

UMA EXPERIÊNCIA NO CUIDADO A ADOLESCENTES COM DIABETES

Vilma Margarete Simão¹

Cláudia Regina Lima Duarte da Silva²

Deisi Maria Vargas³

Luciane C. Azevedo Campanella⁴

Resumo

O artigo apresenta uma reflexão sobre uma prática de cuidado junto a adolescentes com diabetes mellitus tipo 1 e suas respectivas famílias, realizada no Ambulatório Universitário da Universidade Regional de Blumenau, desenvolvida por uma equipe de profissionais de saúde em programa de extensão universitária. Trata-se de uma reflexão sobre uma metodologia de trabalho intermultidisciplinar no cuidado integral, com superação do modelo biomédico e fortalecimento do cuidado integral. Descreve as abordagens que facilitam a construção do modelo de cuidado biopsicossocial com perspectiva de criticidade ao modelo biomédico e de estratégias para superação dos desafios do cuidado ao adolescente com diabetes. O Objetivo do artigo é apresentar a experiência que utiliza a base teórica de Eugênio Mendes do cuidado e o princípio de integralidade do Ministério da saúde. Quanto ao resultado: viu-se que por meio da troca de saberes entre as diferentes profissões que compõem a equipe multiprofissional através da socialização das experiências de cuidado individual dos adolescentes diabéticos, a equipe enriqueceu o trabalho intermultidisciplinar, onde as percepções disciplinares se agregaram possibilitando a melhoria nas condições de efetivação do cuidado integral por meio da apropriação da totalidade biopsicossocial do sujeito do cuidado.

Palavras-chave: cuidado, Diabetes Mellitus Tipo 1, Assistência Integral à Saúde; Comunicação Prática Intermultidisciplinar; Adolescente .

Summary

The article focuses on a health care practice with adolescents with type 1 diabetes and their families, held at the Clinic of Universidade Regional de Blumenau, developed by a team of health professionals in university extension program. It is a reflection on a work methodology intermultidisciplinary the holistic care of, with overshoot and strengthening the biomedical model of comprehensive care. Describes approaches that facilitate the construction of the biopsychosocial model of care with critical perspective to the biomedical model and strategies for overcoming the challenges of care to adolescents with diabetes. The objective of the paper is to present the experience that uses the theoretical basis of Eugenio Mendes care and the principle of completeness of the Ministry of Health. As the result: it was seen that through the exchange of knowledge between different professions that make up the multidisciplinary team through socialization experiences of individual care of diabetic adolescents, the team has enriched the work intermultidisciplinary where disciplinary perceptions were added enabling improvement in the conditions of effectiveness of comprehensive care through the appropriation of the whole subject of biopsychosocial care.

¹ Prof^ª Dr^ª do Departamento de Serviço Social da FURB.

² Prof^ª Dr^ª do Departamento de Enfermagem da Universidade Regional de Blumenau (FURB);

³ Prof^ª Dr^ª do Departamento de Medicina da FURB.

⁴ Prof^ª Dr^ª do Departamento de Ciências Farmacêuticas da FURB.

Keywords: Care, Diabetes Mellitus Type 1, Comprehensive Health Care, Communication Practice intermultidisciplinary; Adolescents

INTRODUÇÃO

Este artigo aborda o cuidado para com os adolescentes com Diabetes Mellitus tipo 1 (DM1) a partir de uma experiência multiprofissional e interdisciplinar de professores e estudantes que integram o Programa Educação em Saúde da Universidade Regional de Blumenau (FURB).

Interprofissionalidade propõe uma orientação para o estabelecimento da síntese dos conhecimentos, buscando o conhecimento humano em sua integridade ou, pelo menos, levando a uma perspectiva de convergência e interação dialética dos conhecimentos específicos. A equipe multiprofissional é composta por profissionais com conhecimentos técnicos específicos e de carreiras diferentes que, em interação, produzem um resultado que não seria possível por nenhum dos profissionais isoladamente. Contudo, nem todo trabalho multiprofissional pode ser caracterizado como interdisciplinar. A prática interdisciplinar se estabelece a partir de interações diversas entre os membros da equipe multiprofissional.

Este artigo anseia socializar a metodologia de trabalho desenvolvida por uma equipe de profissionais da saúde que busca compreender a atuação específica de cada profissional e tomar ciência da inter-relação entre as abordagens específicas, apropriando-se das atribuições de cada profissional dentro da equipe e da importância do fazer coletivo para a materialização do cuidado integral. Para tanto, é feita uma reflexão sobre uma metodologia de trabalho transmultidisciplinar com intuito de superação do modelo biomédico e fortalecimento do cuidado integral. Descreve as abordagens realizadas com a finalidade de construir uma prática sustentada no modelo de cuidado biopsicossocial com perspectiva de criticidade ao modelo biomédico e de estratégias para superação dos desafios do cuidado ao adolescente com diabetes. A experiência que utiliza a base teórica de Eugênio Mendes do cuidado e o princípio de integralidade do Ministério da saúde

Os procedimentos das ações respeitaram o constante na Declaração de Helsinki e as Resoluções do Conselho Nacional de Saúde n. 196, de 10/10/96 e n. 251, de 07/08/97, portanto, o projeto passou pelo Comitê Ético da FURB sendo arquivado sob o número 99/2010, os sujeitos da pesquisa assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

