

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO

**FERNANDA DUARTE DA SILVA DE FREITAS**

REPRESENTAÇÕES SOCIAIS DOS ESTUDANTES DE GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM  
SOBRE OS DIREITOS DOS USUÁRIOS DA SAÚDE

RIO DE JANEIRO  
2017

Fernanda Duarte da Silva de Freitas

REPRESENTAÇÕES SOCIAIS DOS ESTUDANTES DE GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM  
SOBRE OS DIREITOS DOS USUÁRIOS DA SAÚDE

Tese de doutorado apresentada ao Programa de Pós-Graduação  
da Escola de Enfermagem Anna Nery, como parte dos requisitos  
necessários para a obtenção do grau de Doutor.

Orientadora: Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Márcia de Assunção Ferreira

RIO DE JANEIRO  
2017

Pesquisa financiada pela Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Ensino Superior (CAPES), pelo Programa de Demanda Social, de 2013-2016.

Doutoramento com período de intercâmbio Internacional, financiado pela Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Ensino Superior (CAPES), pelo Programa de Doutorado Sanduíche no Exterior (PDSE), cumprido no período de Setembro de 2014 a janeiro de 2015, na Université D'Aix Marseille (Laboratoire de Psychologie Sociale), sob tutoria do Prof. Dr. Thémis Apostolidis.

Freitas, Fernanda Duarte da Silva de Freitas  
Representações Sociais dos estudantes de graduação em  
Enfermagem sobre os direitos dos usuários da saúde / Fernanda  
Duarte da Silva de Freitas. -- Rio de Janeiro: UFRJ / Escola de  
Enfermagem Anna Nery, 2017.

153 f.

Tese (Doutorado em enfermagem) – UFRJ / Escola de  
Enfermagem Anna Nery, Programa de Pós-Graduação em  
Enfermagem, 2017.

Orientador: Profª Drª Márcia de Assunção Ferreira

1. Enfermagem. 2. Estudantes de Enfermagem. 3. Psicologia  
Social. 4. Direitos do paciente. - Dissertação. I. Márcia de Assunção  
Ferreira (orienter). II. Universidade Federal do Rio de Janeiro, Escola  
de Enfermagem Anna Nery, Programa de Pós – Graduação,  
Enfermagem. III. Título.

Fernanda Duarte da Silva de Freitas

REPRESENTAÇÕES SOCIAIS DOS ESTUDANTES DE GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM  
SOBRE OS DIREITOS DOS USUÁRIOS DA SAÚDE

Tese de doutorado apresentada ao Programa de Pós-Graduação e Pesquisa da Escola de Enfermagem Anna Nery, da Universidade Federal do Rio de Janeiro, como parte dos requisitos necessários à obtenção do título de doutor em Enfermagem.

Banca Examinadora

---

Márcia de Assunção Ferreira, Prof<sup>a</sup> Titular, UFRJ - Presidente

---

Marta Lenise do Prado, Prof<sup>a</sup> Titular, UFSC – 1<sup>a</sup> Examinadora

---

Antonio Marcos Tosoli Gomes, Prof<sup>o</sup> Dr<sup>o</sup>, UERJ – 2<sup>o</sup> Examinador

---

Flávia Pacheco de Araújo, Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup>, UFRJ – 3<sup>a</sup> Examinadora

---

Rafael Celestino da Silva, Prof<sup>o</sup> Dr<sup>o</sup>, UFRJ – 4<sup>o</sup> Examinador

Suplentes

---

Ítalo Silva, Prof<sup>o</sup> Dr<sup>o</sup>, UFRJ - Suplente

---

Raquel de Souza Ramos, Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup>, INCA - Suplente

## DEDICATÓRIA

*Dedico esta tese as minhas sobrinhas Maria Eduarda e Manuela e meu sobrinho Bernardo, por todas as minhas ausências.*

## AGRADECIMENTOS

*Agradeço primeiramente e sempre a Deus, porque dele, por ele e para ele são todas as coisas.*

*Aos meus pais Orlando e Maria e minhas irmãs Jaqueline e Beatriz por todo o amor e especialmente porque sempre acreditaram em mim.*

*Ao meu marido, por toda a paciência e amor durante a minha trajetória acadêmica, essa tese também é sua.*

*A minha querida amiga Tamyres Mendes e Thiago Silva, presentes que a Enfermagem me deu que quero levar para toda a vida.*

*Professora Márcia Assunção, minha eterna gratidão por todo o cuidado, paciência e dedicação durante oito anos de orientação acadêmica. Exemplo de compromisso e responsabilidade com a Enfermagem, sem você eu não teria chegado até aqui.*

*Ao professor Thémis por ter me acolhido durante o meu intercâmbio em Marseille, na França, muito obrigada.*

*Professor Antonio Marcos Tosoli Gomes, presente da Teoria das Representações Sociais que eu tive o privilégio de conhecer, por ser exemplo de inteligência e humildade, eterna gratidão por todas as contribuições e reflexões.*

*Aos jovens professores e doutores Rafael Silva, Flávia Araújo, Priscilla Broca, Ítalo Silva por serem exemplos a serem seguidos.*

*A equipe de Enfermagem do Pronto Socorro Leônidas Sampaio, por me ensinarem a cuidar.*

*Aos estudantes de graduação em Enfermagem que aceitaram participar desse estudo, muito obrigada.*

## RESUMO

Freitas, Fernanda Duarte da Silva de. **Representações Sociais dos estudantes de graduação em Enfermagem sobre os direitos dos usuários da saúde**. Rio de Janeiro, 2017. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem Anna Nery, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2017.

Esta pesquisa tem como objeto: as representações sociais (RS) dos estudantes de Enfermagem sobre os direitos dos usuários da saúde. Os objetivos foram: identificar as RS dos estudantes de graduação em Enfermagem sobre os direitos dos usuários da saúde; descrever os elementos que integram as RS dos estudantes de Enfermagem em diferentes momentos do curso de graduação em Enfermagem e discutir os direitos dos usuários da saúde e suas relações com o cuidado de Enfermagem, à luz das RS dos estudantes. Método: o referencial teórico e metodológico é a Teoria das Representações Sociais (TRS), na sua abordagem processual e estrutural. Os participantes foram 228 estudantes de graduação em Enfermagem, 117 do terceiro e 111 do oitavo períodos, de uma instituição pública federal do Rio de Janeiro. Foi realizada uma triangulação metodológica com a utilização de três técnicas com as seguintes amostras, a saber: técnica de evocações livres (TEL): 49 estudantes do terceiro e 43 estudantes do oitavo período, totalizando 92 estudantes; técnica de Entrevista em profundidade: 20 estudantes do terceiro e 20 estudantes do oitavo período, totalizando 40 estudantes e o quase-experimento: 48 estudantes do terceiro período e 48 estudantes do oitavo, totalizando 96 estudantes. Os dados provenientes das entrevistas foram submetidos ao software ALCESTE 2012. Foi realizada a análise do tipo padrão com 75% de aproveitamento do corpus. Quanto a abordagem estrutural, a análise dos dados da TEL foi por estatística, através do Software EVOC (Ensemble de programmes permettant l'analyse des evocations), versão de 2003. Tomando como base os resultados e as análises referentes a abordagem estrutural e processual das RS dos estudantes sobre os direitos dos usuários da saúde, realizou-se um quase experimento com os estudantes. O quase-experimento compôs-se de situações com três cenários (casos): caso controle (caso 1), uma situação com a presença da variável “parente” (caso 2), uma situação com a presença da variável “função profissional”. Para tanto se considerou a seguinte hipótese: há variáveis relacionadas ao atendimento (questões) que podem ser modificadas na dependência de características do usuário que procura os serviços de saúde (parente e função profissional) para o grupo de estudantes (terceiro e oitavo período do curso de graduação) configurando as RS dos direitos dos usuários da saúde. Para cada experimento o estudante respondeu 15 perguntas que versaram sobre: o acesso, o sistema público e o privado, o respeito e o conhecimento sobre os direitos dos usuários da saúde, atendimento, tratamento e relação com a equipe médica e com a equipe de Enfermagem. Os dados desse quase experimento foram analisados a partir da análise do tipo MANOVA. Os resultados da abordagem processual evidenciaram o positivo e o negativo dos direitos dos usuários da saúde e da Enfermagem, as dificuldades na garantia dos direitos dos usuários e o ensino durante o curso de graduação em Enfermagem como espaço de discussão sobre a temática. Na abordagem estrutural foi possível estabelecer aproximações e distanciamentos nas RS dos estudantes de enfermagem do terceiro e oitavo período sobre os direitos dos usuários da saúde, para os estudantes do terceiro período o termo mais evocado foi valores, evidenciando que para este grupo a ideia dos direitos dos usuários da saúde possuem relação com os valores das pessoas - profissionais enquanto os estudantes do oitavo possuem RS com elementos mais reificados, pautados nos princípios das políticas públicas do SUS. Com a realização do quase - experimento foi possível evidenciar que 11 das 15 questões possuem diferenças significativas entre as variáveis apresentadas, à saber: 10 delas ocorreram no caso experimental, dentre estas 10, sete delas ocorreram em razão da função profissional exercida pelo usuário da saúde

e três delas ocorreram na condição experimental e grupo. Considerações finais: As RS dos estudantes de Enfermagem do terceiro e oitavo período sobre os direitos dos usuários da saúde são construídas baseadas na noção de "acesso" que os usuários da saúde buscam nos serviços de saúde, para objetivar e garantir seu "direito", visando a um atendimento bom, seja no serviço público ou no privado. O que demarca a igualdade no acesso aos serviços de saúde como garantia dos direitos dos usuários da saúde não são só esses sub-sistemas de saúde (público e privado), mas também os usuários da saúde que buscam os serviços oferecidos por estes. Durante o curso de graduação em Enfermagem os estudantes aprendem que todas as pessoas devam ser tratadas iguais; porém, observam que no cotidiano dos serviços de saúde, seja no setor público ou privado, isso não acontece. Logo é preciso (re)pensar sobre as práticas de cuidado articuladas aos saberes sociais de seus produtores com o arcabouço teórico e científico da área e, por isso, a utilização de metodologias ativas que exercitem o raciocínio com base em contextos diferenciados de atenção à saúde podem ser importantes aliadas para o estabelecimento de diálogo entre o senso comum e os saberes científicos, reconfigurando os campos representacionais.

Palavras-chaves: Enfermagem. Direitos do paciente. Estudantes de Enfermagem. Psicologia Social.

## ABSTRACT

Freitas, Fernanda Duarte da Silva de. **Social Representations of nursing undergraduate students on the rights of health users.** Rio de Janeiro, 2017. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem Anna Nery, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2017.

The research object is : the social representations (SR) of undergraduate nursing students about the rights of health users. The objectives were: to identify the SR of undergraduate nursing students about the rights of health users; to describe the elements that integrate the SRs of undergraduate nursing students in different moments of the Nursing undergraduate course; and to discuss the rights of health users and their relationships with nursing care, in the light of the SRs of the students. Methodology: the theoretical and methodological reference is the Social Representations Theory (SRT), in its procedural and structural approach. The participants were 228 undergraduate nursing students, which are : 117 students of the third period and 111 of the eighth period, from a federal public institution in Rio de Janeiro. Methodological triangulation was performed using three techniques with the following sample : free evocations technique (FET) : 49 students of the third period and 43 students of the eighth period, totalizing 92 students; technique of in-depth interview: 20 students of the third period and 20 students of the eighth period, totalizing 40 students; and the quasi-experimental approach: 48 students of the third period and 48 students of the eighth period, totaling 96 students. The data from the interviews were submitted to the software ALCESTE 2012. The analysis of the standard type was carried out generating a corpus with 75% of use. Regarding the structural approach, the data analysis of the FET was performed by statistical approach, through the EVOC (Ensemble of programs permettant l'analyse des evocations), version of 2003. Based on the results and analyzes regarding the structural and procedural approach of students' SRs on the rights of health users, a quasi-experimental approach was carried out. The quasi-experimental approach consisted of situations with three scenarios (cases): control case (case 1), a situation with the presence of the variable "familiar"; (case 2), a situation with the presence of the variable "professional function". Therefore, the following hypothesis was considered: there are variables related to the care (questions) that can be modified depending on the characteristics of the user who seeks the health services (familiar; and professional function) for the group of students (third and eighth period of the nursing undergraduate course), that configure the SRs on rights of health users. For each experiment, the student answered 15 questions related with: access, public and private system, respect and knowledge about the rights of health users, care, treatment and relationship with the medical team and the Nursing team. Data analysis from this quasi-experimental approach were performed using the MANOVA analysis. The results of the procedural approach revealed the positive and negative on the users rights who seek the health and nursing services, the difficulties in guaranteeing users' rights and also the teaching during the nursing undergraduate course as a space for discussion on the subject. In the structural approach it was possible to establish approximations and distances in the SRs of undergraduate nursing students of the third and eighth period on the rights of health users. For the students of the third period the most evoked term was values, evidencing for this group that the idea of rights of the health users is related to the values of the people - professionals, while the undergraduate nursing students of the eighth period, have SRs with elements more reified, based on the principles of public policies of the HUS (Health Unic System). With the performing of the quasi - experimental approach, it was possible to show that 11 of the 15 questions have significant differences between the presented variables: 10 of them occurred in the experimental case, among these 10, seven of them occurred due to the professional function developed by the health user and three of them occurred in the experimental condition and group. Final considerations: SRs of undergraduate nursing students of the third and eighth period on the rights of health users are built based on the notion of "access" that health users

seek in health services, for objectifying and ensuring their "right", aiming a good service, whether in the public or private service. What demarcates equality in the access of health services as a guarantee of the rights of health users is not only these health sub-systems (public and private), but also health users who seek the services offered by them. During the undergraduate nursing course, the students learn that all people should be treated the same; however, they perceive that in the daily health services, whether in the public or private sector, this does not happen. Therefore, it is necessary to (re) think about the care practices articulated to the social knowledge of its producers with the theoretical and scientific framework of the area and, therefore, the use of active methodologies that promote the reasoning based on differentiated contexts of health care, can be an important allies for the establishment of dialogue between common sense and scientific knowledge, reconfiguring representational fields.

Keywords: Nursing; Patient Rights; Nursing, Students; Psychology, Social.

## RESUMEN

Freitas, Fernanda Duarte da Silva de. **Representaciones Sociales de los estudiantes de graduación en Enfermería sobre los derechos de los usuarios de la salud.** Rio de Janeiro, 2017. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem Anna Nery, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2017.

Esta investigación tiene como objeto: las representaciones sociales (RS) de los estudiantes de Enfermería sobre los derechos de los usuarios de la salud. Los objetivos fueron: identificar las RS de los estudiantes de graduación en Enfermería sobre los derechos de los usuarios de la salud; describir los elementos que integran las RS de los estudiantes de Enfermería en diferentes momentos del curso de graduación en Enfermería y discutir los derechos de los usuarios de la salud y sus relaciones con el cuidado de Enfermería a la luz de las RS de los estudiantes. Metodología: el referencial teórico y metodológico es la Teoría de las Representaciones Sociales (TRS), en su abordaje procesal y estructural. Los participantes fueron 228 estudiantes de graduación en Enfermería, 117 estudiantes del tercero y 111 del octavo, de una institución pública federal de Río de Janeiro. Se realizó una triangulación metodológica con la utilización de tres técnicas con la siguiente muestra, a saber: técnica de evocaciones libres (TEL): 49 estudiantes del tercero y 43 estudiantes del octavo período, totalizando 92 estudiantes, técnica de Entrevista en profundidad: 20 estudiantes del tercer y 20 estudiantes del octavo período, totalizando 40 estudiantes y el cuasi-experimento: 48 estudiantes del tercer período y 48 estudiantes del octavo, totalizando 96 estudiantes. Los datos provenientes de las entrevistas fueron sometidos al software ALCESTE 2012. Se realizó el análisis del tipo estándar generando un corpus con un 75% de aprovechamiento. En cuanto al enfoque estructural, el análisis de los datos de TEL fue por estadística, a través del software EVOC (Ensemble de programmes permettant l'analyse des evocations), versión de 2003. Tomando como base los resultados y los análisis referentes al enfoque estructural y procesal de las RS de los estudiantes sobre los derechos de los usuarios de la salud, se realizó un casi experimento con los estudiantes. El cuasi-experimento se compuso de situaciones con tres escenarios (casos): caso control (caso 1), una situación con la presencia de la variable "pariente" (caso 2), una situación con la presencia de la variable "función profesional". Para ello se consideró la siguiente hipótesis: hay variables relacionadas a la atención (cuestiones) que pueden ser modificadas en la dependencia de características del usuario que busca los servicios de salud (pariente y función profesional) para el grupo de estudiantes (tercer y octavo período del curso de graduación) configurando las RS de los derechos de los usuarios de la salud. Para cada experimento el estudiante respondió 15 preguntas que versaron sobre: el acceso, el sistema público y el privado, el respeto y el conocimiento sobre los derechos de los usuarios de la salud, atención, tratamiento y relación con el equipo médico y con el equipo de Enfermería. Los datos de este casi experimento se analizaron a partir del análisis del tipo MANOVA. Los resultados del abordaje procesal evidenciaron lo positivo y lo negativo de los derechos de los usuarios de la salud y de la enfermería, las dificultades en la garantía de los derechos de los usuarios y la enseñanza durante el curso de graduación en Enfermería como espacio de discusión sobre la temática. En el abordaje estructural fue posible establecer aproximaciones y distanciamientos en las RS de los estudiantes de enfermería del tercer y octavo período sobre los derechos de los usuarios de la salud, para los estudiantes del tercer período el término más evocado fue valores, evidenciando que para este grupo la idea de los derechos de los usuarios de la salud tienen relación con los valores de las personas - profesionales mientras los estudiantes del octavo poseen RS con elementos más reificados, pautados en los principios de las políticas públicas del SUS. Con la realización del cuasi - experimento fue posible evidenciar que 11 de las 15 preguntas tienen diferencias significativas entre las variables

presentadas, a saber: 10 de ellas ocurrieron en el caso experimental, entre estas 10, siete de ellas ocurrieron en razón de la función profesional ejercida por el usuario de la salud y tres de ellas ocurrieron en la condición experimental y grupo. Consideraciones finales: Las RS de los estudiantes de enfermería del tercer y octavo período sobre los derechos de los usuarios de la salud se construyen basadas en la noción de "acceso" que los usuarios de la salud buscan en los servicios de salud, para objetivar y garantizar su "derecho", con vistas a una buena atención, ya sea en el servicio público o en el privado. Lo que demarca la igualdad en el acceso a los servicios de salud como garantía de los derechos de los usuarios de la salud no son sólo esos subsistemas de salud (público y privado), sino también los usuarios de la salud que buscan los servicios ofrecidos por éstos. Durante el curso de graduación en Enfermería los estudiantes aprenden que todas las personas deben ser tratadas iguales; sin embargo, observan que en el cotidiano de los servicios de salud, sea en el sector público o privado, eso no sucede. Es necesario (re) pensar sobre las prácticas de cuidado articuladas a los saberes sociales de sus productores con el marco teórico y científico del área y, por ello, la utilización de metodologías activas que ejerciten el raciocinio con base en contextos diferenciados de atención a la salud pueden ser importantes aliadas para el establecimiento de diálogo entre el sentido común y los saberes científicos, reconfigurando los campos representacionales.

Palabras-claves: Enfermería. Derechos del paciente. Estudiantes de Enfermería. Psicología Social.

## SUMÁRIO

PÁGS

<b>CAPÍTULO I.....</b>	<b>1</b>
1.1 CONSIDERAÇÕES INICIAIS .....	1
1.2 OBJETO DE PESQUISA.....	6
1.3 JUSTIFICATIVA, RELEVÂNCIA E POSSÍVEIS CONTRIBUIÇÕES DO ESTUDO.....	9
<b>CAPÍTULO II: BASES CONCEITUAIS .....</b>	<b>15</b>
2.1 CONSIDERAÇÕES ACERCA DA SAÚDE COMO UM DIREITO DOS BRASILEIROS.....	15
2.2 CONSIDERAÇÕES ACERCA DO CUIDADO E DA SAÚDE: DA CARIDADE A FORMAÇÃO PROFISSIONAL EM ENFERMAGEM NO BRASIL.....	41
<b>CAPÍTULO III: REFERENCIAL TEÓRICO E METODOLÓGICO.....</b>	<b>32</b>
3.1 CONSIDERAÇÕES ACERCA DA TEORIA DAS REPRESENTAÇÕES SOCIAIS .....	32
<b>CAPÍTULO IV: MÉTODO.....</b>	<b>36</b>
4.1. NATUREZA E TIPO DE ESTUDO .....	36
4.2 CAMPO E PARTICIPANTES DE ESTUDO .....	36
4.3. TÉCNICAS E INSTRUMENTOS PARA PRODUÇÃO E ANÁLISE DOS DADOS.....	41
4.4 ASPECTOS ÉTICOS.....	49
<b>CAPÍTULO V: CARACTERIZAÇÃO DOS PARTICIPANTES— ABORDAGEM ESTRUTURAL .....</b>	<b>50</b>
<b>CAPÍTULO VI: ABORDAGEM ESTRUTURAL .....</b>	<b>53</b>
6.1 RS DOS ESTUDANTES DO TERCEIRO PERÍODO DO CURSO DE GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM SOBRE OS DIREITOS DOS USUÁRIOS DA SAÚDE.....	53

6.2 RS DOS ESTUDANTES DO OITAVO PERÍODO DO CURSO DE GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM SOBRE OS DIREITOS DOS USUÁRIOS DA SAÚDE .....	57
6.3 APROXIMAÇÕES E DISTACIAMENTOS ENTRE AS RS DOS ESTUDANTES DE GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM .....	61
<b>CAPITULO VII: CARACTERIZAÇÃO DOS PARTICIPANTES – ABORDAGEM PROCESSUAL .....</b>	<b>65</b>
<b>CAPITULO VIII: RS DOS DIREITOS DOS USUÁRIOS DA SAÚDE CONSTRUÍDAS PELOS ESTUDANTES DE GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM – ABORDAGEM PROCESSUAL.....</b>	<b>68</b>
8.1 CLASSE 1 – O POSITIVO E O NEGATIVO DOS DIREITOS DOS USUÁRIOS DA SAÚDE: DO COLETIVO AO INDIVIDUAL, DA POLITICA A PRÁTICA.....	71
8.2 CLASSE 2 – O POSITIVO E O NEGATIVO DA ENFERMAGEM: O IDEAL E O REAL.....	78
8. 3. CLASSE 3 – DIFICULDADES NA GARANTIA DOS DIREITOS DOS USUÁRIO DA SAÚDE.....	85
8.4 CLASSE 4 – DIREITOS DOS USUÁRIOS DA SAÚDE: UM ENCONTRO MEDIADO PELO CUIDADO DE ENFERMAGEM .....	91
8.5 CLASSE 5 – CURSO DE GRADUAÇÃO COMO ESPAÇO PARA DISCUSSÃO DOS DIREITOS DOS USUÁRIOS DA SAÚDE .....	96
8.6. CLASSE 6 – O APRENDIZADO SOBRE OS DIREITOS DOS USUÁRIOS DA SAÚDE NA SALA DE AULA .....	104
<b>CAPÍTULO IX: ESTUDO QUASE EXPERIMENTAL DE RS.....</b>	<b>107</b>
<b>CAPÍTULO X: CONSIDERAÇÕES FINAIS.....</b>	<b>115</b>
<b>REFERÊNCIAS.....</b>	<b>121</b>
<b>APÊNDICES.....</b>	<b>131</b>
APÊNDICE A - ROTEIRA DE ENTREVISTA .....	132
APÊNDICE B - COLETA DE EVOCAÇÕES LIVRES.....	134

