

Ministério da Saúde

FIOCRUZ

Fundação Oswaldo Cruz



ESCOLA POLITÉCNICA DE SAÚDE
JOAQUIM VENÂNCIO

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ

ESCOLA POLITÉCNICA DE SAÚDE JOAQUIM VENÂNCIO

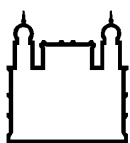
Laboratório de Gestão em Serviços de Saúde

Curso de Gestão em Serviços de Saúde concomitante ao Ensino Médio

**“A importância da subjetividade para o planejamento do atendimento
prestado ao paciente com *diabetes mellitus*”**

Vanessa Raiza Louro de Moura

RIO DE JANEIRO
2006



Ministério da Saúde

FIOCRUZ

Fundação Oswaldo Cruz



ESCOLA POLITÉCNICA DE SAÚDE
JOAQUIM VENÂNCIO

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ

ESCOLA POLITÉCNICA DE SAÚDE JOAQUIM VENÂNCIO

Laboratório de Gestão em Serviços de Saúde

Curso de Gestão em Serviços de Saúde concomitante ao Ensino Médio

**“A importância da subjetividade para o planejamento do atendimento
prestado ao paciente com *diabetes mellitus*”**

Monografia apresentada como requisito de conclusão do Projeto Trabalho, Ciência e Cultura do Curso de Formação Técnica em Gestão em Serviços de Saúde concomitante ao Ensino Médio da Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio, FIOCRUZ.

Por:

Vanessa Raiza Louro de Moura

Orientadora:

Thamar de Araújo

RIO DE JANEIRO
2006

*“Para você que está sempre começando
Que tem a certeza de que é preciso continuar
Que faz da interrupção um caminho
E da queda uma ponte“*

Fernando Sabino

AGRADECIMENTOS

Agradeço a Deus, pela vida.

Agradeço a minha orientadora, Thamar, que sempre esteve disposta a prover ajuda, mesmo diante de algum imprevisto. Uma pessoa doce e inteligente que me ensinou a ver o mundo e suas representações de outra forma.

Agradeço aos meus pais que, apesar de muitas vezes não entenderem o porquê de eu gastar tanto tempo em frente ao computador, estavam sempre prontos a dar apoio e nas horas de desânimo, eram eles o ponto de fuga. A toda minha família, tanto do Rio de Janeiro quanto de Manaus, por toda a força e por acreditarem na minha capacidade.

Deixo registrado também o agradecimento aos meus amigos e amigas por terem aturado minhas conversas sobre subjetividade, intersubjetividade, representações sociais mesmo quando chegavam a ser inconvenientes.

RESUMO

O nosso trabalho tem como objeto a assistência atualmente prestada ao paciente e aquela que é considerada aceitável segundo os padrões da humanização. Cabe a nós aqui perceber o porquê de um tratamento desumanizado causar tantos danos a um paciente diabético e quais são as possíveis soluções para tal problema, englobadas num planejamento da assistência considerada ideal ao paciente com diabetes *mellitus*.

O objetivo geral da pesquisa é relatar os problemas e as conseqüências existentes em um atendimento desumanizado, focalizando sempre o atendimento dado ao paciente diabético. Já os objetivos específicos incluem: apresentar a produção de subjetividades existentes no atual mundo capitalista; explicar termos relacionados à humanização; mostrar o *diabetes mellitus* em si; detalhar a realidade assistencial do sistema de saúde brasileiro; as graves conseqüências de um atendimento desumanizado; planejamento que inclua alternativas para que no SUS haja profissionais capacitados e que reconheçam a subjetividade dos pacientes, essencialmente, os diabéticos, provocando a melhora do sistema público de saúde.

PALAVRAS-CHAVE: subjetividade, diabetes *mellitus*, planejamento estratégico

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	7
2. CAPÍTULO I – O “CUIDAR” NA SAÚDE	9
3. CAPÍTULO II – O DIABETES	18
4. CAPÍTULO III – INTERSUBJETIVIDADE	24
5. CAPÍTULO IV – REPRESENTAÇÕES SOCIAIS	28
6. CAPÍTULO V – PESQUISA DE CAMPO	36
7. CAPÍTULO VI – PLANEJAMENTO IDEAL	39
8. CAPÍTULO VII – CONSIDERAÇÕES FINAIS	49
9. CAPÍTULO VIII – BIBLIOGRAFIA	
10. ANEXOS	

1. INTRODUÇÃO

O presente trabalho tem por objeto a assistência atualmente prestada ao paciente diabético e aquela que é considerada aceitável, segundo os padrões da humanização (Política Nacional de Humanização – Ministério da Saúde).

Nosso objetivo é relatar as graves conseqüências de um atendimento desumanizado no serviço público de saúde, focalizando sempre o paciente portador do diabetes *mellitus*.

Para tanto, no Capítulo I – O “cuidar” na saúde, faremos um breve histórico da assistência à saúde (“Da compaixão à solidariedade” até o confronto atual: humanização x desumanização).

Já no Capítulo II, ofereceremos um panorama específico sobre o diabetes *mellitus* desde o diagnóstico até a inclusão do paciente no tratamento, através da educação em saúde.

Durante o Capítulo III, apresentaremos o conceito de intersubjetividade relacionado à subjetividade de cada indivíduo. Isto é necessário para que no Capítulo IV possamos explicar o conceito de representação social que diz respeito às representações que construímos e permeia todas as relações sociais e interpessoais.

Durante a elaboração de nosso trabalho, acreditamos ser importante dar voz aos sentimentos do paciente diabético, que precisa ser ouvido e reconhecido como um sujeito ativo na sociedade, apesar deste reconhecimento não ser totalmente realizado pelos profissionais de saúde da maioria das unidades públicas de saúde do Brasil. Portanto, pensamos ser necessário fazer uma

pesquisa de campo, abordada no Capítulo V, com cunho mais qualitativo do que quantitativo, no sentido de ouvir todas as impressões do paciente diabético acerca do atendimento público de saúde que lhe é prestado.

Por fim, no Capítulo VI, apresentamos um breve histórico do planejamento estratégico, etapas e conceitos necessários para que sua implementação seja feita da forma mais eficaz possível numa gestão Estratégica. Feito isso, criamos um fluxograma do atendimento considerado ideal ao diabético que inclua alternativas para que no SUS haja profissionais capacitados e que reconheçam os pacientes como sujeitos, essencialmente os diabéticos, visando sempre a promoção à saúde.

2. CAPÍTULO I – O “CUIDAR” NA SAÚDE

Da compaixão à solidariedade – a assistência médica dos séculos XVII a XIX

Nesta primeira parte do trabalho faremos um uso estratégico da história com o objetivo de criticar o atual quadro de saúde pública e projetar uma assistência médica que seja baseada em verdadeiros vínculos entre profissionais de saúde e usuários.

Conforme estudos de Roberto Machado (1978:12), a ida ao passado para pesquisar as origens da medicina como prática política esclarece o próprio presente, já que podemos pensar sobre os métodos de organização da saúde que se refletem hoje. Vemos aqui a medicina como uma prática política e/ou um discurso, já que muitas vezes são os próprios médicos que gerenciam unidades de saúde e manipulam fatores políticos a favor de sua classe.

O nosso objetivo é o de procurar novas formas de funcionamento da medicina, que não sejam um veículo de dominação de classes (já que os médicos, executando práticas políticas na saúde, dirigem as decisões a favor de sua classe) nem uma estratégia de perpetuação do capitalismo (a classe dominante impõe seus interesses aos demais, mesmo que de uma forma imperceptível, visando o fortalecimento do capitalismo, pois este é o sistema que a favorece). Isto ocorre porque a partir do momento que a medicina está nas mãos da classe dominante, ela pode se tornar um modo de coerção para a consolidação do sistema capitalista.

Encontrando, então, novas formas do exercício da medicina, podemos ter elementos para transformar as condições atuais do sistema de saúde público

brasileiro. Pois, se o sistema de saúde está sob precárias condições, tanto físicas, quanto a respeito dos profissionais inseridos nele, muito é devido ao modelo médico centrado, isto é, num conjunto de diferentes atores sociais a classe médica está no centro e num patamar mais elevado do que todos os demais profissionais de saúde e até mesmo dos usuários. O ideal é que a assistência esteja sob os padrões da Política Nacional de Humanização (PNH), projeto do Ministério da Saúde. Tal política visa uma assistência focada na humanização, isto é, que fortaleça aqueles que precisam de ajuda, faça com que eles sejam inseridos em novos grupos sociais (ao invés do isolamento) e, principalmente, reconheça neles sujeitos que podem decidir e dialogar. Porém, como já mencionamos, é necessário que façamos uma volta ao passado para poder entender o que passa hoje.

De acordo com a autora Sandra Caponi, desde o momento em que a humanidade passou a ter certo tipo de organização (ainda que seja por instâncias que representam uma estrutura pré-política), existiam pessoas “compadecidas” e “sofredoras”, conhecidas por não terem condição aquisitiva e social para prover sustento e alimento a si e a sua família, mantendo condições mínimas de saúde. Tais pessoas eram, em geral, camponesas que trabalhavam para os nobres (ou governo), ganhando pouco e tendo que sustentar uma família grande. Justamente por isso, quando doentes, não tinham condições financeiras de pagar um médico de família e por isso, procuravam outras formas de caridade. A caridade existia a partir de pessoas que se comoviam com a situação dos menos abastados e eram motivadas a se comprometer com eles; talvez por fruto de uma solidariedade genuína, de respeito mútuo ou até mesmo do pensamento que aquele sofrimento

poderia ocorrer a elas. Entretanto, o que buscamos ressaltar aqui, visto que a nossa perspectiva de análise é a da humanização, onde há o reconhecimento do sujeito, é que muitas das práticas assistenciais oferecidas nos séculos passados reforçavam formas coercivas de controle.

