

# OMNIA SAÚDE

Faculdades Adamantinenses Integradas (FAI)  
[www.fai.com.br](http://www.fai.com.br)

ROMANO, Leusia Flávia Pires; SANTOS, Ana Vitória Salimon Carlos.  
Intervenção psicológica junto a portadores de diabetes mellitus em um  
Centro de Saúde-Escola. *Omnia Saúde*, v.5, supl., p.45-65, 2008.

## **INTERVENÇÃO PSICOLÓGICA JUNTO A PORTADORES DE DIABETES MELLITUS EM UM “CENTRO DE SAÚDE - ESCOLA”**

### **PSYCHOLOGICAL INTERVENTION IN PATIENTS WITH DIABETES MELLITUS SEEN AT A PRIMARY HEALTH CARE CENTER**

**Leusia Flávia Pires Romano**

Especialista em Psicologia da Saúde (FAI)

**Ana Vitória Salimon Carlos dos Santos**

Mestre em Psicologia (FCL/UNESP)

#### **RESUMO**

O estudo objetivou verificar a possibilidade de implantação de um serviço de psicologia para pacientes diabéticos tipo 2 em uma Unidade Básica de Saúde – Centro Saúde Escola (UBS/CSE). Contou com a participação de 30 sujeitos que atenderam a critérios de inclusão. Os dados coletados foram através de uma entrevista e analisados de forma qualitativa e quantitativa. A média de idade foi de 53,73 anos. Destes sujeitos 72% eram do sexo feminino e 27% do sexo masculino. Pode-se verificar que a necessidade de atendimento psicológico foi indicada por 80% destes enquanto 20% não indicaram esta necessidade. Orientações, triagens e encaminhamentos foram efetuados. É necessária a atuação de uma equipe multidisciplinar em atenção a estes pacientes. Sugere-se a inclusão do profissional psicólogo nesta equipe para um melhor e mais amplo atendimento a todos os pacientes que desfrutem desse serviço, através da implantação do serviço de psicologia no local estudado.

**Palavras-chaves:** Intervenção Psicológica; Diabetes Mellitus; Unidade Básica de Saúde; Psicologia da Saúde

#### **ABSTRACT**

The aim of this study was to evaluate the need for implementing a psychological care attention for diabetes mellitus patients seen at a Primary Health Care Center (UBS/CSE) .Were included 30 patients who met the study inclusion criteria. Qualitative and quantitative data were achieved by means of one-to-one interview. The average age was 53.7 years. Female were 72% and male 27% of the subjects included. Necessity for psychological support was point out by 80% of patients while 20% believe this type of care is not needed. Interviewed patients were oriented and referred to subspecialty consultants. A multidisciplinary approach for treatment of diabetes patients is strongly warranted. Is recommended the inclusion of psychology specialists in a

multidisciplinary team to provide a better and integrated treatment for the patients followed in the studied setting.

**Key words:** Psychological Intervention, Diabetes Mellitus, Primary Health Care, Health Psychology

## INTRODUÇÃO

As doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) vem se tornando globalmente um importante foco de ação das organizações de saúde, sendo compreendidas como relevante questão de Saúde Pública. O Ministério da Saúde do Brasil informa, segundo estimativas da Organização Mundial de Saúde (OMS), que as mesmas já são responsáveis por 58,5% das mortes e por 45% da carga de doença em todo o mundo.

Dentre as DCNT, destaca-se o Diabetes Mellitus tipo 2 (DM tipo 2), cuja ocorrência está intimamente relacionada aos hábitos contemporâneos, especialmente associados a alimentação e as atividades físicas, com ocorrências significativas na atualidade e com estimativas de aumento no futuro (MORAES et al, 2010).

Para Alves et al. (2007), mudanças na susceptibilidade genética para a doença não são os únicos fatores responsáveis pelo aumento da prevalência, sendo incriminados, principalmente, os fatores ambientais. Prado, Valle e Ramos (2001) apontam, por outro lado, que mais de 75% das pessoas com Diabetes Mellitus tipo 2 morrem por complicações macrovasculares e, que sua esperança de vida pode ser encurtada em até 15 anos. Estes autores também referem que as melhores evidências para a prevenção do diabetes mellitus constituem-se de intervenções sobre o estilo de vida (prática de atividade física e mudanças no padrão dietético) tendo, como alvo, populações em maior risco.

## Doenças Crônicas

As doenças crônicas físicas são consideradas mundialmente como grave problema de saúde pública e constituem em uma das principais causas de morte no mundo. No Brasil as doenças crônicas acometem quase 30% dos brasileiros, cerca de 52,6 milhões de pessoas e segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), em 2020, elas poderão responder por 73% dos óbitos e 60% da carga de doenças no planeta (MOURA, 2007).

O aumento da expectativa de vida e o conseqüente envelhecimento da população podem ser considerados uma das causas para o crescente número de doenças crônicas no Brasil. Paralelos ao desenvolvimento científico e tecnológico, que vem aumentando a sobrevida das pessoas, encontram-se relacionadas ao aparecimento dessas doenças as condições de vida, o trabalho, a industrialização e o consumo alimentar da população (MARTINS, FRANÇA & KIMURA, 1996).

Entre outros fatores envolvidos em sua etiologia estão os componentes hereditários, ambientais, socioeconômicos e comportamentais. Estes ainda associam o aparecimento de doenças crônicas como o diabetes mellitus, doenças dermatológicas e câncer a questões psicológicas e ao estresse. Os conceitos para doença crônica geralmente apontam como principais características o curso prolongado e permanente da enfermidade, fatores de risco complexos como interação de fatores

etiológicos e biológicos, conhecidos e desconhecidos, manifestações clínicas com períodos de remissão e exacerbação e evolução para graus variados de incapacidade e morte (LESSA, 1998). Além disso, a doença crônica é considerada aquela que "requer um constante acompanhamento médico e tratamento de controle" (MOREIRA & DUPAS, 2006, p. 26).

Uma definição considerada tradicional é a da Comissão de Doenças Crônicas de Cambridge, proposta em 1957, na qual se incluíam todos os desvios do normal que tinham uma ou mais das seguintes características: permanência, presença de incapacidade residual, mudança patológica não reversível no sistema corporal, necessidade de treinamento especial do paciente para a reabilitação e previsão de um longo período de supervisão, observação e cuidados (MARTINS, FRANÇA & KIMURA, 1996).

O diabetes mellitus, a hipertensão arterial, os reumatismos, algumas doenças respiratórias, as cardiopatias, o lúpus eritematoso sistêmico, a doença de Crohn, a doença renal crônica, são alguns exemplos de doenças crônicas físicas não transmissíveis.

### **Aspectos psicológicos do portador de doença crônica**

Quando um paciente recebe o diagnóstico de doença crônica desperta sentimentos variados tanto para a própria pessoa como para seus familiares. Viver com essa condição de saúde pode ser muito assustador, pois a cronicidade de uma doença afeta a vida como um todo, alterando projetos de vida e o cotidiano das pessoas.

Essas doenças podem levar a situações graves e até a morte, por isso exigem rotina controlada e vigilância constante sobre sinais e sintomas (TRENTINI, SILVA, VALLE & HAMMERSCHMIDT, 2005).

A este respeito, Vieira e Lima (2002) citam em seu estudo com crianças e adolescentes que as condições crônicas de saúde desencadeiam uma série de respostas emocionais, como raiva, culpa, medo, angústia, e uma série de dúvidas a respeito de si mesmo e da própria doença.

Em pesquisa realizada sobre a qualidade de vida de pessoas com doença crônica, Martins, França e Kimura (1996) observaram a interferência dessas enfermidades na auto-estima das pessoas em 53,5% dos entrevistados. Os sujeitos mencionaram alterações no estado emocional caracterizadas por tristeza, desânimo, falta de vontade, desmotivação, nervosismo, aborrecimento, perda de prazer, insegurança, sensação de inutilidade e insatisfação com a auto-imagem.

