

“ATUAÇÃO DA PSICOLOGIA NO ATENDIMENTO INTERDISCIPLINAR AO DIABÉTICO”

ISABEL CRISTINA SCARINCI^a
HENRIQUETA G.G. DE ALMEIDA^b
MARIA DO CARMO LOURENÇO HADDAD^c
ELISA HATSUMI TOKUSHIMA^d
CLÉA MARISE DE ALMEIDA FERREIRA^e

RESUMO

Estamos desenvolvendo no Hospital Universitário de Londrina um atendimento interdisciplinar ao diabético, visando abordar o paciente em sua integridade biopsicossocial. Por isso, a prática da psicologia está inserida neste trabalho de interação e não como um atendimento isolado aos pacientes, com o psicólogo atuando em dois níveis: 1) com o paciente, de forma grupal e, individual quando necessário; 2) junto à equipe, como elemento orientador e integrador. Sendo assim, o objetivo primordial com a atuação do psicólogo é um trabalho terapêutico, de intervenção e educação, com enfoque na problemática emergente do indivíduo levando-o a elaborar suas vivências atuais, conviver com a doença e desenvolver suas potencialidades. Através de nossa prática percebemos o quão é difícil traçarmos um perfil psicológico do diabético, mas ressaltamos dois aspectos normalmente observados: 1) semelhança do diabético, no âmbito psíquico, com outras doenças degenerativas; 2) a presença da culpa e a ocorrência da doença como castigo.

PALAVRAS-CHAVE: *Atendimento interdisciplinar; Papel do psicólogo; Educação e conscientização; Mecanismos de defesa do diabético; Papel social do diabetes; “Culpa x Castigo”.*

1 – INTRODUÇÃO

ZAGURY, L. et alii¹⁵ afirmam que cerca de 5 milhões de indivíduos, em nosso país, estão atingidos pelo diabetes mellitus. SILVA et alii¹² demonstram que, “dada a sua condição de doença hereditária, sua tendência é aumentar sempre, acompanhando o crescimento demográfico”.

Atualmente esta doença crônica tem sido responsável por altos índices de mortalidade e morbidade. Segundo o Plano Nacional de Prevenção e Controle do Diabetes “Mellitus”⁶, os índices atuais de mortalidade atribuídos ao diabetes subestimam os reais, pois considera-se apenas a causa básica da mortalidade e não se analisa o diabetes como contribuinte na causa direta do óbito. O referido plano também encara com seriedade a morbidade do diabetes, mostrando que as manifestações crônicas tem levado os indivíduos à invalidez precoce, dificuldade em obter empregos, hospitalizações freqüentes, etc.

Considerando o citado acima, é de grande importância o atendimento interdisciplinar ao diabético, possibilitando-lhe um conhecimento de sua doença, suas consequências, cuidados a serem tomados, conscientização do problema, etc.

FELICE apud SILVA et alii¹² define equipe multiprofissional como sendo “um grupo de profissionais de diferentes áreas e/ou especializações que juntam esforços e interesses, reconhecem a interdependência com outros componentes e se identificam com um trabalho de caráter cooperativo e não competitivo, com o fim de alcançar um objetivo comum, cuja atividade sincronizada e coordenada caracteriza um grupo estreitamente ligado”.

A divisão de especialidades, principalmente na medicina, tem como resultado a compartimentação do homem. Porém, notamos que todo fenômeno humano é sempre biológico, psicológico e social concomitantemente. HORTA apud COSTA et alii³ coloca que “o ser humano é um todo não divisível; portanto, qualquer desequilíbrio na dinâmica de seus fenômenos vitais irá refletir em todo o organismo”.

BLEGER¹ afirma que temos que “estudar” o ser humano, com saúde ou enfermo, em sua totalidade, ou seja, incluir todo acontecimento na unidade da estrutura biopsicossocial do ser humano e nos acontecimentos de sua relação interpessoal.

