

## Estresse, ansiedade e depressão em pais ou cuidadores de menores com diabetes mellitus tipo 1

Stress, anxiety and depression in parents or caregivers of minors with type 1 diabetes mellitus

**Jean Scheievany da Silva Alves<sup>1</sup>**

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-3693-3676>

**Juliana Lourenço de Araújo Veras<sup>2</sup>**

ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-3833-8421>

**Carlos Renato dos Santos<sup>3</sup>**

ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-8367-7006>

**Eliane Rolim de Holanda<sup>4</sup>**

ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-6433-9271>

**Rafaela Azevedo Abrantes de Oliveira Simoneti<sup>5</sup>**

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-4694-2197>

**Leonardo Silva da Costa<sup>6</sup>**

ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-4752-8876>

**Carla Regina de Souza Teixeira<sup>7</sup>**

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-8887-5439>

**Ellen Cristina Barbosa dos Santos<sup>8</sup>**

ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-9938-6721>

<sup>1</sup> Hospital Dom Malan/IMIP. Petrolina (PE), Brasil.

<sup>2,3,4,5,6,8</sup> Universidade Federal de Pernambuco Centro Acadêmico de Vitória – UFPE/CAV. Recife (PE), Brasil.

<sup>7</sup> Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo – EERP/USP.

### Editora Científica:

Tatiane Gomes Guedes

### Editora Chefe:

Maria Wanderleya de Lavor  
Coriolano Marinus

Submissão: 02/10/2023

Aceito: 20/02/2024

Publicado: 04/05/2024

### RESUMO

**Objetivo:** Identificar a presença de sintomas de estresse, ansiedade e depressão em pais ou cuidadores de menores com Diabetes Mellitus tipo 1 (DM1) e associar esses sintomas ao sexo, escolaridade e tempo de diagnóstico de DM1. **Método:** Estudo descritivo-observacional, transversal, realizado no ambulatório de endocrinopediatria de um hospital público universitário. A amostra, por conveniência, foi composta por 70 pais ou cuidadores de menores com DM1. Para análise, foram utilizadas frequências simples e relativas, além do teste de qui-quadrado, seguido do V de Cramer quando apropriado. **Resultados:** Os pais ou cuidadores tinham idades entre 23 e 61 anos. A maioria era composta por mulheres (82,9%), mães (92,9%) e estava em união estável (47,1%). Dos participantes, 52 (74,3%) apresentaram sintomas de ansiedade, sendo que 31 (59,6%) apresentaram ansiedade grave. Além disso, 50 (71,4%) apresentaram sintomas de depressão, com 26 (52%) desses casos sendo classificados como depressão grave. Observou-se que 46 (65,7%) apresentaram estresse, sendo que 26 (56,5%) tiveram um quadro sugestivo de estresse severo. Houve associação entre os sintomas de ansiedade e depressão e o tempo de diagnóstico da doença. **Conclusão:** Reitera-se a importância de planejar ações voltadas aos pais ou cuidadores desses menores, especialmente aqueles cujo diagnóstico de DM1 ocorreu há menos de três anos, considerando a presença de escores elevados sugestivos de ansiedade, depressão e estresse graves.

**Descritores:** Diabetes Mellitus Tipo 1; Criança; Cuidadores; Ansiedade; Depressão; Estresse Psicológico.

### ABSTRACT

**Objective:** To identify the presence of symptoms of stress, anxiety and depression in parents or caregivers of minors with Type 1 Diabetes Mellitus (DM1) and associate these symptoms with gender, education, and time since DM1 diagnosis. **Method:** A descriptive-observational, cross-sectional study was conducted in the pediatric endocrine outpatient clinic of a public university hospital. The convenience sample consisted of 70 parents or caregivers of minors with DM1. For analysis, simple and relative frequencies were used, in addition to the chi-square test, followed by Cramer's V when appropriate. **Results:** The study involved parents or caregivers aged 23 to 61, predominantly women (82.9%) and mothers (92.9%), often in stable relationships (47.1%). Results showed high rates of anxiety (74.3%, severe in 59.6%), depression (71.4%, severe in 52%), and stress (65.7%, severe in 56.5%). There was an association between symptoms of anxiety and depression and the time since diagnosis of the disease. **Conclusion:** Interventions for parents or caregivers of minors with recent DM1 diagnoses are crucial due to high levels of anxiety, depression, and stress.

**Descriptors:** Diabetes Mellitus, Type 1; Child; Caregivers; Anxiety; Depression; Stress, Psychological.

### COMO CITAR ESTE ARTIGO:

Alves JSS, Veras JLA, Santos CR, Holanda ER, Simoneti RAAO, Costa LS, Teixeira CRS, Santos ECB. Estresse, ansiedade e depressão em pais ou cuidadores de menores com diabetes mellitus tipo 1. Rev. enferm UFPE on line. 2024;18:e259917 DOI: <https://doi.org/10.5205/1981-8963.2024.259917>

## INTRODUÇÃO

---

O Diabetes Mellitus Tipo 1 (DM1) é uma doença crônica, poligênica e autoimune, ocasionada pela destruição das células beta pancreáticas e, conseqüentemente, deficiência na produção de insulina que resulta em hiperglicemia.<sup>1</sup> O diagnóstico geralmente acontece ainda na fase infantil, frequentemente antes dos cinco anos, mas também pode acontecer na adolescência e em menores incidências na fase inicial da vida adulta, independentemente do sexo.<sup>1</sup>

Segundo dados da *International Diabetes Federation* (IDF), no ano de 2021, 537 milhões de adultos (20-79 anos) viviam com diabetes. Ressalta-se que, no ano de 2021, dentre os 10 países com os maiores números de casos de DM1, o Brasil ocupou o terceiro lugar, com 92.300 casos, precedido apenas pelos Estados Unidos com 157.900 casos e pela Índia com 229.400 casos.<sup>2</sup>