## LISTA DE QUADROS

Quadro 1 - Descrição dos elementos na linha de comando	42
Quadro 2 - Descrição dos casos apresentados aos participantes na fase do quase experimento	46
Quadro 3 - Questões a serem respondidas para cada caso, no modelo da escala de Likert 1 certamente / 5 dificilmente	47
Quadro 4 - Distribuição dos elementos segundo frequência de evocação e OME realizada pelos estudantes do terceiro período do curso de graduação em Enfermagem	53
Quadro 5 - Distribuição dos elementos segundo frequência de evocação e OME realizada pelos estudantes do oitavo período do curso de graduação em Enfermagem	57
Quadro 6 - Distribuição das evocações presentes em ambos os períodos, segundo período do curso, frequência e localização da ordem das evocações por estudantes do terceiro e oitavo período do curso de graduação	61
Quadro 7 - Distribuição das evocações exclusivas de cada período, frequência e localização da ordem das evocações por estudantes do terceiro e oitavo período do curso de graduação	62
Quadro 8 - Valores de Phi relativos as variáveis de análise com associação estatística à classe 1	71
Quadro 9 - Formas Reduzidas com o Phi relacionado e as formas completas associadas na classe 1	71
Quadro 10 - Valores de Phi relativos às variáveis de análise com associação estatística na classe 2	78
Quadro 11 - Formas reduzidas com o Phi relacionado e as formas completas associadas da classe 2	79
Quadro 12 - Valores de Phi relativos às variáveis de análise com associação estatística na classe 3	85
Quadro 13 - Formas Reduzidas com o Phi relacionado e as formas completas associadas na Classe 3	86
Quadro 14 - Valores de Phi relativos às variáveis de análise com associação estatística da classe 4	91
Quadro 15 - Formas Reduzidas com o Phi relacionado e as formas completas associadas da classe 4	91
Quadro 16 Valores de Phi relativos às variáveis de análise com associação estatística da classe 5	96
Quadro 17 Formas Reduzidas com o Phi relacionado e as formas completas associadas da classe 5	

Quadro 18 Valores de Phi relativos às variáveis de análise com associação estatística da classe 6  
101

Quadro 19 Formas Reduzidas com o Phi relacionado e as formas completas associadas da classe 6  
102

## LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Distribuição dos participantes de acordo com o sexo	50
Tabela 2 - Distribuição dos participantes de acordo com a religião	50
Tabela 3 - Distribuição dos participantes quanto a formação técnica em enfermagem	51
Tabela 4 - Distribuição dos participantes pela variável parente atuando profissionalmente na área de enfermagem	51
Tabela 5 - Distribuição dos participantes de acordo com o sexo	65
Tabela 6 - Distribuição dos participantes de acordo com a religião	66
Tabela 7 - Distribuição dos participantes quanto a formação técnica em enfermagem	66
Tabela 8 - Distribuição dos participantes pela variável estágio extra curricular	67
Tabela 9 - Distribuição dos participantes pela variável parente atuando profissionalmente na área de enfermagem	67
Tabela 10 – MANOVA realizada com 15 variáveis em função dos quase experimentos e do grupo de estudantes. Escala de Likert 1 - Certamente / 5 - Dificilmente	108

## LISTA DE FIGURAS

Figura 1 - Dendograma Representativo das Classes Resultantes da Análise Alceste	68
Figura 2 - Comparação entre as duas Classificações Descendentes Hierárquicas	69
Figura 3 - Distribuição das UCE e o número de palavras analisadas por classe	70
Figura 4 - Classificação Hierárquica Ascendente da Classe 1	71
Figura 5 - Classificação Ascendente Hierárquica relativa a classe 2	80
Figura 6 - Classificação Ascendente Hierárquica da Classe 3	87
Figura 7 - Classificação Hierárquica Ascendente da Classe 4	93
Figura 8 - Classificação Hierárquica Ascendente da Classe 5	98
Figura 9 - Classificação Hierárquica Ascendente da Classe 6	103
Figura 10 - Campo das RS dos Direitos dos usuários da saúde pelos estudantes de graduação em Enfermagem	116

## CAPÍTULO I

### 1.1 CONSIDERAÇÕES INICIAIS

A Enfermagem é, por definição, ciência e arte, cujo objeto de conhecimento e prática é o cuidado, o qual vem passando por modificações ao longo da história. Essas modificações acompanham a trajetória de transformações do campo da saúde no mundo, o que o torna complexo e desafiador para os profissionais de Enfermagem.

Historicamente, com a influência do Cristianismo, a imagem da Enfermagem e da enfermeira construiu-se com ênfase em atributos caritativos na prestação do cuidado, imaginário este que se aproxima dos cuidados balizados por sentimentos de compaixão, amor, favor, bondade e piedade realizados pelas irmãs de caridade (PORTO, 2004).

Na segunda metade do Século XIX, com a implantação da Enfermagem Moderna, por Florence Nightingale, o cuidado de Enfermagem ganhou contornos ético e científico, com o desenvolvimento do primeiro treinamento de enfermeiras, a Nightingale Training School for Nurses no St. Thomas Hospital em Londres, em 1860. De acordo com os princípios Nightingaleanos, para se cuidar na Enfermagem era necessário que a enfermeira possuísse atributos éticos, morais, configurando um estilo próprio de cuidar para a profissão (NIGHTINGALE, 1989).

A enfermeira treinada, de acordo com o sistema Nightingaleano de ensino, deveria possuir atributos intelectuais, atitudes pessoais, condutas efetivas e também ligadas ao espírito religioso para que assim pudesse cuidar (CARVALHO, 2004). Em sua obra seminal, ao escrever sobre o que é e o que não é enfermagem, Nightingale evidencia a ética e o estilo de cuidar Nightingaleanos, ao destacar que o cuidado do enfermo é o objeto dos hospitais, o cuidado de suas almas é dos clérigos dos hospitais, e o cuidado dos corpos dos enfermos é dever das enfermeiras (NIGHTINGALE, 1989).

Com a Enfermagem Moderna, o cuidado de Enfermagem se aproximou da ciência, destacando a importância da observação, considerando a influência do ambiente sobre o corpo humano, além de utilizar dados estatísticos para guiar as ações da Enfermagem (NIGHTINGALE, 1989). Com os avanços técnicos e científicos da profissão, e sua organização política, as ações de Enfermagem passaram a ser guiadas por uma Lei de Exercício e por um código de ética profissional. No Brasil, o cuidado de Enfermagem deve acontecer considerando o exercício legal da profissão e o sistema de

saúde vigente no país, o Sistema Único de Saúde (SUS), o qual reconhece que o cuidado à saúde deve ter como base a cidadania (AGUIAR, 2011).

No entanto, ainda hoje se verifica que a influência caritativa permeia o imaginário social da Enfermagem e da enfermeira nos discursos de profissionais de Enfermagem, usuários da saúde, estudantes e professores de Enfermagem, quando estes reconhecem que o profissional de Enfermagem necessita ter atributos pessoais relacionados à caridade para a prestação dos cuidados de Enfermagem (CHERNICHARO; FREITAS; FERREIRA, 2013). Tais questões configuram um campo de discussão sobre o cuidado de Enfermagem e seus nexos com a humanização.<sup>1</sup>

Um estudo realizado sobre os saberes e as práticas de estudantes de enfermagem sobre a humanização<sup>2</sup> (do quinto período do curso de graduação Enfermagem) mostrou que os discursos dos estudantes estão centrados na relação interpessoal enfermeira-usuário da saúde. Na prestação dos cuidados de Enfermagem os estudantes reconhecem o direito dos usuários da saúde. No entanto, estes mesmos estudantes controem a imagem da enfermeira e da Enfermagem influenciada pela prestação de cuidados aos usuários baseados na caridade, bondade e favor por parte da enfermeira. (SILVA; CHERNICHARO; FERREIRA, 2011)

Os resultados desta pesquisa têm relação com outro estudo realizado, no âmbito do mestrado, sobre os saberes e práticas de estudantes de Enfermagem sobre a humanização, através da qual foi possível acessar as representações sociais construídas acerca da humanização para dois grupos de estudantes de Enfermagem (do terceiro e último período do curso de graduação) e discutir as implicações desses discursos para o cuidado de Enfermagem. Os resultados desta pesquisa mostraram que as representações sociais sobre a humanização para ambos os grupos de estudantes são construídas acerca da ideia de humanismo e o tratamento estabelecido entre o enfermeira e o usuário da saúde deve ocorrer de forma humana com a presença de carinho, atenção, empatia, sensibilidade e compreensão (FREITAS, 2013).

---

<sup>1</sup> Pesquisa realizada no âmbito da Iniciação Científica (IC), de 2009 à 2011, vinculada a um Projeto Integrado de Pesquisa (PIP) sobre as práticas de cuidado de Enfermagem e seus nexos com os preceitos da Política Nacional de Humanização (PNH-MS) da Escola de Enfermagem Anna Nery – Universidade Federal do Rio de Janeiro.

<sup>2</sup> Trabalho de conclusão de curso (TCC), realizado no primeiro período de 2011 na EEAN - UFRJ, intitulado: “Formação do enfermeiro: Desafios para a Humanização da Assistência”.

Evidenciou-se que as representações sociais se efetivam na prestação de um cuidado que é influenciado pelo profissional, indicando a construção de uma figura-tipo de enfermeira que atende aos pressupostos da humanização, profissional este com atributos caritativos (FREITAS, 2013).

No entanto, se ressalta que para os estudantes de Enfermagem do terceiro período do curso de graduação, a humanização deve acontecer em um cotidiano em que se reconheça o respeito, o direito a privacidade, o direito a informação, o tratamento sem discriminação e de forma igualitária as pessoas (FREITAS, 2013). Para este grupo de estudantes o discurso sobre a humanização foi construído através de um cotidiano marcado pelas relações estabelecidas de diferentes formas com a enfermagem, ora como estudantes prestando o atendimento, ora observando a equipe de enfermagem se relacionar com os usuários da saúde, e ainda, e em especial, os estudantes relatam suas experiências como usuários da saúde, sendo neste momento trazido a tona a discussão acerca dos direitos dos usuários da saúde. Na condição de usuários da saúde, que recebem atendimento da equipe de enfermagem, estes não tiveram seus direitos respeitados, e a ausência de tais direitos foram exemplificados por situações marcadas pela falta de privacidade e de informação sobre os cuidados por parte da equipe de enfermagem (FREITAS, 2013).

Identificou-se que os direitos dos usuários da saúde, neste estudo, mobiliza sentimentos e está presente nos discursos dos estudantes de enfermagem do terceiro período como fator de importante inerência para a equipe de enfermagem, já que para os estudantes do terceiro período, o respeito ao direito dos usuários deveria fazer parte da prática de enfermagem. Nesse sentido, os estudantes deste grupo, mesmo que ainda no início do curso de graduação em enfermagem, com uma prévia experiência em situações que exercem atividades de atenção primária, através de ações de educação à saúde, articulam a temática, na condição de sujeitos que recebem os cuidados de enfermagem. Já na experiência enquanto estudantes de enfermagem que prestam cuidados de enfermagem aos usuários, o discurso para este grupo foi marcado pela necessidade de tratamento igualitário ofertado a todos (FREITAS, 2013).

Cabe pontuar que para os estudantes de Enfermagem do último período, a humanização tem relação com o respeito aos direitos dos usuários da saúde, porém para este grupo, a ênfase dada aos direitos dos usuários foi marcada pela atuação enquanto estudantes que devem juntamente com a equipe de Enfermagem e de saúde reconhecerem

tal direito (FREITAS, 2013). O cuidado que visa ao respeito aos direitos dos usuários da saúde deve ser ofertado por todos os profissionais da saúde.

A discussão foi atrelada a ética e a temática foi articulada ao momento de sua vivência acadêmica, quando atuantes dentro da equipe de saúde. No entanto, neste estudo preliminar não foi possível evidenciar outras questões relacionados aos direitos dos usuários, especialmente ao que tange aos exemplos de que se respeitam (ou não) os direitos dos usuários da saúde, ou seja, imagens de práticas e de profissionais que atuam de acordo com tais preceitos éticos. Característica esta diferente dos estudantes de enfermagem do terceiro período, que já ilustram tais situações, mesmo que de forma pontual (FREITAS, 2013).

À luz dos resultados desta pesquisa de dissertação, em que foram identificados conteúdos representacionais de estudantes de Enfermagem sobre a humanização, evidenciando-se elementos distintos presentes nos discursos dos dois grupos de estudantes de enfermagem, do terceiro e do oitavo período, em acordo com suas experiências e vivências situadas nos momentos em que estão de sua formação, se evidencia que as imagens e os sentidos da humanização para eles não estão solidamente construídos amparados no direito dos usuários e no cuidado de Enfermagem. É importante pontuar que ainda é forte a marca da caridade e da benevolência nas ações de Enfermagem, para ambos os grupos de estudantes, em que a relação interpessoal se mostra determinante, o que requer um profissional bondoso como exemplo típico de humanização, mesmo que reconheçam o respeito aos direitos dos usuários da saúde (FREITAS, 2013).

Acrescenta-se que a caridade e a bondade foi observada de forma empírica nas práticas como estudante, durante a realização dos cuidados de enfermagem, em diversas situações hospitalares e extra-hospitalares, nos serviços públicos, em que muitas ações realizados pela equipe de enfermagem e de saúde eram oferecidas como uma condição de “favor” e de “boa vontade” aos usuários da saúde, ofertadas como condição de generosidade e de benevolência aos usuários, evidenciando que o cuidado era influenciado por características pessoais do profissional de saúde.

Ainda de forma empírica, mas agora na condição de enfermeira em um unidade de saúde, observou-se que o “favor” e a “boa vontade” estavam presentes nos discursos dos profissionais de saúde, bem como dos usuários, que recorriam aos profissionais, para a solicitação de um “favor”, que ficava na dependência de ser realizado ou não. Estas

questões configuravam o campo das imagens atribuídas aos profissionais de saúde como bondosos caso estes fizessem tais “favores”, que na maioria das vezes eram os cuidados de enfermagem que deveriam ser realizados.

Cabe destacar o papel da mídia neste contexto, que mostra muitas situações de descaso e falta de cumprimento do que é de direito, ou seja, o reconhecimento da saúde com um direito de todos os brasileiros. Diversas situações são mostradas em todas as regiões do país, onde pessoas se humilham e se desesperam ao aguardarem por um atendimento. No entanto, a resolutividade de muitas dessas instituições, que são apresentados como rotina nos serviços públicos, resulta de uma iniciativa pessoal de profissionais e de gestores, perpetuando no imaginário social, o aspecto caritativo nas ações de saúde no Brasil, sendo influenciados pelo ser humano que presta o atendimento nos serviços de saúde.

Este caráter de cunho caritativo nas ações de saúde, antes respaldados pelo estado, passou a não mais sê-lo a partir de 1988 com a Constituição Federal (CF), que define a saúde como “*um direito de todos e dever do estado*”. Diante deste cenário é importante pontuar que muitos foram os movimentos populares em saúde, que juntamente com a reforma sanitária, lutaram para que a saúde fosse entendida como um direito de todos os brasileiros.

Dessa maneira é importante pontuar o papel da enfermagem, que juntamente com outros profissionais da saúde em 1987, participou da VIII Conferência Nacional de Saúde, movimento que antecedeu a Constituição Federal na luta em prol de um sistema único de saúde, público, universal e igualitário para os brasileiros. Além de muitos eventos promovidos pela Associação Brasileira de Enfermagem (ABEn) naquele momento, que discutiram os problemas que acometiam o Brasil, trazendo à tona a discussão sobre a responsabilidade social da enfermagem frente a tais problemas. Muitas discussões versaram sobre a saúde como direito e o que a enfermagem poderia fazer pelo Brasil.

Considerando este contexto social, Potter (2009) define a enfermeira como uma profissional que defende os direitos de todas as pessoas, enfatizando que a enfermagem atua em prol dos direitos humanos. É importante a compreensão do papel da enfermeira na sociedade, se atentando para novas responsabilidades de novos conhecimentos e habilidades. Frente ao novo contexto social e de saúde no mundo, a enfermeira

desenvolve a responsabilidade de atuar como advogado do usuário, protegendo seus direitos legais e oferecendo assistência na garantia destes direitos. (POTTER, 2009)

Nesse contexto, é importante destacar que em 2003 o Ministério da Saúde no Brasil criou a Política Nacional de Humanização (PNH). A PNH é uma política pública do SUS que traz a humanização como eixo norteador das práticas de atenção e gestão em todas as suas instâncias. A humanização da atenção é construída com a participação, responsabilização, autonomia inerente aos sujeitos que possuem direitos e deveres. Para que ocorra a humanização é necessário não somente a participação, mas também a expressão dessa condição como atitude legal, ética e moral (BRASIL, 2010). Compreende-se que a humanização da atenção acontece com a implicação dos diferentes sujeitos no processo de saúde: os usuários, os profissionais e os gestores.

A PNH aposta no direito à saúde, garantido pelo acesso com responsabilização e vínculo, continuidade do cuidado em rede, garantia dos direitos aos usuários, aumento da eficácia das intervenções e dispositivos, trabalho criativo e valorizado, através da construção de valorização e do cuidado aos trabalhadores de saúde (PASCHE; PASSOS, 2008).

Pode-se evidenciar a partir de tais premissas sobre esta política que a humanização, segundo a PNH, alude a princípios políticos abrangentes e afasta qualquer possibilidade de que haja práticas entendidas como uma questão pessoal do profissional de saúde, no sentido de que a humanização responda pelas individualidades implicadas no cuidado. Assim, no plano de cuidados de Enfermagem, a humanização configura-se como direito de todos, e não como uma condição de favor, expressão de boa vontade e bondade dos profissionais de Enfermagem. Ações de cuidado que emanam do exclusivo favor, da benevolência ou da bondade trazem implicações para os direitos dos usuários e para o cuidado de Enfermagem (SILVA; CHERNICHARO; FERREIRA, 2011b).

Em face dos resultados obtidos nas pesquisas anteriormente realizadas, visa-se estudar neste projeto de tese, as representações sociais dos direitos dos usuários da saúde por estudantes de enfermagem do terceiro e último período. As representações sociais se constituem como um saber prático, que surgem mediante objetos socialmente relevantes que são capazes de mudar o comportamento dos indivíduos, logo o objeto de representação social deve ter relevância e espessura social para o grupo (WAGNER, 1998; SÁ, 1998).

Com base nos resultados das pesquisas realizadas anteriormente com os

estudantes de Enfermagem, considera-se que este tema circula no cotidiano deste grupo, e que os saberes construídos pelos estudantes de enfermagem sobre os direitos dos usuários da saúde podem orientar as ações dos estudantes, se contituindo como guias para suas práticas.

A problemática desta pesquisa está relacionada ao modo de pensar e de agir dos estudantes de enfermagem do terceiro e oitavo período, frente aos direitos dos usuários da saúde, pois ao construírem a imagem da enfermeira e da profissão permeada por elementos caritativos, mesmo que reconheçam os usuários como sujeitos que possuem direitos, este modo de pensar pode orientar as práticas de enfermagem que não respeitam os direitos dos usuários da saúde, se configurando como ações que comprometem a profissão e não a realização de cuidados de enfermagem.

É fundamental a compreensão no processo de formação profissional em Enfermagem que o exercício da profissão compreenda as competências fundamentais como o respeito a vida humana e a responsabilidade de cuidar do outro, estas premissas devem ser a base da relação enfermeira – estudante - usuário da saúde indo ao encontro do código de ética da profissão. Pois, justamente quando não são compreendidas e vivenciadas nas prática de cuidado nos serviços de saúde surgem a tona os dilemas éticos (BLONDEAU, 2013).

Moscovici, ao apresentar a Teoria das Representações Sociais, aponta alguns aspectos essenciais na formação de uma representação social: a dispersão da informação, a focalização e a pressão a inferência. O processo de *dispersão da informação* envolve como o grupo circula as informações necessárias para a compreensão do problema ou do objeto, onde esta acontece de diferentes formas, dependendo assim das características do grupo. Já a *focalização* faz referência aos interesses do grupo por determinado objeto e em um determinado momento histórico, justificando a elaboração de uma representação social, trazendo como marcas a moralidade, os interesses do profissional e a posição ideológica. Na *pressão a inferência* há o entendimento da necessidade de se explicar o objeto, exigindo que o indivíduo ou o grupo se posicione. (SÁ, 1998; VALA, 1993).

A formação das representações sociais sobre os direitos dos usuários para os estudantes de Enfermagem se dá através do processo de trabalho e aprendizado do cuidado de Enfermagem por parte dos estudantes que acontece através das relações interpessoais acadêmico - usuário nos cenários de prática, (processo de dispersão), estes devem reconhecer e se interessar sobre os direitos dos usuários, pois a pessoa é o foco

da Enfermagem, entendida como um sujeito que tem direito de receber os cuidados; no entanto, o outro nem sempre é respeitado no cotidiano dos cenários do SUS, este campo traz a tona a discussão sobre a efetivação dos direitos dos usuários da saúde, justificando o interesse dos estudantes sobre o aprendizado e vivência da efetivação desses direitos e da implicação deste para o cuidado de Enfermagem (focalização); logo, é necessário que os estudantes pensem e discutam sobre a temática, se posicionando sobre este objeto, que faz parte de um conceito que rege o SUS, onde a saúde é um direito de todos e um dever do estado, destacando ainda que foi criada em 2006 pelo Ministério da Saúde: a carta dos direitos dos usuários da saúde (pressão a inferência).

Nesse sentido, este tema, ao fazer parte do cotidiano dos estudantes de Enfermagem, mobiliza saberes, afetos, atitudes e imagens de práticas e de profissionais de Enfermagem que atendam ou não os direitos dos usuários da saúde. Portanto, a teoria das representações sociais se aplica nesta pesquisa.

Dessa forma, delimitou-se como **objeto de pesquisa**: “As representações sociais dos estudantes de Enfermagem sobre os direitos dos usuários da saúde”.

As **questões norteadoras** da pesquisa são:

- Quais são as representações sociais dos estudantes de graduação em Enfermagem sobre os direitos dos usuários da saúde?
- Quais são os elementos que integram as RS dos estudantes de graduação em Enfermagem em diferentes momentos do curso de graduação?
- Que relações podem ser estabelecidas entre os direitos dos usuários da saúde e o cuidado de Enfermagem, considerando as representações sociais dos estudantes de graduação em Enfermagem?

Os **objetivos** desta pesquisa são:

- Identificar as representações sociais (RS) dos estudantes de graduação em Enfermagem sobre os direitos dos usuários da saúde;
- Descrever os elementos que integram as RS dos estudantes de Enfermagem em diferentes momentos do curso de graduação em Enfermagem;
- Discutir os direitos dos usuários da saúde e suas relações com o cuidado de Enfermagem, à luz das representações sociais dos estudantes.

## 1.2 JUSTIFICATIVA, RELEVÂNCIA E POSSÍVEIS CONTRIBUIÇÕES DO ESTUDO

De acordo com o código de ética da enfermagem, tanto em nível nacional quanto internacional, a enfermagem é uma profissão que respeita os direitos humanos, em que se reconhece que é dever do profissional informar aos usuários os seus direitos; logo, os princípios da profissão atuam em defesa do direito universal à saúde. Os postulados que são a base destes princípios têm como referência a declaração universal dos direitos do homem que surgiu durante a revolução francesa (1789) e foi promulgada pela Assembleia Geral das Nações Unidas (1948), que reconhece o direito à saúde como um direito humano fundamental para todas as pessoas. (CARVALHO, 2013; CARVALHO, 2011)

Reconhece-se, portanto, a importância da Declaração Universal dos Direitos do Homem, por ser a base do entendimento da saúde como um direito humano, compreendendo este conceito dentro da esfera ética e legal na área da saúde, e em especial, na área da Enfermagem, sendo imprescindível que os estudantes de graduação possuam saberes e práticas sobre o tema no cuidado de Enfermagem, em especial no Brasil, em que a formação do enfermeiro deve ir ao encontro dos desafios impostos nos cenários do SUS, sistema este que tem como um dos desafios formar e qualificar profissionais de saúde, reconhecendo este como um sistema público, equitativo e democrático.