Portanto, é necessário apresentarmos um serviço de saúde prestado que exige gratidão eterna, conhecido como compaixão piedosa. Tal forma de prestação do serviço de saúde, a partir do século XVII¹, foi usada como estratégia de poder, já que exclui e anula a existência de vínculos legítimos entre as pessoas.

Antes do surgimento da enfermeira profissional, existia a figura da mulher, mais especificamente da dama da caridade, reconhecida por ter “dons divinos”, dar esmolas e assistência aos pobres. Eles tinham tão somente que estar em dívida permanente com a mulher consagrada. Ora, esta relação pressupõe desigualdade, dívida e gratidão, sem nenhum vínculo moralmente legítimo. Porém, a partir do século XIX surge a enfermeira Florence Nightingale² que substitui a figura da mulher consagrada. Contudo, apesar do atendimento não ter mais com um caráter religioso, ainda existe um vínculo que reforça a submissão da pessoa atendida com relação ao serviço que lhe foi prestado. Esta forma de vínculo perpetua-se até hoje. Porém, a maioria das pessoas acredita que o discurso médico não pode se basear em caridade religiosa. Devemos, portanto, com base

¹ Consideraremos aqui o serviço de saúde prestado a partir do século XVII, já que foi um marco a respeito da assistência médica prestada sob os princípios da compaixão piedosa, que será explicada ao longo do texto.

² **NIGHTINGALE**, Florence. Enfermeira britânica (1820-1910). Ocupou-se dos problemas hospitalares durante a Guerra da Criméia e se dedicou posteriormente às melhorias das condições sanitárias do Exército e à formação de um contingente sanitária feminino.

no diálogo, pensar em estratégias que façam os doentes entrarem num consenso com os profissionais de saúde para a melhoria do atendimento de saúde.

Tanto a dama da caridade quanto às seguidoras de Nightingale seguem o parâmetro de piedade de Nietzsche³ (1984:338), isto é, não toleram qualquer tipo de dor do próximo, sentindo-se na obrigação de ajudar, principalmente pelo fato de temer que algo semelhante lhes ocorra. Não podemos jamais nos esquecer que os infortúnios, as infidelidades e o mal-estar fazem parte da nossa vida e, na maioria das vezes, tiramos algum aprendizado dessas situações. Tais variações precisam ser integradas ao conceito de saúde, já que muitas vezes o tratamento gira em torno dessas perturbações.

Muitos estudiosos mostraram que a piedade e a compaixão podem se revelar como mecanismos muito obscuros de concentração de poder. Grandes exemplos disso são os manicômios e centros de reabilitação, que são divulgados pela mídia, por pessoas de referência e pelos governos (em geral, os totalitaristas), como estratégias de um humanismo fingido, pois na verdade são formas de se chegar a uma tecnologia de poder que acredita que o isolamento é a melhor opção para a recuperação de um indivíduo. Sobre tal assunto, tiveram destaque Nietzsche, Hannah Arendt⁴ e Thomas Szasz⁵.

³ NIETZCHE, Friedrich Wilhelm. Filósofo alemão (1844-1900). Critica o idealismo metafísico, focaliza as categorias do idealismo e os valores morais que o condicionam. Para ele, os valores morais originam-se da reação dos fracos que colocam o bem como negação das ações dos poderosos.

⁴ ARENDT, Hannah. Socióloga e cientista política norte-americana, de origem alemã (1906-1975). Fez a relação entre o desenvolvimento de um governo totalitarista ao anti-semitismo e ao imperialismo do século XIX.

⁵ SZASZ, Thomas Stephen. Psicanalista norte-americano de origem húngara. Suas obras criticam as instituições psiquiátricas, a partir de uma concepção humanista e individualista de pessoa livre.

Quando o atendimento de saúde é prestado com base na compaixão na qual não se reconhece a individualidade de cada paciente, mas todos são vistos como uma “massa doente” existe uma dicotomia: aquele que se engrandece ao realizar aquela boa ação e aquele que se diminui ao recebê-la, por ter que estar agradecido permanentemente.

O modo legítimo de piedade em que haja a provocação do engrandecimento tanto de quem presta o serviço quanto de quem o recebe é explicitado pelo filósofo Nietzsche. Em seus trabalhos, ele mostra que existem dois casos em que a piedade gera vínculos positivos e legítimos em relação ao plano moral: quando há proximidade e/ou identificação com a pessoa que “precisa” de ajuda. Entendemos por proximidade quando o trabalhador e o usuário já se conhecem previamente e por identificação quando ambos possuem assuntos em comum. A partir disso, quando vemos que aquele sofredor é reconhecido por nós, temos espaço para dialogar – isso inclui argumentar e discordar – pois, os vínculos não estão fundados no desprezo e, sim, no reconhecimento do outro como um sujeito com a mesma dignidade e orgulho.

A pergunta imprescindível para reflexão é: qual seria a função daquelas pessoas que prestam um serviço de saúde baseado na piedade, caso não houvesse os pobres? Tais pessoas fundamentam seu trabalho no fato de existirem os necessitados. Assim, glorificam o sofrimento alheio para serem reconhecidas como agentes morais. Isto se dá na existência médica hoje, quando ela é vista como um “socorro” a quem padece.

A diferença entre um serviço de saúde prestado por solidariedade e aquele prestado por piedade é que o primeiro se refere ao plano singular, cada usuário do

sistema de saúde é visto como um ser único, com anseios e voz ativa. Já no segundo caso, o sentimento é generalizado: só se vê uma massa de pessoas padecidas que precisam de ajuda urgente, sem se levar em conta suas preocupações e histórico de vida. O diferencial que faz com que a assistência à saúde forme vínculos positivos é estar baseado na solidariedade, ou seja, num auxílio mútuo entre profissional de saúde e paciente, uma ligação recíproca. A assistência precisa de uma mediação de palavras e de diálogo, o que fica a cargo da solidariedade, onde a miséria do outro não é glorificada, em outra de gratidão.

É por meio do diálogo e da argumentação que podemos declarar nossas experiências mais íntimas e adquirir a pluralidade humana. Somente através do pensamento e da reflexão temos um caráter discursivo que propicia a exposição de nossas dúvidas e medos, alcançando, assim, decisão para determinada situação. É a partir desta pluralidade humana que nós podemos assumir o lugar daquele que sofre e que exige o seu direito à saúde, vendo nele um semelhante e não alguém inferior a nós, a quem prestamos um mero favor.

Quando uma pessoa vai a uma unidade de saúde, ela não está pedindo nenhum favor aos profissionais de saúde. Pelo contrário, só deveria desejar valer o seu direito, garantido pela Constituição da nossa república: todo cidadão brasileiro tem direito à saúde. Justamente por ser um direito, este deve ser obtido da melhor forma possível, isto é, através de uma assistência baseada em vínculos solidários.

Portanto, um serviço de saúde baseado na solidariedade (ao invés da compaixão ou da piedade) tem como pressuposto o diálogo e não o monólogo do profissional de saúde que pouco ouve o paciente. A subjetividade do outro é

reconhecida. Assim, o usuário se sente mais à vontade em detalhar o que realmente está sentindo e o que almeja.

Os resultados de uma assistência prestada por parâmetros solidários são os melhores possíveis, porque além dos usuários estarem mais satisfeitos com o serviço que lhes é prestado, o tratamento alcança ótimos efeitos, diminuindo custos. Além disso, os profissionais de saúde se sentem mais motivados a trabalhar, notando que seu esforço está contribuindo para que os usuários do SUS (Sistema Único Brasileiro) alcancem o conceito amplo de saúde: bem-estar físico, econômico, social e mental.

O princípio da solidariedade é que nossas ações beneficiem os outros que devem ser reconhecidos como sujeitos autônomos capazes de tomar decisões de fazer escolhas. Com isso, o SUS passa a ser formado por uma comunidade de vários agentes morais que levam em consideração a subjetividade de cada indivíduo (profissionais de saúde e usuários), tendo a ética como um princípio, ou seja, os deveres de cada um para com a sociedade.

Atualmente, existe um confronto visível no sistema público de saúde brasileiro: de um lado está a desumanização que marca a maioria dos atendimentos prestados aos usuários e do outro está a proposta de humanização coordenada pelo ministério de saúde (PNH – Programa Nacional de Humanização) que tem dado ótimos resultados em alguns pontos do Brasil.

A maioria das unidades de saúde pública hoje é marcada por precária infra-estrutura, déficit na quantidade e capacitação de trabalhadores, falta de organização administrativa, entre outros problemas. Tudo isso contribui para que o atendimento prestado não seja satisfatório para os pacientes. Porém, o ápice de

tal problema reside na falta de capacitação dos profissionais de saúde que, dessa forma, como vimos acima, não são capazes de reconhecer a si e a quem atende como sujeitos.

Em contrapartida, existem pessoas comprometidas que desejam um SUS com mudanças no modelo de atenção o que implica mudanças no modelo de gestão. Com esse objetivo, o Ministério da Saúde está construindo uma política nomeada Política Nacional de Humanização da atenção e gestão no Sistema Único de Saúde - HumanizaSUS.

O SUS hoje enfrenta diversos problemas organizacionais como: fragmentação do processo de trabalho e das relações entre os diferentes profissionais; fragmentação da rede assistencial dificultando a complementaridade entre a rede básica e o sistema de referência; sistema público de saúde burocratizado; baixo investimento na qualificação dos trabalhadores; desrespeito aos direitos dos usuários; modelo de atenção centrado na queixa por parte do usuário etc.

