

DIABETES MELLITUS: EXPERIÊNCIA DE CRIANÇAS E ADOLESCENTES EM RELAÇÃO À SUA ALIMENTAÇÃO NO AMBIENTE ESCOLAR

Paola Mori IZZO¹
Renata Leia Demario VIEIRA²
Daiana NOVELLO³
Paula Chuprosli SALDAN⁴
Lorayne D'AGOSTINI⁵

¹Nutricionista pela Universidade Estadual do Centro-Oeste (UNICENTRO), Guarapuava, Paraná, Brasil.

²Mestre do Departamento de Nutrição, Universidade Estadual do Centro-Oeste (UNICENTRO), Guarapuava, Paraná, Brasil. Autor correspondente. renatademario@hotmail.com

³Doutora do Departamento de Nutrição, Universidade Estadual do Centro-Oeste (UNICENTRO), Guarapuava, Paraná, Brasil.

⁴Mestre do Departamento de Nutrição, Universidade Estadual do Centro-Oeste (UNICENTRO), Guarapuava, Paraná, Brasil.

⁵Graduanda pela Universidade Estadual do Centro-Oeste (UNICENTRO), Guarapuava, Paraná, Brasil.

Recebido em: 24/10/2013 - Aprovado em: 11/12/2013 - Disponibilizado em: 15/01/2014

RESUMO: O diabetes *mellitus* é classificado como uma doença crônica que tem como base a deficiência total ou parcial na produção da insulina. A doença desencadeia vários sentimentos e emoções negativas que estão presentes no dia-a-dia. O presente estudo teve como objetivo conhecer a experiência de crianças e adolescentes diabéticos em relação à alimentação no ambiente escolar, visando identificar suas dificuldades e influências alimentares, assim como o convívio com os colegas. Trata-se de uma pesquisa qualitativa, realizada através de uma entrevista semi-estruturada, na cidade de Guarapuava/Pr. Os participantes do estudo foram sete crianças e dez adolescentes portadores de diabetes. As perguntas norteadoras foram “fale sobre sua alimentação na escola”, “como você se sente em relação à dieta?” e “fale sobre suas dificuldades ao se alimentar na escola”. As falas mostraram que são poucos aqueles que freqüentam o consultório do nutricionista periodicamente e a negação em relação à doença traz a falta de cuidados e, conseqüentemente, risco para o doente. Em ambiente escolar a alimentação torna-se difícil, pois são servidos alimentos inapropriados para o diabético. A restrição alimentar pode ser mais difícil quando a criança e o adolescente estão interagindo com pessoas que não compartilham dessa situação. Conclui-se que ao dar voz às crianças e adolescentes foi verificada a dimensão que a doença representa em suas vidas. Em razão das inúmeras demandas relacionadas ao tratamento, o trabalho multiprofissional passa a ser fundamental à esses pacientes, uma vez que estes encontram-se em fase de mudanças biológicas e psicossociais.

Palavras-chave: Diabetes *Mellitus*. Criança. Adolescente. Alimentação escolar. Pesquisa qualitativa.

DIABETES MELLITUS: EXPERIENCE OF CHILDREN AND ADOLESCENTS IN RELATION TO THEIR FOOD IN THE SCHOOL ENVIRONMENT

ABSTRACT: Diabetes mellitus is classified as a chronic disease that is based on the total or partial deficiency in the production of insulin. The disease triggers many feelings and emotions that are present in day-to-day. This study aimed to understand the experience of diabetic children and adolescents in relation to food in schools, aiming to identify their difficulties and dietary influences, as well as socializing with colleagues. This is a qualitative study conducted through a semi-structured interview in Guarapuava / Pr. Participants were seven children and ten adolescents with diabetes. The guiding questions were "talk about your alimentation at school," "how do you feel about the diet?" And "talk about your difficulties to eat at school". The reports showed that few are those who attend the nutritionist's office periodically and denial regarding the illness brings a lack of care and, consequently, risk to the patient. In the school feeding becomes difficult, because they are served food unsuitable for diabetic. Food restriction may be more difficult when children and adolescents are interacting with people who do not share that position. It follows that by giving voice to children and adolescents was found the representative size the disease in their lives. Given the numerous demands related to

treatment, the multiprofessional work becomes crucial for these patients once they are in the process of biological and psychosocial changes.

Keywords: Diabetes *Mellitus*; Child. Adolescent. Alimentação escolar. Qualitative study.

INTRODUÇÃO

A alimentação humana envolve aspectos fisiológicos, psicológicos e socioculturais e é um fator de extrema complexidade (POULAIN e PROENÇA, 2003). Além disso, saúde e nutrição estão interligados. A qualidade de vida também é dependente da qualidade da alimentação. Sendo assim, torna-se importante a alimentação equilibrada e variada para prevenção de doenças (SICHERI *et al.*, 2000). Em contrapartida, o homem escolhe suas refeições influenciado pelo meio, conhecimento em relação aos alimentos, disponibilidade e tempo (JOMORI *et al.*, 2008).

