

O ADOLESCENTE DIABÉTICO NUMA VISÃO PSICOSSOMÁTICA

The diabetic adolescent in the psychosomatic vision

Karina Almeida de ALCÂNTARA

Faculdade de Jaguariúna – FAJ

Roberta Victor ZANETTI

Faculdade de Jaguariúna – FAJ

Silene de Lima OLIVEIRA

Faculdade de Jaguariúna – FAJ

1. INTRODUÇÃO

Em grego, diabetes significa sifão (tubo para aspirar a água), este nome foi dado devido aos dois principais sintomas: sede intensa e urina em grande quantidade. Ainda como uma patologia ignorada, em 1500 a.C., ocorreu o primeiro caso de diabetes no Egito. Somente no século I d.C, a terminologia mellitus, que em latim significa mel, uniu-se a palavra diabetes, sendo assim chamada de urina doce (GAMA, 2002).

“O DM (Diabetes Mellitus) não é uma única doença, mas um grupo heterogêneo de distúrbios metabólicos que apresentam em comum a hiperglicemia. Essa hiperglicemia é o resultado de defeitos na ação da insulina, na secreção de insulina ou em ambos” (Manual de Diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes - SBD , 2007).

Segundo a SBD (2007) a classificação atual do DM é baseada na etiologia e não no tipo de tratamento, portanto os termos DM insulino dependente e DM insulino independente devem ser eliminados. A classificação proposta pela Organização Mundial da Saúde (OMS), pela Associação Americana de Diabetes (ADA) e recomendada pela SBD inclui quatro classes clínicas: Diabetes Mellitus tipo 1 (DM1), Diabetes Mellitus tipo 2 (DM2), outros tipos específicos de DM e DM gestacional. Existem ainda 2 categorias denominadas pré-diabetes, que corresponde a glicemia de jejum alterada e a tolerância à glicose diminuída. Essas categorias são consideradas somente fatores de risco para o desenvolvimento do DM e doenças cardiovasculares.

Com a confirmação do diagnóstico de DM1, o paciente necessita de

injeções diárias de insulina (insulinoterapia) para regularizar o metabolismo de glicose. Além disso, o tratamento é realizado basicamente por meio de dieta alimentar, atividades físicas, monitorização da glicose plasmática. O mau controle da doença pode trazer sérias conseqüências, tais como: cetoacidose diabética, coma, hipoglicemia, retinopatia, nefropatia, neuropatia periférica e doenças cardiovasculares (www.sbd.org.br).

A Associação de Diabéticos Juvenil (ADJ, 2007) estima que de 10 a 12 milhões de pessoas sofram da doença no Brasil. Não existem até agora em nosso meio estudos amplos de prevalência da população com DM1. “No Brasil os trabalhos existentes sobre a incidência de DM1 são poucos e regionais, mostrando grande diferença entre eles” (MINICUCCI, 2001).

A incidência do DM1 demonstra acentuada variação geográfica, apresentando taxas por 100 mil indivíduos com menos de 15 anos de idade: de 38,4 na Finlândia, de 7,6 no Brasil e de 0,5 na Coréia, por exemplo. Sabe-se que a incidência do DM1 vem aumentando, particularmente na população infantil com menos de 5 anos de idade (SBD, 2007).

Segundo Araújo e Maia (2003), para muitos pacientes, a constante necessidade de auto monitorização, aplicações diárias de insulina, podem se mostrar extremamente desconfortáveis, frustrantes e preocupantes, levando muitas vezes a omissões de doses de insulina, com maior incidência de complicações graves.

“O quadro emocional do DM1 esta diretamente ligado a adesão negativa ou positiva do tratamento, que inclui dieta adequada, atividade física, insulinoterapia, relação familiar e muita disciplina para o autocontrole” (ALMEIDA & MATOS, 2003).

“O estresse também é visto como um dos fatores que podem dificultar o controle dos níveis de glicose do sangue e até mesmo levar a um quadro de hiperglicemia, devido aos hormônios produzidos nessa condição” (ENUMO & SANTOS, 2003).

