



Revista
de Psicologia
ISSN 2179-1740

HABILIDADES SOCIAIS EDUCATIVAS EM MÃES DE CRIANÇAS/ADOLESCENTES COM DIABETES MELLITUS TIPO 1

*SOCIAL EDUCATIONAL SKILLS IN MOTHERS OF CHILDREN/TEENS
WITH TYPE 1 DIABETES MELLITUS*

Luziane de Fátima Kirchner¹

Priscila Benitez²

Daniely Ildegardes Brito Tatmatsu³

Giovan Willian Ribeiro⁴

Vânia Maria Vargas⁵

Zilda Aparecida Pereira Del Prette⁶

Resumo

A descoberta de uma doença crônica na infância, bem como a rotina do seu tratamento, pode impactar na forma como os pais interagem com seus filhos e conseqüentemente nos resultados de saúde da criança. Este estudo comparou as Habilidades Sociais Educativas de mães de crianças e adolescentes com e sem Diabetes Mellitus Tipo 1. Utilizou-se como medida de avaliação o Inventário de Habilidades Sociais Educativas para Pais (IHSE-Pais), o Critério de Classificação Socioeconômica Brasil e o Controle Glicêmico (HbA1C) obtido pelo prontuário médico. Os resultados mostraram que as HSEs de mães de crianças e adolescentes com e sem diabetes não são significativamente diferentes, no entanto, no grupo de mães com filhos diabéticos, as variáveis idade da mãe e do filho, tempo em tratamento e Controle Glicêmico (HbA1C) apresentaram correlações positivas e negativas com diferentes fatores do IHSE-Pais. Os dados são discutidos em suas implicações para intervenções junto aos familiares de crianças com diabetes e doenças crônicas em geral.

Palavras-chave: educação parental; diabetes mellitus tipo 1; infância e adolescência.

Abstract

The discovery of a chronic illness in childhood, as well as the routine of treatment, can impact on how parents interact with their children and consequently on the outcomes of the child's health. This study compared mothers Educational Social Skills of children and adolescents with or without Diabetes Mellitus Type 1. The assessment was done considering: Educational Social Skills Inventory to parents (IHSE-Pais), Classification Criterion Socioeconomic Brazil and the Glycemic Control (HbA1C) obtained by medical records. The results showed the ESS mothers of children and adolescents with or without diabetes are not significantly different, however, in the group of mothers with diabetic children, the variables age of mother and age of child, time of treatment and glycemic control (HbA1C) showed positive and negative correlation with the different factors of the IHSE-Pais. Data was discussed regarding its implications for intervention with diabetic children's families and chronic diseases in general.

Keywords: Key words: parental education; type 1 diabetes mellitus; childhood and adolescence.

¹ Doutoranda em Psicologia – UFSCar/SP. Universidade Federal de São Carlos. E-mail: luzianek@yahoo.com.br.

² Doutora em Psicologia – UFSCar/SP. Universidade Federal de São Carlos. E-mail: pribenitez@yahoo.com.br.

³ Doutora em Psicologia – UFSCar/SP. Universidade Federal de São Carlos. E-mail: danielybrito@gmail.com.

⁴ Mestrando em Psicologia – UFSCar/SP. Universidade Federal de São Carlos. E-mail: giovanwillian@gmail.com.

⁵ Doutoranda em Psicologia Clínica – USP/SP. Universidade de São Paulo. E-mail: vaniamvargas@hotmail.com.

⁶ Professora Titular da Universidade Federal de São Carlos. E-mail: vaniamvargas@hotmail.com.

INTRODUÇÃO

O Diabetes Mellitus Tipo 1 (DM1) se caracteriza pela destruição das células beta produtoras de insulina, ou seja, o organismo identifica essas células como corpos estranhos, destruindo-as e diminuindo a produção de insulina. O diagnóstico é realizado avaliando-se a presença dos sintomas poliúria, polidipsia, emagrecimento, e aumento do índice glicêmico identificado por testes de glicemia em jejum e pós-prandial (Sociedade Brasileira de Diabetes, 2015). A incidência do DM1 vem crescendo, particularmente na população infantil. Em 2015 o problema acometeu 542 milhões de crianças e adolescentes no mundo, e cerca de 5 a 20% dos gastos dos sistemas de saúde foram destinados ao tratamento do diabetes (International Diabetes Federation, 2015).

O Brasil é o terceiro país com maior número de crianças e adolescentes diabéticos, com mais de 300 mil casos diagnosticados (International Diabetes Federation, 2015). Este índice tem gerado a necessidade de buscar maneiras de auxiliar os indivíduos afetados e suas famílias no cuidado e prevenção das complicações da doença pelo sistema de saúde brasileiro (Sociedade Brasileira de Diabetes, 2015).

Quando as crianças são diagnosticadas com diabetes, as mães geralmente assumem a maior responsabilidade na administração do tratamento, que envolve, principalmente, o controle da glicemia no sangue e outros cuidados como a aplicação da insulina, o planejamento da dieta e de atividades físicas, bem como o conhecimento de estratégias rápidas para lidar com episódios de hipo ou hiperglicemia (Sherifali, Ciliska, & Mara, 2009). Tais condições alteram a rotina familiar, impondo uma série de restrições à criança, atuando como fator de risco para problemas sociais e emocionais da criança e sua família (Dashiff, Hardeman, & Mclain, 2008).

Estudos apontam que, quando as famílias estão em condições de fornecer suporte social e emocional à pessoa com a doença, há maiores chances de a pessoa desenvolver estratégias de enfrentamento e obter melhores resultados de saúde (Anderson, Marshall, & Tulloch-Reid, 2013). No contexto da doença crônica infantil, esta tarefa recai sobre os pais, que são os responsáveis por fornecer apoio emocional, e ao mesmo tempo, estabelecer limites e levar a criança a construir um repertório comportamental voltado para a autonomia na administração de alguns cuidados de saúde (Dashiff et al., 2008; Nieuwesteeg et al., 2011).

