

Reflexos dos Cuidados da Diabetes Mellitus nas Relações Familiares: Impactos, Limites e Estratégias¹

Renata Iris Dima²

Resumo:

O presente artigo tem como objetivo analisar as formas como as famílias experienciam os momentos de dificuldades que surgem com os cuidados exigidos pelo tratamento da diabetes mellitus e quais são os impactos, limites e estratégias de cada grupo familiar. Através de entrevistas semiestruturadas, foram analisadas 06 famílias atendidas no Instituto Estadual de Diabetes e Endocrinologia Luiz Capriglione (IEDE), nos meses de agosto, setembro e outubro de 2012. As temáticas abordadas com as famílias foram: a descoberta da diabetes, alterações na rotina, aplicação da insulina, dificuldade com o tratamento e a mudança de comportamento dos envolvidos.

Palavras-chave: Diabetes; cuidadores; família; violência.

Effects of Diabetes Mellitus Care in Family Relations: impacts, limits and strategies

Abstract:

This article aimed to analyze the ways in which families experience difficult moments that arise with the care required for the treatment and what impacts, limits and strategies of each family group are. Through semi-structured interviews were analyzed 06 families attended at the State Institute for Diabetes and Endocrinology Luiz Capriglione (IEDE), in the months of August, September and October, 2012. The discussed themes with families were: the discovery of diabetes, changes in routine, application of insulin, difficulty with treatment and behavior change of those involved.

Key words: Diabetes; caregivers; family; violence.

¹ As reflexões presentes nesse artigo são fruto da monografia apresentada como requisito parcial para a obtenção do grau de Especialista em Atendimento a Criança e Adolescente Vítimas de Violência Doméstica pelo Programa de Pós-graduação em Serviço Social do Departamento de Serviço Social PUC-Rio.

² Assistente Social formada pela UFRJ. Especialista pelo Programa de Pós-graduação em Serviço Social do Departamento de Serviço Social PUC-Rio. Assistente Social do INSS. Email: renata_irisdima@hotmail.com.

Introdução

O presente trabalho parte da seguinte indagação: De que forma os cuidados com a criança e/ou adolescente diabético interferem nas relações familiares? Para tanto, pretendemos analisar os momentos de dificuldades na relação entre os cuidadores e a criança e/ou adolescente que são vivenciados por cada família. Pretendemos, também, identificar a forma com que os cuidados decorrentes da doença na criança e/ou adolescente afeta as relações familiares e, ainda, compreender os impactos, os limites e as estratégias advindos do tratamento da doença.

O interesse nesse tema decorreu da nossa atuação como assistente social do Instituto Estadual de Diabetes e Endocrinologia Luiz Capriglione (IEDE), especificamente no ambulatório de diabetes, atendendo as famílias com suas crianças e adolescentes diabéticos, onde pudemos observar que o impacto causado pela doença era sentido por cada família de forma muito peculiar, bem como eram diferentes as estratégias para os momentos de maior dificuldade, tais como: a alimentação e a aplicação da insulina.

Através de 06 estudos de casos, analisamos como a doença afeta as relações familiares e as estratégias utilizadas por cada família nos momentos de dificuldade do tratamento. O instrumento utilizado foi a entrevista semiestruturada, com o roteiro previamente estabelecido e as temáticas abordadas foram: a descoberta da diabetes, alterações na rotina, aplicação da insulina, dificuldade com o tratamento e a mudança de comportamento dos envolvidos.

Apesar de boa parte das questões iniciais terem sido respondidas com o presente estudo, nas considerações finais buscamos apresentar algumas reflexões e propostas sobre os desafios impostos pela doença às famílias, às crianças, aos adolescentes e aos profissionais de saúde.

Diabetes: um problema de saúde pública

De acordo com a Organização Mundial da Saúde (OMS), as doenças crônicas não transmissíveis são um grave problema de saúde pública em todo o mundo, entretanto, os países subdesenvolvidos sofrem de forma mais acentuada, pois 80% das doenças crônicas ocorrem em países de baixa e média renda. Suas precárias condições de garantir políticas públicas inviabilizam a melhoria dos determinantes sociais de saúde (BRASIL, 2008, p.20).

Sobre as doenças crônicas, podemos destacar, dentre outros aspectos, que: são permanentes; produzem incapacidade/deficiências residuais; são causadas por alterações

patológicas irreversíveis; exigem uma formação especial do doente para a reabilitação e podem exigir longos períodos de supervisão, observação ou cuidados.

São exemplos de doenças crônicas: as doenças cardiovasculares (cerebrovasculares, isquêmicas); as neoplasias; as doenças respiratórias crônicas, a diabetes mellitus (DM), dentre outras, que, em síntese, requerem contínua atenção e esforços de um grande conjunto de equipamentos de políticas públicas e das pessoas em geral (BRASIL, 2008, p.13).

Segundo o Plano Nacional de Saúde – PNS: 2012-2015, do Ministério da Saúde, a diabetes é considerada atualmente uma epidemia mundial. No Brasil, estima-se um contingente populacional de seis milhões de pessoas portadoras de diabetes que, assim como a hipertensão arterial, constitui a primeira causa de hospitalizações no Sistema Único de Saúde. “O grande impacto econômico da diabetes decorre também dos crescentes custos do tratamento e, sobretudo, das complicações, como a doença cardiovascular, a diálise por insuficiência renal crônica e as cirurgias para amputações de membros inferiores” (BRASIL, 2011, p. 20).

A DM é uma doença do metabolismo, que tem como característica a deficiência total ou parcial do hormônio insulina³. Os alimentos que ingerimos se transformam em glicose, que é utilizada pelo organismo como energia. Para isso, é necessária a presença da insulina, pois quando o organismo não faz o controle dos níveis de glicose corretamente esta pode se elevar no sangue, ocasionando a hiperglicemia⁴, ou ainda acarretar hipoglicemia⁵ (GÓES et al, 2007).

De acordo com a Sociedade Brasileira de Diabetes, é considerada normal a glicemia de jejum entre 70 mg/dl e 99mg/dl e inferior a 140mg/dl 2 horas após sobrecarga de glicose. Se o resultado ficar em torno de 110 a 125 mg/dl, o indivíduo é portador de glicemia em jejum inapropriada. O resultado igual ou acima de 126 mg/dl, em pelo menos dois exames consecutivos, confirma o diagnóstico de diabetes mellitus. Com a glicemia superior a 140

³ A insulina é um hormônio produzido pelas células do pâncreas, que tem a função de reduzir a taxa de glicose no sangue, enviando-a para o interior da célula, onde será utilizada como fonte de energia ou armazenada na forma de gordura (REICHEL et al., 2011).

⁴ “A hipoglicemia é uma das complicações agudas mais graves do DM1 e é caracterizada pela Sociedade Brasileira de Diabetes como nível de glicose sanguínea baixa, inferiores a 60mg/dl, em que os pacientes podem, ou não, sentirem os sintomas clássicos e que se não revertida a tempo, em casos mais graves (níveis inferiores a 40 mg/dl) o paciente pode entrar em coma que, possivelmente, pode resultar em morte. Geralmente, após a recuperação do coma hipoglicêmico, a função cerebral se recupera completamente, no entanto, também pode acontecer sequelas permanentes, com déficit neurológico significativo, principalmente em crianças que estão em fase de desenvolvimento” (MORAES e SANTOS,2009, p.1).

⁵ A hiperglicemia é o alto nível de glicose no sangue, acarretando a redução da eficácia das células para absorver os nutrientes necessários, necessitando do uso da insulina (MORAES e SANTOS,2009).

mg/dl, mesmo sendo recolhida a qualquer hora do dia, já se confirma o diagnóstico de diabetes.

Muita comida sem nenhuma restrição e falta de exercícios podem favorecer o desenvolvimento da doença. Os sintomas são: muita sede; vontade frequente de urinar; muita fome; perda de peso; cansaço; dor de cabeça; náuseas; vômitos; e, sonolência. A hipoglicemia, que é o baixo nível de glicose no sangue e ocorre quando a glicemia está abaixo de 60 mg. Pode ser acarretada pelo uso, de forma errada, da medicação, pelo atraso na alimentação e, exercícios físicos em excesso. Os sintomas são: a dificuldade para raciocinar; fraqueza; cansaço; sudorese exagerada; sonolência; visão dupla; e, confusão mental que pode evoluir para a perda total da consciência (ALBUQUERQUE, 2013).

A diabetes é dividida em três tipos: tipo 1, tipo 2 e gestacional. Para os portadores da diabetes tipo 1 (insulinodependentes), são necessárias injeções diárias de insulina para que os valores de glicose no sangue fiquem normais. É mais comum em crianças, adolescentes ou adultos jovens. A diabetes tipo 2 (não insulinodependentes) ocorre geralmente em pessoas obesas com mais de 40 anos de idade, entretanto vem aparecendo com mais frequência entre os jovens devido à má alimentação, stress e sedentarismo. Os pacientes portadores desse tipo de diabetes produzem insulina, entretanto, sua ação é dificultada, acarretando o que se chama de resistência insulínica, uma das causas da hiperglicemia. A diabetes gestacional é caracterizada pela glicose elevada no sangue durante a gravidez, que normalmente se estabiliza após o parto. Entretanto, essas mulheres, assim como seus filhos, possuem maior risco de desenvolverem diabetes tipo 2 tardiamente (SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES, 2013).