A Humanização vista não só como um programa, mas como política que atravessa as instâncias gestoras do SUS, implica: construir trocas baseadas na solidariedade e comprometidas com a tarefa de produção de saúde e de sujeitos; valorização dos diferentes sujeitos implicados no processo de produção de saúde (usuários, trabalhadores e gestores); estímulo à autonomia desses sujeitos; estabelecimento de vínculos solidários e compromisso com a ambiência, melhoria das condições de trabalho e de atendimento, para citar alguns.

Portanto, temos em mente que grandes são os desafios para a completa implementação da PNH em toda rede do SUS do país, mas é válido todo e

qualquer esforço para a melhoria do nosso sistema de saúde, visando atender as necessidades de todo cidadão brasileiro, com vínculos solidários entre profissional e paciente.

3. CAPÍTULO II – O DIABETES

O diabetes *mellitus* é uma doença crônica que faz o indivíduo apresentar um nível de glicose no sangue acima do normal. Em estágio normal, o pâncreas fabrica insulina e a lança para todo o corpo. Tal hormônio, através de reações químicas e metabólicas, quebra grandes moléculas de glicose em pequenas partículas, até que elas consigam entrar em nossas células. Porém, o pâncreas da pessoa diabética não fabrica insulina suficiente para o organismo. De forma simplificada, o papel da insulina é ser um hormônio que queima o açúcar no sangue e o transforma em energia para realizarmos nossas atividades. Caso haja pouca quantidade de insulina no organismo, o funcionamento dos nossos órgãos é comprometido. A falta de insulina faz com que a pessoa emagreça e perca líquidos do corpo. Assim, sem água e com muita glicose na corrente sanguínea, o indivíduo pode ter muitas complicações, como hipoglicemia ou hiperglicemia, problemas coronários vasculares periféricos, até mesmo evoluindo ao coma.

O diabetes *mellitus* é classificada em dois tipos, de acordo com trabalhos do *National Diabetes Data Group* (NDDG), dos Estados Unidos. No diabetes tipo 1, o pâncreas não produz (ou o faz em pequena quantidade) insulina. Os pacientes possuem uma predisposição genética que faz com que o corpo produza anticorpos contra as células do pâncreas, destruindo-as. Tais células não são mais capazes de receber glicose e, por isso, retiram energia da gordura armazenada. Tais diabéticos são dependentes da insulina que vai agir no lugar das células pancreáticas constantemente devastadas. Já no diabetes tipo 2, o

pâncreas produz insulina, mas a quantidade não é suficiente para o nível de glicose no sangue ou o organismo não é sensível à insulina.

No primeiro estágio do diabetes tipo 2, existem poucos sintomas, mas estes podem evoluir para complicações neurológicas, fazendo o paciente ser dependente de insulina. Neste tipo, o diabetes se manifesta geralmente na fase adulta, quando há insulina no corpo, mas o organismo não a usa como deveria. Pessoas sedentárias, obesas, com mais de 40 anos e com pré-disposição genética são mais suscetíveis a este tipo. Existem também casos em que mulheres grávidas desenvolvem o diabetes *mellitus* apenas durante a gestação, o chamado diabetes gestacional. Geralmente, a doença desaparece após o parto, mas este é um fator de risco, como veremos mais tarde.

Na verdade, não existem sintomas exclusivamente característicos do diabetes *mellitus*. Porém, ao estudarmos a classificação do diabetes, constatamos a hiperglicemia e a hipoglicemia, como estágios com grandes chances de identificar o indivíduo como diabético. A hiperglicemia ocorre quando indivíduo não apresenta insulina suficiente no organismo. Assim, a taxa de açúcar no sangue fica alta, em torno de 240mg%. Esta complicação pode ocorrer quando o diabético esquece de tomar o remédio, se abusar da comida, se for sedentário ou até mesmo ter adquirido uma simples infecção. Já a hipoglicemia acontece quando a taxa de açúcar no sangue diminui muito, por volta de 70mg%. Isto pode ocorrer quando a pessoa atrasa ou pula uma refeição, por seguir uma dieta falha, pela ingestão de álcool com estômago vazio, pelo excesso de exercícios ou pelo excesso de insulina ou antidiabéticos orais.

Como exposto anteriormente, afirmamos que o diabetes é uma doença em que não existem sintomas específicos. Por isso, para diagnosticar a doença é necessário verificar certas situações que indicam que o nível de glicose no sangue está alto. Por exemplo: fome e sede excessiva, rápido emagrecimento, vontade de urinar freqüente, tremores, desmaios, cansaço, sonolência ou fraqueza. A partir destes sintomas, caso a pessoa não procure um tratamento médico, surgem complicações. Para evitá-las é necessário o controle regular das taxas de glicose. No início, as complicações são a hipoglicemia, cetoacidose diabética (ocorre no diabetes tipo 1, quando a glicose sobe de 250mg% a 800mg%, havendo glicose até na urina) ou síndrome não-cetótica hiperglicêmica (ocorre no diabetes tipo 2, por falta de cuidados, quando a glicose sobe para mais de 800mg%). Caso a doença continue sem tratamento, podem surgir: problemas coronários ou vasculares periféricos (os pequenos vasos do cérebro, do coração e das pernas ficam obstruídos); nefropatias (com os vasos dos rins mais afilados e com menor fluxo, surgem a hipertensão e a insuficiência renal); neuropatias (os nervos perdem sua cobertura e conduzem mal os estímulos elétricos do cérebro a todo o corpo); retinopatias (ocorrem alterações microvasculares na retina dos olhos onde se forma a imagem, podendo levar o indivíduo a cegueira); infecções (são facilitadas pela chegada de sangue, contendo glicose e glóbulos brancos, nos tecidos) e problemas nos pés (como o fluxo de sangue diminui, as regiões periféricas, como os pés, ficam insensíveis, aumentando as chances de não se reconhecer uma infecção).

O processo que leva ao quadro do diabetes do tipo 1 pode estar relacionado a fatores genéticos, já que parentes de primeiro grau de pacientes

com este quadro correm maior risco de se tornarem diabéticos do que os demais. Algumas doenças infecciosas, tais como, rubéola e caxumba, podem desencadear num processo que leva ao diabetes do tipo 1. Os grupos de pessoas em que há maior incidência de diabéticos são os latinos, os hispânicos e os negros, conforme estatísticas mostram, apesar de nenhuma comprovação científica. Pessoas obesas são as mais propensas a contrair esta doença, já que não praticam exercício e possuem uma dieta rica em açúcar, aumentando os níveis de glicose no sangue. As pessoas hipertensas e com níveis sanguíneos altos de triglicerídios (acima de 200mg%) ou de colesterol (acima de 130mg%) também têm maior propensão ao diabetes. As mulheres que já desenvolveram diabetes durante a gestação, caso não façam um controle regular dos níveis de açúcar no sangue, podem também adquirir tal doença. E, por fim, pessoas, principalmente as crianças, com intolerância à glicose (o pâncreas produz insulina, mas o organismo não a utiliza adequadamente) ou com anticorpos contra as células que produzem insulina no pâncreas, também possuem maior risco quanto a contrair ou não o diabetes.

Para se diminuir os fatores de risco e, conseqüentemente, prevenir-se contra tal doença é necessário tomar algumas medidas: controlar os níveis de glicose no sangue; manter uma dieta saudável com alimentos ricos em fibras e sem gorduras; reduzir a ingestão de bebida alcoólica, já que pode haver a destruição das células pancreáticas que produzem a insulina; exercitar-se regularmente; evitar o stress que aumenta os níveis de glicose no sangue; e reduzir a pressão arterial. A prática do exercício físico regular é um fator muito importante para o diabético, pois assim o paciente tem maior chance de controlar

as taxas de glicose no sangue. Quando a pessoa se exercita, intensifica-se a entrada de algumas substâncias (como o oxigênio e a glicose) para dentro das células, diminuindo o nível de açúcar circulando na corrente sangüínea. Conseqüentemente, aqueles pacientes dependentes de insulina, caso pratiquem exercícios, podem diminuir a quantidade de insulina diária, sob prescrição médica. O exercício físico traz muitos benefícios: facilita o controle de peso; reduz as doses de insulina; aumenta a disposição para atividades diárias; reduz o risco de aterosclerose; baixa os níveis de glicose no sangue; aumenta a sensibilidade à insulina; diminui os triglicerídios; aumenta o bom colesterol (HDL); queima calorias; melhora o desempenho do sistema cardiovascular e a resistência física.

Quanto ao tratamento, no diabetes tipo 1 ele consiste na aplicação da insulina sob a pele ou mucosa. Neste tipo, tomar comprimidos que diminuem o açúcar no sangue não surte efeito, pois é necessária insulina circulando constantemente pelo organismo. Comprimidos de insulina também não adiantam, já que o estômago produz ácido que o destrói. O tratamento do tipo 2 envolve exercícios, medicações (antidiabéticos orais que diminuem a taxa de açúcar) e dietas. Neste tipo, o uso de comprimidos é válido já que o organismo produz sim o hormônio (insulina), apesar de fazê-lo em pequenas quantidades.

O maior desafio no controle do diabetes *mellitus* é a pouca adesão do paciente ao tratamento. O fato da grande maioria não aderir totalmente ao tratamento, nos remete à reflexão de que a implementação de um programa educativo se torna algo fundamental. Tal atividade educativa permite ao diabético a compreensão de fatores que interferem no controle da doença, contribuindo para uma progressiva aceitação da responsabilidade pelo seu próprio tratamento.