Em vista da epidemiologia e do aspecto crônico da doença, que implica em necessidades de saúde específicas e continuadas, observa-se que o diagnóstico de DM1 repercute na dinâmica familiar e, também, no desenvolvimento da criança, ocasionando um grande impacto sobre o menor e seus familiares. Dessa forma, sabe-se que o adoecimento crônico infantil pode desencadear inúmeros conflitos no âmbito familiar pelo recente diagnóstico, como, por exemplo, o abandono do emprego por parte do cuidador, o que pode gerar, inclusive, um desequilíbrio financeiro na família.<sup>3</sup>

Diante das condições impostas pelo tratamento e levando em consideração a necessidade de apoio e supervisão desses menores, os familiares, como responsáveis pelos cuidados, necessitam adquirir alguns conhecimentos específicos referentes à constituição dos alimentos, manuseio correto do glicosímetro e realização da glicemia capilar, sinais e sintomas de hiperglicemia e hipoglicemia, além de serem capacitados para preparar e administrar as injeções de insulina. Com as novas atribuições demandadas aos pais ou cuidadores, a família se torna responsável pelo cuidado, tendo como principal intuito auxiliar a criança ou adolescente no processo de adequação ao tratamento proposto de maneira satisfatória.<sup>4</sup>

Portanto, no que tange ao tratamento de menores com DM1, nota-se que a existência de transtornos mentais nos pais ou responsáveis pelo cuidado direto da criança ou adolescente pode afetar negativamente a adesão às medidas necessárias para o manejo da doença dos menores. A depressão presente nos pais, por exemplo, pode diminuir a capacidade dos mesmos para gerenciar o cuidado integral à criança ou adolescente, dificultar a monitorização adequada da doença, prejudicar o controle

glicêmico eficiente e, por fim, configurar um ambiente permeado pela insegurança que poderá resultar em prejuízos ao desenvolvimento físico, mental e social da criança ou adolescente, principalmente nos primeiros anos após o diagnóstico do DM1.<sup>3-4</sup> No entanto, há carência na literatura de evidências relacionadas à associação de sintomas de ansiedade, depressão e estresse com variáveis como o sexo do cuidador, escolaridade e tempo de diagnóstico da doença.

Dessa maneira, identificar a presença de estresse, ansiedade e depressão em pais ou cuidadores de menores diagnosticados com DM1 possibilita um diagnóstico situacional sobre a saúde mental desses, o que pode subsidiar uma atuação da enfermagem direcionada e produtiva no intuito de promover ações em saúde que visem o acolhimento dos pais ou cuidadores e do menor em suas demandas e necessidades de saúde.

## **OBJETIVO**

---

Identificar a presença de sintomas de estresse, ansiedade e depressão em pais ou cuidadores de menores com DM1 e associar esses sintomas ao sexo, escolaridade e tempo de diagnóstico de DM1.

## **MÉTODO**

---

### **Tipo de estudo**

Trata-se de um estudo de caráter descritivo-observacional, transversal, com abordagem quantitativa, norteado pela ferramenta STROBE (*Strengthening the Reporting of Observational Studies in Epidemiology*), recomendada pela rede EQUATOR.<sup>5</sup>

### **Local da pesquisa e período de coleta dos dados**

A pesquisa foi realizada no ambulatório de endocrinopediatria de um hospital público universitário da cidade de Recife, PE, Brasil, referência estadual em endocrinopediatria. A coleta dos dados ocorreu de setembro a dezembro de 2021, por meio de entrevistas, com duração média de 10 minutos, enquanto os menores aguardavam a consulta médica. Os cinco entrevistadores que participaram dessa etapa da pesquisa foram devidamente treinados para tal função.

### **Amostra de participantes**

A população do estudo consistiu em pais ou cuidadores de menores com DM1 atendidos no ambulatório de endocrinopediatria do referido hospital. A amostra do estudo

se deu por conveniência, levando-se em consideração a dinâmica, a rotatividade do serviço e o número de menores com DM1 ativos no sistema de gestão do serviço. A mesma foi composta por 70 pais ou cuidadores de menores com DM1.

### **Recrutamento dos participantes**

Os participantes foram recrutados na sala de espera de atendimento e esclarecidos sobre os objetivos da pesquisa, bem como sobre a importância de participar da mesma. Todos os participantes que concordaram em participar da pesquisa realizaram a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) para que a coleta pudesse ser iniciada.

### **Critérios de seleção**

Utilizaram-se como critérios de inclusão: possuir vínculo familiar ou ser responsável por um menor diagnosticado com DM1 comprovado pela descrição no prontuário; conviver diariamente com o menor; ter idade igual ou superior a 18 anos; e ser alfabetizado. Foram excluídas do estudo 10 pessoas que não eram alfabetizadas e duas pessoas com desorientação tempo-espacial que as impediam de responder aos questionários, sendo comunicada à equipe de saúde do setor sobre determinada condição para que as devidas providências fossem tomadas.

### **Instrumentos de coleta de dados**

Utilizaram-se quatro instrumentos para a coleta de dados. O primeiro consiste em um questionário abordando características sociodemográficas, clínicas e terapêuticas. A parte inicial investiga dados sociodemográficos dos pais ou cuidadores, enquanto a segunda parte aborda variáveis clínicas do menor. A terceira se concentra em variáveis terapêuticas relacionadas à eficácia do tratamento do menor, como a realização de medidas da glicemia capilar e participação em programas educativos.

