

NARCISO VIEIRA SOARES

**A PROBLEMATIZAÇÃO DOS DIREITOS DO CLIENTE COMO
DESENCADEADORA DA PROBLEMATIZAÇÃO DOS DIREITOS
DOS PROFISSIONAIS DE ENFERMAGEM**

FLORIANÓPOLIS

2000

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM**

**A PROBLEMATIZAÇÃO DOS DIREITOS DO CLIENTE COMO
DESENCADEADORA DA PROBLEMATIZAÇÃO DOS DIREITOS
DOS PROFISSIONAIS DE ENFERMAGEM**

NARCISO VIEIRA SOARES

*Dissertação apresentada à Banca Examinadora como
requisito parcial para a obtenção do título de Mestre em
Assistência de Enfermagem da Universidade Federal de
Santa Catarina.*

Orientadora: Dra. VALÉRIA LERCH LUNARDI

FLORIANÓPOLIS

2000

DEDICO ESTE TRABALHO...

À minha esposa Carmem, que com sua presença amorosa apoiou-me nos momentos em que parecia fraquejar; perdão pelas vezes que calou sua voz, ensejando-me momentos de reflexão; seu afeto e seu carinho tornaram mais leve esta caminhada.

Aos meus filhos Francisco e Mariângela, que sem muitas opções seguiram-me nesta trajetória; perdão, também, pelas vezes que calaram suas vozes, ensejando momentos de reflexão.

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM
CURSO DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM
MESTRADO EM ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM**

**A PROBLEMATIZAÇÃO DOS DIREITOS DO CLIENTE COMO
DESENCADEADORA DA PROBLEMATIZAÇÃO DOS DIREITOS DOS
PROFISSIONAIS DE ENFERMAGEM**

NARCISO VIEIRA SOARES

Este trabalho foi submetido ao processo de avaliação pela Banca Examinadora para a obtenção do título de

Mestre em Enfermagem

e aprovado em sua forma final no dia 20 de junho de 2000, atendendo às normas da legislação vigente do Curso de Pós-Graduação em Enfermagem – Programa de Mestrado em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina.

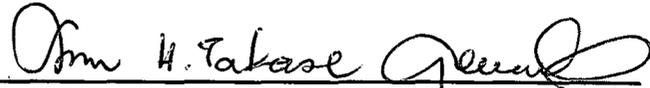


Dra. Denise Elvira Pires de Pires – Coordenadora do Curso

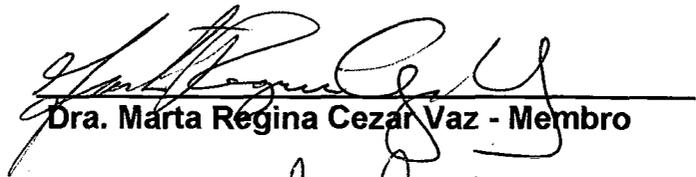
Banca Examinadora:



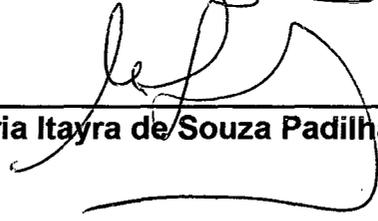
Dra. Valéria Lerch Lunardi – Presidente/Orientadora



Dra. Lúcia Hisako Takase Gonçalves - Membro



Dra. Marta Regina Cezar Vaz - Membro



Dra. Maria Itayra de Souza Padilha – Suplente

AGRADECIMENTOS

À Valéria, minha orientadora e amiga, que com sabedoria e paciência, soube trabalhar minha estranheza, acolheste meus temores, incentivaste-me a prosseguir. Tuas orientações precisas e enriquecedoras, ensejaram-me uma caminhada que, embora desafiadora pelo desconhecido, proporcionou avanços significativos em minha busca de “ser mais”. Este meu momento, considero, também, teu momento, pois, tal qual um pássaro quando nasce, necessita ser conduzido à descobrir o mundo, mostraste-me um mundo a ser trilhado. Muito Obrigado, Deus te abençoe.

Ao Wilson, Guilherme, Ingrid, Mônica e Cristina, me penitencio por ter ousado furtar-vos do convívio de Valéria a todo momento que necessitava de ajuda. Obrigado pela compreensão!

À professora Marta Vaz, incentivaste-me a iniciar esta trajetória, mostraste-me caminhos, teu incentivo encorajou-me a prosseguir.

À professora Lúcia, pelas suas contribuições durante a disciplina de Prática Assistencial e na qualificação que enriqueceram este trabalho, pelo exemplo de dedicação disponibilidade e sensibilidade.

À professora Itayra, pelas enriquecedoras contribuições durante o exame de qualificação, pelo incentivo e colaboração.

À professora Mara, pelos ensinamentos que me proporcionaste em minha trajetória profissional, pelo incentivo constante, pelas contribuições durante o exame de qualificação.

À professora Sueli Zappas, reconheço que, de alguma forma, deixaste tuas pegadas marcadas neste caminhar, pelo incentivo; o diálogo nos construiu humanos.

Às professoras Marta Riegert Borba, Adriana Dora da Fonseca, Marlene Teda Pelzer, Elisabete Cestari, Mariângela de Magalhães Loureiro, Adriane Maria Netto de Oliveira, Helena H. Vaghetti, Geani Farias Machado Fernandes, em algum momento, estivemos juntos nesta caminhada; nessas idas e vindas, os diálogos oportunizaram-me crescimento.

Às colegas de Mestrado Jussara, Rosemary e Sílvia, que, comigo, compartilharam esta conquista.

Aos colegas enfermeiros participantes do grupo de reflexão-ação, pela disponibilidade em participar deste estudo, pelas contribuições que me oportunizaram conhecer novas formas de ver o mundo.

À Maria da Conceição de Lima Hohmann, pela colaboração na correção da bibliografia.

À CAPES, pelo apoio financeiro oportunizado, tornando mais leve a realização do Mestrado.

À FURG e a UFSC, pela oportunidade de ter cursado o Mestrado, tornando possível a concretização deste trabalho.

SUMÁRIO

RESUMO	
ABSTRACT	
APRESENTAÇÃO	ii
1. INTRODUÇÃO	01
2. OS DIREITOS DO CLIENTE COMO UMA QUESTÃO ÉTICA	12
2.1. A assimetria presente na relação entre o profissional da saúde e o cliente	13
2.2. A troca de saberes como uma possibilidade de redução da assimetria entre o profissional e o cliente	18
2.3. Os usuários dos serviços de saúde como consumidores	21
2.4. A problematização da prática cotidiana como uma necessidade ética	25
2.5. A bioética e seus princípios	29
2.6. A enfermagem e sua opção por uma ética problematizadora	33
3. UM GRUPO DE REFLEXÃO-AÇÃO, EM BUSCA DE UMA ÉTICA PROBLEMATIZADORA	45
3.1. A opção por Freire	45
3.2. Contextualização do local da prática assistencial	50

3.3	O grupo de Reflexão-ação	51
3.4	O método adotado a partir de Freire	55
3.4.1	Levantamento dos temas geradores	56
3.4.2	Codificação e decodificação	60
3.4.3	Desvelamento crítico da realidade	62
3.5	Análise dos dados	62
4.	A PROBLEMATIZAÇÃO DOS DIREITOS DO CLIENTE COMO DESENCADEADORA DA PROBLEMATIZAÇÃO DOS DIREITOS DOS PROFISSIONAIS DE ENFERMAGEM	64
4.1	O desrespeito aos direitos dos trabalhadores e sua relação com o desrespeito aos direitos dos clientes	64
4.2	Desrespeito aos direitos do cliente	99
4.3	Perspectivas de avanços a partir da prática educativa	109
5.	CONSIDERAÇÕES FINAIS	120
	REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	128
	ANEXOS	134

SOARES, Narciso Vieira “**A Problematização dos Direitos do Cliente como Desencadeadora da Problematização dos Direitos dos Profissionais de Enfermagem**” Florianópolis, 2000. Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal de Santa Catarina. Dissertação apresentada ao Curso de Pós-graduação em Assistência de Enfermagem – UFSC, para a obtenção do título de Mestre em Enfermagem.

Orientadora: Dra. Valéria Lerch Lunardi

RESUMO

A partir da percepção do desrespeito aos direitos dos clientes como uma questão ética, desenvolveu-se uma prática assistencial com o objetivo de problematizar os direitos do cliente, junto a um grupo de enfermeiros de uma instituição hospitalar, tendo em vista sua conscientização como profissionais de enfermagem. O referencial teórico foi elaborado baseando-se na proposta educativa de Paulo Freire, adotando-se, como caminho metodológico, a realização do círculo de reflexão/ação. A partir das discussões coletivas, emergiram três grandes temas: **o desrespeito aos direitos dos trabalhadores**, focalizando sub-temas como a insuficiência de recursos humanos e materiais, a opressão e a falta de liberdade vivida pelos enfermeiros, os baixos salários, a falta de reuniões; **o desrespeito aos direitos dos clientes** pela sonegação de informações, a desconsideração da sua autonomia, dentre outros, comprometendo o seu cuidado e **perspectivas de avanços a partir da prática educativa**. Os enfermeiros reconheceram a necessidade de fortalecimento do grupo de profissionais na busca de melhores condições de trabalho e de atendimento à clientela.

SOARES, Narciso Vieira. **"The problematization of the clients' rights as generator of the Problematization of the Nursing professionals' rights"**. Florianópolis, 2000. Centro de Ciências da saúde da Universidade Federal de Santa Catarina. Essay presented to Post-Graduation Course in Nursing Assistance – UFSC, to get the Master Degree of Nursing.
Coordinator: Dra. Lunardi, Valéria Lerch.

ABSTRACT

Perceiving the absence of respect to the clients' rights as an ethical issue, an assistance practice was developed in order to problematize the customers' rights, along with a group of nursing in a hospital institution with the purpose of making them aware of their roles as professionals of nursing. The theoretical support was elaborated on Paulo Freire's, educational proposal, adopting as methodological way the reflection/action group. Through group discussions two issues came up: **the lack of respect to the workers rights**, focusing secondary issues as insufficiency of human and material resources, the oppression and the lack of freedom faced by the nurses, the low salaries and the absence of meetings; **and the lack of respect to the clients' rights** due to the omission of information, disregard for the customers' autonomy and so on, compromising their care. The nurses realize the necessity of having a strong group of professionals in order to acquire better conditions of working and the attendance to the clients.

APRESENTAÇÃO

Neste momento em que apresento à banca examinadora e à comunidade dos profissionais da saúde, esta construção, reconheço a importância e o significado do caminho trilhado. Vivenciei, ao longo desta trajetória, algumas indagações, dúvidas, questionamentos, avanços e retrocessos que se incorporaram em minha busca de “ser mais”. Reconheço que, para alguns questionamentos, emergiram respostas ao mesmo tempo, outras interrogações surgiram ao longo desta caminhada.

No **capítulo I – Introdução** - apresento fragmentos de minha trajetória profissional, em que percebi situações de desrespeito aos direitos dos clientes, solidificando, em mim, a necessidade de buscar respostas a algumas inquietações sentidas.

O **capítulo II - Os Direitos do Cliente como uma Questão ética** - constitui o Marco Conceitual construído a partir da proposta educativa e de problematização de Paulo Freire, além de outros autores da área da ética e da enfermagem.

No **Capítulo III - Um Grupo de Reflexão-ação, em Busca de uma Ética Problematicadora** – explicito minha opção por Freire e descrevo o caminho metodológico adotado neste trabalho.

No **Capítulo IV - A problematização dos Direitos do Cliente como**

Desencadeadora da Problematização dos Direitos do profissional Enfermeiro - realize um diálogo com os dados emergidos nas discussões do grupo de Reflexão-ação, a partir dos temas geradores.

No capítulo V, apresento as **Considerações Finais**.

CAPÍTULO I

INTRODUÇÃO

"A primeira constatação que faço é de que toda prática educativa implica sempre a existência de sujeitos, aquele ou aquela que ensina e aprende e aquele ou aquela que, em situação de aprendiz, ensina também, a existência do objeto a ser ensinado e aprendido – a ser re-conhecido e conhecido – o conteúdo".

Freire, 1992, p. 109.

1 – INTRODUÇÃO

A realização deste trabalho constituiu-se numa possibilidade de buscar respostas a algumas inquietações e inconformismos sentidos ao longo de minha trajetória profissional, como trabalhador da área da saúde, há vários anos, e como enfermeiro a partir de 1992.

Já atuei, como enfermeiro, em diversos setores de uma instituição hospitalar, como no serviço de Hemoterapia, na Supervisão geral de Enfermagem, e, de 1993 a 1997, como enfermeiro do Centro Cirúrgico (CC). Exerci, ainda, atividades docentes como professor do Departamento de Enfermagem da Fundação Universidade Federal do Rio Grande (FURG), ministrando aulas teórico-práticas aos alunos do Curso de Graduação em Enfermagem assim como no Curso Profissionalizante de Auxiliares de Enfermagem, na mesma Universidade. Atualmente, atuo como professor ministrando a disciplina teórico-prática de Enfermagem Psiquiátrica no Curso de Graduação em Enfermagem.

Ao longo desse tempo, venho acompanhando diversas alterações e avanços na área da saúde, seja no desenvolvimento tecnológico dos procedimentos diagnósticos e terapêuticos no atendimento hospitalar, seja nas

políticas de saúde, como o Programa de Ações Integradas de Saúde¹(PAIS), a luta pela Reforma Sanitária, iniciada há várias décadas, com a aprovação, na Constituição Federal de 1988, das leis 8.080/90 e 8.142/90 regulamentando o Sistema Único de Saúde (SUS), que preconiza a saúde como direito de todos os cidadãos e propõe os princípios de universalidade, igualdade e integralidade no atendimento, bem como o direito à informação sobre sua saúde e à participação popular no controle social do SUS. Vem se dando, também, inúmeras mudanças sócio-econômicas e culturais em nosso país, além das exigências crescentes da sociedade, apesar de ainda tímidas, por uma melhor assistência.

Percebo a enfermagem buscando atualizar-se, no sentido de acompanhar essas mudanças, através de reflexões e questionamentos sobre a sua prática cotidiana, qualificando-se, construindo diferentes maneiras de exercer o seu fazer, incorporando novas experiências e conhecimentos produzidos e transmitidos através da educação formal e informal.

Minha atuação profissional tem se restringido ao ambiente hospitalar, onde a prática de atendimento aos clientes², que tenho vivenciado é, predominantemente, curativa, fragmentada e influenciada pela filosofia da instituição que, de modo preponderante, ainda prioriza as funções

¹ O Programa de Ações Integradas de Saúde (PAIS) foi criado, em 1982, na tentativa de integrar e unificar os serviços de saúde do setor público, estando incluídos os programas de Saúde da Mulher, da Criança, do Idoso, do Trabalhador e a Saúde Mental.

² No presente estudo, utilizarei o termo cliente em vez de paciente por entender que a palavra paciente expressa um sentido de um indivíduo mais resignado, conformado, que espera, serena e pacientemente, a ação do outro, a atuação do profissional da saúde em relação a si e à sua saúde. Para Gauderer (1995, p. 13), "o enfermo era paciente com o seu mal ou sua doença, enquanto o curandeiro, o pajé, o mágico da tribo, o sacerdote ou o religioso e, posteriormente, o profissional de saúde lhe recomendavam paciência". Já, o termo cliente não parece expressar a mesma desigualdade entre quem cuida e atende e quem recebe o atendimento ou cuidado, trazendo um significado de maior horizontalidade na relação profissional/cliente.

administrativas do enfermeiro em detrimento das de gerenciamento da assistência e das assistenciais.

No CC, verificava que a maioria dos clientes e familiares, que ali chegavam, vinha sem nenhuma informação sobre o processo anestésico-cirúrgico a que o cliente viria a se submeter. Como enfermeiro, buscava um modo de fazer o meu trabalho tentando visualizar o cliente como uma pessoa, um cidadão, com possibilidade de autonomia, com direito a uma assistência individualizada, orientando-o, sempre que possível, de modo a facilitar sua compreensão e enfrentamento do processo que estava prestes a vivenciar. Quando eu recebia os clientes no CC, verificava, também, seu elevado grau de ansiedade, angústia, medo, que expressavam, tanto verbalmente, como através do seu silêncio. Alguns, ainda, manifestavam alterações fisiológicas, como da pressão arterial e do pulso, que obrigavam, em alguns casos, à suspensão da cirurgia.

A interação que mantinha com o cliente e, também, com sua família, ao mesmo tempo que me permitia estar junto deles, realizar uma avaliação das condições desse sujeito³ que iria se submeter a uma cirurgia, permitia-me, também, elaborar seu plano assistencial. Reconhecia a importância de cada uma destas relações e interações, pois, a cada momento, podem haver condições diferentes de tempo, espaço, humor, tanto do cliente como da equipe, entre outras condições, o que, por sua vez, pode influenciar as relações enfermeiro/cliente (Stefanelli, 1993).

³ O termo designa o indivíduo consciente e capaz de agir autonomamente. Para Ferreira (1995, p. 1627), sujeito é "o ser individual, real, que se considera como tendo qualidades ou praticado ações".

Percebia, também, que a equipe parecia se mostrar incomodada quando o cliente se mostrava questionador ou reivindicava seus direitos, sendo, às vezes, rotulado de "cliente chato". Perguntava-me, então, até que ponto o exercício da cidadania dos clientes podia estar sendo confundido com manifestação de "chatice" por parte do cliente.

Fundamentada em Nightingale, Carraro (1997), ao aplicar uma metodologia de assistência de enfermagem ao ser humano e sua família, em busca da potencialização do seu poder vital e da ativação do sistema imunológico do paciente cirúrgico, constatou que a maioria dos pacientes que chegava ao Centro Cirúrgico, vinha sem nenhuma informação sobre o seu processo anestésico-cirúrgico, pois não recebiam orientações pré-operatórias, ou, quando recebiam, estas se faziam de maneira assistemática, sem levar em conta suas necessidades individuais e expectativas, não informando, também, os riscos e benefícios; alguns desconheciam, até, o que iam operar. Zappas (1996), em sua dissertação "O Cuidar/Cuidado no Centro Cirúrgico: Uma Esperança ou uma Realidade", estudando pacientes pré-cirúrgicos, teve sua atenção chamada para o fato de os clientes terem tido informações, sobre seu processo anestésico-cirúrgico, dos seus colegas de quarto e não da equipe de enfermagem.

Ao refletir acerca da realidade prática dos hospitais conveniados ao SUS, que vêm sendo utilizados como campo de estágio para os alunos de graduação em enfermagem e do curso de auxiliares de enfermagem, constato, então, uma lacuna nesse processo assistencial e, talvez, na formação dos profissionais representada pela não realização das orientações pré-operatórias,

como uma prática diária das enfermeiras, tanto das Unidades de Clínica Cirúrgica (UCC), como das do Centro Cirúrgico. Esta ausência reflete-se no trabalho do enfermeiro do CC, o qual recebe um cliente mais ansioso, provavelmente pelo desconhecimento, quase que total, de como será seu processo anestésico-cirúrgico.

Algumas das justificativas apresentadas, em conversas informais, pelos profissionais que atuam nestas unidades, para a não realização diária das orientações pré-operatórias, referem-se não só ao excesso de atividades assumidas pelo enfermeiro, como ao reduzido número de funcionários na unidade, o que tem levado o enfermeiro a desempenhar ações que, talvez, pudesse delegar aos auxiliares de enfermagem de sua equipe. Esse excesso de atividades, como o ter que gerenciar a unidade, fazer escalas de trabalho, contatar com os diversos setores do hospital, tais como, nutrição, Rx, laboratório, entre outros, "correr atrás das coisas", fazer pedidos e controlar estoques, para que o trabalho se desenvolva, vem reduzindo o tempo do enfermeiro para a realização do cuidado direto ao cliente, para estar junto dele, agir, interagir, conhecer seus medos, angústias, desconhecimentos e suas incertezas, na tentativa de ajudá-lo a enfrentar este momento vivido.

Ao desenvolver, na especialização, uma prática assistencial denominada "A orientação Pré-operatória na busca da Interação Enfermeiro/Cliente visando uma Assistência Humanizada" (Soares, 1997), que pretendia implementar a orientação pré-operatória aos clientes e familiares, quando presentes na UCC, constatei a baixa expectativa do cliente em relação ao seu processo saúde-doença e aos seus direitos à saúde como cidadão.

O cliente parece desconhecer seus direitos em relação às informações que deve receber durante sua internação hospitalar, mostrando-se pouco questionador e, aparentemente, não tendo noção do seu direito de consentir ou não que sejam realizados procedimentos em si, de ser informado quanto aos procedimentos que poderão ser realizados, das justificativas para a sua realização, podendo aceitar ou recusar-se a se sujeitar a determinados cuidados e tratamento. Tenho me perguntado se o cliente não questiona à equipe de saúde por medo de represália dos profissionais que o atendem ou por desinformação acerca dos seus direitos enquanto cidadão. Questiono-me, também, até que ponto a equipe vem contribuindo com essa passividade por parte do cliente, pois parece considerá-lo um sujeito desprovido de direitos, a quem, apenas, deve ser prestado o seu cuidado e assistência como um “favor” e não como um dever enquanto instituição credenciada junto ao SUS.

Neste trabalho, portanto, decidi problematizar, não mais apenas a desinformação do cliente que vai se submeter a um procedimento cirúrgico, mas, expandindo meu olhar, focalizar **os direitos dos clientes**. Entendo que os direitos têm uma complexidade que abrangem não só o cliente, como a instituição e os profissionais, pois há um grande número de pessoas envolvidas no seu processo assistencial, assim como toda uma conjuntura sócio-econômica e cultural.

Olhando e refletindo sobre a realidade hospitalar e o cotidiano do trabalho do enfermeiro, verifico que muitas podem ser as situações em que os direitos dos clientes não são respeitados. Como já referido, constato a falta do consentimento livre e esclarecido para a realização de procedimentos, tanto

simples como complexos; a sua desinformação sobre os riscos e benefícios de tais procedimentos, como se o cliente não fizesse parte do ato em si, sendo desprovido de vontade e opinião, como se fosse apenas um objeto, à mercê do "cuidado" de outrem. Muitos profissionais não explicam, aos clientes, os benefícios e riscos das medicações e dos procedimentos adotados, negando o direito à sua autonomia, de serem informados e consultados em relação ao seu tratamento e de decidirem sobre os seus próprios corpos. A equipe, muitas vezes, exerce um papel paternalista⁴, decidindo o que é melhor para o cliente sem lhe dar a chance de decidir o que é melhor para si. Outra questão que merece reflexão é o direito do cliente à visita diária do médico e à sua prescrição. Tenho conhecimento de que há clientes que podem ficar de um a dois dias sem a visita do seu médico assistente e, por conseguinte, sem sua prescrição. Por outro lado, percebo, também, o enfermeiro tomando, para si, a responsabilidade de justificar ao cliente e seus familiares porque seu médico não fez a sua prescrição e não foi visitá-lo. Pergunto-me se o enfermeiro não está contribuindo para com a manutenção do cliente numa situação de desconhecimento dos seus direitos, bem como desrespeitando-o? O enfermeiro agindo assim, não estará, também, protegendo o profissional médico?

⁴ Fortes (1998, p. 48) entende paternalismo como sendo "a interferência com a liberdade de um indivíduo eticamente capacitado para tomada de decisões, mediante uma ação benéfica justificada por razões referidas exclusivamente ao bem-estar, às necessidades da pessoa que está sendo coagida, e não por interesses de terceiros, do próprio profissional de saúde ou mesmo interesses da sociedade". Para o autor, agir de forma paternalista, muitas vezes significa contrariar o direito de uma pessoa autônoma, competente, de escolher o que é melhor para si. Segundo Luna e Sales (1995, p. 27), alguns autores consideram como justificada a restrição da liberdade de um sujeito apenas se for para beneficiá-lo. O profissional parte do pressuposto de que ele é quem sabe o que é melhor para o cliente; desse modo, decide por ele questões que lhe dizem respeito.

Concordo, pois, com Gracia e Correia, citados por Schneider et al. (1994, p. 171), quando afirmam que *"as relações dos pacientes com seus cuidadores podem estar permeadas pelos conflitos, pois distintos padrões morais e éticos guiam a atuação de cada um dos envolvidos. Os profissionais de saúde, em geral, orientam-se pelo critério de beneficência, os pacientes pelo de autonomia e a sociedade pelo de justiça"*.

O Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem, Resolução nº 160 do COFEN, em seu capítulo IV, artigos 23, 26 e 27, determina a responsabilidade do enfermeiro tanto em prestar assistência de enfermagem aos clientes sem discriminá-los, fornecendo-lhes informações adequadas, assim como à sua família, acerca da assistência de enfermagem a ser prestada, dos seus possíveis benefícios, riscos e conseqüências, respeitando o direito de decisão do cliente sobre sua pessoa, seu tratamento e seu bem estar. O mesmo código, em seu capítulo V, art. 44, nos diz que é proibido ao enfermeiro *"participar de tratamento sem o consentimento do cliente, ou representante legal, exceto em iminente risco de vida"*.

Abordando, especificamente, o atendimento de enfermagem, nas instituições hospitalares, percebo muitas situações que podem ser caracterizadas de desrespeito aos direitos do cliente como as decorrentes da falta de pessoal para seu atendimento; por exemplo, uma unidade de internação clínica e cirúrgica com 40 leitos e apenas dois ou três auxiliares de enfermagem para atendê-los. Por outro lado, as instituições têm justificado o quadro reduzido de funcionários, na área da enfermagem, como medida de economia hospitalar, permanecendo um aparente silêncio, aceitação e

conformismo dos enfermeiros que atuam nessas unidades. Pergunto-me se esse aparente conformismo resulta de um temor dos enfermeiros de enfrentarem quem representa o poder, ou se existe uma acomodação do profissional com a situação enfrentada, tendo desistido da luta por melhores condições para prestar a assistência aos clientes?

Logicamente, que o atendimento em tais condições exigirá maior desgaste da equipe de enfermagem, além de poder ser menos eficiente, de qualidade inferior, levando a atrasos na aplicação de medicamentos, dentre outros, o que, muitas vezes, sequer é percebido pelo cliente. Ainda, caso avaliem como insatisfatória a assistência de enfermagem recebida, os clientes não reclamam da instituição, com receio, quem sabe, de comprometer o funcionário que o está atendendo, ou até, de virem a ser eles próprios prejudicados. Constato, ainda, o enfermeiro providenciando condições de trabalho para a equipe poder exercer suas atividades, em decorrência da falta, na Unidade de Internação, de medicamentos, seringas, agulhas, pacotes de curativos, da existência de equipamentos danificados, afastando-se, por conseguinte, das funções assistenciais e/ou da coordenação da assistência.

Um aspecto relevante, quanto ao desrespeito dos direitos do cliente, que pode ser percebido, em algumas instituições, é a discriminação presente no atendimento com convênios particulares e pelo SUS. Para estes, por exemplo, no laboratório de um hospital, de um município do estado do Rio Grande do Sul, os exames de laboratório podem ser agendados com vários dias de espera, enquanto que os clientes conveniados e particulares, são atendidos na hora, ou, no máximo, no dia seguinte; neste mesmo laboratório, também,

podemos perceber, numa mesma área física, que os assentos reservados aos clientes do SUS são de madeira, pouco confortáveis, enquanto que para os particulares são estofados. Tal diferenciação chegou a ser denunciada na imprensa local, sem que, no entanto, houvesse mudança na situação evidenciada. Verifico, ainda, discriminação em relação às acomodações dos clientes no ambiente hospitalar. Os clientes do SUS internam em enfermarias com quatro e até seis clientes, às vezes, sem banheiro no quarto. O número de profissionais para o seu atendimento é menor do que nas alas privadas, o que, muitas vezes, pode comprometer o seu atendimento. A suspensão de determinadas cirurgias, também, deixa transparecer uma discriminação para com os usuários do Sistema Único de Saúde, já que, sem que outros critérios sejam analisados, suspende-se, prioritariamente, a sua e só, em último caso, suspende-se a de um cliente particular ou de convênio.

