

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas
Departamento de Psicologia
Curso de Especialização em Psicologia Clínica:
Gestalt-Terapia e Análise Existencial

Adriana Rosa Ramos Panza

**O PAPEL DA FAMÍLIA NO CUIDADO COM A CRIANÇA DIABÉTICA: sob o olhar
da abordagem gestáltica**

Belo Horizonte
2021

Adriana Rosa Ramos Panza

O PAPEL DA FAMÍLIA NO CUIDADO COM A CRIANÇA DIABÉTICA: sob o olhar da abordagem gestáltica

Versão Final

Monografia de especialização apresentada à Faculdade de Ciências Econômicas Universidade Federal de Minas Gerais, como requisito parcial à obtenção do título de Especialista em Psicologia Clínica: Gestalt-terapia e Análise Existencial.

Orientadora: Prof.^a Telma Fulgêncio Colares da Cunha Melo

150 Panza, Adriana Rosa Ramos.
P199p O papel da família no cuidado com a criança diabética
2021 [recurso eletrônico] : sob o olhar da abordagem gestáltica /
Adriana Rosa Ramos Panza. - 2021.
1 recurso online (35 f.) : pdf
Orientadora: Telma Fulgêncio Colares da Cunha Melo.

Monografia apresentada ao curso de Especialização em
Psicologia Clínica: Gestalt-terapia e Análise Existencial -
Universidade Federal de Minas Gerais, Faculdade de
Filosofia e Ciências Humanas.

Inclui bibliografia.

1.Diabetes. 2.Crianças. 3.Família. 4.Gestalt-terapia.
I. Melo, Telma Fulgêncio Colares da Cunha. II. Universidade
Federal de Minas Gerais. Faculdade de Filosofia e Ciências
Humanas. III .Título.



UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
FACULDADE DE FILOSOFIA E CIÊNCIAS HUMANAS
COLEGIADO DO CURSO DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA CLÍNICA: GESTALT-TERAPIA E ANÁLISE EXISTENCIAL

Folha de Aprovação

O PAPEL DA FAMÍLIA NO CUIDADO COM A CRIANÇA DIABÉTICA: SOB O OLHAR DA ABORDAGEM GESTALTICA.
ADRIANA ROSA RAMOS PANZA

monografia defendida e aprovada, no dia onze de agosto de 2021, pela Banca Examinadora designada pelo Colegiado do CURSO DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA CLÍNICA: GESTALT-TERAPIA E ANÁLISE EXISTENCIAL da Universidade Federal de Minas Gerais constituída pelos seguintes professores:

Telma Fulgêncio Colares da Cunha Melo - Orientador

Saleth Sales Horta

Belo Horizonte, 15 de outubro de 2021.

Prof^a. Dr^a. Claudia Lins Cardoso

Coordenadora do Curso



Documento assinado eletronicamente por Valteir Gonçalves Ribeiro, Chefe de seção, em 15/10/2021, às 11:36, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 5º do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#).



Documento assinado eletronicamente por Claudia Lins Cardoso, Professora do Magistério Superior, em 15/10/2021, às 17:26, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 5º do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#).



A autenticidade deste documento pode ser conferida no site https://sei.ufmg.br/sei/controlador_externo.php?acao=documento_conferir&id_orgao_acesso_externo=0, informando o código verificador 1022837 e o código CRC D8B50F84.

AGRADECIMENTOS

Aos meus pais agradeço o esforço contínuo para que eu pudesse acordar bem todas as manhãs, mesmo após hipoglicemias severas durante as madrugadas.

Ao meu marido, o apoio, o companheirismo e a paciência durante os dias estressantes na produção desta monografia e os almoços feitos por ele aos sábados de aula; por ser meu heterossuporte nos momentos em que eu perdi o equilíbrio.

Ao meu irmão e amigo, que sempre buscou uma Coca-Cola no bar quando eu precisava corrigir minhas hipoglicemias.

À Custódia, mãe de uma amiga da infância, que fez o primeiro bolo sem açúcar especialmente para mim no aniversário de sua filha.

Ao meu padrinho Fragoso, que com todo seu jeito gestáltico de existir me apresentou esta abordagem apaixonante e que além da faculdade me acompanhou na vida. Muito obrigada por ser presença.

Agradeço especialmente a minha endocrinologista preferida, Rosiane Alves Pereira de Castro, que esteve comigo no momento mais difícil do meu diabetes, que foi me visitar no hospital e que se esforçou muitas vezes para conseguirmos um bom resultado no controle glicêmico; se hoje eu uso uma bomba de infusão de insulina e vivo melhor, com toda certeza foi graças a ela.

RESUMO

O objetivo principal deste trabalho foi refletir sobre a criança diabética e sua família quanto à necessidade de um cuidado diferenciado, acolhedor, compreensivo e constante no momento da conclusão diagnóstica, bem como durante o acompanhamento por toda a vida, uma vez que a doença é crônica. O diabetes modifica a vida da criança, pois impõe novos limites e possibilidades. Após a descoberta do problema, há um desequilíbrio tanto da criança como da família, havendo, portanto, a necessidade de cuidados diferenciados para a aceitação do diagnóstico de maneira saudável, os quais contribuem para que a criança adquira autonomia para exercer o cuidado consigo mesma. A família tem papel significativo na compreensão da doença e das suas peculiaridades. Para esta pesquisa adotou-se como metodologia a revisão bibliográfica. Utilizamos por base a Gestalt-terapia, que compreende o homem como totalidade no mundo, um ser relacional, num processo de vir-a-ser. Nesse sentido, a família exerce um papel significativo no cuidado da criança, visando à integração entre respeitar a singularidade dela e cuidar para evitar danos futuros decorrentes da doença, tais como nefropatia, cegueira ou amputação de membros.

Palavras-chave: Diabetes. Criança. Gestalt-terapia. Família. Relação.

ABSTRACT

The objective of this work is to reflect on the diabetic child and its family considering the need for special, supportive, sympathetic and constant care, not only when diagnosis is concluded, but for the entire life, since it is a chronic disease. Diabetes changes the child's life as it imposes new limits and possibilities. Once the disease is confirmed, it creates an imbalance for both child and family. Special care is therefore necessary for a greater acceptance of the diagnosis, thus helping the child in their autonomy and self-care. Family plays a significant role to understand the disease and its characteristics. Bibliographic review was the methodology adopted for this research and Gestalt therapy used as a basis, since it understands the human being as part of the world, a social being in a process of development. In this sense, family plays a significant role by respecting the child's uniqueness on one hand and, on the other hand, taking care of them to avoid future consequences, such as nephropathies, blindness or amputation deriving from the disease.

Keywords: Diabetes. Child. Gestalt therapy. Family. Relationship.

LISTA DE SIGLAS

ICD	Instituto da Criança Com Diabetes
DM1	Diabetes Mellitus Tipo 1
ECA	Estatuto da Criança e do Adolescente
OMS	Organização Mundial de Saúde
SBD	Sociedade Brasileira de Diabetes

SUMÁRIO

<u>1</u>	<u>INTRODUÇÃO</u>	7
<u>2</u>	<u>DIABETES</u>	10
<u>2.1</u>	<u>Criança diabética</u>	10
<u>2.2</u>	<u>Cuidados necessários com a criança e a sua família após o diagnóstico</u>	12
<u>3</u>	<u>ABORDAGEM GESTÁLTICA</u>	18
<u>3.1</u>	<u>Visão de homem</u>	18
<u>3.2</u>	<u>Compreensão da criança</u>	20
<u>4</u>	<u>FAMÍLIA</u>	23
<u>4.1</u>	<u>Relação criança-família</u>	23
<u>4.2</u>	<u>Reflexões sobre o papel da família após o diagnóstico</u>	25
<u>5</u>	<u>CONSIDERAÇÕES FINAIS</u>	30
	<u>REFERÊNCIAS</u>	32

1 INTRODUÇÃO

Diabetes é uma doença crônica em que o pâncreas para de funcionar de maneira satisfatória e precisa, para evitar danos posteriores nos outros órgãos, da correção do nível de glicose com aplicações regulares de insulina. O número de diagnósticos de diabetes realizados no Brasil vem crescendo de maneira assustadora e tende a aumentar ainda mais, inclusive na infância. Com essa previsão, é necessária uma atenção para a vivência do sofrimento dessas crianças e de seus familiares. A notícia do diagnóstico é impactante, pois a criança não compreende ainda as implicações da doença, mas sente os resultados dela.

Como uma pessoa que vivenciou o diagnóstico de diabetes na infância, vale ressaltar que não foram simples todas as alterações ocorridas na maneira como eu passei a viver depois do primeiro exame alterado. Eu simplesmente me deitei para dormir (não diabética) e acordei recebendo a notícia que eu tinha uma doença grave e que durante toda a minha vida eu precisaria tomar injeções de insulina várias vezes ao dia, todos os dias, para sempre.

Apesar de não compreender muito bem como minha vida precisava se reestruturar, diante da postura dos adultos me senti ameaçada. Lembro que as semanas seguintes após o diagnóstico foram difíceis, confusas e assustadoras. Mudanças na alimentação, a necessidade de furar o dedo, na época a glicemia também era monitorada por meio de exames de urina feitos em casa (o que gerava muito incômodo), além das sensações estranhas que eu não sabia se eram hipoglicemias ou hiperglicemias, das adaptações na escola, das alterações nos horários de lanche; tudo mudou.