1. ADESÃO AO TRATAMENTO COMO EXPRESSÃO DO AUTOCUIDADO APOIADO

Para que um trabalho em saúde gere adesão ao tratamento como expressão do autocuidado, Mendes (p. 339, 2011) preconiza o desenvolvimento do cuidado apoiado que será viabilizado por meio do fortalecimento das relações entre a equipe de saúde e as pessoas cuidadas. Para tanto, os profissionais de saúde devem adquirir conhecimentos e habilidades para: a) perceber a perspectiva do usuário do serviço, tratando-o como sujeito participante das decisões do cuidado e considerando suas preferências; b) orientar para a busca de informações seguras com apoio à autopromoção, potencializando o autocuidado; c) notificar sobre as probabilidades de riscos da atenção; c) utilizar tecnologias que facilitem o engajamento das pessoas no seu cuidado; d) delimitar e gerenciar metas para a construção do autocuidado.

Para o bom desempenho dessas ações é imprescindível a compreensão da integralidade do ser humano e do processo saúde-doença. E a compreensão da integralidade demanda, segundo Feuerwerker e Sena (2012), a presença de uma abordagem interdisciplinar e uma prática multiprofissional organizadora do processo de trabalho do cuidado em saúde, com a presença e complementaridade dos diversos saberes e práticas.

Já o cuidado existe quando há uma intenção, um propósito e, principalmente, uma determinação para um fazer, uma vontade de que *algo* aconteça. A vontade pode ser subjetiva, e, portanto, intercedida por valores, motivações para a vida e consciência das implicações de uma não-adesão às ações de cuidado à saúde. A vontade de aderir poderá vir também de uma condição objetiva: situação limite de continuação da própria vida. E, para que esse *algo aconteça* há de se ter as condições objetivas e subjetivas, portanto, autonomia.

Mas de fato, o que é Autonomia e qual seria a autonomia ideal no âmbito/ perspectiva do cuidado à saúde? O básico para o exercício da autonomia é a capacidade de eleger objetivos e crenças, de valorá-los com discernimento e de pô-los em prática sem opressões (PEREIRA, 2002). A autonomia básica requer capacidade teleológica desenvolvida que envolva capacidade de eleger opções, ciência de seus desdobramentos e das ações para que a escolha se concretize. Assim, a autonomia básica requer formas de participação social da qual depende o desenvolvimento da capacidade cognitiva, ativa e emocional do ser humano. Por isso, o ser autônomo prescinde de um bom convívio social e da participação nas ações de sociedade, fazendo valer seus direitos sociais. Já a autonomia crítica se estabelece quando um indivíduo não só elege objetivos e crenças, mas também faz crítica e, se necessário, muda regras e altera práticas. Esta nível mais elevado de autonomia requer habilidades cognitivas, oportunidades sociais e a satisfação de outras necessidades consideradas intermediárias (PEREIRA, 2002).

A saúde é uma necessidade primordial para a sobrevivência do ser humano e imprescindível para o exercício da autonomia na busca de manutenção da própria vida. Percebe-se, porém, dificuldades do usuário de questionar um profissional quando compete o exercício do direito de saúde. O usuário dos serviços de saúde costuma assumir a condição de paciente, subordinando-se ao conhecimento do “Doutor”.

Na literatura sobre adesão ao cuidado, identificam-se concepções negadoras da autonomia, uma vez que conferem à pessoa cuidada a responsabilidade exclusiva da adesão ao cuidado. Poucos consideram as intermediências da verticalização na relação profissional-paciente e no processo de adesão. Em outras palavras, do predomínio do saber técnico sobre o saber daquele que cuida do próprio corpo, inibindo e/ou limitando as iniciativas de autocuidado. Revela uma concepção reduzida do papel da pessoa que é centro do cuidado. No processo de aderir ao cuidado, a pessoa é “[...] considerada submissa ao profissional e ao serviço de saúde e não como um sujeito ativo no seu processo de viver e conviver com a doença e o tratamento” (REINERS, p. 23, 2006).

Para existência de autonomia em saúde, é necessário que o sujeito do cuidado compreenda seu estado de saúde e as possibilidades reais de intervenção. A omissão de informações relevantes e devidamente compreendidas poderá limitar a autonomia da pessoa cuidada no seu processo decisório. Como nos informa Mendes (2011), o autocuidado apoiado sustenta-se no princípio de que as pessoas conhecem tanto quanto, ou mais, que os profissionais de saúde acerca de sua condição de saúde e de suas necessidades de atenção.

Compreendendo que para o alcance da adesão é preciso o entendimento do modo de vida do sujeito do cuidado e uma prática intermultidisciplinar e, considerando o usuário como sujeito ativo no seu processo de viver e conviver com a doença e seu plano terapêutico, um grupo de professores da FURB organizou um Programa de Educação em Saúde. O objetivo do Programa foi promover a assistência integral à saúde com fortalecimento da autonomia para o autocuidado e o empoderamento do sujeito do cuidado através do estreitamento de sua relação com a equipe intermultiprofissional e desenvolver ações promotoras de adesão ao cuidado, incluindo os responsáveis e a rede de suporte social das pessoas cuidadas.