Muitos profissionais acreditam que a educação é a chave para o sucesso do tratamento, pois assim tanto o paciente quanto a equipe de saúde vão poder ter um melhor controle metabólico, reduzindo o número de hospitalizações e custos de tratamento. É difícil conviver com uma doença crônica e isto pode provocar nos indivíduos diversas reações e comportamentos de uma pessoa sob adaptação psicológica por estar diante de uma situação nova e desconhecida. Mais do que nunca, não se pode esquecer do atendimento às necessidades emocionais do indivíduo e da importância da cooperação da família para com o paciente, visando minimizar conflitos. A responsabilidade para ajudar o paciente diabético não é só da família, a equipe de saúde também desempenha papel importante. É a equipe que deve possuir conhecimentos sobre métodos e estratégias de ensino, buscando alternativas que façam o paciente assimilar eficientemente técnicas aplicáveis para sua saúde. A educação só é válida quando se supera a fase de informação geral e obtém-se a incorporação de hábitos que permitam o controle metabólico do diabetes *mellitus*, fazendo o indivíduo adquirir condições psicológicas e sociais para adotar um estilo de vida próprio da sua condição de diabético.

4. CAPÍTULO III – INTERSUBJETIVIDADE

Atualmente, ouvimos falar muito sobre a crise da saúde pública, seja esta uma crise econômica ou do modelo assistencial. Com isso, surgem diversas propostas de produção de conhecimento, de organização dos serviços ou do desenvolvimento da assistência. Tais propostas são evidências de que existem coisas anormais nas práticas de saúde que precisam ser mudadas. Enfim, para o senso comum, vivemos um momento crítico na área da saúde.

O autor se refere à crise da saúde, não como um problema, destruição ou pessimismo, como o senso comum o faz. Mas ele a vê, sim, como uma indicação de perigo, mas também uma oportunidade.

Portanto, o melhor a fazer nesta crise é explorar ao máximo as possibilidades abertas à renovação e manter distantes, as determinações ideológicas. Mas, devemos dar atenção a um fator principal: no centro de qualquer proposição progressiva no campo da saúde está a noção do sujeito.

Na filosofia, o substantivo “sujeito” está relacionado a diferentes significados, porém o autor o vê segundo a perspectiva de Hegel: um ser real, considerado como algo que tem qualidades ou exerce ações, que não se limita a ser objeto, que tem a sua verdadeira realidade ao contribuir para se fazer a si mesmo, por meio de uma conquista pessoal. (LALANDE, 1993). O autor não trata do sujeito como algo do domínio de uma suposta natureza humana, nem como a peça fundamental da teoria do conhecimento. Mas temos que o sujeito é sempre

⁶ **HEGEL**, Georg Wilhelm Friedrich (1770-1831). Propôs o eu como consciência individual e parte integrante da consciência universal.

um indivíduo, um homem em carne e osso; um sujeito individual é sempre um sujeito universal, ou seja, ainda que esse sujeito corresponda sempre a um homem com todas as suas propriedades particulares, é necessário que corresponda ao que o homem tem em comum com todos: a razão universal.

Quando nos comprometemos a conhecer ou atender às reais necessidades de saúde da população, estamos nos referindo à identidade do paciente, ao ser autêntico, dotado de necessidades e valores próprios. Já quando desejamos que aqueles a quem assistimos tornem-se sujeitos de sua própria saúde, nos referimos a uma ação transformadora, no qual existe o sujeito como o ser que produz a história, o responsável pelo seu próprio viver.

Em qualquer proposta renovadora, como o Programa de Saúde da Família (PSF), que visa uma saída para a crise do modelo-assistencial da saúde, está o desejo de encontrar os sujeitos, estes seres autênticos, com suas necessidades e valores, capazes de produzir coisas e transformar sua própria história. Porém, cabe a nós reconhecer que tal concepção de sujeito não está em harmonia com os principais valores e pressupostos adotados pelos profissionais de saúde da atualidade.

Existem dois núcleos problemáticos na atual concepção de sujeito: o primeiro é a idéia de permanência, de mesmidade, localizada no âmago do sujeito-identidade; já a segunda, é a idéia de produção, pois o ser histórico é o ser produtor, aquele que introduz ou melhora coisas ou idéias para o progresso da vida humana.

A conceituação de subjetividade em que existe a idéia de permanência deve ser substituída pela contínua reconstrução de identidades; e a idéia de

produção, deve ser relacionada à dimensão transformadora, à fonte. Enquanto o sujeito é um dado, uma origem, a subjetividade é efeito de um campo de produção, ou, campo de subjetivação.

Não existe um sujeito individual, já que ele está imerso no mundo, na história humana. A construção de identidades é um processo de negar algo e afirmar-se em outro, já que somos sempre influenciados pelo o que há em nossa volta.

Ao passo que hoje, se trata o sujeito como um núcleo individual, alheio à produção de coisas, com mesmidade, o transformamos em mais um objeto no mundo. Tornamo-nos menos capazes de chegar à essência dos processos mais vivos de sua constituição. Com isso, enfraquecemos o poder transformador dos indivíduos.

Subjetividade é, portanto, sempre relação, intersubjetividade e não mesmidade. O sentido existencial desta relação se dá pelo ato de se colocar diante do outro e gerar as possibilidades de ambos e seu mundo compartilhado.

A subjetividade é adotada como algo não passível de totalização e nem centrada no indivíduo. A subjetividade é concebida como algo modelado, fabricado, produzido, por processos que não se dão no indivíduo, mas que o atravessam. Processos esses que podem ser ditos coletivos e sociais. A subjetividade é produzida tanto por instâncias individuais, quanto coletivas e institucionais. O importante é se ter em mente esta idéia de algo produzido.

Não se trata, portanto, do sujeito de alguma ação, mas sim da subjetividade como coisa produzida por um ente.

Segundo Félix Guattari (1986), há os trabalhadores sociais que é todo aquele que atua de alguma maneira na produção de subjetividade, trabalhando para o funcionamento desses processos na medida de suas possibilidades e dos agenciamentos que consigam pôr para funcionar.

Nos seres humanos, a experiência que põe cada um em contato com o outro, levando-o a reconhecer a si mesmo é a linguagem. Com isso, o ato, criador de sujeitos e de seus mundos que nos faz experimentar o que somos no encontro com o que não somos é o diálogo.

Reconhecemos com isto, um grande equívoco: nós, profissionais de saúde procuramos estabelecer um diálogo com os indivíduos ou populações, as quais queremos mostrar nossas competências. A partir do momento que pensamos em estabelecer um diálogo, ignoramos o fato de já estarmos imersos em um. Desta forma, estamos acreditando na possibilidade de um sujeito sair de seu nicho individual e ir a uma arena neutra, para se encontrar e buscar a saúde, quando sabemos que todos estamos inseridos num mundo onde subjetividade é sempre relação (intersubjetividade).

Com este pensamento, as estratégias de promoção à saúde sempre fracassam. É necessário, pautar nossas propostas numa efetiva constituição dialógica de subjetividades, cabendo aos profissionais de saúde capacitados perceber que não basta querer abrir um diálogo com os pacientes, pois isto já existe, mas sim criar uma relação de escuta do outro, para que assim haja a promoção da saúde, visando não só a cura, mas também e, principalmente, a prevenção.

5. CAPÍTULO IV – REPRESENTAÇÕES SOCIAIS

Como vimos até aqui, existe uma constante produção de subjetividade, em que grupos sociais criam representações que são rapidamente disseminadas e aceitas pela sociedade.

Atualmente, vivemos mergulhados numa sociedade onde há predominantemente estigmas e preconceitos. O estigma é um rótulo que se atribui a pessoas com certos atributos que se incluem em determinados grupos sociais. Já o preconceito antecede tais atributos ou características pessoais a que se referem os estigmas. Assim, “olhar torto” ou menosprezar meninos de rua, homossexuais ou portadores de HIV são atitudes comuns para muitos.

Muitas pessoas passam despercebidas pela sociedade. Essa invisibilidade não ocorre devido a uma deficiência, mas por causa de uma fragmentação preestabelecida da realidade.

A representação social é uma forma de conhecimento prático, do senso comum, que circula pela sociedade. Tal conhecimento é formado por conceitos e imagens sobre pessoas e fenômenos do cotidiano.

As pessoas constroem suas representações nos seus grupos sociais, por meio de conversas, de visões e de crenças comuns. Desse modo, os conceitos e imagens vão sendo aceitos, naturalizados, considerados verdadeiros, embora sejam meras representações.

Segundo tal conceito, nós nunca conseguimos nenhuma informação que não tenha sido distorcida por representações impostas aos objetos e às pessoas. Tudo isso porque estamos imersos nesse mundo de informações.

Cada um de nós está cercado, em instâncias individuais e coletivas, por palavras, idéias e imagens que penetram nossos olhos, nossos ouvidos e nossa mente, quer queiramos ou não.

Nós pensamos através de uma linguagem. Organizamos nossos pensamentos de acordo com um sistema tendencioso, que está condicionado, tanto por nossas representações sociais, como por nossa cultura. Assim, só somos capazes de ver o que as convenções subentendidas nos permitem ver. Nós permanecemos inconscientes quanto a esse processo.

O confronto das representações sociais com a realidade provoca muito dos preconceitos, dos estigmas, das pré-conclusões das pessoas do mundo atual.

Através de um esforço, podemos nos tornar conscientes do aspecto convencional da realidade e escapar de algumas exigências impostas em nossos pensamentos e percepções. Na verdade, não podemos nos libertar sempre ou eliminar todos os preconceitos.