O tratamento da DM tipo 1 tem o objetivo de promover o controle metabólico, permitir o desenvolvimento adequado e evitar complicações crônicas. Consiste em atividade física, dieta e insulino terapia, e o paciente deve ser atendido por uma equipe multidisciplinar, composta por nutricionista, endocrinologista, psicólogo, enfermeira, dentre outros. Os objetivos do tratamento da DM tipo 2 são similares, ou seja, promover a saúde e aumentar a expectativa de vida. Apesar da prescrição de insulina não ser obrigatória, geralmente os antidiabéticos orais são necessários para diminuir a resistência à insulina (SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES, 2013).

Levando-se em consideração que a diabetes está associada ao aumento da mortalidade e, a causa de cegueira, a insuficiência renal e, a amputações, cabe ressaltar a importância da mudança do estilo de vida dos portadores da doença, isto é, alimentação saudável, redução de peso, exercícios físicos, abandono de vícios. Nesse sentido, os objetivos e a importância do

tratamento devem estar claros para o paciente e seus familiares, pois estes influenciam diretamente no controle da doença.

Assim sendo, devemos levar em consideração que, além de interferir no estilo de vida, o tratamento é complicado, exige disciplina e pode ser doloroso. Por esses motivos, o apoio familiar é essencial para facilitar a adesão ao tratamento, entretanto, muitas vezes, a dieta e a aplicação da insulina se tornam motivos de conflitos e dificuldades.

A importância dos cuidadores no tratamento da Diabetes

Ao ser diagnosticada a doença, toda a família sofre o impacto, já que a rotina de todos/as é alterada em função do tratamento, pois “o diagnóstico de uma doença é sem dúvida um fator de sofrimento, que no caso particular das doenças crônicas é um sofrimento prolongado, contínuo e irreversível” (CORREIA,2010, p.4). Por esse motivo, a descoberta da doença traz experiências únicas para cada família. Neste sentido, é um processo contínuo e desafiante de aprendizado e de enfrentamento da rotina diária, no qual o cuidado desenvolvido pelos cuidadores familiares ocorre de acordo com suas vivências e experiências de vida e também pelas informações recebidas no decorrer da trajetória terapêutica. Apesar de os cuidadores serem uma alternativa para atender às demandas da saúde pública, tendo em vista que a família assume os cuidados e auxilia na reabilitação e necessidades do doente, eles se desestabilizam quando algo inesperado acontece com o familiar, gerando ansiedade e desespero (GARCIA et al, 2011).

De acordo com Oliveira et al (2007), cuidar é um ato inerente à condição humana, pois à medida que vamos ultrapassando os ciclos vitais, vamos sendo alvos ou prestadores de cuidados. Ao citar Leite (2006), as autoras afirmam que o ato de prestação de cuidados é uma experiência única e singular, que é vivenciada de um modo personalizado e mais ou menos dificultado, variando de acordo com a interação dinâmica de um conjunto de variáveis, principalmente as características pessoais do cuidador e da pessoa alvo dos seus cuidados.

De acordo com Damas et al (2004), o termo cuidar possui diferentes significados: atenção, cautela, desvelo, zelo, empregar atenção, prevenir-se. É uma atitude de preocupação, ocupação, responsabilização e envolvimento afetivo com o ser cuidado. Citando Boff (1999) as autoras afirmam que o cuidado somente aparece quando a existência de alguém adquire significado para nós, então passamos a cuidar, a participar do destino e dos sofrimentos do outro.

O ato de cuidar é uma tarefa árdua e acompanhar alguém que vivencia o adoecimento acarreta sentimentos negativos, alterando a dinâmica familiar, podendo gerar o comprometimento da integridade psicoemocional e biológica do cuidador e a desqualificação do cuidado. Cuidar de alguém envolve a aceitação do outro e de si mesmo como ser humano com o propósito de prestar uma assistência acolhedora e humanizada. Entretanto, para que isto seja possível, é necessário que tanto os cuidadores profissionais quanto os familiares estejam em condições físicas, psíquicas e emocionais adequadas (BARROS et al, não datado).

A diabetes por ser uma doença crônica e, em alguns casos, incapacitante, necessita de cuidados permanentes e pode levar o cuidador principal a ausências frequentes ao seu local de trabalho, acarretando diminuição da assiduidade e produtividade, podendo levar a perda do emprego. As consequências repercutem no rendimento da unidade familiar: sentimentos de culpa, perda, e medo do futuro (FERNANDES, 2009).

Além disso, concordamos com Fernandes (2009) quando afirma que o apoio diariamente prestado pelos cuidadores familiares tem quase sempre pouca visibilidade e reconhecimento pela sociedade. Suas necessidades não são observadas pelos profissionais de saúde, que se restringem apenas ao cuidado técnico, sem levarem em consideração os aspectos emocionais e psicológicos vivenciados por esses cuidadores. Como agravante, dificilmente a família busca ou recebe informações suficientes, gerando insegurança com relação a melhor forma de cuidar do paciente (PERGORARO e CALDANA, 2006).

O cotidiano familiar com a descoberta da diabetes

A doença crônica afeta a criança como pessoa e a família como sistema. Esta tem que encontrar um sentido para a doença que auxilie a si própria, mantendo o controle da situação, sem transmitir insegurança e ansiedade (BRITO e SADALA, 2009, p. 948). Já o paciente sofre inúmeras limitações e experimenta diversas sensações, como medo, raiva, revolta, insegurança e resignação. Tais limitações são percebidas na dificuldade de execução de suas rotinas diárias devido à necessidade de hospitalizações ou de permanência no domicílio, realização de exames e acompanhamento médico (MOREIRA e DUPAS, 2006).

No tocante às crianças e aos adolescentes, muitas vezes o tratamento torna-se mais complicado devido à dificuldade com as restrições alimentares, medo de aplicar insulina e a obrigatoriedade da atividade física. Sendo assim, a participação ativa da família nesse processo é fundamental para que esses sentimentos se transformem em aceitação e possam evoluir para o autocuidado. O estímulo à autoaplicação é importante e para isso deve-se levar

em consideração a idade do paciente, bem como seus conhecimentos sobre a doença e seu desenvolvimento cognitivo.

A doença exige do indivíduo uma resignificação da sua existência, adaptação às limitações, frustrações e perdas. Tal mudança é definida pelo tipo de doença, a maneira pela qual se manifesta e o significado que o paciente e a família atribuem ao evento. A diabetes, em particular, requer da criança e do adolescente diabéticos, dos familiares e dos profissionais, esforços conjuntos para um controle metabólico eficaz, para minimizar as complicações⁶ ao longo prazo. Tais esforços devem ter o objetivo de ajudar o paciente a administrar o complexo regime de insulina, dieta e exercícios e manter os níveis de glicose sanguínea dentro dos limites da normalidade, proporcionando-lhes uma qualidade de vida cada vez melhor. A doença passa por diferentes fases, que podem ser previsíveis ou surpreendentes, entretanto, todas causam impactos na criança e na família (PILGER e ABREU, 2007).

A adolescência é uma fase de mudanças físicas e comportamentais e um período de transição para a vida adulta. O adolescente diabético vivencia diversos obstáculos que interferem em seu processo de desenvolvimento e as condições impostas pela doença (mensuração da glicemia, administração da insulina, prática de exercício físico e controle alimentar) podem afetar a sua qualidade de vida e a de seus familiares. Além dos mitos em relação a alguns tratamentos como a insulina, alguns desses obstáculos são a falta de disciplina e determinação para normalizar seu perfil glicêmico e a prática inadequada da automonitorização da glicemia. A maioria dos pacientes realiza apenas os testes de glicemia de jejum, mas deveriam ser orientados e incentivados a fazê-los também duas horas após cada refeição (NETTO, 2012).

Nesse sentido, a assistência à criança e ao adolescente deve contemplar não apenas as questões técnicas, mas também suas necessidades físicas, emocionais e sociais. Os aspectos emocionais, afetivos, psicossociais, a dinâmica familiar e a relação médico-paciente influenciam no controle da diabetes. Com o diagnóstico o paciente se defronta com a irreversibilidade da doença e com as frustrações pela redução da autonomia pessoal (necessidade de obediência a regras e restrições) e a maneira como a família lida com essa situação influenciará a criança e o adolescente na aceitação ou negação da doença (ALMINO et al, 2009).

⁶ Segundo o Ministério da Saúde, "o diabetes é um estado hiperglicêmico crônico, acompanhado de complicações agudas e crônicas, que podem incluir dano, disfunção ou falência de órgãos, especialmente de rins, nervos, coração e vasos sanguíneos" (MOREIRA e DUPAS, 2006.p.26).

A compreensão do que é ser diabético tem aspectos diferentes para os familiares e para o paciente, pois cada um vive a situação de acordo com suas experiências. Além disso, o adolescente percebe e sente o acontecimento diferente do adulto.

Ao mesmo tempo em que devem compreender os filhos diabéticos sem superprotegê-los, evitando incentivar sentimentos de inferioridade e inadequação, os pais enfrentam a ansiedade frente à enfermidade que muitas vezes é dramática e exige cuidados intensos.

