolvimento a criança passa a se comportar de maneira diferente, tanto na aprendizagem escolar quanto no lado psicológico, assim a autonomia e independência se torna cada vez maior quando está fazendo parte de uma escola, justamente porque está se desenvolvendo mais (Dessen & Polonia, 2007). Quando em contexto de uma educação formal, as crianças aprendem a ter confiança em si mesmas e a partir daí buscam novas formas de explorar e perceber o mundo (Silva, 2012).

III. Como o Diabetes Pode Afetar, ou Não, o Desenvolvimento e Comportamento Infantil.

Quando se trata de doença crônica, com possibilidades de complicações no futuro, a família se depara com um sentimento de ansiedade muito grande, principalmente por ter acontecido com uma criança (Setian, Damiani, Dichtchekenian & Manna, 2003). O esperado é que as crianças se desenvolvam de forma saudável. Mas os comportamentos são modificados quando se depara com uma patologia na infância, causando conflitos na família e na própria criança (Lima & Vieira, 2002).

Na infância o sofrimento é maior com o anúncio da doença, pois não se sabe o que pode acontecer com as crianças e nem o que vão enfrentar pelo caminho (Moreira & Dupas, 2006). Isso também acontece com os responsáveis por essas crianças, eles ficam com medo do que pode acontecer, se vão conseguir cuidar de forma adequada dos filhos e como a rotina vai se estabelecer depois do anúncio da doença (Milioniri, Fernandes, Decesaro & Marcon, 2008).

Moreira e Dupas (2006) destacam que o susto emocional que a criança passa desde a descoberta da doença e sua convivência com ela pode se agravar, pois a criança não sabe o que é o Diabetes e nem o envolvimento que traz no dia a dia. As crianças são muito dependentes dos pais, sendo assim elas aceitam todos os comandos que são impostos. À medida que vão crescendo elas querem ser responsáveis pela própria vida e saúde, além disso, os hormônios que estão mudando podem causar um auto-controle insatisfatório e mais difícil (Enumo & Santos, 2003).

Em um estudo feito por Góes, Vieira e Júnior (2008), sobre Diabetes no contexto familiar e social, observou-se que as crianças apresentaram alguns sentimentos com relação à doença. Os sentimentos foram de revolta por estarem saudáveis e

imediatamente depois apresentarem a doença crônica, recusa de voltar ao convívio escolar e em assumir ser portadora da doença, insegurança em relação aos novos hábitos e como se adaptar com o tratamento que deve ser continuado. Marcelino e Carvalho (2005) mostram que o Diabetes Tipo I é fator arriscado para se desenvolver um desarranjo psiquiátrico em crianças. Os sentimentos que acompanham o adoecer são negativos, como regressão, perda da auto-estima, insegurança, ansiedade, negação da situação apresentada, depressão e risco aumentado de distúrbio alimentar.

Mas à medida que vão convivendo com a doença e descobrindo formas de lidar com ela, a maneira de enfrentá-la muda, elas se conhecem mais e aprendem a “ouvir” seu corpo e compreender os sintomas (Moreira & Dupas, 2006). Algumas crianças conseguem reconhecer os sintomas que seus corpos apresentam. Quando ocorre uma hipoglicemia elas se reconhecem estando com tremores, tontura, dor de cabeça, dor estomacal, fracas e sonolentas chegando até a perder a consciência. Quando alguns desses sintomas aparecem, elas fazem uso de bebidas doces ou comem pão. Já no caso da hiperglicemia os sintomas seriam dor de cabeça, suor nas mãos, dor estomacal, fome, sede e maior quantidade de urina e o modo de resolver o problema seria com aplicação de insulina (Góes, Vieira & Júnior, 2008).

É importante compreender que por ter Diabetes não significa que o desenvolvimento será adverso. Embora as crianças possam ser propensas a alguns distúrbios, a maioria se desenvolve normalmente como qualquer outra criança (quando começam a andar, falar ou controlar os esfíncteres, por exemplo) e tem uma vida considerada saudável (Lordelo & Carvalho, 2002; Piccinini & cols., 2003). Mas estudos de Castro e Piccinini (2002) apontam que crianças com Diabetes podem estar expostas a exprimir um desarranjo nos aspectos emocional, social e comportamental.

Porém, não se pode culpar a doença por algum comportamento ou desenvolvimento adverso que a criança apresente. Num estudo de Zaberlan (2002) é apresentado que alguns requisitos apresentados por familiares, como falta de sensibilidade e problemas psicológicos, influenciam o desenvolvimento da criança. E muita ansiedade, desapego ou falta de cuidados interferem no desenvolvimento nos lados emocional, cognitivo e social.

Figueiredo e Schermann (2001) realizaram um estudo para saber se havia alguma diferença no relacionamento entre mãe-criança e/ou comportamental em crianças com doença crônica e crianças que não tinham a doença. Confirmou-se que não há diferenças em nenhum desses pontos entre os dois grupos estudados, uma doença crônica não significa que haverá problemas comportamentais.

Outro fator que tem influência sobre o comportamento e o desenvolvimento das crianças são as expectativas colocadas em cima delas. Com tantas esperanças depositadas, a tendência é que se pressione a formação de certos comportamentos, já que esses ganham uma atenção maior e são mais estimulados pelos pais (Miller & Harwood, 2001). As diferentes circunstâncias e os hábitos que se tem, dependendo do lugar e da época, nos ajudam a entender melhor essas expectativas depositadas (Kobarg, 2006).

Zanetti e Mendes (2002) acreditam que quando a família e a criança começam a interagir mais com a doença, e com os procedimentos que devem ser feitos, os sentimentos negativos que acompanham o caso se tornam sentimento de aceitação. Antonia e Zanetti (2000) afirmam que quando isso acontece fica mais fácil controlar a Diabetes e Marcelino e Carvalho (2005) reafirmam que a família e os amigos são pontos fundamentais no controle da doença e para obter uma melhor adesão ao tratamento.

As crianças, por meio da postura dos pais, sustentam sua diferença comparada às outras pessoas e acabam se isolando. A família tem muita importância para tentar estabelecer o lado emocional da criança, que já está excessivamente perturbado. As formas como os familiares se portam com a nova situação influenciarão a criança a aceitar ou negar a doença (Pilger & Abreu, 2007).

O estresse, vindo do ambiente familiar ou de qualquer outro ambiente, traz problemas no comportamento da criança podendo ter interferência no cuidado e na dieta que deve ser feita (Soutor, Chen, Streisand, Kaplowitz & Holmes, 2004). O estresse também pode agravar e dificultar o controle da glicose, podendo chegar até a um quadro de hiperglicemia (Enumo & Santos, 2003). Com esses problemas agravados a criança pode apresentar quadros mais ansiosos e depressivos (Holmes & cols., 2006).

Haggerty e cols. (2000) afirmam que mesmo sendo difícil identificar a relação entre fatores estressantes e a doença, essa relação existe. E já foi verificado que existe uma conexão entre o controle glicêmico e o ajuste social (Fonagy, Moran, Linsay, Kurtz & Borwn, 1987). O que acontece é que algumas pessoas são mais sensíveis do que outras para tais fatores, mesmo estando nas mesmas condições e isso acontece por questão de diferenças nos aspectos fisiológicos ou psicológicos. Raramente os efeitos estressores são isolados, ou seja, a doença não é exclusivamente o causador, mas sim um conjunto de fatores interligados que afetam diretamente o sujeito. Os problemas de aspecto comportamental também são uma consequência desses fatores (Sapienza & Pedromônico, 2005).

Método

A pesquisa foi realizada pelo Método Qualitativo. Esse método busca uma construção da realidade social que não pode ser quantificada. Esse processo pode tomar outros rumos, se readaptar, de acordo com o que a pessoa for relatando e dependendo da finalidade que se busca. Nesse método a fala dos entrevistados se torna reveladora de seus valores, crenças, representações, hábitos, atitudes e opiniões (Minayo, 2007).

Participantes:

Os participantes desta pesquisa foram selecionados a partir da amostra de conveniência da pesquisadora. Para fazer parte da pesquisa eles deveriam seguir os seguintes critérios: serem responsáveis por crianças com idades entre 05 e 08 anos, três dessas crianças possuírem alguma Diabetes e três delas não, as crianças poderiam ser tanto do sexo masculino como do feminino, e aceitarem participar da pesquisa voluntariamente. Dentre os participantes duas eram avós, sendo que os netos de ambas possuem doença crônica, e quatro foram as mães das crianças.

Para uma divisão e melhor compreensão as entrevistas foram divididas com as siglas PD e NPD, que se referem às entrevistas dos responsáveis das crianças que Possuem Diabetes e das que Não Possuem Diabetes, respectivamente.

As crianças diabéticas descobriram a doença com a idade aproximada de: PD 1 - 3 anos, PD 2 - 1 ano e PD 3 - 7 anos. Hoje essas crianças estão com a idade de: PD 1 - 5 anos, PD 2 - 6 anos e PD 3 - 8 anos. Já as crianças não diabéticas estão com: NPD 1 - 8 anos, NPD 2 - 7 anos e NPD 3 - 6 anos.

Local das entrevistas:

As entrevistas foram realizadas no local de disponibilidade do participante, de preferência na residência do sujeito, por motivo de um conforto para a pessoa pesquisada.

Instrumentos:

Os instrumentos utilizados para a realização dessa pesquisa foram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (Anexo I), uma breve anamnese e roteiro de entrevista semi-estruturado (Anexo II).

Procedimento:

Logo que o Comitê de Ética em Pesquisa aprovou o trabalho, o primeiro contato com os sujeitos participantes da pesquisa foi feito, definindo assim o dia, a hora e o local que seria realizada as entrevistas, e com isso uma pré-permissão dos responsáveis das crianças para a atividade. Quando combinado, e após o consentimento de cada um pela assinatura do Termo de Consentimento (Anexo I), iniciou-se a gravação das entrevistas usando como base a anamnese e o roteiro de perguntas previamente definido (Anexo II). O roteiro de entrevista continha 20 perguntas, sendo que três delas foram feitas apenas para os pais cujos filhos possuem Diabetes, esta entrevista estava prevista para uma duração de 45 minutos. Com a conclusão as entrevistas foram transcritas, realizada a revisão bibliográfica, feita a análise dos resultados e a discussão teórica.