A luta contra esses equívocos encontra-se nas análises críticas que encaminham novos significados, ou seja, que argumentam e apóiam ressignificações. De tais ressignificações podem surgir novos conceitos, mais reais, mais consistentes, mais abertos e flexíveis. E por que não dizer mais humanos? Através dessas novas ressignificações sociais o diferente é aceito, não visto mais como uma anormalidade, mas sim como uma possibilidade de estilo de vida.

Uma convivência e uma consciência social mais inclusivas requerem atitudes que assumam um dos valores mais expressivos: a aceitação da

pluralidade, isto é, das diferenças, das especificidades, das singularidades de cada um como sujeito.

Quanto menos pensamos nas nossas representações sociais, quanto menos conscientes somos delas, maior se torna sua influência sobre nós.

A influência de uma pessoa sobre outra acontece essencialmente através do pensamento. Pensamentos e palavras são reais e causam mudanças no mundo externo que, quando percebidos por outra pessoa, são considerados como a induzindo a apreender um pensamento e aceitá-lo como verdadeiro.

Apesar de muitos acreditarem que grupos e pessoas estão sempre e completamente sob controle de uma ideologia dominante, que é produzida e imposta por sua classe social, pelo estado, igreja ou escola e que o que eles pensam apenas reflete tal ideologia, cabe a nós ressaltar algo muito importante. As pessoas e seus grupos não são receptores passivos, pois pensam por si mesmos, produzem e comunicam suas próprias representações e soluções às questões que colocam. As pessoas analisam e formulam, em todos os seus círculos sociais, suas próprias “filosofias” e espelham isso na maneira que levam sua vida, que fazem suas escolas, que planejam o futuro etc. As ideologias à sua volta, juntamente com os acontecimentos, são apenas fomentadoras do pensamento.

Existem, essencialmente, dois processos que geram representações sociais: ancoragem e objetivação.

A ancoragem consiste em transformar algo estranho e intrigante em nosso sistema particular de categorias. Ancorar é classificar e dar nome a alguma coisa.

Aquilo que não tem classificação e que não possui nome é estranho, diferente e ao mesmo tempo ameaçador.

A representação é um sistema de classificação. Não há a possibilidade da neutralidade, pois cada objeto deve possuir um valor positivo ou negativo e assumir um determinado lugar em uma escala hierárquica. Quando classificamos uma pessoa, na verdade, estamos avaliando-a e rotulando-a.

Categorizar alguém significa escolher um dos paradigmas estocados em nossa memória e estabelecer uma relação positiva ou negativa com ele.

Tudo isto também se reflete na psicanálise. Tudo o que era incômodo e enigmático se relacionava a sintomas ou a pessoas que eram vistas como algo que incomodava e/ou perturbava, e surgiu o objetivo de construir imagens estáveis num contexto organizado. Daí que aparecem vários termos como “neurose”, “complexo”, que são as variações de um modelo considerado padrão.

Essa duplicação e proliferação de nomes correspondem a uma necessidade de identificar os seres e as coisas, ajustando-os em uma representação predominante.

Na verdade, tanto na psicanálise quanto nas relações sociais, o objetivo principal de tais sistemas de classificação e de nomeação é facilitar a interpretação de características, a compreensão de intenções e motivos às ações das pessoas. Enfim, formar opiniões.

Todos nós temos uma tendência em objetivar. Entendemos, aqui, objetivar como reproduzir um conceito numa imagem. Para se ter uma melhor compreensão, podemos analisar fenômenos sociais como a personificação de raças, classes, nações etc. Cada caso implica uma representação social que

transforma palavras em carne, idéias em poderes naturais. Assim, nossas representações transformam o não-familiar em algo familiar.

É da soma de nossas experiências e por que não dizer da nossa memória que nós extraímos as imagens e linguagens necessárias para superar o não-familiar. Podemos até dizer, que a ancoragem e a objetivação são maneiras de lidar com a memória que é dinâmica. A ancoragem mantém sempre a memória em movimento, sempre colocando e tirando objetos, pessoas e fatos, que ela classifica de acordo com seu tipo e a rotula. Já a objetivação, sendo mais direcionada para os outros, tira seus conceitos e imagens para uní-los e reproduzi-los no mundo, isso é, fazer as coisas conhecidas a partir do que é conhecido.

A teoria das representações sociais se baseia na diversidade dos indivíduos, atitudes e fenômenos, e o seu objetivo é construir um mundo estável, previsível, a partir desta diversidade.

As representações sociais tomam como ponto de partida a causalidade. Quando nós ouvimos ou vemos algo, supomos que isso tem uma causa e um efeito. Quando nós vemos algo já enquadrado em um padrão fora desse contexto, tendenciamos a procurar uma razão para aquilo. Tudo o que as pessoas fazem parece ter um sentido, intenção ou propósito ocultos, que nós tentamos descobrir.

Outro tipo de causalidade é a secundária, que é eficiente. Esta é ditada por nossa educação, nossa linguagem, nossa visão do mundo etc. Tendemos a juntar toda a informação a respeito de determinado dado, para que possamos classificá-lo numa determinada categoria e identificar sua causa (explicá-los).

Nas representações sociais, esses dois tipos de causalidade agem em conjunto para a produção de características específicas. Se por um lado,

reconstruímos intenções ocultas para explicar o comportamento da pessoa (causalidade de primeira pessoa), por outro lado, procuramos fatores invisíveis para explicar o seu comportamento visível (causalidade de terceira pessoa).

Podemos até mesmo afirmar que quando nós respondemos à pergunta “por que”, nós começamos de uma representação social ou de um contexto geral para o qual nós fomos levados, para dar uma resposta específica.

Citemos um exemplo: o desemprego é um problema geral e todos nós temos conhecidos nessa situação. Eis que surge a pergunta: por que essas pessoas não têm trabalho? Para alguns, a causa do desemprego é o próprio indivíduo, a sua atitude social e quem sabe sua falta de preocupação e iniciativa. Para outros o problema reside na situação econômica e política, a seu status social, a um país com quadro desfavorável. Tais explicações são opostas e obviamente provêm de representações sociais diferentes. A primeira representação destaca a responsabilidade individual e a falta de energia pessoal, enquanto a segunda acentua a responsabilidade social, denunciando a injustiça e propondo soluções coletivas para problemas individuais.

Com base nisso chegamos a conclusão de que a causalidade pessoal é uma explicação de direita e a causalidade situacional é de esquerda. O mundo está estruturado e organizado de acordo com esta divisão. Assim, cada um de nós está obrigado a adotar um desses dois tipos de causalidade, com a visão do outro que está implícita.

Experimentos feitos por certos psicólogos, como Hewstone & Japars (1982), comprovaram tal fato. O ponto de partida é a premissa de que “as pessoas somente recebem o que merecem”. Com os resultados, descobriu-se que tal

atitude era a das pessoas pertencentes à classe dominante. Por outro lado, não existia nenhum traço de tal atitude nas minorias e nas classes desprivilegiadas.

Classes dominantes e dominadas não possuem uma representação igual à do mundo que elas compartilham, mas o vêem com olhos diferentes, julgando-o de acordo com critérios específicos envolvidos em suas próprias categorias. Para as primeiras o indivíduo é o único responsável por tudo o que lhe acontece (inclusive seus fracassos). Para as segundas, os fracassos se devem às circunstâncias que a sociedade cria para o indivíduo. Devemos sempre ter em mente que a causalidade não existe por si mesma, mas está implícita numa representação que a justifique. Quando nós consideramos duas causalidades, temos também de perceber a relação entre elas.

Através da comunicação, as pessoas e os grupos concedem uma realidade física a idéias e imagens, a sistemas de classificação e fornecimento de nomes. Os fenômenos e pessoas com que nós lidamos todo dia são produtos de uma coletividade, de uma instituição etc. A maioria dos problemas que nós enfrentamos não provém da dificuldade de representar coisas ou pessoas, mas do fato delas serem representações em si.

Na verdade, o que nós criamos é um referencial, uma entidade à qual sempre nos referimos que é distinta de qualquer outra coisa e corresponde à nossa representação dela. Sua repetição (numa conversa, por exemplo) garante autonomia.

As reconstruções são sociais e influenciam a todos, o mais importante, porém, é reconhecer que a sociabilidade as exige, expressa nelas sua tendência de posar como parte do mundo natural.

O senso comum está sendo criado continuamente em nossa sociedade, principalmente onde o conhecimento científico e tecnológico está mais popularizado. O acúmulo de representações sociais é realimentado, pois sem isso a sociedade não pode se comunicar ou se relacionar e definir a realidade.

Enfim, não podemos nos esquivar de reconhecer que cada indivíduo é singular, é diferente, é único em suas próprias características. Cabe a nós respeitá-lo, qualificá-lo, acolhê-lo, não vendo isso como uma concessão, mas sim como um direito social inerente a qualquer ser humano. Se nada disso for aceito, nos remetemos ao primeiro parágrafo de nosso texto.

Portanto, é necessário que os profissionais, no sistema público de saúde, estejam capacitados o suficiente para reconhecer a si e ao outro (seja este profissional ou usuário) como sujeitos singulares que merecem ter um atendimento baseado nas noções da humanização.

6. CAPÍTULO V – PESQUISA DE CAMPO

Não é nosso objetivo, neste trabalho, fazer considerações a respeito da desumanização do sistema público de saúde que sejam totalmente utópicas, sem nenhuma possibilidade de se darem na prática. Portanto, resolvemos fazer entrevistas com sujeitos diabéticos para dar voz a estes pacientes, o que geralmente não ocorre nas unidades do SUS.