No mesmo estudo, os autores apontam que toda essa problemática vivenciada pela pessoa com doença crônica pode levar ao isolamento social, a um aumento da depressão e à diminuição das expectativas de melhora, que contribuiriam para um sentimento de desesperança e solidão.

Considerando todas as dificuldades decorrentes da enfermidade crônica, sejam elas físicas ou emocionais, torna-se evidente o apoio que essas pessoas necessitam pra controlar e conviver com a doença. Neste sentido, Trentini et al (2005) descrevem que o apoio a estes doentes deve ir além das intervenções tradicionais oferecidas pelos serviços de saúde. O modelo de saúde para as condições crônicas deve compreender uma estrutura que inclui uma parceria harmoniosa entre os pacientes e familiares, equipes de assistência à saúde e instituições de apoio à comunidade.

## Diabetes mellitus

O primeiro caso de diabetes foi constatado no Egito em 1500 a.C., como uma doença desconhecida. A denominação diabetes foi usada pela primeira vez por Apolonio e Memphis em 250 a.C. Diabetes em grego quer dizer sifão (tubo para aspirar à água), este nome foi dado devido à sintomatologia da doença que provoca sede intensa e grande quantidade de urina. O diabetes só adquire a terminologia mellitus no século I d.C.; Mellitus, em latim, significa mel, logo a patologia passa a ser chamada de urina doce (GAMA, 2002).

Em 1985 estimava-se que existissem 30 milhões de adultos com DM no mundo; esse número cresceu para 134 milhões em 1995 e 172 milhões em 2002 e estima-se que em 2030 a população portadora de DM será de 300 milhões de pessoas. Sabe-se também que dois terços da população diabética do mundo encontra-se nos países em desenvolvimento onde a epidemia tem maior intensidade com crescente proporção de pessoas afetadas em grupos etários mais jovens (SDB, 2006).

Estima-se que parte dos portadores de diabetes desconhece o diagnóstico. Do total de portadores, 90% são do tipo 2 ou não-dependentes de insulina, 8 a 9% são do tipo 1 ou dependentes de insulina, de origem auto-imune, e 1 a 2% secundário ou associado a outras síndromes (PRADO, VALLE & RAMOS, 2001). O paciente diagnosticado com diabetes é tipicamente confrontado com a necessidade de alterar aspectos importantes de sua rotina cotidiana. Deste modo, é importante que o médico descreva as alterações necessárias de forma que sejam não apenas compreendidas, mas também seguidas.

De acordo com Pedroza (2000), é fundamental que o paciente saiba que pode ter uma vida normal. O diabetes é uma síndrome resultante de uma interação de fatores hereditários e ambientais, caracterizado pelo aumento de glicose no sangue devido à ausência ou deficiência de insulina. É uma doença crônica, silenciosa, degenerativa e progressiva, muitas vezes é descoberta por acaso, em um exame de sangue ou de urina, sem que o paciente tenha qualquer sintoma da doença. No entanto, três sintomas clássicos caracterizam o diabetes: polifagia (apetite exagerado), polidipsia (sede excessiva), poliúria (eliminação de grande quantidade de urina) e quando o indivíduo apresenta-se com o nível de glicose descontrolado observa-se também a perda de peso.

Qualquer pessoa pode apresentar diabetes, porém com maior propensão à doença estão as pessoas com histórico familiar de diabetes, acima de quarenta anos, obesos e sedentários. Ressaltam-se ainda os casos de mulheres que manifestam o diabetes apenas durante um período de gestação, as quais apresentam maior probabilidade de se tornarem diabéticas quando mais velhas (OLIVEIRA, 2002).

De acordo com Pedroza (2000), é importante considerar que situações como separação conjugal, a morte de um parente próximo ou até mesmo uma mudança de casa podem constituir-se em um mecanismo ambiental de deflagração do diabetes quando a pessoa possui predisposição. Afirma ainda que, é comum ao paciente que descobre que tem uma doença crônica, como o diabetes, apresente sentimentos como medo, insegurança e tristeza. Em casos de não aceitação do diabetes observa-se um comportamento de simples indiferença a uma desvalorização de si mesmo.

O diabetes tipo 1 é mais comum em crianças e adolescentes, caracterizados como insulino-dependentes, ou seja, as células do pâncreas, que normalmente produzem insulina, são destruídas e o paciente necessita fazer uso de insulina.

O diabetes tipo 2 instala-se no adulto, sendo caracterizado como insulino-não dependente. O controle é feito através de exercícios, dietas e, em alguns casos, com o uso de medicação via oral. Todos os diabéticos tipo 2 produzem insulina quando diagnosticados e a maioria continuará produzindo insulina pelo resto de suas vidas, porém a minoria necessita ao longo da vida iniciar o uso de insulina injetável. O motivo que faz com que os níveis de glicose no sangue permaneçam altos está na incapacidade das células musculares usarem toda a insulina secretada pelo pâncreas. Pouca glicose presente no sangue é aproveitada por essas células. De qualquer forma, mesmo o fato de um paciente com diabetes do tipo 2 ter que usar insulina no tratamento não o transforma em paciente com diabetes tipo 1 (PEDROZA, 2000).

É importante considerar que as mulheres com diabetes podem ter uma gestação normal e dar a luz a crianças saudáveis, desde que ocorra o controle do nível glicêmico durante a gestação. Quanto mais o metabolismo da mãe diabética desviar-se do normal durante a gestação, maior será o risco para o desenvolvimento do bebê. Enquanto um adulto pode alterar níveis periodicamente altos de açúcar no sangue, esses níveis podem representar uma séria ameaça ao desenvolvimento do bebê. Um bom controle, portanto, é essencial mesmo antes da concepção e recomenda-se planejar a gravidez (PEDROZA, 2000).

O DM, embora com menor prevalência se comparado a outras morbidades, é uma doença altamente limitante, podendo causar cegueira, amputações, nefropatias, complicações cardiovasculares e encefálicas, entre outras, que acarretam prejuízos à capacidade funcional, autonomia e qualidade de vida do indivíduo. Também é uma das principais causas de mortes prematuras, em virtude do aumento do risco para o desenvolvimento de doenças cardiovasculares, as quais contribuem para 50% a 80% das mortes dos diabéticos. Esses dados ilustram o impacto do alto custo social e financeiro do DM ao sistema de saúde, à família e à pessoa portadora da doença (BARROS et al, 2006).

Assim, pode existir a redução da qualidade e da expectativa de vida do paciente DM e o cuidado com o mesmo merece atenção na área de saúde.

### **Aspectos psicológicos, diabetes mellitus e serviços de atenção psicológica**

Diabetes mellitus é considerada por alguns autores uma doença associada a aspectos psicológicos (DEBRAY, 1995). Pode ser vista como doença psicossomática influenciada por fatores emocionais em sua etiologia (MARCELINO, 2005).

Estupiñán et al. (1994) apontam que é necessário considerar a influência dos fatores psicossociais na evolução do diabetes, tanto na abordagem individual como na grupal.

O diabetes mellitus (DM) é uma doença crônica com incidência maior em indivíduos emocionalmente comprometidos do que na população geral. Os problemas mais encontrados no diagnóstico consistem principalmente de dificuldades de controle, revolta, tristeza, raiva, medo e preocupação entre outros.

O paciente diabético sofre comprometimento na sua qualidade de vida que inclui limitações funcionais, estresse social, financeiro, dificuldades emocionais e até depressão maior.

No que diz respeito à depressão, conforme Marcelino (2005), vários estudos já documentaram a prevalência aumentada de transtornos psiquiátricos, especialmente transtornos afetivos e ansiosos, em adultos com diabetes. Existe evidência de que a depressão é mais comum em pacientes diabéticos do que na população em geral, sendo que pelo menos 15% dos pacientes apresentam depressão clinicamente diagnosticável (AZEVEDO, PAPELBAUM & D'ELIA, 2002).