Análise dos resultados:

Nessa pesquisa foi utilizada Análise de Conteúdo descrita por Minayo (2007), onde se busca dar sentido às falas dos pesquisados. Essa análise deve ser objetiva, para que haja o entendimento dos leitores, e sistemática, para que metas e objetivos propostos possam ser alcançados.

Após as pesquisas realizadas foram feitas entrevistas, e com as transcrições e leituras delas pode-se chegar a nove categorias que foram consideradas mais relevantes para os fins dessa pesquisa. Logo em seguida essas categorias foram analisadas e discutidas para uma conclusão final da pesquisa.

Resultados e Discussão

A partir das falas das cuidadoras das crianças e após todas as entrevistas realizadas e transcritas, pode-se fazer comparações e análises de todos os casos. Com isso chegou-se a nove categorias para serem analisadas individualmente, sendo que seis categorias estão relacionadas a todas as crianças e três delas relacionam especificamente às crianças diabéticas. Essas categorias estão descritas abaixo.

1. Desenvolvimento

A definição mais usada ao falar sobre o desenvolvimento foi “normal”, ou seja, nenhum responsável percebeu alguma característica que diferenciava suas crianças de qualquer outra, ou algo que pudesse ser percebido como atraso significativo ao crescer e se desenvolver. Para uma compreensão mais facilitada esta parte da categoria de análise será dividida em alguns subtópicos sobre os temas que foram mais lembrados e explicados pelas cuidadoras sendo eles: (1.1) diagnóstico inicial, (1.2) processo de comunicação, (1.3) processo de locomoção, (1.4) evolução de coordenação motora e (1.5) controle dos esfíncteres.

Diagnóstico inicial:

Para ser considerado saudável em seu nascimento o peso do bebê deve variar entre 2,500 e 3,900 e com altura por volta de 50 cm (Dal Bosco, 2010; Magalhães & Fritsch, 2006; Oliveira, 2010). Com relação à altura todos nasceram entre 48 e 53 cm, no entanto quanto ao peso cinco crianças nasceram entre 3,050 e 3,400kg, apenas uma das crianças nasceu com um peso maior do que o esperado. Uma das crianças diabéticas (PD 2) nasceu pesando 4, 560, isso se deu pois sua mãe já tem diabetes e crianças com esse histórico já nascem com o peso acima da média (Marini, 2013).

Nenhuma das crianças precisaram de cuidados especiais após o nascimento, elas apenas ficaram em observação cada um por algum motivo, mas não há relatos de

internações prolongadas ou procedimentos mais exaustivos para a mãe ou para o bebê. Algumas das crianças precisaram ser observadas mais de perto ou passaram por algum tipo de pequeno tratamento, mas nada que afetasse o desenvolvimento e o crescimento, isso aconteceu em crianças das duas categorias de entrevista. *“Ela precisou só de ficar um pouquinho em observação porque ela tava um pouquinho engasgada.”* (PD 1), *“Até porque todo muito sabia que ele era filho de uma diabética, ele ficou lá em observação, como toda criança.”* (PD 2), *“Ela teve um pouquinho só de icterícia, foi só tomar sol mesmo.”* (NPD 3).

Além dessas questões todas as crianças foram consideradas tranquilas e fáceis de lidar, foi relatado pelas cuidadoras que eles se alimentaram bem e sempre tiveram um sono tranquilo. Em duas entrevistas foi dito que as crianças eram consideradas choronas, uma criança de cada categoria de entrevista, por motivos variados. No caso da criança diabética ele também possui TDAH e a cuidadora relaciona os vários momentos de choro com esse transtorno: *“Ele sempre foi uma criancinha muito agitadinha. Crianças que são chamadas de bebê chorão são crianças que geralmente são portadoras desse tipo de alteração (TDAH).”* (PD 2). Já para a criança que não possui a doença o fator era outro: *“Eu não tinha leite, então ela chorava, enquanto eu não descobri que era porque o leite não dava ela chorava muito.”* (NPD 1).

Processo de comunicação:

As primeiras palavras ditas por uma criança são dadas por volta de um ano de idade, essas palavras são pronunciadas de forma muito arcaica, com apenas uma sílaba e de difícil compreensão, na maioria dos casos apenas os cuidadores principais conseguem entender o que a criança quer falar (Silva & cols., 2008).

Foi relatado pelas cuidadoras que as crianças começaram sua vida de comunicação verbal por volta de 1 ano, mas o melhor entendimento das palavras se deu entre 1 ano e meio e 2 anos. *“Ela começou a falar com mais ou menos um aninho. Mas falar mesmo, assim alguma coisa que a gente já entendesse, era um ano e meio mais ou menos.”* (PD 1). *“A falar mesmo foi com mais de um ano, acredito que com um ano e três meses mais ou menos.”* (NPD 2).

Algo que foi relatado, e bem interessante por sinal, é que em todos os casos as crianças receberam estímulos para a comunicação. Isso se deu por contato com outras pessoas, por músicas, desenhos... enfim, variados métodos simples que ajudaram nessa parte do desenvolvimento. *“Mas é porque a A. e a T. incentivavam demais ela, ficavam repetindo e ela foi aprendendo, toda a vida foi assim esperta pra falar, pra ler.”* (PD 3), *“Ela pequenininha já foi para o CEASA com um mês e meio.”* (NPD 1). Na parte de comunicação é mais fácil dar estímulos para a criança, já que tudo depende disso, por esse motivo até mesmo as mães que ficam receosas em dar autonomia para as filhas, ou nem sabem como fazer isso, conseguiram dar uma boa motivação.

A linguagem é fundamental para que haja interação da criança com o mundo em que vive, é fundamental para que comece a socialização e ter voz ativa onde vive especificando seus desejos e o que não lhe agrada (Vygotsky, 1998). Essa percepção é significativa, quando a criança consegue verbalizar seus sentimentos e querer ela é capaz de ganhar uma autonomia, pois já entende o que quer e pode entender como fazer aquilo.

Processo de locomoção:

Segundo a teoria é por volta dos seis meses que a criança começa a tentar se equilibrar e um tempo depois, com a idade aproximada de um ano, que começa a

ensaiar seus primeiros passos para conseguir andar em definitivo (Silva & cols., 2008). Em todos os casos analisados foi exatamente isso que aconteceu, todas as crianças começaram a engatinhar nas idades entre seis e onze meses e a andar por definitivo entre 1 ano e 1 ano e meio.

Em um caso foi relatado pela mãe que a menina levou certo tempo para deixar o medo de lado e começar a andar sozinha por definitivo *“Ela começou a andar mesmo, soltar um banquinho que ela ficava andando, com um ano e cinco meses. Eu motivava, era ela que tinha medo mesmo.”* (NPD 3). Com esse relato percebe-se que o problema não é de uma criança portadora da diabetes, a doença não tem influencia sobre o desenvolvimento e nem sobre a confiança da própria criança.

Evolução de coordenação motora:

Para que esta questão fosse melhor aproveitada foram feitas as mesmas perguntas, mesmas características, para todas as cuidadoras. Com relação aos movimentos amplos foram questionadas sobre subir escada, correr, pular e andar de bicicleta, e com relação aos movimentos finos sobre segurar colher, pegar objetos pequenos, usar tesoura e lápis. Dentre esses fatores alguns chamaram atenção pela fala das cuidadoras, essas questões serão abordadas a seguir.

Duas das crianças, uma de cada categoria de entrevista, levaram um tempo a mais para conseguir ter equilíbrio e precisão para andar de bicicleta *“Ela tá aprendendo a andar de bicicleta agora. Quando ia tirar as rodinhas que descobriu que ela é diabética e eu fiquei com medo de deixar ela andar de bicicleta.”* (PD 3), *“Andar de bicicleta ela demorou.”* (NPD 1). E outras duas, também de ambas categorias, demoraram mais do que as outras para conseguirem comer sem a ajuda dos pais *“Pra comer eu ainda dava comida, eu que ficava dando comida na boca dela até grande, um cinco anos.”* (PD 3),

“Demorou um pouquinho pra pegar e comer sozinha, mas acho que era mais porque eu não deixava, eu não estimei no começo.” (NPD 3).

Nessa última questão pode-se perceber como é importante que os pais estimulem os filhos e fazer coisas sozinhas, de acordo com o crescimento da criança é importante que se vá dando condições para que ela consiga fazer coisas à sua maneira e aprendendo cada vez mais a sofisticar seus movimentos e ações. Como a teoria de Zona de Desenvolvimento Proximal de Vygotsky (1998) ensinar a criança a se desenvolver dependendo do que ela já é capaz sozinha e a partir daí dar cada vez mais condições de independência.

Dá para perceber que quando a criança é motivada ela alcança níveis cada vez mais altos, com mais facilidade e mais cedo como nos casos *“Ela já come sozinha e foi fácil, porque eu sempre deixei ela comer, mesmo que se lambuzasse toda ela já comia sozinha, desde pequenininha.” (PD 1)* e *“Quando começou a sentar eu punha comida ,então era tudo né, passava no cabelo, comia, passava no corpo, mas assim já foi começando rapidinho.” (NPD 1)*. Sempre gosto de colocar exemplos de crianças com e sem Diabetes para que fique bem reforçado que a doença não é fator que cause algum desarranjo no desenvolvimento, nesse caso como em tantos outros é a motivação dada para a criança.

Controle dos esfínteres:

Segundo Almeida (2012) o controle dos esfínteres se dá por volta de 2 anos de idade. Todas as crianças desse estudo estão de acordo com essa teoria, elas conseguiram ter um controle, ou começaram o processo, nas idades entre 1 ano e meio e 2 anos e meio. *“Quando eu tirei a fralda dela, ela tinha um ano e dez meses.” (PD 3)*, *“Quando a médica mandou tirar (a fralda) ela tinha um ano e oito meses.” (NPD 1)*.