Diante de um diagnóstico de doença crônica, as práticas educativas adotadas pelos pais também passam a ser determinadas pela condição de saúde da

criança (Castro & Piccini, 2002). De acordo com alguns autores, o receio dos pais quanto às complicações que podem vir a ocorrer se o tratamento não for rigoroso, faz com que eles passem a expressar comportamentos de extrema preocupação, superproteção e baixa responsividade às reais necessidades da criança (Nieuwesteeg et al., 2011; Piccinini, Castro, Alvarenga, Vargas, & Oliveira, 2003; Ribeiro & Heller, 2004). Os pais também podem se tornar mais permissivos, mesmo em relação aos comportamentos inadequados, justificando a tentativa de não aborrecer a criança e amenizar o sofrimento dela diante das restrições do tratamento (Ribeiro & Heller, 2004). Um estudo também apontou que, ora os pais apresentam monitoração rigorosa das atividades diárias da criança, ora denotam a ausência de regras claras e consistentes com relação às restrições do tratamento (Nieuwesteeg et al., 2011). Esses resultados sugerem o desafio, para os pais, de estabelecerem um repertório comportamental de relações positivas e consistentes com seus filhos, o que pode estar associado às Habilidades Sociais Educativas.

As Habilidades Sociais Educativas (HSE) são comportamentos apresentados por agentes educativos, como pais, professores e educadores, na interação com filhos, alunos ou educandos em geral, visando promover seu desenvolvimento e a aprendizagem (Del Prette & Del Prette, 2001). Ao longo dos últimos anos, os autores buscaram caracterizar classes e subclasses de HSE propondo um sistema de 32 classes organizadas em quatro conjuntos (Del Prette & Del Prette, 2008): (1) estabelecer contextos interativos potencialmente educativos; (2) transmitir ou expor conteúdos sobre habilidades; (3) estabelecer limites e disciplina; e (4) monitorar positivamente. Estas habilidades, se desempenhadas pelos pais na interação com seus filhos em situações do tratamento do diabetes, podem favorecer a organização de ambientes propícios à aprendizagem de cuidados com a saúde e a mediação da interação do filho com outras crianças, incentivando-o a lidar habilidosamente com questionamentos dos colegas em relação a sua doença. As HSE podem atuar no fornecimento de modelos de comportamentos saudáveis, negociação de regras e restrições do tratamento e no fornecimento de consequências positivas e contingentes aos comportamentos da criança (por exemplo: a escolha espontânea de alimentos saudáveis, a lembrança de verificar a glicemia e/ou de tomar a insulina, e a identificação dos sintomas de hipo ou hiperglicemia), e comportamentos como estes podem resultar em bom controle glicêmico (Robinson, Weaver, Chen, Streisand, & Holmes, 2016; Shorer, David, Shoenberg-Taz, Levavi-Lavil, & Meverovitch, 2011).

Adicionalmente, as HSE podem ser direcionadas para melhorar o repertório socioemocional dos filhos, o que contribui para o bem-estar e a qualidade de vida de todos os membros da família. Estudos de intervenção para o desenvolvimento de Habilidades Sociais Educativas foram conduzidos com pais de crianças deficientes visuais (Freitas, 2005), com problemas de comportamento (Pinheiro, Haase, Del Prette, Amarante, & Del Prette, 2006) e com Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade (Rocha, 2009). Embora as HSE tenham sido avaliadas nesses estudos, por meio de questionários e entrevistas não validados, as intervenções mostraram que, quando os pais desenvolveram melhor repertório dessas habilidades, os filhos demonstraram maior frequência de comportamentos adequados e redução dos comportamentos problemáticos concorrentes com tais habilidades. No contexto da doença crônica infantil, alguns autores discutem sobre a importância das práticas educativas parentais no manejo da doença (Piccinini et al., 2003; Ribeiro & Löhr, 2005; Santos & Enumo, 2003) todavia pesquisas enfocando as Habilidades Sociais Educativas ainda são restritas.

Este estudo se embasa, portanto, no reconhecimento da importância de um bom repertório de HSE materno para que crianças e adolescentes diabéticos desenvolvam melhores estratégias de enfrentamento da doença e resultados de saúde. Há uma suposição de que as HSEs possam estar comprometidas nas mães em decorrência do impacto da doença, suas possíveis complicações e as restrições impostas pelo tratamento. Por outro lado, não se descarta a possibilidade de que as demandas da doença levem as mães dessas crianças a desenvolverem diferentes estratégias de interação com seus filhos, aí se incluindo algumas de suas HSE. Portanto, assume-se a possibilidade de influência recíproca entre o repertório de HSE dos pais e as características comportamentais dos filhos, em particular no caso de crianças com DM1. Essa bidirecionalidade é uma questão empírica a ser investigada e que poderia ser iniciada com estudos descritivos como no presente caso.

Dadas essas considerações, o objetivo do presente estudo foi comparar as Habilidades Sociais Educativas (HSE) de mães de crianças e adolescentes com DM1 em relação a crianças sem essa doença, de modo a identificar padrões que podem ter impacto sobre o tratamento. Entende-se que esse foco de investigação pode contribuir para estimular novos estudos e intervenções junto a essa população.