Recordo-me de falas muito difíceis de serem entendidas naquela época; era como se meu futuro fosse diminuído, pois com certeza eu teria alguma complicação da doença. Lembro-me com horror das fotos (mostradas pelos profissionais nas palestras) de pessoas que tiveram agravamentos do problema no decorrer do tempo. A equipe médica multiprofissional não soube conduzir e orientar a minha família diante de tudo que eu precisava viver, o que refletiu na minha forma de olhar para o diabetes.

Compreendendo a criança como ser relacional, inserida numa família que contribui para a ampliação de seu horizonte de mundo a partir das suas vivências, buscaremos refletir sobre como os adultos podem ajudar a criança na sua forma de estar no mundo, como um ser diferenciado, sendo seu heterossuporte.

Ao compreendermos a criança como ser que vai se constituindo a partir das relações que vivencia, bem como essas relações como potenciais facilitadoras ou dificultadoras de seu

desenvolvimento, é importante nos atentarmos à maneira como os responsáveis vivenciam o diagnóstico, pois isso causa impacto na forma como a criança se relaciona com a doença.

Barone (2013) demonstra que as mudanças na rotina são intensas. Ele traz informações sobre como o diabético poderá vivenciar cada fase da doença, explica sobre os termos da patologia que muitas vezes são novos para a família e para a criança e convida a pessoa a refletir sobre as complicações decorrentes do mau controle.

Ao entender a criança como totalidade inserida em outras totalidades e na busca pelo equilíbrio constante, Aguiar (2015) contribui refletindo sobre a maneira diferenciada que a Gestalt-terapia compreende esse ser e percebe o papel dos familiares nessa relação, bem como sobre a importância da fluidez nos momentos em que a família vivencia algum tipo de conflito.

A realidade descrita, os meus estudos sobre a Gestalt-terapia e a pequena quantidade de material publicado sobre a temática me despertaram para esta pesquisa bibliográfica, no intuito de auxiliar outros profissionais que trabalham com crianças na abordagem gestáltica. Buscamos caracterizar as mudanças no cotidiano das crianças e das famílias, já que a população diabética tem aumentado consideravelmente. Tomamos como referência os fundamentos teóricos da Gestalt-terapia. Uma vez que o homem para essa abordagem é um ser-no-mundo relacional, e as vivências iniciais não determinam, mas contribuem para a construção desse ser, pretendemos identificar como a família pode facilitar ou dificultar o processo de aceitação da doença, refletindo que a função dela com a criança diabética ultrapassa os cuidados básicos demandados pelo diabetes. Considerando o papel significativo da família na compreensão da doença, percebemos a necessidade da integração do respeito pela singularidade da criança com os cuidados básicos a fim de evitar descompensações futuras decorrentes do problema de saúde. Para que isso ocorra de maneira satisfatória, observamos a relevância de uma equipe multidisciplinar competente que contribuirá para a construção do autossuporte dos envolvidos.

Sendo assim, abordamos no capítulo 2 informações relevantes sobre o diabetes, características referentes às particularidades da doença no público infantil assim como a importância dos cuidados ofertados pelos adultos para evitar complicações futuras. No capítulo 3 fazemos uma alusão à epistemologia da abordagem gestáltica, a como ela percebe o homem na sua existência, no seu movimento no mundo. Tal abordagem considera o homem um ser holístico, dotado de possibilidades, inserido no mundo, portanto visto como um ser relacional; a criança é entendida como recém-chegada ao mundo, um ser em construção; e a família é tida como uma totalidade inserida em outras totalidades. No capítulo 4 destacamos o lugar da família no cuidado do diabetes, pois ao reconhecermos o homem como ser relacional, entendemos que a criança precisa do outro para viver. Finalizamos com a reflexão acerca do

papel da família no cuidado com a criança diabética, a qual continua sendo criança, mas com características diferenciadas, com a necessidade de cuidados rigorosos referentes à doença e cuidados singulares referentes à maneira de ser diferente no mundo. Buscamos, a partir disso, refletir sobre a necessidade do respeito a essa maneira singular de existir, o que facilita a integração desse ser.

Por fim, percebemos que, em paralelo às responsabilidades do adulto nos cuidados essenciais para administrar a doença e evitar complicações futuras, é fundamental oferecer cuidados singulares e acompanhar as especificidades desse ser-no-mundo diabético. Também ressaltamos a relevância de uma equipe multiprofissional competente que ofereça suporte para a família conseguir realizar essa integração de maneira saudável.

2 DIABETES

Vivemos atualmente uma realidade bastante desafiadora/triste referente ao quantitativo de crianças diabéticas no Brasil. De acordo com a Sociedade Brasileira dos Diabéticos (SBD, 2019, p. 12), “o Brasil ocupa o 3º lugar em número de crianças e adolescentes com diabetes tipo 1”. O número de diagnósticos de diabetes tipo 1 na infância vem aumentando em 3% o índice ao ano, por isso é necessário um olhar bastante atento e cuidadoso para o sofrimento das crianças que recebem o diagnóstico bem como para o sofrimento das suas famílias.

De acordo com o Instituto da Criança com Diabetes (ICD), “O diabetes tipo 1 (DM1) é uma doença auto-imune caracterizada pela destruição das células beta produtoras de insulina.” (CONHEÇA..., c2020). Ou seja, o diabetes mellitus tipo 1 é quando a produção de insulina pelo pâncreas se encerra ou é produzida de forma insatisfatória para o organismo se manter funcionando bem, de maneira saudável.

O pâncreas é uma glândula que desempenha duas funções básicas em nosso corpo: uma delas é fazer parte do sistema digestivo produzindo enzimas, e outra é produzir hormônios, sendo um deles a insulina, responsável pelo controle da glicose. Dessa maneira, quando o pâncreas para de produzir insulina e a glicose no organismo é considerada fora da normalidade, significa que a criança está diabética e precisará, a partir desse momento, fazer uso de aplicações de insulina diariamente, por meio do uso de injeções, de canetas ou até mesmo da bomba de insulina para regularização do açúcar no organismo. Portanto, para a criança se manter viva e preservando sua saúde, é necessária uma mudança significativa na rotina dela e de seus familiares.

A diabetes é uma doença metabólica: seu portador não consegue degradar moléculas de glicose corretamente ou em velocidade suficiente. A glicose é um tipo de açúcar básico que ingerimos na alimentação, e é essencial para a vida. A alta taxa de glicose circulante no sangue, entretanto, pode provocar danos em órgãos como os rins, além de poder levar à amputação de membros inferiores e causar cegueira. Pacientes com hiperglicemia são mais suscetíveis a ataques cardíacos ou derrames. A diabetes se divide em duas categorias, os tipos 1 e 2. A primeira é uma forma de diabetes relacionada ao sistema autoimune, em geral identificada na infância ou adolescência. (QUAL..., 2018).

2.1 Criança diabética

Nas crianças o diabetes tipo 1 é o mais recorrente. Para prevenir a descompensação por conta do aumento no nível da glicose no sangue, é necessário o tratamento com insulina, chamado também de insulino terapia, o mais rápido possível. Além da insulino terapia, que é

iniciada assim que o diagnóstico é realizado, toda a rotina da família é alterada, como aborda Barone (2013). Segundo os dados da SBD (2019), é mais comum a descoberta da doença na população abaixo dos 5 anos, o que nos faz perceber que o cuidado essencial deverá ser ministrado pelos responsáveis e não pela criança. Entretanto, relacionar-se com essa realidade não é algo simples para os adultos.

O tratamento de crianças e adolescentes com DM1 deve considerar características únicas dessa faixa etária, como mudanças na sensibilidade à insulina relacionadas à maturidade sexual e ao crescimento físico, capacidades de iniciar o autocuidado, supervisão na assistência à infância e escola, além de uma vulnerabilidade neurológica a hipoglicemia e, possivelmente, hiperglicemia, bem como a cetoacidose diabética. A atenção à dinâmica familiar também é essencial no desenvolvimento e na implementação de um esquema de tratamento para a doença. (SBD, 201, p. 175).

Segundo a SBD (2019, p. 12), “Se as tendências atuais persistirem, o número de pessoas com diabetes foi projetado para ser superior a 628,6 milhões em 2045.” Tendo em vista essa previsão de crescimento do número de pessoas que enfrentarão o problema, a endocrinologista Hermelinda Pedrosa, presidente da SBD, faz-nos refletir sobre a importância da família na prevenção e no controle do diabetes, uma vez que ela organizará a rotina para reduzir os riscos e os danos da doença a longo prazo.

Como vimos, em um primeiro momento é muito importante que a família se reorganize para prestar os cuidados básicos para que a criança diagnosticada se mantenha viva, porque, como sabemos, esta é dependente do cuidado dos adultos. Vale ressaltar que, de acordo com a OMS, o diabetes é a terceira causa de mortalidade prematura (SBD, 2019). Percebemos com essa informação que não é uma doença simples, inclusive ela é considerada crônica. Por isso, são necessários cuidados bastante específicos, frequentes, regulares e muito singulares para a manutenção da vida.

Conforme sinaliza Barone (2013), o tratamento do diabetes em criança e adolescente, diante da sensibilidade à insulina pela peculiaridade do desenvolvimento, requer um cuidado sistemático e rigoroso que conseqüentemente altera todo o cotidiano da família. A SBD mostra que a família desempenhará um papel importante no cuidado com a criança, uma vez que esta ainda não tem recursos suficientes para lidar com as especificidades do tratamento. Portanto, a família e a criança deverão ser acompanhadas por uma equipe multidisciplinar especializada em cuidados com diabéticos.