A presença de depressão no paciente com diabetes mellitus parece relacionar-se a alterações no curso da doença. Além disso, existem dois fatores que se correlacionam com a depressão nesse paciente: a aceitação da doença e a capacidade do paciente em lidar com as alterações que a doença impõe sobre alguns aspectos da vida cotidiana.

A dificuldade em adaptar-se a ela pode estar associada a um aumento dos sintomas depressivos, prejudicando o funcionamento diário destes indivíduos (MOREIRA et al, 2003). Mais especificamente, sintomas depressivos poderiam prejudicar a adesão ao tratamento, piorar o controle metabólico e aumentar o risco de complicações do diabetes mellitus, porém é difícil estabelecer uma relação causal entre sintomas depressivos, o controle glicêmico e as complicações do diabetes mellitus. O que parece existir é uma relação cíclica, na qual o agravamento de um tem efeito direto e também indireto sobre o outro (MOREIRA et al, 2003).

O estado de ânimo de uma pessoa que sofre uma doença crônica, considerada limitante, é um fator facilitador para a depressão, podendo se agravar na proporção das complicações típicas do diabetes mellitus, como o comprometimento visual, renal e circulatório. Estupiñan et al (1994) verificaram a associação entre depressão e uma variedade de complicações: retinopatia diabética, nefropatia, neuropatia, macrovascular e disfunção sexual; constataram os autores, portanto, a associação significativa e consistente entre complicações do diabetes e sintomas depressivos.

Alguns sintomas da doença, como fadiga, diminuição da libido, alteração do sono e peso podem se confundir com sintomas depressivos. Por isso, faz-se necessária a realização de avaliações diagnósticas adequadas (MOREIRA et al, 2003). A incorporação de pesquisas em diversas áreas da saúde reforça a importância de uma avaliação multidisciplinar do paciente com diabetes mellitus. Alguns dados científicos também apontam para a frequência elevada de transtornos alimentares e morbidade psiquiátrica nessa população.

Relatam ainda que em estudo com pessoas portadoras de diabetes mellitus tipo 2, obesas e não obesas, foi observada a prevalência geral de 20% de transtornos alimentares, apontando que a ocorrência destes é aumentada em relação às taxas observadas na população geral.

Quanto à personalidade da pessoa com diabetes mellitus, Debray (1995) afirma que a literatura aponta controvérsias quanto à existência de características peculiares, afirmando que a classificação da doença é incapaz de explicar a variedade do funcionamento geral dos doentes por ela atingidos, não podendo enquadrá-los em uma categoria de personalidade. O autor refere que a carga representada pela doença diabetes mellitus será diferentemente suportada de acordo com o lugar por ela ocupado na economia psíquica da pessoa.

Quanto mais sadio for o funcionamento mental do indivíduo mais facilmente a doença se evidenciará circunscrita e assumida e inversamente, se o funcionamento mental estiver alterado

mais dificilmente a doença poderá ser tratada, mais ela se tornará invasiva e impossível de ser assumida, ficando assim dificultada a adesão ao tratamento (TRENTINI, SILVA, VALLE & HAMMERSCHIMIDT, 2005).

Entretanto Chiozza (1997) aponta que os pacientes portadores de diabetes mellitus possuem algo somático em comum, assim como do ponto de vista psicológico, independente da singularidade própria de cada um deles. Existe, no inconsciente, uma matriz comum, a partir da qual se configura, por um lado a forma material que se conhece como diabetes mellitus, e por outro lado, uma fantasia insulino pancreática, cujo significado corresponde ao distúrbio diabético (CHIOZZA, 1997).

Outro tema de interesse dos autores que trabalham com pessoas portadoras de diabetes mellitus parece estar relacionado à interferência dos estados emocionais nos índices glicêmicos. Alguns autores (MAIA E ARAÚJO, 2004; MARCELINO & CARVALHO, 2005; DEBRAY, 1995) chegam a afirmar que o perfil psicológico e o estado emocional do paciente com diabetes mellitus podem alterar o nível de glicose no sangue, dificultando o controle da glicemia.

Coelli (2002) em estudo sobre o controle da glicose no sangue observou que emoções negativas estavam relacionadas a um pobre controle glicêmico. Além disso, foram observados também sentimentos de tristeza, de melancolia e inferioridade. Em alguns diabéticos o nível glicêmico chega a se descompensar depois de um período de longas tensões e esforços (COELLI et al, 2002).

Alguns estudos sugerem que pessoas com diabetes mellitus teriam maior dificuldade ou até incapacidade de nomear seus estados afetivos ou descreverem sua vida emocional (PAGLIOSA, 1999), característica da Alexitimia. A Alexitimia manifesta-se num grande número de pessoas que sofrem afecções somáticas, perturbações físicas e psicopatológicas; quer como fator permanente do funcionamento mental, quer como reação do sujeito perante situações vividas como ameaçadoras, pela difícil contenção psíquica das emoções dolorosas (TEIXEIRA, BARROS, LOBO E TRINDADE, 1996).

De acordo com Brandão (1999, p.3) pode-se afirmar “que o estado de saúde corresponderia ao de normoglicemia, que é o alcançado com o seguimento das instruções recebidas dos profissionais de saúde envolvidos no tratamento do Diabetes Mellitus”.

Segundo Ferraz et al. (2000), o atendimento multiprofissional em diabetes mellitus requer a abordagem psicológica, uma vez que a integridade biopsicossocial do paciente é condição decisiva para favorecer os cuidados com a doença, de modo a assegurar uma melhor qualidade de vida e bem estar psicológico.

Para Brandão (1999),

“ao enfatizarmos a "pessoa" doente estamos considerando também, além do contexto em que ela interage, suas habilidades individuais, seus conhecimentos aprendidos sobre a doença da qual está acometida ou não, que possam dificultar ou facilitar a adesão ao tratamento. Desse modo, observa-se que o comportamento da pessoa doente tem um papel muito importante no agravamento ou melhoria dos estados de saúde, pois o modo como o paciente age, quando da exposição às contingências diárias, é decisivo para o seu tratamento” (BRANDÃO, 1999 p. 2).



A preocupação básica do serviço de psicologia é buscar o aprimoramento da qualidade de vida dos pacientes. Compete ao psicólogo possibilitar ao paciente, interagir com objetos internos e externos, atuando com um facilitador das dificuldades e das necessidades psicológicas e emocionais do paciente (FERRAZ, 2000).

Com relação aos aspectos emocionais, a orientação às pessoas com diabetes mellitus deve ser realizada pelo profissional psicólogo com o intuito de objetivar um diagnóstico e assistir o paciente, de modo a lhe oferecer um espaço para lidar com as dificuldades emocionais, frente ao diabetes. A assistência à saúde tem sido enfocada, cada vez mais, como multiprofissional, porém Scarinci et al. (1988), destacam que, no caso específico do diabetes mellitus, a abordagem psicológica se faz necessária, porque a integridade biopsicossocial do paciente é condição decisiva para favorecer os cuidados com a doença, resultando em melhor qualidade de vida para ele.

A abordagem educativa, com enfoque apenas nos processos cognitivos, não é suficiente para atingir a totalidade dos problemas, pois é preciso abordar, também, os fatores emocionais e sua influência na adesão ao tratamento do diabético. Daí a necessidade da assistência psicológica a esse paciente como podemos observar na experiência de Kaplan (1997).