MÉTODOS

Este estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética da Universidade Federal de São Carlos (Parecer CEP/UFSCar no. 42207) e obedeceu às normas de pesquisa com seres humanos. Para a participação na pesquisa, as mães assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Participantes e Local:

Participaram desta pesquisa 62 mães, sendo 31 mães de crianças e adolescentes diabéticos, e outras 31 mães de crianças e adolescentes sem essa doença. As mães cujos filhos tinham diabetes foram recrutadas no Ambulatório de um Hospital Universitário de Londrina-Paraná. O grupo de mães de crianças sem essa doença foi recrutado em uma escola pública de Londrina-Paraná. As crianças/adolescentes diabéticas deveriam ter diagnóstico médico de DM1 há no mínimo 12 meses conforme investigado em prontuário, e as outras crianças e adolescentes não poderiam ter esse diagnóstico, conforme investigado com os pais. As coletas foram realizadas por pesquisadores externos, na presença dos profissionais responsáveis em cada uma das instituições. Ambos os grupos não haviam sido submetidos a intervenções psicoterápicas no período anterior a coleta dos dados.

A Tabela 1 mostra as principais características e distinções entre os dois grupos, com e sem DM1.

(Tabela 1)

As variáveis sociodemográficas foram comparadas entre os grupos com e sem DM1. O teste não-paramétrico de *Mann Whitney* para amostras independentes não indicou diferenças entre os grupos no que diz respeito à idade dos filhos ($U=400,5$; $p=0,25$) e dos genitores ($U=538$; $p=0,41$). De modo semelhante, não houve associação significativa entre o grupo e o sexo da criança ($\chi^2=0,06$; $p=0,79$) ao se aplicar um teste Qui-quadrado para variáveis nominais. A comparação da escolaridade das crianças ($p=0,46$) e da escolaridade dos genitores ($p=0,61$) foi realizada por meio de um teste de mediana para variáveis ordinais e não revelou diferenças entre os grupos. O nível socioeconômico foi idêntico para os dois grupos.

Instrumentos

Inventário de Habilidades Sociais Educativas para Pais (IHSE-Pais, Del Prette & Del Prette, s/d)

Trata-se de um instrumento de autorrelato, com escala formato Likert, composto com 60 itens que descrevem comportamentos sociais apresentados pelos pais na relação com os filhos. As opções de resposta variam entre *Nunca* ou *Quase Nunca* (0) a *Sempre* ou

Quase Sempre (4). Os itens do instrumento foram elaborados com base no Sistema de Categorias de Habilidades Sociais Educativas, proposto por Del Prette e Del Prette (2008), em estudos anteriores do grupo de pesquisa e em revisões de literatura efetuada pelos autores. As análises psicométricas (em andamento) evidenciaram uma estrutura que permite obter um Escore Geral de HSE e escores em cinco fatores ou subconjuntos de HSE: (1) Estabelecer limites, corrigir, controlar; (2) Demonstrar afeto e atenção; (3) Conversar/dialogar; (4) Induzir disciplina; e (5) Organizar condições educativas. As propriedades psicométricas do IHSE-Pais foram aferidas pelos autores em um grupo amostral de 433 genitores (25% pais e 75% mães) de filhos entre 2 e 17 anos. A análise de consistência interna desse instrumento indicou $\alpha = 0,957$, para o Escore Geral, e $\alpha = 0,936; 0,883; 0,851; 0,791$ e $0,748$ para os cinco fatores, respectivamente. Análises da estabilidade do instrumento (teste-reteste) e sensibilidade à intervenção estão em andamento.

Critério de Classificação Socioeconômica Brasil (CCEB)

Trata-se de um instrumento desenvolvido pela Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa (Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa. Critério de Classificação Econômica Brasil 2003), de domínio público, utilizado para classificar a população em termos socioeconômicos. O sistema de pontuação é baseado em itens como a posse de bens de consumo duráveis e a instrução do chefe da família, cuja tabulação situa o respondente em uma das sete classes de poder aquisitivo: A1, A2, B1, B2, C, D e E (em ordem decrescente).

Controle Glicêmico (HbA1C) obtido pelo prontuário médico

O prontuário de cada criança/adolescente diabético foi consultado, mediante autorização prévia da mãe, para se obter a informação do diagnóstico médico de diabetes mellitus tipo 1 e o resultado retrospectivo de dois exames de sangue, que identificou o nível de Hemoglobina Glicada (HbA1c); um dos exames deveria ter sido realizado no período de 90 dias e o outro no período de 30 dias anteriores a coleta de dados deste estudo. O teste não-paramétrico de Wilcoxon para medidas repetidas foi utilizado para avaliar a estabilidade temporal desta medida, e não foram identificadas diferenças estatisticamente significativas ($W=193,5; p=0,28$) entre o primeiro e o segundo exame. Por este motivo, serão reportados neste estudo apenas os resultados dos exames conduzidos nos 30 dias

anteriores à coleta. O resultado do HbA1c não tem sido apontado como critério diagnóstico, mas indica o quanto a taxa glicêmica permaneceu estável nos últimos três meses anteriores ao exame, e por isso é uma das principais medidas para indicar o nível de controle do diabetes. Os resultados são apresentados em porcentagem ou em miligramas por decilitro, e para crianças e adolescentes os resultados acima de 8% ou 200 mg/dl indicam controle glicêmico ruim (Sociedade Brasileira de Diabetes, 2015). Para a amostra estudada, apenas 28% das crianças/adolescentes com DM1 apresentaram bom controle glicêmico (HbA1c - entre 7,2 a 8%); as demais apresentaram controle glicêmico ruim (HbA1c entre 8,1 a 14,2%).

Análise dos Dados

As respostas das mães foram inseridas em planilhas do IBM SPSS *Statistics* (versão 21), efetuando-se a tabulação dos escores para o IHSE-Pais por meio da soma dos itens de cada fator e a soma de todos os itens para Escore Geral. A distribuição amostral dos escores não foi normal, portanto, as comparações entre os grupos foram realizadas por meio do teste não-paramétrico de *Mann Whitney* para amostras independentes e as relações entre as variáveis pelo coeficiente de correlação de *Spearman*.

