

O CLIENTE COMO PARCEIRO NA CONVERSAÇÃO: CONSTRUINDO NOVAS POSSIBILIDADES PARA O CUIDADO DO DIABETES

THE CLIENT AS A PARTNER IN DIALOGUE: BUILDING NEW POSSIBILITIES
FOR DIABETIC CARE

RESUMO: Este artigo apresenta o histórico do grupo (GECD) de atendimento a diabetes, que traz uma proposta inovadora para o tratamento dessa doença. Realiza um trabalho intensivo em equipe que começou num formato multidisciplinar e foi se transformando em interdisciplinar. Para situar o trabalho, faremos um breve apanhado sobre a doença, a situação atual do diabetes no Brasil e no mundo e as dificuldades encontradas para a adesão ao tratamento. Discutiremos a contribuição da psicologia, a partir de uma postura construcionista social e de algumas ferramentas do neopragmatismo, que foram orientadores de sua atuação. A inclusão de múltiplas vozes e da construção do conhecimento na relação serão enfatizados, além de analisarmos as mudanças ocorridas no grupo a partir dessa inserção.

PALAVRAS-CHAVE: doença crônica, construcionismo social, equipe interdisciplinar, jogos de linguagem

ABSTRACT: This article presents the history of the group (GECD) for diabetes care, which brings an innovative proposal for the treatment of this disease. The group conducts an intensive teamwork that started in a multidisciplinary format and turned into interdisciplinarity. To situate the work, we will make a brief overview of the disease, the current situation of diabetes in Brazil and in the world and the difficulties encountered in treatment adherence. We will discuss the contribution of psychology from a social constructionist approach and some tools of neo-pragmatism that guided its actions. The inclusion of multiple voices and the construction of knowledge in the relationship will be emphasized, besides analyzing the changes in the group.

KEYWORDS: chronic illness, social constructionism, interdisciplinary team, language games

**KATIA REGINA ANTUNES
MARTINS**

*Psicóloga, terapeuta
individual, de casal e família*

OLGA JOVELEVITZ

*Médica, terapeuta individual,
de casal e família*

INTRODUÇÃO

A doença crônica vem se constituindo num desafio cada vez maior para os portadores e os profissionais de saúde. A longevidade da população trouxe consigo doenças crônicas como hipertensão arterial, diabetes, Parkinson, mal de Alzheimer etc., que, de maneiras diferentes da doença aguda, exigem do sistema de saúde uma estrutura que ainda está em desenvolvimento. Além disso, há a necessidade da participação do paciente, da família, da rede social, das instituições que dão o atendimento, do acesso à medicação e aos recursos, aspectos fundamentais para o êxito do tratamento.

O objetivo deste artigo é apresentar o trabalho interdisciplinar realizado pelo Grupo de Educação e Controle do Diabetes (GECD) no Ambulatório de Metabologia e Hipertensão do Hospital do Rim e Hipertensão da Universidade Federal do Estado de São Paulo (UNIFESP) para atendimento a portadores de diabetes, cuja proposta é, a partir da inclusão da voz do paciente, torná-lo agente do seu

Recebido em: 29/04/2014
Aprovado em: 25/06/2014

tratamento. Isto propicia um contexto mais favorável à adesão ao mesmo, apesar das múltiplas exigências a serem cumpridas para manter o diabetes controlado. Para melhor compreensão do tema, faz-se necessário uma breve apresentação do que é diabetes e da situação desta pandemia nos dias de hoje no Brasil e no Mundo.

O DIABETES

Transcrevemos abaixo algumas informações sobre o diabetes:

O Diabetes Mellitus (DM) faz parte de um grupo de doenças metabólicas caracterizadas por hiperglicemia resultante de defeitos na secreção de insulina, na ação da insulina ou em ambos. A hiperglicemia crônica do DM está associada a complicações, disfunções e insuficiência de vários órgãos, especialmente os olhos, os rins, os nervos, o coração e os vasos sanguíneos.

Vários processos patogênicos estão envolvidos no desenvolvimento do DM, variando desde a destruição das células beta do pâncreas (produtoras de insulina) por mecanismos autoimunes, até as anormalidades que resultam na resistência à ação da insulina.

A classificação etiológica do DM inclui dezenas de tipos de diabetes (...) a grande maioria dos casos de DM se resume em duas amplas categorias etiopatogênicas: o diabetes tipo 1 (DM-1), anteriormente conhecido como diabetes juvenil, ou insulino dependente; e o diabetes tipo 2 (DM-2), também conhecido como diabetes do adulto ou diabetes não- insulino dependente. Na prática clínica, cerca de 90% dos casos são de DM-2, enquanto que os 10% restantes são de DM-1. Os clínicos não

especialistas são, em geral, responsáveis pelo atendimento da grande maioria (cerca de 70-80%) dos casos de DM-2, enquanto que os endocrinologistas são, em geral, responsáveis pela quase totalidade dos casos de DM-1, em função da complexidade de seu tratamento (Pimazoni, 2013, p. 4-5):

O DIABETES NO BRASIL E NO MUNDO

Informes do International Diabetes Federation - IDF revelaram mais de 371 milhões de pessoas no mundo portadoras de diabetes em 2012 e uma tendência ao aumento desse número, 4,8 milhões de mortes devidas ao diabetes nesse ano e um custo dos cuidados de saúde para o diabetes nos USA de 471 bilhões de dólares (www.idf.org).