No mesmo sentido, POULAIN E SAINT-SEVIN (1990), SOUSA (2001) e SOUSA E PROENÇA (2005) argumentam que o alimento, frequentemente, é visto a partir do aspecto nutricional e higiênico-sanitário, deixando de ser considerado que, além da sua função nutricional, a alimentação pode incorporar outras funções - a função hedônica, ligada ao prazer e aos aspectos sensoriais das preparações e a função convivial, relacionada à percepção do indivíduo de pertencer a um grupo, auxiliando-o na construção da identidade social e individual. Dessa forma, atender todas as funções da alimentação para

portadores de doenças crônicas, em especial, crianças e adolescentes, torna-se um desafio aos profissionais da saúde.

Corroborando, o portador de doença crônica requer acompanhamento médico constante e necessita de controle para evitar agravamentos, exigindo cuidado ao longo da vida. Esse tipo de doença pode ser controlada e diminuída e afeta a rotina do portador, tanto psicologicamente como socialmente (MOREIRA e DUPAS, 2006).

Nesse sentido, o diabetes *mellitus* é classificado como uma doença crônica que tem como base a deficiência total ou parcial na produção da insulina. A insulina é um hormônio sintetizado no pâncreas, que promove a entrada de glicose nas células e também desempenha papel importante no metabolismo de lipídeos e proteínas. Existem dois tipos, o tipo 1, que é caracterizado por uma deficiência de insulina e aparece com mais frequência em indivíduos menores de 35 anos, e o tipo 2, que é resultante de uma combinação de resistência insulínica e/ou de uma compensatória secreção de insulina, sendo que a sua incidência é maior a partir dos 40 anos. A doença altera fisiologicamente o organismo, podendo ter origem genética ou ambiental. A cegueira, insuficiência renal e amputação dos membros são conseqüências do diabetes, que é uma doença com altos índices de mortalidade e responsável por

gastos consideráveis na saúde (GÓES *et al.*, 2007; BRASIL, 2006; SBD, 2006). Além disso, é caracterizada por causar disfunções em seu portador, assim como diminuir a qualidade de vida do mesmo (MARCELINO e CARVALHO, 2005; LIBERATORE JÚNIOR *et al.*, 2008).

De acordo com o Ministério da Saúde (2003) o diabetes afeta cerca de 246 milhões de pessoas em todo o mundo. Estima-se que até 2025, esse número aumente para 380 milhões. Segundo a International Diabetes Federation (IDF), o diabetes tipo 1 cresce cerca de 3% ao ano em crianças na fase pré-escolar. Já o diabetes tipo 2, antes tido como uma doença de adulto, vem crescendo em taxas alarmantes em crianças e adolescentes, uma vez que as taxas de sedentarismo, obesidade e maus hábitos de alimentares são altas. Trata-se assim, de uma doença com proporções epidemiológicas (SBD, 2006) Soma-se a esses fatores, os diagnósticos inadequados e tardios com graves consequências para a criança e para o adolescente (BRASIL, 2006).

Criança é o termo utilizado para aqueles que possuem de 2 a 9 anos e 11 meses de idade. Dos 10 aos 19 anos e 11 meses de idade, a pessoa é considerada adolescente. Nestas fases da vida o aporte calórico e de nutrientes é de extrema importância, sendo que eles precisam de nutrientes para que a fase de crescimento e desenvolvimento aconteça sem maiores problemas. Deve-se esclarecer que tais crianças ainda não têm

maturidade psicológica suficiente para serem consideradas adolescentes, mesmo tendo o porte físico de um. O adolescente está passando por uma fase de desenvolvimento humano, marcada por amadurecimento biológico, psicológico e social, sendo um processo no qual este se torna vulnerável, podendo desencadear problemas psicológicos e comportamentais (ALMINO *et al.*, 2009).

Com isso, para as duas faixas etárias em questão, o diabetes *mellitus* desencadeia vários sentimentos e emoções negativas que estão presentes no dia-a-dia, uma vez que existem limitações para o controle da doença. A negação, a raiva e a frustração são fatores que refletem no comportamento das crianças e adolescentes, principalmente em ambiente escolar, que é onde eles passam a maior parte de seu tempo. MOREIRA E DUPAS (2006), com o objetivo de compreender a experiência da criança na vivência com a doença, realizaram estudo com 11 crianças e 1 adolescente, sendo 9 do sexo feminino e 3 do sexo masculino, em uma cidade do Interior de São Paulo. Os autores afirmaram que a população estudada enfrentava muitas dificuldades após o diagnóstico, destacando a mudança de comportamento em relação a dieta.

O medo, a preocupação e a dor trazida pela doença também fazem parte do dia-a-dia dos portadores de diabetes, sendo que além do tratamento nutricional, é necessário tratamento psicológico. Em uma pesquisa realizada com seis crianças diabéticas,

MARCELINO E CARVALHO (2005) puderam relatar tais aspectos e concluíram que as crianças projetavam vários sentimentos possivelmente relacionados com a diabetes.

Além disso, ZANETTI E MENDES (2001), concluíram em uma pesquisa qualitativa, com depoimento de trinta mães de crianças diabéticas, que as dificuldades estavam relacionadas à vários fatores, como reestruturação do cardápio alimentar da família, prática de exercícios físicos, rotina escolar e relacionamentos com familiares e profissionais de saúde.