O segundo instrumento diz respeito ao Inventário de Ansiedade de Beck (BAI), que analisa como o indivíduo tem se sentido na última semana em relação à presença de sintomas comuns de ansiedade. O inventário é composto por 21 itens, e o escore total é obtido por meio da soma de cada item, podendo variar de zero a 63 pontos. A interpretação indica ausência de sintomas ansiosos quando a pontuação varia de zero a 10 pontos; ansiedade leve a moderada quando a pontuação varia entre 11 e 19 pontos; ansiedade moderada quando a pontuação está entre 20 e 30 pontos; e ansiedade grave quando há entre 31 e 63 pontos.<sup>6</sup>

O terceiro instrumento, Inventário de Depressão Beck (BDI), consiste na medida de autoavaliação mais utilizada em pesquisas clínicas que analisam a presença e intensidade dos sintomas depressivos. O questionário possui 21 itens, sendo que cada

item possui quatro opções cuja intensidade varia de 0 a 3. Quanto mais alto o escore, maior a chance de possuir depressão. A soma das pontuações é distribuída em: menos de 10 para sem depressão ou depressão mínima; de 10 a 18 para depressão leve a moderada; de 19 a 29 para depressão moderada a grave; e de 30 a 63 para depressão grave.<sup>6</sup>

Por fim, a Escala de Estresse Psicológico de Kessler (K10), o quarto instrumento utilizado, cujo objetivo é avaliar o estresse psicológico (sofrimento mental) das pessoas por meio de 10 questões autoaplicáveis relacionadas à sintomatologia depressiva e ansiosa que uma pessoa experimentou no período mais recente de 4 semanas. Todos os itens dispõem de 5 opções de escolha (5: o tempo todo; 4: a maior parte do tempo; 3: parte do tempo; 2: um pouco; 1: nunca). A soma dos pontos indica se o indivíduo possui risco de ter ou desenvolver sofrimento mental, sendo classificado como: sem estresse (pontuação final de 0 a 19); estresse leve (de 20 a 24 pontos); estresse moderado (de 25 a 29 pontos); e estresse severo (de 30 a 50 pontos).<sup>7</sup>

### **Armazenamento e análise dos dados**

Os dados foram armazenados no Google Planilhas por meio da inserção no Google Forms e analisados utilizando o pacote estatístico R. Foram interpretados por meio da análise de medidas descritivas e percentuais. A associação entre as variáveis foi realizada por meio da análise do teste da razão de verossimilhança (Qui-quadrado) e do coeficiente V de Cramer. O nível de significância adotado foi de 5%.

### **Aspectos éticos**

O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Pernambuco (CAAE: 45613921.9.0000.8807), sob o parecer: 4.883.723.

## **RESULTADOS**

---

Participaram do estudo 70 pais ou cuidadores de menores diagnosticados com DM1, com idades entre 23 e 61 anos e média de 39,4 anos ( $\pm 8,02$ ). As mulheres foram mais presentes (82,9%), tendo como grau de parentesco principalmente mãe (92,9%) e vivendo em união estável (47,1%). O grau de escolaridade predominante foi o ensino médio completo (42,9%), com ocupação principalmente como donas de casa (45,7%) e religião católica (44,3%). Dos 32 participantes que referiram ocupação como dona de casa, 22 (68,8%) relataram que isso se deu em função do adoecimento do menor. Em relação à renda familiar, observou-se uma variação de sem renda a R\$18.000,00, com

média de R\$1.979,68 ( $\pm$  2735,78). Quanto à condição clínica, com base na saúde mental atual da amostra, verificou-se que a maioria (62,9%) não possuía nenhum diagnóstico médico de ansiedade, depressão ou estresse e não fazia nenhum tratamento medicamentoso para tais transtornos (77,1%). A maioria também não realizava tratamento psicoterápico (90%) e nenhum outro tipo de tratamento (62,9%) para estas condições (Tabela 1).

**Tabela 1.** Caracterização dos participantes da pesquisa quanto aos dados sociodemográficos, presença de diagnóstico médico de estresse, ansiedade ou depressão e tratamentos utilizados. Recife, PE, Brasil, 2022.

<b>Variável</b>	<b>N*</b>	<b>%</b>
<b>Sexo</b>		
Feminino	58	82,9
Masculino	12	17,1
<b>Grau de parentesco com o menor</b>		
Mãe/Pai	65	92,9
Tia/Tio	3	4,3
Avô/Avó	2	2,9
<b>No caso da resposta “Mãe/Pai”, na questão anterior, presença de outros filhos</b>		
Sim	53	81,5
Não	12	18,5
<b>Escolaridade</b>		
Ensino fundamental incompleto	17	24,3
Ensino fundamental completo	3	4,3
Ensino médio incompleto	7	10
Ensino médio completo	30	42,9
Ensino superior incompleto	3	4,3
Ensino superior completo	10	14,3
<b>Estado Civil</b>		
Casado(a) ou em união estável	33	47,1
Solteiro (a)	26	31,1
Mora com companheiro(a)	7	10
Separado(a)	2	2,9

Viúvo(a)	2	2,9
<b>Renda Familiar<sup>†</sup></b>		
1 - 3 salários-mínimos	43	61,4
< 1 salário-mínimo	19	27,1
> 3 salários-mínimos	8	11,4
<b>Ocupação<sup>‡</sup></b>		
Do Lar	32	45,7
Trabalhador Assalariado	19	27,1
Desempregado	14	20
Profissional Liberal Autônomo	9	12,9
Produtor Rural	3	4,3
Outro	7	9,9
<b>A ocupação “do lar” devido a função do adoecimento do menor</b>		
Sim	22	68,8
Não	10	31,3
<b>Religião</b>		
Católica	31	44,3
Protestante (evangélica)	27	38,6
Sem Religião	7	10,0
Testemunha de Jeová	3	4,3
Não especificou	2	2,8
<b>Diagnóstico médico de estresse, ansiedade ou depressão</b>		
Não	44	62,9
Sim, ansiedade	14	20,0
Sim, depressão	6	8,6
Sim, estresse	6	8,6
<b>Tratamento medicamentoso para estresse, ansiedade ou depressão</b>		
Não	54	77,1
Sim	16	22,9
<b>Tratamento psicoterápico</b>		
Não	63	90,0
Sim	7	10,0
<b>Outro tipo de tratamento<sup>§</sup></b>		
Não	44	62,9

Espiritual	13	18,6
Acupuntura	9	12,9
Meditação	2	2,9
Yoga	2	2,9
Florais	1	1,4
Pilates	1	1,4

\*Número de participantes que responderam à questão. †Salário-mínimo vigente= R\$1,100, Brasil, 2021; ‡Poderia selecionar mais de uma alternativa. §Poderia selecionar mais de uma alternativa.