Todos os institutos nacionais e internacionais frisam a importância da educação para o controle e o cuidado da patologia. Os profissionais envolvidos de alguma forma com o diabetes desejam que cada portador seja uma pessoa bem informada, com uma bagagem de conhecimentos para refletir sobre o cuidado, o controle e o tratamento de sua doença.

Dados publicados pelo Atlas do Diabetes da IDF mostram que a epidemia está fora de controle. “Estamos perdendo a batalha na contenção do diabetes. Nenhum país está imune nem devidamente equipado para lutar contra este inimigo que nos rodeia (Mbaya, 2009).” Nos informes do IDF, ressalta-se ainda o fato de que a doença incide em países em desenvolvimento, responsáveis por 70% do problema mundial do diabetes, o qual se agrava pela falta de acesso desses portadores à educação devido a inúmeras razões como custo, distância, falta de

serviços apropriados, desconhecimen-
to dos serviços existentes ou, ainda,
por não estarem convencidos dos be-
nefícios que a educaço em diabetes
pode trazer.

O maior desafio no diabetes é alcan-
çar e manter o controle glicêmico. Se-
gundo resultado do Estudo Epidemio-
lógico sobre controle do Diabetes no
Brasil realizado por Mendes, Fittipal-
di, Neves, Chacra e Moreira em 2007,
aproximadamente 89% dos portadores
de diabetes Tipo 1 e 73% dos porta-
dores de diabetes Tipo 2 apresentam
controle inadequado (Mendes, 2009).
Para agravar ainda mais o quadro, em
países em desenvolvimento, como o
Brasil, a previsão de crescimento do
diabetes é mais acentuada em pessoas
mais jovens, com aumento da preva-
lência na faixa de 45 a 64 anos, ou seja,
numa faixa etária onde os pacientes se
encontram no auge de sua vida ativa
no trabalho e na sociedade (Sartorelli
& Franco, 2003).

Quando participamos dos Con-
gressos e Simpósios na Associação
Nacional de Assistência ao Diabético
(ANAD), assim como de outros even-
tos relacionados ao tema, notamos que
em sua abertura são divulgados dados
alarmantes, principalmente no que se
refere ao controle do diabetes. Muitas
críticas são feitas a respeito da parti-
cipação do Estado na distribuição de
verbas, medicamentos e insumos. Nes-
tes eventos, são comunicados a desco-
berta de novos medicamentos, avan-
ços tecnológicos e o aperfeiçoamento
de recursos das especialidades (medi-
cina, enfermagem, nutrição, educaço
física).

O protocolo de tratamento do
diabetes da American Diabetes As-
sociation (ADA) recomenda que o
esquema terapêutico seja iniciado
apenas com metformina + alterações
positivas no estilo de vida (Davidson

et al.,2008). Na nossa visão, apesar de
constar no protocolo a necessidade
das alterações no estilo de vida, este
aspecto do tratamento não é tema re-
levante nesses eventos, sendo assim,
pouco espaço é dado para a reflexõ
de como o paciente recebe as infor-
mações que são fundamentais para
que ele atinja e mantenha seu controle
glicêmico, o impacto que isso tem em
sua vida e outras questões que podem
envolver a atuaço da psicologia neste
campo.

GRUPO DE EDUCAÇÃO E CONTROLE PARA O DIABETES

Entendemos que o trabalho do Grupo
de Educaço e Controle do Diabetes
(GECD) trouxe uma nova abordagem
para o tratamento do diabetes. Este
grupo tem como objetivo, além do
atendimento aos pacientes, trabalhar
na construço de conhecimentos que
tornem mais efetivo o tratamento do
diabetes a partir de reflexões com a
equipe e os pacientes. Compreender
o diabetes como uma doença multi-
fatorial que exige que os pacientes te-
nham conhecimento sobre alimenta-
ção, medicaço, automonitoramento,
aplicaço de medicamentos e ativida-
de física, levou à criaço desse grupo
multidisciplinar, sendo a equipe for-
mada por médicos, enfermeiras, nu-
tricionistas, educadores físicos, psicó-
logos e farmacêuticos. O grupo existe
há aproximadamente oito anos e todos
os seus participantes trabalham volun-
tariamente. Fazemos parte da equipe
de psicologia há seis anos. No Grupo
entende-se que o importante para o
controle e bom cuidado do diabetes é
que o paciente conheça sua doença e
saiba como cuidar dela. Para atender
essa finalidade o trabalho está estrutu-
rado com o seguinte formato:

- o paciente participa do Grupo por um período de 4 a 6 semanas consecutivas e é atendido pela equipe de profissionais com o objetivo de receber orientações educativas e o tratamento adequado para o seu controle glicêmico;
- os pacientes realizam as medições da glicemia capilar em horários pré-determinados durante os três dias que antecedem a consulta. Os resultados obtidos são submetidos à análise informatizada, gerando o gráfico do seu perfil glicêmico e informações sobre a glicemia média e variabilidade glicêmica, sendo esta a base para o trabalho dos profissionais na adequação do tratamento. Este perfil glicêmico é uma representação gráfica do comportamento da glicemia ao longo dos três dias estudados e é um instrumento usado para avaliação do diabetes que permite a todos os envolvidos, inclusive ao paciente, obter as informações necessárias para o direcionamento do tratamento;
- o grupo se reúne antes do início dos atendimentos e todos os casos são discutidos a partir das informações dos profissionais sobre cada paciente e dos dados do gráfico do perfil glicêmico, o que permite ampliar a reflexão clínica.

Com a visualização do dia e horário em que a glicemia fica alterada, a equipe tem como identificar a ação dos medicamentos e das intervenções realizadas e levantar dúvidas que precisam ser elucidadas com o paciente. Ao conversar com ele, o profissional entra em contato com seu cotidiano, os horários ou situações em que se esqueceu de tomar a medicação,

erros de procedimentos, os dias de festa, os de maior stress, enfim, o vivido pelo paciente durante aquela semana. Com essas informações se define a conduta a ser adotada para a semana seguinte.

Este formato difere muito das orientações dos órgãos internacionais que definem protocolos para o diabetes, nos quais se preconiza o início do tratamento com um único medicamento por três meses e reavaliação clínica e de conduta a cada três meses para eventuais mudanças no tratamento (Davidson *et al.*, 2008).

A PSICOLOGIA NO GECD

Inicialmente nossa inserção na equipe se deu a partir de um lugar de “não saber”, de uma curiosidade genuína sobre os conteúdos que nossos colegas precisavam passar para os pacientes, suas dificuldades e recursos para fazer isso. Nessa mesma postura nos perguntávamos sobre o lugar do paciente: como ele recebe as orientações? Quais os recursos ou dificuldades que eles têm para incluí-las no seu dia a dia?

Buscando responder a essas questões, começamos a incluir aspectos da vida do paciente no momento da discussão do caso, trazendo suas vozes, seu mundo, como ele vivia sua participação no grupo, como reagia às orientações. Com esses elementos tornou-se possível para a equipe a construção de um tratamento adequado à condição de vida de cada um deles, levando em consideração os aspectos emocionais daquele momento, seus contextos familiar, cultural, social. Entendíamos que cabia a nós como equipe ajudar o paciente a realizar as mudanças necessárias no seu estilo de vida para que ele pudesse atingir o controle glicêmico e

se perceber agente de seu processo. Algumas ideias do construcionismo social dão sustentação a esta prática, sendo importante, portanto, apresentar estas noções.

CONSTRUCIONISMO SOCIAL, RESPONSABILIDADE RELACIONAL

A convicção de que conhecimento é algo criado nas relações e que na relação cliente-profissional temos um cliente como especialista em sua vida (Anderson & Goolishian, 1998) tem sido norteadora de nossa prática profissional, a qual inclui as vozes dos clientes em processos que entendemos serem dialógicos e de reflexão na ação (McNamee, 2004). Temos visto em nossa atuação que a orientação construcionista social nos leva para uma prática relacional, como proposto por McNamee no conceito de Responsabilidade Relacional, o qual é utilizado na área da Saúde por Camargo-Borges: “A Responsabilidade Relacional (RR) é um conceito que trata do processo de se relacionar. Enfatiza o papel da dialogia na construção de tudo o que participamos, fortalecendo a sensibilidade relacional no processo de construção social das relações, chamando atenção para a realidade circunscrita e situada” (Camargo-Borges, 2008).

A responsabilidade relacional traz contribuições para nosso processo no GECD ao se referir à construção do conhecimento como dialógica e relacional e à promoção de diálogos transformativos. Para que estes possam acontecer é importante que estejamos atentos buscando uma interação mais colaborativa, contextual e responsável com o paciente e com nossos companheiros de equipe na busca de possibilidades que nos permitam pensar

não só nos conteúdos que precisamos trabalhar com eles, mas também em como fazê-lo.

Quando a psicologia começou a incluir a voz do paciente no momento da discussão do caso ocorreu uma mudança, passou-se a olhar para a pessoa com diabetes e não mais só para o diabetes. Isto abriu espaço para criar novas estratégias para o tratamento, exigindo a participação de todos na adequação das informações e dos procedimentos de acordo com o momento de cada paciente. Nesse sentido, a equipe vem sentindo a responsabilidade pela construção do conhecimento do paciente, o que a leva a buscar formas mais colaborativas de interação com ele para que isso possa acontecer.