“o diabetes mellitus é um transtorno do metabolismo e do sistema vascular, manifestado por uma perturbação da manutenção da glicose, lipídios e proteínas pelo corpo. (...) Sua etiologia: a hereditariedade e a história familiar são extremamente importantes, no aparecimento do diabetes. Um início agudo está, freqüentemente, associado com o estresse emocional, que perturba o equilíbrio homeostático num paciente predisposto. Os fatores psicológicos aparentemente significativos são aqueles que provocam sentimentos de frustração, solidão e rejeição. Os pacientes diabéticos, em geral, devem manter algum tipo de controle dietético, do seu diabetes. Assim quando sentem-se deprimidos e rejeitados, freqüentemente exageram no comer ou no beber, de forma autodestrutiva, fazendo com que a doença fique fora de controle. Além disto, termos tais como oral, dependente, busca de atenção materna e passividade excessiva tem sido aplicado ao paciente diabético” (p. 715)

Considerando a relação existente entre a doença crônica não transmissível diabetes mellitus 2 e condições de vida, bem como os aspectos psicológicos envolvidos e a necessidade de intervenções para restabelecimento de condições de saúde, entendeu-se por relevante compreender mais estas relações e o presente trabalho relata uma experiência de implantação de um serviço de Psicologia, enquanto pesquisa-ação, em um serviço público de saúde no Estado do Paraná.

## **OBJETIVO**

O presente trabalho teve por objetivo analisar as possibilidades de implantação de um serviço de psicologia a pacientes diabéticos tipo 2 em uma Unidade Básica de Saúde/ Centro Saúde Escola - UBS/CSE.

## **METODOLOGIA**

A pesquisa- ação foi realizada na Unidade Básica de Saúde/Centro Saúde Escola - UBS/CSE da Universidade Paranaense – UNIPAR - campus Umuarama, no período de agosto a dezembro de

2010, atrelada a uma prática de estágio do curso de especialização em Psicologia da Saúde das Faculdades Adamantinenses Integradas.

A Unidade Básica de Saúde (UBS) é uma instituição aonde a população pode receber atendimentos básicos e gratuitos em diversas áreas de saúde. Os principais serviços oferecidos pelas UBS são consultas médicas, inalacões, injeções, curativos, vacinas, coleta de exames laboratoriais, tratamento odontológico, encaminhamentos para especialidades e fornecimento de medicação básica.

O Centro Saúde Escola é uma unidade docente-assistencial, onde os alunos de graduação de diversas áreas da saúde com supervisão docente podem exercer práticas de atenção primária a saúde, através de suas atividades de formação e pesquisa de serviços.

A UBS/CSE da UNIPAR é uma Unidade Básica de Saúde do município de Umuarama/PR, que firmou convênio com a Universidade Paranaense - UNIPAR, fazendo a junção com o Centro Saúde Escola, para que seus alunos pudessem atuar em práticas durante sua formação acadêmica, trazendo benefícios a toda população assistida.

O presente estudo foi realizado através de pesquisa-ação, onde o papel da estagiária/pesquisadora, enquanto também, psicóloga da Clínica-Escola da UNIPAR, era verificar a viabilidade de implantação de um serviço de psicologia a pacientes diabéticos tipo 2 em uma Unidade Básica de Saúde – Centro Saúde Escola (UBS/CSE) que encontrava-se em fase de instalação, tendo sido a parceria entre Clínica-Escola e Centro de Saúde municipal recentemente firmada.

A proposição inicial era que, enquanto psicóloga da Clínica-Escola da UNIPAR, houvesse a inserção num projeto multi-profissional, denominado “Educação para o Diabetes Mellitus”, constituído por professores e alunos das áreas de Farmácia, Biomedicina, Nutrição e Odontologia, no qual o objetivo era promover informações aos pacientes sobre os aspectos da doença, favorecendo a qualidade de vida dos mesmos.

Ao final do projeto, seria avaliada a viabilidade de implantação do serviço de Psicologia e se poderia ocorrer a implementação através da inserção de estagiários de Psicologia.

Neste projeto ocorriam reuniões mensais com um grupo determinado de pacientes previamente selecionados, sendo que em cada reunião uma área profissional realizava orientações pertinentes a mesma.

A proposta de realização do projeto era de um ano, sendo que a estagiária/pesquisadora/psicóloga, doravante somente designada por pesquisadora, participou no mesmo por seis meses, interrompendo a participação por motivos alheios ao projeto, sem prejuízo ao objetivo da proposição inicial.

Neste período houve a participação da pesquisadora em quatro reuniões de equipe, nas quais foram discutidos os detalhamentos do projeto, e houve a participação em uma reunião com o grupo de pacientes portadores de DM, tipo 2, num total de 21 pessoas, quando foi ministrada a palestra: A influência emocional no paciente diabético.

Nesta palestra foram abordados os seguintes aspectos: Mente - corpo, comportamento – emoção; as emoções como gatilho: estresse, síndrome do pânico, medo e angústia; o que fazer para tentar entender e administrar esse processo.

Nos primeiros 45 dias de participação no projeto, diante de dificuldades de comunicação com a equipe, não conseguindo acesso aos pacientes, e objetivando melhor conhecer a população alvo da ação e as possibilidades de intervenção em Psicologia, com autorização da coordenação da UBS e auxílio da enfermeira-chefe do setor, propôs-se uma mudança de estratégia, ampliando a atuação da Psicologia para intervenções em plantão psicológico.

Após conhecer o funcionamento do setor, da rotina de consultas e agendamentos, implantou-se o plantão psicológico, quando a pesquisadora permanecia disponível para atendimentos breves durante o horário das consultas médicas e nutricionais.

Os pacientes eram convidados para atendimento pela enfermeira e os que aceitavam eram encaminhados à sala de atendimento cedida na UBS/CSE.

Na ocasião do pronto-atendimento, solicitava-se também autorização de utilização dos dados para análise científica, através de Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Os critérios de inclusão para participar da intervenção em pesquisa-ação compreenderam: ser diabético tipo 2, cliente da UBS/CSE com cadastro devidamente completo e preenchido, saber ler, assinar e compreender o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Os critérios de exclusão compreenderam: ser menor de 18 anos e ser diabético tipo 1.

Os pacientes foram avaliados através de entrevista clínica e foi realizada a aplicação de um questionário composto de questões objetivas e subjetivas, elaborado especificamente para este trabalho, o qual abordava: dados de identificação, como idade, gênero, escolaridade, profissão; se há outros portadores na família, tempo de conhecimento da diabetes, reações quando do descobrimento, alterações no estilo de vida, rede de apoio; forma de controle glicêmico, avaliação do impacto da doença na própria vida, aspectos psicológicos e percepção de necessidade de acompanhamento psicológico pelo próprio paciente.

A partir da entrevista realizada a pesquisadora avaliava as intervenções cabíveis, as quais variavam desde acolhimento, orientações pontuais, até encaminhamento para psicoterapia de apoio no Centro de Psicologia Aplicada da UNIPAR – Campus Sede.

Desta forma, os pacientes eram ouvidos, triados, recebiam orientações e eram encaminhados para atendimento psicológico quando necessário.

Os dados coletados foram analisados de forma qualitativa e quantitativa.

Em relação aos dados qualitativos, foram analisadas as respostas dadas pelos participantes com enfoque psicológico, evidenciando e confrontando com dados encontrados na literatura utilizada.

Os dados quantitativos foram dispostos em planilha para contagem e tabulação. Os dados obtidos por meio do questionário foram tabulados no programa Microsoft Excel®, com auxílio de um estatístico.

## RESULTADOS E DISCUSSÕES

### Participação no Projeto “Educação para o Diabetes”

O contato direto com os pacientes participantes do Projeto “Educação para o Diabetes” se deu somente uma vez, quando foi ministrada pela pesquisadora a palestra: A influência emocional no paciente portador de Diabetes.