Devido à essas dificuldades enfrentadas diante à doença, o tratamento deve ser multiprofissional, onde profissionais da saúde e da escola junto com os familiares trabalhem para que a criança e o adolescente saibam lidar com a rotina da dieta, insulina e exercícios, melhorando a qualidade de vida dos mesmos (ZANETTI e MENDES, 2001). A escola deve ser um ambiente onde os alunos possam aprender a se alimentar de maneira saudável, contribuindo para o desenvolvimento e a aprendizagem (WEIS *et al.*, 2007).

No Brasil, o Programa Nacional de Alimentação Escolar (PNAE), gerenciado pelo Fundo Nacional de Desenvolvimento da Educação (FNDE), é o programa responsável por garantir a alimentação escolar, através de recursos financeiros recebidos do governo, para todos os alunos matriculados em escolas públicas e filantrópicas (BRASIL, 2009). O programa garante a toda criança e adolescente

o direito ao alimento gratuito, distribuído nos intervalos das aulas, atendendo 20% das necessidades diárias dos estudantes (BRASIL, 2009) e, para muitos, esta alimentação é a única e mais importante refeição do dia.

O programa atende também crianças e adolescentes com necessidades especiais relacionados à alimentação no âmbito escolar (diabetes, doença celíaca, entre outras), como consta no artigo 15, parágrafo 3 da Resolução n°. 38 de 16/7/2009 (BRASIL, 2009). Isso se deve ao fato de que a alimentação dos diabéticos necessita de atenção especial, uma vez que esta patologia está relaciona-se com o metabolismo dos carboidratos, proteínas e gorduras (LOOTEMBERG, 2008).

Por meio de pesquisa qualitativa, que visa dar significados, motivações, aspirações, crenças, valores e atitudes, o conhecimento do comportamento alimentar e as dificuldades enfrentadas pelos portadores de diabetes são descritas pelos próprios autores e permitem mostrar as dificuldades que as crianças e os adolescentes enfrentam ao se alimentar na escola, assim como a interação com os colegas e os parâmetros nutricionais da doença (LIBERATORE *et al.*, 2008).

Dessa forma, tendo em vista todos os aspectos referidos, aliado à incipiente produção de trabalhos desta natureza, com base na subjetividade de crianças e adolescentes diabéticos, o presente estudo tem como objetivo conhecer a experiência de crianças e adolescentes diabéticos em relação à alimentação no ambiente escolar, visando

identificar suas dificuldades e influências alimentares, assim como o convívio com os colegas.

PERCURSO METODOLÓGICO

Trata-se de um estudo de cunho qualitativo. A escolha da abordagem qualitativa se justifica por privilegiar a subjetividade das informações através do relato de crianças e de adolescentes portadoras de diabetes a respeito de suas experiências, expectativas e concepções com a alimentação.

Segundo MINAYO (2004) a “pesquisa qualitativa responde a questões muito particulares. Ela se preocupa, nas ciências sociais, com um nível de realidade que não pode ser quantificado, ou seja, ela trabalha com o universo de significados, motivos, aspirações, crenças, valores e atitudes, o que corresponde a um espaço mais profundo das relações, dos processos e dos fenômenos que não podem ser reduzidos à operacionalização de variáveis”.

A pesquisa foi desenvolvida na cidade de Guarapuava/PR e a coleta de dados aconteceu entre fevereiro e junho de 2010. Os participantes do estudo foram sete crianças e dez adolescentes portadores de diabetes *mellitus*.

Em estudo de cunho qualitativo, o número de sujeitos que virão a compor o quadro das entrevistas dificilmente pode ser determinado *a priori* – tudo depende da qualidade das informações obtidas em cada depoimento, assim como da profundidade e

do grau de recorrência e divergência dessas informações. Enquanto estiverem aparecendo “dados” originais ou pistas que possam indicar novas perspectivas à investigação em curso, as entrevistas precisam continuar sendo feitas (DUARTE, 2002).

Os critérios de inclusão foram crianças e adolescentes portadores de diabetes *mellitus* tipo 1 ou 2, cadastradas no Hiperdia e matriculadas em escolas municipais, estaduais e particulares do município de Guarapuava/PR. Aqueles com uma menor experiência em relação à doença, com diagnóstico a menos de um ano, foram excluídos.

O Hiperdia é um sistema de cadastramento de hipertensos e diabéticos captados do Plano Nacional de Reorganização da Atenção à hipertensão arterial e ao diabetes *mellitus*, em todas as unidades ambulatoriais do Sistema Único de Saúde.

Para a compreensão das percepções sobre a alimentação, foram realizadas duas técnicas da pesquisa qualitativa, de acordo com as etapas do estudo. Destacam-se a análise documental e a entrevista com questões semi-estruturadas.

A análise documental constitui-se em uma valiosa técnica de abordagem de dados qualitativos e consiste no exame de documentos que visam fornecer, ao pesquisador, dados complementares para a melhor compreensão do problema investigado (QUIVY e CAMPENHOUDT, 2003; GODOY, 1995). No presente estudo, a análise

documental foi realizada para o levantamento do endereço dos participantes, características gerais do quadro clínico, provenientes de fichas de controle para entrega de insulina do Consórcio Intermunicipal de Saúde de Guarapuava (CISGAP). Após a análise documental, foram realizados contatos telefônicos com os pais ou responsáveis para explicação do tema e exposição dos objetivos e para agendar a entrevista.