Este formato de trabalho permite que a equipe se envolva com as dificuldades e as conquistas dos pacientes, já que todos se sentem parte da construção de seu tratamento. Entendemos que as conversas da equipe com os pacientes se iniciam a partir do diagnóstico, mas transcendem o mesmo quando o foco é encontrar o tratamento adequado para cada um dentro de sua realidade. Nesse sentido, os diagnósticos são vozes presentes em nossas conversações, mas múltiplas vozes passam a ser incluídas ao longo do processo. Considerando que a equipe é composta por várias disciplinas com formações e abordagens diversas e, que o enquadre inicial da conversa ocorre na prática discursiva médica, só foi possível para a equipe aceitar o convite de trabalhar considerando a “voz do paciente” quando perceberam que a prática clínica ganhava em qualidade. A partir de situações simples como a que descrevemos abaixo, a psicologia foi trazendo a voz do paciente para a equipe, além de conscientizar o paciente da importância de sua participação ativa no processo.

Parte I

Vou atender uma senhora que está na 3ª semana e pergunto:

— *Como está para seguir as orientações do pessoal?*

— *Meio difícil...*

— *O que está difícil?*

— *É que o Dr. pediu pra eu tomar insulina às 4 da tarde, só que eu saio da casa da minha patroa às 3 e chego em casa perto das 6, as 4 eu estou no ônibus, em pé não dá pra aplicar insulina!*

— *Você contou isso pra ele?*

— *Não.*

— *Então...Se você não fala, como ele vai saber? Quando alguém te pede alguma coisa aqui, você precisa dizer se dá ou não dá para fazer. Se não entendeu, pergunta de novo, isto não é problema, problema vai ser se você não contar pra gente qual a ajuda que você precisa pra se cuidar. Vou falar com o Dr. e você vai voltar a conversar com ele.*

Parte II

— *P. você pediu pra Dona Maria tomar insulina às 4h, mas não dá, ela está dentro do ônibus.*

— *Mas ela tem que tomar.*

— *P., ela tem que tomar mais uma dose do meio do dia, mas às 4h não dá, ela está em pé dentro do ônibus. Ou você põe às 3 ou às 6h que é o horário que ela chega em casa.*

— *Mas eu vou ter que mudar o tratamento todo!*

— *Bom, o tratamento tem que caber na vida dela, ela não pode tomar nesse horário, não vai pedir demissão por isso, então vamos ter que dar um jeito. A gente tem que ajudar a facilitar a vida.*

Ele alterou todo o esquema de insulina, ela volta pra sala, pega a nova orientação e na saída eu digo:

— *Vê se dá pra fazer desse jeito, se não der a gente ajusta de novo.*

A paciente volta na semana seguinte com a glicemia controlada, sem dificuldade com a medicação e compreendendo a importância de falar de si com os profissionais da equipe.

É comum que no início do processo no GECD os pacientes tenham dificuldade para falar de suas questões e dificuldades, uma vez que a cultura na área da saúde ainda é que os profissionais são os detentores do conhecimento e ao paciente cabe seguir as prescrições. Diante disso, os profissionais da psicologia num primeiro momento fazem a interlocução com os profissionais pelos pacientes e no decorrer do processo eles são encorajados por toda a equipe a se colocar, ficando cientes da importância de sua participação na adequação do tratamento.

Ao direcionar o atendimento para o paciente, começamos a identificar os desafios que ele encontra para a adesão e a manutenção do tratamento. Este passou a ser o foco das intervenções de todos os participantes da equipe, levando em conta a cada encontro quais aspectos precisam ser privilegiados.

INTERDISCIPLINARIDADE

A partir destas vivências, o grupo passou a ter um funcionamento interdisciplinar, apesar dos profissionais serem especialistas em suas próprias áreas, pois os participantes do grupo passam a se preocupar com a construção de um conhecimento conjunto, mais complexo do que os saberes segmentados em disciplinas. Os profissionais têm se esforçado para sair dos domínios conhecidos e aceitam aventurar-se em outros nos quais não são proprietários exclusivos. A cooperação

vem sendo comum e há uma interpenetraço entre as disciplinas, uma relaço de interdependência entre elas (Sommerman, 2008). Nenhuma disciplina tem domínio sobre o processo, sendo que o foco vem sendo no que é importante para o paciente, o que promove o funcionamento interdisciplinar. Na discussáo que é feita antes do atendimento, todos compartilham as informaço do caso e, dependendo da dificuldade do paciente, decide-se como cada área pode trabalhar e quais áreas podem trabalhar em conjunto em determinados momentos. Esse formato vem ajudando a criar a noço de açáo conjunta dentro da equipe.

Os pacientes vêm para este trabalho buscando a melhora da doença. Aprender a cuidar do diabetes e adquirir autonomia em seu tratamento é um convite feito a ele pela equipe a cada encontro, a cada diálogo. Constatamos que o convite para uma postura de corresponsabilidade neste processo é algo novo em suas vidas.

GRÁFICO DO PERFIL GLICÊMICO, SEUS DIVERSOS USOS

Quando o paciente chega ao serviço, o convidamos a participar conjuntamente do processo de seu tratamento. Assim, enfatizamos a importância de seguir as orientaço recebidas a cada passo ou caso isto não seja possível, trazer suas dificuldades de modo que possamos adequar o processo a suas possibilidades em cada encontro.