Acredito ser importante destacar que a administração desta instituição tem justificado essa diferenciação, em relação ao atendimento dos clientes particulares e conveniados, porque estes possibilitariam o financiamento do atendimento aos clientes do SUS. Segundo a administração, os valores pagos pelo atendimento aos clientes do SUS não cobrem as despesas efetivamente realizadas. Os clientes particulares estão, deste modo, financiando o atendimento aos clientes do SUS, devido a insuficiência de recursos para o atendimento da demanda que procura a instituição.

Partindo, pois, do meu desconhecimento de como os enfermeiros vêm enfrentando as questões dos direitos do cliente no seu cotidiano, das

estratégias que estão sendo adotadas, optei por desenvolver este trabalho o qual apresentou como **Objetivo Geral**:

- Construir um processo educativo de problematização dos direitos do cliente junto a um grupo de enfermeiros de uma instituição hospitalar, tendo em vista a sua conscientização como profissional de enfermagem.

Como **Objetivo específico**, pretendeu:

- Compreender como os enfermeiros percebem e vêm enfrentando as situações do cotidiano, em que se evidenciam relações de desrespeito aos direitos do cliente.

A seguir, trago o capítulo denominado "**Os direitos do cliente como uma questão ética**". Este, além de apresentar o marco conceitual deste trabalho, focaliza a relação entre o profissional de saúde e o cliente, a troca de saberes como uma possibilidade de redução da assimetria presente nesta relação, a problematização da prática cotidiana como uma opção ética e os princípios da bioética, dentre outros.

CAPÍTULO II

“OS DIREITOS DO CLIENTE COMO UMA QUESTÃO ÉTICA”

“...o futuro com que sonhamos não é inexorável. Temos de fazê-lo, de produzi-lo, ou não virá da forma como mais ou menos queríamos. É bem verdade que temos de fazê-lo não arbitrariamente, mas com os materiais, com o concreto de que dispomos e mais com o projeto, com o sonho por que lutamos”.

Freire, 1996, p. 102.

2 - OS DIREITOS DO CLIENTE COMO UMA QUESTÃO ÉTICA

Na enfermagem, a busca da construção teórica, a elaboração e a explicitação de um marco conceitual para nortear o processo assistencial têm representado um avanço, visando solidificar o espaço profissional, educativo e social do enfermeiro. Como atividade científica emergente, a enfermagem vem utilizando-se de referenciais teóricos, visando fundamentar suas ações na prática cotidiana. Isto tem possibilitado aos profissionais buscarem a convergência do pensamento de autores que, aliados às suas concepções de mundo, representam os elementos norteadores do exercício de sua prática profissional.

Frente ao meu interesse em focalizar os direitos do cliente, na tentativa de compreender como esse direito vem sendo abordado, busquei e, neste momento, apresento contribuições de autores como Andery (1985); Coelho (1993); Freire (1979, 1980, 1982, 1987, 1992, 1996); Fortes (1998); Gauderer (1995); Gelain (1998); Germano (1993); Lunardi (1994, 1997); Luna e Salles (1995); Selli (1997); Siqueira (1999); Veloso (1998), que têm trabalhado a questão da ética e, na ética, os direitos do cliente.

2.1. A assimetria presente na relação entre o profissional da saúde e o cliente

Nas últimas décadas, têm se verificado grande crescimento do saber na área biológica e avanços tecnológicos, os quais têm permitido, aos profissionais da saúde realizarem procedimentos, tanto invasivos como não invasivos com maior segurança. A enfermagem, além de buscar atualizar-se, no sentido de acompanhar essas mudanças, vem aprofundando suas reflexões e questionamentos sobre a sua prática cotidiana, afim de enfrentar esses desafios, bem como as questões éticas ou dilemas éticos que surgem, com essa expansão tecnológica crescente.

Apesar dos avanços na área do diagnóstico e do tratamento, relações mais simétricas entre clientes, profissionais da saúde e instituições, parece-me ainda não terem avançado suficientemente. São muitas as situações do cotidiano profissional que demonstram a continuação de uma relação, predominantemente verticalizada, paternalista e autoritária. Muitos clientes, ainda, não conseguem exercer plenamente seu princípio da autonomia, nem tirar proveito do princípio da beneficência⁵ (Clotet, 1995).

Todo ser humano nasce livre e sua autonomia é considerada um direito nato, mediante a qual ele pode agir de acordo com sua vontade, fazer escolhas

⁵ Beneficência (do latim, *bonum facere*) significa “fazer o bem” ao cliente, o cuidar, ainda que contrariamente à sua vontade. Para Luna e Salles (1995, p. 28), o princípio da beneficência “se baseia na idéia de que uma pessoa deve atuar beneficiando à outras, favorecendo seus interesses”. Aos profissionais da saúde, este princípio prevê ações visando o bem-estar do cliente.

do que é melhor para si como um sujeito sócio-individual, ser sujeito histórico e não esperar, estar a mercê da concessão de benesses e da vontade dos outros. Ser autônomo significa ter liberdade de pensamento, sem coações internas ou externas, poder optar e decidir, entre as alternativas que dispõe, qual a que melhor lhe convém como um ser de relações. Segundo Fortes (1998, p. 39),

“respeitar a pessoa autônoma pressupõe a aceitação do pluralismo ético-social, característico de nosso tempo; é reconhecer que cada pessoa possui pontos de vista e expectativas próprias quanto a seu destino, e que é ela quem deve deliberar e tomar decisões seguindo seu próprio plano de vida e ação, embasada em crenças, aspirações e valores próprios, mesmo quando estes diverjam dos valores dos profissionais de saúde ou dos dominantes da sociedade”.

A ação do profissional da saúde deve ser orientada para o respeito à autonomia, à liberdade de escolha do cliente diante da situação que lhe é apresentada, tendo sempre presente que o corpo, a dor, a doença, pertencem a ele e, à medida que violarmos sua autonomia, estaremos tratando-o como meio e não como fim em si mesmo; na medida em que este cliente exercer sua autonomia, reconhecendo seus direitos e deveres, estará construindo, também, sua cidadania.

A cidadania pós-moderna está voltada para a preservação da vida, dos direitos sociais, do meio ambiente, da democracia, da luta contra a exclusão social e a marginalização dos sujeitos, que é ensejada pela globalização da economia (Bertaso, 1998). **A cidadania** pressupõe igualdade de direitos, implica uma relação recíproca de respeito aos direitos e deveres entre os cidadãos e o Estado, visando à materialização dos desejos do sujeito, através

das discussões sócio-políticas; a participação dos envolvidos nesse espaço pode significar a redistribuição dos direitos a todos, evitando a transformação do outro em objeto a ser possuído.

Bertaso (1998, p.7) afirma que

"na concepção psicanalítica da cidadania verifica-se que há possibilidade do cidadão tornar-se agente ativo no processo de libertação/transformação, estabelecendo a dinâmica das relações sociais, podendo, mesmo, transgredir as ações de poder. A cidadania, transformada num suporte coletivo de práticas democráticas, estabelece no espaço público (não somente estatal) o compromisso solidário com a vida em todas as suas formas".

Na obra que aborda não apenas o cuidado com o corpo, mas o desenvolvimento da cidadania, através de uma consciência democrática, liberta, responsável e reflexiva, tanto do profissional como do cliente, Gauderer (1995, p.14) considera que *"a nossa postura é, por formação e também, por força do ofício, autoritária, dogmática, paternalista, e está se tornando mais flexível, democrática e de parceria com o paciente e a comunidade, devido às mudanças ocorridas no cidadão"*. Apesar de já serem observadas algumas mudanças nessas relações, principalmente, nos grandes centros, nos quais os questionamentos bem como as pressões da coletividade são maiores, o que tem exigido dos profissionais da saúde uma postura mais democrática, esta não parece ser a tônica dominante, tendo em vista as múltiplas diferenças regionais e culturais do país. Essa relação de poder, paternalista, ainda prevalente nos dias de hoje, vem sendo reproduzida ao longo da história, entre os profissionais de saúde e os clientes, nos serviços de saúde e nas sociedades em geral.

Foucault (1990) resgata, metaforicamente, o que denomina de "Poder Pastoral", ou seja, o poder do pastor sobre suas ovelhas e o rebanho como um todo para favorecer o entendimento de muitas das relações paternalistas, presentes nas sociedades modernas, tanto na relação do Estado com a população e os indivíduos, como em especial, no exercício da medicina, na família, nas sociedades beneficentes, entre outros, que se encontram bastante articuladas. Nesta relação desigual, o pastor se reconhece como responsável por suas ovelhas e pelo rebanho de quem exige obediência, a exposição de si, da sua vida, assim como a negação de si. De modo semelhante, muitas das relações que se dão entre os homens e, em especial, entre os profissionais da saúde e os clientes, também, se fazem, de modo desigual, aparentemente, sem reconhecer seus diferentes saberes, histórias, modos de ser e de viver. Na maioria das vezes, também, muitos profissionais, reconhecendo-se como responsáveis pelo cliente, decidem sem consultá-lo, acreditando, de modo autoritário, que são os que sabem o que é melhor para ele e que estão, talvez, agindo de um modo adequado e aceitável.

A obediência, predominantemente exigida dos profissionais da saúde em relação aos seus clientes, dá-se mediante o estabelecimento de relações de dependência do cliente para consigo. O profissional, freqüentemente, de posse da informação, do conhecimento técnico-científico, tem exigido obediência, por parte dos clientes, para suas prescrições e orientações, visando a modificação de seus hábitos, como aparente pré-requisitos para melhorar e assegurar a sua saúde.

Diversos fatores, então, têm contribuído para manter o cliente nessa relação de dependência para com o profissional da saúde; dentre outros, podemos citar: a falta de informação sobre seu próprio processo saúde-doença; as diferenças de saberes e de linguagem entre o cliente e o profissional, sem que seja feito um esforço mais significativo, por sua parte, no sentido de modificar esta relação assimétrica; a estrutura organizacional das instituições de saúde, bem como do Sistema Público de Saúde que, embora assegure, constitucionalmente, os princípios de universalidade de acesso, integralidade da assistência, equidade, participação popular e controle social do sistema e das políticas de saúde, na prática, mostra-se paternalista, discriminador, especialmente, das classes menos privilegiadas. Podemos perceber o descaso do sistema sócio-político e econômico, para com o setor da saúde, evidenciado pelas dificuldades de acesso aos serviços de saúde, pela insuficiência de recursos financeiros destinados a esta área, pelo baixo investimento em recursos humanos.

Freqüentemente, temos notícias, pela imprensa, do fechamento de hospitais e de postos de atendimento em saúde; funcionários de hospitais em greve, reivindicando salários atrasados; diminuição do número de leitos, bem como longas filas à espera de atendimento que, às vezes, pode demorar várias horas. Frente a esta amostra de como se encontra o setor saúde no Brasil, surgem-me questionamentos: o que fazer a fim de respeitar o direito, do cliente, de acesso aos serviços de saúde, respeitando sua dignidade enquanto cidadão? O que fazer para conseguir a justiça social?

2.2 A troca de saberes como uma possibilidade de redução da assimetria entre o profissional e o cliente

Percebo a informação como elemento fundamental no processo de autonomia do cliente. Entendo-a como a mensagem que concretiza a comunicação entre as pessoas, ou seja, a passagem, a expressão, a transmissão de um saber, de um fato ou de um sentimento, podendo efetivar-se numa relação direta, pessoa-pessoa, num ato de compartilhamento de mensagens enviadas e recebidas; um intercâmbio de informações através da interação, em que o cliente e o profissional, compartilhando suas experiências, anseios e dúvidas, buscam "ser mais⁶" em suas relações. Na prática, percebo que, muitas vezes, essas informações vêm sendo sonegadas por profissionais, envolvidos em múltiplos afazeres, exercendo funções que, necessariamente, não são suas, alegando não dispor do tempo suficiente ou, quem sabe, não priorizando esse momento da interação, de troca de experiências e de informações.

Por outro lado, o saber do cliente sobre si, sobre sua vida, seu modo de se cuidar, seu problema vivido, freqüentemente, também, não tem se constituído em mensagem a ser transmitida aos profissionais de saúde, não tem encontrado espaço para ser veiculado, seja por "falta" de tempo, de interesse, de reconhecimento do seu valor e importância. A troca de saberes, a

⁶ O ser mais, para Freire (1980), é o processo no qual o homem, refletindo sobre seu estar no mundo e com o mundo, conhecendo-se a si, identificando suas limitações e aquelas que se impõem à sua ação, procura formas de vencê-las. Já, para Paterson & Zderad (1988), o ser mais é o processo do ser humano construído através do relacionamento consigo mesmo e com os outros, para tornar o seu viver mais humanamente possível.

informação ao cliente pode ser veiculada através do diálogo, da interação, pois, segundo Freire (1980, p. 82), o diálogo “*é o encontro entre os homens, mediatizados pelo mundo, para designá-lo. É o caminho pelo qual os homens encontram seu significado enquanto homens; o diálogo é, pois, uma necessidade existencial*”. À medida que os homens problematizam e refletem sobre sua prática cotidiana, tendo consciência de si e da realidade que o cerca, reconhecem que, para transformá-la, necessitam comunicar-se com outros homens, trocar idéias, ouvir opiniões, considerar que não temos verdades absolutas, e que, por vezes, podemos estar equivocados.

A nossa ação profissional deve favorecer, ao cliente, a busca e a valorização do conhecimento de si, da sua realidade, através da informação e da orientação. Conforme destaca Gauderer (1995, p.12), quanto mais informado estiver o cliente, mais opções terá de escolhas para decidir o que é melhor para si, pois a

“informação é a base da decisão, do julgamento e da ponderação. A informação amadurecida pela vivência e pela experiência nos permite transcender a liberdade, proporcionando-nos um estado de interdependência com as pessoas e o mundo à nossa volta, relação esta de igualdade, autonomia e liberdade”.

Gauderer (1995) considera o direito à informação como um direito inalienável do cidadão, ou seja, o homem, para ter a sua condição de cidadão reconhecida, a princípio, requer o direito total e ilimitado de saber tudo o que diz respeito a si, sobre seu corpo, sua saúde e sua doença, uma vez que “*esse corpo, essa saúde ou essa doença lhe pertencem*”, e não ao profissional que o

atende. Ao ser atendido pelo profissional de saúde, permite-lhe lidar consigo, *“mas não lhe outorga necessariamente o direito de, unilateralmente, decidir por ele”* (Gauderer, 1995, p.47).

Portanto, o enfermeiro, inserido num processo de educação, de comunicação, poderá agir de forma a estimular a promoção da cidadania do cliente, auxiliando-o a descobrir o significado do seu processo saúde-doença, a definir objetivos a serem alcançados, respeitando suas crenças, seus valores, seu modo de ser e de viver. Nessa perspectiva, cliente e profissionais da saúde

“são co-construtores de suas existências: os primeiros, pela busca da assistência, tornando-se objetos de um trabalho e por essa via pelo acesso ao conhecimento, tentando deixar de ser apenas um objeto para a cura, realizando sua cidadania e os últimos, através do trabalho, construindo as condições necessárias, individual e coletivamente, como cidadão neste mesmo espaço de luta” (Leopardi et al, 1997, p. 25).

As diferenças de saber, culturais, históricas e sociais, assim como a sua comunicação, concretizada através de uma linguagem técnica utilizada pelos profissionais da saúde, podem ser destacadas como possíveis barreiras para o entendimento do cliente. Por sua vez, a desinformação faz com que muitos fiquem sem entender o que o profissional está lhes propondo e por não entenderem a complexidade do que pode estar lhes ocorrendo, o caminho mais fácil é aceitar passivamente, sem questionar o que lhes é oferecido. A informação, ainda, pode estar sendo utilizada como exercício de poder por parte dos profissionais da saúde frente aos clientes. O apelo à obediência do cliente pode ser identificado na prática cotidiana nos serviços de saúde, em geral, por exemplo, quando temos como objetivo da educação para a saúde,

alcançar a sua mudança de comportamento, alterações de hábitos de vida, do modo de viver “*sem um processo de convencimento e entendimento racional que possibilite uma decisão prévia sobre o cuidado de si*” (Lunardi, 1997, p. 253).

Apoiada em Boltanski, Germano (1993, p. 71), ao abordar as diferenças de saberes e a barreira lingüística existente entre profissionais e clientes, lembra que a utilização pelos profissionais da saúde de “*um vocabulário especializado redobra a distância lingüística, devido ao mesmo tempo a diferenças lexicológicas e sintáticas, que separam a língua das classes cultas da língua das classes populares*”.

Apresento, a seguir, os direitos dos usuários dos serviços de saúde como consumidores destes serviços.

2.3 Os usuários dos serviços de saúde como consumidores

O direito à saúde e os direitos sociais começam a ser reconhecidos em termos universais, a partir da Segunda Guerra Mundial, com o surgimento de vários movimentos em defesa dos direitos humanos e de códigos que visavam estabelecer e defender estes direitos, questionando o poder do Estado em relação aos seus cidadãos, destacadamente, a luta pelos direitos à saúde⁷. Alguns códigos foram elaborados em defesa dos direitos das pessoas, tais como a Declaração Universal dos Direitos humanos (1948), a Declaração dos

⁷ Por outro lado, merece reflexão, a questão de que, ao mesmo tempo que reivindicam os direitos dos clientes, estes movimentos não parecem focalizar suficientemente a discussão sobre os deveres do cidadão.

Direitos da Criança (1959), a Carta dos Direitos dos Pacientes criada pela Associação Americana de Hospitais (1973), a Carta do Doente Usuário de Hospital, promulgada pelo Comitê Hospitalar da Comunidade Econômica Européia (1979), a qual ressalta o direito do cidadão hospitalizado em relação à sua auto-determinação, destacando o dever dos profissionais de saúde, no sentido de respeitarem o consentimento informado do cliente, bem como a sua recusa ao tratamento proposto, atendendo, ainda, o direito à informação referente à sua saúde.

Já no Brasil, posso destacar a Carta dos Direitos do Paciente (1995), emitida pelo Conselho de Saúde do Estado de São Paulo, elaborada por organizações não governamentais e voluntários, a partir de estudos realizados pelo Fórum Permanente de Patologias Crônicas. Tendo como objetivo, a defesa dos clientes portadores de patologias crônicas, está fundamentada na ampliação do respeito ao princípio da autonomia e dos direitos dos clientes nos serviços de saúde. Devo ressaltar, também, a importância dos Conselhos Municipais de Saúde, instituídos pela lei nº 8.142/90 que, com poder deliberativo, têm como atribuições traçar diretrizes para as políticas de saúde que serão implementadas; fiscalizar a execução de tais políticas; designar e fiscalizar a utilização dos recursos financeiros que são repassados às Secretarias Municipais de Saúde. Representam importantes instrumentos sociais para o qual podem ser direcionadas as reivindicações das coletividades.

As ciências biomédicas têm buscado respostas às múltiplas questões emergidas, na prática, o que tem levado ao aumento de pesquisas envolvendo

seres humanos. O desenvolvimento de tais pesquisas envolve dilemas éticos pelos possíveis conflitos representados pelos interesses dos pesquisadores e os sujeitos da pesquisa. Em 1996, foi aprovada a Resolução 196 do Conselho Nacional de Saúde do Ministério da Saúde (CNS/MS) tendo como objetivo estabelecer normas regulamentadoras de pesquisas, com seres humanos, respeitando seus aspectos éticos; a resolução representou um avanço na defesa das pessoas e instituições envolvidas. Ela incorpora, sob a ótica dos indivíduos e das coletividades, os princípios da bioética, ou seja a autonomia, a beneficência, não maleficência e justiça, assegurando os direitos e deveres do pesquisador, bem como do sujeito da pesquisa, da instituição e do Estado. Através do Consentimento Livre e Esclarecido, o sujeito da investigação é respeitado em sua autonomia, pois, após os esclarecimentos e explicações sobre a natureza da pesquisa, seus riscos e benefícios, poderá autorizar ou não a sua participação na mesma (Gelain, 1998).

A sociedade, como um todo, parece que vem se preocupando e começa a questionar-se quanto ao seu papel como clientes e consumidores dos serviços de saúde e, através de alguns movimentos, vem tentando defender seus direitos. No Brasil, a criação do Código de Defesa do Consumidor pela lei 8078 de 11/09/1990 significou um avanço na defesa dos interesses do consumidor, pois estabelece normas de proteção e defesa do consumidor, de ordem pública e social. Através desta lei, há o estabelecimento da Política Nacional das Relações de Consumo a qual tem por objetivo *“o atendimento das necessidades dos consumidores, o respeito à sua dignidade, saúde e segurança, a proteção de seus interesses, a melhoria de sua qualidade de*

vida, bem como a transparência e harmonia das relações de consumo". Dentre os direitos básicos do consumidor, que o Código preconiza, destacamos o artigo 6º, incisos I e III, que asseguram *"a proteção da vida, da saúde e segurança contra riscos provocados por práticas no fornecimento de produtos e serviços considerados perigosos ou nocivos"*. Assegura, ainda, o direito do consumidor de receber a *"informação adequada e clara sobre os diferentes produtos e serviços, com especificação correta de quantidade, características, composição, qualidade, e preço, bem como sobre os riscos que apresentarem,"* a proteção contra a publicidade enganosa e abusiva, métodos comerciais coercitivos ou desleais, bem como contra práticas e cláusulas abusivas ou impostas no fornecimento de produtos e serviços; a efetiva prevenção e reparação de danos patrimoniais e morais, individuais, coletivos e difusos (Código de Defesa do Consumidor, 1998).

O código prevê, ainda, aspectos que devem ser observados quanto à qualidade de produtos e serviços, bem como a prevenção e reparação de danos causados ao consumidor, através da responsabilização do profissional e/ou da instituição que forneceu tal serviço. O direito à informação do cliente sobre os produtos e serviços que lhes são oferecidos é assegurado pelo art 31:

"a oferta e apresentação de produtos e serviços devem assegurar informações corretas, claras, precisas, ostensivas e em língua portuguesa sobre suas características, qualidade, quantidade, composição, preço, garantia, prazo de validade e origem, entre outros dados, bem como sobre os riscos que apresentarem à saúde e segurança dos consumidores" (Código de Proteção e Defesa do Consumidor, 1998).

Dando continuidade, trago, a seguir, a necessidade do profissional problematizar o seu fazer cotidiano para um agir ético.

2.4 A problematização da prática cotidiana como uma necessidade ética

O **ser humano** é um ser único, com capacidade de refletir, de reconhecer-se como sujeito histórico; capaz de agir e reagir conscientemente sobre a realidade, estabelecendo relações com a mesma, com outros sujeitos e com outros grupos sociais. O homem, segundo Freire (1987), é histórico porque constrói a história, podendo mudá-la, fazendo-a diferente pela sua presença criadora e transformadora, através da sua ação consciente. O homem é um ser da práxis na unidade dialética ação-reflexão-ação, sendo capaz de atuar conscientemente sobre a realidade objetivada. Através da reflexão sobre si, sobre sua prática cotidiana, pode adquirir a consciência crítica que o faz transcender em suas relações. A capacidade de cada um reagir de maneira diferente a determinada situação vivenciada, em determinado espaço de tempo e lugar, o faz único, com suas potencialidades, sua forma própria de “ler o mundo” (Freire, 1980).

Como sujeito histórico, o ser humano age conforme suas concepções morais tendo como base seus valores e crenças. A **moral** é “o conjunto de princípios, valores e normas que regulam a conduta humana em suas relações sociais, existentes em determinado momento histórico” (Fortes, 1998, p.26). Já a **ética** pode ser entendida como um dos mecanismos de regulação das relações sociais dos seres humanos. A palavra ética provém do grego *ethos*,

tendo como significado, caráter, modo de ser ético, costumes, conduta de vida. Segundo Fortes (1998, p. 26), a ética *"implica em opção individual, escolha ativa, requer adesão íntima da pessoa a valores, princípios e normas morais, é ligada intrinsecamente à noção da autonomia individual"*. A ética compreende reflexão crítica, problematização, indagação de questões relativas ao comportamento humano do ponto de vista do certo e errado, almejando sempre o bem estar dos sujeitos, sem ser prescritiva, normatizadora.

Andery (1985, p. 77), abordando a ética profissional na área da saúde e doença mental, aponta para a existência de três tipos de ética profissional: a legitimadora, a idealizante e a ética problematizadora. A ética legitimadora configura-se como aquela em que a própria prática determina a norma moral. Esse modelo é representado pela legitimação da prática em detrimento do seu questionamento crítico. Nessa concepção, *"se no dia-a-dia, o profissional engana o cliente quanto à eficácia do tratamento a este dispensado num hospital psiquiátrico, enganar torna-se um valor ético, senão exaltado, ao menos tolerado e eticamente aprovado"* (Andery, 1985, p. 77). Já na postura idealizante, as normas são feitas unicamente no discurso, sem um comprometimento com a realidade, pois *"não há uma proposta verdadeiramente alternativa à prática cotidiana, quando esta é vista como defeituosa"*. A **ética problematizadora**, no entanto, consiste na problematização das práticas usuais, bem como na apresentação de uma proposta alternativa, toda vez que as práticas atuais se mostrarem inadequadas. A partir da problematização da prática cotidiana, *"começa-se a perceber, na raiz das atuais práticas, a reprodução das relações de dominação;*

aliança dos profissionais com a classe dominante no poder" (Andery, 1985, p. 81).

A **problematização** é entendida como a ação de refletir intencionalmente sobre o que se diz, o que se faz, o que se percebe, o que se é, buscando compreender o porquê das coisas e das ações, o para quê delas; nasce da idéia que os homens adquirem de si mesmos, do que sabem a respeito de si mesmo: *"Esse pouco saber faz com que os homens transformem-se e se ponham a si mesmos como problema"* (Freire, 1976, p. 727).

A problematização da prática cotidiana dos enfermeiros poderá significar um ponto de partida para a reflexão e ampliação do conhecimento sobre si, sobre a realidade profissional e cotidiana dos enfermeiros que exercem suas funções assistenciais e educativas no ambiente hospitalar. Para que aconteça a mudança da prática profissional em relação aos direitos do cliente, é imprescindível que, a partir da problematização e do reconhecimento do respeito ou não a esses direitos, mobilize-se um processo que possa levar, tanto o enfermeiro quanto o cliente, ao alcance de maior conscientização. Vejo a **Enfermagem** como uma profissão da área da saúde que tem, em sua essência, o cuidado ao ser humano, através da interação, individual ou coletivamente, em busca do "ser mais" do cliente, em determinado momento, ambiente e lugar.

A **Conscientização** pode ser entendida como o processo que oportuniza ao ser humano descobrir-se, através da reflexão sobre sua existência; perceber-se oprimido e/ou opressor, não se conformando com a situação

vivida, buscando, através da ação, modificar sua relação com outros sujeitos, consigo mesmo e com o mundo. Implica ir além e ultrapassar a fase de apreensão da realidade, do seu conhecimento para poder atuar criticamente, no sentido de mudança da prática, através da práxis, da ação-reflexão-ação e, assim, assumir o papel de sujeito no mundo, sem, no entanto, fazer o outro de objeto. A conscientização apresenta-se como um processo contínuo no qual a realidade transformada, a cada momento, mostra um novo perfil.