Nessa medida, a Enfermagem como *ciência e arte de cuidar e ajudar pessoas*, constitui-se como uma profissão cuja prática se insere no mundo do trabalho e, como tal, deve ser entendida como uma prática social pelos estudantes de graduação em enfermagem (CARVALHO, 2013).

*É imprescindível a aprendizagem de novos princípios– de participação política, de economia e de jurisprudência pertinentes ao direito a saúde. Os acadêmicos de enfermagem precisam ser esclarecidos quanto a responsabilidade social que herdaram, principalmente em relação aos direitos dos clientes e aos significados da posição da enfermeira no mundo de hoje. (CARVALHO, 2004, p. 810)*

Cabe pontuar que no Brasil, considerar que a saúde é um direito de todos implica em uma abrangência de mais de 190 milhões de pessoas segundo o censo 2010. Surgem assim reflexões e conjuntamente desafios de como tornar esse direito acessível a todas as pessoas, constituindo um sistema de saúde capaz de ser efetivo para todos (ASENSI, 2010).

Frente a isto, sabe-se que em diversas instituições de saúde em todo o Brasil há superlotação nas unidades hospitalares, longas filas de espera, escassez de recursos humanos e materiais, infra-estrutura inadequada, em muitos se presencia situações de descaso perante o direito que as pessoas possuem de serem atendidas. Diante deste problema que vem sendo presenciado diariamente nos hospitais públicos de todo o país e o maior conhecimento da população sobre seus direitos tem crescido diariamente a reivindicação por parte dos usuários no âmbito judicial.

Evidencia-se que por mais que a saúde seja reconhecida como direito, a sua efetivação vem crescendo através de incessantes lutas com a abertura de processos contra o estado. Segundo o Conselho Nacional de Justiça, em 2011, existiam mais de 240 mil processos judiciais em saúde no Brasil contra o estado, onde o estado do Rio de Janeiro possuía mais de 25 mil processos, representando a segunda cidade do Brasil com maior número de processos judiciais (ASENSI, 2013).

Esses trâmites legais vêm aumentando em ritmo acelerado e constante; porém, a sua resolução por parte do poder judiciário não vem acontecendo no mesmo ritmo, submetendo os usuários do SUS a longas filas também neste poder, como consequência, ocorrem muitos óbitos, antes que o efetivo direito à atenção ocorra. Tais questões fomentam a saúde como direito em um espaço de lutas e construção coletiva entre a sociedade – a saúde – a justiça para se alcançar a sua efetividade (ASENSI, 2013).

Frente a tal contexto, destaca-se que a equipe de Enfermagem presencia no dia a dia os problemas e sofrimentos que os acometem nos serviços de saúde, e isso remete a um papel fundamental e de suma importância da equipe de Enfermagem: a de informar aos usuários e seus familiares os seus direitos e deveres, atuando com base nos princípios da humanização, valorizando os direitos do usuários, colaborando para que estes possam reivindicar seus direitos, o que confere mais uma vez a responsabilidade que a profissão possui frente ao SUS (WALDOW, 2007).

Salienta-se que são nestes cenários do SUS que ocorrem a formação profissional do enfermeiro, onde os estudantes aprendem a cuidar. A compreensão de que a enfermagem tem grande potencial para desempenhar um papel singular em defesa dos direitos dos usuários da saúde deve fazer parte desse aprendizado, capacitando-os a cuidar por meio de alianças, fortalecendo o exercício de cidadania.

Para melhor compreensão deste tema de estudo, foi feito um levantamento da produção científica sobre o direito dos usuários e seus nexos com a Enfermagem, com os

cuidados de Enfermagem e estudantes de Enfermagem, nas bases de dados: LILACS - Centro Latino-Americano e do Caribe de Informação em Ciências da Saúde; BDEF – Base de dados da Enfermagem; SciELO e MEDLINE. Os descritores utilizados foram: direitos do paciente – Enfermagem; direitos do paciente – cuidados de Enfermagem e direitos do paciente – estudantes de Enfermagem. O operador booleano utilizado foi *and*, e os descritores foram utilizados para seleção da amostra.

Os critérios de inclusão estabelecidos foram: estudos que abordassem o direito do paciente e suas relações com a Enfermagem; envolvendo cuidados de Enfermagem e estudantes de Enfermagem. Os estudos que não atenderam a estes critérios foram excluídos. Os resultados foram: no LILACS quando pesquisados os descritores de assunto: direitos do paciente e Enfermagem, foram encontrados quatro estudos; direitos do paciente e cuidados de Enfermagem, seis estudos; e para os descritores direitos do paciente e estudantes de Enfermagem, não houve estudos. Na BDEF, quando pesquisados os descritores de assunto: direitos do paciente e Enfermagem e direitos do paciente e cuidados de Enfermagem, foram encontrados três estudos para cada; e para os descritores direitos do paciente e estudantes de Enfermagem, não houve estudos. No SciELO foram pesquisados os descritores de assunto: direitos do paciente e Enfermagem, encontrando-se nove estudos; e para direitos do paciente e estudantes de Enfermagem, encontrou-se um estudo.

Foram encontrados nas bases de dados selecionadas: 26 estudos. Ao se aplicarem os critérios de inclusão e exclusão: foram excluídos seis artigos, totalizando 20 artigos na amostra. As publicações encontradas no recorte temporal de 1998-2013 apresentaram a seguinte distribuição quantitativa conforme o ano – 1998: um; 1999: um; 2001: dois; 2002: um; 2005: um; 2006: dois; 2007: um; 2008: um; 2009: três; 2010: um; 2011: três; 2012: um; 2013: dois artigos. Dos 20 estudos encontrados, 18 são artigos e dois são teses de doutorado. Uma tese de doutorado versava sobre o cuidado à saúde e de Enfermagem na ótica de usuários hospitalizados e outra versava sobre os direitos dos idosos hospitalizados envolvidos na assistência de Enfermagem. As teses foram realizadas respectivamente em 2012, no Rio de Janeiro; e em 2005, em São Paulo.

Dos 18 artigos, 16 foram publicados no Brasil, um foi publicado em Cuba e um na Colômbia. Quanto ao tipo de produção, 15 são artigos de pesquisa, dois são artigos de reflexão e um é artigo de revisão. Dos 18 artigos encontrados se observou o interesse em pesquisar os direitos do paciente e seus nexos com a Enfermagem e com os cuidados de

Enfermagem, em 13 artigos o enfoque foi no usuário: os temas se relacionavam ao usuário da saúde com transtorno psiquiátrico, dois envolviam a privacidade do usuário na unidade de terapia intensiva, dois envolviam o usuário idoso, um a criança hospitalizada e três usuários em vivência de hospitalização; e dois artigos com foco no usuário, são de reflexão. Cinco estudos relacionam a temática com a atuação da enfermeira, os temas são: a gerência em Enfermagem, o cuidar em Enfermagem e três versam sobre bioética (a autonomia do paciente terminal, o paciente em centro de terapia intensiva, paciente com indicação de internação por ordem judicial).

Encontrou-se um estudo realizado no Brasil com estudantes de Enfermagem, sobre as suas percepções acerca dos comportamentos e os aspectos éticos no recolhimento de dados do paciente; e um estudo realizado com agentes comunitários de saúde, com aplicação da pesquisa convergente assistencial (PCA), para empoderar agentes comunitários de saúde na divulgação dos direitos dos usuários da saúde, em 2009. Na Medline, quando pesquisado direitos do paciente e estudantes de Enfermagem, foram encontrados 16 artigos; direitos do paciente e Enfermagem foram encontrados 11 estudos; e direitos do paciente e cuidados de Enfermagem, 39 estudos. Os critérios de inclusão foram artigos de pesquisa, com resumo e ou trabalho completo disponível. Dos 56 estudos captados, 24 atenderam aos critérios de inclusão, compondo a amostra.

As publicações encontradas no recorte temporal de 1990-2013 apresentaram a seguinte distribuição quantitativa conforme o ano – 1990: um; 1991: dois; 1992: um; 1994: um; 1996: um; 2001: três; 2003: dois; 2004: dois; 2005: um; 2007: dois; 2008: dois; 2009: dois; 2010: dois; 2013: dois artigos. As publicações encontradas apresentaram a seguinte distribuição quantitativa conforme o país - Inglaterra: oito artigos; Estados Unidos da América (EUA): 11 artigos; Escócia: dois artigos; Suécia: um artigo; Sul da África: um artigo; Coréia do Sul: um artigo.

Os 24 estudos podem ser agrupados em três grandes eixos temáticos: o segundo eixo temático em que os estudos foram agrupados é o do cuidado de Enfermagem e a relação com o paciente, totalizando oito estudos, os temas abordados foram: a espiritualidade, a informação dada ao paciente no termo de consentimento livre e esclarecido, a verdade como base para o cuidado de Enfermagem; dois estudos abordaram a participação do paciente no cuidado de Enfermagem, a recusa do paciente em receber cuidados de Enfermagem, a educação em Enfermagem, e o cuidado de Enfermagem como essência da profissão.

O terceiro e o último eixo temático tem relação com os estudantes de Enfermagem, totalizou nove estudos: dois possuem relação com o ensino destacando um modelo de Enfermagem e o uso de teatro no ensino da Enfermagem; dois abordam a tomada de decisão com base no cuidado de Enfermagem e o outro relacionado com a intervenção cirúrgica; cinco estudos realizados com os estudantes de Enfermagem tinham como discussão a ética na relação com o paciente, como base para o reconhecimento dos direitos do paciente, os temas abordados foram: erros de medicamento, a recusa a atendimento de pacientes, atendimento a pacientes com HIV, uma metodologia de ensino com base na ética e a relação dos valores dos estudantes com a faculdade.

Observa-se que dos 24 estudos encontrados, 12 artigos tem como discussão central a ética, estabelecendo nexos do direito do paciente com a Enfermagem em sete artigos e nexos da ética com a Enfermagem na formação do enfermeiro, com cinco estudos realizados com estudantes de Enfermagem. Cabe salientar que o país onde houve maior produção de artigos de pesquisa foram os EUA, e neste país a saúde não é um direito como no Brasil, assim a discussão dos artigos de Enfermagem sobre os direitos do paciente aconteceu com base nos preceitos do código de ética internacional dos profissionais de Enfermagem. Logo, a discussão nos EUA no campo da Enfermagem é ética, enquanto no Brasil a discussão é ética e legal.

Frente aos resultados apresentados considera-se necessário estudar os saberes e as práticas dos estudantes de Enfermagem, em diferentes momentos do curso de graduação em Enfermagem, sobre os direitos dos usuários da saúde do Brasil, haja visto a relevância sobre o tema para a área da Enfermagem e da Saúde em nível nacional e internacional.

Considera-se que este estudo tem potencial para contribuir para a área de conhecimento da Enfermagem fundamental, haja visto que tais resultados de pesquisa apresentados posteriormente na Escola que serviu de campo para este estudo poderá contribuir para a formação do enfermeiro, ao ter potencial para discutir as competências a serem estabelecidas pelos estudantes de enfermagem da instituição, no que compete a temática, o que subsidiará disciplinas durante o curso de graduação em enfermagem, haja vista a relevância acadêmica e social do tema e a transversalidade do assunto, e suas implicações para a prática e ensino em Enfermagem.

Ainda mais se destaca que a apresentação desses resultados em eventos científicos e publicações em periódicos poderão contribuir para a construção de

conhecimento sobre a temática para outros professores, estudantes de Enfermagem e enfermeiros.

Esta pesquisa está inserida na linha de pesquisa de Fundamentos do Cuidado de Enfermagem, com potencial para gerar conhecimento para o campo do ensino/formação, conceitual e prático do cuidado de Enfermagem.

## CAPÍTULO II

### 2.1 CONSIDERAÇÕES ACERCA DA SAÚDE COMO UM DIREITO DOS BRASILEIROS

O conceito de *saúde*, pela declaração de Alma Ata (1978), *é o completo bem estar físico, mental e social e não simplesmente ausência de doença ou enfermidade*. Cabe pontuar que em 1948, a Organização das Nações Unidas (ONU), através da declaração universal dos direitos humanos, declarou que o direito à *saúde é um direito fundamental de todo o ser humano*, considerando que os estados devem assegurar condições para que todos tenham seu direito assegurado, com acesso a cuidados de saúde de qualidade. A partir daí, se passou a exigir cada vez mais a confluência entre os conceitos de saúde e de direito. (VASCONCELLOS; OLIVEIRA, 2009)

*O direito, por sua vez, é um constructo humano que historicamente demarca as relações entre as pessoas e regula de forma mais ou menos condizente com as necessidades ou interesses individuais e gerais da população, buscando harmonizar conflitos pelo braço institucional da justiça. Embora nem sempre a justiça seja feita da forma mais justa, o direito e a construção permanente do equilíbrio, externado para construir objetos de harmonia da vida, aplicados a natureza e às relações sociais. (VASCONCELLOS; OLIVEIRA; 2009, p. 13)*

O direito pode ser dividido em três tipos: civil, político e social. Os civis compreendem o direito à liberdade de pensamento e ação, à vida, à apropriação de bens e à igualdade perante a lei; já os direitos políticos fazem referência à participação da sociedade na vida política do país por meio de eleições, organização de partidos e lutas políticas, envolvem a participação do governo; e os direitos sociais permitem a inserção dos indivíduos nos bens da coletividade, abrangendo a compreensão dos direitos à saúde, ao trabalho, à educação à moradia, tendo como objetivo a justiça social (CARVALHO, 2009).

A construção do campo do direito aconteceu por meio de muitas lutas e revoluções na Idade Moderna, com destaque para as revoluções inglesa, francesa e industrial, nos séculos XII, XVIII e XIX. Diante da revolução inglesa surge a era dos direitos, direitos estes naturais: a vida, a liberdade e a bens. A partir dessa revolução houve o rompimento do absolutismo, o que permitiu a valorização do estado de direito (MONDAINI, 2008).

Durante a revolução francesa, surgem os “ideais de igualdade, liberdade e

fraternidade”, por meio da assembleia constituinte pelo Rei Luís XVI, em que foi elaborada a declaração dos direitos do homem, fundando os direitos civis. Cabe salientar que este processo se deu através de lutas e combates, já que nesta época havia privilégios aos nobres e ao alto clero e os plebeus eram sujeitos excluídos de direitos (ODALIA, 2008).

Considera-se, portanto, a influência da revolução francesa, o importante papel da classe burguesa na reivindicação dos direitos civis, e a ampliação dos conceitos dos direitos civis do proletariado por meio da revolução industrial. Dentro desse espaço de luta e reivindicações dos direitos civis surgem os direitos políticos no século XIX (ODALIA, 2008).

Já os direitos sociais que contemplam os direitos à saúde surgem no século XX, sendo impulsionados pelas guerras mundiais em que o estado neste momento assume o compromisso com a população de manter o bem-estar após o fim das guerras; no entanto, considerando o sistema econômico neoliberal, estes direitos sociais não evoluíram (SINGER, 2008).

No Brasil, o surgimento dos direitos civis, políticos e sociais ocorreu através de uma conquista travada por lutas com a constituição federal de 1988. No que compete a análise do direito social, esta constituição garante a saúde como um direito à população e dever do estado através de um acesso integral, universal e igualitário por um Sistema Único de Saúde (SUS), garantindo a responsabilidade pela saúde das pessoas na esfera municipal, estadual e federal (CARVALHO, 2009).

Cabe pontuar que a Constituição é a lei principal, a lei que deve refletir o ideal de justiça, deve estabelecer as regras para impedir abusos do poder político, econômico ou militar e deve, afinal, estabelecer princípios e regras fundamentais que contêm os direitos e os deveres fundamentais de todos. Assim, tudo o que consta na constituição é obrigatório, logo, nenhuma lei, decreto ou determinação pode ser contrária a constituição (DALLARI, 2004).

É importante frisar que os antecedentes da saúde no Brasil permeiam três concepções que emergiram ao longo da história, a saber: no império, na república velha (até o início da década de 1930, século XX) e a partir da Era Vargas até o período de redemocratização (década de 1980) (LUZ, 1991).

Durante o império e a república velha a saúde se apresentava como um favor,

não existia qualquer instrumento jurídico-legal que garantisse este direito. Na primeira república o estado em princípio não tinha motivos para intervir na saúde, porém com as epidemias de febre amarela e de outras epidemias, começam a afetar os interesses econômicos da época. Assim, o estado atua adotando medidas de campanhas sanitárias dirigidas por Oswaldo Cruz e a organização dos serviços de saúde pública (PAIM,2003).

Com a constituição de 1891, os estados deveriam ser responsáveis pela saúde e pelo saneamento. Mais tarde, em 1910, observa-se uma conscientização em relação aos problemas sanitários, o estado assume a responsabilidade pelas questões relativas à saúde da população e ao saneamento do território (LIMA; FONSECA; HOCHMAN, 2005).

A assistência neste período visava isolar e abrigar as pessoas com transtorno mental, tuberculose e hanseníase, diante de uma situação em que se necessitava atendimento médico. Este só era acessível para os que podiam pagar por ele, do contrário restavam os serviços caritativos oferecidos pelas Santas Casas de Misericórdia (PAIM, 2003).

Na República Velha, surgiu as bases para a criação de um sistema nacional de saúde, o movimento sanitarista apresenta várias conquistas, trazendo implicações para para o processo de ampliação da autoridade estatal, com destaque para a criação do Departamento Nacional de Saúde Pública em 1920 (LIMA; FONSECA; HOCHMAN, 2005).

A partir da Era Vargas, a saúde se caracteriza como um serviço ou benefício trabalhista, porém ainda havia uma atuação do estado no âmbito da saúde, já que os trabalhadores que tinham a carteira de trabalho assinada possuíam o direito a assistência médica (LUZ,1991). Neste período, os problemas de saúde antigos da população (doenças endêmicas e epidêmicas) foram acrescidos da inserção do processo de produção industrial que oferecia péssimas condições de trabalho, doenças profissionais, estresse, desnutrição infantil, entre outros.

Destaca-se que a população com maior poder aquisitivo utilizava os serviços privados, enquanto o restante da população contava com os poucos serviços públicos que eram oferecidos pelas instituições de caridade, além das práticas populares de tratamento.

Entre as décadas de 1940 e 1970, o acesso aos serviços estava condicionado à existência de vínculo empregatício. O conceito de saúde era restrito a um grupo de pessoas que possuía vínculo empregatício, sendo a saúde vista como um serviço

decorrente de um direito trabalhista ou um serviço privado (LUZ, 1991).

A partir da década de 1970, com o movimento da reforma sanitária se concentra a defesa da saúde como um direito de todos, preconizando que a saúde fosse formulada não somente pelo estado, mas contasse também com a participação social (LUZ, 1991).

Em 1975, foi instituído o sistema nacional de saúde na V Conferência Nacional de Saúde, definindo-se as responsabilidades de várias instituições, cabendo a previdência social a assistência individual e coletiva e ao Ministério da Saúde (criado em 1953), secretarias estaduais e municipais os cuidados preventivos, sendo institucionalizado o modelo médico privatista (MENDES, 2006).

A reforma sanitária se refere ao projeto articulado, na perspectiva da reformulação do Sistema de Saúde, o qual aprofundou no período de regime militar que tinha como característica a assistência médica curativa articulada fortemente ao setor privado, com enfoque curativo, com pouca resolução e dispendioso. A reforma sanitária preconizava a criação de um Sistema Único de Saúde, acabando com o comando do MS e do INAMPS, que atuavam de formas antagônicas. Este projeto era defendido por um movimento de sanitaristas comprometidos com as mudanças nos sistemas de saúde, diversos atores sociais, como líderes, trabalhadores, sindicatos, parlamentares de esquerda, intelectuais e estudantes de saúde, bem como entidades como o Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (CEBES) e a Associação Brasileira de Saúde Coletiva (ABRASCO). Todos lutavam diante de um cenário com condições precárias de vida da população, contra as iniquidades em saúde e pelo reconhecimento da saúde como um direito social. A ambição deste projeto era a universalização do direito à saúde e um modelo de atenção com ênfase na integralidade (ZENAIDE, 2011).

Em 1986, foi realizada a VIII Conferência Nacional de Saúde (CNS), com representantes de diversos movimentos sociais, populares, trabalhadores, usuários, parlamentares, intelectuais da saúde, entre outros, participantes mais de 5.000 mil pessoas. No evento foram debatidos os princípios e diretrizes da Reforma Sanitária, com destaque para: o conceito ampliado de saúde, o reconhecimento da saúde como um direito de todos e dever do estado, a criação do SUS, a descentralização e hierarquização de serviços, a atenção integral às necessidades de saúde da população e a participação popular. A 8ª CNS representou assim o evento político mais importante da segunda metade

do século XX, lançando-se as bases doutrinárias do SUS (ZENAIDE, 2011).

O movimento da reforma sanitária culminou com a implantação do novo sistema de saúde, que previa um modelo assistencial com a garantia universal e integral à saúde, a partir da integração das ações curativas e preventivas, sendo necessário um novo perfil de trabalhadores de saúde (BRASIL, 1996).

Assim, a partir da 8ª CNS foi instituída uma comissão de reforma sanitária para o encaminhamento das propostas à Assembleia Nacional Constituinte e a sua inscrição na nova constituição. Com a promulgação da Constituição Federal Brasileira em 1988, foi aprovado o SUS, que incorporou a maioria das propostas do movimento da reforma sanitária apresentadas pela emenda popular acompanhada da participação dos segmentos interessados. Nessa linha, o SUS fundamenta-se em uma concepção ampla do direito à saúde e do papel do Estado na garantia desse direito. Para tanto, incorpora, em sua estrutura organizacional, espaços e instrumentos para a democratização e compartilhamento da gestão do sistema de saúde (NORONHA, LIMA, MACHADO, 2008; AGUIAR, 2011).

A Constituição federal de 1988 passou a ser conhecida como uma constituição cidadã, uma vez que se caracterizou pelo reconhecimento de muitos direitos, como a saúde, através do artigo 196, no capítulo VIII, da ordem social, seção II da saúde:

*“A saúde é um direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem a redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações de promoção, proteção e recuperação.”(BRASIL,1988,p.33)*

Em 1990, o SUS é regulamentado por meio das Leis Orgânicas de Saúde (LOAS) com destaque para as leis 8.080 e 8.142. Cabe assim esclarecer que a Lei 8.080 dispõe sobre as condições para a promoção, proteção, recuperação da saúde e ainda regula as ações, a organização e o funcionamento dos serviços de saúde no país. É com base nessa lei que a saúde é entendida como direito fundamental do ser humano (BRASIL, 1990a).

De acordo com a legislação, cabe ao SUS prestar assistência às pessoas através de ações de promoção, proteção e recuperação de saúde, com a realização de ações assistenciais e atividades preventivas de forma integrada, sendo incluída as ações de vigilância sanitária, vigilância epidemiológica, saúde do trabalhador e assistência terapêutica integral, incluindo a farmacológica (CARVALHO; MARTINS; CORDONI,

2001).

O SUS engloba um conjunto de ações e serviços de saúde prestados por órgãos e instituições públicas federais, estaduais e municipais e de forma complementar a iniciativa privada (BRASIL, 2000).