A utilizaço do gráfico do perfil glicêmico é fundamental, pois ao retratar o comportamento da glicemia ajuda a visualizar as mudanças desta diante das diversas açoes e/ ou intervenço realizadas. O gráfico permite que o paciente visualize o que acontece no seu organismo, ou seja, quando

a glicemia está alta, normal ou baixa. Os sintomas decorrentes de hiperglicemia são cansaço, indisposiço, desânimo, dores pelo corpo, o que muitas vezes chega a ser confundido com depressáo. Ao ver concretamente o comportamento da glicemia, ele pode fazer a relaço das alteraço desta e de seus sintomas, passando a ter uma informaço que habitualmente não é acessível e consegue acompanhar os resultados do seu empenho no tratamento. Além de fornecer as medidas glicêmicas, o gráfico passa a ser utilizado como um facilitador de conversas entre os membros da equipe e entre esta e o paciente. Na reuniáo da equipe nos perguntávamos sobre o que teria acontecido num determinado dia e horário e não o que o paciente teria feito de errado.

Nas conversas da equipe com o paciente, a utilizaço do gráfico tem permitido criar um espaço onde eles percebem que podem ter atitudes frente ao diabetes que levem à normalizaço da glicemia, o que os torna agentes de mudança e promove cada vez mais o desenvolvimento de suas competências.

APORTES DO NEOPRAGMATISMO AO TRABALHO DA PSICOLOGIA

A inclusáo da voz do paciente foi o primeiro passo no caminho que levou toda a equipe a assumir uma postura dialógica no trabalho e foi a partir desta escuta que novas variáveis foram contempladas na definiço do tratamento. Essa mudança também abriu espaço para que a equipe pudesse compartilhar com os colegas suas dificuldades na relaço com o paciente ou seu encantamento com o mesmo. O paciente também comenta com alguns membros da equipe suas dificuldades

com a fala de um profissional ou o quanto se sentiu ajudado por outro.

O neopragmatismo, teoria que entende a linguagem como constitutiva e as palavras como ferramentas, nos levou a pensar sobre os “jogos de linguagem” em nossa prática profissional.

A linguagem como ação é inseparável de uma instituição discursiva (em nosso caso a prática discursiva médica). Sendo assim nossas falas são construídas a partir dos lugares de onde falamos, ou seja, profissionais de saúde e para quem falamos, os pacientes (Maingueneau, 1997). Do lugar de profissionais, podemos ter descrições sobre o paciente que restringem as possibilidades de desenvolver recursos para ampliação de seu conhecimento e suas possibilidades frente à doença. Falas como o “paciente resiste ao tratamento”, “ele tem ganhos com a doença”, “essa família não ajuda”, podem ter como efeito desmotivar a equipe na sua atuação junto ao paciente.

Wittgenstein (1999) citado por Bittencourt e Morgado (2006) amplia nossas possibilidades de pensar nossa atuação: “(...) não apenas as palavras, mas também as circunstâncias nas quais elas ocorrem constituem os “jogos de linguagem” ou “formas de vida” (p. 27).” Pensar no efeito performativo da linguagem, ou seja, a linguagem como ação, construtora de realidades e produtora de efeitos, nos leva a ficar atentas ao efeito de nossas falas com a equipe, com os pacientes e vice-versa. Temos nos perguntado de que forma estas orientações tão importantes são transmitidas. Qual a voz do paciente? Que vozes o habitam quando ele entra em contato com o tratamento? Como ele nos ouve? Como nós os ouvimos? Será que entende “para que” ele precisa fazer o que é solicitado? Não é uma questão, são muitas questões e trazê-las à tona na discussão de cada caso

mudou e vem mudando a atuação de cada profissional.

Uma das condições para a realização do trabalho é que o paciente faça as medidas necessárias para gerar o gráfico do perfil glicêmico. É interessante refletir sobre como podemos trabalhar com essa exigência na relação com o paciente. Podemos dizer ao paciente que se ele não realizar as medidas será excluído do grupo, pois precisamos delas para os ajustes do tratamento, ou dizer que se ele não fizer as medidas ficaremos impotentes para ajudá-lo, já que estas nos orientam para ajustar a medicação e entender como ele está reagindo ao tratamento proposto.

O que nos leva a falar de uma forma e não de outra? Nossas falas os afetam e somos afetados por suas falas, essas afetações atravessam a conversação determinando como os diálogos são construídos. Esta perspectiva vem permitindo à psicologia ampliar as possibilidades de reflexão quando identifica que a equipe ou o paciente entram em jogos que não ajudam a atingir nosso objetivo. Estar num contexto de educação para o controle do diabetes nos leva a convidar os pacientes e a equipe para jogar o jogo do “paciente como participante ativo e agente de seu tratamento”, e a rejeitar o jogo “esse paciente não tem jeito” ou “eu não vou conseguir”. Para cada paciente e para cada membro da equipe isso se dará de forma única.