Para Dupas, Ferreira e Nunes (2007) é necessário compreender cada vez mais a dinâmica familiar ao conviver com a doença crônica no contexto da vida diária, com a finalidade de identificar suas necessidades no manejo da doença, e propor intervenções tanto individuais quanto coletivas de assistência. A família é parte fundamental na construção da saúde de seus membros, pois

tem como função básica o apoio, segurança e proteção. Age numa forma de solicitude, às vezes fazendo tudo por eles, outras vezes possibilitando o crescimento, amadurecimento e a seguir seus próprios caminhos.

A OMS descreve a adolescência como o período dos 10 aos 19 anos e considera que a juventude se estende dos 15 aos 24 anos de idade. Esses conceitos se dividem, identificando-se adolescentes jovens dos 15 aos 19 anos e adultos jovens dos 20 aos 24 anos. A lei brasileira considera adolescente a faixa etária de 12 a 18 anos. (Ministério da Saúde - MS, 2005).

No entanto, segundo o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA, 1990), criança é definida como todo o indivíduo com até doze anos de idade incompletos e considera-se adolescente toda pessoa entre 12 e 18 anos de idade.

Para Lima e Vieira (2002), o esperado é que a criança possa viver de uma maneira saudável, desenvolvendo-se dentro dos padrões da normalidade, mas quando nos deparamos com uma patologia na infância temos o seu comportamento modificado, sua reação a doença pode gerar muitos conflitos de esfera pessoal e familiar, trazendo sentimentos de culpa, medo, depressão e revolta.

“A adolescência é o período de crescimento acelerado que se situa entre a infância e a fase adulta, o sentido desse crescimento é bastante amplo e abrangente, pois se refere a uma série de mudanças em todos os aspectos da vida física, mental, social e emocional.” (BATISTTONI, 1992).

A construção da identidade pessoal é considerada a tarefa mais importante da adolescência, o passo crucial da transformação do adolescente em adulto produtivo e maduro. Construir uma identidade, implica em definir quem a pessoa é, quais são seus valores e quais as direções que deseja seguir pela vida. A identidade é uma concepção de si mesmo, composta de valores, crenças e metas com os quais o indivíduo está solidamente comprometido (Imoniana, 2006).

Erikson (1987), descreve que a identidade é um produto singular que enfrenta agora uma crise a ser exclusivamente resolvida em novas identificações com os companheiros da mesma idade e com figuras líderes fora da família. A busca de uma identidade nova, mais segura pode ser melhor observada, talvez, no persistente esforço dos adolescentes para se auto-

definirem e redefinirem uns aos outros, numa comparação muitas vezes implacável .

Devemos compreender a função da adolescência na sociedade e na história, pois o desenvolvimento adolescente abrange um novo conjunto de processos de identificação com pessoas significativas e forças ideológicas, o qual se apodera, por conseguinte, da força e das fraquezas da mente juvenil. Na juventude, a biografia cruza-se com a história; nela, os indivíduos são confirmados em suas identidades e as sociedades regeneradas em seu estilo de vida (ERIKSON, 1987, p. 258).

De acordo com Imoniana (2006), podemos nos questionar como fica tudo isso quando surge uma doença crônica, o diabetes, que ao contrário da doença aguda, ter uma doença crônica significa dizer que a pessoa terá de conviver pelo resto da sua vida em um mundo em que se super-valoriza a saúde.

Do ponto de vista psicológico, a adolescência tem sido descrita como um período de extensa reorganização da personalidade, que se reflete na conduta e no ajustamento familiar e social do indivíduo.

A capacidade imaginativa do adolescente é, de modo geral, intensa. Freud (1908/1987) sugere ser adolescência um período privilegiado de vida imaginativa que permite a articulação entre a subjetividade infantil e adulta, momento no qual os desvaneis teriam por função libertar os adolescentes de seus pais. Assim, se o adolescente dispuser de um projeto de vida, estará em condições de se separar de seus pais e ir em busca de seus próprios desejos e realizações (Ballas, 2005, p. 10).