RESULTADOS

A análise inferencial, comparando o Escore Geral e os escores dos fatores dos dois grupos não revelou diferença significativa entre Habilidades Sociais Educativas de mães de crianças/adolescentes com e sem DM1. A Tabela 2 apresenta estes dados. (Tabela 2)

No que diz respeito à relação entre os escores de Habilidades Sociais Educativas e as outras variáveis medidas, o grupo com DM1 obteve correlações positivas entre idade da genitora e F2 ($\rho = 0,39; p = 0,05$) e F3 ($\rho = 0,41; p = 0,05$), apontando que quanto maior a idade da genitora maior a sua habilidade para demonstrar afeto e atenção, conversar/dialogar com seus filhos com diabetes. Uma correlação fraca e positiva foi observada entre F2 e os níveis de HbA1C ($\rho = 0,37; p = 0,05$), levantando-se hipóteses nas quais não é possível atribuir uma direção. Dessa forma, sugere-se que a habilidade materna para demonstrar afeto esteja de alguma maneira contribuindo para o mau controle glicêmico da criança/adolescente, ou o mau controle glicêmico leve as mães a relatarem maior habilidade para demonstrar afeto e atenção aos seus filhos, ou até mesmo que outras variáveis não identificadas estejam incidindo sobre o afeto materno e

o controle glicêmico ao mesmo tempo.

Foram encontradas correlações negativas entre o tempo de tratamento para o diabetes e a habilidade de organizar condições educativas para seus filhos - F5 ($\rho = -0,43$; $p = 0,05$), o que sugere que quanto maior o tempo de tratamento, menor a probabilidade das mães organizarem condições favoráveis à aprendizagem da criança/adolescente. A idade dos filhos se correlacionou positivamente com F4 ($\rho = 0,37$; $p = 0,05$) e negativamente com F5 ($\rho = -0,33$; $p = 0,01$). A Tabela 3 apresenta estes dados. **(Tabela 3)**

No grupo de mães de crianças/adolescentes sem DM1, as mães com maior escolaridade relataram apresentar maior nível de Habilidades Sociais Educativas, observado no Escore Geral ($\rho = 0,39$; $p = 0,05$), habilidade para conversar/dialogar - F3 ($\rho = 0,42$; $p = 0,05$) e organizar condições educativas para seus filhos - F5 ($\rho = 0,48$; $p = 0,01$). Assim como observado no outro grupo, para as mães deste grupo também foi indicada uma correlação negativa entre a habilidade para organizar condições educativas e a idade dos filhos ($\rho = -0,39$; $p = 0,05$). Estes dados estão apresentados na Tabela 4. **(Tabela 4)**

DISCUSSÃO

O objetivo inicial deste estudo foi avaliar as Habilidades Sociais Educativas de mães de crianças e adolescentes portadores do Diabetes Mellitus do tipo 1, com a hipótese de que poderia ser diferente do repertório de mães de crianças sem essa fonte de estresse e, também, na perspectiva de contribuir em estudos posteriores voltados para intervenções em HSE com essa população.

O principal achado foi que o repertório de habilidades sociais educativas das mães de crianças/adolescentes diabéticas não é mais comprometido do que o repertório de mães de crianças sem esta doença, que participaram desse estudo, conforme observado tanto para o Escore Geral quanto para os cinco fatores do instrumento IHSE-Pais. Não foram encontrados outros estudos sobre Habilidades Sociais Educativas e doenças crônicas infantis para fundamentar esses dados, porém eles são coerentes com um estudo que apontou que não houve diferença significativa ($p > 0,05$) entre as práticas educativas de cuidadores de crianças com e sem doença falciforme, entre 8 a 15 anos (Noll, McKellop, Vannatta, & Kalinyak, 1998). Há outro estudo que também mostrou que as práticas educativas indutivas (como negociar com a criança, explicar apresentando consequências), não são diferentes entre grupos de mães de crianças com e sem doença crônica ($p = 0,14$), na faixa etária entre 3 a 5 anos (Piccinini et al., 2003). Para ambos os estudos, a diferença observada foi em relação à quantidade de práticas educativas coercitivas (como fazer ameaças à

criança, bater, deixar de castigo), que são evitadas pelas mães de crianças doentes, com o intuito de poupar a criança deste sofrimento. De todo modo, é possível que a indiferenciação encontrada esteja relacionada também ao caráter situacional das HSEs (Del Prette & Del Prette, 1999), tal como nas demais habilidades. Para a avaliação neste estudo não foi considerada a especificidade do contexto e da condição relativa à presença de uma doença crônica, e talvez isso possa ter interferido na identificação de déficits ou habilidades da mãe na interação com seu filho portador do diabetes.

Além desses resultados, variáveis sociodemográficas, tempo em tratamento e controle glicêmico (no caso do Grupo com DM1) foram correlacionadas às HSE das mães, com o intuito de identificar padrões que possam ser alvo de análise para futuros estudos. Um dado similar, para ambos os grupos, é que as mães de crianças/adolescentes mais velhos indicaram maior dificuldade para organizar condições educativas, referida como um conjunto de habilidades que permite que a mãe identifique um determinado acontecimento ou contexto educativo e utilize-o construtivamente na interação com seu filho (Del Prette & Del Prette, 2008). Esta habilidade inclui comportamentos como, escolher livros com conteúdo educativo, incentivar o filho a trazer colegas em casa, envolver-se em jogos e brincadeiras com os filhos, entre outros (Del Prette & Del Prette, s/d). O resultado sugere que as mães deste estudo consideram que à medida que seus filhos ficam mais velhos, adquirem maior independência para monitorar suas atividades sociais sozinhos, não necessitando, portanto, da participação materna e do desempenho de tal habilidade. A habilidade para organizar condições educativas parece estar reservada às mães de crianças/adolescentes com menor idade, etapas nas quais o incentivo à socialização pode estar sendo considerado mais importante (Cincotta, 2008).