BLEGER¹ cita que para Freud há três fenômenos que inter-atuam na etiologia da enfermidade: fatores hereditários, sucessos e vivências da infância e fatores desencadean-

a. Psicóloga do Hospital Universitário Regional do Norte do Paraná CRP 1990-08.

b. Departamento de Clínica Médica – CCS/UEL.

c. Departamento de Enfermagem – CCS/UEL.

d. Enfermeira do ambulatório do Hospital Universitário Regional do Norte do Paraná.

e. Assistente Social do Hospital Universitário Regional do Norte do Paraná.

tes ou atuais. Mostra, ainda, que "uma mesma enfermidade pode manifestar-se em qualquer das três áreas e se desaparece de uma delas aparece em outra; este fenômeno é conhecido como "balanceamento psicossomático". Assim, pode desaparecer um eczema (corpo) e aparecer uma fobia (mundo externo) ou atos obsessivos (mente). Não são três enfermidades distintas, mas manifestações de uma mesma enfermidade equivalentes entre si — e por outro lado — não se pode afirmar que o eczema causa a fobia. Não importa analisar se o sistema físico leva a um distúrbio psíquico e vice-versa, mas ambos relacionando-se entre si.

Atualmente os diabéticos tem sido uma preocupação para médicos, psicólogos, assistentes sociais, enfermeiros, órgãos governamentais, etc, surgindo várias formas de atuação junto a estes. Nota-se, também, através de estudos e publicações que o trabalho de educação e conscientização tem sido o mais eficiente.

NUNES⁸ enfatizando a necessidade de um trabalho educativo aos diabéticos afirma que "quando se diz que o diabetes é uma doença crônica, queremos dizer que o indivíduo pode conviver com ela durante anos; conseqüentemente sua maior importância está estritamente relacionada às complicações e seqüelas".

SCAIN⁹ em seu estudo baseado em educação para a saúde a grupos de clientes diabéticos mostra que a educação objetiva que os diabéticos aprendam a conviver melhor com a doença, e que o conhecimento no auto-cuidado possibilite uma vida familiar e social o mais normal possível, enfatizando a importância desta educação ser em grupos, pois facilita a troca de experiências e apoio mútuo.

FITZGERALD apud NUNES⁸ diz que "o sucesso de qualquer programa de orientação para diabéticos se resume em conseguir fazer com que o cliente assuma seu próprio cuidado".

Ressalta, também, a importância do diabético participar do planejamento do programa de educação.

Percebemos que somente haverá uma educação efetiva quando o indivíduo conscientizar-se de sua doença e passar a conviver com a mesma de forma equilibrada. KOPSTEIN⁴ coloca que "o aspecto mais importante no processo de reabilitação clínica e social do doente crônico está ligado às características de sua personalidade". Logo, a atuação neste aspecto é imprescindível para o equilíbrio do paciente.

SCHNEIDER¹¹ afirma que "...não existe concordância entre o fato de ser afetado por doença crônica e ser, no plano psicológico, um doente crônico. Do ponto de vista psicológico, o doente crônico pode ser definido por outros critérios diferentes dos que se relacionam diretamente com a afecção que ele sofre ou com as seqüelas das doenças ou enfermidades que ele apresenta. Entrar na cronicidade implica uma elaboração psicológica existencial. O indivíduo vai entrar em alguma coisa que vai tomar um "estado" duradouro; essa extensão, no tempo dos distúrbios da saúde acarretará conseqüências modeladoras da sua vida psicológica". Esta cronicidade pode manifestar-se em uma das três áreas — bio, psico ou social —, mostrando ao indivíduo que sua integridade está ameaçada.

VOLICH¹⁴ mostra que "o indivíduo sempre está se certificando desta integridade, muitas vezes negando quando ela não existe, negando assim a desintegração. A sensação de qualquer ameaça à integridade de nosso organismo gera ansiedade e, como conseqüência, leva à sua mobilização, no sentido de defesa". Na busca de evitar ou negar a desintegração tenta-se transformar o que está à volta do indivíduo e não o que está em seu interior.

"...no início da doença, o indivíduo reage da mesma forma que em outras crises de sua vida, podendo ter reações complexas que envolvam seu intelecto e emoções"³.

Estes autores ressaltam, ainda, que no momento em que o indivíduo passa a depender dos outros para satisfazer suas necessidades ele inicia um processo regressivo. FERREIRA apud COSTA et alii³ define dependência como "um estado de caráter dependente; que por sua vez significa estar subordinado a alguém".