Administrar as implicações trazidas ao cotidiano pela diabetes exige um esforço de todo grupo familiar. Saber lidar com os conflitos que surgem na relação cuidador/paciente é fundamental para o êxito do tratamento. A doença traz questões exclusivas para a criança e o adolescente, isto é, atividades simples como ir dormir na casa de um amigo, brincadeiras e festinhas de aniversário exigem um planejamento criterioso (BARBOSA e PERGORARO, 2008). Primeiramente, os cuidados com a insulina (armazenamento e transporte) são fundamentais. Caso a criança ou o adolescente não saibam aplicar é necessário alguém treinado não só para fazer a aplicação em caso de necessidade, mas também para reconhecer os sinais da hipoglicemia e saber o que fazer. Outro ponto relevante é a alimentação, porque além de ser importante comer em menor quantidade e em refeições mais frequentes, os açúcares devem ser evitados.

Dependendo da idade e maturidade do paciente, os cuidados são assumidos pelos profissionais de saúde e compartilhados com os pais. Entretanto, a responsabilidade absoluta muitas vezes assusta, principalmente devido às dificuldades de solucionar os conflitos e impor limites (BARBOSA e PERGORARO, 2008).

O estresse, a ansiedade e a frustração por cuidar de uma criança com diabetes pode agravar problemas psicológicos, sociais ou financeiros que a família já possa estar passando, fazendo com que a criança e o adolescente tornem-se vítimas de maus tratos, que podem ser praticados pela omissão, supressão ou transgressão dos seus direitos. É possível constatar a existência de vários tipos e subtipos de maus tratos, entre eles: a violência física, psicológica ou emocional, a violência sexual e a negligência (BARBOSA e PERGORARO, 2008).

As dificuldades no percurso do tratamento

Como o tratamento da diabetes depende de cumprimento de regras, é imprescindível haver um bom entendimento entre os cuidadores e os pacientes, para que a doença não seja utilizada como objeto de manipulação. Muitas vezes o paciente tem consciência das consequências do não controle adequado, mas mesmo assim não se cuida e sabota o

tratamento. Para o bom controle da diabetes é necessário, dentre outras coisas, uma dieta equilibrada e na hora correta, nunca abandonar o uso da medicação sem orientação médica, fazer exercícios físicos, cuidar dos pés e beber bastante água. De acordo com a Organização Mundial de Saúde, a adesão ao tratamento é caracterizada pelo envolvimento ativo e voluntário do paciente no controle da doença, juntamente com o trabalho do profissional de saúde, compartilhando responsabilidades. Há algumas características do paciente que podem interferir na adesão ao tratamento, tais como o esquecimento, o estresse, baixa motivação, ansiedade, incompreensão e não aceitação da doença e medo do estigma (SILVA, 2011).

As dificuldades no percurso do tratamento podem ser minimizadas ou não através da mediação dos pais. Podemos citar, dentre outras: resistência para aderir ao tratamento, interferências na vida familiar e comunitária, mudanças de hábitos que já estão consolidados, disciplina rigorosa do planejamento alimentar, incorporação da atividade física e uso permanente de medicamentos. “A modificação do estilo de vida não se instala magicamente, mas no decorrer de um percurso que envolve repensar o projeto de vida e reavaliar suas expectativas de futuro” (PERES et al, 2007, p.2).

A natureza da doença traz dificuldades psicológicas e de comportamento. O comportamento do diabético está relacionado não só ao seu perfil psicológico, mas também ao seu meio familiar. O excesso de cuidado dos pais leva o diabético jovem a enfrentar conflitos e a ter dificuldades de se integrar no seu meio. De acordo com Anjos (1980), há 04 tipos psicológicos que podem ser observados: o Fixado, que permanece imaturo com fixação paterna; o Rebelde, que sempre reage violentamente contra os cuidadores e contra a doença; o Simulador, que esconde o problema e não enfrenta a doença nem o tratamento e o Cooperador, que reconhece a doença e conduz o tratamento de forma adequada.

Uma das principais dificuldades enfrentadas pelo paciente é o fato da diabetes ser incurável e de ter que viver em constante receio do coma e das complicações. A obrigatoriedade da dieta e da aplicação da insulina são os principais geradores de conflitos. O uso permanente da insulina de modo injetável é uma medicação estressante e agressiva e o uso da medicação oral com frequência leva à descompensação.

O contexto familiar influencia decisivamente o estado de saúde de cada indivíduo e este influencia o modo que a unidade familiar funciona. Nesse sentido, a família representa uma unidade de cuidado ao paciente acometido por uma condição crônica de saúde. O meio cultural no qual a família está inserida, seu sistema de crenças, valores e significados, suas condições socioeconômicas e educacionais influenciam esse cuidado. Nesse contexto, a

família toma decisões baseadas em seus hábitos de vida, crenças e valores relacionados ao processo saúde-doença e que sejam compatíveis com a sua condição econômica. Sendo assim, é de fundamental importância o processo de viver da família, que é dinâmico e sujeito a modificações ao longo dos diferentes estágios do ciclo de vida familiar. A participação familiar contribui para o seguimento do tratamento e pode ajudar ou não a pessoa diabética a manejar a doença e alcançar as metas propostas. Serve de fonte de apoio emocional nos momentos em que o diabético se sente impotente diante dos desafios inerentes à doença (ZANETTI et al, 2008).

Instituto Estadual de Diabetes e Endocrinologia Luiz Capriglione (IEDE): conhecendo o campo de estudo

O Instituto Estadual de Diabetes e Endocrinologia Luiz Capriglione (IEDE) foi criado pelo Decreto Estadual nº 987, de 26 de dezembro de 1967, originando-se no Centro de Diabetes da 3ª Cadeira de Clínica Médica da Faculdade Nacional de Medicina da Universidade do Brasil. Francisco Arduíno, professor entusiasmado com a disciplina Diabetologia, propôs ao professor Luiz Feijó, catedrático da 3ª Cadeira, a organização do Centro de Diabetes e Endocrinologia do Hospital Moncorvo Filho. Em 1991, a Resolução SES/GAB 645 classificou o IEDE como Centro Estadual de Referência para as atividades de Endocrinologia, Diabetologia, Metabologia e Nutrição. É a única instituição pública de saúde do Brasil dedicada exclusivamente a essas especialidades. Em 1992 foi criada a Fundação Francisco Arduíno (FUNDAR) destinada a prestar apoio ao IEDE, cujos recursos têm sido fundamentais para o desenvolvimento da unidade e implementação de suas atividades (IEDE, 2013).

O IEDE tem como missão “promover o conhecimento, o estudo epidemiológico, a prevenção e o tratamento das Doenças Endócrinas e Metabólicas, desenvolvendo Assistência, Ensino e Pesquisa nestas áreas” Sua visão é “coordenar a assistência endócrino-metabólica no Estado do Rio de Janeiro e ser um centro de excelência para as atividades de Endocrinologia, Diabetologia, Metabologia e Nutrição.” Seus valores são “compromisso ético e social, conhecimento científico, criatividade, humanismo, integração, justiça, preservação da história, respeito mútuo, trabalho em equipe e valorização profissional” (IEDE, 2013).

O perfil de atividades do Instituto é determinado pela sua origem, uma instituição acadêmica. Além da assistência especializada à saúde, dedica-se à formação de recursos humanos e à pesquisa.

A intervenção do Serviço Social: entre a intenção e a ação

O processo de doença vai além do aspecto biológico e envolve todo o contexto social, político e cultural do indivíduo, incluindo sua família. O grupo familiar precisa se reorganizar e se adaptar, por isso os papéis e funções devem ser repensados e distribuídos de modo que auxilie o paciente na elaboração de sentimentos confusos e dolorosos provocados pelo processo de adoecimento. Assim sendo, a vida social dos pacientes se altera significativamente, como por exemplo, com consultas médicas periódicas, internações, dietas e, muitas vezes, limitações para desempenhar tarefas simples.

A intervenção do assistente social deve orientar o paciente no sentido de enfrentar a doença e nortear a família sobre todo o processo de tratamento, principalmente na garantia de direitos. Deve dar assistência integral ao paciente, aprimorando as técnicas e processos de trabalho, fundamentais para mediar os conflitos do paciente e de sua família. A descoberta de uma doença incurável provoca muitas alterações de grande impacto que repercutem na vida do paciente. Todos os profissionais devem estar atentos a abordagem que é feita no paciente e na família, para evitar equívocos em seu tratamento, bem como selecionar estratégias para obter o comportamento desejado e a adequação da informação à capacidade de compreensão do doente. Esses fatores auxiliam a adesão do paciente ao tratamento, pois se deve levar em consideração que a cultura é um fator que pode influenciar, já que a compreensão é baseada no sistema de crenças de cada um (CENTENARO, 2010).

Quando a pessoa acometida pela doença é a que sustenta a família, em muitos casos o desespero faz com que o paciente abandone o tratamento. A doença pode interferir no trabalho (consultas, internações), fazendo com que o paciente tenha que se afastar, muitas vezes sem a qualidade de segurado pela previdência social, tendo que passar a ser sustentado pelos familiares. A falta de recursos econômicos e os gastos com medicação e exames que não são fornecidos pelo SUS levam ao desânimo e, conseqüentemente, à desistência do tratamento (CENTENARO, 2010).