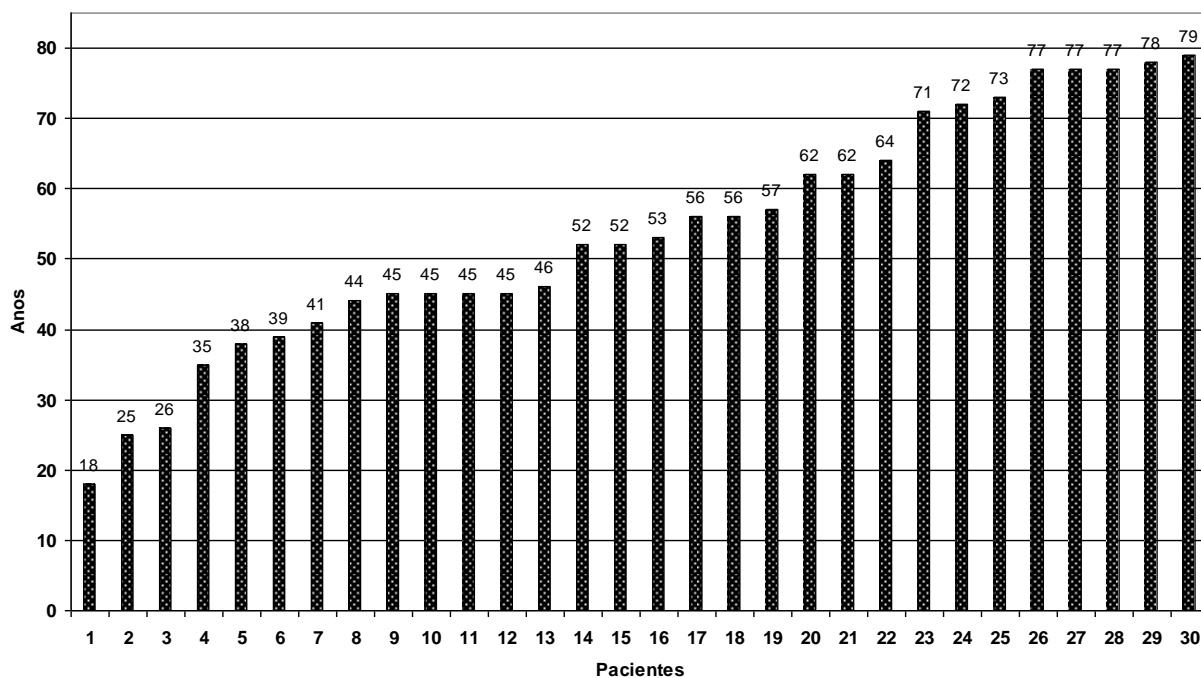
Na ocasião, observou-se que, de modo geral, os 21 participantes ficaram atentos e apresentaram dúvidas que puderam ser sanadas. Devido ao tempo, e a unicidade do encontro, conforme programação multi-profissional, não houve espaço para angústias pessoais, sendo percebida a existência das mesmas pelo fato de ter sido abordada ao final da palestra por participantes que não puderam expor suas questões no grupo.

Apesar do conteúdo psicológico que pode ser apresentado, essa experiência não possibilitou contato mais próximo com os pacientes, sendo uma palestra informativa, não tendo eficácia para identificar e intervir em questões psíquicas.

### Atendimento em Plantão Psicológico

No período de agosto a dezembro de 2010, foram atendidos pela pesquisadora na UBS/CSE, em pronto-atendimento, 30 pacientes portadores de Diabetes Mellitus tipo 2, sendo 73% do gênero feminino e 27% do gênero masculino.

Quanto a idade, apesar dos pacientes terem sido convidados aleatoriamente e de somente serem atendidos caso aceitassem, houve uma distribuição ao longo do ciclo vital, conforme pode ser observado na figura 1.



**Figura 1 – Gráfico da distribuição da faixa etária da população estudada na Unidade Básica de Saúde Centro Saúde Escola.**

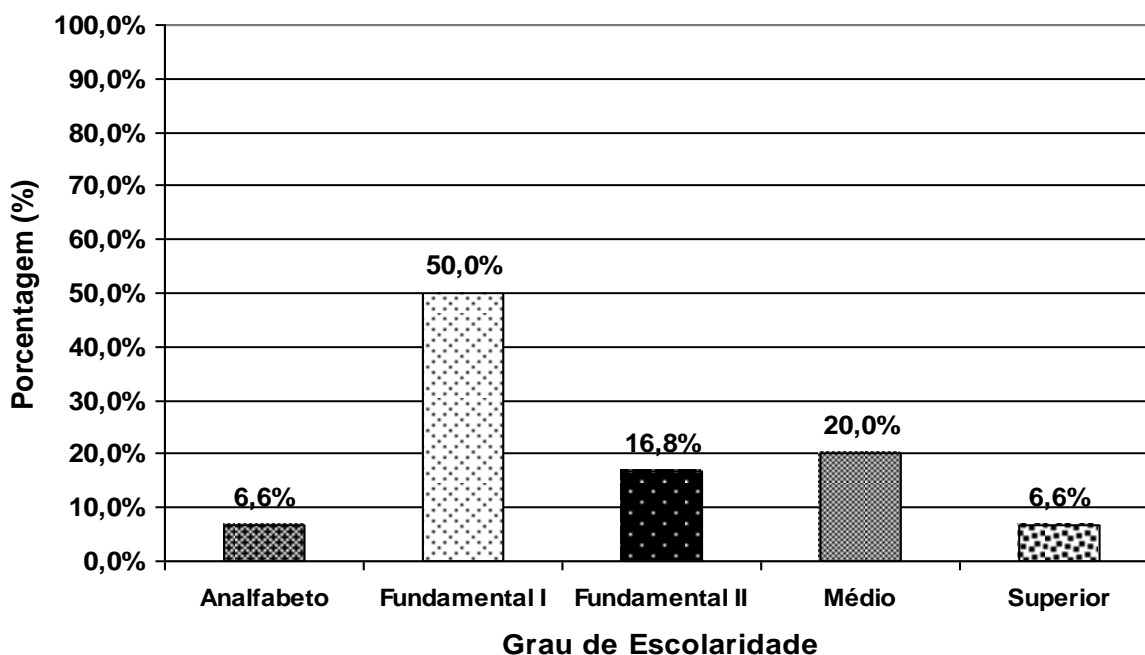
Observa-se uma prevalência de pessoas adultas com média (53,73 anos) maior que a mediana (52,5 anos), porém com dispersão significativa dos indivíduos de meia idade e idosos em relação aos mais jovens (Tabela 1).

Assim como na literatura (LESSA, 1998; COELI et al, 2002), a população estudada distribuiu-se por uma faixa etária extensa (18 a 79 anos), com a predominância de adultos maduros e idosos.

**Tabela 1: Distribuição da faixa etária, em anos, da população estudada.**

Grupo	N	Média (anos)	Moda (anos)	Mediana (anos)	DP	Mínimo (anos)	Máximo (anos)
Pacientes Diabéticos tipo 2	30	53,73	45	52,5	16,91	18	79

No levantamento dos dados dos pacientes entrevistados quanto ao grau de escolaridade foi possível observar que houve diferença significativa com pessoas com ensino fundamental I (50,0%) em relação aos outros graus de ensino ( $p \leq 0,001$ ), conforme pode ser observado na Figura 2.



**Figura 2 – Gráfico da porcentagem (%) da distribuição do grau de escolaridade na população estudada na Unidade Básica de Saúde Centro Saúde Escola.**

Tais dados refletem a escolaridade dos pacientes participantes da pesquisa, os quais devem estar relacionados as características sócio-culturais da população atendida pela UBS/CSE, pois a DM tipo 2 atinge pessoas de todos os níveis educacionais.

A maioria dos pacientes atendidos estava convivendo com o diabetes por mais de 05 anos (63,3%) e somente uma pequena parcela (16,7%) encontrava-se numa fase inicial de acomodação, convivendo com o diabetes por menos de 01 ano (Tabela 2).