SCHNEIDER¹¹ cita que temos uma estrutura psicológica e esta "é constituída por uma tendência em apresentar determinadas atitudes conscientes ou inconscientes, normalmente presentes no homem, principalmente quando está doente, mas que são mobilizáveis demasiado rapidamente ou fortes demais no doente crônico". Neste percebe-se, segundo o autor, que ocorre o desencadeamento da "triade psicodinâmica", que compreende tendências à dependência, à regressão e à passividade. Afirma, ainda, que associado a esta triade também há a sensibilidade a frustrações e, devido a esta sensibilidade, essas personalidades são mais vulneráveis a qualquer afecção que lhes atinja o corpo e a estima.

KOPSTEIN⁴ confirma a afirmação acima mostrando que os pacientes crônicos acionam mecanismos de ansiedade, regressão e depressão.

NERY et alii⁷ em seu estudo com pacientes em diálise peritoneal coloca que "a perda de um corpo saudável significa uma perda de autonomia do paciente, levando-o a ansiedade e depressão...". Sobre a regressão, também encontrada por outros autores, estas afirmam que "aceitar a doença implica em que o indivíduo se coloque nas mãos dos outros, e para ele fazer isto ele deve voltar a formas anteriores de comportamento, regredindo". Concluindo este estudo, notaram que os problemas emocionais mais frequentes nestes pacientes são a ansiedade, depressão, desestímulo, preocupação com a doença e apatia.

SCHNEIDER¹¹ também cita outro mecanismo de defesa usual do doente crônico: a negação. "A negação da realidade pode se referir à própria doença e impedir que o paciente se faça tratar quando a doença é grave. É o que se costuma observar entre os diabéticos jovens". Observou-se que estes indivíduos podem negar a tal ponto a doença, recusando o tratamento e afirmando terem boa saúde.

Referindo-se a pacientes renais crônicos BELAND & PASSOS apud NERY et alii⁷ colocam que muitas vezes o paciente fica irado e não tem consciência de sua ira, o que geralmente é deslocado contra aqueles que estão no ambiente ou voltam-na para dentro de si mesmo, originando a depressão.

SCHAVELZON¹⁰ num estudo sobre psicologia e câncer, afirma que "todos os estudos psicológicos destacam um

ponto comum nos cancerosos: reações ou sentimentos de culpa ou complexos de culpa. Os pacientes mostram a necessidade em encontrar uma causa para sua enfermidade. A maioria culpa a si mesmo...". Ele mostra, também, que outros pacientes reagem atribuindo a origem da doença como um castigo divino.

Devemos considerar como de grande importância o papel que a família desempenha no processo da doença, pois as atitudes e reações desta influenciam substancialmente o processo pelo qual o paciente está passando. BLEGER² abordando os aspectos emocionais do canceroso afirma que a família também mobiliza ansiedades e suas defesas correspondentes podem ir dos níveis mais regressivos de comportamento até os mais integrados.

KOPSTEIN⁴ diz que "para suportar o processo terapêutico, o crônico é levado a executar uma difícil tarefa, e saem vencedores os mais bem estruturados psicologicamente. Frequentemente observamos que os indivíduos que dispunham de um certo grau de sucesso em suas vidas, anterior a esta fase, geralmente colaboram melhor com o tratamento do que indivíduos previamente frustrados, dependentes ou de pouca iniciativa. São os crônicos com as mais graves características de dependência e depressão que justamente costumam apresentar o número de complicações e, secundariamente, as piores evoluções". Este autor coloca ainda que o paciente crônico, regressivo, de evolução difícil, para ser reabilitado clinicamente, necessita progredir, especialmente na esfera afetiva, enfatizando que o processo clínico está subordinado ao fator emocional.

SCHNEIDER¹¹ em sua abordagem da psicologia ao doente crônico enfatiza que os tratamentos deste tipo de paciente são mais eficientes quando realizados em grupos, especialmente com relação ao manejo da "triade psicodinâmica".

O presente trabalho constitui um relato de experiência vivenciada num Hospital Universitário dentro de um atendimento ambulatorial interdisciplinar ao paciente diabético, enfatizando a atuação do psicólogo.

O objetivo primordial da psicologia neste atendimento é realizar um trabalho terapêutico, educativo e de apoio, enfocando o indivíduo em seu processo atual de vida, levando-o a elaborar suas vivências, conviver com a doença e desenvolver suas potencialidades. Enfim, proporcionar ao diabético uma visão dele próprio como pessoa íntegra e não com o estigma da doença.