Porém há fatores que ainda devem ser analisados sobre essa questão. Algumas crianças, algumas vezes, ainda fazem xixi na cama ou na roupa. As duas crianças que não possuem Diabetes ainda tem esse comportamento por motivos iguais, se distraem e não param suas atividades para ir ao banheiro: *“Às vezes ainda acontece de molhar a calcinha. Mas a calcinha é o seguinte, tá brincando e não quer parar, tá comendo e sai correndo.”* (NPD 1) e *“Assistindo televisão ele fica fixado naquele desenho, tem um desenho que prende muito ele, então as vezes dá vontade dele fazer xixi ele não vai.”* (NPD 2). Neste último caso ainda há o fator regressão, a própria mãe afirma *“Eu já percebi isso, sempre com a chegada de um novo irmão, como se ele regredisse.”*, o que é bastante comum em vários casos como esse.

Já no caso das crianças que possuem a doença o fator é outro, que dispensa demais falas, já que foi muito bem explicado pelas avós das crianças: *“Quando a glicose tá muito alta tem que tomar insulina e aí quando ela toma insulina dá muita sede e conseqüentemente ela faz muito xixi, aí ela dorme e não consegue acordar, mas se a glicose tiver controlada ela não faz xixi não.”* (PD 1) e *“Quando a glicemia está alterada ele faz muito xixi, aí eu falo pra ele que tem que ir ao banheiro antes, porque quando solta, solta mesmo.”* (PD 2). Em consequência disso as duas crianças ainda precisam, quando a glicose está alterada, de usar frauda noturna.

Pode-se dizer assim que nesse aspecto de desenvolvimento físico não há diferenciação entre as crianças que tem Diabetes e as que não tem. Todas elas se desenvolveram nos mesmos aspectos em idades aproximadas e de forma considerada conveniente pelos seus responsáveis. Tendo teoria e práticas juntas nessa questão pode-se afirmar também que todos os cuidadores tiveram uma percepção adequada sobre o crescimento das crianças.

2. Ajuda da escola na autonomia

Alguns relatos de cuidadoras especificam como foi importante para o desenvolvimento das crianças a ida para a escola: *“A escola deu um empurrão ainda maior nela.”* (PD 1) e *“Ela foi pra escola cedo, ela entrou com três anos. Então rapidinho, na escola desenvolve muita coisa né.”* (NPD 1).

Esse desenvolvimento é muito maior porque a escola é caracterizada pela socialização que oferece e por direcionar a criança em afazeres relacionados à sua idade, enfrentando melhor as novas situações que lhes são oferecidas (Dessen & Polonia, 2007). Essa saída de casa é muito significativa para qualquer criança, para as que tem Diabetes é maior ainda. Além de conhecer um mundo novo ainda se deparam com situações que vão lhe exigir um grande autocontrole de suas vontades e de seu corpo. Vai perceber as diferenças que existem entre ela e as demais pessoas e cabe aos cuidadores e professores fazerem o melhor possível para que elas não se sintam perdidas e deslocadas.

Mas não é o que está realmente acontecendo em alguns casos: *“Na escola que eles deixam ela entrar mais tarde e sair mais cedo, eu faço isso porque eu tenho medo de ela ficar lá e comer muita besteira. Por mais que a professora tenha aquele cuidado eles sempre dão um jeitinho... então eu tenho medo dela comer doce ou não comer direito e passar mal, eu ainda tenho um pouco de medo em relação a isso.”* (PD 1). Essa situação, apesar de caracterizar uma diferença entre as crianças, o que não é uma atitude adequada, se torna compreensível com a explicação dada, já que cuidar de crianças dessa idade não é fácil e elas ainda não tem uma consciência clara das consequências que a doença pode acarretar.

3. Autonomia dada pelo responsável e autonomia da criança

Entre essas duas formas de autonomia há uma linha muito tênue para poder diferenciá-las, não se sabe ao certo até onde vai algo que a criança faz por si só e o que os responsáveis as deixam fazer, já que normalmente as crianças já fazem o que os cuidadores ensinam a fazer.

Nesse estudo podem-se observar algumas formas diferentes de tratar as crianças dependendo de alguns fatores mais relevantes o jeito da criança ser, a própria doença e a forma como é cuidada pelos seus responsáveis. Essas são as três características principais que foram reconhecidas nas entrevistas e cada uma delas aconteceram com duas crianças, uma de cada categoria de entrevista.

Duas crianças são muito ativas em sua forma de ser e mais do que isso sempre foram impulsionadas a tentar coisas novas e tentarem fazer coisas sozinhas. *“Ela é bastante independente, até demais eu acho. A gente ensina uma coisa pra ela uma vez e basta. Eu deixo ela livre pra fazer.”* (PD 1), *“Ela é bem independente. Porque aqui tem que fazer tudo muito sozinho, elas tinham que me ajudar.”* (NPD 1). A motivação sempre foi algo importante que ajudou essas meninas a se organizarem de uma forma mais independente e exploratória.

Em outras entrevistas as crianças até são estimuladas para realizarem suas tarefas sozinhas, mas, por um provável medo e por questão de personalidade, essas crianças ainda encontram certa dificuldade para se libertarem. Esse provável medo foi referido por causa da Diabetes que impede a total liberdade da criança: *“Ele ainda não se sente seguro pra tomar um banho sozinho. Às vezes ele não tem condição de ficar no andar de cima sozinho, porque já aconteceu de ele ter hipoglicemia,”* (PD 2). A personalidade da outra criança é de um menino que ainda não assimilou bem as responsabilidades que estão sendo dadas a ele e não consegue cumpri-las: *“Eu procuro dar responsabilidade*

pra ele, só que tá difícil. Ele é independente quando ele quer. Eu tenho que arrumar mochila de três meninos então eu deixo ele arrumar a dele, eu confio nele, só que as vezes ele não arruma direito.” (NPD 2).

Já os dois últimos casos são os mais complicados, em todos os aspectos, pois aqui uma das meninas teve sua autonomia podada com a descoberta da doença e com os medos que a família está sentindo, além de a autonomia da outra não estar sendo bem aproveitada. *“Ela era mais independente. Eu acho que é devido ela ter ficado doente e eu proteger demais. Porque antes ela não era assim, mas parece que eu fechei ela mais.”* (PD 3). *“Se ela não é mais independente é por minha culpa. Eu costumo a pegar a roupa pra ela vestir, eu gosto, eu sou centralizadora, tenho dificuldade de delegar as coisas”* (NPD 3). As próprias mães percebem o mal que estão fazendo às filhas, mas não conseguem deixar com que tomem a frente de coisas que elas já conseguem fazer por conta própria.

É importante que desde bem pequenos as crianças sejam estimuladas a conseguirem fazer coisas sozinhas, quanto mais cedo isso acontecer melhor será para ela se acostumar a ter sua independência e participar ativamente de sua vida e saber fazer suas próprias escolhas (Andrade e cols., 2005; Hernández-Muela, Mulas e Mattos, 2004).

4. Impacto no curso do desenvolvimento

De todas as categorias de análise expostas nesse trabalho provavelmente a que chamou mais atenção foi sobre o impacto que os cuidadores tiveram em algum momento da vida ou característica da criança. Foi interessante perceber que quatro das entrevistadas, duas com crianças sem doença e duas com crianças doentes, relataram que o desenvolvimento da fala das meninas foi algo que se deu cedo e que as fizeram se impressionar. *“No desenvolvimento todo foi ela falar, rápido.”* (NPD 1), *“Ela sempre se esforçou pra falar correto, desde pequenininha e eu achava isso engraçado.”* (NPD

3), *“Ela escuta a gente falando umas palavras consideradas difícil pra idade dela e fala sabendo do que tá falando, ela encaixa a palavra no contexto e isso também chama atenção.”* (PD 1), *“Na verdade antes de dois anos a M. J. falava cada palavra difícil. Ela tinha uns dois anos e falou ‘paralelepípedo’.”* (PD 3).

No entanto quando questionadas sobre algo que impactou as duas cuidadoras das meninas doentes não disseram isso, em um primeiro momento a cuidadora PD 1 se recordou apenas do aspecto negativo da doença: *“O impacto maior foi quando eu descobri que ela tinha Diabetes.”*, mas logo depois completou a fala dizendo sobre o impacto da menina dizer palavras consideradas difíceis. Já a cuidadora PD 3 em nenhum momento se recordou dessa característica da filha, o que ela contou sobre a fala da criança foi dito antes dessa pergunta ser feita: *“O meu impacto maior foi o desespero de saber que ela tinha diabetes.”* (PD 3).

Em duas entrevistas os cuidadores disseram não ter percebido algum impacto significativo no histórico da criança e também não relataram em algum outro momento algo que chamasse a atenção no processo. Essa fala foi dita por cuidadoras de crianças das duas categorias de entrevista, com e sem diabetes. *“Pra mim foi tudo normal mesmo.”* (PD 2), *“Nada me causou impacto.”* (NPD 2). Provavelmente a cuidadora da criança diabética não teve um impacto como as outras porque a mãe dele já tem Diabetes Tipo I, então já se esperava que ele tivesse essa doença: *“Todo muito sabia que ele era filho de uma diabética, toda equipe já sabia e ele ficou lá em observação.”*

Apenas em uma das entrevistas foi relatado um impacto negativo, que não a doença, apenas no curso do desenvolvimento da criança: *“O que me impactou acho que foi essa questão de andar, que eu já tava agoniada.”* (NPD 3). O que aconteceu foi que a criança levou um tempo para conseguir andar sem ajuda de apoio, mas isso não quer

dizer que ocorra um problema com a criança. O fato é que cada uma se desenvolve em tempos diferentes, cada uma tem seu momento para desenvolver características e habilidades (Santos, 2001).

Outra questão que chamou atenção nesse caso foram as falas de duas mães, uma de cada categoria de entrevista, sobre algo que gostaria que as filhas já estivessem fazendo: *“Eu queria que ela fosse mais independente, mas eu não sei se eu tenho coragem de deixar ela ser mais independente.”* (PD 3), *“A única coisa que eu sinto que ela não faz e que me incomoda e realmente poderia estar um passo a frente é assim ela não dormir fora de casa, ela não dorme a não ser que esteja perto de mim.”* (NPD 3). Contudo pode-se perceber que isso acontece não por uma falha no desenvolvimento das crianças e sim por algo que as próprias mães fazem por elas, mais uma vez pode-se confirmar que a doença em si não causa grandes mudanças para a criança e sim a forma como elas tratadas e estimuladas. Essa questão será abordada com mais significação na categoria de análise número 6.