**Tabela 2: Distribuição da porcentagem do tempo de diagnóstico do DM.**

Grupo	n	Menor que 1 ano (%)	Entre 01 e 05 anos (%)	Entre 05 e 10 anos (%)	Entre 10 e 15 anos (%)	Maior que 15 anos (%)
Pacientes Diabéticos	30	16,7	20,0	33,3	20,0	10,0

O período que a pessoa convive com o diabetes, assim como a sua estrutura psíquica e rede de apoio (familiar e social) implicaram na forma como o indivíduo adapta-se a nova condição.

Acredita-se que o DM será enfrentado distintamente por cada indivíduo, devido à organização mental de cada um e o olhar que o mesmo coloca em sua vida.

Segundo Brandão (1999), o modo como o indivíduo enfrenta o diagnóstico da doença depende principalmente de três fatores:

- a) o modo como soube da doença: se percebeu sozinho, se outro lhe mostrou, se adiou ter conhecimento do diagnóstico ou se preferiu saber logo;
- b) as experiências pessoais anteriores que teve em relação à doença, por exemplo, amigos ou pessoas da família que tiveram ou têm a doença;
- c) o modo como a família e os amigos reagiram frente ao diagnóstico.

Esse enfrentamento na descoberta da doença corroborou com as falas dos pacientes conforme apresentado:

*“Eu não gostei, porque ela começou em uma época triste da minha vida”;*

*“Me senti péssima como se o mundo tivesse caído”;*

*“Descobri por acaso, levei um susto”;*

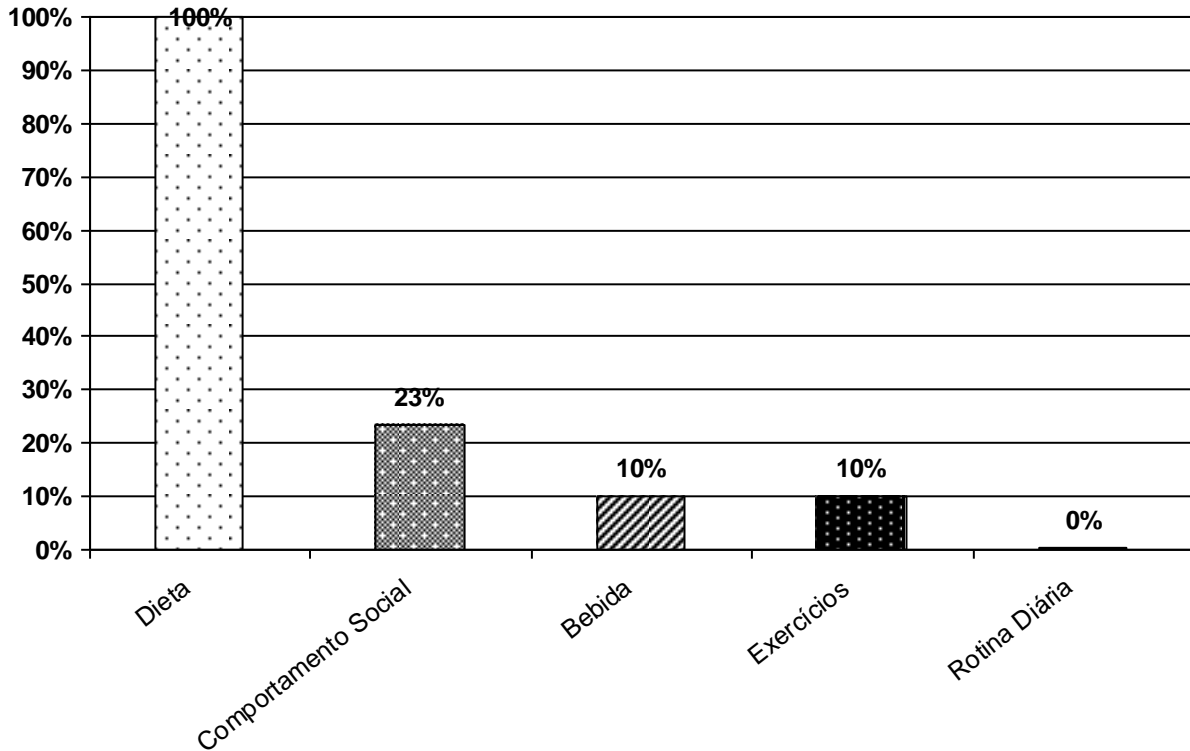
*“Fiquei revoltada, só chorava. Achava que ia morrer como minha mãe”;*

*“No trabalho sofri discriminação, só trouxe discriminação e rejeição”.*

Muitas dessas falas representam um universo de pacientes com necessidade de apoio multiprofissional e carência de acompanhamento familiar. Conviver com o diabetes é algo difícil, limitante e muitas vezes angustiante. Em seu estudo Martins, França e Kimura (1996) relata que 53,5% dos pacientes estudados mencionaram que a descoberta do DM relacionou-se à alteração do estado emocional, caracterizado por tristeza, desânimo, falta de vontade, desmotivação, nervosismo, aborrecimento, perda de prazer, insegurança, sensação de inutilidade e insatisfação com a auto-imagem.

Ressalta-se que, destes pacientes, 53% apresenta pelo menos um familiar também portador de diabetes, podendo ser levantadas hipóteses de etiologia orgânica e/ou contextual, independente das quais, se estabelece a possibilidade de compartilhamento de sensações, experiências e sentidos.

Todos afirmaram que houve um impacto significativo em suas vidas nos aspectos relacionados a dieta alimentar, comportamentos sociais, ingestão de bebidas doces e alcoólicas e exercícios físicos, não impedindo, porém, da continuidade das atividades rotineiras (Figura 3).

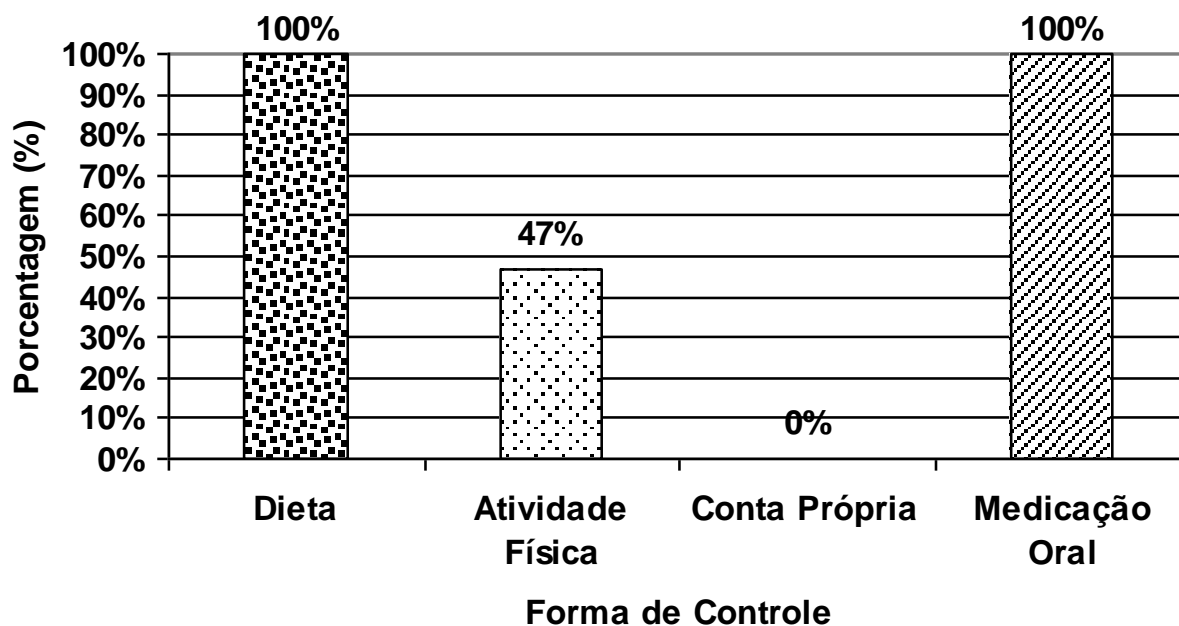


**Figura 3 – Gráfico da porcentagem (%) da mudança da rotina domiciliar, conforme relatado na população estudada na Unidade Básica de Saúde Centro Saúde Escola.**

Ressalta-se o maior impacto na dieta alimentar (100%), aspecto de complexo manejo, considerando que a alimentação remete não só a aspectos de nutrição orgânica, mas carrega consigo importantes aspectos psíquicos, tanto no desenvolvimento da constituição psíquica do sujeito como na utilização de mecanismos de defesa.