O tratamento da criança envolve várias etapas, como administração da insulina, monitoramento da glicemia várias vezes ao dia, atividade física, alimentação balanceada, cuidados com a hipoglicemia, que é a diminuição da taxa de glicose no corpo, com a

hiperglicemia, que é o aumento da taxa de glicose no corpo, ambas atuando de forma prejudicial ao organismo devido a suas consequências.

De acordo com Burd:

A hipoglicemia é uma das complicações agudas mais graves durante o tratamento do DM. Os sinais e sintomas são decorrentes da descarga de adrenalina do sistema nervoso autônomo e da neuroglicopenia, isto é, queda da concentração de açúcar no sistema nervoso central (SNC). O paciente pode chegar a perda de consciência. A hiperglicemia é uma condição aguda do diabetes. Os principais sintomas são: aumento de fome, sede, glicosúria (glicose na urina), hálito cetônico (“maçã passada”), desânimo, fraqueza e fadiga, dor abdominal, náuseas e vômitos, sinais de desidratação, e podem chegar ao coma glicêmico. (BURD, 2010, p. 319).

Diante do exposto, fica bastante clara a necessidade de refletir sobre o papel da família nos cuidados essenciais para o controle da doença. Sabe-se que o diagnóstico do diabetes requer uma mudança de conduta do paciente e de toda a sua família, que a princípio fica receosa, desorganizada e sofrida. Apenas os cuidados médicos são insuficientes para mudanças de conduta desses indivíduos. É necessário que a equipe multiprofissional esteja sempre por perto e acompanhe pacientemente as mudanças familiares necessárias à adesão ao rigor do tratamento que permanecerá durante toda a existência.

2.2 Cuidados necessários com a criança e a sua família após o diagnóstico

Quando se pensa em uma pessoa diabética, sabemos que o primeiro cuidado está relacionado com a aplicação da insulina por meio de seringas, de canetas ou de bomba de infusão. Em todos os casos será necessário um adulto para ministrá-la. Assim que a criança recebe o diagnóstico, já é necessário iniciar o tratamento, pois o pâncreas coloca o organismo em risco quando para de funcionar. Outro cuidado muito importante associado à aplicação da insulina é o controle da glicemia, pois é bastante comum, até ajustar a dose, ocorrerem hipoglicemias e hiperglicemias em decorrência do uso de tal medicamento.

A hipoglicemia pode ocorrer por diversos motivos: aplicação de muita insulina, realização de algum exercício físico, mudanças no esquema de aplicação de insulina, mudança no próprio corpo da criança devido à fase do desenvolvimento em que se encontra, falta de alimentação por tempo prolongado ou ingestão de quantidade insuficiente de carboidratos, entre outros fatores. Alguns sintomas podem ser reconhecidos pela própria pessoa, mas como no início é algo bastante novo e as crianças às vezes não sabem explicar o que estão sentindo, isso

pode ser ainda mais desafiador. É comum tontura, suor excessivo, fome, irritabilidade, desmaio e até convulsão em alguns casos mais severos.

Já a hiperglicemia pode ocorrer quando a dose de insulina é insuficiente em determinado horário, quando a pessoa consome uma quantidade de carboidrato e não faz a correção com a insulina na dosagem correta, quando o paciente faz uso de outros medicamentos, entre outras razões. Alguns sintomas bastante comuns são cansaço, sede excessiva, grande produção de urina.

É importante evitar que hipo e hiperglicemia aconteçam para prevenir o desenvolvimento de complicações crônicas. Ambas nos convidam a falar sobre outro cuidado com a criança diabética, a alimentação. Para Barone (2013), a alimentação do diabético não precisa ser diferente de uma alimentação saudável prevista para uma criança não diabética. Porém é preciso avaliar se o alimento ingerido afetará o controle glicêmico. Portanto, o adulto responsável pela criança precisará contar os carboidratos e injetar a quantidade de insulina correspondente para queimar a glicose. A contagem de carboidratos “é uma estratégia nutricional, na qual contabilizamos os gramas de carboidratos consumidos nas refeições” (MEDTRONIC, 2010, p. 9) e vem sendo muito utilizada devido à vantagem de ter uma dieta mais flexível, pois possibilita comer o que quiser sem prejuízo no controle glicêmico. Vale ressaltar que “Carboidratos são nutrientes presentes nos alimentos e são compostos por fibras alimentares, amidos e açúcares” (MEDTRONIC, 2010, p. 9) existentes na grande maioria dos alimentos. Outra forma de se alimentar pensando na redução de carboidratos ingeridos é a dieta *low carb*, baseada na baixa ingestão de carboidratos e na escolha de alimentos seguindo esse critério. É muito importante que cada opção seja avaliada por uma equipe médica qualificada que orientará a família a seguir o que for considerado melhor para a criança naquela faixa etária.

Sabemos que a atividade física é bastante benéfica para as pessoas, em especial para a criança diabética. Fica a cargo do adulto, com toda cautela, escolher o melhor horário para ser realizada, contemplando o horário da refeição e da aplicação da insulina, a duração e a frequência do exercício. A atividade física auxiliará no controle e na estabilidade da glicemia, além de contribuir para evitar outras complicações futuras. De acordo com Barone (2013), existem mais benefícios do que riscos na prática de esportes em pessoas com diabetes, mas o cuidado é muito importante, com o objetivo de evitar surpresas durante ou após a atividade, como a alteração da glicemia. Ainda nessa perspectiva, outro cuidado importante do adulto para a criança com diabetes é o brincar, que está no centro do mundo infantil. A criança brinca, e o adulto precisa ter consciência de que na maioria das vezes esse brincar envolve uma atividade física que altera a glicemia.

Em se tratando de crianças, não podemos nos esquecer de falar também sobre os cuidados na escola, outro desafio para elas próprias e para as famílias. As crianças mais velhas talvez não encontrem dificuldade em monitorar a glicemia e aplicar a insulina antes de se alimentar; porém, se for uma criança com menos de 10 anos, será necessário que algum adulto a auxilie, por isso é necessário que a família visite a escola, forneça informações, leve laudo médico, encaminhe o *kit* contendo remédios e alimentos necessários para correção de uma hipoglicemia, além de manter a criança com algum tipo de identificação visível, para que qualquer pessoa a reconheça em casos de hipoglicemias severas.

Mais uma mudança significativa no cotidiano familiar são as viagens, pois a partir de então passa a ser necessário levar a insulina, a qual precisa ficar em ambiente refrigerado. Ou seja, não são somente as malas com roupas, será necessário preparar um *kit* viagem contendo seringas, álcool, algodão, lancetas, aparelho para medir a glicemia, carboidratos para correção de hipoglicemias. Se a criança usar o sistema de bomba de infusão, outros insumos precisam ser acrescentados à lista.

Outro ponto bastante importante e complicado de ser realizado sozinho pelas crianças é o monitoramento da glicemia, pois não existe outra forma de fazê-lo a não ser furar as pontas dos dedos constantemente para saber como a glicose está variando ao longo do dia, ou seja, isso deverá ser também acompanhado pelos adultos.

Percebemos que as relações da criança com tudo que a cerca, como família, escola, viagens, alimentação, festas, brincadeiras entre outros aspectos, sofrerão alguma mudança, pois sempre envolverão o risco de que a sua glicemia passe por algum tipo de alteração, e, como sabemos, toda alteração na glicemia pode causar danos, sendo necessário um olhar atento e cuidadoso para essa forma de ser e estar no mundo com toda sua singularidade. Suas relações, a partir do momento do diagnóstico, serão construídas com base nas palavras cuidado e preservação da saúde. Ou seja, a própria manutenção da sua vida exigirá a supervisão constante de adultos.

Todos esses cuidados com insulina, evitar hipoglicemias e hiperglicemias, atentar-se à alimentação e fazer atividade física regularmente evitarão de algum modo que surjam as complicações decorrentes do diabetes.

Entre as consequências do mau controle estão: alteração de parede e entupimento de vasos sanguíneos (doença cardiovascular), doença nos rins (nefropatia), alterações na visão (retinopatia), perda da sensibilidade (neuropatia periférica), além de alterações digestivas e urinárias (neuropatia), doença periodontal e disfunção erétil (impotência sexual). (BARONE, 2013, p. 109).

A postura do adulto cuidador e o modo como ele exerce seu papel nessa relação impactarão toda a vida da criança.

O diagnóstico de DM1 causa um forte impacto sobre o paciente e seus familiares. É necessária uma boa orientação inicial para que entendam os objetivos do tratamento, o que se pretende com os esquemas propostos e a forma de monitorização dos resultados. Essa primeira orientação deve capacitá-los a administrar a insulina adequadamente, monitorar e interpretar os valores glicêmicos, reconhecer sinais e sintomas de hipoglicemia e agir para normalizar a situação (SBD, 2019, p. 177).

Conforme mencionado acima, percebendo todas as alterações sofridas na rotina da criança e da família, não podemos de maneira alguma deixar de falar sobre o impacto que o diagnóstico de diabetes traz para todos os envolvidos. A forma da criança de se relacionar com o mundo será alterada de maneira drástica, o que antes era simples, como ir para a escola e levar um lanche, torna-se algo complexo, pois o alimento afetará sua glicemia e, então, poderá causar algum dano à sua existência, e tudo isso precisa ser administrado com bastante cautela por ela e pelos adultos responsáveis.