Nesse sentido, cabe ao assistente social mediar possibilidades para atender as particularidades desse paciente, proporcionando informação e esclarecimento quanto ao seu quadro clínico, promovendo seu bem-estar e traduzindo aos demais membros da equipe de trabalho seus aspectos sociais para que haja uma melhor condução nas intervenções profissionais. Dentre as atribuições desse profissional estão: levantar o perfil dos pacientes, solicitar medicamentos através de processos encaminhados à Secretaria de Saúde e/ou

Defensoria Pública, entrevistar e orientar pacientes em início de tratamento, viabilizar o transporte, realizar visitas domiciliares, encaminhar o paciente para acessar recursos sociais ou previdenciários e acompanhar pacientes dos ambulatórios e enfermarias. Além disso, todos os profissionais devem ter o compromisso de planejar intervenções educativas sobre higiene, alimentação, automedicação e aderência ao tratamento para incentivar o paciente a assumir os cuidados e o controle de sua doença (CENTENARO, 2010).

A prática do assistente social deve ser norteada por um referencial teórico metodológico que fortaleça o usuário no processo de mudança da realidade na qual está inserido, capacitando-o para a ampliação e efetivação de seus direitos. No campo da saúde é necessária uma análise muito mais ampla da realidade social desses indivíduos para que eles se vejam como pessoas titulares de direitos, pois a própria doença os desmotiva. Devem ser propiciadas aos pacientes condições de esclarecimento e comunicação ao mesmo tempo em que deve ser compreendida a individualidade do ser social e seus determinantes estruturais diante das relações sociais. Tal postura profissional resgata os determinantes históricos presentes nas particularidades de cada paciente, que não devem ser entendidas apenas em sua representação imediata e sim convertidas em situações concretas, sem perder de vista a dimensão da totalidade (CENTENARO, 2010).

Apesar da importância de serem levados em consideração todos esses fatores, cabe ressaltar que a prática do Serviço Social na saúde é configurada a partir de determinações históricas impostas pelo processo de desenvolvimento da política de saúde no país, estando subordinada à formação socioeconômica brasileira, à natureza e à forma de organização da sociedade e dos serviços sociais. Sendo assim, as ações dos assistentes sociais são determinadas pelas condições objetivas postas no campo institucional da saúde no qual os profissionais estão inseridos. A determinação da prática institucional e da política de saúde direciona as condições de funcionamento da instituição e o assistente social, por sua vez, desenvolve sua prática dentro de inúmeras limitações, procurando compreender as correlações de forças existentes no contexto institucional para poder traçar estratégias de intervenção norteadas no projeto ético político profissional. Atualmente, a prática profissional do assistente social enfrenta crescentes desafios devido à falta de compromisso dos gestores para a efetivação dos direitos assegurados na Constituição Federal de 1988. Consequentemente, a política de saúde vem sendo penalizada por causa dos investimentos insuficientes para a sua operacionalização, causando reflexos diretamente na saúde da população que sofre com a escassez de serviços que deveriam ser garantidos. Independentemente dos aspectos limitadores das condições objetivas do exercício profissional, as demandas direcionadas ao

Serviço Social aumentam progressivamente, já que o assistente social é o profissional destinado a lidar com as necessidades básicas dos usuários que recorrem à instituição (COSTA, 2008).

O Serviço Social do Hospital Moncorvo Filho é a porta de entrada e de saída dos usuários na instituição. Entretanto, na maioria das vezes, a intervenção se restringe a ações rotineiras, tais como solicitações de laudos para os mais diversos fins. A equipe é dividida entre estatutárias e prestadoras de serviços submetidas a vínculos precários de trabalho. Além da diferenciação do vínculo há a divisão de gerações: entrada de profissionais novas e recém-formadas e o desligamento tardio de profissionais mais experientes. Tal situação poderia gerar trocas de experiências, ideias e atitudes, mas muitas vezes é causadora de conflitos. A chefia do setor muitas vezes não consegue conciliar todas as aspirações das profissionais e os conflitos internos, que poderiam ser aproveitados para o crescimento da equipe, resultam em entraves para o desenvolvimento do trabalho.

Os assistentes sociais têm o desafio de criar estratégias de intervenção capazes de atender as demandas trazidas pelos usuários que a cada dia tornam-se mais complexas, exigindo do profissional o desenvolvimento de novas competências e a capacidade de compreender as relações sociais em sua totalidade. Nessa perspectiva, tem sido imposta à profissão a necessidade de uma prática mais crítica, que possibilite aos profissionais serem bem sucedidos na tarefa de traçar estratégias de intervenção, principalmente diante de situações que se afastam dos princípios profissionais, já que muitas vezes os mecanismos de inclusão social passam a ter efeitos de exclusão. Diante disso, para uma prática crítica que busque a consolidação dos direitos dos usuários que recorrem aos serviços sociais, é imprescindível a capacitação teórica para que os profissionais desenvolvam competências para intervir na correlação de forças existente no próprio espaço institucional (COSTA, 2008).

A experiência do cuidado da diabetes e seus reflexos nas relações familiares

Desde os tempos mais antigos, a família exerce um papel importante na vida dos indivíduos, sendo encarada como um grupo com uma organização complexa, inserido em um contexto social mais amplo com o qual mantém interação. O grupo familiar é fundamental na constituição dos indivíduos, na determinação e organização da personalidade além de influenciar significativamente no comportamento individual através das ações e medidas educativas tomadas no âmbito familiar. É uma instituição responsável pelo processo de socialização primária das crianças e tem como finalidade estabelecer formas e limites para as

relações estabelecidas entre as gerações mais novas e mais velhas, propiciando a adaptação dos indivíduos às exigências do conviver em sociedade (PRATTA e SANTOS, 2007).

Mesmo sendo considerada uma unidade de cuidado, a família pode encontrar dificuldades e hesitar diante de fatores estressores como a doença crônica. Os membros da família não se adaptam de forma uniforme à doença, cada um possui sua crença a respeito do adoecer, vivenciando-o de diferentes maneiras.

O cuidado desenvolvido pelos cuidadores familiares ocorre de acordo com suas experiências de vida e também conforme as informações recebidas no decorrer da trajetória terapêutica. Muitas vezes o paciente necessita de cuidados básicos permitindo que os cuidadores desenvolvam suas atividades fundamentadas no cuidado que têm consigo mesmos. Apesar de os cuidadores apresentarem algum conhecimento sobre certos cuidados com a doença, muitos enfrentam dificuldades no início das práticas de cuidado domiciliar. Sendo assim, mesmo que já se tenham informações a respeito da doença e dos cuidados necessários, ainda serão encontradas dificuldades, pois cada família e cada paciente agem de acordo com suas especificidades (GARCIA et al, 2011).

A rotinização das práticas pode vir a torná-las automáticas e por vezes estressantes, o que pode interferir na qualidade do cuidado prestado. Muitas vezes os cuidadores se desestabilizam quando algo inesperado acontece com o paciente. Nesses momentos, sentimentos de ansiedade, agressividade e de desespero podem surgir (GARCIA et al, 2011).

De acordo com Minayo (1994), a violência não é um problema específico da área da saúde, mas afeta a saúde. Ao citar Agudelo (1990), a autora afirma que a violência ameaça a vida, altera a saúde, produz enfermidade e provoca a morte como realidade ou como possibilidade próxima. A autora analisa o tema citando a Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS):

A violência, pelo número de vítimas e a magnitude de sequelas orgânicas e emocionais que produz, adquiriu um caráter endêmico e se converteu num problema de saúde pública em vários países. O setor saúde constitui a encruzilhada para onde confluem todos os corolários da violência, pela pressão que exercem suas vítimas sobre os serviços de urgência, de atenção especializada, de reabilitação física, psicológica e de assistência social (MINAYO, 1994, p.9).

Segundo a Organização Mundial de Saúde, violência é “o uso intencional da força física ou do poder, real ou em ameaça, contra si próprio, contra outra pessoa, ou contra um grupo ou comunidade, que resulte ou tenha grande possibilidade de resultar em lesão, morte, dano psicológico, deficiência de desenvolvimento ou privação.” Dentre os tipos de violência,

existem a autoinfligida, a interpessoal (familiar ou comunitária) e a coletiva. Segundo Antônio Carlos de Oliveira,

Todas as formas de violência praticadas contra crianças e adolescentes assentam-se sobre relações de poder desiguais, com imposição do desejo e/ou das necessidades do/a mais forte sobre o/a outro/a. Pressupõem, ainda, certa inadequação – de variadas formas e em menor grau – da pessoa que ocupa esta posição privilegiada de ascendência sobre as crianças e adolescentes (OLIVEIRA, 2007).

De acordo com a definição citada por Day et al (2003), entende-se por violência intrafamiliar:

Toda ação ou omissão que prejudique o bem-estar, a integridade física, psicológica ou a liberdade e o direito ao pleno desenvolvimento de um membro da família. Pode ser cometida dentro e fora de casa, por qualquer integrante da família que esteja em relação de poder com a pessoa agredida. Inclui também as pessoas que estão exercendo a função de pai ou mãe, mesmo sem laços de sangue (DAY et al, 2003.p.10).