O impacto nos comportamentos sociais parecer associar-se a ênfase na ingestão de alimentos e bebidas em rituais sociais e no estímulo consumista a ingestão de alimentos “fast food” na sociedade contemporânea.

No levantamento dos dados dos pacientes entrevistados quanto ao tipo de controle após a descoberta do DM, foi possível observar que todos (100%) recebem orientação quanto ao controle do DM e que os fatores de maior controle são a dieta e o uso de medicação oral em todos os pacientes atendidos na Unidade Básica de Saúde Centro Saúde Escola (Figura 4).



**Figura 4 – Gráfico da porcentagem (%) da forma de controle dos pacientes com DM, conforme relatado na população estudada na Unidade Básica de Saúde Centro Saúde Escola.**

Ressalta-se que apesar de terem conhecimento da importância da atividade física, que para um prognóstico favorável, a atividade física é fundamental, somente 47% apresentaram adesão a essa prática. Através das entrevistas pode se levantar hipóteses quanto aos hábitos contemporâneos, sendo que encontramos num momento de alteração paradigmática de hábitos, aonde as atividades físicas começam a tomar lugar na rotina das pessoas, inclusive em meio a inúmeras tarefas.

Os dados reforçam a necessidade de um atendimento de uma equipe multidisciplinar educadora. Segundo a Sociedade Brasileira de Diabetes (2005), na literatura observamos que o sedentarismo mostra-se fortemente associado ao desenvolvimento de doenças crônicas não transmissíveis, entre elas o diabetes, a prática de atividades físicas é apontada como uma importante estratégia para a prevenção e tratamento da doença.

A oferta de intervenções educativas pelos serviços de saúde e a participação dos diabéticos em grupos de discussão, com informações sobre a doença, condutas para perda de peso corporal e adoção de estilo de vida mais saudável, é essencial, por proporcionar conhecimento e habilidades aos pacientes acerca do cuidado diário que a doença demanda.

Quando questionados sobre formas de apoio que encontraram para lidar melhor com a condição do adoecimento, 47% dos entrevistados creditaram a Deus/religião as forças para continuar, sendo seguidos pelo apoio do Médico (37%), da família (10%) e da equipe (6%).

A baixa percepção de apoio pela família chamou-nos a atenção, dada a necessidade de comprometimento familiar no cuidado com o paciente. A motivação para a aderência ao tratamento dos pacientes diabéticos se dá, inicialmente, no vínculo e comportamento familiar. Esses fatores traduzem muito da dinâmica da qualidade de vida do paciente diabético devido à mudança no estilo de vida do mesmo. Como diagnosticado nas entrevistas 100% dos pacientes



necessitam de mudança de hábito e sob o olhar da família essa mudança torna-se complexa devido à maioria necessitar de cuidados especiais (MARTINS, FRANÇA E KIMURA, 1996).

A complexidade do processo de adaptação a nova condição pode ser evidenciada através das percepções emitidas pelos pacientes sobre o diabetes:

*“Doença ruim que mata aos poucos. Tive que mudar várias coisas por causa da doença”;*

*“Aprendi a viver com o ‘não pode’. Não consegui sair pois nas festas tinha tudo que não podia”;*

*“Só trouxe tristeza e problemas em minha vida”;*

*“Um obstáculo que não conseguimos ultrapassar, precisamos conviver com ele”;* *Mais uma doença na minha vida que vou levar no caixão comigo”;*

*“Uma doença que por mais que eu faça nunca vai curar’ casei com ela”;*

*Uma doença que exige disciplina, controle e muita paciência”.*

Os pacientes com DM são pacientes que necessitam expressamente de atendimento e psicológico junto ao acompanhamento multidisciplinar. O DM é uma doença limitante, crônica e degenerativa de difícil controle.

Dos pacientes atendidos 80% afirma achar importante o acompanhamento psicológico ao portador de diabetes.

Foram realizadas entrevistas psicológicas clínicas, com aplicação de um questionário. Através desta metodologia pode-se não só acolher as necessidades apresentadas pelos pacientes como também garantir a coleta sistematizada de dados para descrever a população estudada e a demanda de cuidados pela mesma.

Através do contato individual, foi possível abordar aspectos pessoais, inviabilizados pelo grupo que tinha caráter educacional.

Foi possível perceber os aspectos emocionais presentes nos indivíduos e como a DM repercutiu na vida desses pacientes, quais os sentimentos envolvidos, como lidam e enfrentam esse processo saúde-doença.

Durante essa entrevista, pode-se atingir o objetivo de avaliar, triar, orientar e quando necessário, encaminhar os pacientes atendidos.

Dos 30 pacientes atendidos, 9 (nove), representando 30% dos mesmos, foram encaminhados para atendimento psicológico na Clínica-Escola da UNIPAR, sendo que 5 (cinco) haviam iniciado e permaneciam em acompanhamento psicológico no decorrer do trabalho.

Destes 5 (cinco), uma paciente foi atendida diretamente pela pesquisadora, devido a necessidade urgente de iniciar o atendimento, pois tratava-se de uma gestante, com quadro de hipertensão, obesidade e indícios de depressão.

Ao longo do processo psicoterápico e intervenção multi-profissional, observou-se regularização dos índices glicêmicos, com significativa melhora nos aspectos psicológicos.

Os demais 8 pacientes foram encaminhados para psicoterapia pelos seguintes critérios: fragilização emocional e concordância no encaminhamento. A fragilização emocional foi detectada a partir da percepção e/ou relato dos seguintes sintomas: choro freqüente, retraimento social, desestabilização emocional com fraco controle egóico. Também foram encaminhados pacientes que apresentavam dificuldades de controle dos índices glicêmicos esgotadas todas as intervenções e orientações referentes ao organismo biológico e os que reconheciam a necessidade de ajuda externa para mudança de hábitos.

## **CONSIDERAÇÕES FINAIS**

Com relação aos dados obtidos e avaliando o desenvolvimento do estágio em questão foi possível concluir que:

Quanto à descoberta da doença os pacientes relatam sensações como: tristeza, raiva, infelicidade, nervosismo, medo, revolta, preocupação, insegurança, inconformismo e baixa auto-estima;

Quanto aos significados das mudanças foi possível observar que embora o DM seja uma doença limitante com um grupo multidisciplinar de apoio todas as mudanças necessárias são passíveis de serem executadas;

Frente aos aspectos emocionais foi possível identificar angústia, medo, dificuldade de enfrentamento, alteração de comportamento, estresse, depressão;

O atendimento psicológico, no DM, junto à equipe multiprofissional é um dos passos fundamentais para atingir as metas do tratamento, uma vez que está diretamente relacionado à aceitação e tratamento da doença e, logo, com um novo olhar frente à qualidade de vida do paciente.

O apoio psicológico é importante a todas as pessoas que sentem necessidade de se conhecer, ou seja, de lidar com situações cotidianas de forma satisfatória e produtiva no âmbito de sua vida.

Pode-se observar no contato com os pacientes que tomar consciência das próprias necessidades é conhecer nossas limitações e potencialidades, para podermos superar barreiras, buscando alternativas para saber o que é bom para nós e para aqueles que nos rodeiam. Considerando o portador de diabetes como uma pessoa com sua identidade, sonhos e medos, o apoio psicológico é importante, pois, no momento do diagnóstico alguns sentem-se extremamente limitados o que muitas vezes acaba gerando tristeza, com o pensamento do tipo “não tenho mais o direito de viver bem”, isolando-se do grupo social em função das concepções errôneas a respeito do diabetes.