Para apreensão dos dados empíricos foram realizadas entrevistas com questões semi-estruturadas, com duração média de quinze minutos cada, com conteúdo registrado em gravador digital após o consentimento dos informantes, transcrito em momento posterior pelo pesquisador.

A técnica de entrevista semi-estruturada foi utilizada como forma de investigação qualitativa deste estudo, por partir de questionamentos básicos, referentes aos objetivos do estudo, e por oferecer oportunidades de surgimento de novos questionamentos, a partir de respostas dos sujeitos investigados (HAGUETTE, 1999).

Para a coleta de informações durante as entrevistas utilizaram-se três perguntas norteadoras, sendo elas: “fale sobre sua alimentação na escola”, “como você se sente em relação a dieta” e “fale sobre suas dificuldades ao se alimentar na escola”, além de um guia de entrevista, elaborado pelo próprio pesquisador, levando-se em conta o referencial teórico desenvolvido sobre o tema de pesquisa. As entrevistas foram realizadas

em ambiente escolar ou familiar, de acordo com a escolha dos pais ou responsáveis pelas crianças e adolescentes.

Para proceder ao levantamento de dados, o guia de entrevista constava de perguntas norteadoras e perguntas secundárias para relançar, se houvesse necessidade, o tema do estudo. As observações foram realizadas concomitantes às entrevistas, assim como o registro nos cadernos de campo. Por fim, realizou-se a transcrição e análise dos dados durante o processo de coleta.

As concepções e os conceitos que surgiram com o desenvolvimento das entrevistas foram categorizados e analisados, seguindo à técnica de análise de conteúdo proposta por Bardin (2004), devendo obedecer às seguintes etapas:

a) Pré-análise do conteúdo das entrevistas transcritas: a partir de uma leitura e organização do material coletado.

b) A exploração do material: faz-se uma codificação dos dados a partir de unidades de registro que correspondem ao segmento de conteúdo a ser considerado como unidade de base. Para este estudo, as unidades de base foram a palavra ou frase, e o tema.

c) Tratamento dos resultados, a inferência e a interpretação: a partir das categorias obtidas, tendo como base os pressupostos teóricos que serviram de fundamentação para o estudo, foram realizadas a inferência e a interpretação dos dados, voltando à literatura pertinente, quando

necessário, para subsidiar o processo reflexivo.

Finalmente, a partir dos dados obtidos e analisados, foi realizado um levantamento dos elementos para auxílio na compreensão das experiências das crianças e adolescentes.

O projeto da pesquisa foi apreciado e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual do Centro-Oeste - UNICENTRO, sob ofício N°. 228/2009 e todos os pais ou responsáveis assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. A fim de assegurar o anonimato dos participantes, utilizou-se a abreviatura *Entrev.* seguido por algarismos cardinais (Ex: *Entrev.1; Entrev. 2*).

RESULTADOS E DISCUSSÃO

As crianças e os adolescentes entrevistados foram 10 meninas e 7 meninos, 7 crianças e 10 adolescentes com idade entre 08 e 17 anos. Em relação ao tipo de diabetes, apenas uma criança possuía diabetes tipo 2, e os demais tipo 1. Todos os sujeitos foram diagnosticados a mais de um ano e estavam matriculados em escolas públicas e privadas do município de Guarapuava- PR.

A análise do conteúdo revelou experiências que as crianças e os adolescentes deram ao seu cotidiano e a sua relação com a alimentação, agrupados e apresentados abaixo:

O cotidiano da criança e do adolescente diabético e a experiência com a doença

Nessa categoria buscou-se identificar a importância dada pela criança e pelo adolescente ao acompanhamento da doença por um profissional da saúde e a influência da doença nas suas escolhas alimentares, além dos alimentos que sentiam falta no seu cotidiano.

As crianças e os adolescentes submetem-se a consultas médicas, exames e algumas vezes internações, o que podia gerar momentos de expectativa e angústia. As recomendações e orientações referentes ao tratamento, na maioria das vezes, foram repassadas, pelos profissionais, nesses momentos.

Com relação às consultas, poucos foram os sujeitos que frequentavam o consultório de um nutricionista, o que poderia representar um risco, pois a alimentação é fator indispensável para o controle da doença.

“Eu já falei com a nutricionista do hospital que eu fiquei internada o ano passado em janeiro aí ela me falou um monte de coisa que eu podia comê, que eu não podia. Mas daí o médico me fala não pode comê isso, você não pode...então ele é a nutricionista, entendeu?...”(Entrev. 03.)

“Fui na nutricionista... ela me deu um cardápio do que eu posso comê e do que eu não posso, e as horas certas”(Entrev. 06).

(...) Ela [nutricionista] falou, ela mandou fazer uma lista, daí eu fiz uma lista do que

tinha no armário e do que tinha na geladeira...daí ela viu quanto que eu podia comer e se eu podia comer”(Entrev.11)

Apesar de relatarem visitas ao médico e ao nutricionista, o acompanhamento não é regular e, em certas situações, foram realizadas apenas no início da doença, demonstrando que com o passar do tempo o controle é realizado sem o profissional de saúde.

“Eu fui só uma vez ali no posto, daí não fui mais”(Entrev. 02).