O SUS possui princípios éticos doutrinários que o orientam, a saber: universalidade, integralidade e equidade. Com base no princípio da universalidade a saúde passa a ser considerada um direito de todos os indivíduos e dever do Estado. Logo, toda a população independente de possuir trabalho formal ou não, passa a ter direito à assistência de saúde, como a realização de consultas, exames, internação nos serviços de saúde do SUS. A integralidade pode ser caracterizada como o princípio do SUS que atribui a população o direito de atendimento de forma integral, nos três níveis de assistência, primária, secundária e terciária. E pelo princípio da equidade a finalidade é de diminuir as diferenças sociais, proporcionando atendimento de acordo com as necessidades de cada indivíduo, este princípio se caracteriza como sendo de justiça social. Nesse sentido, esses princípios do SUS são a base para a sua construção. Os princípios organizativos são definidos pela descentralização, hierarquização, regionalização e participação popular.

A Lei 8.142 dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do SUS e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde. Através dessa lei, consolidou-se um importante espaço público de controle social, mediante a participação da população por meio das conferências e dos conselhos de saúde em todas as esferas do governo (BRASIL; 1990b).

No período de 2000 a 2002, o Ministério da Saúde cria o Programa Nacional de Humanização da assistência e da gestão Hospitalar (PNHAH) iniciando ações em hospitais com o intuito de criar comitês de humanização voltados para a qualidade de atenção ao usuário e mais tarde do trabalhador (BENEVIDES; PASSOS, 2005).

Vale destacar que entre os anos de 1999 e 2002, o Ministério da Saúde (MS) criou outros programas além da PNHAH, a saber: carta ao usuário (1999), Programa Nacional de Avaliação dos Serviços Hospitalares (1999), Programa para centros colaboradores para a qualidade e assistência hospitalar (2000), Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento (2000), norma de atenção humanizada de recém nascido de baixo peso – Método Canguru (2000), programa de acreditação hospitalar

(2001), entre outros (BENEVIDES; PASSOS, 2005).

Em 2003, o MS criou a Política Nacional de Humanização (PNH) – HumanizaSUS – que, em linhas gerais, reúne

*Um conjunto de estratégias para alcançar a qualidade da atenção e da gestão em saúde no SUS, estabelece-se, portanto, como a construção/ativação de atitudes ético-estético-políticas em sintonia com um projeto de coresponsabilidade e qualificação dos vínculos interprofissionais e entre estes e os usuários na produção de saúde. Éticas porque tomam a defesa da vida com eixo de suas ações. Estéticas porque estão voltadas para a invenção das normas que regulam a vida, para os processos de criação que constituem o mais específico do homem em relação aos demais seres vivos. Políticas porque é na polis, na relação entre os homens que as relações sociais e de poder se operam, que o mundo se faz (BRASIL, 2004a, p.8).*

A PNH é uma política pública do SUS, que tem como propósito contribuir para a melhoria da qualidade do atendimento nos serviços de saúde. Nessa linha, de acordo com a PNH, a humanização utiliza-se de um conjunto de estratégias para alcançar a qualidade da atenção e da gestão em saúde no SUS (BRASIL, 2010). Para tal, a PNH estabelece quatro marcas específicas, quais sejam: a redução das filas e do tempo de espera com a ampliação do acesso e atendimento de forma acolhedora e resolutiva baseada em critérios de risco; informação a todos os usuários do SUS sobre os profissionais que cuidam de sua saúde; garantia a informação aos usuários, acompanhamento de pessoas que fazem parte de sua rede social e os direitos dos usuários do SUS; garantia de gestão participativa aos profissionais de saúde e aos usuários, assim como a educação permanente para os profissionais (BRASIL, 2010).

Por definição, a PNH apresenta três princípios: a transversalidade, entendida como ampliação e aumento da capacidade de comunicação, entre as políticas, programas e projetos e entre sujeitos e coletivos; a indissociabilidade entre atenção e gestão a saúde, pois estas devem ser entendidas como elementos inseparáveis, presentes sempre nas práticas de saúde; protagonismo dos sujeitos e dos coletivos, apostando na transformação. Esses princípios são elementos centrais que conformam o modo como a PNH compreende o poder de transformação da política pública de saúde (BRASIL, 2010).

Numa perspectiva de construção dialógica e coletiva entre os profissionais da saúde, gestores e usuários do SUS, a PNH faz uso de algumas diretrizes para orientar, guiar a ação transformadora, a saber: a clínica ampliada, o acolhimento, a co-gestão, a valorização do trabalho e do trabalhador, a ambiência e a defesa dos direitos dos usuários. (BRASIL, 2010).

Em defesa dos direitos dos usuários da saúde, em 2006, o Ministério da Saúde do Brasil cria a carta dos direitos dos usuários, que apresenta sete diretrizes: toda pessoa tem direito ao acesso a bens e serviços ordenados e organizados para a garantia da promoção, da prevenção, da proteção, do tratamento e da recuperação da sua saúde; toda pessoa tem direito ao tratamento adequado e no tempo certo para resolver seu problema de saúde; toda pessoa tem direito ao atendimento humanizado, realizado por profissionais qualificados, em ambiente limpo, acolhedor e acessível a todas as pessoas; toda pessoa deve ter seus valores, sua cultura, sua crença e seus direitos respeitados na relação com os serviços de saúde; toda pessoa é responsável pelo seu tratamento e sua recuperação sejam adequados e sem interrupção; toda pessoa tem direito à informação sobre os serviços de saúde e as diversas formas de participação na comunidade e toda pessoa tem direito a participar dos conselhos e das conferências de saúde e de exigir que o gestor federal e os gestores estaduais e municipais cumpram os princípios desta carta (BRASIL, 2013).

Cabe destacar que para o Sistema Único de Saúde, usuário é aquele que usa, indica significado mais abrangente, capaz de envolver tanto o cliente como seu acompanhante e familiar, o trabalhador e o gerente da instituição, além do gestor do sistema.

## **2.2 CONSIDERAÇÕES ACERCA DO CUIDADO E DA SAÚDE: DA CARIDADE A FORMAÇÃO PROFISSIONAL EM ENFERMAGEM NO BRASIL**

Sabe-se que a enfermagem tem uma relação muito próxima com os cuidados maternos e este cuidado está por sua vez relacionado com o conceito de saúde e de doença. Segundo Françoise Collière, os cuidados existem desde que surgiu a vida, uma vez que os seres humanos dele necessitavam para sua sobrevivência. (OGUISSO, 2007; BARTIANI et al, 2011).

Em quase metade dos tempos medievais, os cuidados de enfermagem foram realizados por homens, isto porque não era considerado próprio que as mulheres cuidassem de outro homem que não fosse um parente. Porém, com o passar do tempo, homens e mulheres passaram a ter igualdade nas práticas de cuidado, pois as mulheres eram consideradas essenciais na realização das visitas e nas práticas de cuidado o que era

relacionado à sua característica fraternal e a habilidade no tratamento (RUSSELL, 1993; BASTIANI et al, 2011).

As mulheres eram escolhidas pelo clero e ordenadas pelo bispo para executarem os atos de cuidado, se dedicando a todas as obras realizadas pela comunidade cristã e aos cuidados aos necessitados. Foram criados posteriormente, ordens de mulheres, como virgens e monjas, que trabalhavam para a igreja e cujo principal objetivo era ajudar aos pobres e aos doentes. O cuidado realizado por essas mulheres era orientado pela prática do cotidiano, influenciada pela espiritualidade e por sentimentos de caridade.

A ação de cuidar e de curar era vista pelo cristianismo como ato de caridade. Esse pensamento perdurou por todo o período medieval, impulsionando a fundação dos hospitais. Durante muito tempo existiram somente os mosteiros para o cuidado aos doentes, sendo estes os precursores de famosos hospitais (BARTINANI et al, 2011).

O termo “Hospital”, como instituição de atenção ao doente, passou a ser utilizado por meio de uma determinação do Concílio de Aachen (816 d.C). A partir deste momento, tornou-se obrigatória a construção de hospitais, que atingiram seu apogeu nos séculos XII e XIII. Os hospitais tornaram-se instituições públicas administradas por leigos para a prestação da assistência social (ANTUNES, 1991).

O clero começou a se afastar do cuidado aos doentes a partir do Conselho de Viena, em 1312, que decidiu que a assistência médica era atribuição exclusiva dos médicos leigos, cabendo assim aos sacerdotes a missão da assistência espiritual. Porém, o clero não se afastou dos hospitais. Neste momento, a medicina leiga dissocia a ordem religiosa nos hospitais, o trabalho realizado nos hospitais passa a ser cobrado se afastando da vocação caridosa (ANTUNES, 1991).

No final da idade média, em toda a Europa, havia um grande número de miseráveis, em decorrência das guerras, epidemias e do desemprego. O pobre passa a ser representado por uma figura que causa repugnância e pena dos ricos, a caridade é incentivada pelas igrejas, com a fundação das entidades que atendessem aos pobres (VAGHETTI et al, 2011).

No contexto da contra reforma surgiram outras ordens religiosas, como as irmãs de caridade na França fundada pelo padre Vicente de Paulo e por Luiza de Marillac. Todos tinham como objetivo prestar assistência espiritual aos doentes pobres. Outros países como a Itália, Espanha e Portugal, fundaram instituições denominadas irmandades.

Uma delas se expandiu para o Brasil, a Irmandade na Nossa Senhora Mãe de Deus, inaugurada em São Paulo (KOERICH et al, 2011).

Em 1543 funda-se a primeira Casa de Misericórdia no Brasil, com o objetivo de manter hospitais e asilos para indigentes. O segundo Hospital da misericórdia surge na cidade do Rio de Janeiro. (PADILHA, 1977)

A assistência no Brasil Colônia era inicialmente prestada pelos religiosos e posteriormente por voluntários e escravos que passaram a executar essa atividade nas Santas Casas de Misericórdia. A prática de enfermagem no Brasil colônia era predominantemente doméstica, a base de experiência de cunho instintivo, sem fundamento. As pessoas que prestavam cuidados eram homens, escravos, na sua maioria voluntários, que trabalhavam nos domicílios e nas residências. Não havia preparo formal para a assistência aos doentes e de administração das Santas Casas (KOERICH et al, 2011).

Após a expulsão dos jesuítas no Brasil, em 1759, a administração hospitalar e o cuidado prestado às pessoas nas Santas Casas perderam o caráter religioso. Somente no século XIX, quando as irmãs de caridade de São Vicente de Paulo assumiram novamente a administração, retorna o caráter religioso em tais instituições (PADILHA, 1977).

No século XIX, com a chegada da corte portuguesa ao Brasil, a saúde torna-se um objeto de poder central, já que a criação do ensino cirúrgico (Escola de Anatomia, Cirurgia e Medicina, anexa ao Hospital Real Militar), foi considerada útil ao restabelecimento da saúde do povo (REZENDE, 2001). O ensino aos estudantes do curso era ministrado nas enfermarias da Santa Casa de Misericórdia do Rio de Janeiro. Assim o hospital torna-se um local de formação e aperfeiçoamento científico, modificando as formas de relações no seu interior (AMANTE et al, 2011).

A Santa Casa de Misericórdia do Rio de Janeiro integra-se ao processo médico normalizador e civilizatório. Dando prosseguimento ao seu processo de controle, a Santa Casa vai se aliar a sociedade de medicina, juntamente com os médicos chamados alienistas, que reclamavam a criação de um hospício para loucos, o que ocorreu com a criação em 1841, do hospital de Pedro II, como instituição anexa a Santa Casa de Misericórdia. Para atuar como enfermeiras nos estabelecimentos da Santa Casa, vieram da França, as irmãs de caridade de São Vicente de Paulo (AMANTE et al, 2011).

No entanto, o encontro dos médicos com as irmãs de caridade gera conflitos e embates, de um lado um discurso caritativo e religioso e do outro o discurso médico buscava transformar a medicina mental em prática científica. Isto levou a unidade a ser desanexada da Santa Casa, em 1889, passando-se a denominar Hospital Nacional de Alienados (HNA) (PERES, 2008). Assim, o pessoal da enfermagem do HNA, não estava mais subordinado às irmãs de caridade e sim aos médicos.

Dessa forma, as irmãs de caridade se viram na contingência de deixar o serviço e retornar aos estabelecimentos da Santa Casa. Logo, com a saída das irmãs de caridade houve uma grave crise econômica e administrativa no hospício, o que levou a negociação da vinda de enfermeiras leigas da França (PERES, 2008).

A substituição das irmãs de caridade por enfermeiras leigas se fez com uma preocupação de cunho político-ideológico. Assim, a contratação de cerca de 40 enfermeiras francesas, em substituição às irmãs de caridade, reafirmava a intenção do governo de criar uma profissão para mulheres, no modelo idealizado pelo psiquiatra Francês Bourneville (SANTOS, 2007).

Neste modelo, as enfermeiras deveriam ser boas administradoras e cuidadoras, executar tarefas pré-determinadas, praticando princípios de higiene. Como atributos pessoais, para substituir as irmãs de caridade, deveriam ser mulheres devotas à religião (SANTOS, 2007).

Considerando a saída das religiosas e a falta de mão de obra para assumir a instituição, foi criada em 1980 a Escola Profissional de Enfermeiros e Enfermeiras (EPEE), essa Escola fundou as bases da Escola de Enfermagem Alfredo Pinto, ficando oficialmente instituído o ensino da Enfermagem no Brasil (AMANTE et al, 2011).

A justificativa para a criação desta Escola foi num primeiro momento suprir a falta de mão de obra para colocar no lugar das religiosas que saíram do HNA e resolver o problema das pessoas do sexo feminino com dificuldade de profissionalização (MOREIRA, 1995).

No período da primeira república, foram criadas outras escolas de enfermagem. Em 1916, a Sociedade da Cruz Vermelha criou a escola prática de enfermeiras no Rio de Janeiro, sendo criadas posteriormente outras escolas da mesma instituição em São Paulo e Distrito Federal; no entanto, nenhuma delas adotava o modelo de enfermagem moderna, modelo este que já era conhecido em outros países da América do Sul (BARREIRA et al, 2011).

Em 1920, com a criação do decreto 791-1890, a Escola Profissional de Enfermeiras e Enfermeiros da Assistência a Alienados foi desdobrada em três seções (masculina, feminina e mista), sendo criada a Escola Profissional de Enfermeiras na Colônia de Alienados do Engenho de Dentro, que em 1921 passou a ser intitulada Escola Profissional de Enfermeiros Alfredo Pinto (PORTO; SANTOS, 2007).

A Enfermagem neste momento era no Brasil uma prática exercida por mulheres católicas, diplomadas estrangeiras e de uma pequena parcela de profissionais treinadas na Escola Profissional do Hospital Nacional de Alienados e nas Escolas da Cruz Vermelha Brasileira, além de visitadoras preparadas por médicos sanitaristas, leigos de pouca importância, ex-escravos e seus desdobramentos (SAUTHIER; BARREIRA, 1999).

Em 1920, após a publicação de um relatório por médicos sanitaristas, que impressionou diversos intelectuais e nacionalistas sobre as diversas regiões do Brasil flageladas pela seca, com a frase “*o Brasil é um imenso hospital*”, surge a necessidade de criação de um movimento sanitário no Brasil, o que culminou na criação do Departamento Nacional de Saúde Pública, ensejando a reforma sanitária, liderada pelo médico Carlos Chagas. Essa reforma foi desenvolvida entre os anos 1920 e 1924, através de decretos que redefiniam o papel do estado nas questões sanitárias do país. (BARREIRA; SANTOS, 2002)

Neste momento, houve um interesse dos sanitaristas do DNSP na atuação da enfermeira de saúde pública, pois entendia-se que esta enfermeira era ideal para se incumbir da visita domiciliar. Carlos Chagas acertou a vinda de uma missão de Cooperação Técnica para o desenvolvimento da enfermagem no Brasil, a ser chefiada por Ethel Parsons (SAUTHIER, BARREIRA, 1999; SANTOS, BARREIRA, 2002).

Ethel Parsons, após um ano de sua chegada ao Rio de Janeiro, participa do Congresso Nacional dos Práticos, onde expôs o relatório “As Enfermeiras de Saúde Pública”. O perfil da enfermeira de saúde pública se afastava dos traços puramente caritativos e dava ênfase à enfermeira responsável pela reforma social da conduta do cidadão, no que fazia referência a sua saúde. No relatório constava também o reconhecimento da Escola de Enfermagem que seria criada e a ampliação da oferta de mercado de trabalho por meio da organização e da implantação da assistência de enfermagem em toda a cidade (PEREIRA NETO, 2001).

A Implantação da enfermagem moderna no Brasil, sob a égide de saúde pública, teve como base os princípios do sistema Nigthingaleano, o hospital norte-americano, bem como a prática de enfermagem de saúde pública desenvolvida naquele país. Neste momento, foram criados três serviços: um serviço de enfermeiras de saúde pública, um hospital geral de assistência e uma Escola de Enfermagem vinculada a este hospital (BARREIRA et al, 2011).

É importante ressaltar que a implantação da enfermagem moderna no Brasil criou reações de defesa de interesses corporativos. Especialmente porque um traço marcante das gestoras da missão Parsons foi a implantação das tradições já institucionalizadas em seu país de origem, carregadas de solenidade que congregavam pessoas de diferentes esferas da sociedade. Considera-se ainda que a criação da escola afastada da esfera de influência do Clero, foi vista como uma ameaça ao poder e prestígio das ordens religiosas da época (BARREIRA et al, 2011).

Destaca-se que no que tange a imagem da enfermeira na sociedade, a profissional que possuía diploma permanecia entre a freira e a dama da sociedade dedicada as ações filantrópicas, todas estando mesmo de forma concorrentes, influenciadas ou controladas pela igreja. No entanto, a religiosa e a dama da sociedade executavam práticas sem remuneração, porém competiam com a enfermeira. Neste contexto, a missão Parsons ocasionou a desarranjo das representações femininas que eram socialmente aprovadas na época e idealizadas nas figuras das freiras e das damas da sociedade (BARREIRA, 1992).

A Fundação da Escola de Enfermeiras do DNSP foi a primeira escola de enfermagem Brasileira organizada e dirigida por enfermeiros, cujo quadro de pessoal de ensino era constituído por enfermeiras, o que interferia no exercício do poder pelos médicos (SAUTHIER; BARREIRA, 2009).

O curso da escola era inicialmente de dois anos e quatro meses, aumentando depois, para dois anos e oito meses e depois para três anos. Foram mantidas as exigências das escolas norte-americanas para o ingresso das candidatas ao curso, relacionado aos aspectos morais, os sociais e de nível de instrução. O currículo era semelhante ao currículo padrão para as Escolas de Enfermagem, da Liga Nacional de Educação em Enfermagem. O ensino era integrado diretamente à assistência, pois este era considerado como parte fundamental para a formação em enfermagem (AMANTE et al, 2011).

Muitas alunas eram recrutadas na sociedade do Rio de Janeiro, sendo aceitas aquelas que eram consideradas “moças de boa família”, que fossem solteiras, com boa aparência, instruídas, educadas e que fossem capazes de obter cartas de recomendação. O ambiente da escola representava tamanho prestígio que era considerado um dos melhores colégios de moça na época (SAUTHIER; BARREIRA, 2009).

As estratégias de ensino visavam incorporar nas alunas um comportamento adequado aos padrões de civilização e aos ideais da profissão. A escola preparava as enfermeiras para a assistência, mas também promovia um processo de fundo ideológico, segundo o espírito da profissão. A disciplina, a obediência e a hierarquia eram pontos fortes avaliados nas alunas das instituições (BAPTISTA, 1997; BARREIRA, 2002).

A relação professora-aluna acontecia em bases paramilitares, falhas das alunas poderiam ocasionar seu desligamento da instituição. As alunas e professoras usavam uniformes carregados de valor simbólico que representavam a mística da enfermagem encarnada como valor universal, configuravam uma estratégia de diferenciação e de igualdade no grupo (SANTOS; BARREIRA, 2002).

Em 1926, A Escola de Enfermeiras do DNSP passa a denominar-se Escola de Enfermeiras Donna Anna Nery, adotando como patrona a figura de uma heroína de guerra, que trazia em sua imagem ideais religiosos e patrióticos (SANTOS; BARREIRA, 2002)

Em 1930, com a criação do Ministério da Educação e Saúde Pública, ocorreu o interesse do governo federal para o preparo de pessoal auxiliar para atuar na saúde pública, a exemplo das visitadoras sanitárias e, em 1931, o decreto nº 20.109, de 15 de junho, regulou o ensino de enfermagem no Brasil (CARVALHO, 2006).

Com a regulamentação da profissão em 1931, A Escola de Enfermagem Anna Nery foi reconhecida como escola-padrão. Dessa forma, todas as escolas de enfermagem que fossem criadas no território nacional deveriam ter como base os moldes da EEAN, esse decreto instituiu a EEAN como “escola oficial padrão”. Este padrão fazia referência a um conjunto de normas e regras que articulava a ciência, a arte, o poder disciplinador, a ideologia articulada ao poder estatal, para a instituição de um arquétipo profissional extremamente necessário para a implantação de uma nova ordem sanitária pelo estado brasileiro, a partir da cidade do Rio de Janeiro. Era necessário mais do que uma formação técnica profissional, mas de uma nova identidade que não existia no Brasil (BAPTISTA; BARREIRA, 1997).

Na enfermagem, entre os anos 1930 e 1945, foram criadas 10 escolas de enfermagem, cinco somente na década de 1930, duas em Goiás, uma em Minas Gerais, uma no Rio de Janeiro e uma em São Paulo (BAPTISTA; BARREIRA, 1997).

Em agosto de 1949, o ensino de enfermagem é consolidado com enfoque no ensino das ciências físicas e biológicas nas disciplinas profissionalizantes. O currículo é reformulado, sendo determinado 36 meses para os cursos de enfermagem e 18 meses para os cursos de auxiliares de enfermagem (CARVALHO, 2006).

Esta lei também oficializou a formação de auxiliares pela EEAN, seu primeiro curso oficial iniciado em 1941. A EEAN promoveu, a partir de 1947, o curso denominado “post-graduado” para a formação de professores, a partir de 1948, o ensino de especialidades como obstetrícia e saúde pública passou a ser ministrado com o nome de especialização. Outros cursos foram realizados em 1959, na Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo (SANTOS; GOMES, 2007).

Destaca-se que em 1932, a Associação Brasileira de Enfermagem, entidade criada por ex-alunas da EEAN, fundou o primeiro periódico brasileiro de enfermagem, intitulado *Annaes de Enfermagem*, que em 1954 passou a se chamar *Revista Brasileira de Enfermagem*. Neste periódico foram publicados os “10 mandamentos da enfermeira”, que destacavam: a enfermeira deve ter consciência, ser leal, ser obediente, seguir regras, além de “acatar” sem discutir as ordens dadas, devia ser alegre, ter disposição, pontual, ter paciência, ser bem humorada, cuidar do seu modo de andar e de vestir bem como saber se comportar (GEOVANNI et al, 2005).

Somente em 1948 surge pela primeira vez o manual de técnicas de Enfermagem, para atender às necessidades didáticas de uma disciplina da EEAN: a arte da Enfermagem. Este manual foi utilizado como modelo para o ensino e para a prática de Enfermagem durante muitos anos (BOCK et al, 2011)

Ainda em 1950, as escolas de graduação de enfermagem foram crescendo e também os cursos de pós graduação com a inserção de disciplinas relacionadas a pesquisa. Em 1952, lançou-se nos Estados Unidos o periódico *Nursing Research*, dedicado a estimular e promover a pesquisa em enfermagem. Neste momento, as pesquisas realizadas na enfermagem traziam uma grande diversidade de ideias, constituindo-se no desenvolvimento das teorias de enfermagem (BOCK et al, 2011).