Ainda segundo os autores, a violência intrafamiliar pode se manifestar de quatro formas mais comuns:

A *violência física* ocorre quando alguém causa ou tenta causar dano por meio de força física, de algum tipo de arma ou instrumento que possa causar lesões internas, externas ou ambas.

A *violência psicológica* inclui toda ação ou omissão que causa ou visa a causar dano à autoestima, à identidade ou ao desenvolvimento da pessoa.

A *negligência* é a omissão de responsabilidade de um ou mais membros da família em relação a outro, sobretudo àqueles que precisam de ajuda por questões de idade ou alguma condição física, permanente ou temporária.

A *violência sexual* é toda ação na qual uma pessoa, em situação de poder, obriga uma outra à realização de práticas sexuais, utilizando força física, influência psicológica ou uso de armas ou drogas (DAY et al, 2003.p.11).

As famílias que apresentam nível de conflitos elevado podem inibir o suporte social afetivo e adotar um estilo de comunicação negativa com a criança e o adolescente, fazendo com que eles percebam as barreiras ao tratamento como mais intensas e sintam um acréscimo de ansiedade. Tal situação pode impedir a criação de condições afetivas facilitadoras do desenvolvimento de uma percepção de autoeficácia elevada do adolescente com diabetes, o que repercutirá no seu controle metabólico e na sua melhor qualidade de vida (ALMEIDA, 2012.p.75).

A violência, não apenas a urbana, mas também a que ocorre dentro do ambiente doméstico, faz parte do cotidiano de muitas famílias brasileiras. O abuso físico ou o uso de força física contra a criança ou adolescente por parte de seus cuidadores são uma das formas

mais frequentes de violência existentes no contexto familiar. As famílias envolvidas no abuso físico procuram justificar tal prática como sendo disciplinadora e o poder decisório está centralizado no abusador. Pais violentos tendem a desencadear menos situações de interação com seus filhos do que pais não abusivos. Demonstram pouco afeto e há uma predominância de um sentimento de rejeição entre os familiares. É uma relação marcada por hostilidade, ausência de reciprocidade e desequilíbrio de poder (ANTONI e KOLLER, 2010).

O ambiente familiar influencia fortemente o estado de saúde de cada indivíduo e este influencia o modo pelo qual a unidade familiar funciona. Em relação ao paciente diabético, o suporte familiar é um aliado fundamental no processo de enfrentamento da doença. É apontado como significativamente associado aos comportamentos relacionados ao autocuidado na diabetes, sejam eles a dieta, o exercício ou a adesão ao tratamento medicamentoso (ZANETTI et al,2007).

Análise dos casos

*** Caso 1**

L., 4 anos, veio ao Serviço Social acompanhada pela mãe, **R.**, 32 anos. A família descobriu que a criança tinha diabetes há dois anos e desde então faz acompanhamento no ambulatório de diabetes do Hospital Moncorvo Filho. **R.** mora com o companheiro **N.**, 53 anos, pai de **L.**, há 5 anos e tem um filho de 15 anos de outra relação. **R.** relatou que sua relação com o companheiro piorou muito depois que a filha desenvolveu a doença:

“Depois dessa doença, tudo virou um inferno! Ele não me ajuda em nada, só sabe ficar paparicando a garota! Acha que se fizer todas as vontades tá ajudando em alguma coisa. Ela tá muito mimada, doutora! Ele não entende que ela tem que ter hora pra tudo e parece que eu sou a malvada da história! Só continuo morando com ele porque não tenho pra onde ir. Não posso trabalhar porque ela toma insulina três vezes ao dia e as pessoas têm medo de ficar com ela. Ele não trabalha, passa o dia todo em casa, mas disse que não fica sozinho com ela.”

As dificuldades dos pais e mães em impor limites podem acarretar consequências não desejáveis para o tratamento, como a impossibilidade de controlar os impulsos da criança, fazendo com que ela tire proveito da doença. No caso em questão, a mãe está segura da necessidade dos limites para a educação e o tratamento da criança, mas devido às preocupações e a sobrecarga de tarefas, algumas vezes torna-se irritável e impaciente. **R.** disse que muitas vezes chora porque não sabe o que fazer quando a filha começa a gritar porque

quer comer doces, ir a festas e a casa de outros amiguinhos. Por muito tempo acreditou que era culpada por a filha ter diabetes, achou que tinha feito algo de errado na gravidez:

“A família fica falando que alguma coisa aconteceu de errado porque só ela tem diabetes. Depois o médico falou que isso não tem nada a ver, que a minha responsabilidade com ela é o tratamento. Isso eu sei, mas não tenho dinheiro pra tudo que ela precisa.”

O pai da paciente trabalha como porteiro em dias alternados e eles recebem R\$ 134,00 do Programa Bolsa Família. **L.** estuda na parte da tarde e nesse período não precisa tomar insulina. **R.** relatou que tem momentos que a filha não quer tomar a insulina, porque sente dor. Ao ser interrogada sobre o que faz nesses momentos de dificuldades, disse que prefere sempre conversar e desviar a atenção da criança no momento da aplicação da insulina. Segue um trecho da entrevista:

Assistente Social: A **L.** parece ser bem ativa e não gostar de ser contrariada. (Em diversos momentos durante a entrevista, quando eu pedia pra ela que deixasse a mãe conversar, ela reagiu agressivamente, jogando as coisas no chão, gritando, rabiscando a mesa). O que você faz quando ela se recusa a deixar você aplicar a insulina?

R: Ahhh... é difícil né... eu sempre converso com ela.

Assistente Social: E sempre resolve?

R: Não, sempre não.

Assistente Social: E o que você faz?

R: Às vezes eu fico nervosa, começo a chorar... aí ela vem me abraça, diz que me ama, pede desculpas...

Assistente Social: Você disse que às vezes conversa, às vezes chora. O que mais você faz quando ela não quer tomar insulina?

R: Comprei baratinho um *tablet* do meu irmão, aí quando vou aplicar, deixo ela brincando com os joguinhos.

Em um determinado momento da entrevista, **L.** pediu para ir ao banheiro e uma assistente social da equipe a levou. Durante o percurso, a profissional percebeu que havia um machucado no braço da criança e perguntou o que era. **L.** respondeu que foi a “mãe que bateu”, mas não deu detalhes do ocorrido.

Os níveis de estresse de pais e mães de filhos com diabetes são parecidos, entretanto, podemos observar que as mães se envolvem mais no tratamento do que os pais, indo com mais frequência à unidade de saúde e interagindo mais com a equipe de profissionais.

O papel das mulheres e das crianças sofreu modificações com o decorrer do tempo, entretanto, a valorização destas foi parcial na medida em que ficavam restritas ao âmbito doméstico e à relação mãe/filho, o que vem justificando as relações violentas que se desenvolvem. Apesar da valorização da criança não ter trazido o fim dos maus tratos, acarretou uma preocupação maior com essa questão. Cabe ressaltar que “o pacto de silêncio” no lar, espaço idealizado como de proteção e isento de qualquer tipo de violência, e a cultura que aceita o castigo físico como medida educativa, são alguns dos fatores que facilitam a subnotificação. (BARBOSA e PEGORARO, 2008). Além disso, é fundamental que a mãe não seja a única responsável por tudo que acontece com os filhos, como ocorre no caso estudado. A família deve ser abordada como um todo e o papel paterno deve ser valorizado e estimulado. Contudo, a autoridade dos pais não deve ser confundida com autoritarismo. De acordo com o artigo 15 do Estatuto da Criança e do Adolescente “a criança e o adolescente têm direito à liberdade, ao respeito e à dignidade como pessoas humanas em processo de desenvolvimento e como sujeitos de direitos civis, humanos e sociais garantidos na Constituição e nas leis.”.

* Caso 2

ML., 14 anos, mora com a mãe (**C.**) e a avó (**T.**) em Nova Iguaçu. Descobriu a diabetes aos 10 anos, com sintomas comuns, que foram percebidos pela mãe: sentia muita sede e muita fome e passou a urinar na cama. A mãe relaciona a doença ao fato da filha ter descoberto pela televisão que seu tio havia sido assassinado. De acordo com Santos e Enumo (2003), há hipóteses de que fatores psicológicos produzam sintomas de diabetes e que os “traumas psíquicos” podem ser uma das causas da doença.

“Logo depois dessa notícia horrível, ela começou a ficar esquisita. Antes disso ela era totalmente diferente, doutora, você tinha que ter conhecido ela. Era alegre, inteligente, conversava com todo mundo. Depois da diabetes que ela ficou assim, parece que morreu pra vida, não quer mais sair de casa, nem ir à escola.”

Segundo **T.**, a doença comprometeu o crescimento de **ML.**, que por ser muito menor do que as outras crianças, tem vergonha de ir à escola. Apresenta redução na autoestima e sua insegurança não permite que ela cumpra as tarefas do tratamento:

“É ruim, né... Além de eu ser pequena, tenho que ficar me furando na frente dos outros. Eu não gosto! E parece que eu fiquei burra depois da diabetes. Não consigo aprender nada.”