2. AÇÕES DESENVOLVIDAS PELO PROGRAMA EDUCAÇÃO EM SAÚDE

O Programa de extensão de “Educação em Saúde” da FURB iniciou suas atividades no ano de 1998 com os Projetos “Plantão Social” e “Atenção Integral à Criança e Adolescente

com Diabetes”. No decorrer do tempo e da experiência acumulada, o Programa foi sendo modificado e atualmente inclui cinco projetos, conforme descrito no Quadro 1.

Quadro 1: Relação dos projetos que compõem o Programa de Extensão Educação em Saúde

Nome do projeto	Objetivo central	Coordenador
Diabetes Tipo I e Medicamentos	Apoiar ao autocuidado medicamentoso	Prof ^ª Ms. Nevoní Goretti Damo
Atenção Integral à Criança e Adolescente com Diabetes	Promover o autocuidado de crianças e adolescentes com diabetes	Prof ^ª Dr ^ª Deisi Maria Vargas
Integração Ensino Serviço e a Saúde do Adolescente	Desenvolver atividades de educação em saúde e instrumentalizar profissionais da saúde (Unidades de Saúde) e professores para o diálogo com os adolescentes	Prof ^ª Dr ^ª Cláudia Regina Lima Duarte da Silva
Doce alegria em quadrinhos	Superar do preconceito as crianças e adolescentes portadores de diabetes	Prof ^ª Dr ^ª Vilma Margarete Simão
Doce Sorriso	Dar assistência e promover o cuidado bucal	Dr ^ª Marcia de Freitas Oliveira

Os trabalhos são desenvolvidos por profissionais e acadêmicos dos cursos de Medicina, Enfermagem, Odontologia, Nutrição, Farmácia e Serviço Social. Além de atender crianças e adolescentes com diabetes, o Programa contribui no processo de formação dos graduandos, educando-os para uma ação educativa mais dinâmica e dialética, desenvolvendo conhecimentos, habilidades e atitudes de cidadãos conscientes da totalidade da realidade humana e capazes de produzir transformações.

A equipe do Programa trabalha de modo intermultidisciplinar, contribuindo para o cuidado integral dos adolescentes que dele participam. Interdisciplinaridade propõe uma orientação para o estabelecimento da síntese dos conhecimentos com a busca do conhecimento humano em sua integridade ou, pelo menos, levado a uma perspectiva de convergência e interação dialética dos conhecimentos específicos. Interdisciplinaridade, portanto, é um conceito que se aplica às ciências, à produção do conhecimento e à prestação de serviços. “A possibilidade de uma compreensão da integralidade do ser humano e do processo saúde-doença, [...], passa por uma abordagem interdisciplinar de uma prática multiprofissional”. Já a prática multiprofissional torna-se real na medida em que se organiza o processo de trabalho, considerando a complementaridade dos diversos saberes e práticas profissionais e buscando a integralidade do cuidado (FEUERWERKER e SENA, p. 1, 2012).

Na existência de um processo de trabalho desenvolvido por mais de uma pessoa, haverá uma divisão do trabalho próprio do trabalho em equipe. Contudo, nem todo trabalho em equipe é do tipo multiprofissional. Trabalho coletivo do tipo multiprofissional inclui profissionais com conhecimentos técnicos específicos e de carreiras diferentes que, em interação, produzem um resultado que não seria possível por nenhum dos profissionais isoladamente.

No fazer intermultiprofissional da equipe do Programa “Educação em Saúde”, são realizadas reuniões de análises e discussões de casos com socialização das experiências particulares a cada campo profissional e, quando detectadas fragilidades no cuidado como não adesão, violação de direitos, problemas psicossociais, entre outros, a equipe discute e planeja ações de intervenção a fim de otimizar o cuidado e, assim, a condição de saúde do indivíduo em questão.

O processo de trabalho do Programa é desenvolvido através do trabalhador coletivo, com uma cooperação forçada pela divisão técnica do trabalho, onde cada membro da equipe desenvolve atividades inerentes a sua especificidade num fazer multiprofissional e com uma cooperação voluntária ultrapassadora dos limites das disciplinas, buscando um olhar integral e um agir integralizado. Assim, busca-se a prática da visão desmedicalizada com constante superação do trabalho fragmentado em saúde. É nessa perspectiva que a equipe vem desenvolvendo um trabalho intermultidisciplinar junto às crianças e adolescentes com Diabetes Mellitus, objetivando o cuidado integral e uma prática educativa orientada para o apoio ao autocuidado.

Entendendo que o apoio ao autocuidado implica na ação direta com o sujeito do cuidado, com a família e junto ao suporte social de apoio ao cuidado, os espaços de atuação do Programa são: Ambulatório Universitário da FURB, que integra a rede de serviços do Sistema Único de Saúde/SUS, ambiente doméstico, escolas e unidades de atenção básica.