Para tanto, aplicamos um questionário semi-estruturado (em anexo), com vinte perguntas, abordando os seguintes itens: como o paciente descobriu que tem o diabetes *mellitus* (qual o profissional que fez o diagnóstico); como se sentiu na época; em que consistia o seu tratamento no início e se houve grandes mudanças; e, por fim, como se sente agora, já que possui uma doença crônica, precisando lidar com isto até o fim da vida.

Para avaliar os questionários usamos o método da análise de discurso. A análise do discurso é uma prática e um campo da lingüística e da comunicação especializado em analisar construções ideológicas presentes num texto. É muito utilizada, por exemplo, para analisar textos da mídia e as ideologias que trazem em si. É uma proposta a partir da filosofia materialista que põe em questão a prática das ciências humanas e a divisão do trabalho intelectual, de forma reflexiva.

Definimos por discurso a prática social de produção de textos. Isto significa que todo discurso é uma construção social, não individual, e que só pode ser analisado considerando seu contexto histórico-social, suas condições de

produção; significa ainda que o discurso reflete uma visão de mundo determinada, necessariamente, vinculada ao seu ator e à sociedade em que vive. Texto, por sua vez, é o produto da atividade discursiva, o objeto empírico de análise do discurso; é a construção sobre a qual se debruça o analista para buscar, em sua superfície, as marcas que guiam a investigação científica. É necessário, porém salientar, que o objeto da análise do discurso é o discurso. Cabe a nós, em tal método, unir o conteúdo da fala com a expressão (o modo que a pessoa se expressa).

Num texto, podemos analisar, de um lado, os mecanismos sintáticos e semânticos responsáveis pela produção do sentido; de outro, podemos compreender o discurso como objeto cultural, produzido a partir de certas condicionantes históricas, em relação dialógica com outros textos.

Sabemos que o saber de cada pessoa a respeito de um mesmo objeto é diferente, porque é condicionado pelo ponto de vista em que cada um se coloca para apreendê-lo, estudá-lo, analisá-lo. Tendo adquirido um saber a partir de uma certa perspectiva, cada um dos sujeitos atribui a seu conhecimento a marca da certeza e confere ao do outro a qualificação do equívoco, ou seja, cada um dos sujeitos considera seu saber como saber e o do outro como não-saber. Isso leva a uma polêmica, a uma confrontação, em que cada um pretende impor ao outro seu ponto de vista, em que cada um tenciona fazer o outro desqualificar o saber que havia adquirido anteriormente e aceitar o ponto de vista alheia como verdade. Nós podemos perceber essa relação numa unidade de saúde, onde o profissional médico, na maioria das vezes, impõe sua opinião e não dá muita voz aos outros. Assim, é visto por todos os profissionais e, principalmente, pelos pacientes como o

dono do saber, e cabe a estes aceitar o seu ponto de vista. Na verdade, considerar um objeto de várias perspectivas leva à conciliação, que é o bom entendimento com os outros a partir da aceitação de seus pontos de vista. A passagem da conjunção com um ponto de vista para a conjunção com múltiplos pontos de vista implica a substituição da polêmica pelo contrato, da confrontação pela conciliação.

Foram coletados apenas quatro questionários, pois o nosso objetivo não era fazer uma mera análise quantitativa com as informações dos entrevistados, mas sim notar as verdadeiras impressões do paciente diabético a respeito de sua doença, do tratamento que lhe foi adotado e da unidade de saúde a qual freqüenta.

Na nossa amostra, havia pacientes de 15 a 68 anos que descobriram a doença através de exames de rotina; 100% estavam acima do peso antes do diagnóstico; 50% têm antecedentes familiares de diabetes; metade tem diabetes tipo 1 e a outra metade diabetes tipo 2; todos fazem tratamento em hospitais da rede pública de saúde, aliás este era um dos requisitos; 75% possuem pressão alta; e, por fim, o tratamento de toda a amostra consiste, essencialmente, na monitoração da glicose, dietas, antidiabéticos orais (para quem tem diabetes tipo 2) e insulina (para quem tem diabetes tipo 1); quanto aos exercícios, apesar de todos os médicos terem aconselhado, apenas 50% da amostra segue tal prescrição.

Quanto ao nível da formulação, as falas dos entrevistados se aproximam muito mais da língua coloquial, falada, havendo ausência de recursos retóricos

compartilhados, tais como o uso das metáforas verbais e icônicas, antíteses, hipérbole gráfica e verbal, metonímias gráficas e verbais, imagens e comparações.

Quanto ao nível de enunciação, percebe-se nitidamente a identificação entre os lugares ocupados pelo emissor e pelo destinatário. Existe também uma autodestinação das falas: produz-se quando o emissor enuncia para si mesmo o enunciado (por exemplo, *“É ruim saber que eu vou ter isso até que alguém descubra alguma coisa que cure. Eu tenho que me cuidar, né?”*).

Quando foi perguntado a opinião a respeito da unidade e dos profissionais de saúde a qual o entrevistado faz tratamento, percebemos um certo incômodo, pois todos demonstraram certa insatisfação. Podemos perceber isso nas falas:

- *“A maioria dos trabalhadores fazem seu serviço de mal-humor. Não dão atenção e isso aumenta muito a fila. Quando eu vou me consultar, perco uma manhã na fila. E foi uma luta pra conseguir entrar no programa de diabetes de lá. Na primeira vez disseram que não tinha mais vagas. Mas como eu conheço uma enfermeira de lá, amiga minha, ela conseguiu me colocar.”*

- *“Alguns profissionais são muito simpáticos e já até me tornei amiga deles. Mas têm muitos que nem te olham... É uma pena...”*

A parte mais importante de nossa entrevista se bifurca em dois pontos: quando perguntamos aos entrevistados como se sentiram quando descobriram que eram diabéticos e como eles se sentem hoje, já que têm que seguir o tratamento. Percebemos que todos eles não tiveram muita consciência quando o profissional de saúde lhes informou que tinham o diabetes *mellitus*, porém, à

medida que o tempo passou, perceberam que tinham que substituir seus hábitos alimentares por outros que se adequassem a doença que possuem. Essa conscientização pessoal se deu quando os entrevistados tiveram alguma complicação por não estar seguindo corretamente o tratamento, daí, tiveram que se educar novamente. Nota-se certa insatisfação dos entrevistados para com os profissionais de saúde, principalmente os médicos que geralmente prescrevem o tratamento, porém sem fornecer nenhuma informação adicional, o que nós já apresentamos aqui, no presente trabalho, como educação em saúde que é essencial para a total adesão dos diabéticos ao tratamento. Percebemos também que o principal motivo para a adesão ao tratamento é o amor que os entrevistados expressam por sua família e o medo de perde-los por causa de uma doença. A seguir, temos falas que confirmam isso:

“ Eu fiquei um pouco chocada (...). Na hora você não percebe, mas se você quer ter uma boa qualidade de vida, você tem que seguir o tratamento direito. Não é fácil fazer dieta, caminhar, ter que tomar remédio e controlar o açúcar todo dia. Mas eu tenho família e sei que se eu não tomar as medidas agora, vou sofrer conseqüências. Eu sinto que tenho que me cuidar, porque ainda quero viver mais com meus filhos, minha família. Como eu disse é incomodo se adaptar e começar a fazer essas coisas, mas eu não posso fazer mais nada.”

“ Na primeira vez, que o médico me disse (...) não liguei muito. Eu pensava que tinha cura e tal. Mas depois, que eu vi que tinha que mudar muitas coisas na minha vida, eu não fiquei bem. (...) Eu já estou velho. Não é certo eu não poder fazer o que eu quero por causa de uma doença. O médico me passa uma receita com a dieta e acha que é fácil seguir aquilo certinho. Não dá pra comer comida sem sal todo dia.”

“ Eu fiquei mal, porque sempre comi muito e de uma hora pra outra tive que mudar muitas coisas na minha vida. Passei a tomar remédio e tenho que caminhar todos os dias. É estranho ter que fazer coisas diferentes de uma hora pra outra...”

“ É uma escolha que eu tenho que fazer. Se não eu vou ter problemas e posso morrer. Mas, eu fico sempre insegura pra ver se eu estou indo bem no tratamento... É estranho pensar que de hoje até quando eu morrer eu vou ter que lidar com isso...” .

“ No começo eu não liguei muito. Não comecei a fazer a dieta e eu ainda não estava tomando a insulina. Até que um dia eu desmaiei na escola porque o açúcar tava muito alto. Daí passei a fazer o tratamento direito. É ruim saber que você novo tem que se cuidar até morrer. E com certeza você vai morrer por alguma coisa que tem relação com diabetes. Mas eu não quero pensar nisso.”

Concluimos que é muito importante para o paciente diabético ter uma equipe de saúde, na unidade, que seja capaz de acolhê-lo, principalmente pelo fato de esta ser uma doença crônica em que o paciente vai ter que lidar para o resto da sua vida. Vimos nas falas dos entrevistados a insatisfação com os profissionais que não fazem o exercício da escuta, não reconhecem a si, muito menos ao outro como sujeitos ativos na sociedade em que vivem. Por isso, existe certa resistência ao tratamento proposto, porque não há negociação entre as duas partes, apenas o médico impõe o que deve ser feito, não dando espaço para as opiniões do paciente. Portanto, enquanto a equipe multiprofissional de saúde não estiver capacitada para reconhecer os pacientes como sujeitos ativos,

aprimorando cada vez mais a educação em saúde nestes pacientes crônicos haverá uma baixa adesão ao tratamento, aumentando complicações nos quadros clínicos e o custo para o governo.