5. Regras comportamentais e práticas educativas

Este é um ponto importante dessa pesquisa, como os cuidadores dão educação para as crianças. Será que estaria adequado segundo a teoria? E como os cuidadores das crianças diabéticas lidam com a educação delas? Será que são permissivos por causa da condição de doença delas? Sabemos que dependendo como os pais veem seus filhos vai depender também como farão para educá-los (Kobarg, 2006). Aqui faremos as análises das entrevistas de acordo com essas perguntas.

A pergunta que foi feita inicialmente era sobre as regras, se havia horários e/ou atitudes para cumprir dentro e fora de casa. Na maioria dos casos não há regras rígidas para as crianças, o dia é formulado de acordo com o que se necessita no momento, todas

as famílias tem seus costumes rotineiros e em apenas um caso há regras com horários específicos para todas as atividades diárias.

Essas condutas variadas se deram por diferentes motivos, crianças pequenas que estão se acostumando com regras e com isso apresentam certa rebeldia para o cumprimento, mães ocupadas que precisam da ajuda dos filhos em casa e crianças já grandes que cumprem com suas obrigações sem precisão de ordens específicas. Essas são algumas falas que exemplificam um pouco as características acima: *“Tem regra de comportamento, só que ela tem resistência um pouco a obedecer às regras.”* (PD 1), *“Tem a hora do banho, tem a hora de deitar, tem a hora do estudo, da tarefa de casa, tem hora.”* (NPD 1) e *“É a regra que ela faz, eu não exijo isso dela porque eu sei que ela vai fazer.”* (PD 3).

Quando há regras a serem cumpridas é importante que se explique exatamente o que quer e o que espera da criança, que fique bem claro de uma forma que ela entenda o que deve cumprir, para que ela introduza e entenda esses conceitos e não apenas os repita sem entender o porquê (La Taille, 2006).

Com relação ao estilo parental que esses responsáveis usam com suas crianças se fez característico o estilo autoritativo, onde há um diálogo e liberdade para tratar as crianças (Baumrind, 1966). As mães conversam com as crianças como uma forma de educá-las, *“Alguma vez que ela pode ter deixado de fazer alguma coisa, aí eu falo com ela e ela pede desculpa, disse que não faz mais e não faz.”* (PD 3). *“Geralmente eu chamo atenção uma vez... depois disso ela não faz mais”* (NPD 3).

Essa primeira questão se fez necessária para a próxima, que é um assunto mais importante para essa pesquisa, como os cuidadores reagem diante de ordens dadas quando são cumpridas e quando não são. Em praticamente todos os casos os cuidadores

optam pelo método coercitivo de disciplinar a criança, retirando algo que eles gostam muito ou deixando de castigo (Hoffman, 1994), quando elas não cumprem as regras estabelecidas. “Às vezes eu deixo ela de castigo, por exemplo, não vê um desenho que ela gosta.” (PD 1) e “Eu tiro uma coisa, deixo de dar outras coisas.” (NPD 1). Em apenas um caso houve relato de disciplina física: “Eu bato, eu dou uns tapas.” (NPD 2), nesse caso o método não está sendo efetivo, já que a criança ainda não cumpre corretamente o que lhe é proposto.

Em poucos casos o método indutivo, de apontar os erros e fazer com que a criança entenda o que fez (Hoffman, 1994), foi a resposta utilizada para essa questão: “É só brigar mesmo, e bronca e pronto.” (PD 3), “Toda vez que eu chamo a atenção dela, ela muda o comportamento.” (NPD 3).

No entanto a teoria de Hoffman (1994) não foi efetivamente percebida na prática com as crianças dessa pesquisa. Para o autor as crianças que são educadas com o método coercitivo não entendem a finalidade das regras e não se dão muito bem em sociedade, além de não conseguirem uma autonomia já que são dependentes de comandos. Ao contrário de quem usa práticas indutivas, onde as crianças seriam totalmente independentes. Outro fator que contradiz Hoffman (1994) é que pelas entrevistas e observações realizadas as crianças que são mais dependentes se vangloriam com o método indutivo e dentre todas as crianças dessa pesquisa elas são consideradas as mais tímidas.

Quando as crianças cumprem o que lhes é delegado em todos os casos há uma gratificação recebida em forma de presentes, passeios ou algo parecido e elogios para que elas se sintam melhores e tenham as mesmas atitudes consideradas adequadas novamente. “E quando ela cumpre a gente sempre elogia né, “que bom” “eu estou

orgulhosa de você” e ela fica toda satisfeita.” (PD 1), “E aqui elas ganham coisa direto e eu sempre elogio as coisas, sempre agradeço o que fazem pra mim, me ajudam.” (NPD 1).

Para a Psicologia Positiva é importante que se tenha essas ações, ajude a criança a potencializar o que tem de melhor (Seligman, 2002). E a melhor maneira de se saber se está fazendo a coisa certa é com o relato de outras pessoas, isso dá uma grande motivação para querer fazer sempre mais e melhor, como explicitada nessa fala: *“Eu acho que isso dá motivação pra ela. Que sempre que ela faz alguma coisa ela fala ‘Olha vó você vai ter ‘orgulhismo’ de mim’, ela usa essa expressão quando ela faz alguma coisa que ela acha que eu vou gostar.” (PD 1).*

Um caso em especial de uma criança diabética (PD 2) chamou atenção pela fala da cuidadora, ela se mostra muito consciente de seu neto e das formas necessárias de cuidados com ele a respeito de sua doença e de seu modo de ser. Neste caso gostaria de dar destaque para todas as palavras que ela disse ao responder essa pergunta: *“Primeiro de qualquer coisa é sempre furar o dedo pra saber se ele tá com a glicemia alterada ou se é mimo, carência. Porque se ele não está com a glicemia alterada você tem que agir como uma criança normal, tem que impor limites, tem que colocar as regras, porque se não vai chegar num momento que ele vai fazer chantagem por causa do problema dele. Aí a gente tenta tirar alguma coisa que ele gosta, tá programado um passeio não pode ir, confisca o tablet, igual uma criança normal. Aí quando ele cumpre a gente dá um prêmio.”*

Essas falas são muito significativas no sentido de não se deixar abater pelo problema de saúde da criança. Perceber que realmente ela é dita normal e não é por causa de qualquer da Diabetes que se pode deixar com que a criança faça o que ela bem quiser, é

importante que se dê limites a ela para que as consequências futuras não sejam devastadoras, como sendo uma criança cada vez mais difícil de lidar e/ou um adulto que não se pode suportar a convivência.

Diante disto pode-se afirmar que não se pode deixar que a criança comande por completo sua vida, mas concordar com Pires e Branco (2008) que entrar em acordo com a criança vai ajudá-la a ter autonomia e saber tomar boas decisões futuramente sem que com isso ela fique rebelde, pois terá sido bem aconselhada quando criança.

6. Superproteção dada pelo responsável

Houve falas muito significativas de duas mães que assumem grande responsabilidade pelas filhas serem crianças dependentes e de não as deixarem se soltar mais para viverem novas experiências. *“Se ela não é mais independente é por minha culpa... Ela vai pegar a roupa se eu mandar pegar, mas ela já tá tão acostumada que me pede pra pegar a roupa pra ela.”*, *“A única coisa que eu sinto que ela não faz e que me incomoda e realmente poderia estar um passo a frente é ela não dormir fora de casa, ela não dorme a não ser que esteja perto de mim.”* (NPD 3). *“Na verdade a M. J. era mais independente, aí eu acho que é minha culpa porque eu superprotegi demais. Ela parecia uma menina que ia ser líder, mas parece que eu fechei ela mais.”* (PD 3).

Nesta última fala fica explícito a teoria de Verena e cols. (2005) que afirmam que apesar de que proteger pode ser bom para o controle da doença, pode também acarretar na mudança de personalidade da criança. E Bowlby (1995) dizia que quando não se dá espaço para que a criança se desenvolva ela pode perder a sociabilidade. O que chama a atenção é que cada caso faz parte de uma categoria de entrevista, uma mãe tem a filha diabética e a outra não. Assim pode-se dizer que a proteção dada é independente do estado de saúde da criança, nesse caso depende da maneira que a mãe percebe e cuida do filho.

Mas, não se pode deixar de pensar que o fato de a criança ter Diabetes tem uma influência bem significativa na superproteção. Uma das mães relatou que ainda prende muito a filha até mesmo em brincadeiras como andar de bicicleta e de patins “*Eu tenho medo dela machucar e demorar a cicatrizar.*” (PD 3) e até mesmo de fazer coisas básicas de sobrevivência diária “*Eu não deixo ela ir no mercadinho aqui em baixo sozinha, eu não deixo ela atravessar uma rua sozinha.*” (PD 3). Isso fez com que a menina se retraísse cada vez mais e a consequência desse retraimento e desse aprisionamento só poderão ser vistos futuramente.

Bem diferente de outra cuidadora, que apesar de dispor de todo o cuidado necessário com relação à doença deixa a criança livre para que ele possa se desenvolver e aproveitar a infância: “*Sempre qualquer atividade que ele vai fazer tem que fazer a glicemia pra saber se ele tá em condições de exercer aquilo ali, aí a gente solta.*” (PD 2). Percebe-se assim que a doença não é condição principal para uma superproteção e sim as características dos cuidadores.

Outro ponto é que com a superproteção acaba acontecendo uma acomodação por parte da criança, ela deixa de cumprir algumas tarefas básicas do dia-a-dia e que são constantemente reforçadas pelo cuidador. “*Quando ela me pede eu faço pra ela...eu já tenho muita mania de dar as coisas na mão.*” (NPD 3). Pode-se perceber que com isso o cuidador acaba ficando preso aos cuidados que a criança lhe impõe e acaba perdendo um pouco de sua própria independência, já que tem que permanecer vigilante aos desejos da criança.

7. Reação da criança e dos responsáveis frente à doença

Com relação à reação das crianças, no momento inicial não houve relato de um impacto. Provavelmente isso aconteça pelo fato de elas serem muito pequenas quando descobriram a doença e não terem muita noção do que estava acontecendo (Moreira &

Dupas, 2006). *“Eu acho que no começo ela aceitou porque três anos é muito pequena né, não sabe direito como é a gravidade.”* (PD 1). *“Ela nem entendia o que era.”* (PD 3).