“Não, a gente até tinha que ir por causa da contagem de carboidratos...É que faz muito tempo que eu tenho [diabetes] e daí eu já tenho uma noção do que eu tenho que fazer”(Entrev.10).

“(...) foi no começo que eu fui, faz dois anos que eu tenho, ah o mais difícil é come aquelas coisa que elas passaram, a receita de bolo, essas coisa não gosto”(Entrev. 07).

O nutricionista é aquele que está apto a calcular um planejamento alimentar com os nutrientes necessários, em quantidades suficientes e fornecer um cardápio respeitando as necessidades individuais. Além disso, o acompanhamento também é necessário, ou seja, consultas periódicas fazem com que o tratamento seja monitorado, o paciente possa tirar suas dúvidas com

relação à dieta e, se necessário, sejam realizadas modificações em sua alimentação. Com crianças e adolescentes, que estão passando por fases complicadas, de difícil aceitação da doença, rebeldia e negação, as consultas podem ter um significado maior, pois, é realizada a educação nutricional

As escolhas alimentares eram permeadas pelas recomendações relacionadas à doença, sendo a falta do grupo dos açúcares e derivados o mais relatado no consumo diário. O alimento mais citado foi o chocolate, seguido de bolo, pirulito e balas. No decorrer dos relatos, outros doces foram mencionados.

“De não poder comer chocolate... bem de vez em quando”(Entrev. 11).

“Ah, não sei, acho que mais assim é que assim acho que é chocolate e sorvete...”(Entrev. 10).

“Ah, doce, bala, bolo... essas coisas”...(Entrev. 16).

“De chocolate, bala, de pirulito... as vezes quando tá baixo”(Entrev. 05).

A alimentação foi percebida como uma regra e as escolhas estavam relacionadas à doença e manutenção da saúde. Porém, as regras eram postas de lado em alguns momentos e os alimentos que tinham vontade eram consumidos. Como observado nos relatos abaixo:

“(...) fruta eu como mais direto agora, mas ficou sem doce né, essas coisa é mais difícil... Não daí, de vez em quando eu como... o Doutor me falô que de vez em quando pode doce né (Entrev. 07)

“Na verdade o que eu não posso come é doce...mas quando tá baixa [glicemia] como” (Entrev. 08)

“Na verdade não tem, não tem um [alimento] que eu sinto falta assim... Porque na verdade doce eu não tenho vontade de comer porque já me acostumei sabe, já me acostumei, daí não dá vontade de comer”(Entrev. 12).

A falta de liberdade, de comer o que tem vontade, a preocupação em passar mal, provoca profunda transformação, necessitando que aprendam a conviver com certas limitações e situações novas. A criança e o adolescente com diabetes tem seu cotidiano modificado, e cada fase da convivência com o diabetes tem características próprias, que requerem força, mudança de comportamento e atitudes de adaptação (VIEIRA e LIMA, 2002).

Assim, diante da dieta que deve ser seguida, o portador da doença sente-se limitado e diferente dos demais por não poder consumir os mesmos alimentos, o que pode causar conflitos psicológicos e sociais. O portador de diabetes passa por momentos complicados e muitos podem até acabar

desenvolvendo depressão. As crianças e os adolescentes são imaturos e tem dificuldade para entender o que significa ter uma doença crônica (PILGER e ABREU, 2007).

Com isso, é importante destacar que o papel do nutricionista é essencial para que o controle da doença seja eficaz. A educação nutricional faz parte do trabalho que é praticado com os diabéticos e assim, o profissional deve explicar de forma clara quais são as conseqüências da falta de autocontrole, principalmente em relação à alimentação. A glicemia deve permanecer em níveis normais para não haver complicações crônicas e aumento da qualidade de vida dos pacientes (JOSE, 2009).

Além da educação nutricional, são também necessárias ações de intervenção para combater os casos de dieta inadequada com desequilíbrio de nutrientes, assim como, ações de prevenção, uma vez que uma má alimentação, sobretudo, aliada ao sedentarismo é um dos principais preditores da qualidade de vida e de saúde (SILVA *et al.*, 2008).

Ambiente escolar: dificuldades em relação às refeições servidas

Nessa categoria, buscou-se identificar o momento da refeição/lanche na escola, as interações e as expectativas em relação à alimentação dos colegas e a influência do ambiente escolar sobre a alimentação.

A alimentação no ambiente escolar foi permeada por situações de esforço da criança e do adolescente em habituar-se aos alimentos oferecidos e relatavam excesso de gordura e alimentação inadequada ao diabético.

“O lanche da escola eu não como.. só que a maioria das coisas eu não posso comê” (Entrev. 01).

“(...) não como porque lá [escola] é muita gordura, não gosto muito dos alimentos de lá” (Entrev.03).

“Lá na escola às vezes como uma, às vezes não como... às vezes o lanche é arroz e feijão... eu não como, porque comer a tarde isso aí não e não como coisa doce, mas quando é tipo alguma bolacha salgada, essas coisas, eu como uma bolacha de água e sal” (Entrev. 07).

“Eu costumo, eu sempre costumo levá meu lanche, eu levo é uma bolacha ou levo uma fruta e daí de vez em quando que é alguma coisa que eu não quero comê o pai me dá dinheiro pra mim compra algum lanche da cantina... É por causa que às vezes é doce e o doce faz subi [glicemia] daí né “ (Entrev. 09).