Em relação às orientações recebidas durante o processo de diagnóstico e manejo da doença do menor, observou-se que a maioria das informações referentes aos cuidados necessários junto ao menor foram fornecidas pelo enfermeiro. Dentre esses cuidados, destaca-se o papel do enfermeiro no fornecimento de orientações sobre o preparo e aplicação de insulina, o manuseio do glicosímetro, a realização e interpretação dos resultados do glicosímetro capilar e as condutas em casos de hipoglicemia e hiperglicemia. Apenas em relação ao fornecimento de orientações referentes à alimentação, foi possível observar a atuação principal dos profissionais de nutrição. Destaca-se que a maioria (72,9%) se julgou capaz de realizar todas as orientações de cuidado em relação ao tratamento do menor e referiu não participar de nenhum grupo de educação e apoio aos pais ou cuidadores de crianças e adolescentes com doenças crônicas (85,7%). A tabela apresenta os detalhes referentes às orientações profissionais.

**Tabela 2.** Orientação profissional quanto aos cuidados para o manejo do DM1\* do menor. Recife, PE, Brasil, 2022.

Variável	N†	%
<b>Recebimento de alguma orientação profissional sobre a aplicação de insulina</b>		
Sim	68	97,1
Não	2	2,9
<b>Profissional que, no caso, forneceu as orientações sobre aplicação da insulina</b>		
Enfermeiro	40	57,1
Técnico de Enfermagem	13	18,6
Médico	13	18,6
Não sei	2	2,9

Não recebeu orientação	2	2,9
<b>Recebimento de alguma orientação profissional sobre a alimentação recomendada</b>		
Sim	66	94,3
Não	4	5,7
<b>Profissional que, no caso, forneceu orientações sobre a alimentação recomendada</b>		
Nutricionista	43	61,4
Enfermeiro	14	20,0
Médico	7	10,0
Não recebeu orientação	4	5,7
Não sei	2	2,9
<b>Recebimento de alguma orientação sobre a realização dos testes de glicemia capilar</b>		
Sim	66	94,3
Não	4	5,7
<b>Profissional que, no caso, forneceu orientações sobre a realização dos testes de glicemia capilar</b>		
Enfermeiro	41	58,6
Médico	17	24,3
Técnico de Enfermagem	6	8,6
Não recebeu orientação	4	5,7
Não sei	2	2,9
<b>Recebimento de alguma orientação sobre a interpretação de resultados dos testes de glicemia capilar</b>		
Sim	59	84,3
Não	11	15,7
<b>Profissional que, no caso, forneceu orientações sobre a interpretação de resultados dos testes de glicemia capilar</b>		
Enfermeiro	34	48,6
Médico	21	30
Não recebeu orientação	11	15,8
Técnico de Enfermagem	2	2,9
Não sei	2	2,9

<b>Recebimento de alguma orientação sobre a hipoglicemia</b>		
Sim	65	92,9
Não	5	7,1
<b>Profissional que, no caso, forneceu orientações no caso de hipoglicemia</b>		
Enfermeiro	36	51,4
Médico	28	40
Não recebeu orientação	5	7,1
Não sei	1	1,4
<b>Recebimento de alguma orientação sobre hiperglicemia</b>		
Sim	65	92,9
Não	5	7,1
<b>Profissional que, no caso, forneceu orientações no caso de hiperglicemia</b>		
Enfermeiro	34	48,6
Médico	30	42,9
Não recebeu orientação	5	7,1
Não sei	1	1,4
<b>Julgamento sobre capacidade de realizar todas as orientações de cuidado em relação ao tratamento</b>		
Sim	51	72,9
Não	19	27,1
<b>Participação de algum grupo de educação e apoio aos pais de crianças e adolescentes com doenças crônicas</b>		
Não	60	85,7
Sim	10	14,3

\*Diabetes Mellitus Tipo 1. †Número de voluntários que responderam à questão.

No que se refere à caracterização dos menores quanto às variáveis clínicas e terapêuticas, observou-se que 54,3% possuíam o tempo de diagnóstico de DM1 de zero a três anos, e 40% tinham como tratamento o uso de insulina, dieta e exercício físico. O tempo de diagnóstico da doença variou de dois meses a 13 anos, com média de 45 meses (3 anos e 7 meses) ( $\pm 39,3$ ). Além disso, a maioria (42,9%) obtinha a medicação na farmácia popular e não fazia acompanhamento na Unidade Básica de Saúde (77,1%).

Salienta-se que 100% dos menores não participavam de programas educativos para o manejo do DM1 (Tabela 3).

**Tabela 3.** Caracterização dos menores quanto às variáveis clínicas e terapêuticas para o tratamento do DM1\*. Recife, PE, Brasil, 2022.

<b>Variável</b>	<b>N†</b>	<b>%</b>
<b>Tempo de diagnóstico de DM1</b>		
0 - 3 anos	38	54,3
> 3 anos	32	45,7
<b>Tratamento atual</b>		
Insulina, dieta e exercício físico	28	40,0
Insulina	22	31,4
Insulina e dieta	12	17,1
Insulina e exercício físico	7	10,0
Dieta	1	1,4
<b>Forma de obtenção da medicação</b>		
Farmácia popular	30	42,9
Unidade Básica de Saúde	16	22,9
Farmácia particular	16	22,9
Farmácia particular e farmácia popular	5	7,1
Farmácia popular e Unidade Básica de Saúde	1	1,4
Farmácia particular e Unidade Básica de Saúde	1	1,4
Farmácia do convênio	1	1,4
<b>Acompanhamento na Unidade Básica de Saúde (UBS)?</b>		
Não	54	77,1
Sim	16	22,9
<b>Realização de medidas da glicemia capilar</b>		
Sim	61	87,1
Não	9	12,9
<b>Forma de obtenção do monitor de glicemia capilar</b>		
Compra	40	57,1
Farmácia do estado/Governo	30	42,9
<b>Aquisição gratuita de tiras para a realização da glicemia capilar nos últimos meses</b>		

Não	40	57,1
Sim	30	42,9
<b>Participação do(a) filho(a) em algum programa educativo</b>		
Não	70	100,0
Sim	0	

\*Diabetes Mellitus Tipo 1. †Número de voluntários que responderam à questão.