A metodologia do trabalho intermultiprofissional do programa é composto de ações: a) Socioassistenciais que se constituem de ações profissionais nos diferentes campos de intervenção desenvolvidas junto às crianças e adolescentes com diabetes a partir de demandas singulares. Sua lógica reside em assistir a pessoa como sujeito, visando responder a essas demandas/necessidades numa perspectiva de construção da autonomia do sujeito do cuidado nas relações institucionais e sociais; b) Educativas: a prática educativa em saúde orientada para o autocuidado se baseia em elementos que explicam o processo saúde/doença, as condições objetivas e subjetivas da existência, como também os direitos sociais, cuja

conquista e usufruto dependem da consciência do sujeito cuidado e do conhecimento de como acessá-los.

Quanto aos instrumentos operativos utiliza-se:

1) Reuniões semanais de equipe: para discussões acerca do cuidado prestado, estudo de caso, revisão da literatura, análise e orientação interdisciplinar. A metodologia das reuniões procura ser coerente com o cuidado almejado para os portadores de diabetes: autonomia disciplinar apoiada no conhecimento interprofissional e participação no processo do cuidado. Assim, as reuniões permitem a cada membro da equipe a inclusão de pontos de pauta com discussão de casos específicos, conforme a demanda de cuidado de cada criança ou adolescente com diabetes monitorados pelo Programa. Os encontros da equipe são o “PONTO CHAVE” do Programa, pois é a partir deles que a abordagem interdisciplinar da prática multiprofissional se fortalece e, por sua vez, permite a materialização da atenção integral às crianças e adolescentes com diabetes mellitus tipo 1, com promoção da saúde por meio da ferramenta educação.

2) Entrevista motivacional: coleta de informações para subsidiar a avaliação das prioridades de ação junto ao sujeito do cuidado e aos familiares; definição de situações que devem ser questionadas e aprofundadas pela equipe; compreensão da realidade dos sujeitos do cuidado e de sua família; estímulo à adoção de comportamentos de promoção da saúde e prevenção de doenças;

3) Abordagens individuais: atendimentos individualizados de acordo com as particularidades e demandas dos sujeitos do cuidado; agendamento periódico de atendimentos individuais com todos os portadores de diabetes usuários do Programa com as diferentes profissionais membros da equipe para melhor elaborar ou revisar os planos de cuidado. Planejamento do autocuidado apoiado: elaboração/monitoramento conjunto do plano terapêutico entre o sujeito do cuidado, os profissionais da saúde e cuidadores responsáveis para a manutenção do controle metabólico do diabetes mellitus;

4) Abordagem grupal: auxiliam o processo socioeducativo pelo equilíbrio entre as funções de educação e reflexão no grupo. No trabalho com o grupo procura-se, simultaneamente: a) a dinamicidade com interação e a comunicação promotoras de reflexão; b) refletividade sobre questões relacionadas à vida familiar e ao próprio grupo; c) e a prática democrática por meio do estímulo à participação na definição dos temas e atividades. Para facilitar o processo, são usados recursos lúdicos, comunicacionais e reflexivos. Entende-se que a promoção da saúde implica no conhecimento das condições de vida socialmente determinada, assim, é também fundamental que os sujeitos do cuidado conheçam e exerçam seus direitos sociais, no caso, principalmente

os direitos à saúde. Nas abordagens grupais também se desenvolve a alfabetização sanitária através do estímulo à aquisição de habilidades cognitivas para compreensão das prescrições médicas e das condições ideais de uso e armazenamento dos medicamentos.

5) Visita domiciliar: aqueles sujeitos do cuidado com dificuldade no cumprimento do plano terapêutico, objetivando buscar maior adesão da participação da pessoa cuidada e sua família na atenção à saúde com compreensão do processo saúde/doença e os fatores que o influenciam, por meio do conhecimento do cotidiano dos sujeitos, no seu ambiente de convivência familiar e comunitária;

6) Visita institucional: ações educativas no ambiente escolar com uso de material educativo e alfabetização sanitária;

7) Pesquisa: uso da pesquisa para conhecimento da experiência social dos sujeitos do cuidado.

O resultado esperado pela equipe do Programa de Educação em Saúde a partir dessas diferentes ações é o controle metabólico do diabetes como expressão do empoderamento para o autocuidado.

Fazendo uma exposição crítica do trabalho da equipe intermultidisciplinar do Programa de extensão Educação em Saúde, para adesão ao tratamento como expressão do autocuidado, no próximo item são apresentadas ações desenvolvidas relacionadas ao cuidado apoiado, autocuidado, adesão ao tratamento, com intuito de demonstração da processualidade do trabalho da equipe.

2.1. Projeto Atenção integral à criança portadora de diabetes - Grupo Doce Alegria

O Grupo Doce Alegria é formado pelas crianças e adolescentes portadores de diabetes e usuários do Ambulatório Universitário da FURB/SUS, cuidadores responsáveis, professores, acadêmicos, bolsistas e servidores do ambulatório.

A metodologia utilizada nesse projeto prevê a realização de pré-consultas coletivas, seguidas de consultas ou atendimentos individuais. As pré-consultas coletivas são desenvolvidas por meio da abordagem grupal. Essa atividade é entendida como um momento de reflexão, troca de saberes, busca de informação e exposição de dúvidas entre todos os participantes, não se caracterizando como uma consulta médica.