Marcelino et al (2005), ao citar Joode (1976), afirma que:

O paciente diabético apresenta sentimento de inferioridade e inadequação em decorrência dos distúrbios no desenvolvimento físico como baixa estatura e desenvolvimento sexual retardado. Joode afirma também que os diabéticos apresentam ansiedade a respeito da saúde, medo da morte e ideias de suicídio (MARCELINO et al, 2005.p.74).

No início do tratamento, **ML.** teve uma convulsão, até hoje relatada por mãe e filha em todas as entrevistas. A convulsão é uma contração súbita, violenta e incontrolável, que geralmente ocorre como uma resposta a uma descarga elétrica anormal no cérebro. Os olhos ficam brancos, o corpo rígido e braços e pernas se movem de forma irregular. No paciente diabético a convulsão geralmente ocorre quando o nível de açúcar no sangue está muito baixo ou muito alto.

“Parecia coisa de filme! Deus me livre! Foi um horror, não consigo tirar essa cena da minha cabeça. A **ML.** não lembra de muita coisa, mas depois desse dia ela virou outra criança! Ela ficou muito traumatizada, porque lembra da hora que tiveram que prender ela na cama, ela gritava muito, não queria internar. Hoje pra trazer ela na consulta foi um custo! Agora está sendo sempre assim! Só de falar em hospital ela já fica nervosa, dá uma diarreia, começa a vomitar... Às vezes acorda chorando de noite, dizendo que querem furar ela. Às vezes quero ajudar ela a aplicar a insulina, mas ela não deixa ninguém tocar nela. E quando ela não quer aplicar? É muito difícil, sabe doutora... É uma briga, uma gritaria... Eu não sei o que fazer, também começo a chorar. Depois dessa diabetes aí eu engordei muito.”

ML. e sua mãe foram levadas ao Serviço Social por uma médica, que ficou preocupada com o estado da mãe, pois identificou que ela estava bebendo com muita frequência e isso estaria influenciando na sua capacidade de participar do tratamento da filha. Durante a entrevista, **C.** falou sobre o assunto:

“Acho que todo mundo ficou meio afetado. A avó dela sai de perto quando ela vai aplicar insulina, diz que tem vontade de chorar. Qualquer coisinha diferente ela já liga aqui para o hospital, fica o tempo todo ligando, querendo consulta extra. Enche o saco das pessoas! Quando eu vejo, ela já está falando com algum enfermeiro que a menina está passando mal e muitas vezes nem está! É muita coisa em cima de mim... no momento não estou trabalhando, meus vizinhos me ajudam e minha mãe divide um pouco do BPC dela comigo. Mas o problema doutora, é que eu estou bebendo demais. Comecei bebendo pra relaxar um pouco antes de dormir, agora estou sempre bebendo. E o dinheiro não dá pra isso, né?”

ML. e suas cuidadoras sofrem do chamado Transtorno do Estresse Pós-traumático. O TEPT é um transtorno de ansiedade que apresenta duas características centrais: 1) a exposição a um evento traumático que envolva a ocorrência ou a ameaça consistente de morte ou ferimentos graves para si ou para outros, associada a uma resposta intensa de medo,

desamparo, horror; 2) três dimensões de sintomas: o reexperimentar do evento traumático, a evitação de estímulos a ele associados e a presença persistente de sintomas de hiperestimulação autonômica (FIGUEIRA e MENDLOWICZ, 2003).

A hiperestimulação é caracterizada por manifestações corporais, como por exemplo, taquicardia, sudorese, tonturas, dor de cabeça, distúrbios do sono, dificuldade de concentração, irritabilidade, hipervigilância. No caso citado, podemos observar que **ML.** apresenta sintomas de hiperestimulação, tais como diarreia e vômito, toda vez que precisa ir ao hospital. Sua avó também apresenta sintomas de hiperestimulação, nesse caso, hipervigilância, pois desenvolveu um cuidado exagerado com a neta, ligando excessivamente para a equipe que faz o acompanhamento.

As intrusões são a reexperiência traumática, ou seja, envolvem lembranças intrusivas e recorrentes que podem ocorrer sob a forma de pesadelos e flashbacks. **ML.** sofre com esses sintomas, que se manifestam através dos pesadelos que a fazem acordar algumas noites com a sensação de que “querem furar ela”.

As constrições são caracterizadas por perdas de capacidades que a pessoa já possuía. As estratégias de esquivas podem ser de fácil percepção ou sutis, como por exemplo: recusa em falar sobre o trauma, uso de bebidas alcoólicas ou drogas para “apagar” as memórias, aversão ao toque, ideias fixas e em alguns casos acontece o esquecimento da lembrança, isto é, uma amnésia fragmentada, ou seja, faltam fragmentos na memória do trauma vivenciado. Sendo assim, o paciente tende a reorganizar sua vida no sentido de evitar as emoções negativas trazidas pelas lembranças intrusivas, o que contribui para a gradativa centralização do trauma na vida do indivíduo. Como consequência, há a diminuição do interesse e participação em atividades sociais antes consideradas prazerosas. Os sintomas de constrição são observados em **ML.**, que desenvolveu aversão ao toque, impossibilitando que outra pessoa a auxilie na aplicação de insulina. Além disso, apresenta uma redução na sua autoestima, sentindo-se incapaz de se considerar uma pessoa inteligente. **ML.** demonstrou na entrevista estar desvitalizada e desmotivada, não agindo de forma espontânea. Em muitos momentos parecia estar “anestesiada”, pois não interagia e olhava distraidamente para a parede. A mãe de **ML.** também apresenta alguns sintomas de constrição, como o uso excessivo de bebidas alcoólicas para evitar as emoções negativas e conseguir sobreviver aos contratempos da doença da filha. Cabe ressaltar que em diversos momentos da entrevista mencionou que estava com “os nervos à flor da pele” e estava evitando inclusive sair de casa, se afastando das pessoas e se fechando em si mesma.

* Caso 3

A., 15 anos, mora com a mãe, C., e a irmã de 06 anos, filha de um outro relacionamento de sua mãe. Descobriu a diabetes aos 07 anos e desde então iniciou o tratamento na unidade. Segundo C., dos 7 aos 10 anos a filha não apresentou problemas com relação ao tratamento. Entretanto, a partir dos 11 anos começou a ficar “rebelde” e a não seguir as ordens médicas. Mãe e filha chegaram ao Serviço Social encaminhadas pela equipe de enfermagem no momento da alta de A. A paciente ficou internada por dez dias devido a má alimentação e por não aplicar a insulina adequadamente. Ao chegarem ao setor, a mãe entrou e sentou, mas a filha ficou do lado de fora. Quando questionei o motivo, a mãe respondeu: “nem adianta a senhora tentar, é melhor falar só comigo mesmo.” Saí e da sala e fui abordar a paciente:

Assistente Social: Bom dia, A. Preciso conversar com você e com sua mãe. Você pode entrar, por favor?

A.: Não, estou bem aqui. Pode falar que daqui eu to ouvindo.

Assistente Social: Você só vai ser liberada quando eu conversar com você. Vou entrar e te aguardo lá dentro.

A paciente coloca fones no ouvido e senta no banco do lado de fora da sala. Inicio a entrevista com a mãe.

Assistente Social: Por que você acha que a A. não quer participar?

C.: Ela é muito rebelde, faz de tudo pra contrariar, pra não obedecer. De uns tempos pra cá está assim, impossível. A gente briga sem parar.

Assistente Social: E quais os motivos das brigas?

C.: A diabetes... Ela não toma insulina direito, quer ficar comendo de tudo, está sempre passando mal.

Assistente Social: E o que você faz nesses momentos?

(Nesse momento A. entra na sala e senta ao lado da mãe.)

C.: A gente briga muito, mas eu sempre tento conversar. Mas tem vezes que só umas palmadas resolvem.

Assistente Social: E o que você acha disso, A. ?

C.: (silêncio)

Assistente Social: A única forma que sua mãe tem de conseguir fazer você se cuidar é te batendo?

C.: Não...

Assistente Social: E o que ela deveria fazer?

C.: Não sei.

Assistente Social: E o que você deveria fazer?

C.: Tomar insulina.

Assistente Social: O seu tratamento é só isso?

C.: Não.

Assistente Social: Você acha que cumpre todas as responsabilidades que você tem no seu tratamento?

C.: Não.

Assistente Social: E por que não?

C.: Porque é muito chato, não posso fazer nada, comer nada. Não gosto de ficar aplicando injeção em mim. Me enchem muito o saco também.

As modificações psicológicas que se produzem no período da adolescência levam os adolescentes a uma nova relação com os pais e o mundo. Somando-se a isso, os pais também têm dificuldades para aceitar seu crescimento e sua luta pela independência. Os comportamentos podem oscilar entre a incompreensão e a rejeição, mascaradas pela concessão de uma excessiva liberdade ou entre limites muito rígidos, com uma proteção exagerada. Cabe ressaltar que o objetivo do tratamento só será atingido quando o controle da doença não for mais sentido pelo adolescente como uma provação consequente da doença, e sim um instrumento a ser utilizado por ele para melhorar sua qualidade de vida (BURD, 2006.p.14).