Pode-se notar que passado um tempo as crianças cresceram e começaram a perceber suas diferenças em relação a outras pessoas, o que trouxe questionamentos da criança para a família. O problema que mais se destacou foi se perguntar o porquê de ter acontecido com ela e no caso das crianças menores não possuir ainda a percepção do para sempre, ou seja, da doença ser crônica. Nos casos apresentados as duas crianças pequenas, apesar de apresentarem certa rebeldia, ainda obedecem aos familiares e cumprem o processo de tratamento (Moreira & Dupas, 2006). *“Às vezes ela pergunta se é pra sempre aí a gente fala que é... ela não aceita totalmente às vezes ela fala que podia ter nascido sem isso.”* (PD 1). *“Ele questiona muito porque é diabético.”* (PD 2).

O que está sendo muito importante para o processo de aceitação da doença e do tratamento são as formas como os familiares estão tentando fazer para as crianças se perceberem e se adaptarem a essa vida. Eles tentam passar explicações de uma forma que a criança possa entender o que acontece com elas, e que pode acontecer com qualquer um, e usam alguns métodos para envolver a criança de uma forma que elas não se sintam tão diferente. *“A gente fala que tem umas pessoas que nascem com um defeitinho, outras adquirem esse defeitinho depois com o passar do tempo e que é assim mesmo, cada pessoa tem um problema e que ninguém é totalmente perfeito.”* (PD 1). *“A palavra “diet” é uma palavra que causa muito impacto nele, agora a palavra “zero” já não, então quando eu vou pedir qualquer coisa é “zero”, o “zero” não mexe tanto com a cabeça dele.”*, *“Mas a gente tem que dar uma volta naquilo que ele precisa né, se não quer comer legumes eu tento que fazer uma sopa e ponho as coisas que ele precisa, os nutrientes que ele precisa através de camuflagem né.”*(PD 2).

No terceiro caso a criança já está mais velha e começa a realmente perceber como é complicada a vida de quem possui Diabetes. Logo ela estará vivendo sua adolescência e já dá sinais de que essa fase não será fácil. *“Ela era mais obediente no começo do que agora, ela sabia que não podia comer as coisas, hoje ela tá mais desobediente. Ela era muito mais consciente.”* (PD 3). Essa frase caracteriza o que diz Góes, Vieira e Júnior (2008), que as crianças apresentam certa rebeldia com relação à doença.

Nos casos anteriores os cuidadores tinham métodos para que a criança permanecesse com o controle da doença, nesse caso podemos perceber que está acontecendo o contrário. A criança está começando a apresentar métodos, e eficazes, para conseguir o que quer: *“Ela quer as coisas e pede “Por favor.” e aquilo mata a gente.”* (PD 3). Como foi passado anteriormente esse caso é de uma mãe que dá uma proteção exagerada à filha, então provavelmente ela cede ao pedido da criança, o que pode desfavorecer os cuidados necessários para o controle da doença.

Sabemos bem que à medida que vão crescendo as pessoas começam a querer ser mais responsáveis pela sua vida e seus atos (Enumo & Santos, 2003), o que torna mais difícil o controle que os pais tem sobre os filhos. Essa afirmação pode ser percebida no que foi exposto acima, está mais fácil lidar com as crianças menores do que com a maior, referindo-se à vigilância que se tem sobre os filhos, já que segundo a mãe ela reage bem ao tratamento: *“Ela é tão tranquila quanto ao tratamento, as consultas.”* (PD 3).

Com a descoberta da doença os cuidadores das crianças se questionam bastante sobre o porquê do acontecido. Os responsáveis ficam com medo e ansiosos pelo que pode acontecer futuramente com as crianças (Milioniri e cols., 2008). Esse medo e ansiedade puderam ser confirmados em duas entrevistas: *“Quem teve mais problema foi*

a P., que é a mãe dela... ela parava e ficava pensando porque foi acontecer com ela.” (PD 1), *“Eu sofri mais do que ela. Um dia eu tava muito chateada, muito contrariada e ela falou pra mim ‘Não mamãe tem gente que tem doença muito pior.’”* (PD 3).

Nesse momento o apoio da família é, mais uma vez, muito importante para ajudar a enfrentar essa novidade desagradável que a doença leva para a vida. Até as crianças representam uma forma de apoio bastante eficaz e pode fazer com que os pais repensem nos seus atos diante da doença: *“Ela diz que tem gente que tem doença pior, eu acho que isso é uma consciência muito boa dela. Ela mesma me deu uma força nisso sabe e eu fiquei feliz por ela pensar assim.”* (PD 3). Quando esse apoio vem da pessoa que supostamente deveria estar mais abalada, os pais percebem com o filho está bem e sabem que ele vai precisar de ajuda para entender e enfrentar o que está por vir. Essa fala da menina pode ser uma possível resiliência da parte dela, ou somente uma tentativa de querer dar apoio à mãe.

8. Percepção dos responsáveis após a descoberta da doença

Nessa parte da análise pode-se perceber que existem respostas diferentes em cada um dos três casos, cada responsável percebeu algo de diferente nas crianças de acordo com o modo de ser e com as características de personalidade. Nesse caso vamos analisar cada história individualmente.

No primeiro caso não houve percepção de diferença na criança antes e depois da descoberta da doença: *“Não acho que ela mudou.”* A descoberta da Diabetes nessa criança se deu quando ela tinha apenas 3 anos, com essa informação pode-se pensar que a personalidade da criança ainda não estava totalmente formada e assim não se notou nada de específico. Para Howe (1997) a nossa personalidade é gerada tanto pelo aspecto biológico quanto pelas relações. A personalidade e estruturação dela virão juntamente

com a doença, ela já se adapta e se comporta na mesma época em que aprende a se relacionar com as situações adversas.

No segundo caso já há um fator que complica um pouco mais a situação da criança e da família. Nesse caso o menino tem o transtorno de TDAH, o que afeta mais sua personalidade e seus comportamentos. A própria cuidadora afirma que ele possui comportamentos de rebeldia, mas ela não relaciona esses comportamentos com a Diabetes: *“Ele é rebelde. É por causa dos transtornos, não é por causa da diabete.”* O que pode acontecer é que, além de uma rebeldia causada pelo transtorno, a Diabetes o torne um pouco mais exaltado, já que ele abre mão de mais coisas do que a maioria das crianças.

Figueiredo e Schermann (2001) afirmam que a doença crônica em si não altera os comportamentos das crianças e Zaberlan (2002) que o que influencia é a maneira como eles são tratados. Essas duas teorias são reforçadas por essa pesquisa, pode-se perceber que se houve algo que modificou as crianças era a forma que estavam lidando com elas e isso se deu com crianças de ambas as categorias de pesquisa.

No momento em que era feita a entrevista com a responsável do menino, ele a todo o momento tentava interromper as falas da entrevistada, pois percebia que se estava falando a respeito dele, ao contrário das demais crianças que quando solicitadas a deixar entrevistadora e entrevistada sozinhas cumpria com o pedido suprimindo toda a curiosidade em saber o que estariam falando delas. Essa permissão das demais crianças era feita por quem tinha e quem não tinha diabete, destacando mais uma vez que não há diferenciação no comportamento de crianças com e sem doença. Percebe-se assim a dificuldade de impor limites a essa criança, lembrando de que não por problemas

relacionados diretamente à Diabetes e sim, como a própria cuidadora relata, por um transtorno que ele tem independente da doença.

Já no terceiro caso mais uma vez fica característica uma rebeldia da criança. Diferente do primeiro caso, nesse a menina já tinha certa personalidade se formando e que foi drasticamente mudada pelo anúncio da doença. *“Ela às vezes reage com um certo tipo de rebeldia, o que eu acho que é normal.”* A mãe justifica a rebeldia da filha por ela ter que abrir mão de coisas que os amigos não precisam, a menina se percebe diferente dos outros e na fala da mãe *“Não é que ela tem uma vida diferente dos outros.”* ela tenta fazer com que a menina não se sinta tão diferente e tente conviver com os outros da melhor forma possível. Os pais são peça fundamental para que a criança se sinta acolhida e não diferente das demais pessoas (Pilger & Abreu, 2007).

9. Percepção dos responsáveis frente a outras crianças

Com relação à doença nenhum dos responsáveis disse perceber alguma diferença da criança em relação às outras por causa da Diabetes. *“Eu não percebo diferença nenhuma em função da Diabetes.”* (PD 1), *“Muito bem... Tem criança que ele se dá super bem, ele brinca.”* (PD 2), *“Eu não vejo diferença com relação às outras.”* (PD 3). Confirmando assim que por ter a doença não se caracteriza que as crianças se formarão de maneira diferenciada. Assim as teorias de Lordelo e Carvalho (2002) e Piccinini e cols. (2003), sobre não haver diferenciação entre o desenvolvimento de crianças com e sem Diabetes, foi confirmada.

Algo que os diferenciam é a forma como elas são tratadas por outras pessoas e isso ficou claro nas falas dos responsáveis, essas crianças possuem certas regalias em algumas ocasiões. *“A única diferença é na escola que eles deixam ela entrar mais tarde e sair mais cedo.”* (PD 1), *“E eu acho que até pelas outras crianças ela é um pouco protegida.”* (PD 3). Essa forma de tratamento que elas andam recebendo não contribui

para que elas se sintam bem na condição de saúde em que se encontram, cada vez mais elas percebem diferença em relação aos outros o que pode afetar no controle da doença na forma de não quererem se cuidar pra não se destacarem dos demais. Mais uma vez ressalto a teoria de Pilger e Abreu (2007), para que se faça de tudo no intuito que a criança se sinta igual a todas as outras. Além disso na primeira fala fica exposto a regalia que a menina tem sobre os horários que pode entrar e sair da escola, caracterizando assim um ganho secundário que a criança tem (Bernardes, Oliveira & Marcon , 2011).

Conclusão

O presente trabalho teve como objetivo avaliar e comparar a percepção dos responsáveis que cuidam de crianças diabéticas e não diabéticas, e a maneira como eles tratam e estimulam seus filhos. Diante das entrevistas, observações feitas e análise dos casos com ajuda da teoria, algumas observações importantes puderam ser feitas.