A dimensão psicossocial da adolescência é a visão de como o indivíduo se estrutura em seu contexto social nesta fase da vida, ou seja, a compreensão de suas características, seus conflitos intra e extra-psíquicos e suas manifestações de conduta. (BATISTTONI & KNOBEL, 1992).

O período adolescente só pode ser claramente compreendido e elucidado numa perspectiva holística que inclua os componentes psicossociais do indivíduo, estudados conjuntamente. Deste modo, este estudo visa descrever a experiência do adolescente diabético e sua dinâmica familiar sob a ótica da teoria psicossomática, por meio de revisão bibliográfica, utilizando os descritores em saúde: diabetes mellitus tipo 1, adolescente, família e medicina psicossomática. Foram utilizados 14 artigos de publicação

nacional, pesquisados através de diversos meios, como: livros, artigos em periódicos científicos na base de dados Scielo, revistas especializadas, manual de diretrizes SBD, teses de mestrado e doutorado, site da associação de diabéticos juvenil, ministério da saúde e o site da sociedade brasileira de diabetes.

2. O ADOLESCENTE DIABÉTICO NA VISÃO DA PSICOSSOMÁTICA

De acordo com Lima e Vieira (2002), podemos definir doença crônica como uma patologia de longa duração, considerando-se um tempo maior que 3 meses, na maioria das vezes é incurável, onde o indivíduo depende de medicações específicas para o seu tratamento, impondo limitações à sua vida e podendo deixar sequelas ou complicações a curto, médio ou a longo prazo.

O desenvolvimento científico e tecnológico possibilitam o diagnóstico precoce das doenças e o tratamento adequado permite também melhor controle, evolução e até a cura. Porém, apesar dos avanços da medicina, algumas doenças, especialmente as crônicas promovem alterações biopsicossociais que exigem cuidados constantes e adaptação (LIMA & VIEIRA, 2002).

Segundo Enumo e Santos (2003), adolescentes demonstram maiores dificuldades para aceitar a doença quando comparados às crianças, isso se dá pelo fato das crianças serem mais dependentes dos pais ou responsáveis, enquanto que os adolescentes tendem a querer se responsabilizar pela própria saúde. Além disso, as mudanças hormonais desta fase podem ocasionar, no caso dos jovens diabéticos, um auto controle insatisfatório e mais difícil nesta fase da vida. Os adolescentes inseguros sobre si mesmo tem grandes chances de não cumprimento dos encargos que o tratamento impõe, pois evitam de se sentirem diferentes dos seus colegas. Por outro lado, alguns jovens com um bom nível de auto estima, boa relação social e familiar são mais propensos a aderir ao tratamento.

Lima e Vieira (2002) afirmam que a doença crônica estabelece alterações significativas no cotidiano da criança, do adolescente e de todo o seu relacionamento com o ambiente em que vive, exigindo portanto, readaptações frente as novas estratégias de enfrentamento. Este processo

depende da complexidade da doença, das suas fases e também das estruturas disponíveis para adquirir suas necessidades e reorganizar o equilíbrio.

“[...] se, antes, a prioridade era brincar, , jogar futebol, agora existem restrições [...]. A prioridade, agora, para essas crianças e adolescentes, é a doença, e eles precisam se adaptar às suas limitações, e estas estão relacionadas as condições físicas, alimentares e de socialização.” (LIMA & VIEIRA, 2002, p.557).

Neste sentido, podemos considerar o DM1 como uma doença psicossomática, para Silva (1994 apud Carvalho e Marcelino, 2005, p. 84), a doença psicossomática é qualquer alteração física decorrentes de sofrimentos psíquicos, diferente da somatopsíquica que se define como qualquer alteração psíquica decorrente de um sofrimento físico, como por exemplo uma dor crônica que gera um sofrimento psicológico, portanto o DM1 pode ser classificado tanto como uma doença psicossomática como somatopsíquica. A doença psicossomática surge do modo como o indivíduo vivencia suas emoções, como por exemplo, medo, ira, amor, tristeza são situações recentes que trazem como consequência o desequilíbrio do organismo. Suas manifestações são descarregadas através dos músculos voluntários, porém quando esse processo não ocorre, as emoções ocultas se manifestam nos músculos involuntários, como estômago, intestino, coração e vasos sanguíneos desencadeando assim a doença psicossomática.