A partir do momento em que a família percebe que a criança sofrerá algumas privações, pelo menos no início do diagnóstico de uma doença crônica é comum pensar que nunca mais poderá comer determinado tipo de alimento, ou que precisará sair de determinada atividade, ou que as viagens não serão mais da mesma maneira — e de fato não serão. Aquele alimento que antes encontrava um pâncreas funcionando bem para controlar a glicemia sozinho passará a necessitar da aplicação de insulina na dose correta; aquela atividade que antes só gerava cansaço e diversão poderá provocar uma hipoglicemia/hiperglicemia; aquela criança que podia levar somente a mochila de roupas e brinquedos para as viagens precisará carregar um *kit* para sua sobrevivência contendo insulina, aplicadores, algodão, álcool, glicosímetro, açúcares para corrigir hipoglicemias, lanches. Como vimos, toda a sua rotina se transforma de maneira extrema.

Sabemos que “O diabetes mellitus (DM), enquanto doença crônica exige adaptação dos âmbitos psicológico, social e físico, o que torna evidente a necessidade da interação da família em todo esse processo.” (ALENCAR; ALENCAR, 2009, p. 20). Em um primeiro momento, a família começará a lidar com muitas questões, como: medo, insegurança, ansiedade, frustração, desespero, tristeza, culpa, e o diagnóstico impactará não somente a rotina da família, mas também seus sonhos, planos e expectativas construídos até o momento. Por isso a necessidade de se manter uma boa relação com toda a equipe multiprofissional de promoção à saúde, que poderá ser constituída por médico endocrinologista, nutricionista, psicólogo, enfermeira,

assistente social, educador físico, terapeuta ocupacional, entre outros. Essa equipe funcionará como um apoio/suporte, avaliando as novas opções de tratamento, novas possibilidades para execução de viagens, orientações acerca da relação com a escola, cuidados referentes à alimentação, entre várias outras questões. As primeiras orientações sobre a doença são extremamente importantes. Cabe destacar que “o trabalho em equipe multiprofissional consiste uma modalidade de trabalho coletivo que se configura na relação recíproca entre as múltiplas intervenções técnicas e a interação dos agentes de diferentes áreas profissionais.” (PEDUZZI, 2001, p. 108).

A família do diabético também enfrenta a ansiedade da perda frente a enfermidade que é dramática e exige cuidados, e por isso o diabetes deve ser tratado no grupo familiar, com um membro apoiando o outro, pois através do apoio familiar os familiares tornam-se significativos no monitoramento do diabetes e na implementação das intervenções. (MARCELINO; CARVALHO, 2005, p. 75).

Seguindo esse mesmo pensamento sobre a assimilação do diagnóstico pela família, Alencar e Alencar (2009) contribuem afirmando que a doença do indivíduo acaba sendo a doença da família também, pois a estrutura familiar é atravessada por laços afetivos e, por isso, todos os entes estarão envolvidos no enfrentamento do problema. Portanto é de extrema importância que a família tenha apoio nesse processo para que consiga agir como cooperadora na nova realidade vivenciada, levando em conta todas as mudanças ocorridas no cotidiano.

[...] a organização familiar influencia fortemente o comportamento de saúde de seus membros e que o estado de saúde de cada indivíduo também influencia o modo como a unidade familiar funciona, infere-se que a família é uma instituição central que pode ajudar ou não a pessoa diabética a manejar e alcançar as metas do seu tratamento. (ALENCAR; ALENCAR, 2009, p. 26).

Quando a família participa de maneira satisfatória, fazendo as alterações na rotina de casa, levando a criança aos médicos, buscando a forma mais adequada para tratar a doença, é notável que a aceitação e o controle do diabetes são muito melhores.

Nesse cenário, vale lembrar que, apesar do diagnóstico, a criança diabética continua sendo uma criança, com necessidades referentes à própria infância, como brincar. A partir do momento que a família reconhece ter em casa uma criança que requer atenção diferenciada com relação ao cuidado da doença e que precisa se relacionar com o mundo sendo diabética, ela deve se organizar para enfrentar os desafios com rigor e tranquilidade para viver em harmonia apesar do diagnóstico, o qual cerceia a liberdade e a espontaneidade do viver.

Nesse sentido, Fukumitsu, Cavalcante e Borges contribuem nos mostrando que:

Enxergar o outro em sua alteridade representa mais que ver o outro; significa criar condições fundamentais para que o cuidado apareça. Dessa maneira, o cuidado emerge apenas quando a existência de alguém adquire significado para as pessoas envolvidas, ou seja, o cuidador e aquele que está sendo cuidado. (FUKUMITSU; CAVALCANTE; BORGES, 2009, p. 175).

Será necessário enxergar a criança diabética com inteireza e totalidade, reconhecendo seus novos limites e suas novas possibilidades para, a partir disso, construir uma relação que favoreça a convivência com sua realidade atual e facilite, assim, a aceitação do diagnóstico e o manejo da doença.

Sabemos que, paralelamente aos cuidados essenciais e ao reconhecimento da autenticidade da criança, precisamos ampliar a nossa concepção sobre o suporte e o cuidado oferecidos pela família e para a família ao longo de todo o processo, desde o diagnóstico até o controle diário e ininterrupto da doença.

Todo organismo está em busca de equilíbrio, e ser afetado pelos acontecimentos do meio, como a descoberta de doenças, é algo comum. Para que a criança adquira autonomia e faça uma boa transição, apesar de toda dificuldade, a família também terá que lidar com as suas próprias questões e emoções, por mais desagradáveis que sejam, e assim conseguir oferecer suporte. Ao que tudo indica, as experiências ocorridas na descoberta da doença podem trazer consequências na maneira como a criança lidará com todas as outras questões que podem aparecer ao longo da sua existência.

A família precisa lidar de maneira satisfatória com as mudanças geradas pela doença, reconhecendo a importância dos cuidados necessários, para evitar complicações futuras. Além disso, deve ser capaz de respeitar a criança em sua maneira de se relacionar com a doença. Esse pensamento é norteado pela abordagem gestáltica, a qual sustenta as nossas reflexões quanto ao cuidado com a criança diabética e com a sua família. Tal abordagem orienta nossa visão de homem, de criança e de família.

3 ABORDAGEM GESTÁLTICA

A Gestalt-terapia foi desenvolvida a partir da década de 50, com a publicação do livro “Gestalt-therapy: excitement and growth in the human personality”, escrito por Frederick Perls com a colaboração de Paul Goodman e Ralph Hefferline. Os ideais iniciais propostos por Perls foram decorrentes da discordância dele com variados pontos propostos pela Psicanálise. Vale lembrar que ele foi psicanalista por muitos anos e foi exatamente por conhecer que decidiu propor tais mudanças. Sua produção inclusive foi levada para um congresso de psicanalistas, mas seu trabalho sobre resistência oral não foi bem aceito por quem estava presente no evento. Tal fato contribuiu para o início de uma nova abordagem (CARDOSO, 1999).

No início ele buscou divulgar sua nova forma de trabalhar de maneira muito prática, não se importando em teorizar sobre a abordagem; na verdade, outras pessoas fizeram isso. Essa atitude contribuiu para a crença de que a Gestalt-terapia não tem muita fundamentação teórica, o que não é verdade. Perls buscava uma integração entre razão e emoção. Para ele, o ser humano necessitava vivenciar as situações por meio da sensação, da emoção e do pensamento; a partir dessa proposta Perls assumia, então, uma postura existencial-fenomenológica (CARDOSO, 1999).

3.1 Visão de homem

A Gestalt-terapia é uma abordagem clínica que tem como alicerce teorias filosóficas (Existencialismo, Humanismo e Fenomenologia) e teorias psicológicas (Psicologia da Gestalt, Teoria de Campo e a Teoria Organísmica). Todas elas foram estudadas criteriosamente para, então, fazerem parte da abordagem.

Das contribuições das teorias filosóficas temos o Existencialismo, que percebe o homem como um ser livre para realizar suas escolhas e incumbido de fazê-las, sendo responsável, assim, pela sua forma de ser no mundo. Para o Existencialismo, a única forma de compreender o homem é levando em consideração a sua maneira de existir nas variadas situações. Ou seja, o homem é o melhor indicador de si e de suas próprias complexidades. O homem é um eterno vir-a-ser (CARDOSO, 1999).

Para o Humanismo, o homem é visto como centro do universo. A psicoterapia que tem a base humanista busca valorizar as potencialidades da pessoa, fortalecendo o que ela apresenta como aspecto positivo e buscando, dessa forma, que ela se conscientize sobre as suas próprias

escolhas e faça uso da sua criatividade nas ações que realiza. Integra, a partir disso, ação, pensamento e sentido (CARDOSO, 1999).

De acordo com os pressupostos fenomenológicos, toda ação é dotada de intencionalidade, ou seja, “na fenomenologia, intenção significa a relação de consciência que nós temos com algum objeto” (SOKOLOWSKI, 2014) e não necessariamente que esse objeto esteja ali na realidade. Tal ideia contribui para a construção do pensamento de o homem não ser solitário no mundo e de a consciência sobre as coisas depender também do sentido que é dado a elas. Tal sentido precisa ser identificado na relação que estabeleço com a situação e não somente nas ideias que tenho sobre ela. (CARDOSO, 1999). “Para isso é imprescindível uma mudança radical de atitude: a redução fenomenológica ou *epoché* vai consistir em ‘pôr entre parênteses a realidade do senso comum’” (REHFELD, 2013, p. 27), que seria deixar de lado o que sei sobre aquele objeto do qual a pessoa fala e contribuir para ela dizer sobre o sentido daquele objeto para ela.