Sobre a maneira que os responsáveis veem o crescimento e desenvolvimento das crianças não se notou algo que pode fazer com que eles as tratam de forma diferenciada. Não houve características no nascimento das crianças que indicassem qualquer alteração de saúde. Todas se sentiam bem, se desenvolviam bem e não tinha nada que chamasse atenção para algo que pudesse acontecer de ruim futuramente. Salvo um dos casos em que já se esperava alguma alteração metabólica, já que a mãe de uma das crianças apresenta a doença e era um caso esperado.

Todos os responsáveis concordam que suas crianças cresceram e se desenvolveram da forma que eles esperavam e não houve nada que diferenciasse qualquer uma das crianças, tanto as que estavam doentes quanto as que não estavam. Os pais perceberam isso por meio de observações que fizeram comparando seus filhos com os demais, ou com os próprios irmãos. As características descritas de todas as crianças não faz distinção com relação à doença, se não soubéssemos que algumas possuem diabetes continuaríamos sem saber somente com esses dados.

O que pode ser dito sobre isso é que nesse ponto não faz diferença ter a doença ou não. O desenvolvimento é o mesmo, todos começaram a falar, andar, ir à escola e outras coisas mais na mesma época. Ou seja, no que diz respeito ao poder que elas tem de se superarem, e de serem crianças, não há modificações por ter essa doença.

O que ficou evidente nas entrevistas e que permaneceu sendo um ponto chave dessa discussão foi a maneira como os cuidadores se comportam com seus filhos. Dar motivação e ajudar na liberdade das crianças é fundamental para o desenvolvimento delas e com isso elas vão tirando um peso das costas dos cuidadores à medida que vão crescendo.

Algo que chamou bastante atenção foi que todas as entrevistas tiveram pontos em comum entre as crianças das diferentes categorias. Por exemplo, a forma como as mães das entrevistas número 3 se comportam com as filhas e seus discursos são muito semelhantes. O que também aconteceu em outros casos, com isso o trabalho ficou enriquecido, pois se tornava cada vez mais evidente que criança é criança, independente de sua condição de saúde.

A maioria das responsáveis permite que suas crianças tenham certa liberdade e sempre as estimularam para que começassem a ter autonomia o mais cedo possível, já duas mães tiveram uma proteção exagerada sobre suas meninas e com isso percebem que elas deveriam agir de uma forma que ainda não conseguem. Felizmente essas duas mães percebem que a causas dessa falha no processo se deve a elas mesmas e já procuram uma forma de melhorar esse comportamento.

Esses dados cruzados foram importantes, pois nesse ponto pode-se afirmar que não é por ter Diabetes que a criança deve ser tratada de outra forma por se pensar que ela não é capaz de realizar uma tarefa ou porque é uma coitada que já sofre muito com problemas. As demais crianças, que possuem a doença, se encontram praticamente nas mesmas condições, mas a forma como são tratadas fazem com que elas enfrentem melhor as situações e se sintam crianças ditas como “normais”.

A forma como elas recebem educação é tão importante quanto a estimulação. As crianças devem saber o que é apropriado ou não em cada situação e não é por terem qualquer problema que devem ser deixadas para fazer o que bem entenderem. As cuidadoras fornecem educação em todos os casos e não permitem que se faça o que quiser. Todas elas estão bem orientadas nesse requisito e não permitem que seus filhos façam o que bem entenderem, independente da condição de saúde.

Apesar de tudo que já foi dito sobre não haver diferenças entre as crianças com doença e sem doença, não se pode deixar de comentar que a Diabetes em si traz uma preocupação e cuidado maiores, que realmente deve existir. O que não pode acontecer é que essas crianças sejam anuladas como se não conseguissem fazer algo sozinhas ou fossem incapaz sequer se aprender a fazer.

Obviamente deve haver um cuidado grande com elas, principalmente porque são pequenas e precisam ser lembradas de suas condições, percebe-se isso quando tem que ficar explicando a todo momento a elas o porque de tantos cuidados, já que elas ainda não entendem muito bem o que deve ser feito e as consequências de não fazer. Lembrando sempre de não anular essas crianças, elas devem aprender a fazer os cuidados à medida que vão tendo condições para isso.

Por fim, todas as crianças tem grande potencial para crescer e se desenvolver, mesmo com a chegada da Diabetes. O que altera seus comportamentos é a forma como são tratadas e estimuladas pelos seus cuidadores. Quanto maior e melhor for a estimulação melhor será para o desenvolvimento da criança, independente de sua condição de saúde.

A psicologia tem uma participação importante na ajuda aos pais na compreensão do desenvolvimento infantil e na forma de lidar com as características de cada criança.

Por vezes os cuidadores enfrentam dificuldades para compreender e reagir diante de fatores que para eles são consideradas difíceis ou que acham que não estão acontecendo no momento e da maneira certa. E isso acontece, ou já aconteceu, em alguns dos casos estudados, os cuidadores informaram que em algum momento já pediram ajuda para um profissional para saber se a característica que a criança estava apresentando era condizente com a idade deles.

Há muita insegurança na hora de cuidar de uma criança e a psicologia pode se apresentar como uma base para compreender e ajudar a lidar com situações consideradas difíceis para os cuidadores e poder, junto com os responsáveis, dar mais incentivos e apoio para que a própria criança possa ir adiante em seu desenvolvimento.

Anexos

Anexo I: Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Eu, **Leticia Medeiros de Souza**, estudante do curso de Psicologia do Centro Universitário de Brasília – UniCEUB, junto com **Sergio Henrique de Souza Alves**, doutor em Psicologia pela Universidade de Brasília e professor do Centro Universitário de Brasília – UniCEUB, estamos realizando uma pesquisa na disciplina de Monografia, cujo título é “Percepção sobre a infância: um estudo de crianças com e sem doença crônica”.

Nesta pesquisa, você é voluntário para uma maior compreensão científica sobre a relação entre o desenvolvimento infantil de crianças com e sem doença crônica e como os pais percebem o desenvolvimento delas. Será uma entrevista, com um roteiro do tipo semi-estruturado previamente preparado e uma breve anamnese, com o tempo de aproximadamente 45 minutos.

A entrevista a ser realizada será gravada para que a pesquisa seja estudada posteriormente, ao assinar este termo você estará autorizando que sua participação na pesquisa pode ser registrada por meio da gravação. A entrevista será realizada no local definido e no momento que melhor for apropriado, sem prejudicar o andamento das atividades rotineiras. Esta pesquisa é realizada sob a orientação do professor Dr. Sérgio Henrique de Souza Alves. E ao assinar este termo, você estará se comprometendo a participar.

Não apresenta riscos físicos, no entanto, se houver alguma queixa de danos psicológicos ou de qualquer desconforto imediatamente a pesquisa será encerrada, e se necessário serão feitos os devidos encaminhamentos. Caso esse procedimento possa gerar algum tipo de constrangimento você não precisa realizá-lo.

Ao participar da pesquisa você estará contribuindo para o aumento do conhecimento na área o que podem ser revertidos em práticas educativas e em saúde, conhecimentos necessários para quem atua nessa área e melhorias na qualidade de vida da criança e de seu cuidador.

Sua participação é voluntária. Você não terá nenhum prejuízo se não quiser participar. E também poderá se retirar desta pesquisa a qualquer momento, para isso deve entrar em contato com um dos pesquisadores responsáveis. Conforme previsto pelas normas brasileiras de pesquisa com a participação de seres humanos você não receberá nenhum tipo de compensação financeira pela sua participação neste estudo.

Seus dados serão manuseados somente pelos pesquisadores e não será permitido o acesso a outras pessoas. O material com as sua informações, como gravações, e este TCLE ficarão guardados sob a responsabilidade de Letícia Medeiros de Souza com a garantia de manutenção do sigilo e confidencialidade.

Os resultados deste trabalho poderão ser apresentados em encontros ou revistas científicas, entretanto, ele mostrará apenas os resultados obtidos como um todo, sem revelar seu nome, instituição a qual pertence ou qualquer informação que esteja relacionada com sua privacidade.

Caso concorde em participar dessa pesquisa, por favor, preencha os campos abaixo:

Eu, _____ RG _____,
após receber uma explicação completa dos objetivos do estudo e dos procedimentos envolvidos concordo voluntariamente em fazer parte deste estudo.

Brasília, _____ de _____ de _____

Participante

Pesquisadora Letícia Medeiros de Souza

Celular: 9976-9458

Projeto aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Centro Universitário de Brasília
– CEP/UniCEUB, Bloco 6, 1º andar, sala 6110, telefone 3966-1511, e-mail
comitê.bioetica@uniceub.br.

Anexo II: Questionário

Perguntas comuns:

1. Qual o diagnóstico inicial dado pelo médico sobre o bebê?
2. Nas primeiras horas, após o nascimento a criança necessitou de cuidados especiais?
3. Como a criança reagiu nos primeiros meses de vida?
4. E quanto ao ritmo do sono e alimentação?
5. Quais os sinais de comunicação do bebê com o mundo?
6. Com que idade a criança começou a falar?
7. Como foi o processo de desenvolvimento da fala da criança?
8. Com que idade a criança:
 - sustentou a cabeça:
 - sorriu:
 - sentou: com apoio:
 - sem apoio:
 - engatinhou:
 - andou:
9. Como foi a evolução da coordenação motora dos movimentos amplos?
10. E dos movimentos finos?
11. A criança adquiriu o controle do cocô e do xixi com que idade?
12. Há situações em que a criança ainda faz xixi ou cocô nas calças ou na cama?
13. Como a criança age nas atividades diárias?
- 13.* Se não: Qual a atitude dos pais frente à dependência.
14. No curso do desenvolvimento da criança, o que a senhora esperava com relação ao desenvolvimento futuro do bebê e quais as que lhe trouxe maior impacto?

15. Existem regras de comportamento para a criança?

16. Qual a atitude dos pais quando a criança não cumpre as regras? E quando cumpre?

17. Como é a relação da criança com outras pessoas?

Perguntas para crianças com Diabetes:

18. Quais foram as reações da criança com a descoberta e o tratamento da doença?

19. Como você percebe o comportamento e desenvolvimento da criança após o diagnóstico?

20. Como você percebe da criança em relação às outras?

Referências

Abreu, C. N. (2010). Teoria do apego: fundamentos, pesquisa e implicações clínicas. São Paulo: Casa do Psicólogo.