Para Ferraz, Rãna e Volich (2003), o corpo do sujeito não pode apenas ser visto como um corpo biológico, identificado assim pela medicina, pois muitos dos mistérios do corpo do sujeito só poderão ser solucionados quando nos aprofundamos em sua história de vida, sua relação com o outro. A abordagem psicossomática das manifestações patológicas, leva em conta todas as dimensões do ser humano, sendo de origem física, psíquica, social, econômica e cultural, que podem estar relacionadas num processo de inter-influência, afetado desta maneira o equilíbrio orgânico e a saúde do sujeito. É uma visão mente e corpo em interação com o contexto e desta forma, permite compreender de maneira mais ampla, o caráter multifacetado destas manifestações e o ser que adocece. Favorece, também, uma intervenção terapêutica que seja mais abrangente, eficaz e significativa.

Diversos autores, entre eles: Carvalho e Marcelino (2005), Debray (1994), Araújo e Fedalto (2001) concordam que o surgimento do DM1 estão relacionados as influências de fatores emocionais, podendo assim afirmar sua origem psicossomática.

Carvalho e Marcelino (2005) concluem em sua pesquisa que a relação entre o emocional e o diabetes existe antes mesmo do aparecimento da doença, pois vários autores acreditam que o diabetes é um doença psicossomática, ou seja, que tem entre os seus fatores desencadeantes, causas emocionais. As causas mais comuns verificadas foram: traumas emocionais, modificações externas violentas, perda dos pais através de morte ou separação, problemas com os pais, com a família e até com relação à escola.

Araújo e Fedalto (2001), afirmam que é necessário levar em consideração que o diabético, antes de mais nada, é um ser humano biopsicossocial. E, ao se deparar com uma deficiência, é atingido nestes três principais aspectos de sua estrutura. Assim, além de um trabalho médico e nutricional no tratamento do diabetes, surge a necessidade de avaliar e apoiar este sujeito que encontra-se também debilitado psicologicamente. O ser humano, desde sua concepção, está envolto por uma constituição biológica e pela influência do meio em que vive e tais fatores estão diretamente vinculados à sua formação.

Dahlquist et al (1995), realizaram um estudo quanto a possibilidade do estresse psicológico ser um fator de risco para o surgimento do DM1, que podem ocorrer em diferentes períodos ao longo da vida. Os eventos negativos ocorridos nos primeiros dois anos de vida, os acontecimentos que causaram dificuldades de adaptação, o comportamento infantil problemático e o funcionamento familiar confuso foram ocorrências comuns dentro do grupo com a doença, podendo ser considerados possíveis fatores de risco na o do DM1. Os autores acreditam que o estresse psicológico pode causar a destruição imunológica das células beta do pâncreas, provocando a deficiência ou falta na produção de insulina.

Apesar das influências emocionais como responsável pela causa do DM1, alguns autores não descartam a possibilidade da etiologia também de origem hereditária, para Araújo e Fedalto (2001), não se pôde comprovar até

então que somente o estresse causa o diabetes mas, situações determinadas como estressantes na vida podem potencializar seu surgimento, junto à outros fatores como a influência genética e o comportamento alimentar exagerado, que pode levar a obesidade e maior suscetibilidade a doença. Da mesma forma, a influência de situações estressantes no dia a dia de um diabético pode dificultar o controle da doença, portanto, fatores estressantes podem ser responsáveis pelo desencadeamento e agravamento do diabetes.

De acordo com Araújo e Fedalto (2001), os autores Enumo e Santos (2003, p. 424) citam em seu estudo o aspecto emocional e a hereditariedade também como fatores relacionados ao surgimento da doença:

A causa do diabetes foi relacionada, pela maioria dos entrevistados, com a hereditariedade e com algum acontecimento anterior ao surgimento dos sintomas da doença. Apesar de não terem um bom entendimento sobre os mecanismos que os levaram ao diabetes, citaram fatores ambientais importantes em suas vidas, geralmente de conotação negativa, que foram relacionados ao surgimento da doença. A morte de um membro da família, um ente querido ou um tratamento de saúde que trouxe transtornos foram apontados como eventos estressantes que antecederam ao diagnóstico. E eles não apenas citaram mas também associaram os fatos ao surgimento da doença.