Das contribuições das teorias psicológicas, temos a Psicologia da Gestalt, de onde Perls fez uso das leis básicas da percepção para conseguir descrever como a pessoa dá sentido à sua maneira de experienciar as situações vividas. A Teoria de Campo de Kurt Lewin nos mostra que o campo é uma conexão entre as partes; sempre que uma parte sofre alguma alteração, acontece uma mudança em todo o campo. Diante disso, faz-se necessária uma reflexão minuciosa sobre o campo da criança para se compreender a complexidade dos vários fatores envolvidos na interação criança/família/equipe multiprofissional. A Teoria Organísmica de Kurt Goldstein, contribui com o reconhecimento do organismo como unificado e em busca constante por equilíbrio na relação ininterrupta com o meio. Ou seja, entende o homem como ser de necessidades (CARDOSO, 1999).

Tais bases teóricas contribuíram para a compreensão de uma visão de homem como um ser integrado e complexo. Nesse sentido, de acordo com Frazão (2013), esta abordagem, diferente das outras estudadas até o momento, como a Psicanálise e a Comportamental, permitiu-nos enxergar a pessoa como uma totalidade, um ser dotado de potencialidades.

Segundo essa visão, o ser humano não só deve ser compreendido como um sistema biopsicossocial, no qual mente/corpo e a interação com o meio - seja este físico, cultural ou social - estão em permanente intercâmbio e compõem uma totalidade em busca de autorregulação, como é impossível pensá-lo isoladamente, pois somos criadores e criaturas ativas no processo de transformação do universo. (LIMA, 2013, p. 151).

Um dos fundadores da Gestalt-terapia, Frederick Perls acreditava que por meio da constante relação do homem com o ambiente, a partir de suas vivências e experimentações, ele ia se construindo. Na busca da satisfação das suas necessidades, o ser humano vai realizando ajustamentos criativos, restabelecendo o equilíbrio e crescendo (ANTONY, 2012). De acordo com (PERLS, 1977, p. 19), “O primeiro e último problema do indivíduo é integrar-se internamente e ainda assim, ser aceito pela sociedade.” Buscando ser autêntico e em alguns momentos necessitando não ser, essa fluidez é o que contribui para uma relação ser construída de forma saudável.

A Gestalt-terapia compreende o homem como um ser em movimento que está sempre num caminhar existencial (um vir-a-ser) em que ele se responsabiliza pela construção do seu existir movido pela liberdade original de ser. Assim sendo, o homem transforma seu mundo e é transformado por ele. Além disso, o ser humano é capaz de desenvolver nessa inter-relação os seus potenciais e a abertura de novas possibilidades.

De acordo com Pinto (2021), o ser humano é um ser complexo em constante relação consigo, com o outro e com o mundo. É um ser criativo e utiliza-se da criatividade em toda sua existência, pois se atualiza. É um ser marcado por sua complexidade e mistério, o que nos faz refletir sobre as dificuldades apresentadas ao indivíduo diagnosticado com diabetes, pois além de se relacionar de maneira criativa com sua nova forma de ser, terá de transformar o seu futuro, buscando ser aceito por si mesmo com suas diferenças e apresentando-se como um ser-no-mundo diabético.

Percebemos assim que a visão de homem da Gestalt-terapia o contempla de maneira holística, olhando não para as partes isoladas, e sim para sua totalidade; essa abordagem vê o homem como um ser que vai se constituindo em toda sua existência, um ser inacabado, um ser finito e relacional.

3.2 Compreensão da criança

Pensando no ser humano como um ser relacional em construção constante, conforme dito acima, Aguiar (2015) contribui dizendo que “a Gestalt-terapia, diferentemente das outras teorias mencionadas, tem uma visão holística do desenvolvimento, não reduzindo o indivíduo a aspectos isolados.” (AGUIAR, 2015, p. 52).

A concepção de infância entre as diferentes abordagens da Psicologia dá ênfase a aspectos isolados do universo infantil. É possível encontrar teorias que trabalham com o desenvolvimento psicossocial, como Erick Erikson, outras que valorizam o desenvolvimento

psicossexual, como os estudos de Freud, outras que dão destaque ao desenvolvimento cognitivo, como Piaget e Bruner. Existem também teorias que vão discutir o comportamento infantil a partir da influência do meio, como Watson e Beck.

Entretanto, antes de as crianças se tornarem objeto de estudo, vale lembrar que na época medieval não existia nenhuma preocupação especial com elas. Com o passar do tempo a criança foi sendo utilizada como um miniadulto, para contribuir para o acúmulo de riquezas dos senhores. “A partir daí, surge a necessidade de cuidar mais dessa criança e, principalmente, educá-la. Assim ela passa a ser alvo de todo o cuidado e atenção, pois é vista como tesouro das nações em formação.” (AGUIAR, 2015, p. 17). Mas o cuidado antes oferecido visava simplesmente à garantia de mão de obra, era somente uma precaução e não um cuidado, que “significa também compreender o outro como um ser humano” (FUKUMITSU; CAVALCANTE; BORGES, 2009, p. 175).

A criança antes não era vista em suas particularidades e muito menos tinha um espaço próprio para fazer e saciar as suas necessidades, como brincar. Essa necessidade foi sendo percebida e permitida ao longo do tempo, o que propiciou os vários estudos e teorias acerca do desenvolvimento infantil, como listados acima.

De acordo com Feijoo (2015), a criança não é um ser que vai passando por fases até o futuro nem mesmo um adulto pequeno já desenvolvido; pensar sobre a criança é considerar o que ela consegue ser naquele momento com toda sua completude. Nesse sentido, a criança é um ser que vai se constituindo a partir das relações estabelecidas com outras pessoas no mundo em que vive. Suas características não podem ser definidas pela idade que apresenta, por exemplo, mas sim pela maneira como ela se relaciona com os elementos existentes no campo atual (AGUIAR, 2015).

Levando em conta esse caráter, tenta-se compreender a criança como um ser-no-mundo, indeterminado e ativo desde o seu nascimento; ela afeta o mundo e é afetada pelas relações que constrói durante o seu crescer. Sabemos que a criança estabelece relação primeiro com seu ambiente familiar, com os cuidadores mais próximos, e ao longo da sua existência suas relações vão se ampliando. Como vimos, desde o início da vida, nas experiências do cotidiano, a criança vai se constituindo como pessoa.

A princípio, na relação com a mãe, existe uma ligação maior, uma relação confluyente, mas conforme vai se distanciando da figura materna vai se constituindo em si mesma a partir das relações que estabelece com os outros. Percebemos, com isso, a importância dessas relações iniciais como possibilidade primeira da construção e constituição do ser (homem) no mundo.

Dentro de uma perspectiva gestáltica, “o relevante no universo relacional de uma criança não é tanto quem se relaciona com ela, mas como essas relações se dão e quanto elas vêm sendo satisfatórias e facilitadoras para seu desenvolvimento.” (AGUIAR, 2015, p. 23). Esses movimentos relacionais cocriados pela criança e seu meio, ou seja, pelo campo, precisam ser vivenciados com fluidez, pois isso contribuirá para a criação da sua maneira própria de se ajustar ao mundo. A forma como a criança experimenta no presente os cuidados iniciais fará parte de como ela se apresentará no futuro. Percebemos, desse modo, que as primeiras relações desempenham um papel muito importante, apesar de não serem determinantes. “O caminho do desenvolvimento do ‘eu sou’ é o caminho dos encontros, confrontos, desencontros e reencontros relacionais. Sem relação, sem contato não é possível o crescimento, nem biológico nem psicológico.” (ANTONY, 2012, p. 32).

Para que a criança se desenvolva e cresça saudável, é necessário que seja cuidada pelo adulto, pois seu horizonte de mundo ainda é encurtado. Ela necessita ser alimentada, ser limpa, ser ouvida, acompanhada e compreendida pelo adulto que está há mais tempo no mundo e, por isso, tem como responsabilidade acompanhá-la na sua possibilidade de ampliação de horizonte para que possa conquistar sua autonomia e conseguir sobreviver, crescer, desenvolver-se e transformar a si e ao mundo em que se encontra. Em paralelo a esses cuidados essenciais, é importante ter respeito pelo processo de descoberta do mundo dessa criança e pela maneira como ela realiza isso.

De acordo com Antony (2010), é bastante comum que os pais impeçam a criança de desenvolver plenamente suas potencialidades ao tentarem adequá-la a uma crença. Consoante com esse pensamento, Perls afirma que “Mesmo com pais bem intencionados, raramente a criança tem o desenvolvimento de suas potencialidades facilitado.” (PERLS, 1977, p. 79). Por isso, é impossível pensar no desenvolvimento da criança sem as marcas da relação com a família, de acordo com Aguiar (2015).

A criança “é vista como um ser total ou global, o que implica considerar uma inevitável vinculação, reciprocidade e retroalimentação entre fatores emocionais, cognitivos, orgânicos, comportamentais, sociais, históricos, culturais, geográficos e espirituais.” (AGUIAR, 2015, p. 28). Com base nisso, a Gestalt-terapia contribui favorecendo o olhar sobre a criança como singularidade e como um vir-a-ser, além de pensar o papel da família como confirmadora acompanhante da criança no caminhar ao longo da construção de si mesma.

4 FAMÍLIA

Família é um grupo de pessoas que se agrupam por laços afetivos e de convivência, podendo morar juntas ou não. Levando em consideração a compreensão da Gestalt-terapia sobre a criança e sua forma de se relacionar com o meio, entendemos que a família “é vista como uma totalidade inserida em outras totalidades e composta por diferentes elementos — os indivíduos que a compõem — que se encontram em permanente interação, afetando uns aos outros na busca da melhor forma possível de autorregulação.” (AGUIAR, 2015, p. 69). De acordo com essa perspectiva de totalidade autorregulada e relacional, na família ocorre o mesmo que acontece com o ser humano (AGUIAR, 2015).