Esta ética problematizadora apela para uma prática profissional em que o compromisso social não esteja dissociado dos aspectos biológicos ou psicológicos envolvidos na questão. Conforme Andery (1985, p. 82), a ética problematizadora *“não pretende oferecer fórmulas prontas de prática alternativa, mas sim incentivar que esta seja procurada e testada”*, oportunizando a que, através das discussões e reflexões, sejam definidos novos valores e normas deontológicas, em que prevaleça a integridade profissional, o reconhecimento do outro como sujeito semelhante a si, com direitos e deveres. Os valores e as normas devem ser examinados e questionados mediante reflexões, análise das práticas cotidianas, com a participação de todos os envolvidos no processo, em vez de apenas legitimar as práticas usuais.

Percebo os **enfermeiros** como seres humanos que possuem formação de nível superior, atuam na prática de enfermagem exercendo suas atividades em diferentes espaços, onde permeiam relações de saber, poder, dominação e opressão. São seres que, na sua prática, exercem, também, uma atividade educativa com sua equipe, com os clientes, no ambiente social em que estão

inseridos. Podem, através da educação problematizadora, com vistas à conscientização, refletir criticamente sobre sua prática cotidiana, transformando-se e transformando-a. Acredito que quanto maior for o nível de reflexão do enfermeiro sobre sua realidade prática, questionando e compartilhando com o grupo, maior poderá ser a sua possibilidade de compromisso com a mudança, atuando como agente de transformação da prática cotidiana, em relação aos direitos do cliente.

Na ética problematizadora, o profissional deve perceber-se como sujeito, cuidando de outro sujeito numa relação simétrica, não o vendo como mercadoria produtora de lucros, numa situação de dominação e exploração. Relação idêntica deve ser mantida com a equipe multiprofissional, procurando, sempre que possível, aliar-se aos profissionais em busca de uma visão problematizadora da prática, a fim de que, com o fortalecimento do grupo, e a partir de pequenas mudanças, possa ser consolidada uma nova prática profissional. Torna-se necessário, pois, que o profissional esteja atento, afim de não incorrer no erro de um discurso abstrato, genérico, ambíguo e idealizante, ou *"na dicotomia entre discurso progressista e prática tradicional"* (Andery, 1985, p. 86).

2.5 A bioética e seus princípios

Os movimentos reivindicatórios dos direitos das pessoas intensificam-se nos Estados Unidos, a partir de 1960, destacando-se, principalmente, a vulnerabilidade de certos grupos sociais em razão do crescente avanço tecnológico. Surge, então, a disciplina de bioética (bios = vida; ética = ethos),

fruto de discussão e questionamento acerca dos complexos problemas éticos e dos dilemas morais desencadeados pelo progresso das ciências biomédicas e desenvolvimento tecnológico acontecido nas últimas décadas (Luna e Salles, 1995).

Através dessa reflexão filosófica, a Bioética prioriza questões teóricas surgidas na prática cotidiana, desenvolvendo critérios para enfocá-las. A bioética "*é o estudo sistemático da conduta humana no âmbito das ciências da vida e da saúde, na medida em que essa conduta é examinada à luz de valores e princípios morais*" (Encyclopedia of Bioethics apud Pessini e Barchifontaine, 1991, p. 30). A bioética é definida por Clotet (1995, p. 115) como "*a abordagem dos problemas éticos ocasionados pelo avanço extraordinário das ciências biológicas, bioquímicas e médicas*". Aborda a relação entre profissional e cliente, e seu objetivo é humanizar a assistência, oportunizar ao cliente conhecer seus direitos de ser informado sobre seu tratamento e atendimento, decidir sobre o que é melhor para si.

A bioética surge, então, como uma ciência fruto de reflexões acerca dos problemas morais que emergiram no campo da vida, da saúde, apresentando, como característica fundamental, a defesa dos direitos do cliente, reconhecendo-o como sujeito. Em seu livro *Principles of Biomedical Ethics*, Beauchamp e Childress apud Luna e Salles (1995), desenvolvem os quatro princípios clássicos da bioética, a autonomia, a beneficência, a não maleficência e a justiça. Apresentam a diferenciação entre princípios e regras. Os princípios, segundo os autores, "*baseiam-se em um nível de justificações mais gerais e fundamentam as regras*", enquanto que as regras guiam e

justificam as ações nos casos particulares. Como exemplo de regra, temos que o enfermeiro deve respeitar a decisão do cliente em aceitar ou não a se submeter a determinado tratamento. Neste caso, a regra é justificada pelo princípio da autonomia (Luna e Salles 1995, p. 25).

O princípio da *justiça* "é o que obriga a garantir a distribuição justa, eqüitativa e universal dos benefícios dos serviços de saúde" (Pessini e Barchifontaine, 1991, p. 44); entendido como um conceito normativo que tem como objetivo beneficiar os membros da coletividade que não podem, em função de seus níveis de renda, cultura, entre outros, buscar, no mercado, a satisfação de suas necessidades na área da saúde. A justiça significa o respeito aos direitos do cliente, assegurando-lhe o que é de direito. Para concretização deste princípio, é necessário que todos os indivíduos, tenham as mesmas oportunidades em relação à sua saúde. Por outro lado, um elemento que poderia ser questionado e objeto de reflexão é a situação de desigualdade anterior dos clientes que procuram os serviços de saúde.

O princípio da *autonomia* baseia-se no reconhecimento da capacidade da pessoa de decidir autonomamente em relação às questões que dizem respeito à si própria, reconhecendo-se dona de suas próprias ações e decisões. A autonomia (autos, eu; nomos, lei) é a capacidade especificamente humana, de governar-se a si mesma, de agir de acordo com sua vontade, através de escolhas que estão ao seu alcance diante de objetivos estabelecidos pela própria pessoa. A autonomia preconiza que os sujeitos sejam donos das suas próprias ações, observando princípios e regras, e não apenas objetos, a mercê da vontade dos outros. Sendo assim, a decisão

autônoma não deve ser forçada; o indivíduo de posse das informações que julgar relevantes e necessárias, bem como das opções reais de escolha, poderá, desta forma, decidir o que é melhor para si. O cliente, ao recusar-se a se submeter a determinado procedimento, tendo recebido as informações necessárias, estará exercitando o seu direito à autonomia.

Segundo Lara e Fuente, conforme Schneider et al (1994, p. 171), “se o valor fundamental do profissional está baseado no bem estar, no princípio da *beneficência*, a ética é orientada para os resultados e a autonomia do paciente tem importância marginal”. Por outro lado, se o valor maior é a autonomia, a ética está orientada para a ação, em que o respeito ao cliente é básico. Significa, portanto, que ao cliente deve ser solicitada a autorização para realização de qualquer procedimento em si, qualquer ação, evitando-se a coerção e o paternalismo. Coelho (1993, p. 02), em estudo desenvolvido com enfermeiras, abordando seu conhecimento sobre as crenças, valores, opiniões e atitudes acerca das suas responsabilidades ético-legais, afirma que “o paciente está à margem dos processos decisórios, sendo fragmentado e, muitas vezes, submetido a atitudes paternalistas por parte dos profissionais da saúde e dos familiares”.

O princípio da *beneficência* pressupõe, aos profissionais da saúde, um comportamento ético de fazer o bem tanto ao cliente, quanto à sua família, visando a promoção do seu bem estar. Já, segundo o princípio da *não maleficência*, os profissionais da saúde devem ter presente que suas ações não devem causar danos aos clientes, nem expô-los a riscos desnecessários, sob qualquer pretexto.

A bioética influenciada, então, por movimentos reivindicatórios, focaliza na área da saúde, da ética médica e da enfermagem, dentre outras, questões que antes não eram tão evidentes, tais como os direitos dos clientes. Começa-se a dar mais importância e valorizar, também, a capacidade do ser humano de obter e processar informações a respeito de si, de sua saúde, de modo a poder tomar decisões autônomas. Essa atitude em relação aos clientes, de afirmação de sua autonomia, a sua consciência do seu direito de decidir o que é melhor para si, podem gerar conflitos éticos entre os clientes e os profissionais e entre os profissionais que os atendem. Neste sentido, aprofundam-se os questionamentos e reflexões sobre os problemas éticos que permeiam o cotidiano da enfermagem e as condutas éticas do enfermeiro frente aos clientes.

Dando continuidade, apresento a seguir, o que denominei a enfermagem e sua opção por uma ética problematizadora.

2.6 A enfermagem e sua opção por uma ética problematizadora

Na área da enfermagem especificamente, profissionais vêm focalizando a questão da ética e, na ética, os direitos do cliente abordando tais temas sob diferentes ângulos.

Germano (1993), em pesquisa para compreender a ética e o ensino da ética na formação dos enfermeiros no Brasil, constata, em sua análise, que o ensino da ética na enfermagem, devido às circunstâncias histórico-sociais da enfermagem brasileira, tem assumido uma postura conservadora, não-

reflexiva, dentro de uma visão a-histórica que *“tem sido viabilizado por uma ética que prega o conformismo e a obediência às ordens emanadas de cima. Uma tendência irrestrita à obediência as ordens, oriundas do poder estabelecido, grande valorização hierárquica, uma preocupação com a burocratização da assistência, sobretudo no pós-1964”* (Germano, 1993, p. 82).

Ao realizar entrevistas junto a docentes e profissionais de enfermagem de vários Estados do Brasil, com o objetivo de captar o seu entendimento a respeito da ética, bem como a sua importância na formação do profissional enfermeiro em suas relações com o contexto histórico social, constatou que *“embora tenha sido sempre marcante a preocupação com a ética quanto a formação do enfermeiro, a orientação tem se pautado, em uma direção por demais conservadora, fundamentada nos princípios de obediência e de forte sentimento de religiosidade”,* sem um compromisso com a realidade social (Germano, 1993, p.17).

Destaca que, mesmo com os avanços acontecidos, especialmente a partir da década de 80, *“ainda prepondera na enfermagem brasileira: uma ética alienada, à medida que exige sempre de quem a pratica o sacrifício individual, a obediência, a submissão irrestrita a uma autoridade, ao poder, a uma coerção externa”,* e que a busca da liberdade, da igualdade, do prazer, da autonomia, da felicidade não fazem parte desta ética (Germano 1993, p. 129). Uma ética servindo a determinados grupos sociais, utilitarista⁸, caracterizada pelo cumprimento obediente do dever, da hierarquia, da desigualdade social,

⁸ “O utilitarismo prevê que a finalidade da ação é que determina se ela é ou não correta; a moralidade das ações é julgada pelas suas consequências e as consequências de cada ação se avaliam em função da felicidade que causam a todas as pessoas afetadas” (Luna e Salles, 1995, p. 20).

da discriminação que impõe sofrimento, especialmente aos mais pobres, mesmo que pregue o contrário. Aparentemente, não há um suficiente questionamento por parte dos enfermeiros quanto a sua prática, à ordem estabelecida, ou seja, o perguntar-se para quem tem servido tais práticas: a quem interessa manter essa situação de prática não reflexiva, de alienação, de exercício de poder?

Germano (1993) aborda, também, em seu estudo, a questão da ética codificada na enfermagem, desde a elaboração do primeiro Código de Ética de Enfermagem em 1958, ao Código vigente na atualidade. Ao realizar uma análise do atual Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem, aprovado pela resolução 160/93, considera que houve um avanço significativo em relação aos direitos do cliente, bem como na relação enfermeiro/cliente, à medida que reconhece o profissional como aliado do cliente na busca de melhores condições de assistência, o que significou avanço, também, para o exercício do trabalho da equipe de enfermagem. Nas entrevistas com enfermeiros, buscando suas opiniões acerca do novo Código de Ética no ensino da enfermagem bem como na prática profissional, transcreve a entrevista da Enfermeira professora Valda Silva de Oliveira, a qual, quando indagada acerca da prática profissional do ponto de vista ético nos serviços de saúde, afirma que:

“não existe nos serviços de saúde relação democrática, digna que respeite em geral o ser humano, pois a organização é fundada na hierarquização; fragmentação; competição e trabalho individualizado; preconceito; discriminação racial, sexual, social. Há uma postura de onipotência, arrogância entre os profissionais, tal qual a prática de

obediência/cooperação para manter o status quo e impedir a crítica social, entre tantas outras distorções e desvios” (Oliveira apud Germano, 1993, p. 59).

A partir de Germano (1993), podemos perceber que a ética na enfermagem tem sido marcada por forte sentimento de religiosidade, em que a obediência a outrem tem sido marcante, assim como condutas de paternalismo. Uma ética que estimula a passividade, em que a reflexão e a criticidade ainda não são a regra. A passividade e o conformismo de certos profissionais enfermeiros, frente às condições inadequadas de trabalho, a não reflexão crítica de sua prática, bem como o seu desconhecimento do código de ética profissional, contribuem para a manutenção da situação de opressão, de obediência e submissão a uma autoridade, seja ela, o médico, a chefia de enfermagem, a própria direção da instituição.

Gelain (1998), ao abordar aspectos fundamentais e problemas específicos da Deontologia, relacionados à prática da enfermagem, descreveu a existência de vários modelos éticos, tais como o Tradicional, o Legitimador, o Renovado, o Idealizante, o Social, o Problematizador e o Estético. Destacou, também, que, ao longo dos tempos, vários desses modelos têm influenciado as práticas da enfermagem, especialmente os que se preocupam com o indivíduo e a coletividade, sendo seu entendimento que *“a forte tendência que se apresenta parece ser o modelo Solidário Problematizador com busca da cidadania”*. A questão da ética *“hoje, centra-se na pessoa com valorização da conscientização para a conquista dos direitos e valores da cidadania, como responsabilidade ética”* (Gelain, 1998, p.24).

Selli (1997, p. 191), buscando ampliar a visão dos profissionais de enfermagem através da compreensão da importância da reflexão bioética, bem como suas implicações nas atividades dos profissionais, analisa e interpreta como a equipe de enfermagem vem agindo frente a situações de impasses bioéticos. Destaca que *“a equipe de estudo identificou os princípios bioéticos da beneficência, autonomia e justiça, presentes no cotidiano profissional”*, verificando, também, que existe um forte compromisso em desempenhar corretamente o seu fazer baseado nos princípios de beneficência e não maleficência, configurado no *“fazer o bem e evitar prejuízos para o paciente”*. Afirma, entretanto, que *“nós, profissionais da saúde, muitas vezes nos apropriamos dos pacientes, mantendo-os passivos e sem opção de escolha nos procedimentos técnicos”* que realizamos neles. Constatou, ainda, que, embora seja predominante o princípio do paternalismo nas práticas de enfermagem, a equipe reconhece a

“importância de uma maior participação do paciente nas suas decisões e ações que o envolvem. O corre-corre da enfermagem compromete este aspecto. Pois, para que o mesmo tenha condições de opinar, de ter sua autonomia respeitada, deve haver um trabalho de orientação, esclarecimento e acompanhamento progressivo, assumido como uma responsabilidade ampla, inclusive da instituição hospitalar” (Selli, 1997, p. 191).

Segundo a autora, a equipe considera importante uma maior participação do cliente nas questões relacionadas a si, nas decisões que lhe dizem respeito, mas para a autonomia do cliente ser respeitada, deve haver um processo em que profissionais, clientes, familiares e instituição, através do

“esclarecimento progressivo”, assumam a responsabilidade de mudança da realidade prática.

Coelho (1993, p. 01), ao investigar o conhecimento acerca das responsabilidades ético-legais, as crenças, os valores, as opiniões e atitudes, bem como a identificação do padrão de pensamento predominante no grupo de enfermeiras acerca dessas responsabilidades, afirma que *“as enfermeiras reconhecem o direito dos clientes de decidirem sobre questões referentes à sua saúde, mas deixam transparecer que o poder de decidir continua centrado no profissional da saúde”*. Para Coelho (1993, p. 64), os direitos das pessoas *“são convicções a respeito dos direitos individuais (alunos/cliente/equipe) aos quais a enfermeira deve ater-se ao prestar sua assistência, estando estes direitos apoiados em princípios éticos, legais, cultura e normas sociais”*.

Em relação ao desrespeito aos direitos do cliente, Coelho (1993, p. 64) constatou que *“as respondentes percebem violações à autonomia e à privacidade dos clientes, por parte dos profissionais da saúde, mas se omitem em buscar alternativas de resolução”*, o grupo desconhece que, ao violar os direitos dos clientes, como por exemplo, ao assumir responsabilidades de outros profissionais, deixando de realizar funções que lhe são privativas, está cometendo infração ao código que normatiza o exercício profissional do enfermeiro. Percebeu, também, deficiências quanto ao preparo dos futuros profissionais de enfermagem, no que se refere a aspectos como a tomada de decisões éticas.

O seu estudo permitiu identificar, ainda, a partir do conhecimento das crenças, dos valores, das opiniões e das formas de pensar das enfermeiras,

"áreas problemas no ensino, prática e administração da assistência de enfermagem relacionadas à responsabilidade ético-legal", sem perspectivas de mudança, as quais "indicam a tendência dos padrões de pensamento não comprometidos com a responsabilidade ético-legal no seu sentido mais amplo" (Coelho 1993, p. 147). Em relação às condutas éticas, as enfermeiras parecem não perceber a necessidade de serem trabalhadas e exercitadas as normas de conduta profissional que são estabelecidas pelo Código Profissional. Constatou, também, que independente da função desempenhada, as enfermeiras pouco sabem acerca dos seus direitos e deveres e esse desconhecimento dificulta, consideravelmente, a defesa de suas posições, bem como a sua devida participação enquanto agentes de mudança social, pois a maioria das enfermeiras que "ocupa cargos de liderança administrativa da equipe de enfermagem, desconhecia formalmente o código, ou seja, as normas básicas de conduta ética e legal junto às instituições de saúde, clientela, e categoria profissional" (Coelho, 1993, p.49).

Nesse sentido, ressalta a necessidade de atitudes profissionais comprometidas com mudanças da realidade, devendo-se

"dar ênfase na educação ética e na clarificação de valores das enfermeiras enquanto acadêmicas, para que averiguem as convergências ou divergências entre os valores pessoais e profissionais, para que avaliem necessidades de mudança e verifiquem quais as mais apropriadas para o papel profissional" (Coelho 1993, p. 147).

Destaca a importância da reflexão de cada enfermeiro acerca dos problemas éticos em sua prática, pois, através desta reflexão, poderá haver o

compromisso com a transformação. Esse comprometimento com as mudanças deve ser buscado através de discussões desde o ensino da ética ministrada e exigida na formação do enfermeiro, a ética profissional cotidiana, até às expectativas da sociedade em relação ao compromisso ético do enfermeiro e suas responsabilidades. Recomenda que se busque ampliar as discussões acerca do compromisso ético dos profissionais da saúde, através da realização de encontros para ampliar a discussão sobre os direitos dos clientes, direitos e deveres dos profissionais da saúde, bem como o código de ética profissional.

Lunardi (1997, p. 207), ao buscar respostas a como se dá a governabilidade na enfermagem, ou seja "*como nos temos governado, como os outros nos têm governado e como temos governado a outros*", focalizando os limites entre o cuidado de si, como uma tecnologia do eu própria do pensamento grego e o poder pastoral, pretendeu entender como têm se construído os sujeitos no exercício da profissão através de um agir ético. Considera importante o cuidado de si, pois o entende "*como uma estratégia para tematizar a ética e a liberdade e, desta forma, enfocar a abordagem de como podem os sujeitos se governarem e ou alcançarem o governo de si*".

Ao analisar a produção da Revista Brasileira de Enfermagem no período de 1980 a 1995, Lunardi (1997, p.208) constata evidências da obediência presente na enfermagem, manifestada, por exemplo, pela adesão inquestionável às políticas de saúde vigentes no país até a década de 80. Ressalta, no entanto, que existe a preocupação tanto com o cuidado de si, por parte dos profissionais de enfermagem, como a busca de possibilidade de concretização do exercício da autonomia e da liberdade do cliente. O

reconhecimento dos direitos do cliente, a preocupação e a busca do seu autocuidado, podem ser entendidos como *“movimentos e ações que são realizados no sentido de que os clientes, na sua condição de sujeito e não de coisa, apropriem-se do cuidado de si”*. A ampliação desse espaço de autonomia do cliente, passa, pois, pelo seu reconhecimento como sujeito, como fim do trabalho da enfermagem; pelo respeito aos seus direitos, já que *“aquele cliente, como pessoa, não pode ser visto apenas como um meio ou como um objeto da ação do outro”* (Lunardi, 1997, p. 209).

Ao refletir criticamente acerca da prática profissional, na tentativa de problematizá-la, propondo um estranhamento sobre esta prática, muitas vezes, considerada como normal, sem questionamentos e eticamente aceitável, Lunardi (1997, p. 185) afirma que:

“refletindo sobre o que se lê, sobre o que se vê, sobre o que se faz e se vivencia no cotidiano profissional, parece-me que, na prática do dia-a-dia, a prioridade da equipe de saúde, fundamentalmente, tem sido o que se entende pela manutenção e recuperação da saúde dos clientes. Esta busca da saúde tem se caracterizado através da implementação de um programa ou de um tratamento reconhecido como a resposta e a solução para os clientes e, muitas vezes, independente do que eles, como pessoas, pensem, sintam, acreditem, prefiram, desejem e queiram”.

O reconhecimento do cliente, como sujeito autônomo e não mais como um objeto passivo a mercê do cuidado dos outros, deve ser buscado nas práticas da enfermagem, pois assim estaremos favorecendo a sua *“independência e a sua libertação, estimulando a participação real e efetiva dos sujeitos na expressão das suas necessidades em relação à saúde, nas*

tomadas de decisão sobre o cuidado e tratamento em si e nas lutas e reivindicações a favor dos seus direitos como cidadãos" (Lunardi, 1997, p.295).

Destaca, ainda, a continuidade das estratégias de "*poder pastoral*", em que a prática da enfermagem vem se caracterizando pela busca da obediência, da abnegação, dentre outras, responsabilizando-se pela saúde das pessoas e sendo, freqüentemente, ainda, entendida como "um ato de doação", em que a enfermeira procura fazer o que entende como o melhor para o outro, muitas vezes, esquecendo-se de si própria.

Veloso (1998) pretendeu avaliar o conhecimento da equipe de enfermagem sobre o direito do cliente hospitalizado de ter acesso às informações, constatando que "*os enfermeiros têm conhecimento desse direito, o que não ocorre com os auxiliares e atendentes*" (Veloso, 1998, p. 169). Verificou, ainda, a existência de fatores que interferem no exercício desse direito por parte do cliente nas instituições hospitalares, tais como o "*desconhecimento da equipe de enfermagem sobre documentos onde encontram-se esses direitos; medo da equipe de saúde em relação ao controle que pode ser realizado pelo paciente; impedimento de acesso ao prontuário do paciente*" especialmente a aqueles com diagnóstico de doenças estigmatizantes, como, por exemplo, portadores de câncer, AIDS, dentre outras (Veloso, 1998, p. 169).

Em estudo que avaliou o conhecimento dos clientes acerca dos seus direitos e deveres em uma instituição hospitalar, através da reflexão à luz do que preconizam as leis vigentes no país, buscando conhecer as estratégias utilizadas para receber informações desses direitos, Siqueira et al (1999, p.

204) afirmam que "os *pacientes desconhecem seus direitos, porém tem conhecimentos dos seus deveres*". Após o estudo, as autoras fizeram sugestões aos

"dirigentes e profissionais das instituições de saúde quanto a importância da disseminação dos conhecimentos referentes aos direitos do paciente, cumprindo assim o que preconizam as leis que regulam os direitos do cidadão e, por fim, estimulando-se os pacientes a compartilhar na construção da cidadania a partir de reivindicações de direitos que historicamente tem facilitado a aquisição de outros direitos" (Siqueira et al, 1999, p. 274).

Fortes (1998, p.18), na obra em que analisa aspectos éticos, deontológicos e legais, abordando questões como os direitos do cliente, sua autonomia, o direito à informação, à privacidade, liberdade de locomoção e a desumanização dos serviços de saúde, afirma que "*a ética contemporânea não se coloca contrária ao desenvolvimento técnico-científico, mas considera que os limites a serem estabelecidos devem ser dados pela garantia do respeito à dignidade humana, transformada em valor social para a coesão social*". Considera necessário reformular a prática cotidiana dos serviços de saúde, assim como a cultura prevalente entre os profissionais, no sentido de adotar os princípios éticos como variáveis de qualidade institucional e ação profissional, na prática cotidiana, com o objetivo de humanizar suas ações. Esta qualidade deve ser orientada para a preservação dos princípios éticos e dos direitos dos clientes, e não apenas para a organização técnica e econômica dos serviços de saúde.

Pode-se destacar que, assim como vêm se dando avanços significativos na ciência, na área biológica, a sociedade vem se mobilizando, de modo

crescente, no sentido de mostrar-se mais atenta aos problemas e conflitos éticos decorrentes de tais avanços. Por outro lado, a par deste processo evidenciado, constatam-se, no cotidiano da área da saúde, ainda, múltiplas situações de desrespeito à condição humana dos clientes.

É preciso destacar, no entanto, que, cada vez mais, os enfermeiros preocupados e inconformados com este processo de “coisificação” das pessoas, tanto dos clientes como, possivelmente de si próprios, por se sentirem impotentes para alcançar maiores rupturas neste vivido, têm optado por direcionar seu olhar crítico, investigador e de estudo para o cotidiano de sua prática. Tais exercícios têm se feito numa tentativa de, externamente a este processo, problematizá-lo, analisá-lo teórica e filosoficamente, apontando e sugerindo possibilidades de fissuras, como estratégias de fortalecimento de uma categoria profissional comprometida consigo e com os direitos daqueles que buscam os seus cuidados.

Apresento, então, a seguir, o que denominei de “O caminho da educação problematizadora com um grupo de Reflexão/ação, em busca de uma ética problematizadora”. Neste capítulo, explico a minha opção pela pedagogia problematizadora de Freire e o caminho metodológico adotado.

CAPÍTULO III

“UM GRUPO DE REFLEXÃO- AÇÃO EM BUSCA DE UMA ÉTICA PROBLEMATIZADORA”

“Como presença consciente no mundo, não posso escapar à responsabilidade ética no meu mover-me no mundo”.

Freire, 1996, p. 21.

3 – UM GRUPO DE REFLEXÃO-AÇÃO, EM BUSCA DE UMA ÉTICA PROBLEMATIZADORA

3.1 A OPÇÃO POR FREIRE.

Para a construção desta prática educativa, parti da proposta pedagógica libertadora e problematizadora de Freire, baseando-me em seus pressupostos metodológicos e em conceitos que compuseram o marco conceitual utilizado, servindo como eixo norteador no desenvolvimento deste trabalho. A pedagogia de Freire, segundo Saupe et al (1997), transcende os limites da educação enquanto disciplina social, podendo ser entendida como uma forma de ler o mundo, na tentativa de sua transformação, através da ação consciente. Em sua proposta, teoria e prática caminham sempre juntas e unidas num ato dialético e político do saber, sendo ensinadas e aprendidas, formando uma práxis dialética com vistas à conscientização, gerando a transformação. Pretendi construir uma proposta dialógica em que os sujeitos desta prática, percebendo-se como tal e reconhecendo sua situação como seres sociais e políticos, no contexto de sua própria atividade profissional, pudessem criticá-la, com vistas a nela implementar mudanças.

Segundo Freire (1980), a educação tem como elemento fundamental, como seu sujeito, o homem como um ser que busca, pelo processo educativo, a superação de suas imperfeições, de seu saber relativo. O homem é um ser singular, histórico e inacabado, comprometido com o mundo, capaz de distanciar-se dele para admirá-lo, estando em processo de contínuo crescimento e transformação, conhecendo e reconhecendo-se, criando e recriando, agindo e reagindo, transformando a si e a seu mundo, na busca contínua do “ser mais”. Esta busca do ser mais (Freire, 1987, p. 75) “*não pode realizar-se no isolamento, no individualismo, mas na comunhão, na solidariedade dos existentes*”. Para Freire (1987, p. 90), ainda, os homens são consciência de si e do mundo, vivendo uma relação dialética entre os condicionamentos e sua liberdade, sendo capazes de se distanciarem, perceberem sua situação enquanto sujeitos dominados, podendo, assim, transcender às “situações-limites⁹”.