Debray (1994, p.25-26) descreve que para uma definição médica atual o diabetes juvenil trata-se de uma doença genética que se desencadeia principalmente por fatores hereditários, mas só o fator hereditário não é suficiente para que haja a doença, são necessárias modificações exteriores e violentas com valor de trauma. Portanto, há uma variação desses dois elementos, sendo de origem genética ou por meio de sofrimentos desencadeantes.

Além dos aspectos emocionais e fatores hereditários como etiologia da doença, é importante ressaltar que autores como: Alves, Ballas e Duarte (2006), Debray (1995), Carvalho e Marcelino (2005), Mattosinho e Silva, (2007) citam que a adesão ao tratamento do DM1 está ligado as influências do meio em que vive, revelando dessa maneira a possibilidade e a importância de um apoio psicoterapêutico para melhor aceitação desta patologia.

“Além da presença da relação entre o emocional e o diabetes tipo 1 na etiologia da doença, esta relação está também presente na consequência da doença” (CARVALHO & MARCELINO, 2005, p. 76).

Ainda de acordo com Carvalho e Marcelino (2005), é de extrema importância o trabalho psicoterapêutico em grupos, afim de conhecer de forma íntegra cada sujeito, o principal objetivo dos grupos é a melhora do controle e não a cura, é preciso pesar a realidade de que o DM1 é uma doença crônica e atualmente incurável. O falar sobre a doença possibilita trabalhar as fantasias dela, trocar experiências em comum, compartilhar sentimentos, dúvidas e assim aprender a melhor conviver com ela.

Segundo Alves, Ballas e Duarte (2006), diversos estudos sobre diferentes aspectos do diabetes juvenil, tratam apenas de um doente e de uma doença a ser medicada, no entanto, o adolescente diabético contém uma característica particular relacionada ao seu meio biopsicossocial, que não esta diretamente ligada apenas com a doença, mas também com relações complexas do seu ambiente social e familiar, modulando uma maneira de ser.

Em conformidade com Alves, Ballas e Duarte (2006), a autora Debray (1995) afirma que o emocional é formado por aspectos mais profundos e inconscientes, que quando não são internamente aceitos impossibilitam um bom controle da doença, sendo assim, o diabetes será enfrentado diferentemente por cada sujeito, pois dependerá da estrutura psíquica ou organização mental de cada um.

Para Carvalho e Marcelino (2005), o diabetes pode provocar sentimentos de menos-valia, inferioridade, baixa auto-estima, medo, revolta, raiva, ansiedade, regressão, negação da doença, desesperança, incapacidade de amar e se relacionar bem com as pessoas, idéias de suicídio e depressão. A presença ou não destes sentimentos, dependerá dos recursos internos e da personalidade de cada um, da forma como foi dada a notícia da doença e como a família e os amigos reagiram frente ao diagnóstico, portanto, o emocional também influenciará no controle da doença, já que o DM1 exige um controle intenso para evitar futuras complicações.

“A maneira como as pessoas interpretam a origem, a importância e o efeito da doença sobre seus comportamentos e relacionamentos vão influenciar suas decisões na busca de cuidados e tratamentos de sua doença” (MATTOSINHO & SILVA, 2007, p.1116).

Em contrapartida aos outros autores, apenas 1 artigo conclui por meio de estudo de campo, que os jovens diabéticos apresentam uma boa aceitação da doença, relatando o DM1 como um fato positivo em suas vidas.