Em 1953, houve uma mobilização na busca pela cientificidade na Enfermagem, com destaque para os trabalhos das enfermeiras Hildegard Peplau (1952 –

modelo das relações interpessoais), Virginia Henderson (1955 – Filosofia da Enfermagem) e Esnestine Wiendenbach (1958- Modelos de enfermagem clínica). Essas educadoras foram as precursoras do livro princípios científicos aplicados na enfermagem, em 1959.

Essa obra contemplava a importância do vasto conhecimento científico necessário a enfermagem, com enfoque no conhecimento das ciências sociais, físicas e biológicas (MOREIRA; OGUISSO, 2005).

Já no Brasil, a década de 1960 foi marcada pela luta da enfermagem na conquista de um posicionamento sobre a questão do ensino na enfermagem, considerando que neste momento o ensino sofreu inúmeras transformações, considerando que era preciso se adaptar às prerrogativas da LDB, lei nº 4.024, de 20 de dezembro de 1961 (MEC, 1996).

Esta lei normatizou as diretrizes e bases da educação nacional, o que levou o sistema universitário a ser estruturado e reformulado. Este fato tornou evidente que poderiam firmar a enfermagem como uma carreira universitária, o que levou muitas escolas a se transformarem em escolas de auxiliares de enfermagem (BAPTISTA; BARREIRA, 2006).

No que compete à Enfermagem, a LDB voltou-se a formação e ao perfil que se desejava dos profissionais de enfermagem, de forma a manter a qualidade da assistência, além da formação ética dos cursos de enfermagem (MANCIA; PADILHA; REIBNITZ, 2003).

Em 1962, com base no parecer nº 271, foi estabelecido o currículo mínimo para os cursos de graduação em enfermagem, que fixou um curso geral e duas especializações. O curso de graduação foi reduzido de quatro para três anos, além da exclusão de algumas disciplinas do curso de graduação, tais como as de enfermagem de saúde pública e de ciências sociais. A disciplina de enfermagem de saúde pública deixou de ser obrigatória e tornou-se uma especialização de caráter optativo. Com este parecer ficou evidente a mudança do currículo de enfermagem, com enfoque nas clínicas especializadas, enfatizando a cura, o que tornou evidente como consequência um cuidado de enfermagem voltado para a área hospitalar. Fato que levou a insatisfação entre os profissionais de enfermagem e professores de enfermagem (KLETEMBERG et al, 2011).

Dessa forma, em 1968, com a reforma universitária, a ABEn juntamente com as escolas de enfermagem, revisa o currículo com a finalidade de apresentar sugestões

para uma nova legislação curricular. Isto culminou com a fixação do novo currículo mínimo dos cursos de enfermagem, que dispunha sobre a nova estrutura curricular para o curso de graduação em enfermagem e a formação profissional do enfermeiro. Essa nova estrutura abrangia as ciências básicas, as disciplinas profissionais e as habilitações específicas: enfermagem de saúde pública, enfermagem obstétrica e enfermagem médico – cirúrgica, incluindo a licenciatura em enfermagem (VALE; FERNANDES, 2006).

A partir da reforma universitária a enfermagem passa a ter profissionais qualificados como enfermeiros docentes e enfermeiros assistenciais, no exercício de atividades distintas e específicas. A reforma universitária evidenciou que era preciso unir a pesquisa com o ensino superior, promovendo funções de docentes e de pesquisador. O que foi fundamental para a estruturação dos Programas de pós graduação no Brasil (KLETEMBERG et al, 2011).

Na enfermagem Brasileira, a pós graduação *scrito sensu* teve início em 1972, na Escola de Enfermagem Anna Nery, quando a instituição iniciou o mestrado em Enfermagem. Dentro deste contexto, cabe ainda destacar que na década de 1970, as novas escolas de enfermagem surgiram por incentivo do governo, o que levou à agenda da enfermagem brasileira, novos cenários e novos autores, que passaram a contribuir com a construção do conhecimento na área. Este movimento foi acompanhado pela implantação dos cursos de pós graduação, além do desenvolvimento das pesquisas, produções científica, técnicas e publicações (PADILHA, 2008).

Mais tarde com o processo de democratização do Brasil, na década de 1980, em meio as propostas de reforma e organização dos serviços de saúde, a ABEn propicia através de debates por meio de seminários em níveis nacionais e regionais com professores e estudantes de enfermagem, um projeto educacional para a enfermagem Brasileira, com vistas a reorientar o ensino de enfermagem tecnicista curativa para o generalista preventcionista (KLETEMBERG et al, 2011).

Dessa forma, a formação de enfermagem, no âmbito da graduação, vem sendo realizada com a formação de enfermeiros generalistas, amparando-se em Diretrizes Curriculares Nacionais, centrando a formação de enfermeiros voltados para o Sistema Único de Saúde.

### CAPÍTULO III

#### REFERENCIAL TEÓRICO E METODOLÓGICO

#### 3.1 CONSIDERAÇÕES ACERCA DA TEORIA DAS REPRESENTAÇÕES SOCIAIS

A Teoria aplicada na explicação do fenômeno em estudo é a das Representações Sociais (TRS), proposta por Moscovici, em 1961, na França, no clássico estudo sobre a psicanálise, o qual se constituiu em um novo paradigma na psicologia social, com estabelecimento de relações entre indivíduo e sociedade. As Representações Sociais (RS) são “*entidades quase tangíveis. Elas circulam, cruzam-se e se cristalizam incessantemente através de uma fala, um gesto, um encontro, em nosso universo cotidiano*” (MOSCOVICI, 2012, p.41).

Na TRS, como proposta por Moscovici, se considera a existência de duas formas de conhecimento: o científico e o consensual, cada um sendo capaz de gerar seu próprio universo. Entre estes não se estabelece uma relação de hierarquia, um saber não se sobrepõe ao outro, possuindo propósitos diferentes (ARRUDA, 2002).

O universo consensual se apresenta no cotidiano enquanto o universo reificado se apresenta no espaço científico, cada um possui uma linguagem própria e hierarquia interna. É através dos universos consensuais, presentes no cotidiano, que se acessam as RS, pois estas derivam do senso comum, da consciência construída de forma coletiva, sendo acessíveis a todos e são variáveis (ARRUDA, 2002).

Segundo Moscovici (2012) a RS possui duas faces: uma figurativa e a outra simbólica, onde cada figura corresponde a um sentido e cada sentido a uma figura. Os processos envolvidos nas RS têm como função destacar uma figura dando-lhe significado, integrando ao universo dos sujeitos. Daí é que surgem os dois processos que dão origem as RS: a objetivação e a ancoragem.

Na objetivação acontece a passagem de conceitos ou ideias para imagens concretas. É através dela que se esclarece como se estrutura o conhecimento do objeto. Na ancoragem ocorre a constituição de uma rede de significados relacionando o objeto a valores e práticas sociais. Ele dá sentido ao objeto que se apresenta à compreensão do

sujeito (MOSCOVICI, 2012).

Na ancoragem se instrumentaliza o novo objeto, ancora-se o novo e desconhecido, levando a compreensão do não familiar para o familiar. Através desses dois processos é possível compreender como o funcionamento do sistema cognitivo influencia o social e como este influencia na elaboração do sistema cognitivo (MOSCOVICI, 2012).

Dentro de cada universo das RS, existem três dimensões: a atitude, a informação e o campo de representação ou imagem. A atitude se refere à orientação, que pode ser favorável ou não, frente a um objeto de representação. Na dimensão da informação existe uma organização dos conhecimentos correspondentes ao que o grupo possui referente a um determinado objeto. No campo da representação, se remete a ideia ou imagem, do conteúdo concreto e limitado de proposições referentes a um aspecto preciso do objeto e pressupõe uma unidade hierarquizada de elementos (MOSCOVICI, 2012).

A TRS possui três abordagens teóricas: a abordagem processual segundo proposta de Denise Jodelet; a abordagem estrutural que resultou na teoria do núcleo central, segundo proposta de Jean-Claude Abric e a a terceira abordagem, relacional, liderada por Wiliew Doise (SÁ, 1998).

A processual aborda o processo e conteúdo das RS, seu foco são as produções simbólicas, a linguagem, as relações entre objeto de estudo e as condições sócio-históricas e culturais, dando ênfase a forma como as RS são articuladas ao cotidiano.

A RS encadeia ação, pensamento e linguagem nas funções de tornar o não familiar em objeto conhecido, possibilitando a comunicação e obtendo controle sobre o meio em que se vive, compreendendo o mundo e as relações que nele se estabelecem (JODELET, 2001). São conhecimentos práticos, elaborados socialmente, construtoras de uma realidade comum aos grupos sociais (JODELET, 2002).

As pessoas precisam saber como lidar com os fenômenos, se posicionar frente a eles, falar sobre determinados problemas, assuntos, situações no cotidiano e para isso criam RS. Elas se estabelecem dessa forma como guias, nomeando diferentes aspectos que são vivenciados por todos no cotidiano. É justamente esse cotidiano que as torna sociais. Através das RS as pessoas interpretam, tomam decisões e, eventualmente, se posicionam frente a elas de forma defensiva (JODELET, 2001).

Jodelet (2002) sugere que para se acessar o conjunto de componentes e relações

contidas na RS, como um saber prático, é preciso que se responda a três perguntas fundamentais: Quem sabe e a partir de onde sabe? O que e como sabe? Sobre o que se sabe e com que efeito? Essas três perguntas revelam três planos: as condições de produção e de circulação das RS; os processos e estados das RS e o estatuto epistemológico das RS. As condições de produção da representação afirmam a marca social das RS, assim como o estatuto epistemológico marca a função simbólica, e os processos e estados, o seu caráter político (JODELET, 2001).

Tais perguntas trazem implicações metodológicas, pois é preciso conhecer o produtor das RS, suas características, sua inserção social, as suas fontes de informação, de modo que se consiga contextualizar a produção do seu discurso e suas práticas sobre o objeto.

Ao se aplicar esta abordagem neste estudo, intencionou-se acessar como são contruídas as representações sociais dos estudantes de enfermagem sobre os direitos dos usuários da saúde, como as elaboram e quais são seus conteúdos, possibilitando identificar as condições de produção das RS, os sentidos que os estudantes de enfermagem atribuem aos direitos dos usuários da saúde.

Quanto a abordagem estrutural, esta identifica o núcleo das RS, como elas se organizam e quais são os elementos que as constituem. Sua contribuição está centrada em como a representação se organiza em um sistema central e periférico, que possuem características e funções distintas, permite comparações entre representações, uma vez que se considera que elas serão distintas se o núcleo central tiver diferenças em sua composição (SÁ, 1998).

Para Abric (2011), as RS são um conjunto de informações, crenças, opiniões e atitudes diante de um dado objeto social. As RS possuem quatro funções: função do saber, função identitária, função de orientação e função justificatória. A função do saber permite compreender e explicar a realidade, na função identitária elas definem a identidade e permitem a proteção da especificidade de cada grupo, já a função de orientação atua como guia de comportamentos e práticas e a função justificadora, justifica as tomadas de decisão e de comportamento (ABRIC, 2011).

A organização de uma RS apresenta uma característica própria de ser organizada em torno de um núcleo central. O núcleo central pode possuir duas dimensões: uma funcional e outra normativa. A dimensão funcional tem uma finalidade operatória, os elementos do núcleo central se constituem como os mais importantes para a realização

das tarefas. A dimensão normativa se relaciona com as dimensões socioafetivas, sociais ou ideológicas (SÁ, 2002).

De acordo com a perspectiva da abordagem estrutural, as representações sociais são compostas por dois sistemas, um central e um periférico, cada um possui características e funções próprias, complementares um ao outro. Em torno do núcleo central organizam-se os elementos periféricos, estes possuem os componentes mais acessíveis, mais vivos e mais concretos. Eles respondem por três funções primordiais: de concretização, de regulação e de defesa. E no sistema periférico que poderão acontecer contradições, este está mais associado às características individuais e ao contexto imediato (ABRIC, 2011).

A utilização da abordagem estrutural neste estudo se justifica, pois permitirá a análise dos dois grupos de estudantes de graduação em enfermagem, do terceiro e do oitavo período, possibilitando a comparação entre as representações sociais, que poderão ser distintas se os conteúdos dos respectivos núcleos centrais foram diferentes, conforme sugere Abric (2011).

## CAPITULO IV

### MÉTODO

#### 4.1. NATUREZA E TIPO DE ESTUDO

No que tange ao aspecto epistemológico da pesquisa e seu alcance, ela se caracteriza pela abordagem qualitativa, explicativa tendo como referencial a Teoria das Representações Sociais (TRS), com a utilização da abordagem processual conforme proposta por Jodelet e da abordagem estrutural conforme proposta por ABRIC. (JODELET, 2001; ABRIC, 2000).

Aplicou-se o método misto, quantitativo e qualitativo, com a triangulação metodológica, que por definição é a utilização de diferentes métodos e técnicas para estudar o mesmo fenômeno particular. A triangulação nos estudos de representação social tem possibilitado avanços no plano teórico. Compreende-se que estudar o conhecimento que os indivíduos possuem sobre um objeto e a maneira com que este se organiza e é utilizada pelos grupos, configura um campo fértil para a utilização da triangulação nas pesquisas de RS (FLICK, 2009; APOSTOLIDIS, 2003).

A utilização da triangulação nesta pesquisa teve como objetivo validar os resultados pela combinação de diferentes técnicas que visam verificar a exatidão e estabilidade dos resultados. Considera-se, assim, que a utilização da triangulação nas pesquisas qualitativas, como neste estudo, objetiva a validade e alcance de maior rigor, ampliação e aprofundamento da pesquisa (FLICK, 2009; APOSTOLIDIS, 2003).

#### 4.2. CAMPO E PARTICIPANTES DO ESTUDO

O estudo foi realizado na Escola de Enfermagem Anna Nery (EEAN), da Universidade Federal do Rio de Janeiro. Atualmente está localizada em dois espaços: Campus da Cidade Nova, no prédio Pavilhão de Aulas (PA) e Anexos; e no Campus da Cidade Universitária (Ilha do Fundão), no Centro de Ciências da Saúde (CCS), onde funciona a Coordenação de Ensino de Graduação e Corpo Discente, e se desenvolvem as aulas teóricas e teórico-práticas para a maioria dos estudantes do curso de graduação.

O currículo do curso de graduação em enfermagem da EEAN é dividido em cinco etapas curriculares e 13 programas curriculares interdepartamentais, desenvolvidos ao longo de oito períodos letivos.

A primeira etapa, denominada “A Saúde como estilo de vida”, é composta de três períodos letivos, sendo cada um deles constituído de um programa curricular interdepartamental (PCI). O primeiro programa atende a saúde de escolares (crianças do ensino fundamental) e é denominado “A Criança, A Escola e Eu”. No segundo período é desenvolvido o programa denominado “A saúde dos jovens e eu”, que também atua em escolas públicas, porém cujo público alvo constitui-se de adolescentes. Enquanto, no terceiro período, que completa a primeira etapa, aborda-se a “A saúde das pessoas que trabalham”, no qual o atendimento é dirigido ao adulto no contexto do trabalho. Este terceiro período é composto por seis disciplinas: da área das ciências humanas (sociologia e antropologia) e das ciências biológicas e da saúde que constituem disciplinas chamadas “do ciclo básico” (nutrição, processos patológicos gerais, microbiologia e Imunologia), e por um conjunto de disciplina e de requisitos curriculares suplementares que forma um Programa da área de enfermagem (PCI III) no qual se realiza o atendimento ao adulto no contexto do trabalho com o enfoque na atenção primária à saúde.

A segunda etapa, “Enfermagem na Saúde Individual e Coletiva”, é realizada em um único período em dois programas: PCI IV, “Enfermagem nos cuidados dos básicos de saúde”, no qual os estudantes desenvolvem ações voltadas aos portadores de diabetes mellitus, hipertensão arterial e/ou obesidade em centros municipais de saúde, e PCI V, no qual os acadêmicos também exercem atividades de assistência de enfermagem à mulher gestante no ciclo grávido puerperal e alojamento conjunto no programa denominado “Cuidados de Enfermagem a Família Expectante”.

A terceira etapa, “Enfermagem em situações hospitalares”, acontece no quinto e o sexto períodos, sendo que no quinto os acadêmicos iniciam na assistência hospitalar de baixa complexidade em dois programas: “Cuidado de enfermagem à Família com Problemas de Saúde” (PCI VI) e “Cuidado de enfermagem ao cliente hospitalizado I” (PCI VII). No sexto período, os acadêmicos prestam assistência de média e maior complexidade nos programas: “Cuidado de enfermagem ao cliente hospitalizado II” (PCI VIII) e “Cuidado de enfermagem ao cliente hospitalizado III” (PCI IX).

A penúltima etapa, “A arte de Prestar Assistência de Enfermagem a Pessoas com Dificuldades de Integração”, é realizada no sétimo período, no qual os estudantes prestam

cuidados a pacientes em sofrimento mental e clientes em processo de reabilitação física nos seguintes programas: “Cuidados de enfermagem a pessoas em processo de reabilitação I” e “Cuidados de enfermagem a pessoas em processo de reabilitação II.

Por fim, no oitavo período, os estudantes realizam um estudo de micro-região, prestam assistência na atenção básica em unidade de saúde da família, realizam atividades de gerência na área hospitalar, atividades de ensino e supervisão junto aos estudantes de graduação do primeiro ao sétimo períodos, e realizam um ciclo de debates, sendo responsáveis por toda a organização e funcionamento deste evento e concluem a quinta etapa denominada “O Profissional de Enfermagem e a Saúde da Comunidade” (PCI XIII).

No currículo ainda são estabelecidas competências gerais a serem alcançadas pelo estudante de Enfermagem. Há dois níveis de competência: um a ser alcançado ao término da primeira etapa curricular e o outro ao término do curso de graduação, como descritos respectivamente, a seguir:

*Ao término da primeira etapa curricular, o acadêmico de enfermagem deve: Perceber que o direito que toda pessoa tem à saúde implica o direito de receber adequada assistência de profissionais de saúde; Analisar a inter-relação dos fatores físicos, psíquicos, sociais e ambientais na saúde individual e coletiva; Reconhecer que a equipe de saúde é responsável pela melhoria do nível de saúde das coletividades; Aplicar a metodologia científica para a resolução de situações que envolvem ajuda a grupos da comunidade; Colaborar na tomada de decisões com base na utilização do método de resolução de problemas; Reconhecer a necessidade de assumir atitude responsável frente aos valores da Escola, da Universidade e das Associações de Classe; Participar da equipe de trabalho de coletividades sadias e Comunicar-se de modo a estabelecer relações interpessoais produtivas (CARVALHO;CASTRO;PAIXÃO, 2006, p.83).*

*Ao Término do Curso de Graduação da EEAN, o acadêmico de enfermagem deve: Evidenciar condutas coerentes com o princípio de que o direito que toda pessoa tem à saúde implica o direito de receber adequada assistência de enfermagem; Avaliar a inter-relação dos fatores físicos, psíquicos, sociais e ambientais na saúde individual e coletiva; Manifestar atitudes que revelem a convicção de que como membro da equipe de saúde, a enfermeira é responsável pela melhoria do nível de saúde da população; Desenvolver o processo de enfermagem nas situações que envolvem ajuda a indivíduos, família, outros grupos da comunidade e à comunidade como um todo; Tomar decisões com base na utilização do método de resolução de problemas; Assumir atitude responsável frente aos fins e aos valores da Escola, da Universidade e das Associações de Classe; participar de equipe micro-regional de saúde e Estabelecer relações interpessoais produtivas (CARVALHO;CASTRO;PAIXÃO, 2006, p. 83).*

O marco conceitual do curso de graduação é:

*"A ENFERMEIRA atua como fulcro de um PROCESSO, do qual emerge a prática total da ENFERMAGEM, entendida como CIÊNCIA e a ARTE DE*

*AJUDAR a indivíduos, grupos e comunidades, em SITUAÇÕES nas quais estejam capacitados a prover o AUTOCUIDADO para alcançar seu nível ótimo de saúde. (CARVALHO, p. 203)*

O currículo de graduação da EEAN é um currículo integrado e consta de: disciplinas básicas; disciplinas profissionais; programas curriculares interdepartamentais (PCI) e requisitos curriculares suplementares. As aulas práticas ocorrem ao longo dos períodos, nos 13 Programas Curriculares Interdepartamentais (PCI), nos respectivos cenários: coletividades sadias, centros de saúde, ambulatórios e unidades hospitalares, coletividades com dificuldades de integração, e em micro-região de saúde. O ensino ocorre através da: integração da teoria à prática, do estudo ao trabalho e interdisciplinaridade e da pesquisa como princípio educativo de despertar essa capacidade de observação e crítica sobre a prática. No currículo o tema objeto desta tese, os direitos dos usuários da saúde, é abordado de forma transversal integrado aos programas curriculares interdepartamentais.

O corpo docente está distribuído em cinco Departamentos Acadêmicos de Enfermagem, com seus núcleos de pesquisa, a saber: o Departamento de Enfermagem Fundamental (DEF) com o Núcleo de Pesquisa de História da Enfermagem Brasileira (NUPHEBRAS) e o Núcleo de pesquisa de Fundamentos do Cuidado de Enfermagem (NUCLEARTE); o Departamento de Enfermagem Materno Infantil (DEMI) com o Núcleo de Pesquisa de Enfermagem em Saúde da Mulher (NUPESM) e o Núcleo de Pesquisa de Enfermagem em Saúde da Criança (NUPESC); o Departamento de Enfermagem de Saúde Pública (DESP) com o Núcleo de Pesquisa de Enfermagem em Saúde Coletiva (NUPENSC) e o Núcleo de Pesquisa de Enfermagem e Saúde do Trabalhador (NUPENST); o Departamento de Enfermagem Médico-cirúrgica (DEMC) com o Núcleo de Pesquisa de Enfermagem hHospitalar (NUPENH) e o Núcleo de Pesquisa de Enfermagem em Saúde Mental e o Departamento de Metodologia da Enfermagem (DME) com o Núcleo de pPesquisa de Enfermagem, Gerência e Exercício Profissional da Enfermagem (GESPEen) e o núcleo de pesquisa educação e saúde em enfermagem (NUPESENF).

A escolha desta instituição como campo de pesquisa foi por conveniência, e se pauta em duas razões: a primeira porque foi com os estudantes de graduação em Enfermagem desta instituição que se realizou a pesquisa prévia, cujos resultados construíram o pressuposto de que os direitos dos usuários da saúde se contituem como objeto de representação social dos estudantes de enfermagem, servindo de base para se

configurar a problemática desta tese de doutorado, conforme exposto no Capítulo I deste projeto. A segunda pelo fato desta instituição ter um currículo diferenciado frente às demais, levando os estudantes ao contato com os usuários desde o primeiro período do curso, o que possibilitaria abordar estudantes com experiências práticas de cuidado no início, meio e fim do curso.

A produção de dados abrangeu os seguintes recortes temporais: as entrevistas em profundidade ocorreram de abril a agosto de 2014; a evocação livre foi realizada em março de 2014; o quase experimento ocorreu de agosto de 2016 a abril de 2017. Nesse recorte temporal, a população foi constituída por estudantes de graduação em Enfermagem, que totaliza 508 estudantes, do primeiro ao oitavo período do curso. A amostra foi constituída por aqueles que atenderam aos seguintes critérios de inclusão: ambos os sexos, idade igual ou acima de 18 anos, matrícula ativa e frequência às atividades dos PCIs do terceiro e oitavo período do curso. Foram excluídos os estudantes sem frequência regular, ausentes nas atividades dos respectivos PCIs dos períodos eleitos para a produção dos dados e os que por ventura foram transferidos de outras instituições e que não tinham participado dos Programas e Etapas Curriculares integralmente.

O grupo do terceiro período letivo compunha-se de um total de estudantes de 166 e o do oitavo, de 136. Após a aplicação dos critérios de inclusão e de exclusão e de adesão voluntária à pesquisa, obteve-se a seguinte amostra:

- Técnica de evocações livres (TEL): 49 estudantes do terceiro e 43 estudantes do oitavo período, totalizando 92 estudantes.