Para as crianças/adolescentes com diabetes, o maior tempo em tratamento também foi correlacionado à dificuldade materna para organizar condições educativas, o que sugere que os esforços para desempenhar este tipo de habilidade ocorrem principalmente nos períodos de adaptação da criança/adolescente a uma nova rotina (Wennick, & Hallstrom, 2004), e podem ser reduzidos posteriormente em função de outras demandas, como os afazeres da casa e cuidados com os outros filhos. Deve-se considerar que, para uma parte da amostra (38,7%), as crianças/adolescentes se encontravam em tratamento há mais de três anos, e este tempo já pode estar sendo considerado pelas mães como suficiente para que a criança/adolescente tenha aprendido a administrar

alguns cuidados básicos de saúde, incluindo as situações sociais nas quais ela mesma busca a interação com pares ou as atividades que lhe agrada (Wennick, Lundqvist, & Hallström, 2009).

Foi observado que no grupo de crianças/adolescentes com DM1 a idade da genitora correlacionou-se ao escore geral de HSE, à maior habilidade da mãe para demonstrar afeto e atenção, e, adicionalmente à maior habilidade para conversar/dialogar, enquanto para o outro grupo a habilidade da mãe para demonstrar afeto e atenção correlacionou-se à sua escolaridade. É possível que, para as mães de crianças com DM1, o maior tempo de exposição às demandas interpessoais, decorrente da idade e da experiência materna, tenha contribuído para o desenvolvimento de um repertório favorável de demonstrar afeto e dialogar com seus filhos, intensificado pelo desafio de lidar com a criança/adolescente em condições do tratamento, o que é coerente com os resultados apresentados na literatura (Dashiff et al., 2008; Jhonsson, Lundqvist, Tiberg, & Hallstrom, 2014). Esses dados mostram, de maneira geral, que a experiência de vida, somada aos desafios diários de cuidar de uma criança doente, são fatores que podem contribuir para a mãe aprimorar seu repertório de HSE com a criança/adolescente, independente do tempo que a criança/adolescente encontra-se em tratamento.

A forma como as mães se relacionam com seus filhos sob tratamento médico também foi diferenciada em função da idade do filho (Anderson et al., 2013). O presente estudo identificou que mães de crianças/adolescentes mais velhos apresentaram maior escore para a habilidade de induzir disciplina, referida como comportamentos de pedir ajuda ao filho nas coisas em que ele pode cooperar, estabelecer regras, ouvir e fazer perguntas ao invés de propor soluções, entre outros (Del Prette & Del Prette, s/d). Esse dado se alinha a de outro estudo, o qual aponta que as mães deixavam de solicitar às crianças mais novas o auxílio na execução de tarefas, com a justificativa de que ela pudesse estar fragilizada e/ou não teria idade suficiente para compreender o que precisa ser feito (Wennick et al., 2009). Com isso, as mães assumem todos os cuidados, deixando de incentivar a participação de crianças pequenas no tratamento (Silverstein et al., 2005).

É possível que, com crianças/adolescentes mais velhas, as mães possam sentir menos dificuldade em solicitar ajuda ao filho e/ou mesmo em fornecer regras e exigir que elas sejam executadas (Weissberg-Benchell & Antisdel, 2000). Tarefas como essas devem ser incentivadas entre as crianças/adolescentes diabéticos, mediante a supervisão e o controle dos pais, pois

permitem que os filhos aprendam a administrar situações risco à saúde, aquelas nas quais os pais não estarão presentes para administrar (Ribeiro & Heller, 2004).

Outro dado que merece destaque, e de início pode causar preocupação, é que a habilidade materna para demonstrar afeto e atenção foi positivamente correlacionada ao controle glicêmico ruim. Esta habilidade inclui os comportamentos maternos de retribuir gentileza recebida, demonstrar carinho e troca afetiva, elogiar comportamentos desejáveis do filho, ou mesmo perceber quando ele está feliz e satisfeito (Del Prette & Del Prette, s/d). O resultado pode sugerir que, ou o uso desta habilidade tenha contribuído de alguma forma para piorar o controle glicêmico, ou o controle glicêmico ruim tenha levado as mães a serem mais afetivas na interação com seus filhos diabéticos. Contudo, não é possível estabelecer uma relação de causalidade, nem mesmo a direção dessas variáveis, mas com o apoio da literatura é possível levantar algumas hipóteses.

A primeira hipótese é que as crianças/adolescentes que apresentam controle glicêmico ruim podem ter mães que, embora apresentem habilidade para demonstrar afeto e atenção, estejam pouco atentas aos comportamentos da criança/adolescente relacionados aos cuidados com a saúde. Na segunda hipótese, o fato da criança/adolescente apresentar instabilidade glicêmica poderia levar as mães a se tornarem mais afetivas diante deste sofrimento e a fornecerem maior apoio emocional e atenção do que limites e regras claras sobre o tratamento (Ribeiro & Heller, 2004).

De todo modo, é importante reconhecer que a maneira como os dados foram coletados, pelo autorrelato materno, pode apresentar vieses de desejabilidade social (Del Prette & Del Prette, 2001), ainda mais ao se considerar que a coleta foi realizada mediante a presença de um profissional de saúde responsável na instituição, o qual realiza orientações sobre o tratamento e cuidados com a criança/adolescente. Dificuldades metodológicas como esta talvez possam ser superadas com a realização de avaliações multimodais, que incluem a observação das HSE na interação com a criança em ambiente natural, além do autorrelato materno e de terceiros, como por exemplo, da própria criança ou de profissionais de saúde.