No próximo capítulo iremos abordar o conceito de planejamento estratégico até alcançar um modelo de fluxograma com todas as especialidades e funções que uma equipe multidisciplinar de saúde considerada ideal precisa ter para fornecer o melhor atendimento ao diabético, visando a promoção à saúde.

7. CAPÍTULO VI – PLANEJAMENTO IDEAL

O nosso trabalho, conforme já mencionado, visa a elaboração de um planejamento estratégico que inclua alternativas para que, no SUS, haja profissionais capacitados e que reconheçam a subjetividade dos pacientes, essencialmente, os diabéticos. Para tanto, inicialmente apresentaremos aqui a base de tal ferramenta administrativa.

Planejar é a palavra apropriada para se projetar um conjunto de ações para atingir um resultado claramente definido, quando se tem plena certeza da situação em que as ações acontecerão e controle quase absoluto dos fatores que asseguram o sucesso no alcance dos resultados. É necessário um plano para se construir uma ponte, pilotar um avião, transplantar um rim, abrir um novo escritório numa outra cidade ou lançar um novo produto.

Numa unidade de saúde, assim como em qualquer outro tipo de organização, o estabelecimento de metas e a formulação de planos para atingi-las, são mal conduzidos. Criam planos estratégicos grandiosos, apoiados em orçamentos detalhados, estimativas de recursos, planos táticos e cronogramas, mas a maioria desses esforços possui pouca ligação com o sucesso e o alcance dos objetivos determinados. Tudo isso por falhas na gestão. O prejuízo reside no fato de se perder tempo excessivo e energia intelectual tentando planejar e fazer um prognóstico do futuro.

Atualmente, o planejamento estratégico se tornou o foco de atenção da alta administração das empresas (principalmente as privadas), voltando-se para as medidas positivas que estas podem tomar para enfrentar ameaças e aproveitar as oportunidades encontradas em seu ambiente. Afinal, todos os tipos de organizações devem decidir os rumos que sejam mais adequados aos seus interesses.

Dentre as causas mais importantes do seu crescimento recente, podemos citar a surpreendente rapidez com que os ambientes da grande maioria das empresas – e incluímos aqui a unidade de saúde como uma empresa, já que é uma atividade pública que produz e oferece bens e/ou serviços, com o objetivo de atender a alguma necessidade humana, no caso, a promoção à saúde. Essas mudanças ocorrem nas esferas econômica, social, tecnológica e política. Assim, o crescimento de uma empresa só pode ser alcançado caso a gestão consiga ajustar-se à conjuntura de mudanças constantes em todas as esferas da sociedade. E o planejamento estratégico é uma técnica comprovada para que tais ajustes sejam feitos com inteligência e eficiência, pois este é um instrumento que estimula os gestores a pensar, concentrando-se sobre assuntos de relevância.

O mais importante na utilização do planejamento estratégico é o seu vínculo com a administração estratégica nas organizações. Ou seja, não se pode tratar individualmente o planejamento estratégico sem entrar no processo estratégico, pois quando tal ferramenta é usada isoladamente não contribui de forma muito eficaz com a gestão dos administradores na obtenção dos seus resultados.

No Brasil, apesar de muitas empresas já estarem utilizando a metodologia do planejamento estratégico, ainda pairam dúvidas sobre o que realmente este

vem a ser e como deve ser formulado. A maior dúvida diz respeito a uma tendência equivocada para a utilização dos termos “planejamento estratégico” e “planejamento a longo prazo” como se fossem sinônimos.

Segundo Igor Ansoff⁷ (1990), a grande maioria das organizações continua empregando as técnicas do planejamento a longo prazo, que são antiquadas, pois se baseiam em extrapolação das situações passadas, visando muito pouco situações futuras. Sua metodologia foi desenvolvida nos Estados Unidos ainda na década de 50, com bastante influência da tecnologia de planejamento dos países com economia planejada a longo prazo. Assim, na opinião de Marvin Bower⁸ (1966), os planos a longo prazo tornaram-se projeções de lucro (para dez anos ou mais) sem muita utilidade, representados por uma enorme quantidade de papel e uma limitada quantidade de pensamento estratégico, pois tais planos não permitiam uma antevisão da realidade futura. Em contraposição, na metade dos anos 60, foi introduzida a metodologia do planejamento estratégico que revolucionou o mundo administrativo, propondo uma metodologia mais eficaz. Isto foi possível mediante proposições do professor Igor Ansoff, dos pesquisadores do Stanford Research Institute e dos consultores da McKinsey Consulting Co. (TAYLOR, 1975). Usaremos aqui o conceito proposto de Philip Kotler⁹ (1975) no qual o planejamento estratégico é uma metodologia gerencial que permite estabelecer a direção a ser seguida pela organização, visando maior grau de

⁷ **ANSOFF**, Igor. Acadêmico e consultor norte-americano, formado em Engenharia e Matemática na Brown University, é o principal responsável pela formulação do conceito de gestão estratégica.

⁸ **BOWER**, Marvin. Executivo principal da McKinsey no período de 1950 a 1967.

⁹ **KOTLER**, Philip. Foi professor de marketing internacional na *Kellogg Graduate School of Management*, da Northwestern University. Foi o presidente do *College on Marketing* do *Institute of Management Sciences* e diretor da *American Marketing Association*. Prestou consultoria em estratégia de marketing a muitas empresas norte-americanas e estrangeiras.

interação com o ambiente. Tal direção envolve os seguintes itens: âmbito de atuação, macropolíticas, políticas funcionais, filosofia de atuação, macroestratégia, estratégias funcionais, macroobjetivos e objetivos funcionais.

O grau de interação entre uma organização e o ambiente (que pode ser positivo, neutro ou negativo) é variável e depende do comportamento estratégico assumido pela organização perante o contexto ambiental. O QUADRO 1, em anexo, é o modelo de tabela elaborado por VASCONCELLOS (1979) e ilustra os comportamentos opcionais de uma organização e as respectivas conseqüências. O interessante que podemos notar nesse modelo é o fato de cada posição da organização estar relacionada à atitude de certa criatura. Quando a interação assume uma forma negativa, nos remetemos ao dinossauro que não foi capaz de se adaptar e, portanto, se extinguiu. Já diante de uma interação neutra, temos em mente o camaleão que é capaz de se adaptar e de reagir quando estimulado, porém não oferece inovações, que é o grande diferencial do *Homo sapiens*. Assim, numa organização que se aproxima do camaleão, a estagnação é o fim mais esperado. Entretanto, aquela que assume uma interação positiva com o ambiente ao seu redor, é capaz de sobreviver por mais tempo e se desenvolver.

O planejamento como é feito convencionalmente tem pouco a oferecer em qualquer situação altamente ambígua. Os documentos elaborados, as previsões, os planos de ação e os cronogramas freqüentemente não passam de miragem intelectual. Eles podem dirigir sua atenção erroneamente, fazendo com se siga os planos em vez de explorar oportunidades, das quais a maioria certamente não constará dos planos.

Nesse sentido, o planejamento torna-se o resultado tático da projeção do futuro. O ponto básico e norteador é a Administração Estratégica em que é preciso ter um conhecimento geral da organização, de seu potencial, de suas metas e de seu público-alvo. Da mesma forma, numa unidade de saúde é necessário deixar claro quem realmente é, sua capacidade, quais são seus objetivos e qual valor cria para os usuários do sistema público de saúde, tendo os meios para realizar a promoção à saúde, não importando o ambiente em que se encontra.

O estudo da Administração Estratégica pode se resumir ao relatório Gordon-Howell, em que se recomendou que o ensino de negócios tivesse uma natureza mais ampla e incluísse um curso de capacitação em uma área chamada de política de negócios (GORDON e HOWELL, 1959). Tal curso em vez de apresentar aos estudantes problemas de negócios para análise em áreas específicas (marketing ou finanças), enfatizaria o desenvolvimento de conhecimentos na identificação, análise e solução de problemas do mundo real em amplas e importantes áreas de negócios. Assim, daria aos estudantes a oportunidade de exercitar qualidades de julgamento.

O relatório Gordon-Howell conseguiu ampla aceitação. Por volta dos anos 70, o curso fazia parte do currículo de muitas escolas de negócios. Com o passar do tempo, ampliou-se o enfoque inicial do curso, incluindo a consideração da organização global e seu ambiente. Essa ênfase mais recente e mais ampla induziu os líderes da área a mudarem o nome do curso de Política de Negócios para Administração Estratégica (LEONTIADES, 1982). O conceito de Administração Estratégica tem evoluído e continuará a evoluir (GINTER e WHITE, 1982).

A Administração Estratégica é definida como um processo contínuo e interativo que visa manter uma organização como um conjunto apropriadamente integrado a seu ambiente. E quando isso é aplicado numa unidade de saúde pública, muitos são os benefícios. A partir do momento que há uma total interação da unidade com a comunidade que a circunda, a promoção à saúde é efetivada e tanto o profissional quanto o paciente se sentem motivados e satisfeitos. Isto porque a completa interação entre eles faz um reconhecer o outro como sujeito, com vontades e voz ativa.

Hoje, o processo de administração estratégica nas unidades públicas de saúde tende a ser dominado pelo gestor. Este é considerado primariamente como o principal responsável pelo sucesso do processo, embora a descentralização do poder também seja uma premissa que favoreça uma maior interação entre os profissionais de saúde à organização. Isso não significa, contudo, que o gestor execute o processo de administração estratégica independentemente. Pelo contrário, o sucesso geralmente está no fato do processo de administração estratégica envolver membros de diversas áreas e diferentes níveis da organização.