Este trabalho é de caráter exploratório, não objetivando estabelecer conclusões, mas contribuir para um atendimento mais eficaz ao paciente portador de diabetes mellitus através da apresentação desta experiência, visto que temos poucos estudos nesta área.

2 - METODOLOGIA

Este atendimento é realizado no Hospital Universitário Regional do Norte do Paraná - Londrina - PR, dentro de um projeto denominado "Atendimento ambulatorial interdisciplinar ao paciente diabético", desde março de 1984.

A equipe interdisciplinar é composta por três docentes do Departamento de Clínica Médica da disciplina de Endo-

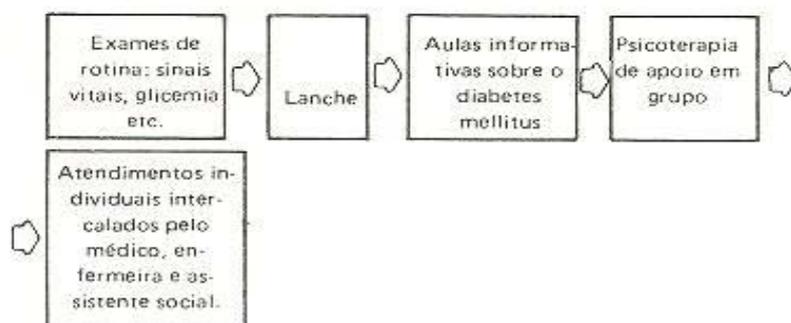
crinologia, três docentes do Departamento de Enfermagem da disciplina de Enfermagem Médico-Cirúrgica, uma enfermeira-chefe do ambulatório do Hospital, uma assistente social e um psicólogo.

Tem-se, também, a participação de universitários dos cursos de medicina e enfermagem.

O objetivo da equipe é realizar um trabalho de educação e conscientização. O diabético aprende sobre sua doença e como lidar com a mesma, no âmbito físico, evitando as complicações. Este trabalho educativo é realizado pelas enfermeiras e médicos. A adaptação social é enfatizada e trabalhada junto com a assistente social. Na área psíquica é realizado um trabalho de apoio e conscientização.

A população alvo é composta por diabéticos, selecionados de acordo com os seguintes critérios: idade 10 a 60 anos, disponibilidade para comparecer ao ambulatório uma vez por mês e ausência de deficiência física que dificulte a apreensão e compreensão do atendimento. Estes indivíduos estão distribuídos em grupos com cerca de 12 pacientes, agrupados por ano de início no projeto. Por exemplo: grupos de 1984, 1985, 1986 e 1987.

Estes pacientes frequentam o ambulatório uma vez por mês, onde são atendidos interdisciplinarmente seguindo um fluxograma de ação:



A atuação do psicólogo se dá em dois níveis: 1) junto ao paciente; 2) junto à equipe, como elemento orientador e integrador. Apesar desta tarefa de integração da equipe ser responsabilidade de todos os profissionais que a compõem.

A psicoterapia de apoio em grupo é realizada no sistema de grupo fechado, com duração de 40 min., onde o terapeuta procura trabalhar com os aspectos emocionais emergentes do grupo com um enfoque educativo e de apoio, permitindo que os diabéticos expressem abertamente seus sentimentos e emoções auxiliando-se mutuamente.

São realizados atendimentos individuais pelo psicólogo de acordo com as necessidades dos pacientes. Tais necessidades podem ser detectadas por qualquer membro da equipe ou pelo próprio paciente.

A equipe interdisciplinar reúne-se mensalmente com o objetivo de discutir o trabalho que está sendo realizado, trocar experiências e material teórico e discutir casos de diabéticos.

Porém, a todo o momento as informações sobre a equipe e os pacientes são interligadas.

3 – RESULTADOS E DISCUSSÃO

Neste trabalho enfatiza-se que o homem é único e indivisível, porém a dissociação é o recurso instrumental para lidar com ele. Os integrantes da equipe são técnicos com formações específicas e nenhum deles é preparado para lidar, ao mesmo tempo, com o bio, o psico e o social, havendo a necessidade de complementar seus conhecimentos por outros técnicos. Somente haverá a integração do homem que está em tratamento se houver a integração dos profissionais que lidam com este. Através de nossa experiência, notamos que o trabalho junto aos diabéticos tem sido efetivo, em grande parte, devido a esta inter-ligação que conseguimos obter a nível de equipe.