É comum termos que trabalhar algumas necessidades alimentares do paciente para que isso não seja um impedimento à sua adesão ao tratamento. Orientar o paciente a como incluir a farofa, o doce de abóbora, o aperitivo, é comum na nossa prática, no entanto quando num atendimento surge a necessidade de incluir a bebida alcoólica na dieta nos deparamos com a resistência do médico, para ele, o paciente

deve parar de beber. Devido ao estilo de vida do paciente, esta alternativa é inviável num primeiro momento, para o médico ele não quer aderir ao tratamento. Fica claro que, neste caso, o médico está sendo atravessado pelo conceito que tem da bebida alcoólica já que não tem a mesma reação em relação aos outros alimentos.

A interdisciplinaridade é muito útil neste momento, pois a equipe discute o caminho do tratamento considerando o momento do paciente, sua dificuldade em parar de beber totalmente e sua disponibilidade em controlar o quanto bebe. O tratamento não é definido por um único profissional, mas sim pelo consenso entre os profissionais que o acompanham. Os profissionais da equipe podem ter questões semelhantes durante o trabalho e estas são vidas pelo grupo como oportunidades de ampliar as reflexões sobre as múltiplas possibilidades do tratamento.

O trabalho no GECD foi proposto para pacientes com um histórico de diabetes não controlado apesar de terem sido tratados em outros serviços públicos ou privados. O paciente chega ao Grupo desanimado, acreditando que não é possível controlar seu diabetes, frustrado pelo fracasso de suas tentativas anteriores de tratamento:

“(...) Não adianta, não como açúcar, tomo todos os medicamentos e a glicemia está alta.”

“(...) Fui a todas as consultas marcadas, mudei a medicação e a alimentação como o médico me orientou, comprei o aparelhinho para medir a glicemia e todas as vezes que eu media a glicemia, ela estava alta. Joguei o aparelhinho fora!”

O histórico anterior de dificuldades frente ao tratamento tem pouca relevância no processo que se realiza no GECD, pois ao sair dos discursos habituais da área da saúde para uma

reflexão conjunta na busca do que ajuda o paciente a lidar com suas dificuldades e ampliar seus recursos, criamos algo novo para todos.

Para muitos pacientes esse trabalho encerra um período em que se encontravam perdidos “sem saber o que fazer”. Nesses casos, o processo flui na direção desejada com os ajustes sendo feitos passo a passo, acompanhados pelo paciente que se apropria dos recursos necessários para o autocuidado. Essa experiência de empoderamento influencia o paciente a tornar-se agente em outras esferas de sua vida permitindo-lhe realizar mudanças significativas. Entretanto, quando nos deparamos com pacientes que não respondem às expectativas da equipe quanto à adesão ao tratamento, percebemos que novas perguntas, outras formas de conversar e de informar serão necessárias.

Quando os atendimentos “não funcionam” ou “superam as expectativas” entramos em contato com as afetações geradas pelo diálogo e os efeitos que causam no profissional, na equipe, no paciente. Buscamos identificar os jogos que jogamos, os convites que aceitamos ou recusamos, nos deparamos claramente com o efeito performático do discurso vigente. Como afirmam Bittencourt e Morgado: “(...) estar em jogos de linguagem é poder admitir que você será afetado pelo discurso do outro também de uma maneira que talvez não saiba. Acreditar que somos uma rede linguística de crenças e desejos é acreditar que como rede, às vezes sabemos as causas que nos movem, ou seja ‘causas que são razões’ e, às vezes, não (2006, p. 33).” Descrevemos abaixo um atendimento que nos leva a refletir sobre estas ideias:

Quando entrei no consultório, Sr. Raimundo se levantava, depois de pegar

a receita da médica. Começou a caminhar em direção à porta com uma expressão de sofrimento no rosto e começou a gritar. Assustados, o Dr. P. e eu fomos tentar ajudá-lo.

— *O que o Sr. está sentindo? Dor no peito?*

Estaria enfartando? Teria travado a coluna? Sr. Raimundo continuou caminhando arrastando os pés, sem responder a nossas perguntas.

Sem saber o que estava acontecendo, levei-o para um consultório esperando que ele pudesse falar.

Os gritos pararam e perguntei novamente:

— *O que o Sr. está sentindo?*

— *Como é que posso ser tão burro, eu sou um tapado!*

Bate na própria testa com raiva.

— *Eu estou vendo todo mundo aqui tentando me ajudar, nunca vi um lugar assim, mas as coisas não entram na minha cabeça!!!*

Um filme conhecido passou pela minha cabeça. Apesar de o paciente ter dito “...vendo todo mundo aqui tentando me ajudar”, ver seu sofrimento me fez pensar: “*Puxa vida, onde estamos errando?! Ninguém viu o que esse homem está sentindo!! Não estamos atentos a suas dificuldades?!*” Como sabia poucas coisas sobre ele já que não vinha fazendo parte do seu atendimento individual resolvi perguntar o que o ajudava quando ele ficava nervoso. “*Tenho um sítio perto de São Paulo, gosto de plantar, carpir, cuidar da terra. Não vejo a hora de ir embora para lá.*”