Nessa concepção, a educação é vista como um processo permanente, no qual estamos continuamente nos educando. O compromisso do homem com a sociedade ocorre à medida que ele se envolve com a realidade, quando é capaz de agir e refletir sobre esta realidade, pensando e repensando o seu agir. À medida em que os homens, simultaneamente, vão refletindo sobre si e sobre o mundo, vão aumentando o campo de sua percepção, vendo a realidade de uma forma que antes não percebiam e, refletindo sobre ela, problematizando-a, podem percebê-la como um desafio a ser enfrentado. A

⁹ “As situações limites não são o contorno infranqueável onde terminam as possibilidades, mas a margem real onde começam todas as possibilidades; não são a fronteira entre o ser e o nada, mas a fronteira entre o ser e o mais ser” (Pinto, 1960, p. 284).

educação problematizadora, então, caracteriza-se por um esforço permanente, através do qual os sujeitos vão se percebendo criticamente em sua prática cotidiana, no seu desvelamento, podendo, assim, ocorrer a mudança da realidade.

Esta Educação Problematizadora é fundada sobre a possibilidade de criação do homem, de engajamento e articulação com o vivido; uma reflexão autêntica e uma ação sobre sua prática, sua realidade, respondendo à sua vocação de ser autêntico (Freire 1980). À medida que se compromete na transformação da realidade que o inquieta, à medida que o homem, conhecendo-a, consegue refletir sobre ela, levanta possibilidades e procura soluções. É a educação que leva à formação da consciência crítica do educando; reconhece que a realidade é dinâmica, sofrendo mutações a todo o momento; a cada reflexão crítica, podemos percebê-la de maneira diferente. Para tanto, é preciso, à medida que a realidade nos inquieta, que reflitamos sobre ela, tomemos consciência do que "é" e do que não é e, a cada momento, possamos ver uma mesma situação sob um novo olhar e sob uma nova possibilidade.

Nessa concepção humanista e libertadora, o importante é que educador e educando percebam-se tanto como possíveis sujeitos submetidos à dominação, quanto possíveis opressores de outros sujeitos, também lutando pela sua emancipação. Fazendo uma analogia ao trabalho do enfermeiro, posso claramente perceber este profissional tanto como um ser oprimido, quanto como um ser opressor. Oprimido pela instituição, quando esta lhe cobra o cumprimento de uma carga horária acima da contratual, quando lhe paga

baixos salários, assegura um número insuficiente de funcionários em sua equipe, não lhe oferece condições para um exercício digno e seguro de suas atividades, como ao exigir que o enfermeiro tenha, sob sua responsabilidade, duas ou mais unidades, não atendendo muitas das suas reivindicações e, por vezes, sequer permitindo-lhe críticas, mesmo que construtivas. Possivelmente oprimido, ainda, pelos próprios clientes, ao lhes solicitarem o cumprimento de seus direitos. Opressor, em relação aos integrantes da sua equipe, não permitindo, também, que divirjam da sua forma de pensar e agir, que cresçam, questionem, tentem mudar o que discordam; opressor, ainda, em relação ao cliente, ao lhe sonegar informações, não o orientar e, por vezes, não o assistir, desrespeitando sua condição de cidadão, possivelmente, por assumir funções gerenciais que, necessariamente, podem não lhe competir.

A proposta educativa de Freire não pretende nenhuma postura de neutralidade, mas, sim, que cada sujeito, tomando consciência de si, de sua realidade, apresente sua "*forma própria de ver o mundo*". Uma educação que estimule a colaboração, a participação e a responsabilidade social e política do educando (Freire, 1980, p. 76). Freire opõe-se à "*consciência bancária*" da educação, pois nela, ingenuamente, o professor percebe-se detentor do saber e é considerado como um ser superior, ensinando seres ignorantes, passivos e, neles, deposita o seu saber, sem levar em conta os seus saberes relativos. Ao visualizar os educandos como seres para a adaptação e o ajustamento, lhes impõe passividade, não estimulando a sua criticidade, o que, de certa forma, satisfaz aos interesses dos opressores.

Refletindo acerca da formação profissional do enfermeiro, constato que o modelo de "*educação bancária*" ainda vem sendo utilizado por alguns de seus professores, podendo, até mesmo, ser o modelo predominante na educação e não apenas na educação da enfermagem; uma proposta que não oportuniza aos educandos refletirem sobre o que estão fazendo e como é a sua realidade prática, porque agem de determinado modo, quem vem sendo beneficiado e/ou prejudicado com este modo de ser e de fazer. Quanto mais conhecermos, investigarmos, problematizarmos o nosso vivido, revermos nossas posições, certamente, chegaremos a novas descobertas, novas conclusões, novas formas de ser e de fazer, ampliando, assim, não só nossa percepção do mundo, mas, também, nossa participação na sua transformação.

Acredito que os enfermeiros, como trabalhadores sociais, podem desempenhar um importante papel no processo de mudanças em sua prática social, desmistificando-a, alcançando uma percepção crítica da mesma, podendo atuar, visando a transformação de atitudes em relação à educação e à assistência aos clientes, respeitando-os e esclarecendo-os sobre os seus direitos, incentivando-os a lutarem por esses direitos, sendo assim, também, agentes de mudanças. Devemos, pois, estar atentos a essas ações educativas e assistenciais, pois elas permeiam o cotidiano de nosso trabalho de enfermagem; é importante questionar-nos sobre como vimos desenvolvendo tais práticas, as quais, frequentemente, podem se dar de modo rotineiro e mecânico, não sendo objeto de nossa problematização e reflexão.

Esta prática educativa, que implantei, ultrapassou os limites da educação vista como uma disciplina social, pois à medida que o enfermeiro

pensa e repensa sua prática, pode mudá-la, ocorrendo assim a "práxis¹⁰", adquirindo, uma nova forma de ler o mundo, com a transformação de sua realidade pela ação consciente. Acredito que problematizarmos a questão dos direitos dos clientes, permitiu-nos refletir acerca de como vem sendo nossa atuação profissional, ou seja, temos respeitado a autonomia dos clientes, temos permitido e incentivado o exercício da sua cidadania, ou vimos agindo de forma mecânica, não reflexiva e paternalista?

3.2 Contextualização do local da prática assistencial

Esta prática educativa desenvolveu-se num hospital geral de um município do Estado do Rio Grande do Sul que optei por não identificar, diante do compromisso em resguardar o sigilo sobre a instituição e os sujeitos participantes. A cidade possui uma população de aproximadamente 200.000 habitantes com uma densidade demográfica de 62,86 hab/km². Em relação à renda percapita, 57,6% das famílias ganham até um salário mínimo. O maior índice de analfabetismo é verificado nessas famílias, com um percentual de 55,3%. Possui três hospitais, sendo um público e dois privados conveniados ao SUS (Fonte – IBGE, 1996).

A instituição hospitalar em que foi implementada a prática educativa tem um total de trezentos leitos, nela atuam trinta e dois enfermeiros, sendo que vinte e oito atuam nos turnos da manhã e tarde (período diurno).

¹⁰ Práxis "é a união que se estabelece entre o que se faz e o que se pensa acerca do que se faz". Uma reflexão sobre a nossa prática diária sobre o que fazemos e por que fazemos, com objetivo de melhorá-la (Freire apud Gadotti, 1996, p. 726).

3.3 O grupo de reflexão/ação

O "*Círculo de Cultura*", proposto por Freire, aqui denominado Grupo de Reflexão/ação, teve como característica a inexistência de um professor, mas, sim, um animador de debates participando das atividades comuns; um espaço em que todos ensinaram e aprenderam maneiras próprias de agir e de pensar, a partir de um objetivo comum, a problematização dos direitos do cliente, tendo em vista o processo de conscientização dos participantes do grupo. Para Gadotti (1996, p. 713), "*círculo de cultura é um lugar onde um grupo de pessoas se reúne para discutir sobre sua prática, seu trabalho, a realidade local e nacional, sua vida familiar*", um espaço de diálogo, onde os indivíduos aprendem e ensinam a analisar e atuar em sua prática.

Pretendi percorrer um caminho em que o desvelamento da realidade fosse efetivo, desmistificando algumas verdades, mostrando e clareando algumas incertezas, em busca das transformações, de um novo olhar e fazer do grupo em relação à sua prática.

Inicialmente, pretendia problematizar a questão dos direitos do cliente num grupo constituído por enfermeiros e auxiliares de enfermagem da instituição, por perceber a importância da equipe de enfermagem participar desse trabalho de reflexão acerca de sua prática diária. No entanto, após ter constatado, junto à coordenação de enfermagem e aos enfermeiros, o reduzido número de trabalhadores de enfermagem nas unidades e o possível comprometimento do cuidado aos clientes pela saída de funcionários do seu setor, assim como a sua frequência de duplo emprego, o que dificultaria

realizar os encontros em um horário que não coincidissem com o do trabalho na instituição, decidi constituir o grupo apenas com enfermeiros.

A princípio, convidei informalmente todos os enfermeiros que se encontravam trabalhando na instituição, nos turnos manhã e tarde, no período de 01 a 03 de junho de 1998, explicando os objetivos que pretendia alcançar com este trabalho e a metodologia a ser usada.

Após confirmada a participação dos enfermeiros, ainda de maneira informal, solicitei à coordenadora de enfermagem, o consentimento para desenvolver a proposta (anexo A). Esta autorizou a realização do trabalho e colocou, à nossa disposição, o auditório do hospital, para a realização dos encontros, conforme agendamento prévio.

Dos enfermeiros convidados que atuavam na instituição, oito aceitaram o convite, mas um entrou em férias e não pôde fazer parte do trabalho por motivo de viagem. A composição inicial do grupo ficou, então, em sete enfermeiros; no decorrer da prática, entretanto, mais um enfermeiro decidiu participar; o grupo aceitou, ficando, então, com oito membros.

Solicitei, por escrito, aos enfermeiros (anexo B), o Consentimento Livre e Esclarecido para participarem do grupo, conforme determina a resolução 196/96 do Ministério da Saúde, que disciplina a realização de estudos e pesquisas envolvendo os seres humanos, após explanação completa e pormenorizada sobre a natureza e objetivos da pesquisa, da garantia do sigilo e anonimato de dados que pudessem identificá-los, bem como das informações prestadas.

Como vários membros do grupo possuem mais de um vínculo empregatício, preferiram que os encontros fossem realizados no turno da manhã, o que, também, dificultou a participação, no grupo, de enfermeiros de outros turnos de trabalho. Reuníamos-nos uma vez por semana, preferentemente às sextas-feiras, devido à proximidade do fim de semana, quando diminui o movimento nas unidades, pelas altas dos clientes, reduzindo, assim, as atividades da equipe de enfermagem. Os trabalhos iniciavam, geralmente, em torno das dez horas, com duração prevista de uma hora, porém, estendiam-se, às vezes, até duas, conforme a necessidade, interesse e disponibilidade do grupo em participar das discussões.

Os enfermeiros participantes do grupo são egressos de uma mesma Universidade Pública, com um tempo de formação que variava de sete meses a doze anos, sendo que a sua idade se situava entre 22 a 39 anos; o tempo de atuação na instituição variava de sete meses a dez anos; no momento de início desta prática; quatro trabalhavam em outro local e apenas um componente do grupo possui pós-graduação, a nível de especialização.

Os oito encontros iniciais do Grupo de reflexão/ação aconteceram nos meses de junho e julho de 1998. Por sugestão da Banca de Qualificação da Dissertação de Mestrado, no mês de maio de 1999, realizamos mais dois encontros com os enfermeiros para verificar se algumas mudanças individuais e/ou coletivas quanto aos direitos dos clientes, foram desencadeadas, alcançadas e/ou frustradas, a partir do trabalho anteriormente realizado.

Os dados emergidos nas discussões coletivas do primeiro ao oitavo encontro foram registrados por uma colega mestranda e, assim, fiquei mais

liberado para acompanhar e participar como animador das discussões do grupo. Às vezes, fazia algumas anotações constituindo-se, fundamentalmente, no registro de termos mais significativos, manifestações, reflexões, reações e expressões, percebidas nos participantes. Ao término de cada encontro, eu e esta mestranda nos reuníamos para análise inicial, complementação e discussão dos dados, os quais eram agrupados e apresentados ao grupo no encontro seguinte para validação. A devolução dos dados ao grupo favorecia o processo de problematização, pois permitia a continuidade das discussões, com vistas à conscientização dos enfermeiros. Os diálogos ocorridos nos dois últimos encontros, realizados em 1999, foram gravados, com a autorização dos participantes.

No primeiro encontro, fiz a apresentação desta colega, questionando os enfermeiros sobre sua aceitação para que ela participasse do grupo e efetuasse os registros dos dados. Como houve a aprovação unânime, cada um dos membros apresentou-se individualmente. Com o objetivo de preservar o anonimato dos participantes, neste dia, propus ao grupo, a sua identificação pelas letras do alfabeto de A a H, o que também foi aceito. Em seguida, apresentei, novamente, os objetivos do trabalho explicitando a sua proposta, as etapas que comporiam esta prática educativa, de maneira que os sujeitos compreendessem e participassem como co-construtores do nosso conhecimento, numa relação de troca, apresentando suas vivências e reflexões, suas "*formas de ler o mundo*", tendo como foco a questão dos direitos dos clientes.

Considero que o conhecimento prévio dos membros do grupo, entre si, pois já atuavam na mesma instituição, foi um fator facilitador para a realização dos encontros, tendo, também, influenciado a sua aceitação para participar desta prática educativa.

Acredito que os aspectos éticos e morais permeiam o cotidiano do trabalho dos enfermeiros, e que as ações destes sujeitos, em sua atividade profissional, são orientadas por construções de subjetividade, por representações coletivas e por regras externas que traduzem a maneira como o grupo pensa e age, nas suas relações com os clientes no seu dia a dia. De acordo com minhas concepções éticas e morais, no desenvolvimento desta prática, os sujeitos foram respeitados em sua individualidade, seus posicionamentos, quanto aos seus valores morais, éticos, culturais e religiosos, sem um pré-julgamento, mesmo se diferentes da minha forma de pensar.

3.4 O método adotado a partir de freire

A proposta metodológica de Freire, conforme Saupe et al (1997), além de constituir-se em um roteiro de pesquisa, pode ser entendida como um caminho na busca do desvelamento crítico da realidade, recebendo diferentes denominações em suas etapas. O itinerário de Freire, segundo Saupe et al (1997, p. 73), "*propõe uma seqüência de passos, que vão se interrelacionando, num movimento de construção, que avança e retroage, conforme sinaliza a situação existencial vivida no Círculo de Cultura*". Segundo Freire (1987), o método compõe-se do **levantamento dos temas geradores**, da **codificação** e da **descodificação** e do **desvelamento crítico da realidade**.

3.4.1 levantamento dos temas geradores

Esta fase do método de Freire caracteriza-se pelo início do diálogo entre os membros do grupo, visando identificar a *“temática significativa”*. Nesta etapa, o pesquisador, ao investigar tais temas, deve propor, aos indivíduos, dimensões significativas da sua realidade, através da problematização crítica, para que estes possam reconhecer a articulação existente entre cada tema e a realidade problematizada como um todo. Esta investigação, segundo Freire (1987, p. 97), *“se realiza por meio de uma metodologia conscientizadora”* que, além de oportunizar sua apreensão, insere os sujeitos ou começa a inseri-los numa forma crítica de pensar o nosso mundo. Investigar os temas geradores, segundo Freire (1993, p. 98), é *“investigar o pensar dos homens referido à realidade, é investigar seu atuar sobre a realidade, que é sua práxis”*. Investigando seu pensamento, sua linguagem, sua percepção, sua atuação sobre esta realidade, podemos reconhecer assim a sua visão de mundo. À medida que são extraídos do universo cotidiano dos sujeitos, os temas geradores possibilitam a geração de outros temas, permitindo, assim, a realização de uma leitura tanto política quanto lingüística da realidade, com vistas a seu desvelamento crítico.

Antes de iniciarmos o primeiro encontro, apesar de conhecer os componentes do grupo, estava bastante ansioso, pois implementar esta proposta significava algo novo para mim. Reconhecia a importância deste momento para a reflexão coletiva do grupo acerca de nossa prática assistencial. Procurei organizar, previamente, o ambiente; afixei um cartaz no quadro branco, apresentando os objetivos da prática educativa. A perspectiva

de problematização dos direitos do cliente no cotidiano da prática dos enfermeiros agradou ao grupo, pois viu uma oportunidade de exteriorizar questões que, aparentemente, os angustiava.

Ao iniciar a implementação da proposta de problematização e da construção de uma reflexão crítica dialógica acerca da prática cotidiana com os enfermeiros, articulada aos direitos do cliente, percebi que o grupo manifestava uma necessidade premente de aproveitar o espaço proporcionado e construído coletivamente, para exteriorizar e expressar os sentimentos de opressão e de desrespeito que pareciam vivenciar, como trabalhadores, em seu ambiente de trabalho.

Respeitando, inicialmente, a vontade e a necessidade do grupo, praticamente nos três primeiros encontros, foram focalizadas suas queixas individuais e coletivas, bem como abordados as questões vivenciadas em sua prática, que, certamente, vêm interferindo na qualidade da assistência prestada, podendo representar situações de desrespeito aos seus próprios direitos, enquanto sujeitos, bem como desrespeito aos direitos dos clientes. O chamamento para que discutíssemos e problematizássemos os direitos do cliente hospitalizado parecia ser contraditório, inicialmente, frente aos seus próprios direitos como profissionais e pessoas, já que sua própria autonomia parecia não ser reconhecida: é possível reconhecer no outro a sua condição de pessoa, se não exijo e, por vezes, até nego a minha humanidade?

O primeiro encontro, então, contou com a participação de todos os membros; após esclarecer aos participantes de como seria a dinâmica dos

Círculos e a metodologia utilizada, iniciaram-se, as discussões e diálogos, tendo como tema Central **“Os direitos dos Clientes”**.

Com o objetivo de desencadear as discussões, lancei uma pergunta ao grupo: como é que vocês percebem e vêm enfrentando a questão dos direitos do cliente em sua realidade? A partir deste questionamento, cada enfermeiro expressou seu ponto de vista contribuindo com vivências e experiências da sua prática cotidiana. As questões trazidas iam se articulando e impulsionando os debates, em que cada membro expressava sua forma de enfrentar os problemas em sua prática. Começaram a surgir, então, os sub-temas, os quais eram agrupados e colocados no quadro branco para conhecimento do grupo.

Cabe ressaltar que, embora o tema proposto para problematização fosse os direitos dos clientes, ao focalizarmos questões relacionadas aos direitos dos trabalhadores e às condições inadequadas de trabalho, a preocupação e a atenção aos direitos dos clientes estava, permanentemente, presente, permeando, também, estas discussões como pano de fundo. À medida que os direitos dos trabalhadores estão sendo desrespeitados, devido às condições inadequadas de trabalho, os direitos dos clientes estão, também, sendo desrespeitados pela falta de condições adequadas para o enfermeiro prestar uma assistência segura e com qualidade.

A partir dos sub-temas emergidos como, as condições inadequadas de trabalho; insuficiência de recursos materiais e humanos, implicando em sobrecarga de trabalho, maior desgaste físico, cansaço, aumento do stress, atendimento mais demorado, retardo na recuperação do cliente e mais tempo de internação; opressão e falta de liberdade no seu ambiente de trabalho;

sentimento de culpa; baixos salários, duplo emprego; falta de reuniões, consolidou-se o tema 1 - **Desrespeito aos direitos dos trabalhadores e, conseqüentemente, aos direitos dos clientes.**

A partir do quarto encontro, apesar de ainda permearem discussões acerca das condições inadequadas de trabalho, do desrespeito aos direitos dos trabalhadores, as reflexões centraram-se mais especificamente no tema dos Direitos dos Clientes. Frente, então, às queixas referentes ao retardo no atendimento do cliente; à sonegação de informações sobre seu tratamento; ao desrespeito à autonomia do cliente; à não solicitação do Consentimento Livre e Esclarecido; e à despersonalização do cliente, concretizou-se o tema 2 - **Desrespeito aos Direitos dos clientes.**

Como já referido, deu-se o retorno à prática e à formação do grupo de reflexão-ação, no mês de maio de 1999, para verificar se ocorreram avanços ou não a partir da prática implementada em 1998. Dentre as mudanças constatadas, foi possível evidenciar a percepção, pelos enfermeiros, da relação de dominação em que estão imersos; uma maior tomada de consciência da sua situação de oprimidos; algumas manifestações de resistência; busca da qualificação profissional pela realização de cursos de pós-graduação; fortalecimento do grupo; reconhecimento do direito do cliente à autonomia. Como evidências de não modificação aponto a falta de perspectivas de mudança, constatada em alguns enfermeiros, assim como o medo, a acriticidade e a não reflexão, sub-temas constituíram o tema 3 - **Perspectivas de avanços a partir da prática educativa.**

Estes três temas serviram de guia e nortearam o desenvolvimento da presente proposta educativa, em que cada sujeito contribuiu, mostrando o seu ponto de vista em relação ao tema proposto e como vem enfrentando tais questões em seu cotidiano no ambiente hospitalar. A seguir, apresento a etapa de codificação e de descodificação.

3.4.2 Codificação e descodificação

A **codificação** é a representação de uma situação existencial com alguns dos seus elementos constitutivos em interação. Representa "*uma dimensão dada da realidade total, como a vivem os indivíduos e esta dimensão é proposta à sua análise num contexto diferente daquele no qual vivem*" (Freire, 1980, p. 32). Nesta fase, o grupo apresenta aspectos significativos do seu contexto vivido, relacionados ao tema problematizado, na busca da compreensão de seu significado. Mediante o entendimento do significado dos temas abordados, os indivíduos ultrapassam a condição de meros "*admiradores*" da situação existencial, deixando de percebê-la como "*um beco sem saída*"; emergem, assim, da situação em que se encontravam, vendo a realidade não mais com uma visão ingênua, mágica, mas com um novo olhar, no qual a reflexão e a crítica são permanentes.

Já **descodificação** é a análise crítica da situação codificada, através desse processo de análise, em que podem se desvelar os elementos existenciais que aí estão ocultos (Freire, 1993, p. 97). Através do diálogo, educador e educando refletem, analisam, percebem-se sujeitos existenciais concretos, reconhecem a sua situação vivida, podendo transformar esta realidade pela ação consciente. Na descodificação, ocorre a passagem do

concreto ao abstrato, das partes ao todo, e um retorno do todo às partes, num movimento de ir e vir e, à medida que cada um expõe sua visão reflexiva da realidade, esta vai se desvelando, tornando-se "re-presentificada" (Freire 1987, p.106).

Objetivando contribuir para a codificação e a descodificação do tema referente ao desrespeito aos direitos dos profissionais, inicialmente, trouxe, para leitura e reflexão do grupo, o Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem, que foi distribuído a cada um de seus membros. Iniciamos sua leitura pelo capítulo II referente os direitos dos enfermeiros, estendendo-a, a seguir, aos demais capítulos do referido código. Trouxe, também, para leitura do grupo, recortes do Código de Proteção e Defesa do Consumidor, principalmente, os capítulos III, artigos 6º e 7º; capítulo IV seção I, artigos 8º ao 10º; capítulo IV seção II artigos 12º ao 17º, referentes aos direitos do consumidor.

Aprofundamos as reflexões acerca das manifestações do grupo em relação aos direitos dos clientes e o que preconizam tanto o Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem, como o Código de Proteção e Defesa do Consumidor. Outros textos, também, foram utilizados para leitura e reflexão: Conscientização (Freire, 1980, p. 25-40; p. 57-75); Pedagogia do Oprimido (Freire, 1987, p. 44-54; p. 83-95); Ação Cultural para a Liberdade (Freire, 1982, p. 37-41 e p. 51-64); Implementação de Comissões de Ética nas Instituições (COFEN Resol. nº 172/94).

3.4.3 Desvelamento crítico da realidade

Segundo Gadotti (1996, p. 719), o **desvelamento crítico** "*é a ação que os homens e as mulheres devem exercer para retirar o véu que não os deixa ver e analisar, a verdade das coisas*". Desocultar a realidade, através da sua análise, implica conhecer as situações em profundidade, "*chegar ao fundo das coisas*", descobrir o que há em seu interior para transformá-la.

Esta fase "*representa a tomada de consciência da situação existencial compartilhada, que agora é vista com outros olhos e que possibilita e nos leva a uma nova ação na busca de sua superação e não mais à adaptação*" (Saupe et al, 1997, p. 74).

Até o final de julho de 1998, nos encontros realizados com o grupo, não foi possível evidenciar em suas falas, manifestações que permitissem identificar mudanças mais concretas no seu vivido profissional. Então, como já explicitado, com o propósito de verificar se algumas mudanças individuais e/ou coletivas quanto aos direitos dos clientes foram desencadeadas, alcançadas e/ou frustradas, a partir do trabalho já realizado, foram realizados mais dois encontros, nos meses de maio e junho de 1999, quando se pôde constatar alguns indícios de mudança na sua prática em relação aos direitos dos clientes e dos próprios trabalhadores.

3. 5 Análise

Esta fase, segundo Lüdke & André (1986), acontece ao longo de todo o processo, o que possibilita ao pesquisador ir realizando grande parte das análises, mesmo quando da coleta e levantamento dos dados. Os mesmos

autores salientam que o pesquisador, ao realizar a análise dos dados, não deve se restringir apenas ao que está explícito no material coletado, mas sim buscar *“ir mais fundo, desvelando mensagens implícitas, dimensões contraditórias”*. Alertado desta possibilidade, e diante do objetivo de construir um processo educativo de problematização dos direitos dos clientes, junto aos enfermeiros tendo em vista a sua conscientização como trabalhadores de enfermagem, é que, ao longo do trabalho, das discussões e reflexões com o grupo, procurei realizar intervenções, comentários e observações embasadas no referencial teórico utilizado.

Encerrada a prática educativa, realizei uma leitura exaustiva de todo material, buscando estabelecer relações entre os temas discutidos, as verbalizações dos enfermeiros, as intervenções realizadas, visando uma maior abstração que possibilitasse à análise e interpretação dos dados. Utilizei como suporte teórico, predominantemente, concepções do educador Paulo Freire, o marco conceitual elaborado, assim como leituras de Lunardi Filho (1994;1998), Seligmann-Silva (1994), Ogisso (1998), Santos (1995), Santos (1999), dentre outros.

A seguir, apresento o capítulo que denomino “A problematização dos direitos do cliente como desencadeadora da problematização dos direitos dos profissionais de enfermagem”. Esta análise focalizará os três grandes grupos de temas, inicialmente, a questão dos direitos dos trabalhadores; os direitos dos clientes e, a seguir, as perspectivas de mudanças a partir da prática implementada.

CAPÍTULO IV

“A PROBLEMATIZAÇÃO DOS DIREITOS DO CLIENTE COMO DESENCADEADORA DA PROBLEMATIZAÇÃO DOS DIREITOS DOS PROFISSIONAIS DE ENFERMAGEM”

*“A necessária promoção da ingenuidade à criticidade
não pode ou não deve ser feita à distância de uma
rigorosa formação ética ao lado sempre da estética”.*

Freire, 1996, p. 36.

4. A PROBLEMATIZAÇÃO DOS DIREITOS DO CLIENTE COMO DESENCADEADORA DA PROBLEMATIZAÇÃO DOS DIREITOS DOS PROFISSIONAIS DE ENFERMAGEM

Como já referido, a proposta feita ao grupo de enfermeiros pretendia problematizar os direitos dos clientes. No entanto, o grupo manifestou necessidade de, concomitantemente, focalizar os seus direitos, articulando tal problematização ao desrespeito aos direitos dos clientes. A seguir, então, apresento as reflexões acerca dos desrespeito aos direitos dos trabalhadores.