A vivência da doença crônica pode também ser compreendida como algo que melhora a qualidade e o significado de vida da pessoa. Isso significa que, sem o advento do diabetes, o indivíduo não seria o que ele é hoje, que a situação de doença transformou a vida com diabetes numa experiência positiva e um resultado recompensador [...]. Dessa forma, pode-se ver que os adolescentes participantes do estudo possuem essa característica, são resilientes, por conseguirem não só conviver com o diabetes, mas, também, sobrepujarem o risco de se tornarem pessoas desestimuladas e sofredoras. São pessoas que souberam enfrentar a situação de ter uma doença crônica como o diabetes, tornando-se mais fortalecidas, apesar do sofrimento que vivenciam, sendo transformadas. Não se pode julgar que a pessoa resiliente não sofre; na verdade ela é uma pessoa que sofre, e muito, porém, é capaz de dar um significado ao seu sofrimento que a impulsiona para frente (DAMIÃO & PINTO, 2007, p.572).

Apesar deste estudo revelar a melhor adesão ao tratamento do DM1, é necessário levar em conta as influências do convívio familiar e social deste grupo de adolescentes, que não são citados no texto, além disso o grupo de estudo foi composto apenas por 7 adolescentes diabéticos com idades entre 12 à 18 anos. Seria necessário então, um estudo mais profundo e amplo destes aspectos.

Outro artigo pesquisado (ALVES, BALLAS & DUARTE, 2006) também nos revelou opiniões contraditórias a respeito do fator emocional do adolescente diabético comparando-o com um sujeito saudável, que por meio de uma aplicação de um inventário de ansiedade (IDATE) em uma amostra de 62 adolescentes com idades entre 14 à 20 anos, sendo 31 portadores de DM1 e 31 adolescentes saudáveis revelou não apresentar diferenças significativas relacionadas ao estado emocional desses adolescentes, mas que apesar dos resultados, os autores descrevem a importância da realização de um novo estudo com análises mais profundas dos casos e ressaltam que o instrumento utilizado para a pesquisa não é referência para a avaliação emocional do sujeito.

[...] não encontraram no grupo de portadores de diabetes uma tendência maior de apresentar dificuldades emocionais, entre elas a ansiedade, em relação aos adolescentes saudáveis [...]. A experiência clínica decorrente dos dados apresentados alerta para a complexidade da compreensão dos adolescentes

portadores de diabetes, indicando a necessidade de mais pesquisas com o tema. Os resultados do grupo experimental não se mostraram significativamente diferentes dos seus pares saudáveis, quando comparados através do IDATE, por razões que merecem análises mais aprofundadas pelos estudiosos da área (ALVES, BALLAS & DUARTE, 2006, p.121-122).

Em suma, com base nos artigos estudados, verificou-se que a maioria dos autores concordam em dizer que o DM1 é uma doença influenciada pelo emocional e que a importância de tratar o jovem diabético levando em consideração sua esfera biopsicossocial está relacionado a melhora do seu tratamento e principalmente de sua adesão pela doença.

3. CONCLUSÕES

Concluimos que o DM1 é uma patologia crônica que está fortemente relacionada ao estado emocional do adolescente. Considerando os artigos estudados podemos afirmar que esta é uma doença psicossomática, já que para a eficácia do seu tratamento é necessário que sejam abordadas todas as dimensões do ser humano, considerando sua origem física, mental e social, que podem estar relacionadas, afetando, desta maneira, o equilíbrio orgânico e a saúde do sujeito.

4. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALMEIDA, Vera; MATOS, Ana Paula. A diabetes na adolescência. Um estudo biopsicossocial. Revista Internacional de Psicologia Clínica y de La Salud, Portugal, v. 03, n. 01, p.61-76, 2003.

ALVES, Irai Cristina Boccato; BALLAS, Yael Gotileb; DUARTE, Walquiria Fonseca. Ansiedade em adolescentes portadores de diabetes mellitus. Boletim de Psicologia, São Paulo, v. LVI, n. 124, p.111-125, 2006.

ARAÚJO, Ana Cristina; FEDALTO, Ana Lúcia Teixeira. Aspectos Psicológicos do Paciente Diabético. 2001. 84 f. Pós Graduação (Monografia) - Curso de

Psicologia, Departamento de Faculdade de Psicologia, Universidade Tuiti do Paraná, Curitiba.

ARAÚJO, Levimar R. MAIA, Frederico F.R; Aspectos psicológicos e controle glicêmico de um grupo com diabetes mellitus tipo 1 em Minas Gerais. Arquivos Brasileiros Endocrinologia Metabologia, Belo Horizonte, v. 48, n. 02, p.261-266, 2003.