- Técnica de Entrevista em profundidade: 20 estudantes do terceiro e 20 estudantes do oitavo período, totalizando 40 estudantes.

- Estudo quase-experimental de RS: 48 estudantes do terceiro período e 48 estudantes do oitavo, totalizando 96 estudantes.

Ressalta-se que todo o investimento foi feito para se abarcar o maior número de participantes possíveis, com o intuito de se ter abrangência de sujeitos que gerasse dados em quantidade e qualidade suficientes para o delineamento do quadro empírico da pesquisa. Estes quantitativos amostrais foram suficientes para o delineamento da análise e alcance dos objetivos, interrompendo-se a fase de captação após constatação da saturação, tanto empírica quanto teórica (FONTANELLA; RICAS; TURATO, 2008).

#### 4.3. TÉCNICAS E INSTRUMENTOS PARA PRODUÇÃO E ANÁLISE DOS DADOS

Foram aplicadas três técnicas para a produção dos dados: 1) Entrevistas semi-estruturada em profundidade (abordagem processual); 2) Evocações livres (abordagem estrutural); 3) Estudo quase-experimental de RS. A realização da terceira técnica foi feita a partir dos resultados evidenciados após o processamento e análise das entrevistas e das evocações livres realizadas com os estudantes de Enfermagem.

A opção de se trabalhar com a entrevista e com a TEL para acessar as RS dos estudantes de enfermagem sobre os direitos dos usuários da saúde, deve-se ao fato de que a entrevista em profundidade é importante para o acesso ao conteúdo das RS, e associada a TEL permite identificar a organização e a estrutura interna da RS (ABRIC, 2001).

- Entrevista em profundidade: realizou-se de forma individual, com aplicação de instrumento semi-estruturado (Apêndice A). Este instrumento é composto de duas partes: a primeira com perguntas no intuito de captar o perfil psicossociodemográfico dos sujeitos, que se impõe à pesquisa de RS, pois se faz necessário traçar as condições de produção destas representações que, à luz da TRS, se assentam nas suas marcas de pertença e identidades socioculturais, para responder a questão “Quem sabe e de onde sabe”. Na segunda parte, constam questões abertas para exploração do objeto da pesquisa.

Para a obtenção dos dados a pesquisadora se aproximou dos estudantes nos cenários em que estes atuavam, seja no campo teórico nas salas de aulas quanto no campo prático, nos ambientes onde ocorriam as aulas práticas.

O registro do perfil psicossociodemográfico dos estudantes foi feito em formulário próprio a este fim. O registro das entrevistas individuais foi feito por equipamento eletrônico, sendo fidedignamente transcritos ao término de cada entrevista. As entrevistas foram realizadas nas dependências da universidade, após as aulas teóricas, sendo agendadas previamente e tiveram duração média de 50 minutos.

Quanto à análise dos dados, os provenientes do perfil psicossociodemográfico dos estudantes foram analisados por estatística simples (frequência e porcentagem) e organizados em tabelas. Estes foram considerados para análise em conjunto com as entrevistas individuais.

Os dados provenientes das entrevistas foram submetidos ao software ALCESTE 2012 (Analyse Lexicale par Context d'un Ensemble de Segments de Texte), para posterior análise à luz da TRS. Este programa foi criado na França em 1979 por Max Reinert e permite distinguir classes de palavras que representam diferentes formas de discurso a respeito de um assunto de interesse (KRONBERGER; WAGNER, 2004). A análise lexical se faz pela classificação dos enunciados comparando os perfis lexicais. Assim, a maior proximidade dos enunciados ocorrerá quanto mais estes tiverem raízes lexicais idênticas. (JENNY, 2009).

O *corpus* representa o material que se pretende analisar através do software ALCESTE. Para que se obtenha uma boa análise deve-se preparar o *corpus* de forma adequada. Inicialmente foi realizada a transcrição de todas as entrevistas e posteriormente a revisão com as devidas correções necessárias. Logo após, foram padronizados alguns termos considerados importantes para que o software pudesse fazer a leitura como palavra única. As entrevistas também foram formatadas de acordo com as regras definidas pelo programa como a substituição do hífen pelo *underline*, a utilização de palavras produzidas pelo entrevistador em letra maiúscula, com formatação de texto em bloco único, sem parágrafos e excessos de espaçamento. Cada entrevista é chamada de Unidade de Contexto Inicial (UCI) e foram reunidas em um único arquivo de texto, salvo como “texto sem formatação”.

Para inserção do *corpus* de dados no programa, as UCIs precisam ser identificadas por linhas de comando, composta por códigos que significam as variáveis de cada participante. Isto permite que o pesquisador analise os resultados considerando as UCEs que formam as classes lexicais considerando as condições de sua produção. As linhas de comando de cada UCI foram formadas pelas seguintes variáveis, conforme pode ser observado no quadro 1:

Quadro 1 – Descrição dos elementos na linha de comando

Símbolo	Legenda	Descrição – Observação
Ind	Indivíduo que participou da pesquisa	O número corresponde ao indivíduo, relacionado a ordem em que o estudante foi entrevistado e a identificação do mesmo.

Sex	Sexo do estudante	Pode ser feminino (f) ou masculino (m)
Per	Período do Curso de Graduação	Pode ser terceiro período (3) ou oitavo período (8)
Rel	Religião	1 – Católica 2 – Evangélica 3 – Espirita 4 – Ateu 5 – Sem religião 6 – Agnóstica
Téc	Técnico de enfermagem	Não = 1      Sim = 2
Fam	Familiar que integra a equipe de enfermagem	Não = 1      Sim = 2
Est	Estágio extra curricular	Não = 1      Sim = 2

O Software ALCESTE desenvolve três tipos de análise: padrão ou standard, parametrada e cruzada (*tri-croisé*). Na primeira análise o software é quem determina um conjunto de regras. Na segunda o pesquisador é quem determina os parâmetros, podendo interferir na análise. Já na terceira análise se escolhe uma forma reduzida ou uma variável para análise, dessa forma são geradas duas classes, uma irá conter a forma reduzida e a outra contendo o restante do corpus. Este tipo de análise é recomendado quando o pesquisador pretende identificar o perfil de um grupo em particular.

O ALCESTE realiza cinco etapas principais em todos os tipos de análise, a saber: identificação das unidades de contexto, pesquisa das formas reduzidas analisadas, apresentação dos quadros de dados associados, pesquisa das classes de unidade de contexto e apresentação das classes.

Estas etapas são organizadas em quatro conjuntos de operações na análise standard que são: A - leitura do texto e cálculo dos dicionários; B- cálculo das matrizes e dados e classificação das unidades de contextos elementares denominadas U.C.E.; C- descrição das classes de U.C.E e D – Cálculos complementares. Estas etapas se subdividem em sub-etapas, reguladas por parâmetros na análise standard. Após estas etapas se tem o resultado da classificação hierárquica descendente (C.H.D.).

As classes se formam por divisão binária, de forma que uma apresente o máximo de homogeneidade intra-classe e de oposição inter-classes, esta classificação é

apresentada através de um dendograma. Cada classe apresenta como resultado uma classificação hierárquica ascendente (C.H.A.) que é constituída pela determinação do valor associado entre as formas reduzidas, representando o grau máximo de composição que o texto pode apresentar.

Dessa forma, em cada classe o ALCESTE calcula um valor de associação (Phi) para todas as formas reduzidas selecionadas para análise, identificando aquelas que são significativamente associadas à classe, o que reflete diretamente um valor de Phi. O software organiza os dados, permitindo sua visualização de modo mais amplo e geral, mas compete ao pesquisador a análise e interpretação do material, com base no referencial teórico aplicado na pesquisa: a TRS. Assim, foram observadas as palavras presentes em cada classe, com as UCE relacionadas, para possibilitar a compreensão dos sentidos e das práticas que surgiram no discurso dos estudantes de Enfermagem sobre as RS dos direitos dos usuários da saúde.

- Técnica de evocações livres: trata-se de um teste projetivo que tem como objetivo localizar as zonas de bloqueamento e de recalamento do pensamento. Esta possibilita captar a apreensão de projeções mentais de maneira espontânea, podendo revelar conteúdos que podem não ser revelados nas produções discursivas.

A coleta de evocações pode ser realizada a partir de diversos procedimentos, por meio de um instrumento impresso que pode ser auto-aplicado ou aplicado pelo pesquisador, ou por meio de uma gravação durante a entrevista e transcritos posteriormente. Neste estudo foi selecionado um instrumento impresso, aplicado coletivamente em cada turma, do terceiro e do oitavo período.

A coleta de dados consiste em localizar as pessoas que produzam um determinado número de palavras ou expressões que lhe ocorreram, a partir de um termo indutor, e em seguida solicitar que elas organizem suas respostas em ordem de importância, da mais importante para a menos importante (OLIVEIRA et al, 2005). Nesta pesquisa foi delimitado o quantitativo de cinco palavras a serem verbalizadas por cada participante da pesquisa. A recomendação é que não ultrapasse seis palavras, pois a partir da sétima, ocorre um declínio na rapidez das respostas, comprometendo o caráter espontâneo e natural da técnica. (OLIVEIRA, et al, 2005)

A análise dos dados foi por estatística, através do Software EVOC (*Ensemble de programmes permettant l'analyse des evocations*), versão de 2003, desenvolvido por Vergès (2000). O Software EVOC permite a organização das evocações produzidas de

acordo com as suas frequências e com a ordem de evocação. O cruzamento entre a frequência e a hierarquização das evocações possibilitará a formação do quadro de quatro casas, o qual expressa o conteúdo e a estrutura das RS.

O quadro de quatro casas expressa o conteúdo e a estrutura das RS, sendo formado a partir do cruzamento entre a frequência e a ordem hierarquizada das evocações. Possui quatro quadrantes, onde no alto e na esquerda ficam situados os termos mais significativos e o possível núcleo central da RS. As palavras localizadas no quadrante superior direito e no quadrante inferior esquerdo são os elementos da 1ª periferia e os elementos de contraste, respectivamente. Já aquelas localizadas no quadrante inferior direito constituem os elementos mais periféricos das representação, chamado de 2ª periferia (OLIVEIRA, et al, 2005; SÁ, 2002).

Para a análise do material da técnica de evocações livres no software, foi preparado um texto em formato word, onde foram digitadas todas as evocações na forma original, com base na ordem natural das evocações, em seguida foi feita a correção das palavras e dos termos evocados, diminuição de frases e expressões que foram evocadas, foi realizada uma padronização das palavras e dos termos evocados. Por fim, foi elaborado um dicionário de padronização das evocações com o objetivo de preservar o conteúdo semântico expresso pelos sujeitos. Dessa forma foi transformado somente texto para ser processado pelo EVOC.

- Estudo quase – experimental de RS: tomando como base os resultados e as análises referentes a abordagem estrutural e processual das RS dos estudantes de graduação em Enfermagem sobre os direitos dos usuários da saúde, realizou-se um quase experimento de RS (ALMEIDA, 2009). O estudo quase-experimental de RS foi realizado com os estudantes do terceiro e oitavo período do curso de graduação em Enfermagem e compôs-se de situações com três cenários (casos): caso controle (caso 1), uma situação com a presença da variável “parente” (caso 2), uma situação com a presença da variável “função”, conforme pode ser observado no quadro 2.

Para tanto se considerou a seguinte hipótese: há variáveis relacionadas ao atendimento (questões) que podem ser modificadas na dependência de características do usuário que procura os serviços de saúde (parente e função) para o grupo de estudantes (início e fim do curso de graduação) configurando as RS dos direitos dos usuários da saúde.

Para cada quase experimento o estudante respondeu 15 perguntas que versaram sobre: o acesso, o sistema público e o privado, o respeito e o conhecimento sobre os direitos dos usuários da saúde, atendimento, tratamento e relação com a equipe médica e com a equipe de Enfermagem, essas 15 perguntas foram as variáveis da pesquisa, conforme pode ser observado no quadro 3.

Quadro 2– Descrição dos casos apresentados aos participantes na fase do estudo quase – experimental de RS

Caso Controle	Caso – Parente	Caso – Função profissional
Na segunda feira, dia 14 de outubro de 2016, a enfermeira recebe na unidade de saúde do Rio de Janeiro, o paciente M, conforme segue os dados retirados do prontuário: M. tem 37 anos. Estado civil: casado, tem dois filhos. Nega patologias pregressas. Não fuma, não bebe, não faz uso de nenhum medicamento. A última vez que fez um check-up foi há cinco anos, os exames não mostraram nenhuma alteração. Histórico familiar: seu pai morreu de IAM e sua mãe é diabética e hipertensa. Após uma caminhada com os amigos ele sentiu fortes dores no peito e falta de ar e procurou a emergência de um hospital.	Na segunda feira, dia 14 de outubro de 2016, a enfermeira recebe na unidade de saúde do Rio de Janeiro, o paciente M, <b>parente de um dos funcionários desta unidade.*</b> conforme segue os dados retirados do prontuário: M. tem 37 anos. Estado civil: casado, tem dois filhos. Nega patologias pregressas. Não fuma, não bebe, não faz uso de nenhum medicamento. A última vez que fez um check-up foi há cinco anos, os exames não mostraram nenhuma alteração. Histórico familiar: seu pai morreu de IAM e sua mãe é diabética e hipertensa. Após uma caminhada com os amigos ele sentiu fortes dores no peito e falta de ar e procurou a emergência de um hospital.	Na segunda feira, dia 14 de outubro de 2016, a enfermeira recebe na unidade de saúde do Rio de Janeiro, o paciente M, <b>diretor de uma grande empresa multinacional,*</b> conforme segue os dados retirados do prontuário: M. tem 37 anos. Estado civil: casado, tem dois filhos. Nega patologias pregressas. Não fuma, não bebe, não faz uso de nenhum medicamento. A última vez que fez um check-up foi há cinco anos, os exames não mostraram nenhuma alteração. Histórico familiar: seu pai morreu de IAM e sua mãe é diabética e hipertensa. Após uma caminhada com os amigos ele sentiu fortes dores no peito e falta de ar e procurou a emergência de um hospital.

\*Grifo somente para destacar na leitura dos quadros. Para os participantes, não houve destaques no texto.

Quadro 3 – Questões a serem respondidas para cada caso, no modelo da escala Likert 1-certamente / 5 dificilmente

1. Certamente; 2. Muito provável; 3. Provavelmente; 4. Pouco provável; 5. Dificilmente

Segundo você:	1	2	3	4	5
1. M. teve acesso ao hospital que procurou.					
2. M. procurou um hospital público.					
3. M. procurou um hospital privado.					
4. M. teve seus direitos respeitados no hospital que procurou.					
5. M. tinha conhecimento sobre os seus direitos enquanto cidadão.					
6. M. recebeu um bom atendimento de enfermagem.					
7. M. recebeu um bom atendimento da equipe médica.					
8. M. teve uma boa relação com a equipe de enfermagem.					
9. M. conhece o funcionamento do Hospital.					
10. M. recebeu orientação da equipe de enfermagem sobre seu tratamento.					
11. M. recebeu orientação da equipe médica sobre seu tratamento.					
12. M. tratou bem a equipe de enfermagem.					
13. M. tratou bem a equipe médica.					
14. M. foi um usuário participativo no “processo de atendimento”.					
15. M. foi um usuário submisso no “processo de atendimento”.					

Esta técnica contou com a amostra de 48 estudantes de Enfermagem do terceiro período e 48 estudantes do oitavo, totalizando 96 estudantes. Cada experimento foi aplicado com 16 estudantes. Ressalta-se que para se obter maior rigor na produção dos dados com a utilização deste estudo quase experimental de RS, esses cenários/situações foram apresentados para uma banca de *expertises* em estudos de RS, que consistiu na banca de qualificação deste estudo para a sua validação.

Para a análise dos dados provenientes do estudo quase experimental de RS foi realizada a análise de variância multivariada denominada MANOVA, esta análise é uma extensão da análise de variância simples denominada ANOVA. Estas duas análises são apropriadas quando se pretende fazer comparações de médias. A diferença entre esses dois tipos de análise é que a MANOVA compara médias para diferentes variáveis simultaneamente, como é o caso deste estudo. Já a ANOVA avalia diferenças de médias apenas em uma variável. A análise de perfis de médias é uma derivação da técnica da MANOVA utilizada quando se deseja fazer comparações entre os diversos perfis médios de respostas, possibilitando a identificação de existência ou não de interação entre as variáveis. (JOHSON, WICHERN, 1998; REIS, 1997).

Dessa maneira a MANOVA é utilizada para comparar médias de grupos, considerando mais de uma variável dependente. Esta tem o propósito de fazer uma análise de variação dos dados, entre ou dentro dos grupos, para que assim possa ser possível identificar diferenças nas médias dos grupos. Ressalta-se que este tipo de análise a MANOVA é indicada quando existe uma correlação entre as variáveis pois caso contrário análises realizadas separadamente atenderiam o objetivo. Sendo assim, a MANOVA foi utilizada neste estudo por considerar todas as variáveis simultaneamente (JOHSON, WICHERN, 1998; REIS, 1997).

#### 4.4 ASPECTOS ÉTICOS

O Projeto foi submetido ao Comitê de Ética e Pesquisa da EEAN e Instituto de Atenção à Saúde São Francisco de Assis, por meio da plataforma Brasil, sendo aprovado com número de parecer 567.449 (APENDICE C). A todos os participantes foi solicitado que assinassem o termo de consentimento livre e esclarecido em atendimento das exigências constantes na Resolução nº466/12 do Conselho Nacional de Saúde. Integraram a amostra da pesquisa aqueles que aceitaram participar, em caráter voluntário, mediante tal assinatura. Os participantes foram identificados com pelos códigos que compuseram a linha de comando.

## CAPITULO V

### CARACTERIZAÇÃO DOS SUJEITOS - ABORDAGEM ESTRUTURAL

Participaram deste estudo 92 estudantes de graduação em Enfermagem, 49 do terceiro período e 43 do oitavo, da mesma instituição de ensino. Deste total, 83 são do sexo feminino, representando 90,22 % da amostra do estudo e 9 são do sexo masculino, representando 9,78%. Observa-se na tabela 1 que dos 9 estudantes do sexo masculino, 7 cursavam o terceiro período.

Tabela 1- Distribuição dos participantes de acordo com o sexo. Rio de Janeiro - 2017.

Sexo	3 período		8 período		Total	
	f	%	f	%	f	%
Feminino	42	85,7	41	95,3	83	90,22
Masculino	07	14,3	02	04,7	09	09,78
Total	49	100	43	100	92	100

Na análise da variável religião, a amostra deste estudo foi composta majoritariamente por 66 estudantes cristãos (71,83 %), divididos em 38 estudantes católicos (41,30 %) e 28 estudantes evangélicos (30,43 %), seguidos de 13 estudantes sem religião (14,13 %), 08 estudantes espíritas (8,70 %), 03 estudantes umbandistas (3,26 %) e um aluno ateu e agnóstico (1,09 %), como pode ser observado na tabela abaixo.

Tabela 2 – Distribuição dos participantes de acordo com a religião. Rio de Janeiro - 2017.

Religião	3 período		8 período		Total	
	f	%	f	%	f	%
Católica	15	30,61	23	53,49	38	41,30
Evangélica	19	38,77	09	20,93	28	30,43
Espirita	06	12,24	02	04,65	08	08,70
Sem Rel.	05	10,20	08	18,60	13	14,13
Agnóstica	01	02,04	00	00,00	01	01,09
Umbandista	02	04,08	01	02,33	03	03,26
Ateu	01	02,04	00	00,00	01	01,09
Total	49	100	43	100	92	100

Dos 92 estudantes de graduação em Enfermagem deste estudo 25 estudantes possuem o curso técnico de Enfermagem (27,17%), dessa amostra 08 estão no terceiro período (16,33 %) e 17 são do oitavo período (39,54 %), conforme mostra a tabela 03.

Tabela 3 – Distribuição dos participantes quanto a formação técnica em enfermagem. Rio de Janeiro - 2017.

Formação Técnica em Enfermagem	3 período		8 período		Total	
	f	%	f	%	f	%
Sim	08	16,33	17	39,54	25	27,17
Não	41	83,67	26	60,46	67	72,83
Total	49	100	43	100	92	100

Dos 43 estudantes de graduação em Enfermagem do oitavo período, mais da metade (51,17 %), o que corresponde a 22 estudantes, tiveram a oportunidade de realizarem um estágio extracurricular em instituições de saúde do RJ durante o período do curso de graduação em Enfermagem. Esta variável foi apresentada apenas com os estudantes de graduação do oitavo período, visto que para realizar o estágio extra curricular o estudante deve estar no sexto período do curso de graduação.

Tabela 4 – Distribuição dos participantes pela variável estágio extra curricular. Rio de Janeiro - 2017.

Familiar	8 período	
	f	%
Sim	22	51,17
Não	21	48,83
Total	43	100

Na análise da variável possuir algum membro da equipe de Enfermagem na família, 36 estudantes que participaram do estudo possuem algum parente que atua na área de enfermagem, como pode ser observado na tabela 5.

Tabela 5 – Distribuição dos participantes pela variável parente atuando profissionalmente na área de enfermagem. Rio de Janeiro - 2017.

Familiar	3 período		8 período		Total	
	f	%	f	%	f	%
Sim	14	28,57	22	48,83	36	39,13
Não	35	71,43	21	51,17	56	60,87
Total	49	100	43	100	92	100

## CAPÍTULO VI

### ABORDAGEM ESTRUTURAL

#### 6.1 REPRESENTAÇÕES SOCIAIS DOS ESTUDANTES DO TERCEIRO PERÍODO DO CURSO DE GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM SOBRE OS DIREITOS DOS USUÁRIOS DA SAÚDE

As evocações dos estudantes do início do curso de graduação em Enfermagem constituíram um único corpus para análise formada por 401 palavras, sendo 76 diferentes entre si. Para definição dos elementos que compõem o núcleo central e o sistema periférico calculou-se a ordem média de evocação (OME). A OME é encontrada a partir de uma média ponderada que, para cada evocação segundo a ordem de aparecimento, atribui-se um valor numérico e o somatório é dividido pelo total de vezes que a palavra foi evocada. Para este corpus, a Ordem Média de Evocações foi de 3. Nesta rodagem o cálculo da frequência mínima foi igual a 6 e intermediária igual a 11, como se observa no quadro 4.

Quadro 4 Distribuição dos elementos segundo frequência de evocação e OME realizada por estudantes do terceiro período do curso de graduação em Enfermagem. Rio de Janeiro, RJ. 2017.

RANG < 3			RANG > 3			
Freq. Média	Termo Evocado	Freq.	OME	Termo Evocado	Freq.	OME
11	Valores	20	2,88	Descaso	12	3,16
	Hospital	14	2,64	Profissionais	11	4,09
	Atendimento bom	13	2,25			
11	Qualidade	9	2,87	SUS	10	3,20
	Precariedade	9	2,66	Atendimento Ruim	9	4,00
	Leis	8	2,22	Bom	7	3,14
				Humanização	7	3,50

O quadro de quatro casas é construído a partir da análise das palavras evocadas, o quadrante superior esquerdo é compreendido como possível núcleo central da RS, onde estão as palavras que possuem destaque no discurso e foram evocadas um maior número de vezes pelos estudantes do início do curso de graduação em Enfermagem. Sendo assim, o possível núcleo central é constituído pelas evocações: *atendimento bom* (13), *hospital* (14) e *valores* (20).