A respeito da verificação da presença de sintomas de ansiedade, observou-se que 52 participantes (74,3%) apresentaram sintomas de ansiedade, e dentre esses, 31 participantes (59,6%) apresentaram sintomas de ansiedade grave. Além disso, 50 participantes (71,4%) possuíam sintomas de depressão, e entre estes, 26 (52%) apresentaram sintomas de depressão grave. Quanto à avaliação da presença de sofrimento mental (estresse), observou-se que 46 participantes (65,7%) apresentavam algum nível de estresse, sendo que 26 (56,5%) apresentaram quadro sugestivo de estresse severo (Tabela 4).

**Tabela 4.** Classificação dos sintomas de ansiedade, depressão e estresse, segundo o BAI\*, BDI† e K10‡. Recife, PE, Brasil, 2022.

Variável	N <sup>§</sup>	%
<b>Inventário de Ansiedade de Beck (BAI)</b>		
Ansiedade grave	31	44,3
Ansiedade moderada	9	12,9
Ansiedade leve a moderada	12	17,1
Ausência de sintomas ansiosos	18	25,7
<b>Inventário de Depressão de Beck (BDI)</b>		
Depressão grave	26	37,1
Depressão moderada a grave	10	14,3
Depressão leve a moderada	14	20
Sem depressão	20	28,6
<b>Escala de Estresse Psicológico de Kessler (K10)</b>		
Estresse severo	26	37,1
Estresse moderado	7	10,0
Estresse leve	13	18,6
Sem estresse	24	34,3

\*Inventário de Ansiedade de Beck. †Inventário de Depressão de Beck. ‡Escala de Estresse Psicológico de Kessler. §Número total de voluntários que pontuaram conforme a escala.

Identificou-se associação estatisticamente significativa entre os quadros indicativos de ansiedade e depressão com o tempo de doença do menor (Tabela 5). No entanto, a mesma análise não demonstrou associação entre o tempo e os quadros de estresse. A análise de correlação de Spearman apresentou coeficiente moderado e significativo entre ansiedade e tempo (-0,436,  $p < 0,01$ ), depressão e tempo (-0,446,  $p < 0,01$ ), e inexistente entre estresse e tempo (-0,187,  $p = 0,12$ ). Não houve evidência significativa estatisticamente entre a análise de sexo e escolaridade com as variáveis de ansiedade, depressão e ansiedade dos cuidadores.

Tal dado comprova que há uma maior presença de sintomas de ansiedade e depressão em pais ou cuidadores de crianças que possuem o diagnóstico de DM1 há menos de 3 anos. Dessa forma, evidencia-se que quanto menor o tempo de diagnóstico de DM1 do menor, mais frequentes são os sintomas de ansiedade e depressão nos pais ou cuidadores. Embora a frequência percentual de algum nível de estresse tenha sido alta entre os participantes (65,7%), observou-se que não houve associação estatisticamente significativa entre os quadros indicativos de estresse e o tempo de diagnóstico de DM1 do menor (Tabela 5). Dessa maneira, o tempo de diagnóstico de DM1 parece influenciar diretamente no aparecimento do quadro sugestivo de sofrimento mental (estresse) dos pais ou cuidadores. Destaca-se, na Tabela 5, a associação estatística entre as principais variáveis, realizada por meio do teste da razão de verossimilhança (Qui-quadrado) e do coeficiente V de Cramer.

**Tabela 5.** Associação entre as variáveis sexo, tempo de diagnóstico da doença e nível de escolaridade dos participantes da pesquisa com os sintomas de estresse, ansiedade e depressão. Recife, PE, Brasil, 2022.

	Estresse		Ansiedade		Depressão	
	$\chi^2$	$p^*$	$\chi^2$	$p^*$	$\chi^2$	$p^*$
<b>Sexo</b>	5,4	0,244	2,315	0,5045	2,315	0,5045
<b>Tempo de diagnóstico</b>	6,648	0,08	13,213	0,004 (0,434 <sup>‡</sup> )	11,303	0,01 (0,401 <sup>‡</sup> )
<b>Escolaridade</b>	16,77	0,3328	16,77	0,3328	14,853	0,4621

$\chi^2$  Estatística do teste da razão de verossimilhança; \*p-valor do teste da razão de verossimilhança; <sup>‡</sup>V de Cramer.

## DISCUSSÃO

---

Pais ou cuidadores de menores com DM1, participantes do estudo, apresentaram sintomas graves de estresse, ansiedade e depressão, além de que, esses dois últimos transtornos estão fortemente associados ao tempo em que o menor possui o diagnóstico da doença. Nesse sentido, sabe-se que o ato de cuidar de uma pessoa com doença crônica pode gerar sobrecarga ao cuidador e desencadear sintomas de estresse, ansiedade e depressão, dentre outros, no mesmo.<sup>8</sup>

Na caracterização sociodemográfica, identificou-se consonância com outros estudos que, também, evidenciam predominância de cuidadores do sexo feminino, mães, com idade média de 39 anos, estando a maioria em uma união estável.<sup>9-11</sup> Com isso, verifica-se que esse papel de cuidado vem sendo frequentemente exercido pela figura materna, a qual encontra-se descrita na literatura como “mulher-mãe-cuidadora” e reflete aspectos culturais socialmente arraigados, nos quais há uma velada imposição às mulheres da responsabilidade do cuidado ao filho doente.<sup>12-13</sup>

Apesar de reconhecida, tal sobrecarga materna muitas vezes não tem sido discutida, porque para essas mães o cuidado ao filho doente é gratificante, realizado com o intuito de ser conduzido da forma mais correta possível para que o controle glicêmico seja alcançado, mesmo que para isso seja necessário abdicar de outros aspectos pessoais e até profissionais.<sup>4,13</sup> Evidentemente, o empenho para um cuidado de qualidade com resultados positivos pode resultar em desgaste físico e emocional, reverberando negativamente na saúde dos cuidadores e, principalmente, em sua saúde mental.<sup>10,13</sup>