* Caso 4

F., 12 anos, descobriu a diabetes com 9 anos. É o caçula de 5 irmãos, que não moram com ele. F. e o irmão de 16 anos são filhos de MV., que, segundo V., mãe do paciente, era usuário de drogas e foi assassinado por conta das dívidas. F. também faz acompanhamento com neurologista na prefeitura, pois está com 12 anos na 2ª série, e recebe o Benefício de Prestação Continuada. Precisa tomar insulina três vezes ao dia, mas como ainda não sabe aplicar sozinho, vai ao posto de saúde todas as vezes. Quando chegaram ao setor, F. estava muito nervoso e chorava muito.

Assistente Social: O que houve?

F.: (silêncio)

V.: É que ele descompensou, doutora... Aí fica achando que vai morrer.

Assistente Social: Por que você acha que vai morrer?

F.: Porque minha mãe me diz isso, que eu tenho que me tratar se não vou morrer.

A doença é percebida como ameaça a vida por conta dos inúmeros rearranjos provocados pelos cuidados necessários e pelas fases de agudização. A forma como recebem o diagnóstico de serem portadores de diabetes, pode contribuir para o aumento do estresse e das dificuldades. A doença modifica a relação da pessoa com o mundo e consigo mesma, desencadeando sentimentos de impotência, desesperança, desvalorização, temor e medo da morte. O cotidiano do paciente é marcado por pequenas mortes representadas pelas perdas cotidianas em sua forma de viver anterior impostas pela doença (FARIA e BELLATO, 2010).

* Caso 5

R., 17 anos, é paciente da unidade há sete anos, veio encaminhado da Secretaria de Saúde de São Pedro da Aldeia. Mora com a mãe, **G.**, que trabalha como assistente administrativa e com a avó materna, que é aposentada. **R.** não tem contato com o pai, que se separou da mãe quando ele tinha 1 ano. Descobriu a diabetes aos 9 anos e relatou que ficava muito nervoso quando tinha que aplicar a insulina, mas nunca se recusou a tomar. Passou no setor para solicitar um laudo médico para levar para a escola.

Assistente Social: Como está o seu tratamento?

R.: Tudo bem.

G.: Esse menino é uma benção, doutora.

Assistente Social: Como está a alimentação e a aplicação de insulina? Está conseguindo fazer exercícios?

R.: Estou fazendo tudo direito, só exercícios que faço às vezes, mas estou tentando fazer mais, pra ficar melhor. Elas ficam muito nervosas quando eu passo mal e eu sou o homem da casa.

A ausência paterna influencia no desenvolvimento psicológico, intelectual e comportamental de uma criança ou adolescente. Um fator essencial que deve ser levado em consideração nessas situações é o papel materno.

No caso analisado, a mãe de **R.** conseguiu exercer bem o seu papel de cuidadora e educadora. Tal fato fica evidente na personalidade do adolescente que se mostra interessado em melhorar, além de demonstrar preocupação com a família. Apesar da ausência do pai, **R.** cresceu em um ambiente afetuoso e com grau adequado de limites e responsabilidades.

* Caso 6

W., 17 anos, chegou ao setor acompanhado de uma assistente social de um abrigo. Aos 8 anos foi adotado por uma família, dona da pizzaria do bairro, que já tinha uma filha, hoje com 17 anos. Segundo relato da assistente social, a convivência de todos era harmoniosa, até **W.** se envolver com **R.**, 24 anos e usuária de drogas. A partir daí o comportamento do adolescente começou a mudar e ele começou a abandonar o tratamento, a furtar e a ficar agressivo, chegando a agredir o pai. Por conta própria saiu de casa e foi procurar o Conselho Tutelar, que o encaminhou para o abrigo. **W.** relatou que a mãe adotiva também tem diabetes e sabe da importância do bom controle, entretanto, afirmou que tem vezes que não quer aplicar. O adolescente está no abrigo há seis meses e recebe visita da mãe adotiva, que irá recebê-lo de volta.

W.: Eu sei que tem que aplicar, comer direito. Sempre vi minha mãe fazendo essas coisas e sempre fiz também. Mas agora não quero mais, porque não posso beber, não posso fazer nada.

Assistente Social: Depois que você abandonou o tratamento sua vida melhorou?

W.: Não, parece que sou outra pessoa.

Assistente Social: E a relação com sua mãe? Sua família?

W.: Agora está difícil, ela tira tudo de mim quando eu não quero tomar insulina... Televisão, celular, videogame...

Assistente Social: E como está sua relação com a **R.**?

W.: Nunca foi boa pra mim, mas não tenho mais contato com ela não.

A dependência de drogas para o diabético além de acarretar doenças cardiovasculares como a hipertensão arterial, infarto e acidente vascular cerebral, pode levar a uma alteração no controle glicêmico. O dependente tende a não seguir a rotina de tratamento devido às alterações no apetite, no sono, no comportamento. O paciente pode pular as refeições e correr o risco de entrar em uma crise de hipoglicemia. Outro agravante é a falta de controle na administração da insulina, que, a longo prazo, podem levar ao desenvolvimento das sequelas do diabetes mal controlado, como neuropatia diabética, nefropatia e retinopatia (LERÁRIO, 2011).

Considerações Finais

A diabetes é uma doença que atinge milhões de pessoas em todo o mundo, e por ser uma doença crônica e incurável, são imprescindíveis o diagnóstico precoce e seu tratamento adequado para a obtenção de uma melhor qualidade de vida ao seu portador. Cabe ressaltar que grande parte dos casos de diabetes tipo 02 podem ser prevenidos evitando-se o excesso de peso e combatendo-se o sedentarismo e nos casos do tipo 01, pode-se prevenir as complicações crônicas decorrentes do mau controle.

Apesar dos avanços no tratamento da doença, a medicina sozinha não consegue dar conta do seu controle, pois além das intervenções médicas, é necessário dieta, exercícios físicos e equilíbrio emocional, pois estes aspectos influenciam diretamente na doença, descontrolando-a e agravando o quadro. Muitas vezes o paciente tem consciência da importância de um bom controle, mas mesmo assim não o faz corretamente.

Como pudemos analisar nesse trabalho, vários autores (ALMINO, 2009; BRITO e SADALA, 2009) consideram a diabetes uma doença psicossomática, ou seja, que sofre influência de fatores emocionais. Sendo assim, a doença psicossomática surge e se agrava em decorrência do modo como o indivíduo vivencia as emoções. Além disso, também é consenso entre esses autores estudados que a diabetes é uma doença multifatorial, já que apenas o fator hereditário não é suficiente para que esta se desenvolva.

Observamos que a forma como a criança e o adolescente enfrentam a doença está relacionada a alguns fatores, tais como: a forma como descobriu; sua experiência de vida; e, o modo como seus familiares reagiram ao receberem o diagnóstico.

Diante disso, é necessário refletir sobre a importância da rede de apoio (família, amigos, profissionais de saúde) ofertada ao paciente. A família, ao ser impactada com o sentimento de perda trazido pela enfermidade, deve aprender a lidar com a ansiedade e com o sentimento de culpa, devido ao fator hereditário. Nesse sentido, a diabetes deve ser tratada no grupo familiar, pois os familiares são de extrema importância para o êxito do tratamento. Para isso, é imprescindível o suporte da equipe profissional para nortear a família. Sem as devidas orientações, muitos pais superprotegem os filhos, impossibilitando que estes adquiram autonomia.

Uma alternativa é a integração do paciente em grupos de pessoas com a mesma doença, pois isso possibilitará à criança e ao adolescente falar sobre suas dificuldades, fantasias, compartilhar dúvidas, medos e outros sentimentos. Sendo assim, não basta o fornecimento dos insumos pela unidade de saúde, é fundamental que os pacientes sejam educados para tornarem-se sujeitos ativos de seu tratamento. Nesse sentido, a Educação em

Diabetes, contínua e esclarecedora, é essencial para um futuro saudável, sem internações e complicações. Entretanto, a saúde pública enfrenta a realidade de ambulatórios cheios, consultas rápidas e longos períodos de intervalo, o que acarreta maiores dificuldades para o alcance das metas propostas.

Analisamos que o impacto da doença recai não só sobre o paciente, mas sobre toda a família. A rotina de todos é alterada e a doença redireciona a vida do grupo familiar devido aos exames, internações, consultas.

A criança e o adolescente tem que aprender a conviver com as limitações e obrigações impostas pelo tratamento, como a aplicação da insulina, dieta, exercícios físicos. Ao se envolver nos cuidados diários, a família passa a conviver com diversos sentimentos, tais como medo, negação, angústia, revolta, desespero, que podem evoluir ou não para a aceitação.

Ao lidar com os desafios no cotidiano da doença, cada família desenvolve sua estratégia de modo peculiar. Algumas assumem o papel de cuidadoras e educadoras, desenvolvendo na criança e no adolescente qualidades como responsabilidade e disciplina. Outras passam a superproteger os filhos, impedindo-os de tornarem-se sujeitos do seu tratamento e de desenvolver sua autonomia.

Outras estratégias também foram observadas, tais como: diálogo, chantagem, ameaças, violência física e psicológica. Cabe ressaltar que a estratégia adotada pelo grupo familiar reflete diretamente no comportamento do indivíduo que está em formação e em processo de descoberta de sua nova condição de paciente. A superproteção, por exemplo, pode acarretar irritabilidade, imaturidade e insegurança. Já o suporte familiar e dos amigos, pode colaborar para a adesão e continuidade do tratamento.