“Dependendo do lanche eu como tipo se for salgado eu como, se for doce, não.. por causa do diabetes né... quando é doce eu não pego e quando é salgado eu pego pouco porque sempre sempre, vai arroz, macarrão, daí é

pesado pra comer dez horas da manhã né, daí eu sempre pego um pouquinho assim” (Entrev. 12).

O portador de diabetes recebe inúmeras orientações quanto a sua alimentação, tanto de nutricionistas como de médicos, e esses deixam claro que deve-se evitar alimentos gordurosos ou aqueles com alto índice glicêmico, uma vez que estes podem causar transtornos ao doente. O paciente diabético deve consumir alimentos ricos em fibras como frutas, verduras, legumes, feijões e cereais integrais. Em algumas escolas, são servidos na mesma refeição dois carboidratos juntos e em grande quantidade, como por exemplo, o arroz e o macarrão. Se o diabético consome tudo o que lhe é servido, temos como resultado uma hiperglicemia que deve ser revertida imediatamente com o uso da insulina. Ato que pode causar transtornos e muitas vezes faz que com o diabético não se sinta confortável estando à frente de colegas e professores (VIKLUND e WIKBLAD, 2008; CARROLL e MARRERO, 2006).

O cuidado com a criança e o adolescente diabético inicia-se em casa e deve continuar no ambiente escolar. Alguns relatos demonstravam que os estudantes não consomem o lanche da escola, o que também podia ser perigoso, uma vez que isso poderia levar à hipoglicemia, como observado na fala a seguir: *“(...) eu não como lá [na escola] daí eu chego e como muito no almoço, daí eu*

sempre tento nem que seja comê um pouquinho de manhã antes de saí porque às vezes eu não como lá...” (Entrev. 10).

A restrição alimentar pode ser mais difícil quando a criança e o adolescente estão interagindo com pessoas que não compartilham dessa situação. Ao serem indagados sobre a alimentação dos colegas na escola, relataram que os alimentos consumidos por eles não eram saudáveis e que consumiam muitos doces.

“É meio ruim né, porque só comê doce, só comê coisa que não presta” (Entrev.01).

“(..). Não é saudável... é porque é muito repetido né, de besteira” (Entrev.03).

“Eu acho estranho porque eles levam bis pra comê aquele chocolate pra come na hora do recreio que não sustenta” (Entrev.06).

“Não sei, eu sinceramente acho que é um lixo, principalmente, porque eu tenho que cuidar da minha[alimentação], eu acho um lixo... tipo eles comem pirulito o dia inteiro e pode chegar pra quem você quiser da minha sala e pedir pirulito, chicletes e Halls que eles tem” (Entrev.10)

“Não acho saudável, porque eles comem muito doce, essas coisas” (Entrev.17).

Apesar das dificuldades com as restrições alimentares sofridas pelas crianças

e adolescentes diabéticos, percebeu-se nas suas falas a valorização pela alimentação e que entendiam que hábitos saudáveis traziam benefícios para a saúde.

É importante relevar o fato de que os alimentos servidos dentro de uma escola são aqueles de custo adequado ao benefício oferecido pelo governo e precisam também ser alimentos de alto valor calórico para que as porcentagens das necessidades nutricionais descritas por lei sejam supridas (BELIK e CHAIM, 2009).

A educação em saúde é um fator importante para a aceitação e controle da doença. A escola é o lugar onde a criança e o adolescente podem aprender sobre diabetes. O problema da fome não será resolvido e não é este o principal objetivo, mas a refeição servida na escola deveria servir de exemplo para os estudantes (CUNHA *et al.*, 2010). Educador e educando devem trocar informações e buscar soluções para as maiores dificuldades enfrentadas no dia-a-dia do paciente diabético (FRANCIONI e SILVA, 2001).

A negação em relação ao diagnóstico

Buscou-se identificar a existência ou não da negação que acontece por parte do diabético após a confirmação do diagnóstico e as consequências deste fato que podem prejudicar o tratamento do diabetes.

Segundo DAMIÃO *et al.* (2009), em um estudo com 16 adolescentes com o objetivo de compreender como o adolescente

com diabetes mellitus tipo 1 vivenciava sua experiência de doença e como lidava com esta situação no cotidiano, concluiu que, ao saber da doença, a tendência foi que os jovens escondiam o diagnóstico.

Ao serem indagados sobre o conhecimento por parte dos colegas, professores e diretores, os relatos mostraram uma mescla de sentimentos entre o conforto e a vergonha em relação à doença.

“Eu contei... eu contei daí depois eu mudei de assunto” (Entrev. 11)

“Algumas [amigas] sabem, eu acho... eu mesmo contei... Ah elas, às vezes, elas perguntam assim pra mim “você comê muito doce?” e eu falo “não porque eu tenho diabetes e não posso comer doce” (Entrev. 13)

“Ah a maioria que conversa comigo sabe e os professores todos sabem também e a diretora nesse colégio, eu comecei a estudar esse ano daí fui comunicando aos pouco né” (Entrev. 03)

Ao mesmo tempo que quer se mostrar forte, o paciente diabético se depara com uma nova vida social, repleta de responsabilidades e isso implica em uma adaptação nos hábitos diários, o que pode causar transtornos psicológicos, resultando na negação e na dificuldade da realização do tratamento (ALMINO *et al.*, 2009). A falta de cuidados

com a alimentação pode ser um sinal de negação.