Outro ponto relevante a ser discutido consiste no fato de que a maioria das mulheres com ocupação “do lar” referiram que isso se deu em função do adoecimento do menor. Sabe-se que o tratamento do DM1, principalmente em crianças, envolve uma série de cuidados que vão desde o preparo e administração da insulina até o reconhecimento precoce de sinais e sintomas de hipoglicemia, sendo a preocupação com complicações físicas, psicológicas e sociais uma constante na cabeça dessas mães.<sup>4,14-16</sup>

Assim, por preocupação, muitas abandonam seus trabalhos para dedicar-se integralmente ao cuidado de seus filhos, o que, em alguns casos, pode resultar em uma redução da capacidade financeira da mesma, gerando dependência financeira, seja do marido ou de outro membro da família.<sup>3-4,17</sup>

Ao considerar que o DM1 no menor influencia toda a rotina familiar, torna-se evidente que os pais ou cuidadores necessitam de um acompanhamento humanizado, escuta ativa, acolhimento e orientações dos profissionais de saúde, visando desta forma, reduzir os riscos de complicações da doença e promover uma melhor qualidade de vida a todos os envolvidos.<sup>15</sup> Assim, o fornecimento de informações, por uma equipe de saúde competente, cujo objetivo seja subsidiar tecnicamente esses pais ou cuidadores a fim de estabelecer um vínculo efetivo, pode resultar em uma benéfica e verdadeira rede de apoio a esses cuidadores.

Aqui, faz-se indispensável salientar a importância do Letramento em Saúde (LS) e suas repercussões nas atitudes cotidianas dos pais ou cuidadores no manejo do DM1 do menor. Para tanto, o acesso às informações sobre o DM1, a compreensão desses pais ou cuidadores sobre tais informações, a avaliação reflexiva sobre as necessidades dinâmicas de saúde do menor sob seus cuidados e a aplicação das informações em saúde na prática diária de atenção ao menor com DM1, podem resultar em menores índices de complicações advindas do descontrole glicêmico para o menor e podem minimizar o aparecimento de transtornos mentais decorrentes de insegurança, desconhecimento ou despreparo para atuar adequadamente quando necessário, nos pais ou cuidadores.<sup>18</sup>

Nesse estudo, no que tange o fornecimento de orientações e informações profissionais recebidas diante do diagnóstico de DM1 e tratamento a ser seguido, evidenciou-se que os profissionais de enfermagem, sobretudo aqueles de nível superior, possuem um papel relevante e prioritário na educação em saúde. Percebe-se que a figura do enfermeiro é indispensável para a elaboração de um plano de cuidado, em conjunto com o cuidador principal, no intuito de favorecer a adesão ao tratamento da criança com DM1, alcançar o bom controle metabólico do menor e promover o LS.

Sabe-se, porém, que tal plano de cuidado deve incluir o treinamento de habilidades técnicas e emocionais junto ao cuidador, no sentido de que o mesmo esteja apto a realizar as aplicações da insulina, a mensuração e interpretação da glicemia capilar, o planejamento alimentar adequado, além do manejo adequado de possíveis complicações agudas como hipo e hiperglicemia.<sup>19-20</sup> Feito isso, o cuidador da criança pode apresentar uma redução dos sintomas ansiosos provenientes da insegurança relacionada à falta de experiência no cuidado do DM1, à medida que se sente capaz de realizar com efetividade os cuidados necessários ao seu filho.<sup>19</sup>

Além disso, faz-se necessário que o enfermeiro esteja atento para identificar a incidência de sobrecarga do cuidador principal, sendo de suma importância a elaboração

de um plano de intervenção que busque alternativas para a mudança dos fatores que podem estar afetando negativamente a saúde física, psicológica e social do cuidador, de modo que este possa continuar exercendo seu papel e, assim, garantir também a qualidade do cuidado ao menor.<sup>16-17</sup> As informações e explicações relativas à doença devem levar em consideração a referência cultural que a pessoa possui e serem fornecidas de forma clara e objetiva, respeitando o tempo para assimilação dos conteúdos de cada indivíduo.<sup>16</sup>

Ressalta-se, ainda, que como a adaptação às mudanças impostas pela doença e seu tratamento é fundamental para a qualidade do cuidado aos menores com DM1, a mesma deve acontecer por meio do apoio familiar, uma vez que os menores não podem se responsabilizar sozinhos pelos cuidados inerentes ao tratamento. Entretanto, embora o ponto de partida seja o LS dos cuidadores, deve-se buscar o envolvimento de todos os membros familiares, incluindo o menor, para que ele se sinta estimulado para o desenvolvimento das competências para o autocuidado em diabetes.<sup>4,19</sup>

O período após o diagnóstico da criança representa para muitos pais um momento singular de angústia exacerbada, onde estes podem apresentar mais frequentemente sintomas ansiosos e depressivos.<sup>10,11,20</sup> O presente estudo reitera, portanto, a importância de um planejamento de ações voltadas ao cuidado e apoio ao cuidador desses menores, primordialmente os cuidadores de menores diagnosticados há menos de 3 anos, considerando os altos escores sugestivos de quadros de ansiedade e depressão identificados nos mesmos. Assim, tem-se que pais de crianças com doenças crônicas possuem um maior escore para desenvolvimento de ansiedade e depressão quando comparados a pais de crianças sem doenças crônicas. Tal fato decorre de uma série de justificativas que incluem desde situação financeira, ajuste emocional, isolamento social até o estresse gerado pelas alterações do cotidiano em função da doença do menor.<sup>21-22</sup>

Estudos indicam que mães com sintomas depressivos se apresentam menos positivas e esperançosas em suas interações com os filhos, além de limitações para atender às necessidades físicas e emocionais das crianças, culminando com a exposição dos filhos a um enfrentamento, na maioria das vezes, inadequado do DM1.<sup>15,23-24</sup> No presente estudo, os sintomas depressivos se distinguiram quanto aos seus níveis e a depressão grave foi a mais frequente entre os entrevistados. Salienta-se que a falta de apoio do cuidador principal, da família e de outras pessoas pode acentuar o estresse em crianças e adolescentes, por conta da dependência física e emocional que eles possuem em relação aos cuidadores adultos.<sup>15,24</sup>