Outra consideração importante é que o grupo de mães de crianças/adolescentes com diabetes não apresentou distribuição normal para variável controle glicêmico, isto é, apenas 28% das crianças/adolescentes com DM1 apresentaram bom controle glicêmico (HbA1c- entre 7,2 a 8%). Além disso,

embora alguns estudos proponham a existência de uma relação entre as variáveis 'comportamento parental' e 'controle glicêmico - HbA1c'(Robinson et al., 2016; Shorer et al., 2011) esta medida biológica pode estar sujeita a outras variáveis como alterações medicamentosas, alimentação e/ou atividades físicas (Sociedade Brasileira de Diabetes, 2015). Estudos futuros, que apresentem distribuição normal e maior quantidade de participantes, são necessários para dar continuidade a investigação das HSE e o controle glicêmico de crianças/adolescentes diabéticos.

Este estudo apontou um indicativo de que há uma relação entre as HSEs e o controle glicêmico e pode despertar o interesse para novas pesquisas com o intuito de identificar quais dessas habilidades apresentam relações com resultados de saúde em crianças/adolescentes diabéticos. Para os estudos destinados a intervenção, destaca-se a importância de promover não apenas as habilidades sociais educativas na interação pais-filhos com diabetes, mas também de ajustá-las a situações do tratamento, tais como auxiliar os pais com a negociação de restrições do tratamento com o filho, valorização de comportamentos destinados aos cuidados de saúde, e ampliação de repertório social que poderá atuar como fator de proteção no enfrentamento da doença.

Limitações do estudo

Os resultados e reflexões produzidos pelo presente estudo, bem como suas limitações são reconhecidas. Uma delas é que as HSEs das mães foram avaliadas por meio de autorrelato, cujos resultados podem estar sujeitos a vieses de desejabilidade social (Del Prette & Del Prette, 2001). Além disso, outras variáveis que poderiam interferir ou interagir com resultado do HbA1c (como alterações medicamentosas, alimentação e/ou atividades físicas) não foram avaliadas. Adicionalmente, o estudo foi conduzido com uma quantidade pequena de participantes, o que limita sua generalização. Finalmente, como referido antes, o caráter situacional das HSEs(Del Prette & Del Prette, 1999) também teoricamente aplicável para as condições específicas do tratamento do diabetes, pode não ter sido suficientemente contemplado no presente estudo. Essas limitações sugerem a necessidade de novos estudos, com amostras mais amplas, e avaliação multimodal, incluindo a observação das HSE na interação com a criança em ambiente natural e o relato de terceiros. Não obstante, essas avaliações precisam ser direcionadas às demandas próprias das interações voltadas para os cuidados de saúde dos filhos diabéticos.

CONCLUSÃO

Este estudo mostrou que, embora as habilidades sociais educativas estejam presentes em mães de crianças/adolescentes com diabetes, semelhante ao que foi apontado pelas mães de crianças sem diabetes, tal habilidade pode não ter sido suficiente para auxiliar nos resultados de saúde das crianças/adolescentes deste grupo. Sugere-se a importância de assessorar os pais a desenvolverem habilidades sociais dos filhos, especialmente aquelas que lhes permitam o gerenciamento do controle do diabetes e o enfrentamento de situações que colocam em risco as restrições do tratamento e tornam seus filhos mais vulneráveis.

Considerando que a influência dos comportamentos dos pais sobre os resultados de saúde de crianças e adolescentes diabéticas (Chisholm et al., 2014), acredita-se que estes poderiam se beneficiar de programas de Habilidades Sociais Educativas. No entanto, entende-se também que tais programas deveriam focalizar dificuldades específicas à situação de filhos com diabetes, no sentido de melhorar tanto o repertório de habilidades sociais dos filhos no gerenciamento dos cuidados com saúde, quanto a qualidade da relação dos pais com seus filhos diabéticos, considerando as demandas próprias dessa situação.

REFERÊNCIAS

- Anderson ME, Marshall K, Tulloch-Reid, DS. "She's Trying Her Best, Even Though She Gets on My Nerves": Diabetes and the Caregiver-Child Relationship in Jamaica. *Diabetes Spectr.* 2013; 26 (2): 131-6. doi: 10.2337/diaspect.26.2.131
- Anderson, M. E., Marshall K., & Tulloch-Reid, D. S. (2013). "She's Trying Her Best, Even Though She Gets on My Nerves": Diabetes and the Caregiver-Child Relationship in Jamaica. *Diabetes Spectrum*, 26 (2), 131-136. doi: 10.2337/diaspect.26.2.131
- Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa. (2003). *Critério de Classificação Econômica Brasil*. Recuperado de <http://www.abep.org>.
- Castro, E.K., & Piccini, 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. doi: 10.1590/S0102-79722002000300016.