4.1 Relação criança-família

Toda criança, para se manter viva, necessita do contato e do cuidado de um adulto. Os cuidados referentes ao sono, à alimentação e aos desconfortos corporais, como a dor, já são evidenciados pelo bebê, ou seja, a criança sinaliza suas necessidades desde que nasce. É por meio desse cuidado que o vínculo é constituído, “por meio de experiências sensoriais, corporais, afetivas” (ANTONY, 2012, p. 32), contribuindo para o fortalecimento do processo de autorregulação da criança. Entendemos, com isso, que mesmo os cuidados básicos referentes ao atendimento das necessidades emergentes do organismo são extremamente importantes para todo o decorrer da vida das crianças.

Considerando que para a Gestalt-terapia a base da nossa existência é relacional, isso é, precisamos do outro para nascer, crescer e viver, torna-se importante que esse outro respeite as necessidades primárias da criança, para não prejudicar a organização do seu organismo. Tendo em vista essa característica, Perls, um dos principais fundadores da Gestalt-terapia, esclarece que “A criança necessita em primeiro lugar, a gratificação das suas necessidades imediatas e em segundo lugar, a facilitação do seu desenvolvimento.” (PERLS, 1977, p. 78).

É muito importante que a família identifique as necessidades primárias da criança, favoreça o seu desenvolvimento, contribua para o seu crescimento e se reorganize para que ela seja capaz de se autorregular a partir das mais variadas situações ocorridas. Todavia, se a criança precisa se ocupar em primeiro lugar das responsabilidades que são dos adultos em busca de reconhecimento e aceitação, é provável que ela vá embotando o que realmente sente com tudo isso que está sendo apresentado para ela e colocando suas necessidades emergentes em segundo lugar. Os adultos precisam saber quais são as suas próprias questões existenciais e quais são as

da criança, “assim, a criança configura seus vínculos afetivos com as pessoas que a cercam, desenvolvendo habilidades e recursos para conviver em situações sociais.” (FERNANDES, 2016, p. 60).

De acordo com o próprio Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), cuidar de uma criança é dever da família, e isso está determinado pela lei.

Art. 4º É dever da família, da comunidade, da sociedade em geral e do poder público assegurar, com absoluta prioridade, a efetivação dos direitos referentes à vida, à saúde, à alimentação, à educação, ao esporte, ao lazer, à profissionalização, à cultura, à dignidade, ao respeito, à liberdade e à convivência familiar e comunitária. (BRASIL, 1990).

Mas além de assegurar o desenvolvimento integral desse ser, seja relacionado à saúde, à alimentação, à educação, ao sono, à higiene, entre outros, o compromisso de cuidar vai além do dever descrito em qualquer lei. O cuidado necessário para a manutenção da vida saudável da criança extrapola o cuidado essencial.

Sabemos também que quanto menor a criança, maior o nível de dependência que ela tem dos adultos, porém vale ressaltar que “cabe aos pequenos a responsabilidade de escolher o modo como interpretam o que lhes acontece e como reagem em diferentes ocasiões. Enfim, eles participam ativamente da construção da sua identidade.” (FERNANDES, 2016, p. 61). Ou seja, mesmo as crianças sendo pequenas, são ativas na relação e aptas a se adaptarem de maneira muito rápida às novas situações, fazendo uso do ajustamento criativo.

A criança está em constante contato com o novo, com muita frequência demonstra curiosidade pela novidade e convive bem com esse fator. Experimenta por vezes em idas e vindas, por tentativa e erro, relacionar-se com o objeto do seu interesse, costumando ser muito criativa nessa interação. (FERNANDES, 2016, p. 58).

Cada criança tem seu ritmo próprio para desenvolver essa capacidade e isso precisa também ser levado em consideração, cabendo à família oferecer os cuidados quando a criança não conseguir realizar sozinha e supervisionar quando ela já for capaz de administrar suas próprias tarefas. Além de cuidadores, os adultos responsáveis precisam ser facilitadores, parceiros e acompanhantes da trajetória existencial da criança.

4.2 Reflexões sobre o papel da família após o diagnóstico

Sabemos que cada família tem suas próprias características, configurações e singularidades; todavia, independentemente do tipo de constituição familiar, todas elas são responsáveis pelo cuidado das crianças. Como dito anteriormente por Alencar e Alencar (2009), a doença do indivíduo acaba sendo a doença da família. Percebemos com isso que a família de uma criança com diabetes se torna uma família diabética, devido às várias mudanças na sua rotina e na sua maneira de se relacionar com as situações.

Ao entendermos a família como uma totalidade, na busca constante da autorrealização e elaboração de ajustamentos criativos (AGUIAR, 2015), concluímos que a partir do primeiro exame da criança alterado evidenciando o diagnóstico de diabetes muitas transformações acontecerão na vida dessas pessoas. Ao enxergarmos o ser humano como ser de possibilidades, não podemos assegurar como essas famílias agirão, mas podemos afirmar que precisarão oferecer suporte para que a criança lide de forma mais harmoniosa com a cronicidade da doença. Vale ressaltar que “não existe possibilidade de ter suporte adequado sem se conhecer, sem conhecer sua experiência, assumir seu comportamento, suas necessidades, suas capacidades e incapacidades.” (ANDRADE, 2014, p. 156).

No capítulo 2, quando explicamos como é a vivência de uma criança com diabetes, percebemos que a partir do diagnóstico o cuidado essencial deverá ser ministrado pelos adultos responsáveis. Levando em consideração que estes também vivenciam o diagnóstico não somente pela alteração na rotina, mas também pelas várias situações que os afetam, é importante pensar que, em paralelo ao cuidado com a criança, faz-se necessário que os cuidadores, no caso a família, sejam acolhidos e compreendidos no seu sofrimento. É necessário o cuidador se cuidar para ser suporte eficaz para a criança.

Ao receber o diagnóstico de diabetes, há um desequilíbrio na organização familiar, e toda vez que o equilíbrio da família se altera existe uma busca para recuperação dele; isso é o que chamamos de processo de autorregulação. Nesse momento, “para que a autorregulação aconteça, é imprescindível que o ser humano conte com seu potencial criativo para inventar outros modos e ser um agente criador nesse processo interacional de ser alguém que habita e se realiza no mundo” (LIMA, 2014, p. 92). Nesse sentido, Cardella afirma que será necessário ajustar-se criativamente e conseguir “imprimir sua marca nos acontecimentos da vida, ‘pessoalizando-a’, tornando-a própria, atualizando as potencialidades singulares, presentificando-as na interação com o mundo.” (CARDELLA, 2014, p. 113), permitindo,

assim, com tais ajustamentos, que o essencial para a criança seja desvelado. É preciso acompanhá-la contribuindo para que sua autenticidade seja avistada; para isso, é necessário um cuidado diferenciado para sua nova forma de ser no mundo em paralelo aos cuidados básicos para mantê-la viva e de maneira saudável.

O contexto familiar terá bastante influência na maneira como a criança lidará com o diabetes. O modo diabético de se apresentar ao mundo pode ser visto como um conflito repentino no campo, e isso convida a criança ao crescimento. Quando ela é bem-acolhida, bem-cuidada e bem-compreendida pelos adultos que são mais próximos a ela, desenvolve uma harmonia vital, uma segurança básica que proporciona vivências saudáveis para construir condições favoráveis a vencer obstáculos e a aceitar a sua nova condição de estar no mundo. Mas quando ela não vivencia o acolhimento, a compreensão e a disponibilidade das pessoas mais próximas, pode viver o conflito desorganizadamente e não conseguir lidar com sua nova condição.

Toda essa alteração decorrente do diagnóstico faz parte do campo cocriado pela relação familiar. “O campo não é algo que comporta o acontecimento, como se este fosse parte do campo. O campo é o que acontece.” (RODRIGUES, 2013, p. 143). O desequilíbrio gerado em uma parte sensibiliza todos os elementos desse campo. Se ele for vivido e superado, contribui para o crescimento e a reconfiguração da família, pois a partir disso ela será capaz de criar maneiras de lidar com a situação (AGUIAR, 2015). Contribuindo com esse pensamento, Lima afirma que “a capacidade adaptativa de reagir às mudanças e de buscar outros arranjos possíveis é fundamental para que o bem-estar se instale.” (LIMA, 2014, p. 92). Porém, quando uma criança se apresenta de maneira muito rígida, agindo nas mais variadas situações da mesma forma, utilizando-se de modos de ajustamento restritos e repetitivos, os quais resultam em soluções desagradáveis, demonstra que o ajustamento criativo está ocorrendo de forma disfuncional, como um padrão cristalizado (AGUIAR, 2015).

O convívio com a família serve de alicerce para a construção das outras relações estabelecidas pela criança ao longo da vida. “A teoria de campo de Kurt Lewin se propõe a fundamentar nossa compreensão sobre como o sentido das ações de uma pessoa é algo que se coaduna a relação dela com o meio.” (RODRIGUES, 2013, p. 115). De acordo com tal concepção, Fernandes (2010) esclarece que “É preciso considerar que a família é a primeira influência determinante na construção da identidade da criança.” (p. 177). Corroborando com esse pensamento, Miller (1997) afirma que a criança constrói suas ideias sobre o que é mau a partir do que é proibido e vivido com medo pelos próprios pais. Do mesmo modo, os hábitos saudáveis praticados ao longo da vida são aprendidos na vida familiar, na qual se recebe apoio

emocional, assistência e estímulos para se tornar responsável pela própria condição de vida, agindo de forma cooperativa ao tratamento.