Abreu-Lima, I.; Alarcão, M.; Almeida, A.; Brandão, M.; Cruz, O.; Gaspar F. & Ribeiro dos Santos, M. (2010). Avaliação de intervenções de educação parental: Relatório 2007-2010. Universidades de Psicologia e Ciências da educação do Porto, Coimbra, Minho e Lisboa.

Alby, N. (1988). Difficulté pour les parents d'intégrer la notion de guérison: conséquences à long terme de la maladie sur les familles. *Psychologic Médicale*, v20, n° 9 1350-1.

Almeida, T. (2012). Controle do esfíncter. Modelo Awesome Inc.. Imagens de modelo por Colonel. Tecnologia do Blogger. Disponível em <http://professoratianealmeida.blogspot.com.br/2012/06/controle-do-esfíncter.html> Acessado em: 15/10/2013.

Andrade, S. A.; Santos, D. N.; Bastos, A. C.; Pedromônico, M. R. M; Almeida-Filho, N. & Barreto, M. L. (2005). Ambiente familiar e desenvolvimento cognitivo.

Ataide, M. B. C. & Damasceno, M. M. C. (2006). Fatores que interferem na adesão ao autocuidado em diabetes. *Rev Enfermagem UERJ*; 14: 518-23.

Baumrind, D. (1966). Effects of authoritative parental control on child behavior. *Child Development*, 37, 887-907.

Bernardes, V. P., Oliveira, L. D. B. & Marcon, C. (2011). Lupus eritematoso sistêmico juvenil: diagnóstico de doença crônica e dinâmica familiar. *Barbaroi*, no.35, Santa Cruz do Sul.

Bowlby, J. (1995). Cuidados maternos e saúde mental. São Paulo: Martins Fontes.

Brito, T. B. & Sadala, M. L. A. (2009). Diabetes mellitus juvenil: a experiência de familiares de adolescentes e pré-adolescentes. *Ciência e saúde coletiva*, 14(3): 947-960.

Britto, L. C. (2010). A criança hospitalizada: relato de uma experiência. Em Figueiras, M. S. T. (org.). *Psicologia hospitalar e da saúde. Consolidando praticas e saberes na residência*. Petrópolis. Ed. Vozes.

Calvetti, P. U.; Muller, M. C. & Nunes, M. L. T. (2007) *Psicologia da Saúde e Psicologia Positiva: Perspectivas e Desafios*. *Psicologia, ciência e profissão*. 27 (4), 706-717.

Canning, R. D.; Harris, E. S. & Kelleher, K. J. (1996). Factor predicting distress among caregivers to children with chronic medical conditions. *Journal of Pediatric Psychology*, 21(5), 735-749.

Castro, E. K. & Piccinini, C. A. (2002). Implicações da doença orgânica crônica na infância para as relações familiares: algumas questões teóricas. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 15(3), 625-635.

Czepielewski, M. A. (2001). Diabetes Mellitus (DM). ABC da Saúde.

Dal Bosco, S. M. (2010) *Terapia Nutricional em Pediatria*. Porto Alegre: Atheneu.

Damásio, A. (2007). *O erro de Descartes: emoção, razão e o cérebro humano*. São Paulo: Companhia das Letras.

Darling, N. & Steinberg, L. (1993). Parenting style as a context: an integrative model. *Psychological Bulletin*, 113, 487-496.

Del Prette, A. & Del Prette, Z. A. P. (2001). *Psicologia das relações interpessoais: vivências para o trabalho em grupo*. Petrópolis: Vozes.

Denhan, S. A.; Workman, E.; Cole, P. M.; Weissbrod, C.; Kendiziora, K. T. & Zahn-Waxler, C. (2000). Prediction of externalizing behavior problems from early to middle childhood: The role of parental socialization and emotion expression. *Development and Psychopathology*, 12, 23-45.

Dessen, M. A. & Polonia, A. C. (2007). A Família e a Escola como contextos de desenvolvimento humano. *Paidéia*, 17(36), 21-32.

Dolto, F. (1998). *Caminhos da Educação*. São Paulo: Martins Fontes.

Dupas, G.; Ferreira, N. M. L. A. & Nunes, M. D. R. (2007). Diabetes na infância/adolescência: conhecendo a dinâmica familiar. *Revista Eletrônica de Enfermagem*, São Carlos S. P., v. 09, n.01, p.119-130.

Enumo, S. R. F. & Santos, J. R. (2003). Adolescentes com diabetes mellitus tipo 1: seu cotidiano e enfrentamento da doença. *Psicologia: reflexão e crítica*, Vitória E.S., v.16, n. 02, p.411-425.

Feldman, R.; Olds, S., & Papalia, D. (2001). *O mundo da criança*. Lisboa: McGraw-Hill.

Figueiredo, C. K. B. & Schermann, L. (2001). Interação mãe-criança e problemas de comportamento infantil em crianças com hipotireoidismo congênito. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 14(3), pp. 487-495.

Fonagy, P.; Moran, G. S.; Linsay, M. K. M.; Kurtz, A. B. & Borwn, R.(1987). Psychological adjustment and diabetics control. *Archives of Disease in Childhood*, 62, 1009-1013.

Fontenelle, I. (2009). *Pais, filhos e divórcio – Culpa de quem?* São Paulo. Biblioteca 24 horas.

Gershoff, E. T. (2002). Corporal punishment by parents and associated child behaviors and experiences. *Psychological Bulletin*, 128, 539-579.

Góes, A. P. P.; Vieira, M. R. R. & Júnior, R. D. L. R. (2008). Diabetes mellitus tipo 1 no contexto familiar e social. Portal educação. Disponível em <<http://www.portaleducacao.com.br/medicina/artigos/5829/diabetes-mellitus-tipo-1-no-contexto-familiar-e-social>>. Acessado em 01/04/2013.

Gomide, P. I. C. (2003). Estilos parentais e comportamento anti-social. In: A. Del Prette & Z. Del Prette (Orgs). Habilidades sociais, desenvolvimento e aprendizagem (pp. 21-60). Campinas: Alínea.

Gomide, P. I. C. (2004). Pais presentes, pais ausentes. Petrópolis: Vozes.

Grünspun, H. (2003). Conceitos sobre resiliência. Disponível em <<http://www.cfm.org.br/revista/bio10v1/seccao4.1.htm>>. Acessado em 26/03/2013.

Haggerty, R. J.; Sherrod, L. R.; Gamezy, N. & Rutter, M. (2000). Stress, risk and resilience in children and adolescents: process, mechanisms and interventions. New York: Cambridge University Press.

Hernández-Muela S.; Mulas F. & Mattos L. (2004). Plasticidad neuronal funcional. Rev Neurol; 38 (1 Supl): 58-68.

Herrman, J. W. (2006). Children's and Young Adolescents' Voices: Perceptions of the costs and rewards of diabetes and its treatment. J Pediatr Nurs. 21(3): 211-21.

Hoffman, M. L. (1994). Discipline and internalization. Developmental Psychology, 30, 26-28.

Holmes, C.S.; Chen, R.; Streisand, R.; Marschall, D. E.; Souter, S. & Swift, E. E. (2006). Predictors of youth diabetes care behaviors and metabolic control: a structural equation modeling approach. J Pediatr Psychol.

Howe, D. (1997). La teoria del vinculo afetivo para la práctica del trabajo social. Barcelona: Paidós Editorial.

Keller, H.; Lohaus, A.; Völker, S.; Elben, C. & Ball, J. (2003). Warmth and Contingency and Their Relationship to Maternal Attitudes Toward Parenting. The Journal of Genetic Psychology, 164(3), 275-292.

Keyes, C. L. M. & Haidt, J. (2003). Flourishing: Positive psychology and the life well lived. Washington DC: American Psychological Association.

Kobarg, A. P. R. (2006, pag. 17). Crenças e práticas de mães sobre o desenvolvimento infantil nos contextos rural e urbano. Dissertação de mestrado, Universidade Federal de Santa Catarina, Santa Catarina, Brasil.

La Taille, Y.; Dantas, H. & Oliveira, M. K. (1992). Três perguntas a Vygotskynianos, Wallonianos e Piagetianos. Em: La Taille, Y.; Dantas, H. e Oliveira, M. K. Piaget, Vygotsky e Wallon: teorias psicogenéticas em discussão. São Paulo: Summus, p. 101-115.

La Taille, Y. (2000, pag. 52). Limites: três dimensões educacionais. São Paulo, SP: Editora Ática.

La Taile, Y. (2006). *Moral e ética: dimensões intelectuais e afetivas*. Porto Alegre: Artmed.

Leontiev, A. N. (2001). Uma contribuição à teoria do desenvolvimento da psique infantil. In: Vygotsky, L. S.; Luria, A. R. e Leontiev, A. N. *Linguagem, desenvolvimento e aprendizagem*. 7. ed. São Paulo: Ícone; p.59-83.

Lima, R. A. G. & Vieira, M. A. (2002). Crianças e Adolescentes com doença crônica: convivendo com mudanças. *Rev Latino-am Enfermagem, Ribeirão Preto*, v. 10, n. 04, p.552-560.

Lordelo, E. R. & Carvalho, A. M. A. (2002). Infância brasileira e contextos de desenvolvimento: concluindo. In: Lordelo, E. R.; Carvalho, A. M. A. e Koller, S. H. *Infância brasileira e contextos de desenvolvimento*. São Paulo: Casa do Psicólogo; p.77-80.

Machado, P. B. (2002). *Comportamento Infantil: Estabelecendo Limites*. Porto Alegre: Mediação. *Cadernos de Educação Infantil*; nº 10.

Magalhães, J. A. & Fritsch, A. (2006) Crescimento Intra-uterino Restrito. In: Freitas, F. et. al. *Rotinas em Obstetrícia*. 5. ed. Porto Alegre: Artmed, p. 115-131.

Mahler, M. (1982). *O processo de separação-individuação*. Porto Alegre: Artes Médicas.

Mahoney, M. J. (1992). *Human change processes: the scientific foundations of the psychotherapy*. NY:BasicBooks.