Ao redor do núcleo central, estão os elementos periféricos, divididos em primeira periferia, localizada no quadrante superior direito, e a segunda periferia no quadrante inferior direito. Na primeira periferia, estão as palavras evocadas com alta frequência, maior ou igual a 11 e alta OME, nessa consta as seguintes evocações: *descaso* (12) e *profissionais* (11), já a segunda periferia, possui evocações com baixa frequência e alta OME: *SUS* (10), *atendimento ruim* (9), *bom* (7) e *humanização* (7). Estes elementos periféricos representam a aproximação com a realidade do sujeito. Os elementos contrastantes estão localizados no quadrante inferior esquerdo, a saber: *leis* (8), *precariedade* (9) e *qualidade* (9). Estes elementos de contraste são indicativos de que haja uma sub-representação por parte de um grupo de sujeitos, representações diferentes no grupo estudado.

Para a melhor compreensão do sentido das palavras evocadas para este grupo, estas foram agrupadas em quatro dimensões, a saber: conceitual, individual, avaliativa e espacial.

O núcleo central é aquele que dá sentido à RS, neste núcleo a palavra com maior número de evocações foi *valores*, ficando as outras duas em equilíbrio (*hospital* e *atendimento bom*). Sendo assim, a palavra *valores* pode ser caracterizada como um elemento de destaque na análise das RS dos estudantes do início do curso. Para este grupo o que dá sentido ao direito dos usuários da saúde é uma questão de valor por parte dos profissionais.

É importante salientar que, como cada indivíduo possui valores próprios que podem se distinguir de outros do mesmo grupo ou de grupos diferentes, tais valores podem influenciar suas práticas e relações com os outros, por isso, compreender que a dimensão que trata os direitos dos usuários da saúde é uma questão de valor pode trazer implicações éticas e legais no contexto da saúde como direito de todos e dever do Estado. O estudante de Enfermagem precisa compreender que os direitos que os usuários possuem devem ser ofertados e garantidos independente de valores por parte dos profissionais. O

profissional de Enfermagem deve conhecer os direitos dos usuários da saúde e colaborar na divulgação destes para os usuários da saúde, tal premissa compreende a responsabilidade social da profissão (BRASIL, 2011, FREITAS, 2013, BLONDEAU, 2013).

Logo, a relação do direito dos usuários da saúde com valores abarca a dimensão individual da RS para este grupo. Destaca-se que as palavras evocadas na primeira periferia são *profissionais e descaso*, complementando a ideia contida no núcleo central. Destaca-se ainda que o termo evocado *leis* surgiu no discurso, porém na zona de contraste, em equilíbrio com as palavras evocadas *qualidade e precariedade*. Estes termos que tratam da dimensão avaliativa trazem à tona a ideia de oposição, ora positivas, ora negativas, como *bom e atendimento bom*, em oposição a *descaso, atendimento ruim e precariedade*. Este antagonismo na avaliação dos serviços de saúde no Brasil é encontrado especialmente no que compete a avaliação do SUS (MARTINS, 2011; GOMES, OLIVEIRA, SÁ, 2011).

Dentro da dimensão conceitual também surgiu o termo *Leis*, o que não é propriamente uma surpresa, pois ao se pensar sobre os direitos, a ideia de lei que os garante é acionada. No Brasil, os direitos dos usuários da saúde contemplam o reconhecimento de que a saúde é um direito de todos com a criação do SUS, através da lei 8.080 de 19 de setembro de 1990, que *dispõe sobre as condições para a promoção, a proteção e a recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes*, em cujo artigo 2º conta que *a saúde é um direito fundamental do ser humano, devendo o Estado prover as condições indispensáveis ao seu pleno exercício*. Compreende-se assim por que a lei foi evocada, pois pensar sobre os direitos dos usuários da saúde implica no entendimento e reconhecimento de que a saúde é um direito do cidadão (LYRA FILHO, 2012; BRASIL, 1990).

A palavra *hospital* surge no núcleo central da RS deste grupo, observa-se que esta é a dimensão espacial do campo do direito dos usuários da saúde para os estudantes do início do curso, indo este resultado ao encontro de outros estudos de RS de estudantes de graduação em Enfermagem e usuários da saúde, evidenciando ainda a associação da saúde, do direito dos usuários da saúde e do SUS com o espaço hospitalar, predominando o cunho biomédico (GOMES, OLIVEIRA, SÁ, 2011).

Para os estudantes do início do curso de graduação em Enfermagem, a RS é demarcada por uma dimensão avaliativa, composta por elementos negativos e positivos,

como pode ser observado pelas evocações: *precariedade*, nos elementos de contraste, *descaso* e *atendimento ruim* na periferia, no núcleo central *atendimento bom* e *bom* na periferia. Sabe-se que estes elementos antagônicos também estão presentes no imaginário social sobre o atendimento oferecido no SUS, imaginário este que cada vez é mais reificado pela mídia brasileira (OLIVEIRA, SILVA, 2010).

As RS dos direitos dos usuários da saúde para este grupo estabelecem relação com o *atendimento bom*, o que compreende a dimensão avaliativa; no entanto, a realidade vivenciada por este grupo é de atendimento ruim, já que este último termo foi evocado na segunda periferia, aquela que dá aproximação com a realidade do sujeito.

A análise da estrutura das RS dos direitos dos usuários da saúde para estudantes do início do curso evidencia que toda a estrutura está relacionada ao atendimento, no núcleo central o termo evocado é *atendimento bom*, na primeira periferia *descaso*, na segunda periferia *atendimento ruim*, e na zona de contraste *qualidade e precariedade*.

No entanto, a palavra mais importante da análise com maior número de evocações no núcleo central é *valores*, justamente porque este elemento pode ser aquele capaz de influenciar um atendimento podendo este ser bom ou ruim. Os outros termos também sustentam este discurso, tais como *hospital e SUS*, reconhecer que o outro tem direito é reconhecer que o atendimento tem que ser bom e deve acontecer em algum lugar, como o hospital, no âmbito do Sistema Único de Saúde (segunda periferia). A ideia de humanização agrega um cunho avaliativo bom ao atendimento, evidenciado no discurso dos estudantes de Enfermagem.

## 6.2 RS DOS ESTUDANTES DO OITAVO PERÍODO DO CURSO DE GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM SOBRE OS DIREITOS DOS USUÁRIOS DA SAÚDE

As evocações dos estudantes do oitavo período do curso de graduação em Enfermagem constituíram um único corpus para análise formada por 451 palavras sendo 79 diferentes entre si. Para definição dos elementos que compõem o núcleo central e o sistema periférico calculou-se a ordem média de evocação (OME) que neste corpus, foi de 3. Nesta rodagem o cálculo da frequência mínima foi igual a 5 e a intermediária 11, como pode ser observado no quadro 5.

Quadro 5- Distribuição dos elementos segundo frequência de evocação e OME realizada por estudantes do oitavo período do curso de graduação em Enfermagem. Rio de Janeiro, RJ. 2017.

RANG < 3				RANG > 3		
Freq. Média	Termo Evocado	Freq.	OME	Termo Evocado	Freq.	OME
11	Atendimento bom	16	2,42	Valores	16	3,36
	Humanização	16	2,60	Igualdade	12	3,25
	Acesso	14	2,43	Hospital	11	3,41
11	Leis	10	2,50	Qualidade	8	4,40
	SUS	8	2,80	Conhecimento	8	3,12
	Atenção básica	5	2,50	Descaso	6	3,20
				Capacitação	5	3,00
				Cuidado	5	3,50

Como pode ser observado no quadro de 4 casas, o quadrante superior esquerdo é o possível núcleo central da RS, com palavras que possuem destaque no discurso e foram evocadas um maior número de vezes pelos estudantes do fim do curso de graduação em Enfermagem, constituído através das seguintes evocações: *humanização* (16), *atendimento bom* (16) e *acesso* (14).

Ao redor do núcleo central, estão os elementos periféricos, que se aproximam com a realidade do sujeito, divididos em primeira e segunda periferia. Na primeira periferia, no quadrante superior direito, estão as palavras evocadas com alta frequência, maior ou igual a 11 e alta OME, a saber: *hospital* (11), *igualdade* (12) e *valores* (16), enquanto na segunda periferia, evocações com baixa frequência e alta OME: *capacitação* (5), *conhecimento* (8), *cuidado* (5), *descaso* (6) e *qualidade* (8). Os elementos de contraste indicam que existe uma sub-representação por parte de um grupo de sujeitos, estes elementos estão localizados no quadro inferior esquerdo, à saber: *leis* (10), *SUS* (8) e *atenção básica* (5).

Para a melhor compreensão do sentido das palavras evocadas para este grupo, estas foram agrupadas nas quatro dimensões já anunciadas: conceitual, individual, avaliativa e espacial.

A palavra com maior número de evocações para este grupo foi *humanização* (16), seguida de *atendimento bom* (16) e *acesso* (14), observa-se que houve um equilíbrio entre elas. Falar de humanização na área da saúde traz à tona a discussão sobre desumanização, o imaginário sobre este objeto surge como necessidade diante de um ambiente em que ocorre o oposto, a desumanização, diante deste contraste nos cenários dos serviços de saúde, humanizar remete a ser como humano, possuir sentimentos que valorizem a humanidade, reconhecendo o outro enquanto sujeito e não objeto, coisa, número, tratar o outro como pessoa, humano, dotado de dignidade (ARAÚJO, FERREIRA, 2011).

Esta associação com os direitos dos usuários da saúde indica que o direito ainda é reconhecido no campo das relações interpessoais, implicando na ética do cuidado à saúde e no cuidado de Enfermagem no SUS, o que pode ser evidenciado em estudos realizados sobre as RS da humanização por estudantes de graduação em Enfermagem, profissionais de saúde e usuários (FREITAS, 2013; CHERNICHARO, SILVA, FERREIRA, 2013; ARAÚJO, FERREIRA 2011).

Tal premissa é um grande desafio para a compreensão e implementação da Política Nacional de Humanização, criada pelo Ministério da Saúde com o objetivo de reafirmar os princípios e diretrizes do SUS como uma política pública equitativa e universal, reconhecendo as dificuldades para a sua implementação, apostando assim no fortalecimento das relações entre os sujeitos: gestores, profissionais de saúde e usuários por meio de gestão compartilhada e responsabilidade em uma esfera de dimensão ética e legal inerente às práticas de cuidado no SUS (BRASIL, 2011; ARAÚJO, FERREIRA, 2011; CHERNICHARO, SILVA, FERREIRA, 2012; SILVA, CHERNICHARO, FERREIRA, 2013).

O *acesso* também surgiu no núcleo central da RS para este grupo e vai ao encontro do primeiro dos seis princípios basilares expressos na carta dos direitos dos usuários da saúde, estes princípios asseguram ao cidadão o direito básico ao ingresso digno nos sistemas de saúde, sejam eles públicos ou privados destacando que o todo cidadão tem direito ao acesso ordenado e organizado aos sistemas de saúde no Brasil (BRASIL, 2011).

Ressalta-se que o acesso como um meio para se garantir os direitos dos usuários da saúde não está presente somente como prioridade e elemento fundamental na carta dos direitos dos usuários do Brasil, o ministério da saúde da França também considera essencial e dedica um capítulo para discussão sobre o acesso aos serviços de saúde para todos os cidadãos franceses na carta dos direitos dos usuários da saúde na França (FRANCE, 2014).

A dimensão conceitual está expressa no termo evocado *SUS*. Este termo, juntamente com *atenção básica* e *leis* surgiu na zona de contraste, compreende-se assim que este grupo possa ter sub-representações com esses termos evocados. Sabe-se que o SUS como objeto de representação social por outros grupos de sujeitos como os usuários e profissionais da saúde é carregado de elementos de oposição, ora positivos, ora negativos, relacionados ao atendimento prestado aos usuários nos serviços de saúde públicos (GOMES, OLIVEIRA, SÁ, 2011; PONTES et al , 2010).

Na segunda periferia também foi evocado o termo *descaso*, que compreende a dimensão avaliativa das RS dos direitos dos usuários da saúde para este grupo. O descaso no atendimento prestado aos usuários da saúde nos serviços de saúde do SUS quase sempre surge no imaginário da população com forte colaboração da mídia com a apresentação do caos, longas filas, demora no atendimento, veiculando a imagem de um

sistema de saúde fracassado. No entanto, tal imaginário é criticado por diversos profissionais de saúde, haja vista que realmente tais problemas fazem parte da realidade do SUS; porém, poucas vezes se apresentam situações que difundem a imagem positiva de um “*SUS que dá certo*”, este quando surge, geralmente emerge do discurso dos usuários da saúde sobre as suas experiências exitosas nas práticas de saúde (MARTINS, 2011).

Com efeito, no âmbito do SUS há propostas de mudanças nas práticas de saúde envolvendo os atores sociais que o fazem no cotidiano, tais como as rodas de conversa com profissionais de saúde, usuários e gestores sobre práticas exitosas no SUS, bem como o reconhecimento dos problemas para que possam enfrentar os desafios demandados do atendimento público da população brasileira (SAMPAIO, SANTOS, AGOSTINI, SALVADOR, 2014).

A dimensão espacial foi compreendida por meio dos termos evocados *hospital* e *atenção básica*. É inegável reconhecer a marca do modelo hospitalocêntrico no imaginário dos profissionais e da população brasileira, os hospitais foram e ainda são espaços físicos de representação do sistema de saúde, no entanto destaca-se que cada vez mais as políticas públicas e governamentais trabalham para o reconhecimento de um modelo de cuidados em saúde na atenção básica, com destaque para a expansão das estratégias de saúde da família em todo o território brasileiro.

A Estratégia de Saúde da Família (ESF) pode assumir uma função primordial na transformação da sociedade, possibilitando aos indivíduos e à coletividade o desenvolvimento de competências para participar da vida em sociedade, incluindo habilidades e pensamentos reflexivos, saindo assim de uma situação de resignação e acomodação em relação à realidade vivida. Ao assumir a mudança no paradigma assistencial, passa-se do eixo curativo para o preventivo, com promoção da saúde, da ação monosssetorial para a intersetorial e da exclusão para a universalidade; sendo assim, a ESF pode se tornar um instrumento-chave para o empoderamento da população. Associado a isso, a carta dos direitos dos usuários da saúde torna-se cada vez mais um instrumento primordial de difusão dos direitos dos cidadãos brasileiros para que, assim, possam reivindicá-los (MARTINS, 2011).

Para este grupo, a dimensão individual perpassa os valores dos profissionais de saúde, é importante salientar que os outros termos evocados que também constituem a dimensão individual, estão na segunda periferia, estabelecendo relação com a realidade

do sujeito; logo, o conhecimento, a capacitação e o cuidado faz parte da realidade deste grupo. Este resultado evidencia que a universidade, por meio da formação, ocupa papel de destaque na construção de saberes dos estudantes sobre o tema, sendo o espaço propício para reflexão, debate e discussão sobre a temática, enfatizando a importância de ações realizadas pelos profissionais de saúde que visam contribuir para a garantia e o reconhecimento dos direitos dos usuários da saúde (VENTURA et al 2012).

### 6.3 APROXIMAÇÕES E DISTACIAMENTOS ENTRE AS RS DOS ESTUDANTES DE GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM

A partir da análise da abordagem estrutural das RS de ambos os grupos, evidenciada no quadro de 4 casas, identificou-se semelhanças e diferenças entre elementos constituintes das RS dos estudantes do início e fim do curso de graduação em Enfermagem, conforme pode ser observado nos quadros 6 e 7.

Quadro 6- Distribuição das evocações presentes em ambos os períodos, segundo período do curso, frequência e localização da ordem das evocações por estudantes do terceiro e oitavo período do curso de graduação em Enfermagem. Rio de Janeiro, RJ. 2017.

<b>Evocações presentes em ambos os períodos do curso de Enfermagem</b>		
<b>Palavras Evocadas</b>	<b>3º per. – frequência e localização</b>	<b>8º per. – frequência e localização.</b>
<i>Hospital</i>	14 (central)	11 (1ª periferia)
<i>Valores</i>	20 (central)	16 (1ª periferia)
<i>Qualidade</i>	9 (contraste)	8 (2ª periferia)
<i>Leis</i>	8 (contraste)	10 (contraste)
<i>Descaso</i>	12 (1ª periferia)	6 (contraste)
<i>SUS</i>	10 (2ª periferia)	8 (contraste)
Atendimento bom	13 (central)	16 (central)
Humanização	7 (2ª periferia)	16 (central)

Evocações exclusivas de cada período do curso de Enfermagem			
3 ° Período	Frequência e localização	8° período	Frequência e localização
<i>Precariedade</i>	9 (contraste)	<i>Acesso</i>	14 (central)
<i>Profissionais</i>	11 (1ª periferia)	<i>Atenção básica</i>	5 (contraste)
<i>Atendimento Ruim</i>	9 (2ª periferia)	<i>Igualdade</i>	12 (2ª periferia)
<i>Bom</i>	7 (2ª periferia)	<i>Capacitação</i>	8 (2ª periferia)
		<i>Conhecimento</i>	5 (2ª periferia)
		<i>Cuidado</i>	5 (2ª periferia)

Quadro 7- Distribuição das evocações exclusivas de cada período, frequência e localização da ordem das evocações por estudantes do terceiro e oitavo período do curso de graduação em Enfermagem. Rio de Janeiro, RJ. 2017.

Para os estudantes de início do curso de graduação em Enfermagem a RS possui mais elementos carregados de negatividade na dimensão avaliativa das RS sobre os direitos dos usuários da saúde, como *precariedade* e *atendimento ruim* em oposição ao *bom* e *atendimento bom*. Interessante identificar que surgiu nas evocações deste grupo *profissionais* e não uma categoria profissional, como por exemplo médicos e enfermeiros. Pensar sobre este tema para este grupo envolve a atuação de uma equipe, expresso através da evocação da palavra *profissionais* e não de uma categoria profissional em especial. Evidencia-se que este grupo ainda não faz relação do objeto com a profissão e com os profissionais de Enfermagem. No entanto, destaca-se que esta dimensão da relação da profissão com o tema também não foi contemplada nas evocações dos estudantes do fim do curso de graduação em Enfermagem.

No que tange esta dimensão do papel e atuação da equipe e da profissão não surge nas evocações dos estudantes do fim do curso de graduação em Enfermagem, os seguintes elementos: *capacitação, conhecimento e cuidado*. Considera-se que para este grupo, estes elementos são importantes para garantir e reconhecer os direitos dos usuários da saúde, aproximando da profissão e ciência da Enfermagem, expressos na palavra *cuidado*.

Logo, o papel do profissional para o primeiro grupo pode estar associado a equipe, a sua presença, já para os estudantes do fim do curso a visão é ampliada para a necessidade de conhecimento, capacitação para cuidar, trazendo para discussão a importância da educação formal para atuação frente aos direitos dos usuários da saúde.

Os estudantes concluintes do curso de graduação associam os direitos dos usuários ao *acesso, atenção básica e igualdade*, que são elementos constituintes do SUS, mostrando que para este grupo de estudantes, o SUS surge como elementos de contraste, anunciando uma possível sub-representação. Para os estudantes do terceiro período do curso, o termo evocado SUS surge na segunda periferia, associando-se à realidade. Observa-se que os estudantes concluintes evocam a igualdade, que é um conceito importante a se considerar no campo da saúde pública, pois reconhecer que o outro é igual na esfera da saúde é reconhecer que saúde é um direito humano fundamental que deve ser ofertado a todos os cidadãos, estas premissas nortearam movimentos sociais para lutar pela criação do SUS, como sistema único de saúde, brasileiro, público e ofertado a todos sem nenhuma forma de discriminação, raça, cor, gênero, classe social (PAIM, SILVA; 2010).

Falar de direito no campo da saúde considerando o princípio da igualdade é garantir o acesso a toda a população brasileira, reconhecendo o papel na atenção básica como importante porta de entrada na promoção à saúde e prevenção de doenças da população brasileira, envolvendo um campo desafiador interdisciplinar.

Sendo assim, a partir de tais considerações de ambos os grupos, pode-se evidenciar que os estudantes concluintes do curso possuem uma RS com elementos mais positivos que negativos, pois estes possuem apenas uma evocação negativa traduzida no *descaso*, enquanto para os estudantes do início do curso, surgem elementos de polaridade, ora positivos, ora negativos, presentes nas periferias e nos elementos de contraste, como se evidencia no quadro 07.

O quadro 06 evidencia que no núcleo central das representações sociais dos estudantes do terceiro período não há aspectos diretamente relacionados a termos reificados das políticas de saúde, mas há sentidos que remetem a ser bem atendido em instituição de saúde, no caso o hospital, por meio dos termos *valores, atendimento bom e hospital*. Já no grupo de estudantes concluintes, evidencia-se reificação, por meio dos termos *atendimento bom, humanização e acesso*, cujos dois últimos são conceitos sustentadores de políticas do SUS, que ao fim, almeja prestar um bom atendimento à população.

A formação do enfermeiro exerce papel fundamental para difundir e consolidar o conhecimento sobre o direito dos usuários à saúde, e os resultados até então apresentados evidenciam que tal papel vem sendo cumprido, visto que os estudantes concluintes mostraram ter um saber mais reificado que os estudantes do terceiro período do curso de graduação. Os saberes dos concluintes estão mais próximos do saber científico, como se pode evidenciar nas evocações: conhecimento, capacitação e cuidado, e dos elementos constituintes do SUS: acesso, atenção básica e igualdade.

Os estudantes do oitavo período possuem vivências durante o curso nos serviços de saúde do SUS, da atenção básica ao hospital, prestando cuidados a população, além de oportunidades de debates na própria universidade e nos eventos da área, da saúde e da enfermagem, que lhes possibilita agregar elementos aos seus saberes, e refletir sobre os desafios para a garantia dos direitos dos usuários da saúde.

Segundo Moscovici (2012), a informação é uma dimensão importante das representações, e os resultados da abordagem processual evidenciam isso com clareza ao desvelar a reificação do conhecimento dos estudantes, que saltam do terceiro para o oitavo período com um saber mais bem elaborado sobre o direito à saúde dos usuários em relação com o SUS.

## CAPÍTULO VII

### CARACTERIZAÇÃO DOS PARTICIPANTES - ABORDAGEM PROCESSUAL

Participaram deste estudo 40 estudantes de graduação em Enfermagem, compreendendo 20 do terceiro período e 20 do oitavo, da mesma instituição de ensino. Deste total, 33 são do sexo feminino, representando 82,5% da amostra deste estudo e sete são do sexo masculino, representando 17,5%. Observa-se na tabela 5 que dos sete estudantes do sexo masculino, seis cursavam o terceiro período.

A predominância dos participantes no sexo feminino evidencia que a Enfermagem ainda é uma profissão predominantemente feminina; no entanto, o quantitativo de pessoas do sexo masculino vem aumentando, como pode ser observado em pesquisas realizados com estudantes de graduação em Enfermagem (BRITO; BRITO; SILVA, 2009; FREITAS, 2013; SOUZA, 2016).

Tabela 5- Distribuição dos participantes de acordo com o sexo. Rio de Janeiro - 2017.

Sexo	3 período		8 período		Total	
	f	%	f	%	f	%
Feminino	14	70	19	95	33	82.5
Masculino	06	30	01	05	07	17.5
Total	20	100	20	100	40	100

Na análise da variável religião, a amostra foi composta majoritariamente por cristãos, representando 75% dos estudantes de graduação em Enfermagem (30 estudantes), dos quais 40% são representados por evangélicos / protestantes (16 estudantes) e 35% por católicos (14 estudantes), seguidos de 15% por agnósticos (seis estudantes), 5% por espíritas (dois estudantes) e 2,5% sem religião (um estudante) e um umbandista (um estudante), como pode ser observado na tabela 6.

Tabela 6 – Distribuição dos participantes estudados de acordo com a religião. Rio de Janeiro - 2017.