4.1 Desrespeito aos direitos dos trabalhadores e sua relação com o desrespeito aos direitos dos clientes

Este tema representa a síntese de vários sub-temas que foram agrupados visando facilitar a sua análise. Durante os diálogos no grupo de Reflexão/ação, especialmente nos primeiros encontros, preponderaram verbalizações referentes à situações de desrespeito aos próprios direitos dos trabalhadores vivenciados em sua prática cotidiana e suas relações e articulações com os direitos dos clientes.

Sendo um dos principais problemas enfrentados em seu cotidiano, o grupo, aparentemente, necessitou e preferiu abordar, inicialmente, **as**

condições inadequadas de trabalho enfrentadas, como a falta de material, que interferem no trabalho do enfermeiro, podendo colocar em risco a saúde e a segurança, tanto dos clientes, quanto dos próprios profissionais. Segundo o grupo, esta deficiência mostra-se como uma rotina na instituição. No entanto, isto parece ser contraditório, pois, institucionalmente, tem, como proposta administrativa, a implementação de um programa de "Qualidade Total", o que, em última análise, deveria significar melhores condições de atendimento aos clientes. Este programa de qualidade, conforme a percepção dos participantes do Grupo de Reflexão/ação, passa pela modernização das instalações hospitalares, pela oferta de acomodações confortáveis aos clientes de quartos privados, ampliação e melhoria na qualidade dos serviços de diagnóstico, aquisição de aparelhos de última geração e saneamento financeiro da instituição. No entanto, com um programa de "Qualidade Total", a direção parece que vem se preocupando muito mais com a saúde financeira da instituição do que com a saúde e a segurança dos clientes e dos seus próprios trabalhadores. Esta afirmativa é confirmada por Lunardi Filho, (1998, p. 202), ao observar o trabalho desenvolvido pelos enfermeiros nesta instituição, quando constatou que o oferecimento de condições para garantir a saúde e a segurança dos clientes e profissionais que ali atuam, não é priorizada, à medida que *"é negligenciada a compra do prioritário para viabilizar a realização do trabalho assistencial, o que pode repercutir negativamente tanto nas condições de recuperação do paciente como no próprio tratamento, dificultando-os e, muitas vezes, inviabilizando-os"*.

Os enfermeiros questionam porque não tem havido semelhantes investimentos na biossegurança dos membros da equipe, bem como na remuneração dos profissionais de enfermagem que ali atuam, de modo a poderem suprir, principalmente, o atendimento de suas necessidades básicas. Lunardi Filho (1998, p. 204) observou, ainda, que o discurso da administração está dissociado da realidade, não sendo priorizada a prestação da assistência com qualidade, o que pode ser percebido *“ao não serem priorizadas tanto a aquisição de recursos materiais básicos necessários à implementação da assistência, quanto a contratação e manutenção de uma força de trabalho quantitativa e qualitativamente suficiente para tal”*.

Podemos perceber tanto pelos relatos dos enfermeiros, como pela constatação de Lunardi Filho (1998), que a instituição não tem priorizado a aquisição de material indispensável para a realização das atividades assistenciais básicas de maneira segura e com qualidade. Os enfermeiros questionam, também, por que não havido investimentos na capacitação e reciclagem dos profissionais de enfermagem na instituição, conforme preconizam as diretrizes do SUS, visto que a instituição é conveniada com o SUS. Relatam a inexistência de um serviço de educação continuada, denunciam dificuldades na sua liberação para participarem de eventos como congressos, jornadas, cursos de atualização, o que os têm deixados desatualizados em relação aos avanços que vêm se dando na enfermagem.

A busca da sua capacitação profissional, mediante a realização de cursos de pós-graduação como especialização, tem acontecido somente através de esforço próprio dos enfermeiros, apesar das dificuldades

enfrentadas para serem liberadas, frequentarem os cursos e do duplo emprego. Outro fator que tem desestimulado os enfermeiros na busca da realização de tais cursos, é a dificuldade do reconhecimento profissional e financeiro por parte da instituição, quando da sua conclusão.

Os enfermeiros referem que a Direção da instituição solicitou sua participação no estabelecimento de metas para o próximo biênio. No entanto, denunciam que as metas já estabelecidas, há dois anos atrás, em que requereram equipamentos e materiais, bem como um maior suprimento de roupa de cama, de cobertores, comadres, dentre outros, ainda não foram atendidas. Esta situação, entendida como de desrespeito aos profissionais, tem levado a que os enfermeiros assim se manifestem:

“Muitas vezes, não temos biombos suficientes para resguardar a privacidade do paciente em determinadas situações; nesses casos, eu peço aos familiares para saírem do quarto; aos outros pacientes, peço para virarem-se para a parede e, aí, realizo o procedimento” (Enfermeiro D).

“É preocupante, por exemplo, a situação de ter que tirar a comadre de um e colocar no outro paciente, pois temos pouquíssimas na unidade; uma para mais ou menos quatro leitos. Na universidade, a gente aprende que deve manter a privacidade e a segurança dos pacientes, mas aqui, na prática, aquilo que eu aprendi na faculdade, parece piada” (Enfermeiro D).

Na condição de animador dos debates, diante destas afirmações, questionei aos participantes acerca das estratégias que vêm sendo utilizadas pelo grupo e outras que poderiam ser buscadas diante desta situação. Os enfermeiros referiram que uma das alternativas poderia ser o reconhecimento, por parte da chefia de enfermagem e da administração, acerca da importância

e da necessidade de um maior investimento em recursos materiais, visando a prestação da assistência com qualidade. Segundo os membros do grupo, apesar de suas solicitações, à coordenação de enfermagem e à administração superior, de mais recursos materiais e humanos para realização de seu trabalho, tais requisições têm sido desconsideradas, como se não fizessem parte das condições indispensáveis à prestação da assistência.

Os enfermeiros explicitaram, ainda que, em alguns casos, têm procurado suprir a falta de determinados materiais através da improvisação, mas em outras situações, isto não é possível:

“muitas vezes a gente fica telefonando para a lavanderia pedindo para subir lençol; vai na costura pedir, não tem; os pacientes e os familiares não querem nem saber, a enfermeira é que tem que dar conta e arrumar. Outro dia, nós precisávamos de lençol de maca, pois lá no Pronto Socorro é necessário trocar a cada paciente que utiliza, mas não tinha; pedi cinquenta, veio dez” (Enfermeiro H).

“às vezes, tenho que mandar pedir roupa emprestada no Hospital ... para as cirurgias de urgência, quando falta pacote de campos cirúrgicos, luvas estéreis; outras vezes, o movimento é tanto que o que tem não é suficiente” (Enfermeiro C).

Parece ser rotina, no cotidiano destes enfermeiros, a improvisação, a passividade, a acriticidade, o convívio “normal” com esta precariedade de recursos materiais e humanos que, embora por eles percebido não têm se mobilizado, suficientemente, no sentido da mudança desta realidade. Este ter pouco para trabalhar, tem feito com que os enfermeiros, em seu ambiente de trabalho, necessitem desviar-se na busca de alguns materiais e/ou

medicamentos, a fim de executar suas atividades, em detrimento da realização de funções educativas, assistenciais e de gerenciamento da assistência.

Esta insuficiência de recursos materiais, indispensáveis para a realização do trabalho da enfermagem, assim como a aparente passividade dos enfermeiros frente a esta situação, também foi constatada por Lunardi Filho (1988, p. 211), quando afirma que *“as limitações em termos de recursos materiais, humanos e técnicos parece ser uma rotina no trabalho da enfermagem. A análise das situações observadas parece demonstrar a existência de uma aceitação tácita em realizar um trabalho na precariedade”*.

Em estudo que buscou clarear como se dá o processo de formação disciplinar das enfermeiras, descrevendo as técnicas/táticas disciplinares presente na formação deste processo, Lunardi (1994, p. 163) evidenciou, através dos depoimentos de enfermeiras, confirmados por suas vivências da prática, que estas têm ficado *“dia após dia, desgastando-se em busca de um lençol, de uma medicação, de uma seringa descartável para assegurar uma assistência mais qualificada, mais próxima do que deveria ser”*, executando uma prática não reflexiva, o que não lhes tem permitido parar e pensar sobre como vem se dando sua prática, ter *“uma visão do contexto de poder, de jogos de interesses e de forças em que estão imersos como instrumentos que se sujeitam e sujeitam sem uma análise que os leve a uma ação diferenciada da que tem acontecido”* (Lunardi, 1994, p. 163).

Ao agirem passivamente, sem refletirem sobre seu fazer, os enfermeiros parecem não reconhecer a necessidade de buscarem outras estratégias e outros aliados como, por exemplo, os clientes, para que, politicamente mais

fortalecidos, possam reivindicar melhores condições de atendimento, podendo ocorrer, assim, uma transformação nessa realidade. Parece que os enfermeiros não têm buscado compartilhar com os clientes, com outros membros da equipe de saúde ou, mesmo, adequadamente com as chefias e administração, o esforço que vêm fazendo para conseguir melhores condições para atendimento dos clientes.

À medida que age sozinho na busca de melhores condições para a realização do seu trabalho rotineiro, conforme Lunardi Filho (1998, p. 202), comporta-se como *"Sisifo que só consegue pensar na pedra que tem que conduzir ao cume, por conseguinte exigindo sua total atenção...ao não buscar aliados para a conquista daquilo que considera essencial, trava sua luta solitariamente, independente da presença ou ausência de expectadores"*. Esta luta sem glória parece que lhe tem ocasionado um desgaste tão grande que suas forças mostram-se exauridas; por outro lado, enquanto luta sozinho, parece que não consegue perceber que outros caminhos poderiam ser buscados, que outros aliados poderiam compartilhar sua tarefa de tentar carregar a pedra até o cume.

Santos (1995, p. 246), em estudo que analisa os fatores de satisfação no trabalho dos enfermeiros da área hospitalar, destaca que as instituições hospitalares não têm se preocupado com o bem estar do pessoal de enfermagem, ao mesmo tempo que *"mantém uma certa distância dos problemas e dificuldades enfrentadas pela enfermagem"*, especialmente no que se refere à deficiência de recursos humanos, recursos materiais e baixos salários. Por outro lado, a enfermagem, muitas vezes, tem se mostrado passiva

frente a quem representa o poder por parte da instituição e, em muitos casos, é vista pela administração como exercida por profissionais cumpridores de ordens, apesar de demonstrar despreocupação com o seu trabalho, principalmente, quanto às condições oferecidas para que ele possa se realizar.

Para Santos (1995), a enfermagem não tem participado do processo decisório da administração hospitalar, seja por desinteresse dos profissionais em tal participação, seja pela administração que não oferece tal espaço à enfermagem, afim de que esta possa argumentar, questionar, propor soluções que viabilizem o bom desempenho da assistência. Afirma, ainda, que essa visão política de participação da enfermagem no processo decisório da administração não é aceita por muitos administradores,

"porque eles só querem enfermeiros que digam 'Sim, senhor! Não, senhor'. Diante dessas circunstâncias, o medo de perder o emprego faz com que os enfermeiros se submetam às designações da hierarquia organizacional, mesmo que se sintam constrangidos e insatisfeitos no trabalho" (Santos, 1995, p. 247).

Quando aborda o reconhecimento e a importância do trabalho dos enfermeiros nas instituições de saúde, Santos (1995, p. 245) refere que *"em nossa realidade o reconhecimento profissional do enfermeiro é uma retórica, pois, na prática, observa-se que é uma categoria explorada, mal remunerada, que trabalha mais com a improvisação do que com o material adequado"*. Trabalhar nessas condições tem desestimulado os enfermeiros, à medida que a instituição não lhes oferece as condições apropriadas para o exercício de

suas atividades, nem reconhece sua importância no processo de trabalho, desconhecendo sua importância para a sociedade.

Ogiso, (1998) ao analisar as condições sociais e de trabalho da mulher, ressaltando a desvalorização feminina, principalmente nos campos político, de investimento e de renda, afirma que a enfermeira "*tem o direito de esperar que o órgão empregador proporcione suficiente pessoal, assim como material e equipamentos adequados que permitam cumprir suas funções de maneira segura e eficaz, cabendo-lhe, por sua vez, a utilização correta e econômica desse material*" (Ogiso, 1998, p. 312).

Alguns autores, como Carmo et al (1998), Marziale e Camargo (1998), Hopp (1999), Dantas e Almeida (1999), também abordam a questão das condições inadequadas de trabalho nas instituições de saúde no Brasil, enfocando, principalmente, a falta de recursos materiais e humanos e a falta de programas de educação continuada, o que pode levar a um déficit na qualidade da assistência, riscos de contaminação por acidentes do trabalho, dentre outros, servindo como fatores geradores de estresse na equipe de enfermagem, influenciando a assistência prestada aos clientes. Dantas e Almeida (1999, p. 130), ao estudarem as condições de trabalho que proporcionam o surgimento de estresse nas enfermeiras da emergência de um hospital geral da cidade de Fortaleza, constataram "*as péssimas condições de trabalho que vão da estrutura física à falta de materiais e equipamentos, sobrecarga de trabalho, insegurança em relação ao emprego, superlotação de pacientes e deficiência de pessoal*". Marziale e Carvalho (1998, p. 401) realizaram estudo sobre as atividades executadas pelos trabalhadores de

enfermagem em uma unidade de internação hospitalar, analisando as tarefas prescritas e as atividades efetivamente realizadas, constatando que a equipe de enfermagem em sua prática cotidiana enfrenta problemas relacionados à

“organização das atividades, formação profissional, baixos salários, inúmeros deslocamentos durante a jornada, sobrecarga física devido à movimentação e transporte de pacientes e equipamentos, elevado número de informações acerca do estado do cliente e terapêutica utilizada, provisão de material e relacionamento inter e intra equipe”.

Afirmam, ainda, que os enfermeiros têm executado predominantemente funções administrativas, distanciando-se das funções assistenciais. Por outro lado, a maioria das tarefas que representa as atividades assistenciais tem sido realizadas predominantemente pelos *“técnicos, auxiliares e atendentes de enfermagem”*.

Concluem afirmando que a análise dos dados

“aponta que a forma de organização utilizada, onde os técnicos, auxiliares e atendentes executam as mesmas atividades e o enfermeiro assume predominantemente atividade administrativa, mostra-se inadequada, uma vez que a falta de formação adequada acarreta maior carga mental e aumenta a possibilidade de erros, prejudicando a qualidade da assistência prestada, ocorrendo ainda, nesta situação, a transgressão da lei do exercício profissional de enfermagem” (Marziale e Carvalho, 1998, p. 401).

A partir do grupo de Reflexão/ação, percebo, também, que a enfermagem vem enfrentando várias dificuldades nas instituições hospitalares, como deficiência de recursos humanos e materiais, baixos salários, sobrecarga de trabalho, não reconhecimento por parte da instituição, dentre outras. As atividades assistenciais, o cuidado, predominantemente, vêm sendo realizados

pelos auxiliares de enfermagem e, até mesmo, pelos atendentes, enquanto o enfermeiro, muitas vezes, fica desempenhando funções administrativas.

Avançando os diálogos com o grupo de Reflexão/ação, realizamos a leitura do texto de Andery (1985, p. 81), sobre a ética problematizadora, que permite vislumbrar uma nova perspectiva ao questionar as práticas usuais e, através das discussões, propor práticas alternativas para serem testadas e validadas. A ética problematizadora, ao mesmo tempo que permite questionar a norma, seu cumprimento, sua pertinência ou não em relação ao Código de Ética e a ética, leva à crítica, também, da reprodução das relações de poder das classes dominantes.

Esta ética problematizadora, segundo Santos (1999, p. 58), "*propõe e apela para que os profissionais enxerguem e utilizem sua integridade profissional e capacidade intelectual no sentido de romper com círculos viciosos formados pela opressão política e social que afetam o organismo individual e grupo social*". É necessário, então, que reconheçamos nossa condição de oprimidos ou de opressores, pelo repensar de nossa prática, de como vêm se dando nossas relações com os clientes, com os outros membros da equipe de enfermagem e, a partir daí, assumamos uma nova prática, de modo a construirmos uma nova sociedade, na qual a crítica seja permanente como manifestação da historicidade dos sujeitos, da construção de sua cidadania.

É imperioso reformular esta prática não reflexiva, a partir da adoção de princípios éticos como variáveis de qualidade institucional e como guias da ação profissional da equipe de enfermagem. Esta qualidade não deve estar

apenas centrada na organização tecnológica ou econômica, mas, sim, na observação dos princípios éticos, no reconhecimento e respeito dos direitos dos clientes e dos trabalhadores que ali atuam. Nesse espaço, é necessário que sejamos firmes, visando à construção progressiva da melhoria nas relações sociais, incluindo a própria equipe multiprofissional que está envolvida e não raro possui uma relação de dominação prepotente de uns sobre os outros (Gauderer, 1995).

É de entendimento dos participantes do grupo de Reflexão/ação que o enfermeiro tem a responsabilidade ética e legal de manter a privacidade do cliente, além de prestar-lhe uma assistência livre de riscos físicos e morais, mas reconheceram, também, que, muitas vezes, outros fatores, independentes de suas vontades, podem influenciar na qualidade da assistência prestada. Parece, então, que a ética profissional pode estar alicerçada em uma ética legitimadora, que valida, do ponto de vista moral, o que está sendo o cotidiano dos profissionais, e, *"neste processo, a norma moral, ao invés de ser um crédito avaliador das atitudes profissionais, torna-se mera repetição das mesmas"* (Gelain, 1995, p. 10).

Os enfermeiros, ao agirem de forma passiva, sem um estranhamento da prática cotidiana, parece que perderam a capacidade de indignação frente a situação vivida, não visualizando perspectivas de mudança. Parece, também, que aderiram ao que Freire (1987) denomina de "anti-mudança", pelos conflitos enfrentados frente às possíveis conseqüências que as mudanças podem produzir, talvez, pelo receio ao novo, ao incerto de mudanças no seu *status quo*.

No sentido de verificar se o grupo visualizava alguma alternativa frente a situação vivenciada, questionei-os, então, acerca do que poderíamos fazer? Na condição de animador dos debates, trouxe para reflexão que tanto o Conselho Regional de Enfermagem (COREn), como o Conselho Municipal de Saúde (CMS), são dois órgãos para os quais podem ser direcionadas as reivindicações e reclamações acerca das condições inadequadas de trabalho que enfrentam para prestar a assistência aos clientes. Recorrer ao COREn, através do seu representante na região ou mesmo à sua direção, pode ser um dos caminhos na busca da resolução dessas dificuldades enfrentadas. O COREn tem como uma de suas atribuições, realizar a fiscalização das condições de trabalho nas instituições de saúde e, à medida que constatar alguma irregularidade, poderá proceder encaminhamentos no sentido de alcançar sua melhoria. Nesse sentido, percebo a importância dos próprios profissionais como aliados do COREn, efetuarem denúncias ao seu órgão de classe, toda vez perceberem que as condições de trabalho podem oferecer riscos ao cliente, bem como a si próprios.

Também merece reflexão que muitos profissionais não vêm efetivando denúncias das más condições enfrentadas para desempenharem sua prática, talvez, por receio de represálias por parte da administração hospitalar, temendo, até, serem penalizados com sua demissão. Os profissionais de enfermagem efetuam denúncias das más condições de atendimento aos clientes nas instituições de saúde, mas têm preferido não se identificar, conforme afirma Milioli, (2000, p. 30) "*é constrangedor que, por medo de perder*

o emprego, profissionais façam denúncias por telefone, indicando o hospital e permanecendo o seu nome no anonimato”.

Por outro lado, os enfermeiros parecem demonstrar descrédito em relação aos efeitos práticos das denúncias realizadas:

“o COREn não tem fiscalizado ou quando fiscaliza parece que não vê como problema essas questões levantadas, ou senão, conversa uma coisa com a enfermeira da unidade e com a administração resolve outra. Pelo que se sabe, essa situação vem acontecendo em outros hospitais também. Por que então eu vou me envolver, senão, vai sobrar para mim, sobra mesmo e eu preciso do emprego” (Enfermeiro A).

Uma outra possibilidade, discutida com o grupo, é direcionar suas reivindicações ao Conselho Municipal de Saúde, através do representante da enfermagem nesse Conselho. O Conselho Municipal de Saúde, além de formular as políticas de saúde em nossa cidade, pode servir como mais um aliado dos profissionais, consolidando-se em um instrumento de controle social para o direcionamento de reclamações e reivindicações da categoria, bem como de outros setores organizados da sociedade. Estas colocações fizeram com que os membros do grupo assim se manifestassem:

“eu desconheço como funciona o Conselho Municipal de Saúde, só sei que se reúne às quintas-feiras; eu saio daqui e vou para o outro emprego, a gente fica um pouco afastado da realidade. Sei também que o representante da enfermagem nesse conselho é o mesmo representante do COREn aqui na cidade” (Enfermeiro G).

Parece que por desconhecimento, medo de perder o emprego, desinteresse e/ou acomodação, os enfermeiros vêm se submetendo,

passivamente, às condições inadequadas de trabalho; ou, quem sabe, têm ficado envolvidos em múltiplos afazeres, não priorizando o seu tempo na busca de outras alternativas, acomodando-se e acatando as determinações e ordens da instituição, em vez de questioná-las.

Freire (1987, p. 49) nos diz que somente quando os oprimidos se derem conta de sua situação de dependência, é que poderão ter ânimo para sua libertação, chegando, dessa forma, a ser "*consciência para si*". Os enfermeiros precisam reconhecer-se como sujeitos históricos, com vocação de "ser mais"; através da ação reflexão ação, precisam libertar-se do estado de opressão em que se encontram.

Será que o enfermeiro ao acomodar-se a essa situação, mantendo-se acrítico, passivo, sem enfrentar quem representa o poder, não está buscando, de certa forma, evitar sofrimento para si? No entanto, ao agir assim, está negando sua possibilidade de ser histórico, de intervir na história. Para tanto, precisa refletir e agir criticamente, transformando-se a si e ao mundo pela ação consciente. Freire (1979, p. 16) afirma que "*a primeira condição para que um ser possa assumir um ato comprometido está em ser capaz de agir e refletir*".

Uma prática reflexiva significa que o enfermeiro deve parar, pensar, questionar, indagar, a fim de verificar qual caminho percorrer em busca de uma nova prática. Conforme Santos (1999, p. 84), "*a reflexão e a problematização devem pressupor as ações dos sujeitos enquanto trajetória histórica, e não somente um fato isolado de um contexto, que é real, mas não é único nem definitivo*". Neste contexto, parece que os enfermeiros têm dificuldades de se perceberem como sujeitos participantes dessa história, assim como de

perceberem o cliente como sujeito, de modo que, juntos, possam construir um novo universo de significados, que nem sempre é percebido e compreendido na sua totalidade.

Refletindo com o grupo, após a leitura do Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem, em seu artigo 28, que afirma ser da responsabilidade do enfermeiro respeitar o pudor, a privacidade e a intimidade do cliente, voltamos a discutir a questão da deficiência de biombos nas unidades. Ao serem questionados sobre o que estão fazendo, no sentido de respeitar esse direito do cliente, o grupo afirmou que vem fazendo repetidas solicitações, à administração, no sentido de conseguir materiais e equipamentos necessários para tentar minimizar os problemas enfrentados. Uma outra questão levantada referiu-se a como os enfermeiros vêm fazendo tais solicitações de material à administração. Têm sido persistentes em suas reivindicações, argumentando, por escrito, sobre os prejuízos ao cliente em decorrência da falta de condições materiais, ou seus pedidos estão sendo feitas de forma verbal, sem documentação comprovatória e sem maior argumentação e sem a utilização de estratégias coletivas?

É importante a reflexão dos enfermeiros sobre sua prática, sobre sua ação; pensar, questionar e indagar deve ser uma rotina na prática cotidiana dos enfermeiros, pois, *"a conscientização não pode existir fora da práxis, ou melhor, sem o ato ação-reflexão"* (Freire 1980, p. 26) em busca de uma nova ação transformadora, fazendo com que os homens assumam o seu papel de sujeitos no mundo, mundo este que fazem e refazem pela ação consciente.

Ponderei, junto ao grupo, que ter comadre individual e/ou condições adequadas para sua desinfecção, assim como biombos para assegurar a privacidade dos clientes, deve ser entendido como uma questão que ultrapassa apenas à questão referente à provisão de material adequado para o exercício da assistência de enfermagem, constituindo-se numa questão ética, no reconhecimento da condição de sujeito do cliente.

Com o objetivo, então, de reconhecer e respeitar esta condição do cliente como sujeito, questionei se não seria necessário que ele próprio, por outro lado, fosse informado da inexistência de biombos em quantidade suficiente na instituição para resguardar sua privacidade, assim como do número insuficiente de comadres, de roupa de cama necessária para um uso adequado, de modo a que pudesse compreender a distância entre o que é oferecido à clientela e o que deveria receber. Não seria necessário, informá-lo, ainda, que é seu direito poder negar-se a receber assistência em tais condições? Neste sentido, à medida que assim o fizermos, estaremos reconhecendo sua autonomia, possibilitando o exercício da sua cidadania. Cidadania esta compreendida como *“o exercício da plenitude dos direitos, como garantia da existência física e cultural e reconhecimento como ator social”* (Pessini e Barchifontaine, 1996, p. 101).

É direito do cliente receber adequadas informações acerca das condições que a instituição oferece para a prestação do seu cuidado, de maneira *“simples, aproximativa, leais e respeitosa, ou seja, fornecidas dentro de padrões acessíveis à sua compreensão intelectual e cultural do paciente, pois quando indevidas e mal organizadas, resultam em baixo potencial*

informativo, em desinformação" (Gauderer, 1995, p. 59). De posse dessas informações, o cliente, autonomamente, como sujeito, poderá decidir a submeter-se ou não ao atendimento em tais condições¹¹.

Todavia, a atitude mais comum adotada pelos enfermeiros, frente às condições inadequadas de trabalho, tem sido o não esclarecimento do cliente, a defesa da instituição, o não questionamento das irregularidades, talvez, por temor de represálias por parte da administração hospitalar. O seu aparente silêncio, a omissão das informações aos clientes acerca das reais condições para seu atendimento na instituição, pode ser considerado uma manifestação de desrespeito aos seus direitos, representando uma conduta ética equivocada, uma *"ética corporativa que tem servido, apenas aos interesses dos profissionais e das instituições, pela negação da condição dos clientes como sujeitos"* (Lunardi, 1997, p. 217).

Os enfermeiros parecem não ter sua autonomia reconhecida por parte da instituição; por conseguinte, reproduzem esta relação com os clientes, desrespeitando sua capacidade de decidirem o que é melhor para si.

"Eu tenho o "pavio curto", mas o dia a dia daqui me cortou o pavio; aprendi a fazer somente aquilo que me pedem, agora sei que se reclamar, vou me queimar. Tento fazer o máximo pelo paciente, mas não me peçam mais nada, porque eu não faço. Não há o reconhecimento do meu trabalho pela chefia" (Enfermeiro B).

¹¹ Atualmente, diante da precariedade generalizada de atendimento à saúde dos clientes, que não dispõem de convênios ou recursos financeiros, parece haver uma tendência mais acentuada de aceitação e de não manifestação de desagrado ou resistência ao que é oferecido nas instituições de saúde, pois o fato de terem sido atendidos ou internados já parece muito diante de outras pessoas que sequer isto conseguiram.

É possível perceber, pela fala anterior, uma passividade do enfermeiro frente às situações vivenciadas, parecendo que desistiu da luta por melhores condições de trabalho. Por outro lado, pergunto se o silêncio e o conformismo diante do vivido, a convivência com as condições inadequadas oferecidas pela instituição para o cuidado dos clientes, na verdade, significa fazer tudo pelo paciente, como o pontuado pelo enfermeiro "B"?