Marcelino, D. B. & Carvalho, M. D. B. (2005). Reflexões sobre o Diabetes Tipo 1 e sua relação com o emocional. *Psicol Reflex Crit*;18:72-7.

Marcon S. S.; Radovanovic C. A. T.; Waidman M. A. P.; Oliveira M. L. F. & Sales, C. A. (2005). Vivência e reflexões de um grupo de estudos junto às famílias que enfrentam a situação crônica de saúde. *Texto Contexto Enferm, Florianópolis*; 14(Esp.): 116-24.

Marin, A. H.; Piccinini, C. A.; Gonçalves, T. R. & Tudge, J. R. H. (2012). Práticas educativas parentais, problemas de comportamento e competência social de crianças em idade pré-escolar. *Estudos de Psicologia*, 17(1), 05-13.

Marini, E. (2013). Bebê que nasce gordão não é só saúde não. Pode ser doença séria: diabetes de gestação. Disponível em: <http://noticias.r7.com/blogs/eduardo-marini/> Acessado em: 14/10/2013.

Masten, A. S. (2001). Ordinary magic: Resilience processes in development. *American Psychologist*, 56(3), 227-238.

Meyerhoff, M. (2013). Características e desenvolvimento do recém-nascido. Ed. D. - traduzido por HowStuffWorks Brasil. Disponível em: <http://saude.hsw.uol.com.br/desenvolvimento-recem-nascido3.htm>. Acessado em: 17/12/2013.

Meyerhoff, M. (2013). Desenvolvimento cognitivo e social de um recém-nascido. Ed. D. - traduzido por HowStuffWorks Brasil. Disponível em:

<http://www.hsw.uol.com.br/compreendendo-o-desenvolvimento-cognitivo-e-social-de-um-recem-nascido4.htm>. Acessado em: 17/12/2013.

Milioniri, J. P.; Fernandes, M. V.; Decesaro, M. N. & Marcon, S. S. (2008). A família no contexto hospitalar: apreendendo os anseios e expectativas relacionadas com doença crônica. *Rev. Rene. Fortaleza*, v.9, n.3, p.81-91.

Minanni, C. A.; Ferreira, A. B.; Sant'Anna, M. J. C. & Coates, V. (2010). Abordagem integral do adolescente com diabetes. *Adolescência & Saúde*. v 7, n 1.

Minayo, M. C. de S. (2007). *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. 10. ed. São Paulo: Hucitec.

Moreira, P.L. & Dupas, G. (2006). Vivendo com o diabetes: a experiência contada pela criança. *Rev. Latino-Am. Enfermagem* v.14 n.1 Ribeirão Preto.

Noll, R. B.; McKellop, J. M.; Vannatta, K. & Kalinyak, K. (1998). Childrearing practices of primary caregivers of children with sickle cell disease: the perspective of professionals and caregivers. *Journal of Pediatric Psychology*, 23(2), 131-140.

Oliveira, Z. M. R. (2000). Interações sociais e desenvolvimento: A perspectiva sociohistórica. *Caderno do CEDES*, 20, 62-77.

Oliveira, D. S.; Rabuske, M. M. & Arpini, D. M. (2007). Práticas de educação: Relato de mães usuárias de um serviço público de saúde. *Psicologia em Estudo*, 12, 351-361.

Oliveira, E. (2010). Crescimento no primeiro ano de vida. *ABC da Saúde*. Disponível em <http://www.abcdasaude.com.br/artigo.php?715>. Acessado em 3/10/2013.

Paes, G. T.; Silva, M. D. & Alves, S. A. S. (2012). O ensino dos valores na educação infantil e a construção da autonomia na criança. *Dissertação de mestrado, Faculdade de Pindamonhangaba, São Paulo, Brasil*.

Paludo, S. S. & Koller, S. H. (2007). *Psicologia Positiva: uma nova abordagem para antigas questões*. *Paidéia*, 17(36), 9-20.

Paro, J.; Paro, D. e Vieira, M. R. R. (2006). Avaliação da assistência em domicílio à criança portadora de diabete mellitus tipo 1 . *Arq. Ciênc. Saúde*; 13(3): XX-XX.

Perrin, J. M. & Shonkoff, J. P. (2000). Developmental disabilities and chronic illness: an overview. In R. E. Behrman, R. M. Kliegman e H. B. Jenson (Orgs.), *Nelson textbook of Pediatrics* (16a ed., pp. 452-464). Filadélfia: W. B. Saunders.

Piaget, J. (1956). *Psicologia da inteligência*. Rio de Janeiro : Zahar, 1983. Título original: *La Psychologie de l'intelligence*.

Piaget, J. (1971). *A formação do símbolo na criança, imitação, jogo, sonho, imagem e representação*. São Paulo: Zahar.

Piaget, J. (1978). *O nascimento da inteligência na criança*. 3ªed. Rio de Janeiro: Zahar.

- Piaget, J. (1994). *O Juízo Moral na criança*. São Paulo: Summus.
- Piccinini, C. A.; Castro, E. K.; Alvarenga, P.; Vargas, S. & Oliveira, V. Z. (2003). A doença crônica na infância e as práticas educativas maternas. *Estudos de Psicologia*, 8(1), 75-83.
- Pilger, C. & Abreu, I. (2007). Diabetes mellitus na infância: repercussões para a criança e seus familiares. *Cogitare Enfermagem*, vol. 12, n 4.
- Pires, S. F. S. & Branco, A. U. (2008). Cultura, self e autonomia: bases para o protagonismo infantil. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*. Vol. 24 n. 4, pp. 415-421.
- Rodrigues, S. M. T. (2003). *Limites para a formação da personalidade da criança*. Rio de Janeiro. Universidade Cândido Mendes.
- Ryff, C. D., & Singer, B. (2003). Flourishing under fire: Resilience as a prototype of challenged thriving. In C. L. M. Keyes, e J. Haidt (Eds.), *Flourishing: Positive psychology and the life well-lived* (pp. 15-36). Washington, DC: American Psychological Association.
- Sá, E. (2010). *Sindicato da bondade*. Edição Salamandra.
- Santos, V. L. B. (2001). Promovendo o desenvolvimento do faz-de-conta na educação infantil. Em Craidy, C. e Kaercher, G. E. (org.). *Educação infantil: pra que te quero?* Porto Alegre: Artmed.
- Sapienza, G. & Pedromônico, M. R. M. (2005). Risco, proteção e resiliência no desenvolvimento da criança e do adolescente. *Psicologia em Estudo*, Maringá, v. 10, n. 2, p. 209-216.
- Scaramella, L. V.; Neppl, T. K.; Ontai, L. L. & Conger, R. D. (2008). Consequences of socioeconomic disadvantage across three generations: Parenting behavior and child externalizing problems. *Journal of Family Psychology*, 22(5), 725–733.
- Seligman, M. E. P. (2002). *Authentic happiness: using the new positive psychology to realize your potential for lasting fulfillment*. New York: Free Press.
- Setian, N.; Damiani, D.; Dichtchekenian, V. & Manna, T. D. (2003). Diabetes mellito. Em Marcondes, E.; Vaz, F. A. C.; Ramos, J. L. A. e Okay, Y. (org). *Pediatria básica*. 9ª ed. São Paulo: Sarvier. p. 382-92.
- Silva, N. L. P. & Dessen, M. A. (2001). Deficiência mental e família: implicações para o desenvolvimento da criança. *Psic.: Teor. e Pesq.*, Brasília, Vol. 17 n. 2, pp. 133-141.
- Silva, R. R. F.; Silveira, M. L. M.; Giorge, A. H. & Puccini, R. F. (2008, pag. 85, 94). Desenvolvimento. Em Puccini, R. F. e Hilário, M. O. E. (org.). *Semiologia da criança e do adolescente*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan.

Silva, K. A. B. (2012). O papel do professor no desenvolvimento da identidade e da autonomia na educação infantil. Universidade Estadual da Paraíba – Departamento de Educação/ CEDUC I – Campina Grande: UEPB.

Soutor, S. A.; Chen, R.; Streisand, R.; Kaplowitz, P. & Holmes, C. S. (2004). Memory matters: developmental differences in predictors of diabetes care behaviors. *J Pediatr Psychol*.

Stern, D. N. (1990). *A constelação da maternidade*. Porto Alegre: Artes Médicas.

Stern, D. N. (1997). *La constelación maternal: La psicoterapia em las relaciones entre padres e hijos*. Barcelona: Paidós Editorial.

Treutler, C. M., & Epkins, C. C. (2003). Are discrepancies among child, mother, and father reports on children's behavior related to parents' psychological symptoms and aspects of parent-child relationships? *Journal of Abnormal Child Psychology*, 31, 13-27.

Verena, M. W.; Godeffroy, E.M.; Sengbusch, S.; Häger, S. & Thyen, U. (2005). Age, metabolic control and type of insulin regime influences health-related quality of life in children and adolescents with type 1 diabetes mellitus, Germany. *Eur J Pediatr*; 164:491-496.

Vygotsky, L. S. (1998). *A formação social da mente: o desenvolvimento dos processos psicológicos superiores*. 6º Ed. São Paulo: Martins Fontes.

Wallon, H. (1995). *As origens do caráter na criança*. São Paulo: Nova Alexandria.

Weber, L. (2004). *Efeito do comportamento moral dos pais sobre o comportamento moral dos filhos adolescentes (Dissertação de Mestrado)*. Paraná: Universidade Federal do Paraná – Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Infância e da Adolescência.

Weber, L. N. D.; Selig, G. A.; Bernardi, M. G. & Salvador, A. P. V. (2006). Continuidade dos estilos parentais através das gerações: Transmissão intergeracional de estilos parentais. *Paidéia*, 16(35), 407-414.

Zamberlan, M. A. T. (2002). Interação mãe-criança: enfoques teóricos e implicações de correntes de estudos empíricos. *Estudos de Psicologia (Natal)*, 7(2), 399-406.

Zanetti, M. A. & Mendes, I. A. C. (2002). Dificuldades apresentadas por mães de crianças e de adolescentes diabéticos tipo 1, antes do estabelecimento do diagnóstico. *Acta Paulista Enfermagem*; 15: 17-23.