Conversamos sobre o tempo que leva para que uma semente chegue à planta adulta, o trabalho que exige e, a partir dessas colocações, conversamos sobre o tempo que leva para que algumas coisas possam acontecer e fizemos um paralelo com sua vivência

no GECD. A reação do Raimundo foi inesperada. Naquele momento consegui sair da autocrítica e busquei com ele elementos da sua história que o ajudassem a lidar com sua ansiedade. Quando ele traz sua relação com a terra, vi ali uma metáfora possível para conversarmos a respeito de ritmos e tempos, o que nos ajudou quanto ao seu processo de aprendizagem e minha própria autocrítica em relação a nossa competência como equipe. Soube depois que as pessoas que o atendiam vinham se esforçando para ajudá-lo a lidar com sua raiva por sentir que não correspondia às expectativas do grupo, ele manifestava irritação com muita frequência. Na semana seguinte o Sr. Raimundo apresentou um bom controle, que manteve ao longo do período que frequentou o Ambulatório.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Nossa entrada num grupo de educação e controle de diabetes nos levou a um compromisso com os objetivos propostos pela equipe e uma busca para ampliar as possibilidades dessa atuação. A Responsabilidade Relacional e a atenção aos jogos de linguagem vêm ampliando nossas possibilidades em relação aos mundos que criamos em nossas conversações. Estamos focadas em como determinados movimentos podem contribuir para restringir ou ampliar diferentes formas de ação e consequentemente diferentes formas de realidade.

Segundo McNamee (2008, p. 36): “Há muitas formas em que a transformação pessoal e relacional pode ocorrer. Conversas sobre diagnóstico e problemas podem ser produtivas, assim como também conversas com foco em forças, valores e possibilidades

futuras.” A ética da responsabilidade relacional não é uma postura e não é uma técnica a ser adotada num contexto terapêutico. Trata-se de uma orientação para o processo terapêutico que privilegia o que está acontecendo na conversaço no momento interativo (McNamee, 2009). A responsabilidade relacional traz uma proposta para a atenço em saúde que amplia o processo de empoderamento do cliente e do profissional.

O “fazer junto” (McNamee, 2009) com o paciente e com a equipe tem mostrado resultados animadores na exploraço e identificaço de possibilidades, recursos e competências de todos os envolvidos no processo.

O trabalho desenvolvido pelo Grupo de Educaço e Controle do Diabetes do Hospital do Rim e Hipertensão da Universidade Federal do Estado de São Paulo possibilitou a obtenço do bom controle glicêmico em cerca de 70% dos pacientes no curto prazo de seis semanas (Pimazzoni, 2011).

O bom controle da glicemia é um dos ganhos que este trabalho trouxe para os pacientes e os profissionais. Além disso, houve grandes mudanças na equipe e na forma como o trabalho vem sendo conduzido. Por exemplo, muitos pacientes têm medo de usar insulina, fantasias de que chegar a tomar insulina seria o estágio final da doença. Nesses casos, sempre que possível, a equipe tenta obter o controle glicêmico com medicamentos orais ao longo das primeiras semanas de tratamento. Alguns pacientes conseguem um bom controle com esta intervenço, enquanto os outros vão acompanhando ao longo dos encontros a pouca efetividade desses medicamentos. O fato de a equipe ter tentado todos os outros recursos faz com que o paciente se sinta ouvido e respeitado em suas dificuldades e isto o ajuda a

entender a necessidade do uso de insulina. Ao lado da intervenço medicamentosa são trabalhados os medos (o medo de agulha, de se autoaplicar, entre outros), as fantasias, as histórias familiares.

Outro exemplo interessante ocorreu com um paciente que tinha uma glicemia muito alta e a cada semana, apesar da introduço dos novos medicamentos, a resposta clínica não vinha sendo satisfatória. Na discussão em grupo se pensou em introduzir a insulina, o que não exigiria dele tanta disciplina alimentar. Durante a consulta, o médico explicou a situaço e perguntou se ele gostaria de tentar usar mais um medicamento oral com controle adequado da alimentaço. O paciente escolheu o medicamento oral e, na semana seguinte, seus testes estavam quase todos na faixa da normalidade.

Alguns pacientes têm muita dificuldade com as mudanças alimentares. Nesses casos a equipe da nutriço pede que não se modifique a medicaço para que o paciente possa perceber a importância e a influência destas mudanças nos resultados de sua glicemia (visualizados no gráfico). Avançamos em muitos aspectos, mas há muito por fazer. Para alguns pacientes, o formato atual de atendimento de 4 a 6 semanas não é suficiente. Estamos começando a discutir esta questão e propomos que passem a vir mensalmente depois da intervenço intensiva. Isto vem sendo útil para que sedimentem os conhecimentos, mas ainda é preciso observar como se dará a continuidade deste acompanhamento.

Acreditamos que, para que as mudanças necessárias para a vida do paciente com diabetes possam ser mantidas, seria necessário um acompanhamento de manutenço com um trabalho em grupo, em longo prazo já que no dia a dia se torna muito difícil

a manutenção das mudanças. Como dizia uma paciente: “É muito difícil! Todas as comemorações são ao redor de uma mesa farta!” Este é um dos importantes desafios a serem enfrentados.