ASSOCIAÇÃO DE DIABETES JUVENIL (São Paulo) (Org.). Diabetes Mellitus: sintomas. Disponível em: <<http://www.adj.org.br/site/internas.asp?area=9933&id=545>>. Acesso em: 22 mar. 2008.

BALLAS, Yael Gotileb. 2005. O Desenho da Figura Humana em adolescentes portadores de Diabetes Mellitus em comparação com adolescentes saudáveis. (Tese de Doutorado)

Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo. São Paulo.

BATISTTONI, M.M.M.; KNOBEL, M. Enfoque psicossocial da adolescência: uma contribuição à psiquiatria social. Revista ABP- APAL, v.14, n. 04, p.151-158, 1992.

BATISTTONI, Maria Marta de Magalhães. Obesidade feminina na adolescência. 1996. 387 f. Tese (Doutorado) - Curso de Psicologia, Departamento de Faculdade de Ciências Médicas, Unicamp, Campinas, 1996.

BRASIL. Ministério da Saúde. Contextualizando o estatuto criança e do adolescente no âmbito da saúde. Marco Legal: Saúde, um direito de adolescentes, Brasília, p.07, 2005.

BRASÍLIA. Presidência da República (Org.). LEI Nº 8.069, DE 13 DE JULHO DE 1990: Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente e dá outras providências. Disponível em <http://www.planalto.gov.br/ccivil/LEIS/L8069.htm> Acesso em: 21 jul. 2008.

CARVALHO, Maria Dalva de Barros; MARCELINO, Daniela Botti; Reflexões sobre o diabetes tipo 1 e sua relação com o emocional. Psicologia: Reflexão e Crítica, Maringá, v. 18, n. 01, p.72-77, 2005.

DAMIÃO, Elaine Buchhorn Cintra; PINTO, Carolina Marques Marcondes. “Sendo transformado pela doença”: a vivência do adolescente com diabetes. Rev Latino-am Enfermagem, São Paulo, v. 15, n. 04, p.568-574, 2007.

DEBRAY, Rosine. Por que a diabetes insulino dependente?: Características da doença. In: DEBRAY, Rosine. O Equilíbrio Psicossomático: e um estudo sobre diabéticos. São Paulo: Casa do Psicólogo, 1995. Cap. 3, p. 25-26.

DECS - Descritores em Ciências da Saúde (Org.). Biblioteca virtual em saúde: consulta aos DeCS. Disponível em: <<http://decs.bvs.br/cgi-bin/wxis1660.exe/decsserver>>. Acesso em: 14 jun. 2008

DUPAS, Giselle; FERREIRA, Noeli Marchioro Liston Andrade; NUNES, Michelle Darezzo Rodrigues; Diabetes na infância/adolescência: conhecendo a dinâmica familiar. Revista Eletrônica de Enfermagem, São Carlos S.P., v. 09, n. 01, p.119-130, 2007.

ERIKSON, Erik H. Identidade, Juventude e crise. Trad. de Álvaro Cabral. Rio de Janeiro: Editora Guanabara, 1987.

ENUMO, Sônia Regina Fiorim. SANTOS, Jocimara Ribeiro Dos; Adolescentes com diabetes mellitus tipo 1: seu cotidiano e enfrentamento da doença. Psicologia: reflexão e crítica, Vitória E.S., v.16, n. 02, p.411-425, 12 fev. 2003.

FERRAZ, Flávio Carvalho; RANÑA, Wagner; VOLICH, Rubens Marcelo; Psicossoma III: Interfaces da Psicossomática. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2003. 9-54 p.

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.0, p.3-5, 2002.

GÓES, Anna Paula P.; VIEIRA, Maria Rita R.; LIBERATORE Júnior Raphael Del Roio. Diabetes mellitus tipo 1 no contexto familiar e social. Revista Paulista de Pediatria, São Paulo, v. 25, n. 02, p.124-128, 2007.