Considero, ainda, que diante da precariedade e insuficiente oferta de serviços de saúde frente às necessidades apresentadas pela população, esta, predominantemente, mostra-se, também, acomodada e "*satisfeita*" com o atendimento de saúde recebido, desconhecendo a maioria dos seus direitos. Por outro lado, não será nosso dever, como profissionais da saúde, informar aos clientes acerca das condições de assistência prestadas na instituição, informando, também, seus direitos enquanto consumidores dos serviços de saúde? É importante a educação, o esclarecimento do cliente através do diálogo, pois "*o saber se faz através de uma superação constante*" (Freire, 1979, p. 29). Educar o cliente, participar da superação de sua condição de ignorância em relação ao seu atendimento, significa reconhecer, nele, a sua condição de sujeito, responsável por si e por suas ações, capaz de decidir se aceita, ou não, submeter-se ao atendimento nas condições propostas, respeitando o seu direito à informação, à sua autonomia.

Os enfermeiros concordam, também, que as tentativas de mudanças não podem ser isoladas, precisam envolver o grupo, a equipe de enfermagem, assim como o próprio cliente, com atitudes de compromisso e responsabilidade. À medida que o enfermeiro assumir o seu dever de

esclarecer o cliente em relação aos seus direitos, incentivando-o a exercer e reconhecer sua cidadania, poderá, dessa forma, concomitantemente, provocar mudanças em si, em sua prática profissional, na assistência como um todo, uma vez que mudanças podem se dar a partir de pequenas transformações, de pequenas rupturas.

O grupo externalizou sua preocupação frente ao reduzido número de auxiliares de enfermagem para o atendimento aos clientes, bem como o também reduzido número de enfermeiros, fazendo com que um enfermeiro responda por várias unidades ou, até mesmo, por todo o hospital, principalmente, à noite, nos finais de semana e feriados. Esta deficiência de recursos humanos resulta em **sobrecarga de trabalho** aos integrantes da equipe de enfermagem que, muitas vezes, não conseguem dar conta das múltiplas atividades a serem desempenhadas no seu turno de trabalho.

O excesso de atividades pode gerar insatisfação nos enfermeiros que, freqüentemente, vêem comprometido seu desempenho profissional; o número de profissionais, geralmente, é inferior ao necessário para atender às exigências do trabalho na instituição, o que de certa forma compromete a qualidade da assistência prestada, passando a ser "*a assistência do auxiliar de enfermagem*" (Santos e Filho, 1995, p. 248).

À medida que a equipe for insuficiente para o atendimento aos clientes, haverá um **maior desgaste físico, cansaço, aumento do stress**. O stress, conforme Oguisso (1998, p. 314), é responsável pela tensão que sofrem muitas enfermeiras em seu trabalho, principalmente, na área hospitalar,

“devido à insuficiência de recursos para bem realizar sua função, ao alto nível de responsabilidade que são obrigadas a assumir, ao sentirem-se desvalorizadas ou pouco valorizadas no exercício do seu trabalho, aos níveis salariais, à fadiga por excessiva sobrecarga de trabalho ou pelas longas jornadas”.

Lautert et al (1998, p. 403), ao investigarem as fontes geradoras de estresse na atividade gerencial e as principais alterações que podem acarretar sobre a saúde dos enfermeiros que atuam em hospital, verificaram que as principais fontes de estresse foram: *“as situações críticas; gerenciamento de pessoal; sobrecarga de trabalho; conflitos de funções e relacionamentos interpessoal”*. Constataram, ainda, que os enfermeiros estressados com a *“sobrecarga de trabalho apresentam 6.1 vezes mais risco de serem estressados no conjunto das fontes de estresse”*. As autoras identificaram, também, alguns sintomas, apresentados pelos enfermeiros, decorrentes do estresse, que afetam a saúde, tais como: *“alterações cardiovasculares, gastrointestinais, músculo-articulares, sono e repouso, imunitárias e do ciclo menstrual”*

Ainda, pode se evidenciar a ocorrência de **sentimento de culpa**, nos enfermeiros, pelas ações que não puderam realizar; além disso, os profissionais ficam mais expostos a cometerem erros, mesmo que involuntários, que podem oferecer risco a saúde e à segurança do cliente. Coelho (1993) também constatou que *“as enfermeiras apresentam sentimentos de culpa, medo, estresse devido à sobrecarga de atividades burocráticas e assistenciais”* (Coelho 1993, p. 143).

Aos enfermeiros, têm sido disponibilizada uma equipe de trabalho quantitativa e qualitativamente insuficiente, para a realização das múltiplas atividades cotidianas na unidade, ocasionando um maior desgaste físico, pelo excesso de atividades que necessitam realizar:

“Os pacientes da minha unidade, eu não conheço todos; às vezes, nem sei o que eles estão tomando. Como saber, pois a equipe de auxiliares é reduzida para dar conta de tudo. São quarenta e dois leitos na unidade, alguns pacientes estão graves necessitando de cuidados especiais. Com o pessoal que tenho, é humanamente impossível visitar a todos. Além disso, tenho que dar conta das funções burocráticas, também” (...).

“Difícilmente eu consigo ir de quarto em quarto e conversar com os pacientes na minha unidade. É um corre-corre danado, que quando vou ver, já está quase na hora de sair e eu não consigo fazer tudo o que tinha que ser feito” (Enfermeiro A).

“Aquele dia do temporal, eu pedi para morrer; estava eu e mais um funcionário para atender a unidade inteira que estava cheia; a funcionária da copa não veio; eu não sabia se tirava a medicação ou se distribuía o café aos pacientes. Pedi socorro à supervisora e veio uma funcionária do centro cirúrgico para ajudar, mas ela não sabia a rotina da unidade e o lugar das coisas; até aprender, foi-se quase toda a manhã” (Enfermeiro E).

Esta deficiência de pessoal, conforme Lunardi Filho (1998, p. 214), decorre da *“ausência de um correto dimensionamento de pessoal”* por parte da instituição que, talvez, por medida de economia, não tem levado em conta as *“abstenções, férias, folgas, licenças e demissões, quando realizam o planejamento de recursos humanos necessários”* para as unidades.

A atuação dos enfermeiros pode estar sendo realizada com transgressões ao próprio Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem,

que em seu artigo 17, determina como responsabilidade do enfermeiro “*avaliar criteriosamente sua competência técnica e legal e somente aceitar encargos ou atribuições, quando capaz de desempenho seguro para si e para a clientela*”, ou seja, o enfermeiro, assim como os demais trabalhadores da equipe de enfermagem, devem realizar ações que estejam em conformidade com sua competência legal e para as quais se sintam preparados:

“o enfermeiro tem que dar conta de tudo na unidade, inclusive coisas que pertencem a outras categorias como nutrição, assistente social, farmacêutica. Vocês lembram daquela enfermeira que foi demitida por negar-se a realizar uma nutrição parenteral? Quando me pedem para fazer, eu digo que não sei. Muitas vezes, ficamos resolvendo outros problemas que não são nossos, aí, não sobra tempo para assistir, não consigo visitar a todos pacientes, não tendo tempo para conversar, explicar, educar, e isso é o que eu mais gosto de fazer” (Enfermeiro E).

Questionei ao grupo qual tem sido sua postura frente a este problema, que estratégias vêm sendo utilizadas na tentativa de resolvê-lo:

“a gente tem feito ponderações junto à coordenadora de enfermagem de que não é nossa função realizar tais procedimentos, mas não tem surtido efeito, continuam exigindo que façamos, por exemplo, nutrição parenteral. Como é em benefício do paciente e eu preciso do emprego, eu faço” (Enfermeiro G).

Mais uma vez, problematizei com o grupo, se eles têm recorrido ao COREn, para relatar ou denunciar o está acontecendo em relação à estes fatos. Ponderei ser nosso dever comunicar ao COREn, quando não são oferecidas condições adequadas para o desenvolvimento das atividades

assistenciais, conforme assegura o Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem, em seu artigo 11, ao prescrever que o enfermeiro tem o direito de:

“suspender suas atividades, individual ou coletivamente, quando a instituição pública ou privada para a qual trabalha não oferece condições mínimas para o exercício profissional, ressalvadas as situações de urgência e emergência, devendo comunicar imediatamente sua decisão ao Conselho Regional de Enfermagem”.

Os enfermeiros, talvez, por opção, imposição ou necessidade, em nome do cliente, muitas vezes, têm se envolvido em múltiplos afazeres, os quais seriam de competência de outros profissionais; no entanto, caso não os realizassem, teriam disponibilidade para cumprir suas funções assistenciais como realizar a admissão hospitalar, a sua visita diária, o estar com o cliente, interagir, dialogar, educar para a saúde, preparar para a alta, registrar, dentre outras.

Como já referido, o COREn/RS denunciou a insuficiência de profissionais de enfermagem para atendimento aos clientes nas instituições públicas e privadas, situações estas que repercutem diretamente na qualidade da assistência prestada:

“no cotidiano das Emergências e Unidades de Tratamento Intensivo superlotadas, o número de funcionários, já abaixo do necessário em situação normal, permanece o mesmo, quer para atender 10 ou 20 pacientes. Estas situações acarretam uma exaustão por parte de quem trabalha até o limite máximo permitido, além do estresse, gerando riscos no atendimento, quer para quem exerce suas

atividades, quer para quem precisa ser atendido. O reflexo é grave na qualidade da assistência prestada” (Milioli, 2000, p.30).

Diante dessa situação em que se encontra o atendimento em saúde, questionei, então, mais uma vez, que outros caminhos poderiam ser buscados com vistas a mudança nessa situação? Que outras estratégias poderiam ser utilizadas pelos enfermeiros?

Os participantes reconheceram que um dos caminhos, novamente, poderia ser aliar-se ao cliente na luta por condições adequadas de assistência, para que, juntos, politicamente mais fortalecidos, pudessem reivindicar melhores condições de atendimento em saúde. Para que esta aliança fosse fortalecida e eficaz, seria necessário que o cliente fosse informado dos aspectos relacionados ao seu atendimento. Este esclarecimento deve ocorrer através do diálogo, da interação, na qual enfermeiro e cliente, conhecendo a situação, refletindo sobre ela, possam descobrir formas de reivindicar e serem ouvidos em relação aos seus direitos.

O reduzido número de funcionários, além de interferir no trabalho da equipe de enfermagem, atinge o cliente. À medida que lhe for dispensada **menor atenção**, seu atendimento poderá ser **mais demorado**, resultando em atraso ou na não realização de seus cuidados. Como consequência, o tratamento poderá ser **menos eficiente**, podendo significar, também, **retardo em sua recuperação**, com a necessidade de permanecer **mais tempo internado**, com perdas, tanto para o cliente, sua família, assim como para a instituição e a sociedade como um todo.

Além das conseqüências acima citadas, a demora ou a não realização de determinados procedimentos podem ocasionar outros problemas, pois

“determinadas ações de enfermagem, ao não serem executadas, poderão ter suas conseqüências não percebidas ou percebidas somente a longo prazo, diferentemente do que acontece com a falta de determinado tipo de medicamento, cuja não administração pode gerar o aparecimento de sinais e sintomas característico de sua ausência” (Lunardi Filho, 1998, p. 264).

Refletindo com o grupo, questionei aos enfermeiros: o cliente encontra-se em estado de ignorância? Sabe que seus direitos estão sendo desrespeitados? Não seria nosso dever esclarecê-lo a seus familiares acerca das condições em que está sendo atendido? Esclarecê-los, também, que é seu direito, garantido constitucionalmente, de reivindicar uma assistência de enfermagem preconizada pelo SUS, ou seja, com equidade, integralidade de assistência, universalidade de acesso, direito à informação e à preservação da sua autonomia?

Os enfermeiros reconhecem que o cliente tem o direito de receber as informações necessárias durante sua hospitalização, mas referiram que, muitas vezes, esse direito lhes é negado pelos próprios profissionais que o atendem, talvez, por medo de represália e punição da instituição. Medo, também, de que o cliente se torne questionador e, desta forma, passe, de modo gradativo e crescente, a reivindicar seus direitos e, deste modo, mostrar-se, também, como um opressor o enfermeiro, não podendo atendê-lo, enfrentaria outros conflitos, consigo mesmo, com o cliente e com a instituição:

"se a administração descobre que eu disse para o paciente ou familiar que não temos lençol, certamente vão me censurar; esses dias, eu pedi para um familiar ajudar a funcionária a trocar um paciente, eu não sabia que ele era parente de um dos diretores; ele fez queixa que eu havia pedido sua ajuda, me chamaram na administração para saber o porquê eu tinha pedido ajuda ao familiar" (Enfermeiro B).

"esses dias, um paciente queimado ficou mais de uma hora esperando decidir em que unidade iria internar; aí, chegou a hora da troca do plantão, não avisaram a enfermeira; esqueceram dele; o coitado ficou sentado em uma cadeira mais ou menos uma hora e meia" (Enfermeiro D).

Com base nos depoimentos anteriores, percebo que os princípios da bioética estão sendo desrespeitados. Segundo o princípio da não maleficência, as ações dos profissionais da saúde não devem causar danos aos clientes, nem expô-los a riscos desnecessários. No entanto, sob o pretexto, possivelmente, de não aumentar a folha de pagamento, mantêm-se na instituição um número insuficiente de profissionais para o atendimento aos clientes, resultando em atrasos e dificuldades em seu atendimento, descuido com medicações, assim como a exposição do cliente a situações de espera que podem lhe trazer prejuízo.

Merece reflexão o fato de que os enfermeiros, agindo assim, tenham perdido a capacidade de indignação; tais práticas parecem ter se tornado usuais, não os surpreendendo ou incomodando frente a situações concretas de desrespeito. Esta perda da capacidade de resistência esta passividade diante do vivido, pode representar não mais a sua vontade, mas sim a vontade da instituição, pois *"os oprimidos, como objetos, como quase coisa, não têm finalidade. As suas, são as finalidades que lhes prescrevem os opressores"* (Freire (1987, p. 47).

Continuamos as reflexões acerca das dificuldades dos enfermeiros para o enfrentamento do excesso de atividades, como o responsabilizar-se por mais de uma unidade, especialmente no caso das supervisoras noturnas, as quais não conseguem visitar todos os clientes internados, supervisionar a realização dos procedimentos realizados pelos Auxiliares de enfermagem. Certamente, delegam funções que são privativas suas, como a realização de procedimentos complexos de enfermagem, conforme previsto no artigo 25 da lei nº 7.498/86. Percebendo que as enfermeiras se reconhecem como sobrecarregadas, voltei a problematizar com o grupo:

“o cliente internado e a sua assistência de enfermagem como está, pois o cliente entra na instituição de saúde confiando na assistência do enfermeiro? Será que à medida que o enfermeiro, sendo passivo em relação à sua situação, submetendo-se à jornadas excessivas de trabalho, acomodando-se às condições de trabalho inadequadas, não está sendo, também, extremamente desrespeitoso com o cliente e consigo mesmo? Até que ponto o enfermeiro não está sendo conivente com a instituição, à medida que, apesar de perceber a situação como problema ético, acata e aceita, aparentemente ainda de modo passivo, esse não dar conta das suas atribuições?”

Os enfermeiros afirmaram que, muitas vezes, conversam com a coordenadora de enfermagem, mas esta não sinaliza alguma solução a curto prazo, alegando a indisponibilidade de profissionais de nível médio para contratação, bem como a contenção de despesas pela instituição.

Questionei ao grupo, novamente, o que os enfermeiros poderiam fazer no sentido de mudar essa situação vivenciada? Parece que os enfermeiros encontram como uma das únicas alternativas, o fortalecimento do grupo, o que poderia resultar em maior autonomia dos enfermeiros para decidirem questões

que lhes dizem respeito, bem como as relacionadas aos direitos dos clientes. Os enfermeiros, no entanto, parecem ter perdido a esperança de melhores dias em sua prática na instituição. Freire (1992, p. 10), entretanto, afirma que a desesperança *“nos imobiliza e nos faz sucumbir no fatalismo onde não é possível juntar forças indispensáveis ao embate recriador do mundo”*. Porém, ao termos esperança, faz-se necessário mobilizar um processo para a sua mudança, pois, enquanto necessidade ontológica, a esperança precisa da prática para tornar-se concretude histórica.

Como se pode perceber nos depoimentos, o **medo e a opressão** foi outro problema que ficou bastante evidente e foi alvo de reflexões com o grupo. Os enfermeiros percebem-se oprimidos, por parte dos representantes da administração, especialmente quando esta não lhes oferece e parece não lhes possibilitar espaços para que reivindiquem melhores condições de trabalho e de atendimento ao cliente, assim como quando lhes exige que executem ações que podem extrapolar seus limites de competência, como responder por mais de uma unidade, no período diurno, ou das supervisoras noturnas que respondem por todo hospital, nesse período. Assumindo funções para as quais não se percebem preparados, colocam em risco a segurança do cliente, bem como sua própria atuação enquanto enfermeiros, podendo, até, ser responsabilizados por imperícia:

“Quando eu estou na supervisão e às vezes me chamam na UTI, eu vou com o coração na mão, pois tem muitas coisas que não tenho experiência e tenho medo de fazer errado” (Enfermeiro A).

“Eu acho que o nosso trabalho é o mais importante dentro do hospital, mas parece não ser reconhecido pela administração. A gente não tem a autonomia, por exemplo, para mandar embora aquele funcionário problema, relapso. A coordenadora diz que agora não pode, pede para agüentar mais um pouco; se nós, que somos enfermeiros, não temos o direito de reclamar, imagina os pacientes, estes são uns coitadinhos” (Enfermeiro F).

Freire (1987, p. 45) afirma que *“em verdade, instaurada uma situação de violência, de opressão, ela gera toda uma forma de ser e comportar-se nos que estão envolvidos nela”*. Os opressores têm uma consciência fortemente possessiva e tendem a tornar tudo e a todos, objetos de seu domínio, reduzindo, a objetos de seu comando, os bens, a produção, a criação e os homens mesmos: *“para dominar, o dominador não tem outro caminho senão negar, às massas populares, a práxis verdadeira, negar-lhes o direito de dizer a sua palavra, de pensar certo”* (Freire, 1987, p. 123).

Ficou evidente, através dos relatos, a limitação da autonomia profissional dos enfermeiros em sua prática cotidiana e que, por vezes, estes reproduzem com os clientes, com os membros de suas equipes de enfermagem, esta relação de poder e dominação que sofrem por parte da instituição, assim como do médico. No momento em que o enfermeiro vê o cliente como um “coitadinho”, como coisa, aparentemente como um ser inferior, é possível que tenha dificuldades de reconhecer, tanto este cliente, quanto a si próprio, como sujeitos. Por outro lado, reconhecê-lo como um “coitadinho” pode significar uma atitude defensiva quanto à possibilidade do como seu opressor.

Lunardi (1997, p. 307), tentando ampliar sua compreensão do conceito de autonomia em Kant, afirma que

“muitas das ações praticadas por nós enfermeiras não parecem decorrer de uma vontade oriunda de um processo predominantemente racional ou de um processo decorrente de uma persuasão e convencimento racional, entendido e reconhecido como objetivamente necessário. Decorrem, outrossim, de processos, aparentemente determinados por diferentes sentimentos, nos quais se destacam e preponderam o medo do outro, a insegurança, a passividade e o conformismo frente a quem representa o poder”.

Nestas condições, a ética profissional também pode estar representada por uma ética legitimadora, pois a acomodação ao existente e a acriticidade parecem predominar; as práticas parecem determinar as normas morais, não havendo o questionamento, por parte dos enfermeiros, do porquê ser assim, quem vem se beneficiado com tais práticas. Visualizamos, por parte da administração da instituição, uma postura predominantemente idealizada, em que o discurso e a proposta de qualidade total pretendida, não parecem coerentes com as ações realizadas no ambiente hospitalar, mostrando-se descomprometidas com a realidade e as necessidades do cliente e dos trabalhadores. Percebo, também, que o enfermeiro não tem buscado alternativas para mudanças nessa situação, seja através da sua mobilização sócio-individual, de reflexões coletivas para o fortalecimento do grupo, na tentativa de encontrar estratégias necessárias, frente à necessidade da modificação dessa realidade.

Continuando os diálogos, afirmei que, como Freire, acredito que o ser humano é histórico e nós, enfermeiros, como seres humanos, podemos ser sujeitos históricos. Através do compromisso consciente que adquirimos, mediante a reflexão sobre o nosso fazer, agindo criticamente no mundo,

podemos alcançar algumas mudanças sociais, fazer diferença na realidade vivenciada, sendo capazes de modificar a história.

A problematização e a reflexão sobre o seu vivido podem levar o enfermeiro ao conhecimento de si e este conhecimento de si poderá conduzir

“o homem a um processo de busca da sabedoria. Esta prática do sujeito partiria da ignorância, como marco de referência, para o exercício da crítica de si, enquanto sujeitos, dos outros e do mundo (...) mais do que uma aquisição ou formação de um saber implica, fundamentalmente, em converter-se em algo que não se era, em modificar uma forma de ser” (Lunardi, 1997, p. 202).

A transformação da realidade e a modificação de sua prática somente se efetivará, através do diálogo, da reflexão sobre a ação dialógica e, a partir da percepção do enfermeiro sobre seu estar no mundo, reconhecendo sua condição de oprimido, de modo a mobilizar-se para um processo de libertação, pois *“os que oprimem, exploram e violentam, em razão de seu poder, não podem ter, neste poder, a força de libertação dos oprimidos, nem de si mesmos” (Freire, 1987, p. 52).*

Associado ao medo e à opressão que os enfermeiros referem sofrer por parte da instituição, encontram-se os **baixos salários** percebidos pela equipe de enfermagem. Esta situação influencia no trabalho do enfermeiro, à medida que tem o atendimento de suas necessidades básicas comprometido:

“Tenho vergonha de dizer que trabalho aqui no hospital; quando eu digo quanto eu ganho, as pessoas riem de mim” (Enfermeiro F).

"Olha, eu trabalho em dois hospitais, mas, vou te dizer, não compensa pois a gente não vive; é de casa para o trabalho e do trabalho para o trabalho. Às vezes, o cansaço é tanto que a gente até quase dorme em serviço" (Enfermeiro C).

Santos e Filho (1995) observaram que o salário percebido pelos enfermeiros representa importante fator de satisfação no trabalho:

"é notório que o trabalho em si, não representa um fator total de satisfação. Jamais alguém conseguirá estar completamente satisfeito, sempre exigirá algo a ser conquistado (...) todavia os resultados indicam de forma consistente, ser esse fator importante revelador do nível de satisfação no trabalho dos enfermeiros" (Santos e Filho 1995, p. 145)

Uma outra questão relevante discutida pelo grupo diz respeito à **falta da reuniões dos enfermeiros** na instituição, o que favorece, possivelmente, o não fortalecimento do grupo de enfermeiros, pela falta de um espaço mais formal para o compartilhamento e a reflexão coletiva acerca dos problemas vivenciados. Os enfermeiros referiram que cada um faz o seu trabalho em sua unidade de atuação, não sendo socializadas novas idéias, possíveis soluções coletivas para as questões que interferem em sua atuação profissional. Destacam, ainda, que a coordenação de enfermagem não promove, nem estimula reuniões com o grupo. Questionei-os, por que a idéia de reuniões não partia dos próprios enfermeiros para a coordenação de enfermagem, assumindo um compromisso enquanto grupo? Afirmaram que não se sentem estimulados para debaterem com a coordenação de enfermagem; acham que necessitariam de um líder para tomar à frente e desencadear as discussões, um colega que trabalhasse há bastante tempo na instituição, pelo receio

manifestado de que, ao serem firmes em suas reivindicações, pudessem ser demitidos.

Freire (1980, p. 135), ao referir-se à conquista do dominado pelo dominador, refere que este utiliza-se de “*mil formas*” para a manutenção dessa situação, desde as mais duras às mais sutis, “*das mais repressivas às mais adocicadas, como o paternalismo*”. O sujeito da conquista determina suas finalidades ao objeto conquistado que, introjetando-o, se faz ser ambíguo, um ser “hospedeiro” do outro. Afirma, ainda que, para a manutenção dos oprimidos sob seu domínio, não lhe interessa sua união, nem seu fortalecimento, portanto “*dividi-los e mantê-los divididos são condição indispensável à continuidade do poder*”. Daí, que toda ação que implique em um despertar, em união, em fortalecimento do grupo, é reprimida pelos opressores, pois “*o que interessa ao poder opressor é enfraquecer os oprimidos mais do que já estão, ilhando-os, criando e aprofundando cisões entre eles, através de uma gama variada de métodos e processos*”(Freire, 1987, p.138). Enquanto a administração mantém um discurso fortemente idealizado acerca da qualidade da assistência prestada na instituição, utiliza-se de métodos repressivos, pelos quais maneja os indivíduos e estes não reconhecem suas possibilidades e forças para alcançarem sua libertação.

É necessário que os enfermeiros reconheçam sua condição de oprimidos, “*descubram que divididos serão presas fáceis do dirigismo e da dominação*”, percebam que unindo-se entre si, através do seu fortalecimento organizado, poderão fazer de sua debilidade uma “*força transformadora, com o que poderão recriar o mundo, tornando-o mais humano*” (Freire, 1987, p. 142).

Somente através do seu fortalecimento, como grupo, poderão chegar à transposição deste estado de imersão¹², de aparente passividade e conformismo frente à sua situação de oprimido. O processo reflexivo que pode levá-los a ter consciência de si, reconhecendo-se, também, como seres opressores na sua relação com os clientes e com os membros da equipe de enfermagem, pode mobilizá-los a assumir, assim, compromisso com a mudança em sua prática. A busca de novos horizontes parte da ação consciente do reconhecimento de si como um ser histórico, um sujeito engajado na busca do ser mais, que poderá levá-lo a libertar-se do poder opressor visando a uma mudança desta "ordem", significando nova postura em sua prática, com vistas à práxis.

Segundo Freire (1980, p. 142), "*toda união dos oprimidos entre si, que já sendo ação, aponta outras ações, implica, cedo ou tarde, que percebendo eles o seu estado de despersonalização, descubram que, divididos, serão sempre presas fáceis do dirigismo e da dominação*".

Após os enfermeiros discutirem as necessidades entendidas como mais prementes e serem apontadas algumas possibilidades ou estratégias para o seu enfrentamento, as discussões puderam concentrar-se, de modo mais específico, na questão dos direitos do cliente, em relação ao atendimento da enfermagem, do médico e da instituição.

A seguir, então, apresento a análise dos dados referente aos direitos do cliente.

¹² Os oprimidos que se encontram na imersão, "não podem divisar claramente a ordem que serve aos opressores que, de certa forma, vive neles. Ordem que, frustrando-os no seu atuar, muitas vezes, os leva a exercer um tipo de violência horizontal com que agredem os próprios companheiros" (Freire, 1987, p. 49).

4.2 - Desrespeito aos direitos do cliente

Dentre as situações de desrespeito aos direitos dos clientes vivenciadas em sua prática, o grupo problematizou o **desrespeito à autonomia do cliente**, a **sonegação de informações**, a **despersonalização dos clientes**, bem como a sua **discriminação**.

Os enfermeiros relataram situações do seu cotidiano que podem ser caracterizadas como de **desrespeito à autonomia do cliente**, tais como a não solicitação do seu Consentimento Livre e Esclarecido, antes da realização de qualquer procedimento e atendimento; a decisão pelo cliente, sem consultá-lo, embora com a intenção de estar lhe “fazendo o bem”, como pode ser percebido pelas verbalizações a seguir:

“a equipe geralmente só avisa ao paciente que vai realizar determinado procedimento, como, por exemplo, “vamos fazer uma injeçãozinha” que o médico deixou; ou “tá na hora do curativo”. Mas eu acho que devemos explicar o que ele está tomando, indagar se deseja fazer o curativo agora ou mais tarde; algumas vezes, eu explico para o que é a medicação que estou administrando ao paciente, mas às vezes, no corre-corre, nem dá tempo para explicar seus efeitos aos pacientes” (Enfermeiro G).