Com subsídio dos registros de frequência, é possível afirmar que há assiduidade dos usuários nas reuniões do grupo. Considerando um contexto de predomínio do modelo biomédico e baixa autonomia, pode-se questionar a frequência como indicador válido para

avaliar a adesão à metodologia de pré-consultas coletivas, usando o argumento de que o atendimento individualizado realizado pelo médico esteja condicionado à frequência na pré-consulta. Entretanto, esse argumento perde força quando se consideram os horários da pré-consulta, que ocorre antes das consultas individuais, a distância de suas residências até a FURB, há pessoas que gastam em torno de uma hora de deslocamento, e a não exigência de participação no Grupo como garantia de acesso ao atendimento individualizado. A reunião do Grupo ou pré-consulta coletiva inicia-se às 7 h e 30 minutos com uma hora de duração e, em seguida, são realizados os atendimentos individuais com os diferentes profissionais que compõem o Programa. Considerando tais aspectos, é possível inferir que há adesão e confiança na contribuição do Grupo para o apoio e empoderamento do autocuidado.

No entanto, para o empoderamento, a frequência é insuficiente. É imprescindível a participação com autonomia crítica, poder de reflexão e capacidade de se posicionar e influenciar nas decisões do Grupo, não se intimidando frente ao que está posto, compreendendo as próprias necessidades e fazendo valer direitos sociais.

Nesse sentido, a equipe vinha observando que os adolescentes pouco se expressavam durante as reuniões do Grupo e os cuidadores responsáveis monopolizavam as discussões a ponto de responderem às questões direcionadas aos portadores de diabetes. Diante dessa realidade, a equipe repensou a metodologia dos encontros do grupo: nos primeiros 40 minutos de reunião, o grupo é dividido em três subgrupos: responsáveis, crianças, adolescentes. Nos últimos 20 minutos, o grupo volta a se encontrar para socialização das reflexões decorridas, visto que o tema de discussão é o mesmo para todos. As crianças são estimuladas a manifestar suas vivências por meio de recursos lúdicos. Os critérios para subdivisão são a idade dos portadores de diabetes e a condição de cuidadores, ou seja, de cuidadores responsáveis de crianças e de adolescentes. Os profissionais da equipe intermultidisciplinar se distribuem entre os três subgrupos, assim como os acadêmicos e bolsistas.

Essa nova metodologia permitiu a revelação de questões até então não manifestas pelos participantes. Vieram à tona demandas de cunho emocional, especialmente os sentimentos de medo, as inseguranças, assim como as angústias e dificuldades cotidianas do convívio familiar com o doente crônico. E confirmando a hipótese da equipe, os adolescentes passaram a ter maior liberdade de expressão longe de seus cuidadores responsáveis, processo que favorece o empoderamento para o diálogo horizontal com os seus cuidadores e uma maior autonomia para o cuidado. Do outro lado, os cuidadores responsáveis, ao manifestarem suas dificuldades na convivência com a doença crônica, começam a compreender que apoio ao cuidado não é assumir as responsabilidades da própria pessoa com diabetes. Para a equipe,

essa mudança metodológica possibilitou maior aprofundamento na identificação das demandas do grupo.

Outro aspecto indicativo da adesão como expressão do cuidado apoiado é a ausência de faltas injustificadas às consultas médicas, indicando reflexo de fortalecimento do vínculo dos portadores de diabetes e seus cuidadores responsáveis com os membros da equipe intermultidisciplinar. Não pode ser dito que esse vínculo se estende a todos os membros da equipe, já que há faltas a consultas individuais nas outras áreas, o que pode ser reflexo da cultura decorrente do modelo biomédico. Essa hipótese se fortalece a partir das ausências não comunicadas aos atendimentos com o profissional de nutrição, principalmente quando as consultas foram agendadas em dias diferentes dos dias das reuniões mensais do Grupo, que também é o dia das consultas médicas. Contudo, é comum as pessoas considerarem mais cômodo o uso de medicações para o controle glicêmico do que a mudança do padrão alimentar. Assim, essas ausências podem indicar resistência às “recomendações” nutricionais devido a não aceitação das mudanças exigidas pela condição crônica.

Mas há outros determinantes para a não adesão aos cuidados nutricionais: dificuldades financeiras e baixa participação da pessoa cuidada e de seus cuidadores no estabelecimento do plano alimentar. Em contato mantido com cuidadores e adolescentes, foi verificado que a maioria das justificativas para a ausência era a dificuldade financeira na aquisição do passe de transporte urbano municipal e a obtenção de liberação no trabalho e dispensa escolar para além dos dias de reuniões do Grupo. Com o reagendamento, verificou-se redução do número de faltas, o que demonstra a necessidade de otimização do tempo e dos recursos das pessoas para maior estímulo ao cuidado.

Outro indicativo da adesão ao tratamento como expressão do autocuidado é o registro de internações por decorrência de descompensação metabólica. Somente um dos trinta portadores de diabetes e participantes do Grupo Doce Alegria apresentou necessidade de internação. O apoio ao cuidado, demonstrado pelo número de consultas de “encaixe” realizados, contribui na redução da ocorrência de cetoacidose diabética e conseqüentemente na redução de internações hospitalares por descompensação. Com apoio institucional, assim que a pessoa portadora do diabetes começa a sentir sintomas indicativos de hiperglicemia com acidose, ela procura o serviço e solicita consulta de urgência e é atendido num tempo máximo de 72 horas. A disponibilidade no atendimento de urgência resulta em maior confiança no apoio ao cuidado por parte da equipe intermultidisciplinar.