Neste ano, os residentes da Medicina de Família da Universidade Federal do Estado de São Paulo estão fazendo estágio em nosso serviço para que possam ter uma vivência de trabalho em equipe interdisciplinar que terão que desenvolver em sua prática. Segundo sua supervisora, este é o único trabalho interdisciplinar existente na universidade hoje. Acreditamos que este formato de trabalho poderia ser adaptado para o atendimento dos portadores de diabetes no Sistema Único de Saúde (SUS) no atendimento realizado no Programa de Saúde da Família (PSF) com ganhos importantes para os pacientes e o sistema.

Nosso método de trabalho vem ao encontro das diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS) para a Atenção Básica, referidas no texto da Portaria 648 de março de 2006, que caracteriza a Atenção Básica à Saúde como:

(...) um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrangem a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e a manutenção da saúde. (...) Orienta-se pelos princípios da universalidade, da acessibilidade e da coordenação do cuidado, do vínculo e continuidade, da integralidade, da responsabilização, da humanização, da equidade e da participação social (Camargo-Borges & Mishima, 2009).

Nosso desejo e empenho são para que este trabalho seja um orientador para o tratamento do diabetes e possibilite aos profissionais uma reflexão sobre sua atuação diante de quadros de doença crônica.

REFERÊNCIAS

- Anderson, H., & Goolishian, H.** (1998). O cliente é o especialista: a abordagem terapêutica do não-saber. In S. McNamee, & K. J. Gergen. *A terapia como construção social*. (pp. 34-50). Porto Alegre: Artes Médicas.
- Bittencourt de Araujo, N., & Morgado, N.** (2006). A escuta terapêutica na interlocução clínica: uma contribuição ao construcionismo social pelo viés do pragmatismo linguístico. *Nova Perspectiva Sistêmica*, 26, 24-34.
- Camargo-Borges, C., Mishima, S., & McNamee, S.** (2008). Da autonomia à responsabilidade relacional: explorando novas inteligibilidades para as práticas de saúde. *Gerai: Revista Interinstitucional de Psicologia*, 1(1), 8-19.
- Camargo-Borges, C., & Mishima, S.** (2009). A responsabilidade relacional como ferramenta útil para a participação comunitária na atenção básica. *Saúde e sociedade*, 18(1), 29-41.
- Maingueneau, D.** (1997). *Novas tendências em análise do discurso*. Campinas: Editora da Universidade Estadual de Campinas.
- Mbaya, J. C.** (2009). Federação Internacional de Diabetes conclama maior divulgação de informação diante da explosão epidêmica do diabetes. *Diabetes Clínica*, 13(6), 419.
- McGill, M.** (2009). Federação Internacional de Diabetes conclama maior divulgação de informação diante da explosão epidêmica do diabetes. *Diabetes Clínica*, 13(6), 416.
- McNamee, S.** (2004). Social construction as practical theory, lessons for practice and reflection in psychotherapy. In D. Pare, & G. Larner. *Critical knowledge and practice in psychotherapy*. (pp. 9-20). New York: Hayworth Press.

- McNamee, S.** (2008). Um estudo socio-construcionista da expertise terapêutica. *Nova Perspectiva Sistêmica*, 31,33-43.
- McNamee, S.** (2009). Postmodern psychotherapeutic ethics: relational responsibility in practice. *Human Systems: The Journal of Therapy, Consultation & Training*, 20(1), 57-71.
- Mendes, A. B. V., Fittipaldi, J. A. S., Neves, R. C. S., Chacra, A. R., & Moreira, E. D.** (2009). Prevalence and correlates of inadequate glycemic control: results from a Nation wide survey in 6,671 adults with diabetes in Brazil. *Acta Diabetologica*, 47(2): 137-145.
- Nathan, D. M., Buse, J. B., Davidson, M. B., Ferrannini, E., Rury, R. H., Sherwin, R., & Zinman, B.** (2008). *Medical Management of Hyperglycemia in Type 2 Diabetes: A Consensus Algorithm for the Initiation and Adjustment of Therapy*. Recuperado em 11 nov 2013 de <http://care.diabetesjournals.org>.
- Pimazoni Netto, A.** (2013). Manual básico sobre diabetes para profissionais de saúde. *Sanofi— Universidade do Diabetes*, 4-5.
- Pimazoni-Netto, A., Robard, D., & Zanella, M.T.** (2011). Rapid improvement of glycemic control in type 2 diabetes using weekly intensive multifactorial interventions: structured glucose monitoring, patient education. *Diabetes Technology & Therapeutics*, 13(10):997-1004.
- Sartorelli, D. S., & Franco, L. J.** (2003). Tendências do diabetes mellitus no Brasil: o papel da transição nutricional. *Cad. Saúde Pública*, 19(1) 529-536.
- Sommerman, A.**(2008). *Inter ou transdisciplinariedade*. São Paulo: Paulus.
- White, M., & Epston, D.** (1993). *Medios narrativos para fines terapêuticos*. (pp. 53-87). Barcelona: Paidós.