Frente a estas afirmações, questionei como eles vêm agindo em relação à esse desrespeito aos direitos do cliente, que outros caminhos e estratégias também poderiam ser buscados e utilizados para assegurar o seu direito a autonomia.

O grupo, refletindo sobre suas atitudes enquanto profissionais da saúde, reconheceu que os clientes vêm sendo desrespeitados ao não serem informados acerca dos procedimentos que neles poderão ser realizados, para

que, de posse das informações, pudessem decidir submeter-se ou não ao tratamento e atendimento proposto. Os enfermeiros afirmaram, ainda, que sempre que possível procuram orientar os clientes em relação a tais procedimentos, mas que **não faz parte dos seus hábitos solicitarem autorização para a sua realização**. Admitiram que, muitas vezes, o cliente sequer é orientado sobre a realização de determinado procedimento, pois a equipe, muitas vezes, negligencia esse cuidado.

Como vários participantes do grupo tiveram sua formação anterior à promulgação do novo Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem, aprovado em 1993, questionei-os sobre o seu conhecimento do preconizado no referido Código em relação ao Consentimento livre e Esclarecido. Os profissionais verbalizaram que não sabiam da necessidade desta solicitação, antes da realização de determinados procedimentos e atendimento aos clientes. Ignoravam, também, a proposta de se aliarem ao cliente na luta por melhores condições de atendimento em saúde, como é enfatizado no Preâmbulo do Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem. Este desconhecimento, segundo entendimento do grupo, pode decorrer, também, da ausência de discussão destas questões em seu ambiente de trabalho, o que poderia se dar se houvesse uma preocupação com a educação continuada na instituição.

Associado, ainda, ao desconhecimento do enfermeiro sobre o novo Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem, poderia se questionar tanto o dever quanto a responsabilidades das instituições e das chefias de enfermagem, dos Conselhos Profissionais, assim como dos próprios

profissionais, quanto ao acesso e informação dos avanços e inovações que vêm se dando na profissão. Isto confirma as constatações de Coelho (1993, p. 143), quando refere que *“as bases informativas e legais para obtenção de consentimento informado por parte dos pacientes são pouco discutidas dentre os profissionais da saúde. As enfermeiras têm pouca clareza sobre a quem compete o quê em situações da assistência que requerem interdependência e respeito frente à clientela”*.

Coelho (1993, p. 143) evidenciou, também que *“foram flagrantes as violações tanto da autonomia quanto da dignidade e privacidade dos pacientes, apoiadas por atitudes de omissão por parte das enfermeiras”*. Parece que a ausência da reflexão, discussão e de informação das suas responsabilidades ético-legais, tem favorecido à equipe de saúde transgredir alguns direitos dos clientes.

Refletindo sobre a formação dos enfermeiros e sobre a minha própria formação enquanto aluno do curso de graduação e depois como profissional, aprendi e ensinei que, para a realização de determinados procedimentos nos clientes, estes deveriam ser orientados, sendo explicado, previamente, o quê e o porquê da realização de tais procedimentos. Ingenuamente, pensava que apenas orientar o cliente seria suficiente para demonstrar o meu respeito à sua autonomia. Hoje, percebo e discuti com o grupo que a autonomia do cliente ultrapassa o seu esclarecimento acerca dos procedimentos em si. O reconhecimento da sua autonomia requer que respeitemos o seu direito de decisão sobre sua pessoa, seu tratamento e seu bem estar; que solicitemos o seu consentimento livre e esclarecido para a realização de qualquer

procedimento e/ou tratamento e observemos a decisão do cliente em aceitar ou não se submeter aos mesmos.

O respeito ao cliente e a preocupação com sua autonomia pressupõem o seu reconhecimento como sujeito, a aceitação de um pluralismo ético-social, em que devem ser respeitadas suas crenças, valores, expectativas, pontos de vista, sua capacidade de governar-se e decidir sobre o cuidado de si (Fortes, 1998, p. 37).

Incluir o cliente como co-partícipe em busca da melhora na qualidade da assistência prestada, deve ser uma das preocupações presentes no exercício profissional dos enfermeiros. Esta qualidade, então, deve incluir de modo indispensável, o direito do cliente de participar nas decisões relativas a questões que lhe dizem respeito. A constante luta dos clientes para poderem deliberar e decidir sobre questões relacionadas a si, de acordo com sua vontade, nas diferentes possibilidades, *“denota uma ruptura da relação paternalista e de compaixão, predominantes, ainda, nas relações entre os profissionais e os clientes, as instituições e os clientes, na área da saúde”* (Lunardi, 1997, p. 216).

Os membros do grupo afirmaram, também, que o cliente, muitas vezes, não é esclarecido e consultado, por receio dos profissionais de que ele se torne questionador, quando, então, tem sido, até, rotulado de cliente "chato". Geralmente, as decisões são tomadas pela equipe, na crença de que sabem mais e que, portanto, podem escolher o que é melhor para o cliente. O enfermeiro, muitas vezes, ao exercer essa atitude paternalista em relação ao cliente, violando o seu direito, sua liberdade de decidir o que é melhor para si,

em nome de evitar-lhe algum possível dano, está violando sua autonomia. Esta prática freqüente na instituição pode ser confirmada pela afirmação a seguir:

"Na maioria das vezes, a gente decide pelo paciente pensando no melhor para ele, pesamos os prós e contras e decidimos por eles. Muitos não tem condições de decidir, esperam passivamente a nossa decisão; outras vezes, a pressa, o grande número de atividades que temos que realizar, fazem com que não tenhamos tempo para esperar e solicitar o consentimento do paciente"(Enfermeiro E).

Refleti com o grupo que enquanto estivermos envolvidos com questões que extrapolem nossos limites de competência e possibilidades não estaremos deixando de realizar atribuições que são privativas nossas, como estar junto ao cliente para ouvi-lo, solicitar seu consentimento, orientá-lo, interagir, participar de seu cuidado?

Considerarei que o Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem determina, em seu artigo 27, como dever do enfermeiro *"respeitar e reconhecer o direito do cliente de decidir sobre sua pessoa, seu tratamento e seu bem estar"*. O grupo reconheceu que os valores pessoais e as crenças dos clientes devem ser respeitados, sendo necessário esclarecê-los, assim como seus familiares, dos possíveis benefícios, riscos e conseqüências decorrentes da assistência de enfermagem. Entretanto, para que a nossa prática de enfermagem se faça de modo diferente, é necessário que problematizemos as relações que vimos mantendo com o cliente, tornando-as uma relação *"aberta, democrática, flexível, de maturidade, de respeito e responsabilidade recíprocas"* (Gauderer, 1995, p. 16), mediante a qual, o cliente possa sair de uma posição de objeto em que é infantilizado, tutelado, tornando-se sujeito, um

cidadão com capacidade de decidir, de opinar conscientemente acerca dos assuntos que dizem respeito a si.

Os enfermeiros reconhecem a importância do diálogo para que o cliente tenha acesso à informação dos seus direitos, pois, através do seu esclarecimento, da interação, da comunicação, podemos explicar-lhe os riscos e benefícios de determinados medicamentos e/ou tratamentos, obtendo o seu Consentimento Livre e Esclarecido antes da realização de tais tratamentos, respeitando, assim, o seu direito de negar-se ou não a recebê-lo.

A informação é a base das decisões autônomas; é indispensável para que o cliente possa decidir-se a aceitar ou a recusar o atendimento e tratamento proposto. Conforme afirma Gauderer (1995, p. 11), *“quanto mais informada uma pessoa, mais opções e escolhas terá, conseqüentemente mais livre irá se sentir (...) é com ela que aprendemos e podemos nos questionar, levantar hipóteses e possibilidades”*.

Por outro lado, à medida que os diálogos entre enfermeiro-cliente e equipe de enfermagem tornem-se menos freqüentes, pelo excesso de atividades a que estão submetidos os trabalhadores da enfermagem, ou pelo excesso de funções por eles assumida, maior é a probabilidade de que as informações, ao cliente, sobre sua saúde, sobre seus cuidados sejam sonegadas.

Merece reflexão a questão de que o saber do cliente sobre seu corpo, sobre o seu problema de saúde vivido, freqüentemente, não tem sido objeto do diálogo, da interação, talvez, por falta de interesse, de tempo ou do

reconhecimento, pelo enfermeiro, de seu valor e importância. As verbalizações, a seguir, mostram como o grupo percebe e vem enfrentando este problema:

“em muitos casos, o paciente sequer é avisado sobre qual procedimento será feito nele, outros não sabem o que estão tomando e para quê; o médico, geralmente não informa ao paciente qual é a medicação que lhe está prescrevendo, não informando também, seus riscos e benefícios; na maioria das vezes, quem administra são os auxiliares de enfermagem, que também não informam; o enfermeiro, muitas vezes, não consegue conversar com todos os pacientes para explicar; estes, então, permanecem na ignorância” (Enfermeiro C).

“O seu L. S. foi submetido a uma colostomia e só depois que estava de volta no quarto, é que ficou sabendo que a colostomia havia sido realizada; ele disse que, se soubesse que iria ficar com aquela bolsa, não teria deixado realizarem a cirurgia nele” (Enfermeiro H).

Diante das afirmações anteriores, questionei com o grupo se à medida que deixamos de informar, ao cliente, questões relacionadas à sua saúde, alegando não dispormos de tempo, não estamos sendo extremamente desrespeitosos violando seu direito à informação? Do ponto de vista ético, prestar as informações ao cliente vai além das exigências do próprio Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem; significa reconhecer sua condição de sujeito com direitos e deveres, o qual necessita da informação para poder decidir sobre sua saúde, seu bem estar, seu corpo.

Ao não reconhecerem a importância da informação, do diálogo os profissionais da saúde estão negando aos clientes conforme nos diz Freire (1987, p. 79), “o direito de pronunciar o mundo”, de expressarem não só o significado da doença para si, mas a sua percepção da realidade vivida. O

diálogo é o caminho pelo qual os homens encontram e verbalizam o seu significado enquanto seres humanos; com sua vocação de “ser mais”; ao trilharem esses caminhos fraternalmente, compartilham coletivamente saberes e experiências individuais. Para Freire (1987, p. 79), “*não há diálogo, porém se não há um profundo amor ao mundo e aos homens (...) Não há também diálogo, se não há uma intensa fé nos homens. Fé no seu poder de fazer e refazer. De criar e recriar. Fé na sua vocação de ser mais*”. O homem dialógico é crítico; através da reflexão e da crítica, pode transformar a realidade que o cerca.

Segundo os enfermeiros, em face do elevado número de atividades desenvolvidas pela equipe, parece não “sobrar tempo” ou parece não ser reconhecido como prioridade, dialogar, esclarecer, orientar, educar o cliente e sua família, enfim, respeitar sua condição de cidadão.

A **despersonalização do cliente** pode ser entendida como uma situação de desrespeito aos seus direitos à medida que é tratado como coisa, como objeto a mercê do cuidado dos profissionais da saúde. Os clientes, muitas vezes, são vistos de modo generalizado e tratados como mais um “caso” ou mais um “número”:

“é comum os médicos internarem pacientes para a cirurgia com um nome e na hora da cirurgia vem com outro nome; eles marcam apenas pelo nome da cirurgia para guardar vaga. Chamar o paciente pelo número ou pelo nome da cirurgia ou pelo nome do médico é freqüente por toda equipe, mas acho isso um desrespeito como pessoa, pois se ela tem nome, devemos chamá-la pelo nome” (Enfermeiro H).

Hopp (1999, p. 270), ao focalizar a ética, a moral e o respeito aos clientes como cidadãos, discutindo alguns artigos do Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem, constata que *“os mesmos são desrespeitados na prática diária do exercício da enfermagem, onde paciente/clientes e familiares são minimizados em seus sentimentos, desrespeitados e generalizados como casos e números”*. A autora conclama a equipe de enfermagem a refletir sobre seu agir em sua prática cotidiana e optar por um dos caminhos: *“ou a continuidade da utopia em transformar; ou a adoção de princípios que gerem uma saúde justa, ética, personalizada através do processo de humanização da profissão”* (Hopp, 1999, p. 270).

Carmo et al (1999) ao buscando sensibilizar os profissionais da equipe de enfermagem para refletirem acerca de sua responsabilidade ética e legal e os direitos do cliente, no exercício de sua prática cotidiana, aponta a despersonalização do cliente como um dos seus direitos freqüentemente desrespeitado. Afirma ser necessário despertar, em cada cliente, a necessidade de trabalhar esse direito de forma consciente. O homem como ser inconcluso é único, devendo ser respeitado em razão de sua individualidade, sua dignidade, seus direitos, sua consciência do mundo (Freire, 1993).

A **discriminação** dos clientes pode ser vivenciadas nos serviços de saúde, existindo uma desigualdade de acesso, especialmente, para os clientes do SUS, iniciando-se nos serviços mais simples aos mais especializados. Segundo os membros do grupo, esta discriminação vem sendo percebida na instituição, à medida que tem sido priorizado o atendimento aos pacientes de convênios particulares em relação aos do SUS. Relatam que, nas alas de

convênios privados, o número de profissionais para o seu atendimento é maior do que nas do SUS. Denunciam, também, que quando existe necessidade de suspender determinadas cirurgias, suspende-se primeiramente as dos clientes do SUS, sem que outros critérios sejam analisados. Outra questão referida pelos enfermeiros é a de que, em algumas alas privadas, existe material necessário e suficiente para a realização das atividades assistenciais, diferentemente de outras, para clientes do SUS. Apontam, também como desigual, a oportunidade de comunicação dos clientes com seus familiares, pois aos do SUS, quando recebem telefonemas dos seus familiares, apenas são dados recados, não sendo permitido atender o telefone no posto de enfermagem, enquanto que os clientes conveniados e particulares é chamado e permitido entrarem no posto de enfermagem para atenderem o telefone.

Esta situação é, também, descrita por Lunardi Filho, (1998, p. 227), durante uma de suas observações e acompanhamento do trabalho dos enfermeiros nesta instituição, quando apresenta a verbalização da enfermeira de uma unidade de atendimento à clientes do SUS, à qual afirma que *“por ordem da direção, não podemos chamar os acompanhantes, mas eu posso dar o recado”*. Esta enfermeira, ainda, após anotar o recado, comenta que *“nas unidades que atendem pacientes privados não existe restrição, só aos pacientes do SUS”*. Lunardi Filho (1998, p. 228) afirma que a enfermeira envolvida nesta situação, embora demonstre contrariedade, seu inconformismo *“não se apresenta suficientemente capaz de originar novas posturas, decorrendo daí, seu acomodamento às determinações, rotinas e normas institucionais”*.

Quando o enfermeiro, por ordem da instituição, não chama o familiar ou o cliente para atender o telefone, aparentemente está cumprindo, sem questionamento, as normas instituídas pelas chefias, mesmo que de maneira despercebida esteja violando um direito do cliente. Por outro lado, os participantes deixam transparecer que não existe diferença no atendimento, de pacientes privados ou do SUS, em relação à assistência de enfermagem e a capacitação profissional dos trabalhadores, exceto pelo diferente número de profissionais para seu atendimento, sendo geralmente maior nas unidades privadas, do que nas dos clientes do SUS, o que pode diferenciar a assistência de enfermagem prestada.

Dando continuidade, apresento o terceiro tema denominado "Perspectivas de avanços a partir da prática educativa".

4.3 - Perspectivas de avanços a partir da prática educativa

A partir do início do processo de problematização acerca dos direitos do cliente, construído com enfermeiros, busquei verificar, junto ao grupo, alguns indicadores de mudança na sua ação que pudessem ser entendidos como sinalizadores de um processo de conscientização, pois, assim como Freire (1980, p. 27), acredito que "*a conscientização como atitude crítica dos homens na história não terminará jamais*"; ela acontece a partir do ato de ação-reflexão sobre a ação desenvolvida e, quanto mais conscientizados, mais poderemos desvelar a realidade em que estamos imersos, tornando-a cognoscível pela sua análise consciente. A conscientização, sendo um processo em determinado

momento, deverá continuar sendo processo no momento seguinte, em que a realidade desvelada mostra um novo perfil. Um processo que oportuniza ao ser humano descobrir-se pela reflexão sobre sua existência, não se conformando com a situação vivida, buscando, através da ação, modificar suas relações com outros sujeitos, consigo mesmo e com o mundo.

A partir dos encontros nos grupos de reflexão/ação, percebo que os enfermeiros já se reconhecem imersos em uma relação de dominação, de sujeição, que parecia, antes, despercebida e, até, negada pelo grupo. Apesar de tal dominação vir se reproduzindo, dia a dia, o grupo não pareceu manifestar, nas suas falas, perspectivas de mudança nessa relação. Parece que os enfermeiros têm evitado o enfrentamento da relação de poder exercida pelo médico, pela administração, o que os têm mantido na condição de oprimidos, sujeitando-se a essa força opressora, a qual quem ousa desafiar, pode, até, sofrer o castigo da censura e da demissão.

Além da ameaça do desemprego, outra questão que pode ser considerada como impeditivo para que os enfermeiros busquem mudanças em sua prática, é o medo do conflito e a sua dificuldade para enfrentá-lo, o que alguns membros do grupo, ainda, deixam transparecer em suas falas. Fatores econômicos históricos, sócio-culturais, ao longo da história, têm contribuído para esta situação de adaptação, de sujeição e conformismo dos profissionais diante das chefias, e de quem representa o poder nas instituições,

possivelmente, pelas dificuldades de argumentação necessária, especialmente, quando não representam o poder nas relações¹².

A prática dos enfermeiros parece que vem sendo desenvolvida de maneira acrítica, sem uma compreensão clara das redes de poder e de dominação em que estão envolvidos. Seligman-Silva (1994), ao abordar os coletivos de resistência, afirma que quanto maior forem as forças repressivas, maior poderá ser a alienação dos trabalhadores, envolvidos nestas relações, podendo ter dificuldade de perceberem sua situação de oprimidos e como “a organização do trabalho atinge suas vidas e mente” (Seligman-Silva 1994, p. 252). À medida que há o sufocamento da liberdade de divergir, de manifestar contrariedade ao que vem sendo a sua prática cotidiana de trabalho, parece haver sufocamento da inteligência dos trabalhadores que, desestimulados, podem acomodar-se à situação vivida, sem buscar libertar-se da opressão. A acomodação, a acriticidade do trabalhador são sinais da sua opção pela anti-mudança, devido às conseqüências que o novo pode ocasionar, “é um receio quase mágico à novidade, que é para ele sempre uma interrogação, cuja resposta parece ameaçar seu status quo” (Gadotti 1997, p. 50).

Seligman-Silva (1994, p. 251) ao abordar as defesas e resistências do trabalhador para o enfrentamento das situações de sofrimento no trabalho, afirma que “quanto menores os espaços de autonomia, quanto mais autoritária a dominação, tanto menores as possibilidades de que desperte a inteligência

¹² Para aprofundamento deste tema sugiro, dentre outros autores: Graciete Borges da Silva, **Enfermagem profissional: análise crítica**. 2. ed. Cortez: São Paulo, 1989; Maria Cecília Puntel de Almeida e Juan Stuardo Yazlle Rocha, **O saber da enfermagem e sua dimensão prática**, 2. ed. São Paulo: Cortez, 1989; Raimunda Medeiros Germano. **Educação e ideologia da enfermagem no Brasil**. 3. ed. São Paulo: Cortez, 1993.

arguta (...) e que seu florescimento conduza a uma criatividade que encontre reconhecimento na estrutura hierárquica”.

É necessário, a busca do estranhamento, a ruptura desta relação de dominação, seja através da solidariedade, do fortalecimento do grupo de enfermeiros, como, também, a partir da problematização de sua prática cotidiana, podendo, ao se reconhecerem como sujeitos oprimidos, ser capazes de oferecer resistência, de libertar-se da dominação em que estão imersos. Nesse sentido, Santos (1994, p. 252) diz que as *“resistências que emergem informalmente a partir de solidariedade, assumem papel relevante e, muitas vezes, são a origem de resistências organizadas”*, podendo produzir transformações na prática dos trabalhadores.

Ao sujeitar-se à situação de opressão, de dominação, de poder, aceitando passivamente atuar em condições inadequadas de trabalho, o enfermeiro está sendo extremamente desrespeitoso não só consigo mesmo, mas com o cliente, oferecendo-lhe inadequadas condições de atendimento, desrespeitando assim seu direito a um atendimento com qualidade. O enfermeiro pode, até, optar por sujeitar-se a atuar em condições inadequadas de trabalho, mas isto não lhe dá o direito a oferecer, em decorrência desta opção, uma assistência de enfermagem inadequada aos clientes.

Necessário se faz que as resistências às situações de opressão, sejam organizadas coletivamente, aliando-se também ao cliente em suas reivindicações por melhores condições de atendimento de saúde. Assim, fortalecidos, esta luta pode tornar-se mais efetiva, podendo chegar à transformação da realidade cotidiana. Ao agirem reflexivamente e organizados,

os profissionais deixariam de executar apenas um trabalho aparentemente alienado, passando a percebê-lo como fruto de seu pensamento e de sua vontade, um trabalho construído com o exercício da sua autonomia.

Pelas verbalizações acontecidas no grupo de Reflexão/ação, e apresentadas na seqüência a seguir, percebo que os enfermeiros, ainda, continuam assumindo, para si, responsabilidades que seriam de outros profissionais, como do médico, do farmacêutico, da nutricionista, assoberbando-se ainda mais de atividades, deixando, com isto, de realizar funções assistenciais e de gerenciamento de assistência privativas suas:

“o problema é que nós continuamos errando em favor dos pacientes, fazer as coisas sem estar prescritas. Olha, quando um médico não prescreve a gente tem que sair atrás das coisas; o S... outro dia correu meu funcionário lá do Pronto Socorro, tu não vem mais aqui que eu não vou fazer receitas pelos outros médicos, pois é tarefa deles fazer as prescrições e dar as receitas controladas” (Enfermeiro E).

No entanto, percebo, também, manifestações de enfermeiros que já questionam esta postura passiva mostrando-se mais críticos frente a esta atitude, reconhecendo ser necessário uma mudança nessa relação, mesmo que ainda incipiente, mas que pode ser fortalecida com a adesão de outros membros da equipe de enfermagem e mesmo do cliente:

“eu não faço nada sem estar prescrito, pois não é função minha prescrever. Se o médico não veio prescrever, o problema é dele. Eu já levei muito pela cara, hoje não faço mais e pronto; acredito que só assim eles aprendem a fazer as coisas que é da responsabilidade deles. Quando é minha culpa, eu assumo, eles têm que assumir quando for deles” (Enfermeiro C).

“agora eu digo para os pacientes quando falta algumas coisas, eu digo que não tem. Esses dias, não tinha toalha, eu disse para o paciente que não é culpa minha, traz toalha de casa; eles têm o direito (grifo meu) de saber que não tem; se nós ficarmos escondendo, eles não vão saber que não tem; assim, é em relação à medicação, eu digo, pois assim eles podem reclamar para a direção, mesmo que a direção não goste; pode ser que assim os pacientes se conscientizem da necessidade de reivindicar para conseguir as coisas” (Enfermeiro E).

Pelos depoimentos anteriores, é possível perceber alguns indícios de mudanças na ação dos enfermeiros participante do grupo de Reflexão/ação, através da informação do cliente acerca das condições de seu atendimento, respeitando assim o seu direito à informação sobre sua saúde, seu atendimento e seu bem-estar. Estas mudanças, mesmo que tímidas, podem ser o início de um processo mais amplo, no qual o respeito aos direitos e à autonomia do cliente sejam mais efetivos.

No entanto, reconheço que as amarras, os laços que prendem os enfermeiros a uma prática acrítica e não reflexiva, parecem ainda ser muito fortes. A sujeição à quem representa o poder hegemônico na instituição, ao médico, às chefias, foi reconhecido pelos membros do grupo; entretanto, outros sinalizadores de microrrupturas em busca de uma transformação na prática dos enfermeiros, puderam ser observados.

Estas microrrupturas assim como as suas múltiplas possibilidades puderam ser constatadas, pela busca, por parte de alguns dos seus integrantes, de realizar Cursos de Especialização em Projetos Assistenciais de Enfermagem o qual tem oportunizado, aos seus alunos, problematizarem a sua prática cotidiana, através do desenvolvimento de atividades envolvendo a

equipe do seu local de trabalho; mediante discussões com o grupo de alunos; pela realização de uma prática assistencial de enfermagem.

Conforme Freire (1992), somos seres vocacionados para a humanização e esta deve ser construída por homens enquanto sujeitos históricos, pois “o sonho pela humanização, cuja concretização é sempre processo, e sempre devir, passa pela ruptura das amarras reais, concretas de ordem econômica, política, social, ideológica etc., que nos estão condenando à desumanização” (Freire, 1992 p. 99).

A trajetória percorrida pelos enfermeiros no grupo de Reflexão/ação serviu para demonstrar que parece ter havido o seu fortalecimento, através das interrelações e reflexões acontecidas sobre o seu saber e o seu fazer, no cotidiano de sua prática. A partir da sua problematização, aparentemente, passaram a relacionar este fazer com os direitos do cliente e com seus próprios direitos enquanto trabalhadores de uma instituição hospitalar. Percebi, através das manifestações, que o grupo se sentia mais unido e fortalecido em suas decisões, tanto que houve sugestões de continuarem a se reunir regularmente, bem como de convidar outros membros para se agregarem ao grupo, com a finalidade de problematizarem as suas questões cotidianas na instituição. Freire (1987, p. 50) nos diz que os trabalhadores sociais, sendo capazes de perceberem a estrutura e as condições em que se encontram, a sua percepção da realidade pode mudar, “a mudança da percepção da realidade, que antes era vista como algo imutável, significa para os indivíduos vê-la como realmente é: uma realidade histórico-cultural, humana, criada pelos homens e que pode ser transformada por eles”.

Outro avanço que pôde ser percebido, no grupo de reflexão/ação, foi em relação ao reconhecimento da autonomia, do direito do cliente à informação pelos enfermeiros:

“eu sempre digo para o paciente o que ele vai tomar, explico para o que é; se ele não quiser tomar, eu explico o porquê deve tomar; se, mesmo assim, ele não quiser, não insisto mais, porque ele é dono da vontade dele, só aviso ao médico ou deixo por escrito no livro, senão sobra para mim depois” (Enfermeiro D).

Apesar da opressão e do medo da demissão, alguns membros da equipe já vêm refletindo e questionando o por quê da realização, pela enfermagem, de funções que são da responsabilidade de outros profissionais. Podemos perceber, ainda, algumas estratégias que vêm sendo por eles utilizadas para a não realização de ações que competem a outros profissionais, mesmo que isto implique em sua demissão da instituição pela administração, conforme depoimentos a seguir:

“o grande problema é, que se tu não faz, tu fica na linha de frente contra o médico, contra a chefia, contra o administrador; aí eles vão e dizem por que não fizeste, sobra para ti, ou tu é advertida ou te põem na rua, pois assim não serve para eles. Quando me pedem para fazer a nutrição parenteral, eu digo que não sei fazer, aí eles não me pedem mais” (Enfermeira E).

“eu estava de plantão num domingo, e a coordenadora da enfermagem me chamou para fazer uma Nutrição Parenteral. Eu já tinha dito que não ia fazer mais, mas ela me disse “tu sabes fazer, tens que fazer, não quero nem saber”. Aí, eu pensei, se o doente morrer vai sobrar para mim. Aí, vocês imaginem, se a coordenadora, enquanto chefe da enfermagem, que era para lutar por nós praticamente nos obriga a fazer uma coisa que não nos compete, como é que nós ficamos; aqui, as coisas acontecem e, quanto a isso, o COREn não faz nada, muitas queixas têm sido feitas mas estoura sempre em nós, e a gente precisa do emprego” (Enfermeiro B).