Ao receber um diagnóstico que fará com que a criança necessite de cuidados mais específicos além dos essenciais, como é o de diabetes, é muito importante que a família a auxilie a crescer e a se desenvolver a partir da sua diferença. Para crescer, essa criança precisará receber limites, como qualquer outra, sem ser podada. É preciso ter cuidado para não a caracterizar como incapaz, pois ela poderá realizar muitas atividades sozinha, mesmo necessitando de cuidados. Afinal de contas, cada criança tem seu ritmo, sua individualidade e sua própria forma de enfrentamento das diversidades da vida. Ela precisa ser acompanhada na sua peculiaridade sem ser invadida.

Por exemplo, quando sente fome, a criança chora sinalizando seu incômodo mesmo antes de verbalizar, então é atendida. Em contrapartida, quando a criança fica diabética, é comum que a família ofereça alimento de 3 em 3 horas, ainda que ela não sinta fome, para evitar ocorrência de queda na glicemia. Ao mesmo tempo que tranquiliza os adultos com relação ao controle glicêmico, tal conduta contribui para uma desordem na autorregulação e mais tarde terá influência na capacidade dela de identificar sua real necessidade. Por isso a importância da equipe multiprofissional para avaliar os melhores horários da aplicação da insulina em paralelo aos lanches que a criança consegue comer, evitando alteração da glicemia ao mesmo tempo que considera a ausência ou a presença de fome. É importante vivenciar essa fragilidade orgânica demonstrando respeito pela vivência e pelo desejo do outro.

De acordo com Burd (2010, p. 319), “A compreensão empática da equipe multiprofissional que atende à família facilitará a adesão ao tratamento pelo diabético e sua integração na sociedade em que vive.”

É importante ressaltar a necessidade de acompanhamento, de apoio e de seguimento contínuo do paciente por uma equipe multiprofissional de saúde, pois quando os pacientes são acompanhados de forma sistemática é possível prevenir e/ou protelar as complicações crônicas durante a evolução do Diabetes Mellitus. (ZANETTI; BIAGGI; SANTOS; PERES; TEIXEIRA, 2008, p. 187).

Como dito anteriormente, viver com diabetes não é fácil nem simples. É uma rotina desgastante, cansativa e exige controle contínuo. A criança precisa ser acompanhada e cuidada o tempo inteiro por um adulto. Por isso, vemos aqui a importância do suporte da criança e da família pela equipe de saúde para que elas possam ir construindo no seu ritmo o autossuporte para lidar com as resignificações necessárias. Conforme Andrade (2014), “o autossuporte deve incluir tanto o autoconhecimento como a autoaceitação.” (p. 156). O adulto, ao mesmo tempo

que aprende sobre a doença com a equipe médica, aprende com a criança o jeito dela de vivenciar o diabetes. Vai ensinando a criança a fazer aquilo que ela ainda não é capaz de realizar sozinha enquanto cuida dessas tarefas, levando em consideração a peculiaridade desse ser para lidar com as novas alternativas na busca do seu bem-estar.

Cardoso (2013), ao refletir sobre o papel do Gestalt-terapeuta com seu cliente, traz uma reflexão sobre o cuidado que vale a pena citar aqui: “Quem cuida precisa olhar a pessoa por inteiro, o que não condiz reduzi-la a partes carentes, doentes ou ainda a classificações diagnósticas.” (p. 73). De acordo com ela, não podemos reduzir a pessoa ao diagnóstico. Para contribuir com essa visão de não se limitar às classificações diagnósticas, Malerbi e Rodrigues ([2020?]) sinalizam que “Nossas expectativas em relação à criança deveriam ser norteadas pelo seu desenvolvimento e não pelo diagnóstico do diabetes e seu tratamento.” Não reduzir a criança a seu diagnóstico é essencial para seu crescimento.

A criança diabética continua sendo uma criança com necessidades relacionadas ao próprio desenvolvimento infantil. Precisa brincar, correr, pular, subir, descer, receber limites, divertir-se, comemorar, viajar, passear, estudar, mas fará isso de um modo diferente, que exigirá o controle e a verificação da sua glicemia a todo instante. É importante pensar que as consequências de não agir da maneira recomendada pelos profissionais da saúde são muitas e muito graves, sendo inclusive fatais.

O lugar da família acaba envolvendo muitas tarefas difíceis: a rotina às vezes é árdua, em alguns dias é preciso acordar de madrugada para aferir glicemia depois de um dia cansativo de trabalho. Isso exige muita flexibilidade para conseguir integrar o que se sabe sobre a doença com o que se sabe sobre a criança com a doença e, junto dela, buscar a melhor maneira de realizar o seu papel no cuidado, caminhando junto, sendo um acompanhante em busca do equilíbrio. A atenção do adulto com uma criança diabética não poderá se restringir aos cuidados essenciais, como aplicação da insulina, alimentação balanceada, aferição da glicemia, entre outros. Ele precisa entender as particularidades do modo de viver desse indivíduo, observando a diferença em relação aos outros modos de existência. É preciso levar em conta ainda que os familiares adultos continuam sendo pessoas com suas particularidades.

A criança ainda não tem a dimensão de seu horizonte estendida para conseguir fazer as melhores escolhas sozinha e, com elas, garantir a manutenção da sua vida. Ações como aplicar seus remédios, ir para as consultas, preparar seus alimentos, realizar exames de rotina e perceber que sua glicemia está caindo ou subindo são responsabilidades do adulto. É a própria família que contribuirá, por meio de suas ações cotidianas, para a redução de danos causados pela doença ao mesmo tempo que auxilia para que a criança desenvolva autonomia e aprenda a se

cuidar sozinha, lidando com essa condição pelo resto de sua vida ou até aparecer a cura. Não é algo fácil, mas, tendo em vista que o homem é um ser de possibilidades, é possível. Entendemos assim que o papel da família no suporte da criança diabética envolve cuidados rigorosos em busca de uma vida saudável enquanto oferece base para ela buscar isso em algum momento sem depender obrigatoriamente dos adultos responsáveis.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O estudo sobre o papel da família no cuidado com a criança diabética propôs a reflexão acerca da responsabilidade que os adultos cuidadores adquirem após o diagnóstico. Tendo em vista que o diabetes é uma doença grave e requer controle rigoroso, fica claro que o modo de existir da criança será diferenciado e que ela necessitará do cuidado frequente de um adulto. Levando em consideração a mudança drástica que ocorre na rotina de todos os envolvidos a partir do primeiro exame alterado e entendendo a família como uma totalidade, percebemos que a maneira como os familiares lidam com essa alteração poderá trazer impactos para a maneira como a criança lidará com o diagnóstico.

O adulto tem o papel de cuidador e acompanhante, oferecendo limites sem podar as possibilidades. Isso acaba exigindo muito dele, o que pode contribuir para que a rotina se torne mais desgastante. A conduta dos adultos cuidadores pode ser facilitada por uma equipe multiprofissional que atue de maneira empática. Para conseguir atender a demanda de maneira mais harmoniosa, compreendemos a necessidade de uma equipe multiprofissional que possa atuar contribuindo para a construção do autossuporte dos envolvidos. Nesse sentido, percebemos a importância de o adulto cuidador adquirir novos conhecimentos sobre a doença, entendendo que é necessário mudar vários hábitos, estabelecer vários limites para aquele que recebe seus cuidados e, em paralelo a isso, compreender a criança vivendo com a doença como um ser no mundo diferenciado, com particularidades que precisam ser respeitadas.

No decorrer da pesquisa bibliográfica percebemos a importância do trabalho da equipe multiprofissional, o quanto ela, com sua ciência e humanidade, pode contribuir para o equilíbrio do campo, quando acolhe e acompanha com critério a criança e seus familiares no momento do diagnóstico e durante o tratamento, ajudando a evitar danos futuros. O acolhimento à família respeitando a sua maneira singular de lidar com a doença e o seu tempo próprio de assimilar os cuidados necessários, de ressignificar a forma de lidar com a criança diabética faz toda a diferença no controle psíquico, físico, afetivo e social do ser criança na cronicidade do diabetes.

Com este trabalho percebemos que o adulto precisa repensar a importância da interação genuína entre criança, família e equipe multiprofissional na construção do autossuporte daquela no enfrentamento à cronicidade do diabetes, que restringe consideravelmente o viver da criança e de seus familiares. Assim, o adulto cuidador conseguirá respeitar o modo de ser singular da criança, oferecendo um cuidado diferenciado em paralelo ao cuidado essencial para mantê-la viva.

Apesar de tudo que foi citado a respeito do papel da família, sentiu-se uma lacuna nas informações sobre a forma como a equipe multiprofissional pode atuar junto a ela, favorecendo a construção de seu autossuporte. Vale lembrar que os adultos sempre são os responsáveis por organizar tudo que aprenderam e inserir isso no cotidiano familiar, respeitando a vivência da criança. Por isso, as primeiras orientações feitas pela equipe multiprofissional são muito importantes. Elas devem contemplar a ampliação do conhecimento sobre a doença, sobre o tratamento e sobre as formas de reduzir os danos, de maneira compreensível para todos os envolvidos: criança e família.

Poucos textos científicos contemplam tais informações. Pensando especificamente no campo da Psicologia, seria desejável que novas pesquisas se debruçassem sobre o papel do psicólogo infantil na equipe multidisciplinar, pois conhecer as características do desenvolvimento infantil e a importância da relação com a família poderia trazer benefícios para todos os envolvidos, temática a qual não conseguimos investigar nos limites deste trabalho.