IMONIANA, Bernardete Bezerra Silva. Psicología para America Latina: Revista Eletrônica Internacional de la Unión Latinoamericana de Entidades de Psicología, n.07, ago de 2006. Disponível em: <<http://psicolatina.org/Siete/diabetes.html>>. Acesso em: jun 2008.

KNOBEL, Maurício. Adolescência e o conceito psicanalítico do processo evolutivo. In: KNOBEL, Maurício; PERESTRELLO, Marialzira; UCHÔA, Darci M. A Adolescência na família atual: Visão psicanalítica. São Paulo: Livraria Atheneu, 1981. Cap. 2, p. 07.

LIMA, Regina Aparecida Garcia de; VIEIRA, Maria Aparecida;. Crianças e Adolescentes com doença crônica: convivendo com mudanças. Rev Latino-am Enfermagem, Ribeirão Preto, v. 10, n. 04, p.552-560, 2002.

MATTOSINHO, Mariza Maria Serafim; SILVA, Denise Maria Guerreiro Vieira da. Itinerário Terapêutico do adolescente com diabetes mellitus Tipo 1 e seus familiares. Rev Latino-am Enfermagem, São Paulo, v. 15, n. 06, p.1113-1119, 2007.

MENDES, Isabel Amélia Costa; ZANETTI, Maria Lúcia. O desafio para o controle domiciliar em crianças e adolescentes diabéticas TIPO 1. Rev Latino-am Enfermagem, Ribeirão Preto, v. 9, n. 04, p.32-36, 2001.

MENEZES, Isabel Amélia Costa. ZANETTI, Maria Lúcia; Análise das dificuldades relacionadas às atividades diárias de crianças e adolescentes: depoimento de mães. Rev Latino-am Enfermagem, São Paulo, v. 09, n. 06, p.25-30, 2001.

MINICUCCI, Walter José. Diminuição de internação hospitalar por complicações agudas em pacientes diabéticos tipo 1 após a implantação de um programa estruturado de atendimento e distribuição de fitas para automonitorização. 2001. 86 f. Dissertação (Mestrado) - Curso de Medicina, Departamento de Ciências Médicas, Unicamp, Campinas, 2001.

BRASIL. Scielo - Scientific Electronic Library Online (Org.). Pesquisa de artigos. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_home&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 14 jun. 2008.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES (São Paulo) (Org.). Diabetes Mellitus tipo 1. Disponível em: <<http://www.diabetes.org.br/>>. Acesso em: 22 mar. 2008.

DAHLQUIST, G; Hansson, K.; Ivarsson, S. A.; Ludvigsson, J.; Sjöblad, S.; Thernlund, G. M.; Psychological stress and the onset of IDDM in children. Diabetes Care, vol.18, p. 1323-1329, 1995.

VOLICH, Rubens Marcelo. Psicossomática: de Hipócrates à Psicanálise. 6. ed. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2007.

Silene de Lima Oliveira

- Enfermeira pela Escola de Enfermagem da USP-SP (1993)
- Mestre pela Escola de Enfermagem da USP-SP (2002)
- Especialista em Psicossomática pelo Instituto Sedes Sapientiae-SP (2005)
- Professora da Faculdade de Jaguariúna (2005-2008):
 1. Disciplinas de Saúde do Adulto e Idoso
 2. Disciplinas Comunicação e Relacionamento Interpessoal I e II
 3. Disciplinas Elementos de Psicossomática
 4. Coordenadora do Grupo de Promoção à Saúde-projeto Cancioneiros da Saúde, Faculdade de Jaguariúna, 2008
 5. Coordenadora do Grupo de Estudos Interdisciplinar Subjetividade e Práticas de Cuidar, Faculdade de Jaguariúna, 2008.

Contato: silenelima@yahoo.com.br

Roberta Victor Zanetti

betazanetti@gmail.com

Nutricionista pela Universidade Paulista – UNIP (2002)

Acadêmica de Enfermagem da Faculdade de Jaguariúna - FAJ

Karina Almeida de Alcântara

karina-alcantara@uol.com.br

Acadêmica de Enfermagem da Faculdade de Jaguariúna - FAJ