No tocante à análise do estresse, a maioria dos participantes apresentou nível de estresse severo, o que pode estar diretamente relacionado à sobrecarga dos progenitores frente às diversas demandas relacionadas ao cuidado com a doença do menor. Dentre tais demandas, alguns estudos evidenciam mudanças na rotina familiar; no ensino escolar dos filhos com DM; nos afazeres domésticos; na situação financeira familiar; além das exigências do trabalho formal como fatores que desencadeiam sintomas de sofrimento psicológico (estresse) em pais ou cuidadores de crianças com DM1.<sup>25</sup>

Faz-se necessário destacar que a coleta dos dados do presente estudo foi realizada durante o período de pandemia (COVID-19) e, assim sendo, os resultados dessa pesquisa podem ter sofrido a influência do impacto global desse período na saúde mental dos indivíduos. Em pesquisa realizada no Brasil, com objetivo de avaliar o impacto psicológico da mudança de rotina de cuidadores de crianças com DM1 durante a pandemia da COVID-19, verificou-se que os pais de crianças com DM1 expressaram com mais frequência preocupação e carga emocional elevada relacionadas aos cuidados à criança quando comparados ao grupo de pais de crianças sem diabetes.<sup>26</sup>

Por fim, observou-se que o cuidado de menores com DM1 gerou sintomas graves de ansiedade, depressão e estresse psicológico, com um impacto importante na saúde mental dos pais/cuidadores, especialmente naqueles pais/cuidadores de menores diagnosticados há menos de 3 anos.

Considera-se como limitação deste estudo o reduzido tamanho da amostra e o momento em que ele foi desenvolvido. Com a pandemia da COVID-19, houve a necessidade de readaptar os atendimentos no setor no qual foi realizada a coleta, diminuindo o número de consultas semanais e, conseqüentemente, o número de amostras coletadas.

## CONCLUSÃO

---

Na busca pela identificação da presença de sintomas de estresse, ansiedade e depressão em pais ou cuidadores de menores diagnosticados com DM1, observou-se que essa população apresentou sintomas graves de ansiedade, depressão e estresse psicológico. Verificou-se também que os sintomas de ansiedade e depressão se encontram fortemente associados ao tempo em que o menor possui o diagnóstico da doença, principalmente nos três primeiros anos após o diagnóstico. No entanto, esses sintomas não foram associados à variável sexo e escolaridade.

Ao revelar um panorama negativo em relação às condições de saúde mental de pais e cuidadores de menores com DM1, o presente estudo incita o debate sobre a necessidade de haver um redirecionamento do olhar profissional para esses pais e cuidadores, para além das doenças dos filhos. Nesse ínterim, percebe-se que a família e os cuidadores, diante do diagnóstico de DM1, tendem a focar no cuidado ao menor e negligenciar o cuidado de si mesmos, o que pode resultar no aparecimento de sintomas de transtornos mentais e psicológicos, como estresse, ansiedade e depressão.

Torna-se imprescindível, portanto, a elaboração de estratégias de enfrentamento e apoio a esses pais ou cuidadores em sofrimento mental por parte de uma equipe de saúde multidisciplinar, cujo intuito seja promover a saúde, minimizar o sofrimento emocional parental e, conseqüentemente, possibilitar melhorias na saúde física e mental infantil.

## **CONTRIBUIÇÕES**

---

Os autores do presente estudo contribuíram igualmente para o desenvolvimento da pesquisa, coleta, análise, discussão dos dados e escrita de texto, bem como revisão do conteúdo.

## **CONFLITO DE INTERESSES**

---

Nada a declarar.

## **FINANCIAMENTO**

---

Fundação de Amparo à Ciência e Tecnologia do Estado de Pernambuco – FACEPE.

## **REFERÊNCIAS**

---

1. Diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes (SBD). São Paulo, 2020. Available from: <https://www.diabetes.org.br/profissionais/images/DIRETRIZES-COMPLETA-2019-2020.pdf>
2. International Diabetes Federation (IDF). 2021. Available from: <https://diabetesatlas.org/>
3. Dantas IRO, Neris RR, Zago MMF, Santos MA, Nascimento LC. Explanatory models of families of children with type 1 diabetes mellitus. Rev. Bras. Enferm. 2020;73(4). DOI: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2018-0975>