- Chisholm, V., Atkinson, L., Bayrami, L., Noyes, K., Payne, A., & Kelnar, C. (2014). An exploratory study of positive and incongruent communication in young children with type 1 diabetes and their mothers. *Child: Care Health and Development*, 40(1), 85-94. doi: 10.1111/cch.12004
- Cincotta, N.F. (2008) The journey of middle childhood-Who are "latency-age" children? In: Austrian SG (Org.). *Developmental theories through the life cycle*. 2Ed. (pp. 79-132). Columbia University Press: New York, NY..
- Dashiff, C., Hardeman, T., & Mclain, R. (2008). Parent-adolescent communication and diabetes: an integrative review. *Journal of Advanced Nursing*, 62 (2), 140-162. doi: 10.1111/j.1365-2648.2007.04549.x.
- Del Prette, A., & Del Prette, Z. A. P. (2001). *Psicologia das relações interpessoais: Vivências para o trabalho em grupo*. Petrópolis: Vozes.
- Del Prette, Z.A.P, & Del Prette A. (1999). *Psicologia das habilidades sociais: Terapia, Educação e Trabalho*. Petrópolis: Vozes.
- Del Prette, Z.A.P., & Del Prette, A. (2008). Um sistema de categorias de habilidades sociais educativas. *Paidéia*, 18(41), 517-530. doi: 10.1590/S0103-863X2008000300008.
- Del Prette, Z. A. P. & Del Prette, A. (2013). *Inventário de habilidades Sociais Educativas – versão Pais (IHSE-Pais): Dados psicométricos preliminares*. Relatório não publicado disponível com os autores.
- Freitas, M. G. (2005). *Desenvolvimento e avaliação de um programa de habilidades sociais com mães de crianças deficientes visuais* (Tese de doutorado, Universidade Federal de São Carlos, São Carlos). Recuperado de http://www.btdt.ufscar.br/htdocs/tedeSimplificado/tde_busca/arquivo.php?codArquivo=767
- International Diabetes Federation. (2015). *IDF Diabetes Atlas*. (7ª ed.). Recuperado de: <http://www.diabetesatlas.org/>
- Jhonsson, L., Lundqvist, P., Tiberg, I., & Hallstrom, I. (2014). Type 1 diabetes: impact on children and parents at diagnosis and 1 year subsequent to the child's diagnosis. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 29(1):126-35. doi: 10.1111/scs.12140
- Nieuwesteeg, A. M., Pouwer, F., Bakel, H. J. A., Emons, W. H. M., Aanstoot, H. J., Odink, R., & Hartman, E. E. (2011). Quality of the parent-child interaction in Young children with type 1 diabetes mellitus: study protocol. *BMC Pediatrics*, 11, 28. doi: 10.1186/1471-2431-11-28
- Noll, R. B., McKellop, J. M., Vannatta, K., & Kalinyak, K. (1998). Child-Rearing Practices of Primary Care Children With Sickle Cell Disease: The I of Professionals and Caregivers. *Journal of Pediatric Psychology*, 23(2), 131-140. doi: 10.1093/jpepsy/23.2.131
- 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. doi: 10.1590/S1413-294X2003000100009.
- Pinheiro, M. I. S., Haase, V. H., Del Prette, A., Amarante, C. L. D., & Del Prette, Z. A. P. (2006). **Treinamento de habilidades sociais educativas para pais de crianças com problemas de comportamento.** *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 19(3), 407- 414. doi: 10.1590/S0102-79722006000300009
- Ribeiro, P. G., & Heller, D. C. (2004). Tratamento do diabetes tipo 1: interação entre pais e filhos. In: Brandão, M. Z. da S., Conte, F. C. de S., Brandão, F. S., Ingberman, Y. K., Moura, C. B. de, Silva, V. M. da, & Oliane, S. M. (Orgs.) *Sobre comportamento e cognição: Estendendo a psicologia comportamental e cognitiva aos contextos da saúde, das organizações, das relações pais e filhos e das escolas*. V. 14. Santo André: Esetec.
- Ribeiro, P.G., & Löhr, S.S. (2005) *Diabetes Tipo 1: práticas educativas maternas e adesão infantil ao tratamento*. In: H. J. Guilhardi, & N. C. Aguirre (Orgs.), *Sobre Comportamento e Cognição: Expondo a variabilidade*. v. 16 (pp. 152-163). Santo André: Esetec Editores Associados.
- Robinson, E. M.; Weaver, P.; Chen, R; Streisand, Ra; Holmes, C. S.(2016) A Model of Parental Distress and Factors That Mediate Its Link With Parental Monitoring of Youth Diabetes Care, Adherence, and Glycemic Control. *Health Psychology*, 11, No Pagination Specified. Doi: 10.1037/hea0000406
- Rocha, M. M. (2009). *Programa de habilidades sociais educativas com pais: Efeitos sobre o desempenho social e acadêmico de filhos com TDAH*. (Tese de

Doutorado, Universidade Federal de São Carlos, São Carlos).

Santos, J. R., & Enumo, S. R. F. (2003). Adolescentes com diabetes mellitus tipo 1: seu cotidiano e enfrentamento da doença. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 16(2), 411-425. doi: 10.1590/S0102-79722003000200021

Sherifali, D, Ciliska, D, & Mara, L. (2009). Parenting children with diabetes: exploring parenting styles on children living with type 1 diabetes mellitus. *Diabetes Educator*, 35(3), 476-83. doi: 10.1177/0145721709333268.

Shorer, M; David, R.; Shoenberg-Taz, M.; Levavi-Lavil, P.M. Meverovitch, J. (2011) Role of parenting style in achieving metabolic control in adolescents with type 1 diabetes. *Diabetes Care*; 34(8):1735-7. doi: 10.2337/dc10-1602.

Silverstein, J.; Klingensmith, G.; Copeland, K.; Plotnick, L.; Kaufman, F.; Laffel, L.; Deeb, L.; Grey, M.; Anderson, B.; Holzmeister, L.A.; Clark, N (2005) Care of children and adolescents with type 1 diabetes: a statement of the American Diabetes Association. *Diabetes Care*, 28(1), 186-212.

Sociedade Brasileira de Diabetes. (2015). *Diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes 2014-2015*. Recuperado de: <http://bibliofarma.com/diretrizes-da-sociedade-brasileira-de-diabetes-2014-2015/>

Weissberg-Benchell, J., & Antisdell, J.E. (2000). Balancing developmental needs and intensive management in adolescents. *Diabetes Spectrum*, 13 (2), 88-94.