“(..) na verdade é aquela coisa, tipo, eu só como de manhã, mas se não me dá fome durante o dia inteiro eu só vou fazer um lanchinho depois da meia-noite, aí a mãe fica brigando...” (Entrev. 04)

“Mas assim tipo de manhã eu tomo café, quando eu não como em casa eu como lá [na escola] ou eu não como lá, daí eu chego e como muito no almoço” (Entrev. 10).

“Não eu venho em casa e daí eu como a hora que eu chego em casa eu como (às) seis horas” (Entrev 07).

“Não, satisfaz (a fruta) mas acho que não é hábito mesmo assim.. Na verdade eu prefiro fica sem comê, assim não sei” (Entrev. 02)

A importância da adoção de hábitos alimentares saudáveis por indivíduos diabéticos tem sido apontada como medida relevante para o controle da doença e a prevenção das complicações agudas e crônicas (QUEIROZ *et al.*, 2010).

Assim, até que o portador de diabetes aceite sua doença e se conforme com os parâmetros da doença, os profissionais de saúde precisam buscar alternativas para o seguimento do tratamento e autocuidado, considerando os aspectos culturais e individuais de seus clientes.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ao dar voz às crianças e adolescentes foi verificada a dimensão que a doença representa em suas vidas. Em razão das inúmeras demandas relacionadas ao tratamento, como acompanhamento profissional contínuo, insulina, hospitalizações, novos hábitos alimentares, nesse sentido, o trabalho multiprofissional passa a ser fundamental à esses pacientes, uma vez que estes encontravam-se em fase de mudanças biológicas e psicossociais.

A alimentação é base para o tratamento, porém é preciso que o diabético aceite sua doença, amadureça e se adapte às novas necessidades. Para isso, principalmente crianças e adolescentes precisam de suporte emocional, pois assim haverá um equilíbrio entre a dieta, vida social e familiar, que deve convergir para o bom andamento do tratamento.

O nutricionista pode e deve estar presente no tratamento de forma que é um profissional capacitado para elaborar cardápios individualizados, levando em conta a rotina e os parâmetros nutricionais da doença, assim como os dados antropométricos, sem esquecer, dos

sentimentos e percepções de seus pacientes. A educação nutricional é essencial para que o portador de diabetes entenda quais são as conseqüências da falta de auto-cuidado e assim passe a seguir a dieta recomendada.

Considerando que a alimentação ideal da criança e do adolescente diabético corresponde à alimentação saudável de qualquer criança, seria desejável a reestruturação dos cardápios da alimentação escolar. Cabe ao nutricionista responsável escolher alimentos saudáveis, com qualidade nutricional, apropriados para o momento, adequados ao objetivo do PNAE, enfatizando as necessidades nutricionais das crianças e adolescentes, e as doenças crônicas presentes entre eles.

Assim, a promoção de hábitos saudáveis deve ser constante no ambiente escolar, envolvendo crianças e adolescentes, educadores e funcionários, além do acompanhamento de um profissional habilitado para a educação e orientação nutricional.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALMINO, M. A.; QUEIROZ, M. V.; JORGE, M. S. Diabetes mellitus na adolescência: experiências e sentimentos dos adolescentes e das mães com a doença. *Revista da Escola de*

Enfermagem, São Paulo, v.43, n.4, p.760-766, 2009.

BARDIN, L. Análise de conteúdo. 3nd ed. Lisboa: Edições 70, 2004.