A linha de ação que norteia esta experiência com diabéticos é um trabalho de educação e conscientização.

Percebe-se que ocorre um círculo vicioso no processo de tratamento do diabético: o indivíduo participa mais das orientações de auto-cuidado quando lida emocionalmente melhor com a doença e; vai se conscientizando mais, quanto a sentimentos e emoções, quando vai tendo maior conhecimento de sua doença e a necessidade de auto-cuidar-se com o intuito de retardar o andamento desta. Assim, a sua aceitação da doença e auto-estima está condicionada à educação sobre auto-cuidado e vice-versa.

Mais uma vez, comprovamos a necessidade de inter-ligação entre as áreas. Por exemplo, um paciente que tem tido uma má evolução, do ponto de vista médico, pode estar com problemas na área biológica, social ou psicológica.

Baseado na literatura citada^{3, 4, 7, 10, 11} e em nossa prática, notamos que há semelhança, no âmbito psíquico, entre os pacientes portadores de doenças crônicas. Quando falamos de diabéticos, falamos também de hipertensos, cancerosos, renais crônicos, etc.

Um aspecto a ser ressaltado, que comumente observamos, é que quanto mais neuróticas as defesas do diabético, maior é a probabilidade da doença evoluir. Consideramos, também, que o tratamento lembra-lhes que estão doentes e estes começam a ter comportamentos irracionais como forma de não enfrentar a realidade.

Uma das reações é a de que se o diabetes não tem cura, suas dificuldades emocionais aliadas à doença também não tem.

Todos nós temos as ansiedades básicas desde o nascimento-paranóide e depressiva. Sendo a ansiedade paranóide constituída por medo do ataque ou dos perigos de destruição e, a depressiva constitui o medo da perda de objetos internos bons e partes de si mesmo. Assim como, temos os mecanismos de defesa que são acionados frente a estas ansiedades. A doença em si já constitui uma ameaça, não só à integridade física, mas à própria identidade.

A regressão é um mecanismo normalmente observado e, se a equipe não estiver bem estruturada ela começa a proteger o paciente tornando-se responsável pelo tratamento e não colocando esta responsabilidade no paciente. Este torna-se um indivíduo dependente e passa a portar-se como uma criança. Parece que a regressão está associada

ao desejo do paciente em usufruir de alguns benefícios trazidos pela doença.

SCHNEIDER¹¹ aborda a negação em diabéticos jovens e este parece constituir o mecanismo que traz maiores prejuízos ao indivíduo, pois ele abandona o tratamento ou não o faz de maneira correta. Em nosso ambulatório, com referência aos grupos de 1986, houve a desistência de 32,1% de pacientes, sendo estes todos jovens. Normalmente, estes diabéticos são internados inúmeras vezes, comportam-se socialmente como indivíduos normais com relação à alimentação, tornando-se cada vez mais difícil o tratamento e o controle.

No trabalho com os diabéticos percebe-se que eles abordam muito o tema "culpa x castigo" através de frase como: "eu sempre fui tão bom..." ou "acho que é castigo por ter judiado da minha irmã..." ou "...eu sempre comi demais, por isso...".

Nota-se a necessidade deles estarem castigando-se atualmente através da citação, em demasia, sobre alimentação. Eles falam, durante grande parte do tempo, em pratos deliciosos, festas fartas em alimentos; enfim, temas que lembram-lhes que não podem alimentarem-se.

Neste ponto, devemos considerar o aspecto psicológico e social da alimentação. Sob o aspecto psicológico, sabemos que a boca constitui a primeira fonte de prazer da criança, ou seja, através dela ela recebe alimentação que serve para seu desenvolvimento biológico e também recebe as primeiras manifestações de amor do mundo exterior. Assim, a alimentação tem uma carga de prazer muito grande que o diabético perde com a doença e; sendo a boca uma fonte primária de prazer temos que considerar que esta perda pode representar tanto um desligamento do mundo exterior como a necessidade de canalizar energia libidínica para outras fontes.