Esta pesquisa teve a intenção de contribuir para um melhor entendimento acerca dos impactos e consequências da diabetes na família e seus possíveis desdobramentos. Entendemos que as ideias aqui expostas não esgotam o tema, mas são considerações para se refletir acerca da importância da família na vida dos indivíduos em formação e para se questionar sobre a visão da família como espaço exclusivamente de cuidado e proteção.

Referências Bibliográficas

ALBUQUERQUE, R. Disponível em: < <http://www.diabetes.org.br/exames/525>> Acesso em: 01 de maio de 2013.

ALMEIDA, J.P.; PEREIRA, M.G.; FONTOURA, M. Variáveis individuais e familiares na adesão ao tratamento, controle metabólico e qualidade de vida em adolescentes com diabetes tipo 1. **Rev. SBPH**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 1, jun. 2012 . Disponível em <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S151608582012000100005&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em 21 maio 2013.

ALMINO, M.A.F.B.; QUEIROZ, M.V.O.; JORGE, M.S.B. Diabetes mellitus na adolescência: experiências e sentimentos dos adolescentes e das mães com a doença. **Rev Esc Enferm USP** 2009; 43(4):760-7.

ANJOS, M.N. **Diabetes da criança ao adulto**. 2 ed. Rio de Janeiro: Editora Cultura Médica, 1980.

ANTONI, C.; KOLLER, S.H. Uma família fisicamente violenta: uma visão pela teoria bioecológica do desenvolvimento humano. **Temas psicol.**, Ribeirão Preto, v. 18, n. 1, 2010. Disponível em <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413389X2010000100003&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em 21 maio 2013.

BARBOSA, P.Z.; PEGORARO, R.F. Violência doméstica e psicologia hospitalar: possibilidades de atuação diante da mãe que agride. **Saude soc.**, São Paulo, v. 17, n. 3, Set. 2008 . Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010412902008000300009&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 21 mar. 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância à Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Diretrizes e recomendações para o cuidado integral de doenças crônicas não transmissíveis: promoção da saúde, vigilância, prevenção e assistência** / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância à Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 2008.72 p. – (Série B. Textos Básicos de Atenção à Saúde) (Série Pactos pela Saúde 2006; v. 8)

_____. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Subsecretaria de Planejamento e Orçamento. **Plano Nacional de Saúde – PNS : 2012-2015** / Ministério da Saúde. Secretaria-

Executiva. Subsecretaria de Planejamento e Orçamento. – Brasília: Ministério da Saúde, 2011. 114 p. : il. – (Série B. Textos Básicos de Saúde)

BRITO, T.B.; SADALA, M.L.A. Diabetes mellitus juvenil: a experiência de familiares de adolescentes e pré-adolescentes. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 3, June 2009. Disponível em <http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S141381232009000300031&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 01 maio de 2013.

BURD, M. O adolescente e a experiência do adoecer: o diabetes mellitus. **Adolesc Saude**. 2006;3(1):12-17

CENTENARO, G.A. A intervenção do serviço social ao paciente renal crônico e sua família. **Ciênc. Saúde coletiva**, Rio de Janeiro, 2013. Disponível em: <http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413>. Acesso em 02 de abril de 2013.

CORREIA, A.C. **Coping e a auto-eficácia em pais de crianças e adolescentes com diabetes tipo 1**. 2010. 83 f. Dissertação (Mestrado) – Faculdade de Ciências Humanas e Sociais, Universidade Fernando Pessoa, Porto, 2010.

COSTA, C.M.O.S. **A prática profissional do assistente social na área da saúde: desafios e dificuldades**. Universidade Federal da Paraíba. Departamento de Serviço Social. Cidade Universitária, Conjunto Castelo Branco, João Pessoa/PB.

DAMAS, K.C.A.; MUNARI, D.B.; SIQUEIRA, K.M. Cuidando do cuidador: reflexões sobre o aprendizado dessa habilidade. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, v. 06, n. 02, p. 272-278, 2004. Disponível em <www.fen.ufg.br>. Acesso em 04 de maio de 2013.

DAY, V.P. et al. Violência Doméstica e suas Diferentes manifestações. **Rev. psiquiatr.** Rio Gd. Sul, Porto Alegre, 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010181082003000400003&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 21 de maio de 2013.

FARIA, A.; BELLATO, R. A compreensão do fenômeno condição crônica por diabetes mellitus a partir da experiência de adoecimento. **Rev. Eletr. Enf.** [Internet]. 2010;12(3):520-7. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.5216/ree.v12i3.6953>>.

FERNANDES, J.J.B.R. **Cuidar no domicílio: a sobrecarga do cuidador familiar.** Universidade de Lisboa. Faculdade de Medicina de Lisboa.

FIGUEIRA, I; MENDLOWICZ, M. Diagnóstico do transtorno de estresse pós-traumático. **Rev. Bras. Psiquiatr.**, São Paulo, 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S151644462003000500004&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 09/09/12.

GARCIA, R.P. et al. Cotidiano e aprendizado de cuidadores familiares de doentes crônicos. **Cienc Cuid Saúde** 2011; 10(4): 690-696 .

GOES, A.P.P.; VIEIRA, M.R.R.; LIBERATORE JUNIOR, R.D.R. Diabetes mellitus tipo 1 no contexto familiar e social. **Rev. paul. pediatr.**, São Paulo, v. 25, n. 2, June 2007 Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010305822007000200005&lng=en&nrm=iso>. access on 29 Apr. 2013.

IEDE, 2013. Disponível em: <<http://www.IEDE.rj.gov.br>>. Acesso em 27 de abril de 2013.

LERÁRIO, A.C. **Drogas e diabetes.** Disponível em: <<http://www.portaldiabetes.com.br/conteudocompleto.asp?idconteudo=5471>>. Acesso em 01 de junho de 2013.

MARCELINO, D.B.; CARVALHO, M.D.B. Reflexões sobre o diabetes tipo 1 e sua relação com o emocional. **Psicol. Reflex. Crit.**, Porto Alegre, v. 18, n. 1, Apr. 2005 . Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010279722005000100010&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 01 de junho de 2013.

MORAES, C.O.C.; SANTOS, E. N. **Abordagem das Principais causas de hipoglicemias dos pacientes portadores de diabetes mellitus tipo 1.** 2009.

MOREIRA, P.L.; DUPAS, G. Vivendo com o diabetes: a experiência contada pela criança. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 14, n. 1, Feb. 2006. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692006000100004&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 03 maio de 2013.

NETTO, 2013. Disponível em: <<http://www.diabetes.org.br/diabetes-baseado-em-evidencias/2079-principais-fatores-que-dificultam-o-controle-do-diabetes>> Acesso em 03 de maio de 2013).

OLIVEIRA, A.C., **(Des)caminhos na implementação do Estatuto da Criança e do Adolescente**, 1999. Dissertação (Mestrado em Psicologia Clínica) – Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro.

OLIVEIRA, M.A.; QUEIROS, C.; GUERRA, M.P. O conceito de cuidador analisado numa perspectiva autopoietica: do caos à autopoiese. **Psic., Saúde & Doenças**, Lisboa, v. 8, n. 2, nov. 2007. Disponível em:<http://www.scielo.gpeari.mctes.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S164500862007000200003&lng=pt&nrm=iso>. Acesso 06 mai. 2013.

PEGORARO, R.F.; CALDANA, R.H.L. Sobrecarga de familiares de usuários de um centro de atenção psicossocial. **Psicologia em Estudo**, Maringá, v. 11, n. 3, p. 569-577, set./dez. 2006.

PERES, D.S. et al . Dificuldades dos pacientes diabéticos para o controle da doença: sentimentos e comportamentos. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 15, n. 6, Dec. 2007. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010411692007000600008&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 04 maio de 2013.

PILGER, C.; ABREU, I. S. Diabetes Mellitus na Infância: repercussões no cotidiano da criança e de sua família. **Cogitare Enferm**, 2007 Out/Dez; 12(4):494-501.

PRATTA, E.M.M.; SANTOS, M.A. Família e Adolescência: A Influência do Contexto familiares no Desenvolvimento Psicológico de seu Membros. **Psicol. estud.** , Maringá, v.12, n. 2, agosto de 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S141373722007000200005&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 22 de maio de 2013.

REICHELDT, A.J. **Uso de insulina:orientações para pacientes e familiares**. Hospital de Clínicas de Porto Alegre. Educação em Saúde. Vol 62, 2011.

SILVA, I. F. S. **Adesão ao tratamento em adolescente com diabetes tipo 1: dois estudos de caso**. Dissertação (mestrado) – Núcleo de Teoria e Pesquisa do Comportamento, Universidade federal do Pará, 2011.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES. **Tipos de Diabetes**. Disponível em: <<http://www.diabetes.org.br/tipos-de-diabetes>>. Acesso em 01 mai. 2013.

ZANETTI, M. L. et al . O cuidado à pessoa diabética e as repercussões na família. **Rev. bras. enferm.**, Brasília, v. 61, n. 2, abr. 2008 . Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S003471672008000200007&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em 23 mar. 2013.