2.2. Projeto Diabetes tipo 1 e medicamentos e Projeto Doce sorriso

Durante o primeiro semestre de 2012, foram acompanhados, de forma individualizada pela coordenação do projeto, seis pacientes portadores de diabetes tipo 1. Na maioria, os atendimentos foram de crianças e adolescentes do sexo masculino com idade entre 07 a 15 anos, os quais apresentavam descontrole glicêmico impedidor de intervenção odontológica. Investigando, por meio de entrevista, a rotina cotidiana deles foi identificada a dificuldade de ajustamento do horário da primeira dose diária de insulina por consequência do precário e até ausente desjejum matinal. Conciliar alimentação, insulina e movimento corporal é um desafio àqueles que desconhecem a relação entre os três componentes do equilíbrio glicêmico. Os pacientes em questão já teriam que, minimamente, conhecer a relação entre tais componentes, no entanto, só porque são portadores de diabetes não significa superação da condição de crianças ou de adolescentes. A criança não tem ainda desenvolvida total capacidade teleológica, ou seja, capacidade de construção, na consciência, do resultado provável de uma determinada ação. Na condição de adolescente, ela quer ser livre para decidir sobre os seus próprios atos, mesmo sem consciência de suas consequências, quer a “liberdade” de um adulto. Esses comportamentos contribuem na elevação ou severa diminuição dos índices glicêmicos que, ao se apresentarem elevados, limitam os procedimentos odontológicos. Pode-se dizer que, nessa fase, o apoio ao cuidado é ainda mais necessário. A ausência de um adulto que acompanhe a criança ou adolescente no cotidiano para atividades simples como o despertar matutino pode ser um fator importante para o controle da glicemia. Apesar de o adolescente com diabetes exigir atenção diferenciada, ele necessita de empoderamento para o autocuidado, para a prática de relações sociais e pessoais condizentes com seu ciclo de sua vida.

É comum entre os adolescentes a disciplina alimentar ser associada às exigências das atividades cotidianas: acorda cedo e se alimenta na existência de compromissos, caso não os tenha, dorme na madrugada, desperta próximo ao meio dia e só vai se alimentar depois de tempo em movimento. Esse tipo de prática é comum na adolescência que quer diferenciar-se do comportamento dos adultos e, no mesmo tempo, comprovar sua autonomia decidindo seus horários de descanso e de alimentação. A pessoa com diabetes, na idade de 10 a 18 anos, está na condição de adolescente. Como agir para que eles não se sintam invadidos no seu momento de autoafirmação e, no mesmo tempo, empoderá-los para o autocuidado? Nesse sentido, cabe destacar a importância do trabalho intermultiprofissional, pois o entendimento da condição de adolescente e do autocuidado como possibilidade de vivência liberta dessa fase tem como preliminar o ajuste alimentar com dosagem de insulina adequada. E para saber

da dosagem adequada, prescinde que o adolescente conheça seu próprio corpo. A descoberta do funcionamento do próprio corpo é anseio da adolescência, talvez esse seja o caminho ao apoio ao autocuidado: despertar o desejo pelo autoconhecimento corporal, descobrindo os desdobramentos das ações da alimentação cotidiana no movimento da curva glicêmica.

Mas, na atenção desenvolvida pelo projeto Diabetes tipo 1 e medicamentos para possibilitar as ações do Projeto Doce Sorriso, foi desenvolvida imediata intervenção, possibilitando o cuidado bucal. Para procedimentos odontológicos evasivos, muitas vezes faz-se necessário o uso de antibióticos, principalmente como medida profilática. A intervenção farmacêutica nesse momento torna-se indispensável, o adolescente com dificuldades para engolir cápsulas do medicamento amoxicilina e sua apresentação em suspensão não é adequada pela presença de açúcar na sua composição, tem que ser imediatamente substituído e sua substituição depende de um conhecimento específico, no caso, do profissional de farmácia que, por sua ação imediata, não impossibilita a intervenção odontológica. Considerando a frequência de hiperglicemia pré-procedimento odontológico que demandava reagendamento de horários, a articulação entre os projetos Doce Alegria - Atenção Integral, Doce Sorriso e DM tipo 1 e Medicamentos, viabilizou a aplicação de insulina regular pré-procedimento odontológico para reduzir os níveis glicêmicos mediante a criação de um protocolo. Essa ação otimizou o uso de recursos e tempo, pois, os re-agendamentos não foram mais necessários. As ações do profissional farmacêutico possibilitaram a continuidade do cuidado bucal e, por consequência do apoio ao cuidado no controle glicêmico, houve manifestações de alegria/entusiasmo/contentamento por parte de adolescente que havia conseguido uma glicemia capilar dentro dos parâmetros normais e passíveis de atendimento odontológico. Diante disso, percebe-se que o cuidado bucal também contribui na valoração do autocuidado.