- BELIK, W.; CHAIM, N. A. O programa nacional de alimentação escolar e a gestão municipal: eficiência administrativa, controle social e desenvolvimento local. *Revista de Nutrição*, Campinas, v.22, n.5, p.595-607, 2009.
- BRASIL, Ministério da Saúde. *Diabetes Mellitus*. Cadernos de Atenção Básica. Brasília, 2006. 56p.
- BRASIL. Fundo Nacional de Desenvolvimento da Educação. Resolução nº 38 de 16 de Julho de 2009. Dispõe sobre o atendimento da alimentação escolar aos alunos da educação básica no Programa Nacional de Alimentação Escolar PNAE. Seção Alimentação Escolar. 2009.
- CARROLL, A. E.; MARRERO, D. G. The role of significant others in adolescent diabetes - A qualitative study. *The Diabetes Educator*, Indianapolis, v.32, n.2, 2006.
- CUNHA, E.; SOUZA, A. A.; MACHADO, N. M. A alimentação orgânica e as ações educativas na escola: diagnóstico para a educação em saúde e nutrição. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v.15, n.1, p.39-49, 2010.
- DAMIÃO, E. B.; DIAS, V. C.; FABRI, L. R. O adolescente e o diabetes: uma experiência de vida. *Acta Paulista de Enfermagem*, São Paulo, v.22, n.6, p.41-47, 2009.
- DUARTE, R. Pesquisa qualitativa: reflexões sobre o trabalho de campo. *Cadernos de Pesquisa*, São Paulo, n.115, p.139-154, 2002.
- FRANCIONI, F. F.; SILVA D. G. O processo de viver saudável de pessoas com *diabetes mellitus* através de um grupo de convivência. *Texto & Contexto Enfermagem*, v.16, n.1, p.105-111, 2001.
- GODOY, A. S. Introdução à pesquisa qualitativa e suas possibilidades. *Revista de Administração de Empresas*, São Paulo, v. 35, n.3, p.20-29, 1995.
- GÓES, A. P. P.; VIEIRA, M. R. R.; LIBERATORE JÚNIOR, R. D. R. Diabetes mellitus tipo 1 no contexto familiar e social. *Revista Paulista de Pediatria*, v.25, n.2, p.124-128, 2007.
- HAGUETTE, T. M. *Metodologias qualitativas na sociologia*. Petrópolis: Vozes, 1999.
- JOMORI, M. M.; PROENÇA, R. P.; CALVO, M. C. Determinantes de escolha alimentar. *Revista de Nutrição*, Campinas, v.21, n.1, p.63-73, 2008.
- JOSE, L. P. *et al.* Clinical and Laboratory profile os pediatric and adolescent patients with type 1 diabetes. *Jornal de Pediatria*, São José do Rio Preto, v.85, n.6, 2009.
- LIBERATORE JUNIOR, R. *et al.* Prevalência de obesidade em crianças e adolescentes com diabetes melito tipo 1. *Revista Paulista de Pediatria*, v.26, n.2, p.142-145, 2008.
- LOOTEMBERG, A. M. P. Características da dieta nas diferentes fases da evolução do diabetes melito tipo 1. *Arquivos Brasileiros de Endocrinologia & Metabologia*, São Paulo, v.52, n.2, p.250-259, 2008.
- MARCELINO, D. B.; CARVALHO, M. D. Reflexões sobre o diabetes tipo 1 e sua relação com o emocional. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, Porto Alegre, v.18, n.1, p.72-77, 2005.
- MINAYO, M. C. *Pesquisa Social: Teoria, Método e Criatividade*. 23.ed. Petrópolis: Vozes, 2004.
- MOREIRA, P. L.; DUPAS, P. G. Vivendo com o diabetes: a experiência contada pela criança. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, São Paulo, v. 14, n.1, p.25-32, 2006.
- PILGER, C. ABREU, I. S. Diabetes Mellitus na infância: repercussões no cotidiano da criança e de sua família. *Cogitare Enfermagem*, v.12, n.4, p.494-501, 2007.

POULAIN, J.; PROENÇA, R. P. Reflexões metodológicas para o estudo das práticas alimentares. *Revista de Nutrição*, Campinas, v.16, n.4, p.365-386, 2003.

POULAIN, J. P. SAINT-SEVIN, B. *La restauration hospitalière: des attentes alimentaires du malade hospitalisé à la conception du système de restauration*. Paris: Editions Cristal, 1990. 109p.

QUEIROZ, K. C.; SILVA, I. N.; ALFENAS, R. C. Associação entre fatores nutricionais e o controle glicêmico de crianças e adolescentes com diabetes melito tipo 1. *Arquivos Brasileiros de Endocrinologia & Metabologia*, São Paulo, v.54, n.3, 2010.

QUIVY, R.; CAMPENHOUDT, L. *Manual de investigação em ciências sociais*. Lisboa: Gradiva, 2003.

SICHERI, R. *et al.* Recomendações de alimentação e nutrição saudável para a população brasileira. *Arquivos Brasileiros de Endocrinologia & Metabologia*, São Paulo, v.44, n.3, p.227-232, 2000.

SILVA, A. R. *et al.* Hábitos alimentares de adolescentes de escolas públicas de Fortaleza, CE, Brasil. *Revista Brasileira de Enfermagem*, Fortaleza, v.62, n.1, p.18-24, 2008.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES. Atualização Brasileira sobre Diabetes. 2006. <http://www.diabetes.org.br/>

SOUSA, A. A. *O trabalho do nutricionista e a gestão dos cuidados nutricionais: um estudo antropológico em unidades de alimentação e nutrição*. 2001. 275 f. Tese (Pós-Graduação em Engenharia de Produção) - Universidade Federal de Santa Catarina, 2001. 1 CD-ROM.

SOUSA, A. A.; PROENÇA, R. P. La gestion des soins nutritionnels dans le secteur hospitalier: une etude comparative Bresil-France. *Recherche en Soins Infirmiers*, n.83, p.28-33, 2005.

VIEIRA, M. A.; LIMA, R. A. G. Crianças e adolescentes com doença crônica: convivendo com mudanças. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, v.10, n.4, p.552-560, 2002.

VIKLUND, G.; WIKBLAD, K. Teenagers' perceptions of factors affecting decision-making competence in the management of type 1 diabetes. *Journal of Clinical Nursing*, v.18, p.3262-3270, 2008.

WEIS, B.; CHAIM, N. A.; BELIK, W. Manual de gestão eficiente da merenda escolar. São Paulo, 2007. 71p.

ZANETTI, M. L.; MENDES, I. A.; Análise das dificuldades relacionadas às atividades diárias de crianças e adolescente com diabetes mellitus tipo 1: depoimento de mães. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, Ribeirão Preto, v.9, n.6, 2001.