Lunardi (1994), ao refletir acerca das responsabilidades éticas das enfermeiras no exercício da assistência de enfermagem e no exercício da docência, afirma que nós, enfermeiros, possuímos imensa capacidade de adaptação às situações adversas enfrentadas nas instituições de saúde e questiona *“porque temos caladamente enfrentado esta realidade, ou porque só falamos, eventualmente, entre nós, desgastando-nos emocionalmente, numa atitude pobre no sentido político, pois pouco ou quase nada tem revertido em mudanças da situação”* (Lunardi, 1994, p. 55).

Apoiados em Freire (1982, p. 139) podemos refletir acerca das pequenas mudanças que vêm ocorrendo nas ações dos enfermeiros, pois, o homem é quem faz a história, transforma o mundo através de suas ações, e a conscientização *“só se verifica através da práxis, da ação e reflexão”*, implicando em uma nova ação, agora mais crítica da realidade do sujeito.

Entendo como necessário, também, diante das falas dos enfermeiros, refletir acerca das atitudes assumidas pelas chefias de enfermagem que, freqüentemente, também como oprimidas, não têm buscado aliar-se aos profissionais na busca de melhores condições de trabalho.

Os enfermeiros reconhecem que os direitos do cliente, freqüentemente são desrespeitados mais em decorrência de decisões tomadas pela administração hospitalar, à medida que não lhes oferece recursos materiais e humanos necessários para o desenvolvimento de uma assistência de enfermagem com qualidade. Este reconhecimento, de que o cliente tem direito a uma assistência livre de riscos, de danos e com qualidade, denota um

avanço no grupo, pois ao iniciarmos a prática educativa, não parecia ser claro este entendimento por parte dos enfermeiros. No entanto, pela fala do enfermeiro E, é possível constatar que ainda há um caminho a percorrer no sentido do fortalecimento dos enfermeiros, tanto individual como coletivamente, de modo a exercerem sua condição de sujeitos históricos, de lutarem e persistirem em sua luta por mudanças:

"muito do que acontece de desrespeito aos direitos das pessoas que internam no hospital, poderia ser evitado se contássemos com o apoio da coordenação de enfermagem; muitos profissionais sem habilitação e sem competência continuam prestando assistência de enfermagem aos pacientes, colocando em risco a saúde desses pacientes. A gente fala para a coordenadora que fulana não tem competência, pede para tirar dali e colocar em outro setor que não ofereça risco aos pacientes, mas muitas vezes não somos atendidas; então, a gente desiste e reza para que não aconteça nada de mais" (Enfermeiro E).

Os enfermeiros, a partir da problematização e discussões ocorridas no grupo de reflexão/ação, parecem ter se permitido questionar a situação que estão vivenciando como profissionais, questionando a assistência prestada. Percebi, assim como Saupe et al (1997, p. 74), que *"as transformações acontecem de diferentes maneiras: muitas vezes elas são evidentes, rápidas e concretas. Outras vezes são abstratas, permanecem em cada consciência e o que acontece é a sensibilização dos membros do grupo para um novo olhar à realidade"*. Estas mudanças, para as autoras, *"vão do compromisso e do envolvimento de cada um, que somando aos outros membros do Círculo de Cultura, irão buscar a transformação possível"*, sendo necessário lutar pelo

fortalecimento do grupo de enfermeiros da instituição. A seguir apresento, o capítulo das considerações finais.

CAPÍTULO V

CONSIDERAÇÕES FINAIS

"Através da sua permanente ação transformadora da realidade objetiva, os homens, simultaneamente, criam a história e se fazem seres históricos-sociais".

Freire, 1987, p. 92.

5 - CONSIDERAÇÕES FINAIS

Esta prática assistencial educativa teve como objetivo problematizar com um grupo de enfermeiros a questão dos direitos dos clientes, permitindo-me verificar como eles percebem e vêm enfrentando em seu cotidiano as situações em que se evidenciam relações de desrespeito aos direitos do cliente. Permitiu-me, também, como eles percebem e vêm enfrentando as questões relacionadas ao desrespeito de seus próprios direitos enquanto trabalhadores da saúde, problematizando não só tais situações de desrespeito a si, mas, também, as consequências negativas para o respeito aos direitos dos clientes. A partir dos diálogos acontecidos no grupo, pude conhecer algumas das suas opiniões, crenças e valores; como o grupo pensa e age em sua prática cotidiana, no enfrentamento destas questões.

Discutir os direitos do cliente, despertou no grupo, inquietude e interesse, pois ao refletirem sobre este tema, vieram à tona, também, questões relacionadas aos seus próprios direitos enquanto sujeitos, que, por vezes, são desrespeitados. Vários questionamentos foram levantados a partir daí: como discutir, com tranquilidade, os direitos dos outros se não reconheço, e, às vezes, nego o meu próprio direito como sujeito? Até que ponto, ao me omitir diante do desrespeito aos meus próprios direitos como trabalhador de

enfermagem, também, estou me omitindo frente ao desrespeito aos direitos dos clientes de receberem uma assistência de enfermagem com qualidade? O enfermeiro, ao aceitar que seus direitos sejam desrespeitados e, em decorrência, os do cliente, não lhe dá direito de decidir o que fazer e como agir e, geralmente, sequer ter conhecimento de que seus direitos estão sendo desconsiderados. O profissional, ao agir assim, está negando a capacidade do cliente como um ser autônomo, com condições de decidir o que quer para si, como deseja ser atendido e reconhecido enquanto cidadão com direito à assistência de saúde.

Num primeiro momento, então, o grupo sentiu necessidade de discutir sua própria situação de sujeito, no que foi respeitado, reconhecendo-se a si como oprimido nessa relação de poder e opressão que sofre por parte da chefia, do médico, da instituição. A partir do seu reconhecimento como sujeito também opressor, pôde-se discutir os direitos do cliente e a sua situação como sujeito oprimido pelo enfermeiro, pela instituição, pelo médico e pelo sistema de saúde.

Ao analisar os dados obtidos através dos diálogos com o grupo de reflexão/ação, foi possível identificar alguns fatores relacionados ao respeito ou desrespeito aos direitos do cliente: a sua desinformação acerca de assuntos que dizem respeito a si; as condições de seu atendimento, o desrespeito à sua autonomia; a discriminação, a desigualdade de acesso aos serviços de saúde, dentre outros. Estes fatores têm contribuído para que o clientes seja mantido numa relação de dependência frente aos profissionais da saúde, permanecendo como objeto nessa relação assimétrica.

Acredito ser necessário mudar esta relação, reconhecendo-se o cliente como sujeito de sua própria vontade, do seu próprio cuidado, com direitos e deveres, um cidadão. É necessário, também, que construamos com o cliente, uma relação simétrica, democrática, de mutualidade, com responsabilidades recíprocas, de aprendizado, de respeito à sua historicidade e unicidade.

Os enfermeiros, a partir da problematização e discussões ocorridas no grupo de reflexão, parecem ter se permitido questionar a situação que estão vivenciando como profissionais e a assistência de enfermagem prestada aos clientes. Essa reflexão de como vem sendo sua prática, possibilitou-nos visualizar alguns avanços em relação ao respeito aos direitos do cliente, como o reconhecimento da necessidade de solicitação do seu Consentimento Livre e Esclarecido antes de nele realizar determinados procedimentos e tratamento; o direito do cliente à informação; a necessidade de considerar a sua vontade respeitando, assim, sua autonomia.

Como já referido anteriormente, os direitos dos clientes têm uma complexidade que abrangem não apenas o clientes, como a instituição e os profissionais, havendo, também, um grande número de pessoas envolvidas nesse processo assistencial, permeados por uma conjuntura sócio-econômica e cultural.

A conscientização como profissional de enfermagem é um processo que pode ser lento, com avanços e retrocessos. A partir da reflexão dos enfermeiros sobre o seu fazer, através de pequenas mudanças em sua ação, pode-se chegar a transformação de sua prática cotidiana.

Percebo que os enfermeiros, no grupo de Reflexão/ação, como sujeitos do seu próprio processo de transformação, problematizaram o seu fazer na instituição, refletiram sobre ele, mostrando-se, aparentemente, mais incomodados e instrumentalizados para buscar mudanças. Na sua prática cotidiana, os enfermeiros desempenham, também, atividades educativas com a equipe, com os clientes e no ambiente social onde estão inseridos, podendo, a partir da articulação com o seu vivido, problematizar, cada vez mais, sua prática, realizando uma reflexão autêntica sobre si, sobre o seu estar no mundo e com o mundo, e ser agente de transformação da realidade que os inquieta. Este viver no mundo, as relações e interações, estímulos, e reações, permitem ao enfermeiro refletir e agir, sendo capaz de aprofundar o seu compromisso com a prática social.

Ao desenvolver esta prática educativa com o grupo de Reflexão-ação, fundamentado em alguns pressupostos e conceitos construídos a partir de Freire, aliado a conhecimentos e experiências da prática de Enfermagem, reconheço que estes me permitiram e possibilitaram problematizar e refletir com o grupo a questão dos direitos do cliente, com vistas à sua conscientização. Neste espaço construído junto ao grupo de Reflexão/ação, permeou o diálogo, a interação, a troca de conhecimentos; cada enfermeiro, como ser humano complexo, histórico e único, produto de suas vivências e experiências pessoais, pôde expressar a sua forma de ler a realidade, pontuando aspectos significativos da mesma, na busca da sua transformação.

O ser humano, desta prática, foi representado pelos profissionais da equipe de enfermagem e pelos clientes. Este ser humano, segundo Freire

(1980), é único, com capacidade de refletir sobre sua realidade, reconhecer-se como histórico, capaz de atuar conscientemente sobre a realidade problematizada, com vistas a sua transformação. É um ser da práxis, na busca contínua do "ser mais". Contraditoriamente, percebo que os sujeitos enfermeiros participantes desta prática, encontram-se na condição de seres oprimidos, tendo alguns de seus direitos desrespeitados e, ao aceitarem, de modo passivo, que os mesmos sejam desrespeitados, desrespeitam, por conseguinte, direitos dos clientes aos quais assistem. Aparentemente, não têm alcançado transformações em sua realidade, permanecendo, ainda, passivos frente às condições inadequadas de trabalho enfrentadas, parecendo ter desistido da luta por melhores condições de atendimento aos clientes, por medo de represálias por parte da administração. Sua prática vem sendo desenvolvida de forma não suficientemente reflexiva; o diálogo com seus pares e com o cliente parece que não vem sendo priorizado. Os clientes, por vezes, parece que vêm sendo desrespeitados, ao não terem sua autonomia reconhecida, e o seu direito à informação sendo, ainda, desconsiderado.

Entendo que é fundamentalmente a partir da reflexão sobre o vivido, que cada indivíduo procurará ou não se comprometer com a transformação da realidade. As reflexões acontecidas, os questionamentos, a participação ativa e o interesse demonstrado pelos participantes foram capazes de impulsionar o grupo para avançar em sua busca de "ser mais" em sua prática cotidiana, sendo, assim, educadores de si e de outros sujeitos e, por conseguinte, possíveis agentes da transformação.

Para avançar em seu processo de conscientização, na busca do enfrentamento da situação de opressão, de dominação que sofrem na instituição, é fundamental e necessário o fortalecimento do grupo para que possam exercer a sua cidadania como profissionais e como pessoas. É necessário que os enfermeiros se aliem aos clientes na luta por melhores condições de assistência em saúde, para que, politicamente mais fortalecidos, possam ser ouvidos e atendidos em suas reivindicações.

O estabelecimento de uma relação de parceria enfermeiro-cliente a meu ver, pode fortalecê-los na busca do respeito aos seus direitos, na luta por melhores condições de atendimento não só para si, mas como para a comunidade local. Freire (1992, p. 100) afirma que apenas a percepção de nossa inconclusão não é suficiente para a libertação e transformação dos sujeitos, sendo necessário agregar a ela, a luta política pela transformação, pois nós *“homens e mulheres ao longo da história (...) inventamos a possibilidade de nos libertarmos na medida em que nos tornamos capazes de nos perceber como seres inconclusos, limitados, condicionados, históricos”*. No entanto, a *“libertação dos indivíduos só ganha profunda significação quando se alcança a transformação da sociedade”*.

Para esta prática, defini o meu conceito de enfermagem como uma profissão da área da saúde que tem, em sua essência, o cuidado ao ser humano, através da interação, individual ou coletiva, em busca do “ser mais” do cliente. Pude perceber, ao longo da sua implementação, evidências de um distanciamento entre o conceito proposto e a prática da enfermagem, pelas

múltiplas dificuldades enfrentadas tanto pelos clientes quanto pelos enfermeiros.

Constatei, através dos diálogos com os enfermeiros que sua prática vem se dando de modo predominantemente repetitiva e rotineira em que a reflexão comumente não faz parte do seu agir cotidiano. Os enfermeiros, de modo freqüente, também, estão submetidos às condições inadequadas de trabalho, à opressão, ao medo de perder o emprego, a toda uma rede de poder e dominação, também, muitas vezes, têm se mantido passivos frente às situações de desrespeito aos direitos dos clientes e aos seus próprios direitos enquanto profissionais e pessoas.

Destaco, como fator facilitador no desenvolvimento desta prática educativa, a participação dos enfermeiros e o interesse demonstrado no grupo de reflexão-ação, com vistas ao desvelamento crítico de sua prática cotidiana, a sua participação ativa dispondo-se a expor suas experiências individuais, contribuindo para a compreensão de como eles vêm enfrentando as situações de desrespeito aos direitos dos clientes e aos seus próprios direitos enquanto profissionais de saúde. Cabe destacar, também, a liberação dos enfermeiros pela instituição para participarem da prática educativa em seus horários de trabalho.

Dentre as dificuldades enfrentadas, cito a realização da prática em horário de trabalho dos enfermeiros, o que, em algumas vezes, retardava a sua chegada para os encontros, ou, até, inviabilizar a sua participação. Destaco a incidência de duplo emprego dos enfermeiros, o que possivelmente tenha

favorecido para a manifestação de cansaço de alguns membros durante os diálogos.

A realização deste processo educativo enriqueceu minha experiência pessoal e profissional, estimulando-me a novas reflexões sobre minha prática cotidiana. Percebo que muito há a saber e que a experiência vivida com os membros do grupo, fortaleceu minha esperança de buscar novas formas de pensar, de agir, de modo a poder visualizar a realidade sob um novo olhar.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

"Não posso entender os homens e as mulheres, a não ser mais do que simplesmente vivendo, histórica, cultural e socialmente existindo, como seres fazedores de seu caminho que, ao fazê-lo, se expõem ou se entregam ao caminho que estão fazendo e que assim os refazem também"

Freire, 1996, p. 97.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ANDERY, A. A. Três modalidades de ética profissional. IN: Queiroz, J.J. **A ética no mundo de hoje**. São Paulo: Paulinas, 1985. p. 75-87.
- ASTETE, R. A. T.; PAIVA, S. de S. Direitos do paciente: exercícios dos princípios bioéticos pela enfermagem. Anais do Congresso Brasileiro de Enfermagem, (50:1998: Salvador). **Anais**. Salvador: ABEn, 1998
- BERTASO, J. M. **Devir-cidadania**: as (im) possibilidades na leitura freudiana. Florianópolis. UFSC, 1998. Dissertação (Mestrado em Ciências Humanas, Direito) - Universidade Federal de Santa Catarina.
- BRANDÃO, C. R. **O que é o método Paulo Freire**. 17. ed. São Paulo: Brasiliense, 1991.
- BRASIL. Ministério do Trabalho – Conselho Federal de Enfermagem: Lei nº 7.498, de 25 de junho de 1986. Dispõe sobre a regulamentação do exercício da enfermagem e dá outras providências. Diário Oficial da **República Federativa do Brasil**, Brasília, 1986.
- BRASIL, Decreto Regulamentador do Exercício Profissional. Lei nº 94.406, de 8 de junho de 1987. Regulamenta a Lei nº 7.498 de 25 de junho de 1986, que dispõe sobre o exercício da enfermagem, e dá outras providências. **República Federativa do Brasil**, Brasília, 1987.
- BRASIL, Resolução COFEN nº 160 de 12 de janeiro de 1993, Aprova o Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem. **República Federativa do Brasil**, Brasília, 1993.
- BRASIL, Código de proteção e defesa do consumidor: Lei nº 8.078/90. São Paulo. Saraiva, 1998.
- BRITO, V. H. **Desvelando o processo ensino-aprendizagem de assistência de enfermagem**: ação e reflexão sobre a realidade com o corpo discente.

Florianópolis: UFSC, 1997. Dissertação (Mestrado em Assistência de Enfermagem) – Universidade Federal de Santa Catarina.

CARLIN, V. I. **Ética e bioética**. Florianópolis: Terceiro Milênio, 1998.

CLOTET, J. A bioética: uma ética aplicada em destaque. IN: CAPONI, G. A.; LEOPARDI, M. T.; CAPONI, S. N. C. A saúde como desafio ético. Anais do Seminário Internacional de Filosofia e Saúde. (1.: 1995: Florianópolis). **Anais** Florianópolis: Sociedade de Estudos em Filosofia e Saúde, 1995.

COELHO, L. C. D. **Percepção das enfermeiras acerca da responsabilidade ético-legal no exercício profissional**. Florianópolis, 1993. Dissertação (Mestrado em Assistência de Enfermagem) - Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina.

CARRARO, T. E. **Enfermagem e assistência: resgatando Florence Nightingale**. Goiânia: AB, 1997.

DANTAS, L. G. M.; ALMEIDA, V. L. Condições de trabalho e estresse em enfermeiras de uma unidade de emergência. In: Anais do Congresso Brasileiro de Enfermagem e Congresso Panamericano de Enfermeira. Florianópolis. (51.:1999; 10.: 1999: Florianópolis). **Anais**. Metrópole, 1999

FORTES, P. A. de C. **Ética e saúde**. São Paulo: E.P.U., 1998.

FOUCAULT, M. **Microfísica do poder**. 9. ed. Rio de Janeiro: Graal, 1990.

FREIRE, P. **Educação e mudança**. 21 ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1979.

_____**Conscientização: teoria e prática da libertação uma introdução ao pensamento de Paulo Freire**. São Paulo: Moraes, 1980.

_____**Ação cultural para a liberdade**. 8 ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1982.

_____**Pedagogia do oprimido**. 21. ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1987.

_____**Pedagogia da esperança: um reencontro com a pedagogia do oprimido**. 4. ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1992.

_____**Política e educação: ensaios**. 2. ed. São Paulo: Cortez, 1993.

_____**Pedagogia da autonomia: saberes necessários à prática educativa**. São Paulo: Paz e Terra, 1996.

GADOTI, M. (ORG). **Paulo Freire: uma biografia**. 1ª reimpressão. São Paulo: Cortez, 1997.

- GAUDERER, E. C. **Os direitos do paciente: um manual de sobrevivência**. 5 ed. Rio de Janeiro: Record, 1995.
- GELAIN, I. **Deontologia e enfermagem**. 3 ed. Revisada e ampliada. São Paulo: E.P.U., 1998.
- GERMANO, R.M **A ética e o ensino de ética na enfermagem do Brasil**. São Paulo: Cortez, 1993.
- GIORGI, M. D. M. **O idealizado e o realizado no ensino da assistência de enfermagem**. Florianópolis, 1997. Dissertação (Mestrado em Assistência de Enfermagem) - Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina.
- GUIDO, L. de A. **A interação/transação enfermeiro/cliente: uma metodologia para assistência ao cliente cirúrgico-ambulatorial**. Florianópolis, 1996. Dissertação (Mestrado em Assistência de Enfermagem) - Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina.
- LAUTERT, L. et al. O estresse na atividade gerencial do enfermeiro. In: Anais do Congresso Brasileiro de Enfermagem e Congresso Panamericano de Enfermería. Florianópolis, (51:1999; 10:1999: Florianópolis). **Anais Florianópolis: Metrópole**, 1999.
- LEOPARDI, M. T. et al. **Saber fazer, saber criar: núcleo de pesquisa**. Florianópolis: Papa-Livro, 1995.
- LÜDKE, M.; ANDRÉ, M. E.D. **A Pesquisa em educação: abordagens qualitativas**. São Paulo: E.P.U., 1986.
- LUNA, F.; SALLES, A. **Decisiones de vida y muerte: eutanasia, aborto y otros temas de ética médica**. Buenos Aires: Sudamericana Humberto, 1995.
- LUNARDI FILHO, W. D. **O mito da subalternidade do trabalho da enfermagem à medicina**. Florianópolis, 1998, Tese (Doutorado). Universidade Federal de Santa Catarina, UFSC.
- LUNARDI FILHO, W. D. Abordando a enfermagem e o enfermeiro sob uma nova ótica. **Texto e Contexto**, Florianópolis, v.3, n.2, p. 35-46, jul./dez. 1994.
- LUNARDI, V. L. Responsabilidade profissional da enfermeira. **Texto e Contexto**, Florianópolis, v. 3, n.2, p. 47-57, jul./dez. 1994.
- _____. **Do poder pastoral ao cuidado de si: a governabilidade na enfermagem**. Florianópolis: 1997. Tese (Doutorado) Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina.

- _____. Medo: fio visível/invisível na docilização do corpo da enfermeira. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília, v. 48, n. 3, p. 195-203, jul./ago./set. 1995.
- MARZIALE, M. H. P. CARVALHO, C. C. Análise ergonômica das atividades de enfermagem em uma unidade de internação hospitalar. IN: Anais do Congresso Panamericano de Investigação em Enfermagem. (5.: 1998 Ribeirão Preto). **Anais** Ribeirão Preto: USP, 1998.
- OGISSO, T. A mulher na força de trabalho: o trabalho da mulher enfermeira. **Revista de Enfermagem da UERJ**, Rio de Janeiro v.6, n.1. 142 jul/1998, p. 309-316.
- ORNELLAS, C. P. Cidadania e direitos sociais. **Revista de Enfermagem da UERJ**, Rio de Janeiro, v. 3. n 2. p. 184 - 188. out. 1995.
- PATERSON, J.; ZDERAD, L. **Humanist nursing**. New York: Willey, 1988.
- PESSINI, L.; BARCHIFONTAINE, C. P. de **Problemas atuais de bioética**. São Paulo: Loyola, 1996.
- REZENDE, A. L. M. O compromisso de educar para a saúde, **Rev. Amae Educando**, Minas Gerais, 1984.
- SANTOS, E. dos **A decodificação do Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem**: uma contribuição à discussão da ética profissional. Florianópolis, 1999. Dissertação (Mestrado em Assistência de Enfermagem) Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina.
- SANTOS, Sérgio R. dos; FILHO, José R. Enfermagem: fator de satisfação. **Rev. Bras. Enferm.** Brasília, v. 48, n. 3, p. 242-250, jul./ago./set. 1995.
- SAUPE, R. et al. Concepções do educador Paulo Freire: como vem sendo utilizadas pela enfermagem. **Revista Cogitare Enfermagem**, Curitiba, v.2, n.1, p. 70 – 75, jan./jul. 1997.
- SCHNEIDER, J. F. et al. Enfermagem a autonomia do paciente. In: _____. CAPONI, G. A.; LEOPARDI, M. T.; CAPONI, S. N. C. A saúde como desafio ético. Anais do Seminário Internacional de Filosofia e Saúde. (1:1995: Florianópolis). **Anais** Florianópolis: SEFES, 1995.
- SELIGMANN-SilVA, E. **Desgaste mental no trabalho dominado**. Rio de Janeiro: Cortez, 1994.
- SELLI, L. **Beneficência, autonomia e justiça como princípios bioéticos**: implicações para o fazer de enfermagem. Florianópolis, 1997. Dissertação (Mestrado em Assistência de Enfermagem) Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina.

- SOARES, N. V. **A família junto ao paciente no Centro Cirúrgico**. Rio Grande: FURG, (Especialização em Projetos Assistenciais). Fundação Universidade do Rio Grande, 1997. Mimeo.
- SOUZA, M. F. Referencial teórico. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**. São Paulo, v. 18, n.3, p. 223-224, 1984.
- STEFANELLI, M. C. **Comunicação com paciente teoria e ensino**. São Paulo: Robe, 1993.
- TRENTINI, M. DIAS, L. P. M. **Meu Primeiro Projeto Assistencial**. Florianópolis, UFSC, 1994.
- TRENTINI, M. Relação entre teoria, pesquisa e prática. São Paulo, **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 21, nº 2, p. 135-143, ago. 1987.
- UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ. Biblioteca Central, **Normas para apresentação de trabalhos**. Curitiba: UFPR, 5. ed. vs. 3, 7 e 8, 1995.
- VELOSO, I. B. P. O Direito do paciente hospitalizado em relação ao acesso à informação do seu prontuário - conhecimento da equipe de enfermagem. Anais do Congresso Brasileiro de Enfermagem, (50: 1998: Salvador). **Anais**. Salvador: ABEn nacional, 1998.
- ZAPPAS, S. **O cuidar/cuidado no centro cirúrgico: uma esperança ou uma realidade**. Florianópolis, UFSC, 1996, Dissertação (Mestrado em Assistência de Enfermagem) Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina.

ANEXOS

ANEXO A

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA – UFSC CENTRO DE
CIÊNCIAS DA SAÚDE – PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM -
MESTRADO EM ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM

Senhora Coordenadora

Venho pelo presente solicitar, a Vossa Senhoria, permissão para a realização de uma prática educativa com um grupo de enfermeiros, acerca dos direitos do cliente. O trabalho tem como objetivo, discutir com o grupo, como os enfermeiros vêm enfrentando esta questão em sua prática cotidiana.

Teremos sempre presente o compromisso ético de resguardar todos os sujeitos envolvidos, assim como a instituição, de qualquer risco, e de opiniões que forem emitidas.

Pretendemos realizar encontros com o grupo de oito (8) enfermeiros, com duração aproximada de 60 minutos. Outrossim, solicitamos a colaboração da cedência de uma sala no próprio hospital, para melhor operacionalizar os encontros.

Atenciosamente.

Mestrando: Narciso Vieira Soares
Fone para contato: 0532.32.90.93.
Orientadora Dra. Valéria Lerch Lunardi

ANEXO B

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA – UFSC. CENTRO DE
CIÊNCIAS DA SAÚDE - PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM -
MESTRADO EM ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM

Prezado Enfermeiro

Venho através do presente, solicitar sua colaboração no sentido do trabalho que será desenvolvido, por nós, como aluno do Curso de Mestrado em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina, sob a Orientação da Dr^a Valéria Lerch Lunardi.

Esta proposta tem como objetivo, problematizar a questão dos direitos do paciente, na tentativa de ver de que maneira os enfermeiros vêm enfrentando essa questão no cotidiano de seu trabalho.

Responsável Mestrando: Narciso Vieira Soares

Orientadora: Dra. Valéria Lerch Lunardi

ANEXO C

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA - UFSC
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE – PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM -
MESTRADO EM ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM

CONSENTIMENTO LIVRE ESCLARECIDO

Pelo presente consentimento livre e esclarecido, declaro que fui informado, clara e detalhadamente, da forma como será desenvolvida esta Prática Assistencial, seus objetivos e a metodologia a ser utilizada. Estou ciente, também, de que aos participantes será assegurado: receber esclarecimentos, antes e durante o desenvolvimento deste estudo; liberdade de participar ou retirar seu consentimento sem penalidade alguma; permitir o uso de gravador e anotações dos diálogos, com garantia do sigilo e anonimato; privacidade individual e coletiva quanto aos dados confidenciais envolvidos no estudo; garantia do retorno dos resultados obtidos em todas as etapas do estudo, assegurando-me as condições de acompanhamento.

Nome do Enfermeiro: _____

Assinatura do Enfermeiro: _____

Responsável Mestrando: Narciso Vieira Soares
Orientadora: Dra. Valéria Lerch Lunardi