Durante os atendimentos odontológicos aos portadores de diabetes, o Projeto Diabetes tipo 1 e medicamentos organizou atividades de sala de espera aos cuidadores responsáveis. Com o uso dessa instrumentalidade, foi possível viabilizar maior conhecimento a eles com a troca de saberes entre aqueles que aguardavam a finalização do procedimento odontológico. Cuidadores responsáveis trocam receitas *diet* e endereços para a aquisição de produtos para uma dieta de qualidade com preços acessíveis. Também manifestam a existência de conflito familiar e de dificuldades no convívio escolar por decorrência da presença da doença crônica em um dos componentes do grupo familiar. Apesar da expressão da presença de tais dificuldades, não tinham consciência da influência desses conflitos e dificuldades no equilíbrio glicêmico. Essa modalidade, sala de espera, também possibilitou a identificação de

demandas específicas à equipe intermultidisciplinar, entre elas destaca-se a necessidade de apoio aos apoiadores do cuidado, os quais convivem dia a dia com a pessoa com diabetes na idade infanto-juvenil e, por isso, carecem de cuidados. Situações desse tipo demonstram a indispensabilidade do apoio ao cuidado por meio de uma equipe intermultiprofissional.

2.4. Suporte social ao autocuidado à criança e ao adolescente: Projeto doce história em quadrinhos e Projeto integração ensino-serviço e a saúde do adolescente

O autocuidado apoiado, segundo Mendes (p. 341, 2011), acontece com efetividade, também, com apoio de amigos, colegas e de recursos comunitários, no caso, da escola que pode contribuir na construção do plano de ação para o autocuidado. Contudo, o inverso é verdadeiro. Ações de exclusão, preconceito ou prática de bullying podem desestimular o autocuidado e, até mesmo, decorrer em comportamentos depressivos. Conhecedora da interveniência do convívio saudável com amigos e colegas no equilíbrio glicêmico e da manifestação dos adolescentes portadores de diabetes da presença de preconceito a eles no ambiente escolar, a equipe interdisciplinarmente decidiu desenvolver ações educativas no ambiente escolar com uso de material preparado com a participação dos integrantes do Grupo Doce Alegria.

O Projeto Doce alegria em quadrinhos tem como objetivo central de suas ações a educação em saúde voltada à doença diabetes entre crianças e adolescentes. Para tanto, são desenvolvidos, junto à comunidade escolar, debates para esclarecer sobre a diabetes e suas implicações na vida social dos portadores da doença. O material de apoio aos debates é uma história em quadrinhos, relatando a condição crônica e a vida cotidiana de um adolescente com diabetes.

Assim, com uso de material produzido pela equipe - cartilha impressa e do filme HQ João com diabetes (disponível no <http://www.youtube.com/watch?v=sQZn72RdtNI>), são desenvolvidas atividades sócio-educativas em saúde para os estudantes das escolas onde os portadores de Diabetes, participantes do Grupo Doce Alegria, estão matriculados.

Visando o empoderamento do autocuidado e o apoio ao cuidado pelos colegas e amigos aos portadores de diabete do tipo 1, o projeto informa a comunidade escolar sobre o que é a Diabetes, suas implicações e como lidar com essa condição crônica. Com a reflexão do como lidar com condição crônica e da importância do apoio ao cuidado, as ações desenvolvidas nesse projeto visam romper com os preconceitos, ou até mesmo com a prática de bullying, que atualmente atinge as crianças e adolescentes com diabetes.

O conteúdo do filme HQ João com diabetes foi produzido com a participação dos adolescentes do Grupo Doce Alegria. Depois de organizado, foi apresentado em formato de cartilha impressa e de filme para a análise e aprovação dos participantes do Grupo. Então, no mesmo tempo que esse material serve para trabalhar o preconceito junto aos colegas da escola e construir bases objetivas e subjetivas para o apoio ao cuidado pelos colegas, também contribui no empoderamento para o autocuidado com a valorização da participação dos adolescentes na produção de materiais educativos para o apoio ao cuidado.

O cuidado em saúde também é feito aquelas pessoas em condição de saúde. Além disso, conhecendo os índices estatísticos sobre o aumento de portadores de diabetes do tipo 1, a equipe do Programa desenvolve ação de promoção da saúde junto aos adolescentes, com ações educativas a eles e a seus responsáveis. Os recursos comunitários para o desenvolvimento dessa ação são as escolas e as Unidades de Estratégia da Família.

O cuidado na adolescência requer tanto o conhecimento das mudanças características desse ciclo da vida tanto quanto a reflexão sobre determinados aspectos do estilo de vida como sedentarismo, isolamento e uso de drogas alienantes na sociedade contemporânea.

No ano de 2011, o projeto desenvolveu atividades de educação em saúde a setenta e dois adolescentes do ensino fundamental de uma escola da periferia da cidade de Blumenau. A metodologia de trabalho é participativa, desenvolvida por meio de instrumentos teóricos e técnicos, são eles: breve exposição teórica sobre o ciclo da adolescência e suas implicações no relacionamento familiar e social, aplicação da técnica de dinâmica abordando sentimentos mediadores das relações do tipo: tolerância, competição, preconceito, impaciência, rotulações, falta de tempo para ouvir o outro, etc., seguidos de discussão e decisão do grupo quanto ao tratamento aos sentimentos perturbadores do estabelecimento de relações saudáveis. Os instrumentos utilizados buscam o empoderamento dos adolescentes à participação autônoma e contribuição no desenvolvimento do autocuidado com atitudes de apoio ao cuidado do colega ou amigo.