No âmbito social também temos a representação do alimento como forma de amor. Quando vamos comemorar algo ou compartilhar alegrias com as pessoas, normalmente isto é feito compartilhando-se a alimentação, ou seja, com festas, jantares, idas a bares ou restaurantes, etc.

Assim, o indivíduo necessita primariamente de acionar seus mecanismos de defesa – negação, regressão, culpa, etc para poder suportar a primeira fase da doença.

Não podemos deixar de considerar o papel da família neste processo. Estas apresentam reações que influenciam o indivíduo e seu tratamento. Há famílias que desempenham o papel de super-protetores impedindo o indivíduo de assumir qualquer responsabilidade para com ele mesmo ou para com o tratamento, estimulando a dependência. Outros assumem o papel oposto, não respeitando as limitações do diabético prejudicando, também, o tratamento.

O que podemos concluir é que há reações em comum, porém estas dependem do tipo de personalidade de cada indivíduo. SCHNEIDER¹¹ aborda este assunto de uma forma muito coerente, mostrando que o paciente fisicamente crônico não é necessariamente psicologicamente crônico e vice-versa. Uma pessoa bem estruturada psicologicamente pode ter uma doença crônica e enfrentá-la de forma equilibrada. Sem dúvida que devemos considerar

que o indivíduo que sente sua integridade abalada terá maior probabilidade de acionar mecanismos de defesa com a finalidade de proteger-se da desintegração.

Considerando estes aspectos citados acima, percebe-se que o trabalho psicológico em grupo com estes pacientes tem sido efetivo, pois havendo um problema comum entre eles – o diabetes – haverá maior identificação e, conseqüentemente, maior participação destes no tratamento, tornando-se elementos de apoio uns dos outros.

Parece que a necessidade de união, em pacientes crônicos, é muito intensa. Em nossa prática, percebemos que essa união pode levar a dois pontos: 1) a união, como forma de incentivo e apoio, facilitando o tratamento ou; 2) eles unem-se contra a equipe, no sentido de lutar contra o tratamento. Esta última hipótese é observada em grupos que possuem dificuldades em obter sucesso com o tratamento, ou seja, não conseguem diminuir o peso, baixar a taxa de glicemia, etc, e para eles a equipe passa a representar o controle, a cobrança e a comprovação de que estão doentes.

A atuação do psicólogo constitui um trabalho de apoio, mas, ao mesmo tempo, de educação e conscientização, analisando as necessidades de cada indivíduo, onde ele deve incorporar a doença à sua vida, responsabilizar-se por seu auto-cuidado e, acima de tudo, perceberem-se como pessoas íntegras.

4 – CONCLUSÃO

À partir desta experiência, percebemos que o atendimento ao diabético é mais efetivo quando realizado de

forma interdisciplinar, pois o homem é uma unidade biopsicossocial – com saúde ou doente – não o vendo como uma soma de funções, mas como uma integração destas. Ressaltamos a importância da psicologia estar inserida nesta equipe, atendendo a todos os pacientes e interligando seus conhecimentos e experiências com os demais profissionais.

O trabalho interdisciplinar com tais pacientes tem tido bons resultados quando realizados de forma educativa e conscientizadora, com o paciente tornando-se habilitado a lidar com seus aspectos físicos, sociais e emocionais.

A dificuldade em traçar um perfil psíquico do diabético é evidente, pois cada um reage de acordo com suas vivências anteriores e estrutura de personalidade. Assim como, não podemos afirmar que um doente fisicamente crônico também é psicologicamente crônico. Porém, por ter problemas em uma das três áreas – bio, psico ou social –, terá maior probabilidade de acionar mecanismos de defesa.

Notamos alguns problemas emocionais mais evidentes e comuns aos pacientes crônicos de forma geral: ansiedade, depressão, apatia, regressão, dependência, sentimentos de culpa e castigo, negação e sensibilidade a frustrações.

Concluindo, ressaltamos a necessidade de um trabalho integrado e educativo aos diabéticos, recomendando a atuação interdisciplinar com estes. Através de nossa experiência, afirmamos que temos muitas dificuldades a serem superadas, mas os resultados têm mostrado-nos o crescimento individual não só dos diabéticos, mas de cada profissional da equipe.