Tendo em vista que os adultos cuidadores são responsáveis pelas crianças, o estudo abordou brevemente a importância de eles olharem para suas próprias questões existenciais para que suas escolhas não interfiram de forma disfuncional na maneira da criança de se relacionar com a doença. Afinal, como sabemos, as primeiras relações impactam o modo de a criança lidar com toda a sua existência.

Por fim, esta pesquisa não pretendeu esgotar o assunto, mas iniciar a discussão sobre o papel da família no reconhecimento e respeito pela criança como ser diferenciado no mundo, de modo que esta seja capaz de agir de maneira benéfica consigo e com os outros.

REFERÊNCIAS

- AGUIAR, L. **Gestalt-terapia com crianças – Teoria e prática**. São Paulo: Summus, 2015.
- ALENCAR, D. C.; ALENCAR, A. M. P. G. O papel da família na adaptação do adolescente diabético. **Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste**, Fortaleza, v. 10, n. 1, p. 19-28, 2009. Disponível em: <https://www.redalyc.org/pdf/3240/324027965002.pdf>. Acesso em: 11 out. 2020.
- ANDRADE, C. Autossuporte e heterossuporte. *In*: FRAZÃO, L. M.; FUKUMITSU, K. O. (org.). **Gestalt-terapia conceitos fundamentais**. São Paulo: Summus, 2014. p. 147-162.
- ANTONY, S. **A clínica gestáltica com crianças – Caminhos de crescimento**. São Paulo: Summus, 2010.
- ANTONY, S. **Gestalt-terapia: cuidando de crianças - teoria e arte**. Curitiba: Juruá, 2012.
- BARONE, M. **Tenho diabetes tipo 1, e agora?** São Paulo: All Print Editora, 2013.
- BRASIL. **Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990**. Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente e dá outras providências. Brasília, DF: Presidência da República, 1990. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/18069.htm. Acesso em: 30 jul. 2021.
- BURD, M. Diabetes mellitus e família. *In*: MELO FILHO, J.; BURD, M. **Doença e família**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2010. p. 311-321.
- CARDELLA, B. Ajustamento criativo e hierarquia de valores ou necessidades. *In*: FRAZÃO, L. M.; FUKUMITSU, K. O. (org.). **Gestalt-terapia conceitos fundamentais**. São Paulo: Summus, 2014. p. 104-130.
- CARDELLA, B. Cuidado às pessoas em sofrimento e possibilidades de resignificação. *In*: FRAZÃO, L. M.; FUKUMITSU, K. O. **Enfrentando crises e fechando Gestalten**. São Paulo: Summus, 2020. p. 97-115.
- CARDOSO, C. L. Aspectos Filosóficos, Teóricos e Metodológico da Gestalt-terapia. **Revista Psique**, [S. l.], v. 9, n. 14, p. 47-65, 1999.
- CARDOSO, C. L. A face existencial da Gestalt-terapia. *In*: FRAZÃO, L. M.; FUKUMITSU, K. O. (org.). **Gestalt-terapia: fundamentos epistemológicos e influências filosóficas**. São Paulo: Summus, 2013. p. 59-73.
- CONHEÇA o Diabetes: O que é Diabates? *In*: INSTITUTO DA CRIANÇA COM DIABETES. Porto Alegre, c2020. Disponível em: <https://www.icdrs.org.br/conheca-o-diabetes/o-que-e-diabetes/>. Acesso em: 13 mar. 2021.
- FEIJOO, A. Considerações sobre o Desenvolvimento Infantil em uma Perspectiva Existencial. *In*: FEIJOO, A. M. L. C.; FEIJOO, E. L. (org.). **Ser criança, uma compreensão existencial da experiência infantil**. Rio de Janeiro: IFEN, 2015. p. 115-163.

FERNANDES, M. B. A família como parceira no atendimento gestáltico infantil. *In*: ANTONY, S. (org.). **A clínica gestáltica com crianças**: caminhos de crescimento. São Paulo: Summus, 2010. p. 177-201.

FERNANDES, M. B. A. Psicoterapia com crianças. *In*: FRAZÃO, L. M.; FUKUMITSU, K. O. (org.). **Modalidades de intervenção clínica em Gestalt-terapia**. São Paulo: Summus, 2016. p. 56-82.

FRAZÃO, L. Um pouco da história... um pouco dos bastidores. *In*: FRAZÃO, L. M.; FUKUMITSU, K. O. (org.). **Gestalt-terapia**: fundamentos epistemológicos e influências filosóficas. São Paulo: Summus, 2013. p. 11-23.

FUKUMITSU, K.; CAVALCANTE, F.; BORGES, M. O cuidado na saúde e na doença: uma perspectiva gestáltica. *Estudos e Pesquisas em Psicologia*, Rio de Janeiro, v. 9, n. 1, p. 174-184, 2009. Disponível em: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=451844628014>. Acesso em: 30 maio 2021.

LIMA, P. A Gestalt-terapia holística, organísmica e ecológica. *In*: FRAZÃO, L. M.; FUKUMITSU, K. O. (org.). **Gestalt-terapia**: fundamentos epistemológicos e influências filosóficas. São Paulo: Summus, 2013. p. 145-177.

LIMA, P. Autorregulação organísmica e homeostase. *In*: FRAZÃO, L. M.; FUKUMITSU, K. O. (org.). **Gestalt-terapia conceitos fundamentais**. São Paulo: Summus, 2014. p. 88-103.

MALERBI, F.; RODRIGUES, G. O desenvolvimento da criança que apresenta diabetes da infância à adolescência. *In*: SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES. São Paulo, [2021?]. Disponível em: <https://diabetes.org.br/o-desenvolvimento-da-crianca-que-apresenta-diabetes-da-infancia-a-adolescencia-2/#:~:text=Nossas%20expectativas%20em%20rela%C3%A7%C3%A3o%20%C3%A0,uma%20capacidade%20surpreendente%20de%20adapta%C3%A7%C3%A3o>. Acesso em: 30 maio 2021.

MARCELINO, D. B.; CARVALHO, M. D. de B. Reflexões sobre o Diabetes Tipo 1 e sua Relação com o Emocional. **Psicologia: Reflexão e Crítica**, Porto Alegre, v. 18, n. 1, p. 72-77, 2005. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/prc/a/ZdsTW5hTzFqFyytgZmb7kvL/?lang=pt>. Acesso em: 01 nov. 2020.

MEDTRONIC. **Manual de Contagem de Carboidratos para Usuários de Bomba de Infusão de Insulina**. São Paulo: Medtronic Comercial Ltda., 2010.

MILLER, A. **O drama da criança bem dotada**: como os pais podem formar (e deformar) a vida emocional dos filhos. São Paulo: Summus, 1997.

PEDUZZI, M. Equipe multiprofissional de saúde: conceito e tipologia. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 35, n. 1, p. 103-109, 2001. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rsp/a/PM8YPvMJLQ4y49Vxj6M7yzt/?lang=pt>. Acesso em: 15 out. 2021.

PERLS, F. S. **Isto é Gestalt**. São Paulo: Summus, 1977.

PINTO, Ê. Os fundamentos de uma proposta de diálogo com a ansiedade. *In*: PINTO, Ê. **Dialogar com a ansiedade**: Uma Vereda para o Cuidado. São Paulo: Summus Editorial, 2021. p. 7-30.

QUAL a situação da diabetes no Brasil? *In*: SOCIEDADE BRASILEIRA DE ANÁLISES CLÍNICAS. Rio de Janeiro, 26 nov. 2018. Disponível em: <https://www.sbac.org.br/blog/2018/11/26/qual-a-situacao-da-diabetes-no-brasil/#:~:text=A%20diabetes%20%C3%A9%20uma%20doen%C3%A7a,%C3%A9%20essencial%20para%20a%20vida>. Acesso em: 18 mar. 2021.

REHFELD, A. Fenomenologia e Gestalt-terapia. *In*: FRAZÃO, L. M.; FUKUMITSU, K. O. (org.). **Gestalt-terapia**: fundamentos epistemológicos e influências filosóficas. São Paulo: Summus, 2013. p. 24-33.

RODRIGUES, H. Relações entre a teoria de campo de Kurt Lewin e a Gestalt-terapia. *In*: FRAZÃO, L. M.; FUKUMITSU, K. O. (org.). **Gestalt-terapia**: fundamentos epistemológicos e influências filosóficas. São Paulo: Summus, 2013. p. 114-144.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES (SBD). **Diretrizes Sociedade Brasileira de Diabetes 2019-2020**. São Paulo: Clannad Editora Científica, 2019. Disponível em: <http://www.saude.ba.gov.br/wp-content/uploads/2020/02/Diretrizes-Sociedade-Brasileira-de-Diabetes-2019-2020.pdf>. Acesso em: 13 mar. 2021.

SOKOLOWSKI, R. O que é intencionalidade e por que é importante? *In*: SOKOLOWSKI, R. **Introdução à fenomenologia**. São Paulo: Edições Loyola, 2014. p. 17-24.

ZANETTI, M. L.; BIAGGI, M. V.; SANTOS, M. A.; PERES, D. S.; TEIXEIRA, C. R. S. O cuidado à pessoa diabética e as repercussões na família. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 61, n. 2, p. 186-192, 2008. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reben/a/bgLmLP6GTzwpcDG3ZP535Qz/?lang=pt&format=html>. Acesso em: 17 out. 2020.