A Administração Estratégica envolve uma série de etapas. A primeira é denominada *Execução de uma análise do ambiente*. O processo tem início com a análise do ambiente, isto é, como processo de monitorar o ambiente organizacional para identificar os riscos e as oportunidades presentes e futuras. Nesse contexto, o ambiente organizacional encerra todos os fatores, tanto internos como externos à organização, que podem influenciar o progresso obtido através da realização de objetivos da organização. Os administradores devem

compreender o propósito da análise do ambiente, reconhecer os vários níveis existentes no ambiente organizacional e entender as recomendações das normas para realizar uma análise do ambiente.

A segunda etapa consiste em *estabelecer uma diretriz organizacional* que é o caminho que se deseja que tal empresa trilhe e a terceira é a *formulação de uma estratégia organizacional* que é definida como um curso de ação com vistas a garantir que a organização alcance seus objetivos. Formular estratégias é projetar e selecionar estratégias que levem à realização dos objetivos organizacionais. Assim que o ambiente tenha sido analisado e a diretriz organizacional estipulada, a administração é capaz de traçar cursos alternativos de ação em um esforço conhecido para assegurar o sucesso da organização e, na unidade pública, promover a saúde dos usuários e profissionais. Já a quarta etapa consiste na *implementação da estratégia organizacional*, colocando-se em ação as estratégias desenvolvidas nas etapas anteriores ao processo de administração estratégica. Sem a implementação efetiva da estratégia, a unidade de saúde é incapaz de obter os benefícios da realização de uma análise organizacional, do estabelecimento de uma diretriz organizacional e da formulação da estratégia organizacional. Por último, a etapa de número cinco consiste no *Controle estratégico* que é um tipo especial de controle organizacional que se concentra na monitoração e avaliação do processo de administração estratégica no sentido de melhorá-la e assegurar um funcionamento adequado.

Portanto, com essas cinco etapas operacionais da Administração Estratégica é possível que numa unidade de saúde haja toda uma estrutura capaz

de acolher o paciente, oferecendo o necessário e promovendo sua saúde, além de haver medidas para monitorar se os objetivos estão ou não sendo cumpridos.

Visto que nosso trabalho se refere à importância de se reconhecer a subjetividade do paciente diabético, devemos ter em mente uma forma de planejamento que vise o melhor tratamento para o sujeito com diabetes *mellitus*. No acompanhamento do diabético, tem que se levar em consideração uma forma de planejamento estratégico que reúna todos os serviços considerados indispensáveis para a promoção da saúde dos usuários da rede pública de saúde.

Partimos das premissas de que para que seja prestado um atendimento ideal ao paciente diabético, é necessário que haja uma equipe multiprofissional capacitada e que consiga combater a baixa adesão dos diabéticos ao tratamento, através da educação em saúde. Como já mencionado, é justamente a pouca adesão dos pacientes que prejudicam a continuidade do tratamento.

Dentre as especialidades consideradas indispensáveis, temos: médicos, enfermeiros, auxiliares de enfermagem, assistentes sociais, nutricionistas, psicólogos, farmacêuticos, odontólogos, agentes administrativos e agentes comunitários.

O planejamento estratégico deve incluir ações comuns à equipe multiprofissional e também ações específicas referentes a cada modalidade de serviço.

Com relação às ações gerais vale ressaltar: atividades educativas individuais e grupais que estimule os trabalhadores, reconhecendo a singularidade de cada um; capacitação de profissionais para que estes possam reconhecer no outro (usuário) e em si mesmo sujeitos ativos, com histórico de vida e anseios;

encaminhamentos entre as diversas especialidades; ações assistenciais e participação em projetos de pesquisa.

Quanto às ações específicas de cada grupo, destacam-se as atribuições e competências próprias de cada profissão e a integração de todas em atividades comuns, sempre com certa uniformidade de linguagem e de conduta.

Com relação às ações coletivas, englobamos reuniões freqüentes entre a equipe e com os pacientes, para que possa ser estabelecida uma relação de escuta do outro, promovendo melhorias no atendimento.

Visando tudo isso, montamos um fluxograma para esquematizar todas essas ações. Um fluxograma é uma representação gráfica da seqüência de ações que podem ocorrer em um programa. O seu objetivo e sua importância estão no fato de constituir o mais poderoso instrumento para simplificação e racionalização do trabalho, permitindo um estudo acurado dos métodos, processos e rotinas. É um instrumento gráfico para estudo da estrutura de um projeto e do seu funcionamento.

Cabe ressaltar a importância e o significado de cada elemento gráfico num fluxograma. Por exemplo: a linha dirigida (sentido do fluxo) representa o sentido e a ordem entre as fases do processo. Já a elipse (ou oblongo) determina os limites, representando o início e o final do processo. Nosso fluxograma segue no QUADRO 2, em anexo.

É válido tomar nota que se os casos de diabetes fossem diagnosticados com antecedência na rede de saúde primária, a taxa de incidência de novos casos diminuiria muito. Portanto, se teria em mente os seguintes objetivos: detectar precocemente os pacientes com diabetes *mellitus*, acompanhar os diabéticos tipo

2 controláveis com dieta e hipoglicemiantes orais e sem complicações e também acompanhar a população de risco.

Por fim, acreditamos que se toda a estrutura até então apresentada fosse inserida no tratamento do paciente diabético, os benefícios seriam muitos, já que haveria uma estrutura para acolher tal paciente, visando sempre o reconhecimento deste e dos profissionais como sujeitos singulares e ativos na sociedade, almejando a promoção da saúde.

8. CAPÍTULO VII – CONSIDERAÇÕES FINAIS

9. CAPÍTULO VIII – BIBLIOGRAFIA

- ALMEIDA, Henriqueta Galvanin Guidio de. *Diabetes Mellitus – Uma Abordagem Simplificada para Profissionais de Saúde*. Editora Atheneu.
- DESLANDES, Suely. *Análise do discurso oficial sobre a humanização da assistência hospitalar*. *Ciência e saúde coletiva*; 9(1): 7-14, 2004. FIOCRUZ.
- DINIZ, M.I.C. *Educação para o autocuidado do paciente diabético*. *Enciclopédia da Saúde. Diabetes mellitus*. Rio de Janeiro, n.3, v.1, p. 395-404, 2002.
- GAMBA, Mônica. *Características sócio-demográficas do diabetes alto referido em um estudo de base populacional. Comparação entre os municípios de São Paulo e Belém*. Dissertação de Mestrado no Acervo ENSP/FIOCRUZ.
- KLEINMAN, Arthur. *A patients and healers in the context of culture*. Berkley: University of California, 1980.
- KOVACS, A. C. T. B; DENARRI, F. E. *Implicações do diabetes mellitus na vida da criança e do adolescente: a opinião dos médicos, mães e portadores*. *Diabetes Clínicas*, São Paulo: Atlântica, v. 6, n. 4, p. 274-280, jul./ago. 2002.
- LUCCHESI, Fernando. *Desembarcando o diabetes*. Editora L&M Pocket.

- MARTINEZ-RAMIREZ, Armando. *El diseño de criterios de manejo del paciente diabético como estrategia de garantía de calidad*. In: Caderno de saúde pública; 12(4), outubro-dezembro de 1996. FIOCRUZ.
- MATTA, Juliana. *A (in) definição de humanização na saúde: algumas reflexões e experiências na saúde pública brasileira*. Dissertação de mestrado no Acervo ENSP/FIOCRUZ.
- PUCCINI, Paulo de Tarso e CECÍLIO, Luiz. *A humanização dos serviços e o direito à saúde*. In: Caderno de Saúde Pública; 20(5): 1342-1353; setembro-outubro de 2004. FIOCRUZ.
- SALA, Arnaldo; NEMES, Maria e COHEN, Diane. *Metodologia de avaliação do trabalho de atenção primária à saúde*. In: Caderno de saúde pública 14(4); outubro-dezembro de 1997. FIOCRUZ.
- SILVA, Denise Guerreiro Vieira da. *Narrativas do viver com diabetes mellitus: experiências pessoais e culturais*. Florianópolis: UFSC/ Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, 2001.
- SMELTZER, S. C. *Avaliação e Cuidados aos Pacientes com Diabetes Mellitus*. In: _____. Brunner & Suddarth Tratado de Enfermagem Médico-Cirúrgica. 8. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1998. v.2, Cap. 39.
- TRAVERSO-YEPES, Martha e MORAIS, Normandia. *Reivindicando a subjetividade dos usuários da rede básica em saúde: para uma humanização do atendimento*. Acervo ENSP/FIOCRUZ.

- UCHINARA, Kátia e BOSI, Maria Lúcia. *Qualidade e subjetividade na avaliação de programas e serviços em saúde*. In: Caderno de saúde pública; 18(6): 1561-1567; novembro-dezembro de 2002. FIOCRUZ.
- VIANA, Rejani. *A humanização no atendimento à saúde: construindo uma nova cultura*. Dissertação de mestrado no Acervo ENSP/FIOCRUZ.

10. ANEXOS

1. QUADRO DE COMPORTAMENTOS OPCIONAIS E RESPECTIVAS CONSEQÜÊNCIAS		
GRAUS DE INTERAÇÃO	COMPORTAMENTO	CONSEQÜÊNCIAS
Negativo (dinossauro)	Não reagente Não adaptativo Não inovativo	Sobrevivência a curto prazo ↓ Extinção
Neutro (camaleão)	Reagente Adaptativo	Sobrevivência a longo prazo ↓ Estagnação
Positivo (Homo sapiens)	Reagente Adaptativo Inovativo	Sobrevivência a longo prazo ↓ Desenvolvimento

FONTE: VASCONCELLOS (1979)

2. FLUXOGRAMA DE ATENDIMENTO CONSIDERADO IDEAL AO DIABÉTICO

Fluxograma