Outros não dão importância às recomendações médicas, por não apresentarem sintomas clínicos evidentes ou ainda por não conhecê-los. Geralmente apresentam dificuldade de fazer

monitorização domiciliar com sentimentos de revolta por ter que controlar coisas que anteriormente faziam livremente, não aderindo ao tratamento. Daí a importância do paciente fazer parte do atendimento na UBS/CSE.

Todos nós sentimos medo de mudanças, o que gera insegurança, pois não sabemos como será o novo. Assim é, quando nos casamos, tempos filhos a dinâmica da vida sofre alterações, bem como, “ficar diabético”. Ser portador de diabetes implica em fazer mudanças nas atividades da vida diária. Se o paciente entender que fazer reeducação alimentar, fazer atividade física e conhecer o seu corpo é a busca de uma vida saudável, fica então muito mais fácil de aceitar a ser diabético. No entanto, para buscar vida saudável, necessita resolver seus complexos internos, mágoas e tristeza para ter auto-estima adequada e viver bem dentro do possível.

Portanto, verificou-se que realmente há necessidade da implantação de um serviço de intervenção psicológica na UBS/CSE, para enriquecimento da equipe multidisciplinar existente e melhor e mais amplo atendimento a todos os pacientes que desfrutam desse serviço.

Deixa-se como proposição a continuidade da participação da Psicologia no Projeto “Educação para o Diabetes” e a implantação efetiva do Programa de Plantão Psicológico, envolvendo estagiários e profissionais/professores da Clínica-Escola, os quais poderão realizar intervenções breves e pontuais e encaminhar para a Clínica-Escola os pacientes que perceberem que necessitam de intervenção mais longa e ou aprofundada. Desta maneira acreditamos que os vários graus de necessidades de intervenção psicológica serão atendidas.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALVES, C. et al. Mecanismos patogênicos da doença periodontal associada ao diabetes mellitus. *Arquivos Brasileiros de Endocrinologia e Metabologia*, v.51, n. 7, p.1050-1057, 2007.

AZEVEDO, P.A., PAPELBAUM, M.; D’ELIA, F. Diabetes e transtornos alimentares: uma associação de alto risco. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, v.24, n.3, p.77-80, 2002.

BARROS, M.B.A. et al. Desigualdades sociais na prevalência de doenças crônicas no Brasil, PNAD-2003. *Ciências da Saúde Coletiva*, v.11, p.911-26, 2006.

BRANDÃO, W.L.O. **Discriminação de eventos internos e externos em um programa de atendimento a pacientes diabéticos: implicações para o desenvolvimento de comportamentos de auto-cuidado.** [Bacharelado em Psicologia] Universidade Federal do Pará, 1999.

COELI, C.M., FERREIRA, L.G.F.D., DRBAL M.M.; VERAS, R.P.; CAMARGO, K.R.C.JR, CASCÃO, A.M. **Mortalidade em idosos por diabetes mellitus como causa básica e associada** *Revista de Saúde Pública*, v.36, n.2, p.135-140, 2002.

CHIOZZA, L. *Os afetos ocultos em... psoríase, asma, transtornos respiratórios, varizes, diabete, transtornos ósseos, cefaléias e acidentes cerebrovasculares.* São Paulo: Casa do Psicólogo, 1997.

DEBRAY, R. *O equilíbrio psicossomático: Um estudo sobre diabéticos*. São Paulo: Casa do Psicólogo, 1995.

ESTUPIÑÁN, F.V.; ARREOLA, F.; CASTRO MARTÍNEZ, G.; ESCOBEDO DE LA PEÑA J.; FIORELLI, S.; GUTIÉRREZ, C.; JUNCO, LORENZANA, E.; ISLAS, S.; LIFSHITZ, A.; MÉNDEZ, J.D.; PARTIDA HERNÁNDEZ G.; REVILLA, C.; SALAZAR SCHETTINO, B. Aspectos psicosociales de la diabetes mellitus. *Rev Med IMSS*, v.32, n.3, p267-70, 1994.

FERRAZ, A. E. P. et al. Atendimento Multiprofissional ao paciente com diabetes mellitus no ambulatório de diabetes do HCFMRP – USP. *Medicina*, v.33, n.2, p.170-171, 2000.

GAMA, M. P. R. Do milagre canadense do século XX às esperanças de cura do século XXI. *Endocrinologia & Diabetes Clínica e Experimental*, v.2, n.2, p.3-5, 2002.

KAPLAN, H. *Compêndio de Psiquiatria: Ciências do Comportamento e Psiquiatria Clínica*. 7. Porto Alegre: Artes Médicas, 1997.

LESSA, I. *O adulto brasileiro e as doenças crônicas da modernidade: epidemiologia das doenças crônicas não transmissíveis*. São Paulo: Hucitec, 1998

MAIA, F.R.F., ARAÚJO, L.M. Aspectos Psicológicos e Controle Glicêmico de um Grupo de Pacientes com Diabetes Mellitus Tipo 1 em Minas Gerais. *Arquivos Brasileiros de Endocrinologia e Metabologia*, v.48, n.2, p.261-266, 2004.

MARCELINO, D.; CARVALHO, M. Reflexões sobre o Diabetes Tipo I e sua relação com o emocional. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, v.18, n.1, p.72-77, 2005.

MARTINS, L. M.; FRANÇA, A. P. D.; KIMURA, M. Qualidade de vida de pessoas com doença crônica. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, v.4, n.3, p. 5-18, 1996.

MORAES, S. A. et al. Prevalência de diabetes mellitus e identificação de fatores associados em adultos residentes em área urbana de Ribeirão Preto, São Paulo, Brasil, 2006: Projeto OBEDIARP. *Cadernos de Saúde Pública*, v.26, n.5, p. 929-941, 2010.

MOREIRA, R.; DUPAS, G. Vivendo com o diabetes: a experiência contada pela criança. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, v.14, n.1, p.25-32, 2006.

MOREIRA, R.O.; PAPELBAUM, M.; APPOLINÁRIO, J.C.; MATOS, A.G., COUTINHO, W.; MEILRELLES, R. Diabetes Mellitus e Depressão: uma revisão sistemática. *Arquivos Brasileiros de Endocrinologia & Metabologia*, v.47, n.1, 19-29, 2003.

MOURA, L. O mal que vem do açúcar. *Health & Management*. v.6, n.4, p 3-5, 2007.

OLIVEIRA, J. E. P. Sociedade Brasileira de Diabetes. Disponível em: <http://www.diabetes.org.br>

PAGLIOSA, J.S. *Estudo de Alexitimia em Diabéticos*. [Dissertação] Instituto Superior de Psicologia Aplicada, Portugal, 1991.

PEDROZA, F. G. *Diabetes para diabéticos*. São Paulo: Atheneu, 2000.

PRADO, F. C.; VALLE, J. R.; RAMOS, J. A. *Manual Prático de Diagnóstico e Tratamento*. Porto Alegre: Artes Médicas, 2001.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES. *Atualização brasileira sobre diabetes*. Rio de Janeiro: Diagraphic, 2006.

TEIXEIRA, J.A.C.; BARROS S.; LOBO, S.; TRINDADE I. Alexitimia, saúde e doença: estudo exploratório da Alexitimia em sujeitos com doença crônica. *Revista Análise Psicológica*, v.3, n.14, p.305-312, 1996.

TRENTINI, M.; SILVA, S. H.; VALLE, M. L.; HAMMERSCHMIDT, K. S. A. Enfrentamento de situações adversas e favoráveis por pessoas idosas em condições crônicas de saúde. *Rev. Latino-Americana de Enfermagem*, v.13, n.1, p.38-45, 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.