ABSTRACT

Diabetic patients receive at the University Hospital of the State University of Londrina interdisciplinary assistance, with the purpose of attending the patient in his biopsycosocial integrity. For this reason Psychology is not an isolate assistance for the patient, but is included in an integrated work with the psychologist working at two levels: 1) in groups and individually (when necessary) with the patients; 2) with the professional staff as orientating and integrating members. Therefore, the psychologist's main objective is therapeutic work of intervention and education centralizing the emergent problem of the patient. It intends to conduct the patient to elaborate his actual experiences, to live with diabetes and to develop his potentialities. Through our experience we have perceived how difficult it is to establish the diabetic's psychological outline. However we emphasize two aspects normally observed: 1) similarity of diabetic's psychological characteristics to other degenerative diseases; 2) the preception of guilt and the occurrence of the illness as punishment.

KEY WORDS: *Interdisciplinary assistance; Psychologist's function; Education and conscientionsness; Diabetic's defence mechanisms; Social function of diabetes; "Guilt x punishment".*

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. BLEGER, J. *Psicologia y medicina*. In: SCHAVELZON, J. et alii. *Psicologia y cáncer*. Buenos Aires, Hormé, s.d. p.51-74.
2. ———. *El pacient y el cáncer*. In: SCHAVELZON, J. et alii. *Psicologia y cáncer*. Buenos Aires, Hormé, s.d. p.75-94.
3. COSTA, L.M.D. et alii. *Avaliação do nível de dependência do cliente adulto, com restrição de movimentos dos membros inferiores, visando a promoção do auto-cuidado*. *Rev. Gaúcha Enf. Porto Alegre*, 7(2): 199-221, jul. 1986.
4. KOPSTEIN, J. *Doente crônico em tratamento pelo rim artificial*. In: MARTINS, C., coord. *Perspectivas da*

- relação médico - paciente*. Porto Alegre, Artes Médicas, 1981. p.137-46.
5. LIMA, J.P. Aspectos da relação médico-paciente em gastroenterologia, hepatologia e endoscopia digestiva. In: MARTINS, C., coord. *Perspectivas da relação médico-paciente*. Porto Alegre, Artes Médicas, 1981. p.107-18.
 6. MILECH, A. et alii. Plano nacional de prevenção e controle do diabetes "mellitus". *Arq. Bras. Endocrinol. Metabol.*, 30(1):24-30, março, 1986.
 7. NERY, C.B. et alii. Problemas emocionais apresentados por pacientes em programa de diálise peritoneal. *Rev. Gaúcha Enf.*, Porto Alegre, 7(2):222-31, jul. 1986.
 8. NUNES, A.M.P. *Desenvolvimento de um instrumento para identificação da competência do diabético para o auto-cuidado*. Florianópolis, 1982. p.142. (Dissertação de Mestrado, Universidade Federal de Santa Catarina).
 9. SCAIN, S.F. Educação para a saúde a grupos de clientes diabéticos. *Rev. Gaúcha Enf.*, Porto Alegre, 7(2):232-246 jul., 1986.
 10. SCHAVELZON, J. Psicologia y câncer. In: SCHAVELZON, J. et alii. *Psicologia y câncer*. Buenos Aires, Hormé, s.d. p.17-50.
 11. SCHNEIDER, P.B. et alii. Le molade chronique en psychiatrie ambulatoire — étude épidémiologique, clinique et catamnétique d'un groupe de 309 patients. Genève, Medicine et Hygiène, 1976.
 12. SILVA, C.C.Z. et alii. O atendimento ao paciente diabético por uma equipe multiprofissional: uma experiência no Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Goiás. *Rev. Goiana Med.*, Goiânia, 26: 151-161, 1980.
 13. TAKAHASHI, O.C. *Atendimento ambulatorial interdisciplinar ao paciente diabético*. In: CONGRESSO BRASILEIRO DE ENFERMAGEM, 38, Rio de Janeiro 1986.
 14. VOLICH, R.M. Do poder da cura à cura do poder. *Folha de São Paulo*, São Paulo, 24 fev. 1985. Folhetim nº 423.
 15. ZAGURY, L. et alii. *Diabetes sem medo*. Rio de Janeiro, Rocco, 1984. p.113.