Wennick, A.; Hallstrom, I. (2007). Families' lived experience one year after a child was diagnosed with type 1 diabetes. *Journal of Advanced Nursing*, 60(3), 299-307. doi:10.1111/j.1365-2648.2007.04411.x

Wennick, A.; Lundqvist, A.; Hallström, I. (2009). Everyday experience of families three years after diagnosis of type 1 diabetes in children: A research paper. *Journal of Pediatric Nursing*, 24 (3), 222-230.

Lista de Tabelas

Tabela 1 - Caracterização da amostra por grupos.

Tabela 2 - Medianas, desvios-padrão (dp), valores de U e nível de significância (p) dos escores de cada grupo no Escore Geral (EG) e em cada Fator.

Tabela 3 - Relação entre os escores obtidos por mães de crianças/adolescentes com DM1 nos cinco fatores do IHSE-Pais e variáveis sociodemográficas e de tratamento.

Tabela 4 - Relação entre os escores obtidos por mães de crianças/adolescentes sem DM1 nos cinco fatores e variáveis sociodemográficas.

Tabela 1 - Caracterização da amostra por grupos.

Características	Variáveis	Grupo com DM1	Grupo sem DM1
Idade dos filhos (em anos)	2-7 anos	4 (12,9%)	2 (6,5%)
	8-12 anos	16 (52,6%)	16 (52,6%)
	13-17 anos	11 (35,5%)	13 (41,9%)
	Média	10,74	11,58
	D. Padrão	3,05	3,13
Sexo dos filhos	Masculino	12 (39%)	13 (42%)
	Feminino	19 (61%)	18 (58%)
Escolaridade dos filhos	Pré-escola	1 (3%)	2 (7,4%)
	Ensino Fundamental	21 (70%)	20 (74,1%)
	Ensino Médio	8 (26%)	5 (18,5%)
Tempo de tratamento dos filhos	Até 1 ano	1 (3,2%)	-
	Entre 1 a 3 anos	17 (54,8%)	-
	Mais de 3 anos	13 (41,9%)	-
	Média	36,06	-
	D. Padrão	18,17	-
Idade das genitoras (em anos)	Menos de 30 anos	5 (16,1%)	3 (9,7%)
	Entre 30 e 40 anos	11 (35,5%)	15 (48,4%)
	Entre 40 e 50 anos	13 (41,9%)	12 (38,7%)
	Mais de 50 anos	2 (6,5%)	1 (3,2%)
	Média	39,32	38,13
Escolaridade das genitoras	Ensino Fundamental	18 (58%)	51,6%
	Ensino Médio	13 (42%)	41,9%
	Ensino Superior	-	6,5%
Nível socioeconômico (NSE)	A1	-	-
	A2	-	-
	B1	-	-
	B2	5 (16,1%)	5 (16,1%)
	C1	16 (51,6%)	16 (51,6%)
	C2	9 (29%)	9 (29%)
D	1 (3,2%)	1 (3,2%)	

Tabela 2 - Medianas, desvios-padrão (dp), valores de U e nível de significância (p) dos escores de cada grupo no Escore Geral (EG) e em cada Fator.

Escores	Com Diabetes Mediana (D.Padrão)	Sem Diabetes Mediana (D.Padrão)	U	p
Escore Geral	200 (26,4)	207 (31,2)	438	0,550
F1 - Estabelecer limites, corrigir, controlar	88 (13,1)	93 (15,6)	496	0,827
F2- Demonstrar afeto e atenção	46 (5,8)	46 (6,1)	478,5	0,977
F3 - Conversar/dialogar	32 (6,5)	33 (5,9)	401	0,262
F4 - Induzir disciplina	18 (4,1)	18 (4,3)	429	0,467
F5 - Organizar condições educativas	14 (5,6)	16 (4,6)	461	0,783

Tabela 3 - Relação entre os escores obtidos por mães de crianças/adolescentes com DM1 nos cinco fatores do IHSE-Pais e variáveis sociodemográficas e de tratamento.

Escores	Idade filho	Escolaridade filho	Idade genitora	Escolaridade genitora	NSE genitora	Tempo em tratamento	HbA1c
Escore Geral	-0,03	-0,04	0,28	-0,10	0,15	0,11	0,27
F1 - Estabelecer limites, corrigir, controlar	-0,11	-0,96	0,09	0,08	0,11	-0,09	0,16
F2- Demonstrar afeto e atenção	0,12	0,07	0,39*	-0,27	-0,04	0,11	0,37*
F3 - Conversar/dialogar	0,11	0,09	0,41*	-0,16	-0,004	0,27	0,33
F4 - Induzir disciplina	0,37*	0,35	0,28	-0,22	0,16	0,21	0,19
F5 - Organizar condições educativas	0,33**	-0,24	0,08	-0,14	0,18	-0,43*	0,14

*p<0,05; **<0,01.

Tabela 4 - Relação entre os escores obtidos por mães de crianças/adolescentes sem DM1 nos cinco fatores e variáveis sociodemográficas.

Escores	Idade filho	Escolaridade filho	Idade genitora	Escolaridade genitora	NSE genitora
Escore Geral	-0,28	-0,30	0,06	0,39*	-0,001
F1 - Estabelecer limites, corrigir, controlar	-0,20	-0,25	-0,12	0,20	0,03
F2- Demonstrar afeto e atenção	-0,28	-0,05	0,02	0,21	-0,20
F3 - Conversar/dialogar	-0,21	-0,18	0,15	0,42*	-0,15
F4 - Induzir disciplina	-0,17	-0,25	0,17	0,23	0,09
F5 - Organizar condições educativas	-0,39*	-0,41*	0,12	0,48**	0,02

*p<0,05; **<0,01.

Recebido em: 05/04/2017
 Primeira decisão editorial: 03/08/2017
 Versão final: 03/08/2017
 Aprovado em: 22/08/2017