Como resultado da reflexão possibilitada com o uso dos instrumentos, os estudantes identificaram que, para melhorar a condição de autonomia na adolescência sem prejuízo de suas condições de saúde, necessitam qualificar o diálogo com seus pais. No entanto, sentiam-se pouco empoderados para sensibilização dos pais para a prática de um diálogo respeitoso das diferenças de concepções sobre o mundo e com estabelecimento de confiança entre pessoas que estão em momentos do ciclo da vida diferentes. Mas, estavam certos do desejo de construção de bases sólidas para um relacionamento pai e filho possibilitador de um cuidado “democrático”, ou seja, sem a presença de posturas autoritárias dos pais e ausência de

mentiras dos filhos para com os pais. Para possibilitar o início da construção de processo, os estudantes dessas escolas solicitaram à equipe do projeto o travamento de uma conversa com seus pais, com o objetivo de sensibilizá-los para a compreensão do momento no qual estão vivendo (adolescência) e para a importância da família saber ouvi-los sem manifestação de preconceito por possuírem pouca idade.

Atendendo à demanda dos adolescentes, no decorrer do ano de 2012, a equipe realizou dois encontros com pais. Apesar da reunião e o assunto não serem exigências da direção escolar, trinta pais compareceram à reunião e participaram ativamente das discussões.

A metodologia utilizada foi a mesma aplicada aos adolescentes. No final do trabalho, as avaliações de pais ilustram os resultados:

Poderia vir mais vezes, porque tinha muita coisa que eu não sabia e foi bom para poder falar, se tiver mais eu venho!"; "ter mais vezes, pois o assunto é complexo"; "falar mais sobre limites de horários para ir dormir e sair de frente da internet e o que assistir"; "eu tenho que trabalhar minha timidez para conversar com ela pois, quando acha a embalagem de camisinha que eu uso com o pai dela, diz: mãe guarda o remédio do pai. Eu prometo a partir de hoje conversar com minha filha e esclarecer tudo!"; "podemos compreender um pouco mais sobre a adolescência e tentar ajudar melhor nossos filhos a passar por esta fase".

É um complexo social, econômico, político que precisa ser considerado quando se decide aproximar-se de uma realidade para poder intervir nela de forma objetiva. Cabe destacar que ainda existe um distanciamento entre a academia e o serviço de saúde. Esse hiato parece ser a falta de convergência de objetivos entre as instituições de ensino. Ambos os cenários realizam Educação em Saúde, entretanto, há a necessidade da existência de projetos que propiciem o desenvolvimento de ações conjuntas para a melhoria da saúde do adolescente de Blumenau.

CONCLUSÃO

O trabalho intermultidisciplinar contribui no enriquecimento do conhecimento dos profissionais e na superação do olhar parcial ao contexto e condição de saúde dos sujeitos do cuidado. As percepções singulares reunidas na e pela equipe permitem a visualidade da pessoa cuidada na sua totalidade. Apesar de que, a não adesão à prática do autocuidado à saúde pode acontecer pela falta de condições emocionais, financeiras, moradia precária, alimentação escassa entre outros fatores que não são perceptíveis por apenas um campo profissional. Com a interdisciplinaridade, o olhar é mais profundo, pois, quando a equipe se configura como um trabalhador coletivo, apropria-se de conhecimentos possibilitadores de uma visão ampliada da condição de saúde e vida das pessoas.

Quando há essa socialização de informação e do saber de um profissional para outro, os demais passam a considerar outras variáveis na sua prática antes não necessariamente pensadas. A materialização da equipe em um trabalhador coletivo enriqueceu o apoio ao autocuidado e mais próximo se está da efetivação do princípio da integralidade do cuidado. O resultado chave é o enriquecimento das percepções singulares possibilitadoras de uma visão totalizante da pessoa cuidada.

BIBLIOGRAFIA

FEUERWERKER, Laura C.M. e SENA, Roseni R. **Interdisciplinaridade, trabalho multiprofissional e em equipe. Sinônimos? Como se relacionam e o que têm a ver com a nossa vida?** Revista Olho Mágico: Enfoque. Disponível no site <http://www.ccs.uel.br/olhomagico/N18/enfoque.htm>, acesso em 28/07/2012.

LÜCK, Heloísa. **Pedagogia interdisciplinar - fundamentos teórico-metodológicos**. 2ª edição. Rio de Janeiro, Vozes, 1994.

MENDES, Eugênio Vilaça. **As redes de atenção à saúde**. Organização Pan-Americana da Saúde Organização Mundial da Saúde e Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Brasília, 2011. <http://apsredes.org/site2012/wp-content/uploads/2012/03/Redes-de-Atencao-mendes2.pdf>

REINERS, Annelita Almeida Oliveira, et. al. **Produção bibliográfica sobre adesão/não adesão de pessoas ao tratamento de saúde**. Revista Ciência e Saúde Coletiva, n° 13, p. 2299-2306, 2008,

SIMÃO, Vilma Margarete (Coord.). (Relatório) **Programa de Extensão Educação em Saúde**. Pró-Reitoria de Pesquisa e Extensão da Universidade Regional de Blumenau, 2012. (Impresso).