4. Souza RR, Marquete VF, Vieira VCL, Fischer MJB, Spigolon DN, Marcon SS. Home care for child and adolescent with type 1 diabetes mellitus from the care giver's perspective. *Revista Enfermagem UERJ*. 2020 Out; 28:e46013. DOI: [doi.org/10.12957/reuerj.2020.46013](https://doi.org/10.12957/reuerj.2020.46013)
5. Cheng A, Kessler D, Mackinnon R, Chang TP, Nadkarni VM, Hunt EA, et al. Reporting Guidelines for Health Care Simulation Research. *Simul Healthc J Soc Simul Healthc*. 2016; 11:238-48. DOI: <https://doi.org/10.1186/s41077-016-0025-y>
6. Cunha JA. Manual da versão em português das Escalas Beck. São Paulo: Casa do Psicólogo; 2001.
7. Kessler RC, Barker PR, Colpe LJ, Epstein JF, Gfroerer JC, Hiripi E, et al. Screening for Serious Mental Illness in the General Population. *Archives Of General Psychiatry*. 2003;60(2):184-189. doi: <http://dx.doi.org/10.1001/archpsyc.60.2.184>
8. García JEA, Hernández RCL, Santos GM, Córdoba IP, Barrios FF. Relación entre sobrecarga y competencias del cuidar en cuidadores informales de personas con enfermedades crónicas. *MedUNAB*. 2020 Ago;23(2). DOI: <https://doi.org/10.29375/issn.0123-7047>
9. Yaqoob U, Khan MA, Khemani L, Haq F, Rafiq J, Iftikhar AS. Diabetes Mellitus in Children and Its Effect on Caregivers. *Mental Health. Cureus*. 2018 Apr 02;10(4):2409. DOI: <https://doi.org/10.7759/cureus.2409>
10. Khemakhem R, Dridi Y, Hamza M, Hamouda AB, Khlayfia Z, Ouerda H, et al. How do parents of children with type 1 diabetes mellitus cope and how does this condition affect caregivers' mental health? *Arch Pediatr*. 2020 Jul;27(5):265-269. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.arcped.2020.05.001>
11. Bassi G, Mancinelli E, Di Riso D, Salcuni S. Parental Stress, Anxiety and Depression Symptoms Associated with Self-Efficacy in Pediatric Type 1 Diabetes: A Literature Review. *Int. J. Environ. Res. Public Health* 2021, 18, 152. DOI: <https://doi.org/10.3390/ijerph18010152>
12. Freitas SM, Silva LR, Silva MMM, Santos SOP, Sousa FS, Feitosa MA, et al. Childhood type 1 diabetes mellitus and difficulties in managing the disease in the Family sinus: An integrative review. *Research, Society and Development*. 2021 Jun 30; 10(7):e51010716832. DOI: <https://doi.org/10.33448/rsd-v10i7.16832>
13. Leite MF, Gomes IP, Morais JD, Collet N. Impact on mothers' lives of caring for children with chronic illnesses. *Revista Enfermagem Uerj*. 2015; 23(4) DOI: <http://dx.doi.org/10.12957/reuerj.2015.4966>
14. Jurgen B, Baker CN, Kamps JL, Hempe JM, Chalew SA. Associations Between Depressive Symptoms, Fear of Hypoglycemia, Adherence to Management Behaviors and Metabolic Control in Children and Adolescents with Type 1 Diabetes. *J Clin Psychol Med Settings*. 2020 Jun;27(2):385-395. doi: 10.1007/s10880-019-09676-6

15. Souza MMC, Alves TCHS. Characterization of the family experience of children and adolescents with Diabetes mellitus type 1: a narrative review. *Research, Society and Development*. 2022;11(2). DOI: <https://doi.org/10.33448/rsd-v11i2.25313>
16. Souza MHN, Nóbrega VM, Collet N. Social network of children with chronic disease: knowledge and practice of nursing. *Rev. Bras. Enferm.* 2020;73(2) DOI: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2018-0371>
17. Aguiar GB, Machado MED, Aguiar RCB, Christoffel MM. Children with type 1 diabetes mellitus: the experience of disease. *Rev. Esc. Enferm. USP.* 2021;55:e03725. DOI: <https://doi.org/10.1590/S1980-220X2020011803725>
18. Leite ACAB, Moreira KCC, La Banca RO, Graça KB, Neris RR, Nascimento KV, Nascimento LC. Letramento em saúde de mães no gerenciamento de situações de urgência dos filhos com diabetes. *Revista Família, Ciclos de Vida e Saúde no Contexto Social*. 2020, v3. Available from: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=497968143003>
19. Tong H, Qiu F, Fan L. Characterising common challenges faced by parental caregivers of children with type 1 diabetes mellitus in mainland China: a qualitative study. *BMJ Open*. 2022 Jan;12(1):e048763. DOI: <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2021-048763>
20. Ljubičić M, Baković L, Čoza M, Pribisalić A, Kolčić I. Awakening cortisol indicators, advanced glycation end products, stress perception, depression and anxiety in parents of children with chronic conditions. *Psychoneuroendocrinology*. 2020 Jul;117. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.psyneuen.2020.104709>
21. Fornasini S, Miele F, Piras EM. The Consequences of Type 1 Diabetes Onset on Family Life. An Integrative Review. *Journal of Child and Family Studies*. 2020 Mai; 29:1467–1483. DOI: <https://doi.org/10.1007/s10826-019-01544-z>
22. Cohn LN, Pechlivanoglou P, Lee Y, Mahant S, Orkin J. Health Outcomes of Parents of Children with Chronic Illness: A Systematic Review and Meta-Analysis. *J Pediatr*. 2020 Mar;218:166-177. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.jpeds.2019.10.068>
23. Nguyen LA, Pouwer F, Lodder P, Hartman E, Winterdijk P, Aanstoot HJ, et al. Depression and anxiety in adolescents with type 1 diabetes and their parents. *Pediatr Res*. 2022 Jan;91(1):188-196. DOI:10.1038/s41390-021-01392-y
24. Di Riso D, Bassi G, Mancinelli E, Zaffani S, Salcuni S, Maffeis C. Mothers and Fathers Parenting Stress and Their Perception of Children's Psychosocial Functioning in Paediatric Diabetes: A Pilot Study. *Int J Environ Res Public Health*. 2020 Jul 1;17(13):4734. DOI: <https://doi.org/10.3390/ijerph17134734>
25. Jensen MV, Broadley M, Speight J, Chatwin H, Scope A. The impact of hypoglycaemia in children and adolescents with type 1 diabetes on parental quality of life and related outcomes: A systematic review. *Pediatr Diabetes*. 2022 Mai ;23(3):390-405. DOI: <https://doi.org/10.1111/pedi.13308>
26. Alessi J, Oliveira GB, Feiden G, Schaan BD, Telo GH. Caring for caregivers: the impact of the COVID-19 pandemic on those responsible for children and

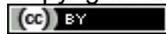
adolescents with type 1 diabetes. Scientific Reports. 2021 Mar 24;11. Available from: <https://www.nature.com/articles/s41598-021-85874-3>

## Correspondência

Jean Scheievany da Silva Alves

E-mail: [xjeanalves@gmail.com](mailto:xjeanalves@gmail.com)

Copyright© 2024 Revista de Enfermagem UFPE on line/REUOL.



Este é um artigo de acesso aberto distribuído sob a Atribuição CC BY 4.0 [Creative Commons Attribution-ShareAlike 4.0 International License](https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/), a qual permite que outros distribuam, remixem, adaptem e criem a partir do seu trabalho, mesmo para fins comerciais, desde que lhe atribuam o devido crédito pela criação original. É recomendada para maximizar a disseminação e uso dos materiais licenciados.