Religião	3 período		8 período		Total	
	f	%	f	%	f	%
Católica	06	30	08	40	14	35,0
Evangélica	09	45	07	35	16	40,0
Espirita	01	05	01	05	02	05,0
Sem Rel.	00	00	01	05	01	02,5
Agnóstica	03	15	03	15	06	15,0
Umbandista	01	05	00	00	01	02,5
Ateu	00	00	00	00	00	0,00
Total	20	100	20	100	40	100

Dos 40 estudantes de graduação em Enfermagem que participaram deste estudo 16 possuem o curso técnico de enfermagem (40%), conforme mostra a tabela 7. Considera-se assim que há um interesse de técnicos de Enfermagem pelo curso de graduação em universidades públicas. O que pode motivar esta escolha de um curso de nível superior na mesma área de atuação é a busca por melhoria nas atividades profissionais, melhor remuneração, além do reconhecimento da profissão. (WETTERICH; MELLO, 2007).

Tabela 7 – Distribuição dos participantes quanto a formação técnica em enfermagem. Rio de Janeiro - 2017.

Formação técnica em Enfermagem	3 período		8 período		Total	
	f	%	f	%	f	%
Sim	06	30	10	50	16	40
Não	14	70	10	50	24	60
Total	20	100	20	100	40	100

Dos 20 estudantes de graduação em Enfermagem do oitavo período, oito (40%) realizaram estágio extracurricular em instituições de saúde do Rio de Janeiro durante o período do curso de graduação em Enfermagem. Esta variável se associa apenas aos estudantes de graduação do oitavo período, visto que para realizar o estágio extra curricular o aluno deve estar no sexto período do curso de graduação.

Tabela 8 – Distribuição dos participantes pela variável estágio extra curricular. Rio de Janeiro - 2017.

Familiar	8 período	
	f	%
Sim	08	40
Não	12	60
Total	20	100

Majoritariamente, 62,5% dos estudantes de graduação em Enfermagem não possuem algum parente que atuem profissionalmente na Enfermagem, conforme pode ser observado na tabela 9. No entanto, a presença de familiares que trabalham na área da enfermagem pode ser um dos fatores que colaboram para influenciar outros membros da família, a escolherem a Enfermagem como profissão, pois 37,5% da amostra possuem membros na família que atuam na Enfermagem. (SPÍNDOLA; MARTINS; FRANCISCO, 2008).

Tabela 10 – Distribuição dos participantes pela variável parente atuando profissionalmente na área de enfermagem. Rio de Janeiro - 2016.

Familiar	3 período		8 período		Total	
	f	%	f	%	f	%
Sim	08	40	07	35	15	37,5
Não	12	60	13	65	25	62,5
Total	20	100	20	100	40	100

## CAPITULO VIII

### 8. REPRESENTAÇÕES SOCIAIS DOS DIREITOS DOS USUÁRIOS DA SAÚDE CONSTRUÍDAS PELOS ESTUDANTES ENFERMAGEM – ABORDAGEM PROCESSUAL

Para que se possa acessar as RS construídas pelos estudantes do início e fim do curso, serão abordados os conteúdos que emergiram da primeira análise utilizada nesta pesquisa, a análise padrão ou standard realizada pelo software ALCESTE. Dessa forma, serão consideradas as variáveis de análise, assim como as formas reduzidas com maiores valores de phi, bem como os seus significados, além dos dendogramas da Classificação Hierárquica Descendente e Ascendente e das UCEs. Na análise padrão o Software ALCESTE gerou um corpus composto por 40 UCIs, com classificação de 3209 UCEs, perfazendo um total de 75% de aproveitamento, sendo agrupadas em seis classes lexicais, conforme ilustra a figura 1.

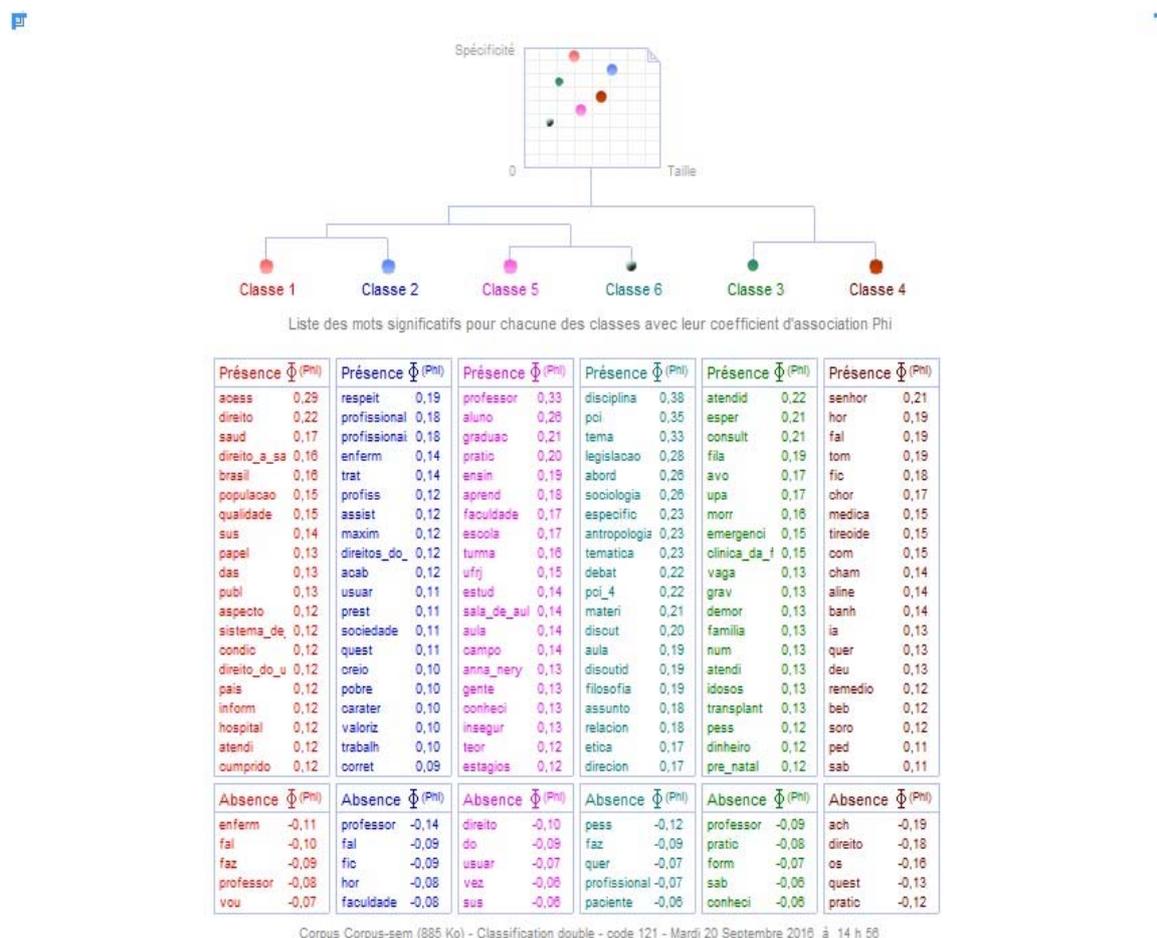


Figura 1 – Dendrograma Representativo das Classes Resultantes da Análise Alceste

Diante da Classificação Hierárquica Descendente observa-se que o corpus foi dividido em dois subcorpus (blocos): as classes 1, 2, 5 e 6 e as classes 3 e 4. Conforme se observa nas figuras 1 e 2.

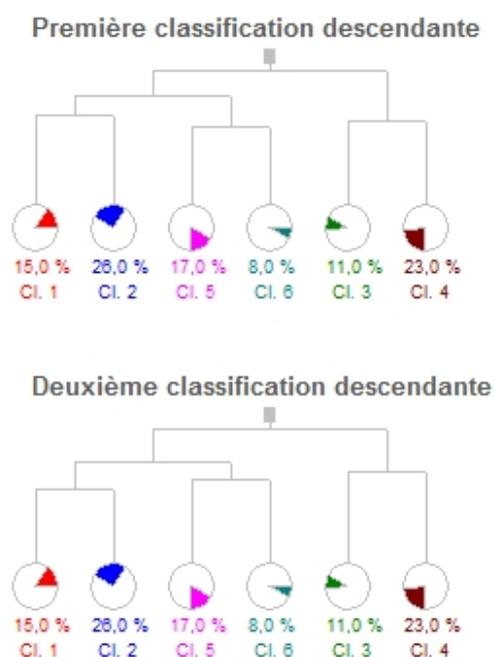


Figura 2 – Comparação entre as duas Classificações Hierárquicas Descendentes

Os dois blocos compreendem duas grandes dimensões, a saber: conceitual, abrangendo as classes 1, 2, 5 e 6; e prática, abrangendo as classes 3 e 4. A classe 1 apresenta 335 UCEs, perfazendo 15% do total de UCEs classificadas e 137 palavras analisadas, esta classe foi nominada: O positivo e o negativo dos direitos dos usuários da saúde: do coletivo ao individual, da política à prática. A classe 2 apresenta 640 UCEs, perfazendo 26% do total de UCEs classificadas e 98 palavras analisadas, nominada como: O positivo e o negativo da Enfermagem: entre o ideal e o real. A classe 3 possui 257 UCEs, perfazendo 11% do total de UCEs classificadas e 115 palavras analisadas, sendo nominada como: Dificuldades na garantia dos direitos dos usuários da saúde; enquanto a classe 4 possui 557 UCEs, 23 % do total, com 143 palavras analisadas, nominada como: Direito dos usuários da saúde: um encontro mediado pelo cuidado de Enfermagem. A classe 5 possui 419 UCEs, perfazendo 17% do total de UCEs classificadas e 102 palavras

analisadas, esta classe foi nominada: Curso de graduação como espaço para discussão dos direitos dos usuários da saúde; e a classe 6 apresenta 190 UCEs, perfazendo 8% do total de UCEs classificadas e 81 palavras analisadas, sendo nominada como: O aprendizado sobre os direitos dos usuários da saúde na sala de aula. (Figura 3)

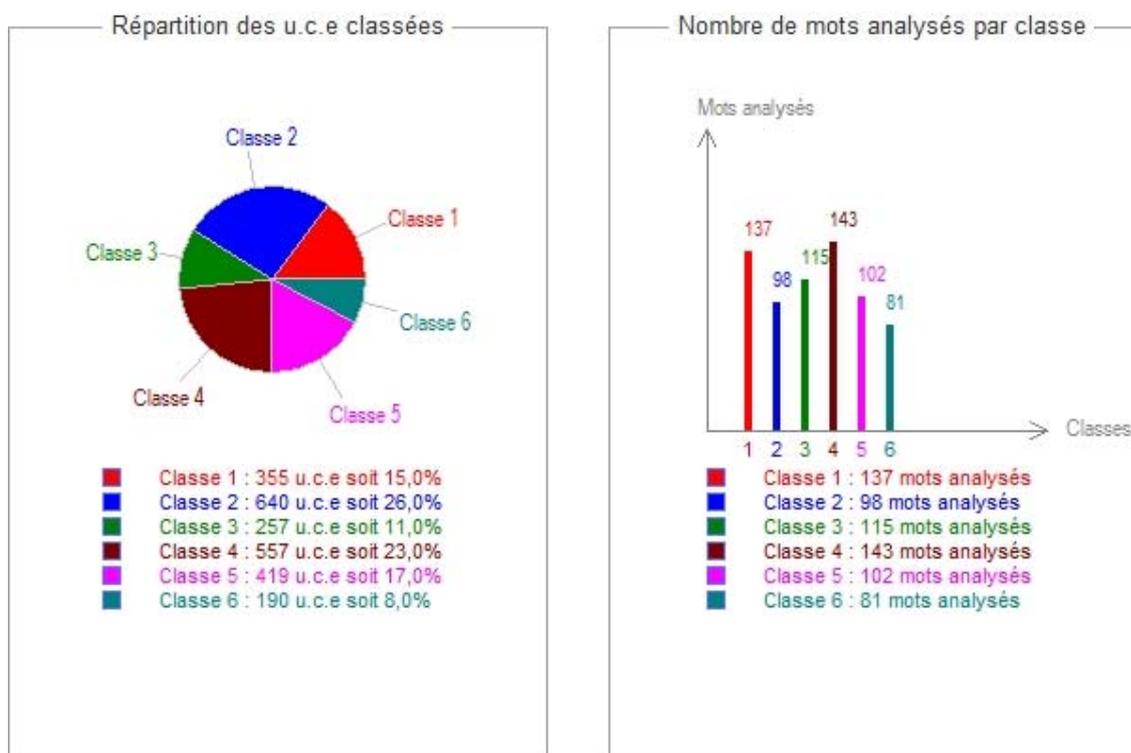


Figura 3 – Distribuição das UCEs e o número de palavras analisadas por classe

### 8.1 Classe 1 – O positivo e o negativo dos direitos dos usuários da saúde: do coletivo ao individual, da política à prática

Evidencia-se que esta classe possui associação com estudantes do terceiro período (per\_3), que possuem parentes que atuam na equipe de enfermagem (fam\_1), não possuem religião (rel\_3), são do sexo masculino (sex\_m) e possuem experiência no exercício da Enfermagem. No quadro 8 estão apresentadas as variáveis analisadas bem com o seu respectivo valor de phi.

Variável	Categoria Associada	Valor de Phi
Período	terceiro	0,08
Familiar na Equipe de Enf.	sim	0,06
Religião	Sem religião	0,05
Sexo	masculino	0,05
Experiência na Enf.	Sim	0,06

Quadro 8 – Valores de phi relativos as variáveis de análise com associação estatística à classe 1.

Esta classe responde por 15% do corpus analisado. Para a análise desta classe foram consideradas também as formas reduzidas, com maiores valores de phi e seus respectivos contextos semânticos, conforme Quadro 9. Considera-se que estas informações possibilitam uma aproximação com o conteúdo da classe. A relação entre as palavras intraclasse pode ser observada na Classificação Hierárquica Ascendente (CHA). (Figura 4)

Formas Reduzidas	Valor de Phi	Forma Completa
Acess	0,29	Acessar (2), acessível (2), acesso (60)
Direito	0,22	Direito (131) e direitos (89)
Saud	0,17	Saúde (54)
Direito a saúde	0,16	Direito à saúde (18)
Brasil	0,16	Brasil (18) e brasileiro (1)
População	0,15	População (24)
Qualidade	0,15	Qualidade (20)
SUS	0,14	SUS (27)
Papel	0,13	Papel (18)
Públ	0,13	Publica (3), público (7) e públicos (5)
Aspecto	0,12	Aspecto (7) e aspectos (2)
Sistema de Saúde	0,12	Sistema de saúde (9)
Condic	0,12	Condição (8) e condições (15)
Direito do usuário	0,12	Direito do usuário (25)

País	0,12	País (16) e países (4)
Inform	0,12	Informação (27), informado (3), informam (1), informado (3) e informar (3)
Hospital	0,12	Hospital (54)
Atendi	0,12	Atendimento (39) e atendimento (2)
Cumprido	0,12	Cumprido (4) e cumprido (2)

Quadro 9 – Formas Reduzidas com o phi relacionado e as formas completas – classe 1.

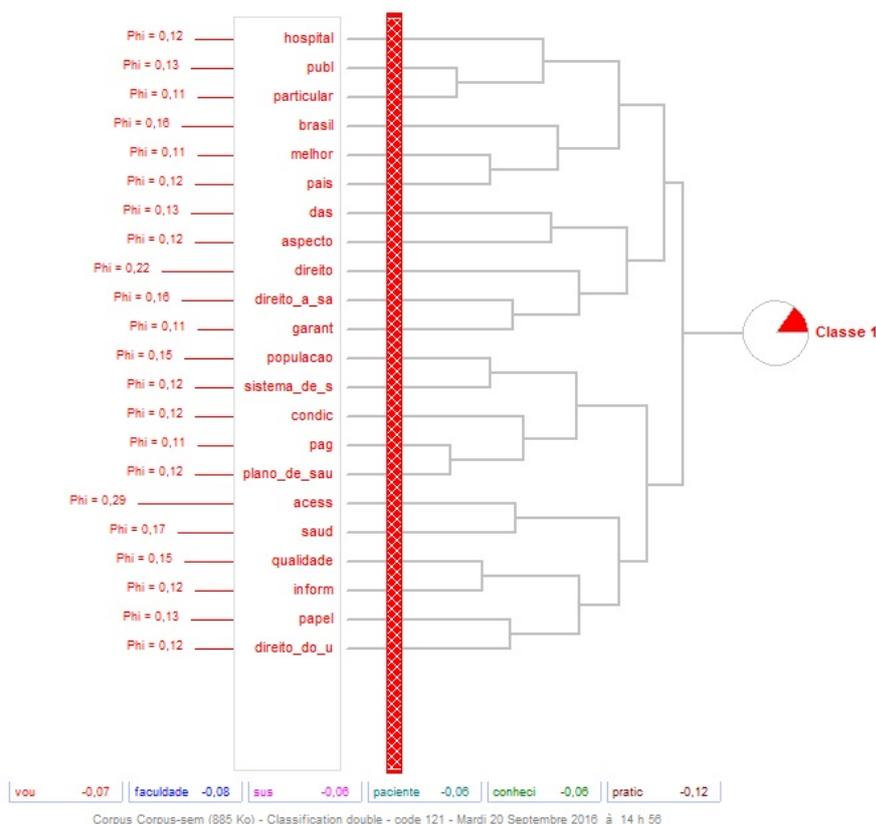


Figura 4 – Classificação Hierárquica Ascendente da Classe 1. (CHA)

Considerando as palavras de maior phi, a aproximação destas, como se observa na CHA (figura 4), além das UCEs, observa-se que esta classe remete aos sentidos atribuídos pelos estudantes de Enfermagem sobre os direitos dos usuários da saúde, expressos através do acesso aos serviços de saúde e da garantia de atendimento à população no Sistema Único de Saúde (SUS).

A partir dessas considerações iniciais e com a leitura detalhada das UCEs em seu conjunto, evidencia-se que para os estudantes de Enfermagem, ter direito é ter acesso

aos hospitais, é ter a garantia de atendimento para a população nos hospitais públicos no país. No entanto, o uso da expressão "dinheiro" e "conhecimento" indica que este acesso pode ser influenciado pelas condições sócio-econômicas de determinados grupos sociais, trazendo à tona a discussão sobre a desigualdade de atendimento nos serviços públicos e particulares de saúde, o que produz no discurso dos estudantes que o direito para todos é uma utopia, já que para eles, nas instituições públicas de saúde do país o acesso não é ofertado de forma igualitária para todos os brasileiros; logo, o direito não é usufruído na prática, não existe garantia de atendimento nos hospitais para todos os brasileiros. Essas dimensões seguem apresentadas e discutidas como sub-classes respectivamente.

### **8.1.1 O acesso ao hospital como garantia de direito dos usuários da saúde: a igualdade de tratamento e o tráfico de influências**

Para os estudantes de Enfermagem o sentido atribuído aos direitos dos usuários da saúde é o de oferecer a população brasileira garantia de atendimento nos hospitais públicos no Brasil, é ter acesso aos serviços de saúde em todos os âmbitos do SUS no país. Para tanto, a população brasileira deve ter acesso aos serviços de saúde próximos de sua residência, com boa localização, com o atendimento de qualidade e de forma igualitária.

*Todo mundo tem direito a acesso, do princípio do atendimento mais básico, ou mais complexo e essas unidades agora, mais pontuais, em áreas com mais necessidade, completo, próximo da comunidade, enfim elas acabam facilitando esse atendimento, o trabalho das unidades básicas de saúde facilitam a assistência, facilitam muito, eu acho que isso dinamiza mais o atendimento as pessoas. (uci n° 18 : \*ind\_18 \*sex\_f \*per\_3 \*rel\_3 \*téc\_1 \*fam\_2 \*est\_2 )*

*Agora se ele estiver em um hospital que não tem a menor infraestrutura, sem recurso nenhum, em uma região rural ou em uma na baixada, ou em um lugar que não tenha tanto acesso, eu acho que tem maior dificuldade. (uci n° 31 : \*ind\_31 \*sex\_f \*per\_8 \*rel\_2 \*téc\_1 \*fam\_1 \*est\_2)*

*Mas a gente entende que o direito do usuário seria menos tempo, maior facilidade de acesso ao sistema único de saúde, entendo como isso, assim quando ele fala do direito do usuário, mais centrado e isso é um tratamento humanizado, digno. (uci n° 21 : \*ind\_21 \*sex\_f \*per\_8 \*rel\_1 \*téc\_2 \*fam\_2 \*est\_1)*

*Assegurar este direito, no entanto, está tendo diversas barreiras de dificuldade, quanto a qualidade da oferta dos serviços de saúde, como também dos usuários a conseguir um bom, acessar mesmo o serviço. (uci n° 24 : \*ind\_24 \*sex\_f \*per\_8 \*rel\_2 \*téc\_2 \*fam\_2 \*est\_1)*

*Vejo que muitas coisas deixam a desejar, porque eu não posso dizer que um cidadão tem direito à saúde, se eu dou a ele acesso a um hospital, mas eu não posso garantir que ele seja atendido, eu não posso dizer que um cidadão tem direito à saúde. (uci n° 28 : \*ind\_28 \*sex\_f \*per\_8 \*rel\_1 \*téc\_2 \*fam\_2 \*est\_1)*

*Eu acho que é muito importante todo mundo ter direito à saúde no Brasil, porque é um direito de todos e o dever também, é um acesso universal como diz o sistema único de saúde, então eu acho que todo mundo tem que ter acesso. (uci n° 31 : \*ind\_31 \*sex\_f \*per\_8 \*rel\_2 \*téc\_1 \*fam\_1 \*est\_2)*

Observa-se nas uces a importância de um dos princípios organizativos do SUS, a regionalização, que visa proporcionar a população acesso as ações e os serviços necessários à solução de problemas de saúde, em qualquer nível de complexidade, o mais próximo possível de sua residência. Assim como para os estudantes de graduação em Enfermagem do início e fim do curso, a regionalização também surgiu como um elemento facilitador para o alcance do atendimento nos serviços de saúde para usuários, conforme foi evidenciado em um estudo sobre as facilidades de acesso pelos usuários do SUS (PONTES et al, 2010).

No entanto, os direitos dos usuários da saúde expresso pelo acesso aos serviços de saúde no SUS, nem sempre acontece de forma igualitária. Este acesso e a garantia de atendimento podem ser influenciados pelo usuário que procura o serviço público de saúde, que necessita de atendimento, pois segundo os estudantes se o usuário conhece alguém que trabalha na instituição pública de saúde, terá facilidade no atendimento.

*Eu acho que no SUS infelizmente como em qualquer outra organização pública, tem corrupção no meio das coisas, de que eu trabalho na área e conheço alguém. (uci n° 30 : \*ind\_30 \*sex\_f \*per\_8 \*rel\_1 \*téc\_2 \*fam\_1 \*est\_1)*

*Eu acho que sim por exemplo quando a gente conhece alguma pessoa de algum hospital, você fala peixe, isso facilita muito para quem conhece alguém lá. (uci n° 13 : \*ind\_13 \*sex\_f \*per\_3 \*rel\_1 \*téc\_1 \*fam\_1 \*est\_2)*

*Porque se é um direito de todos deveria ser igual para todos, exatamente aquilo que eu estava falando o hospital é público, se é uma coisa de graça entre aspas, então as pessoas que são conhecidas, são privilegiadas em um serviço melhor, sendo de graça, é mais um privilégio. (uci n° 11 : \*ind\_11 \*sex\_f \*per\_3 \*rel\_1 \*téc\_2 \*fam\_1 \*est\_2)*

*Para o usuário todos tem o mesmo valor, dez clientes, todos estão esperando lá na bancada a sua vez, tendo os mesmos direitos, mas se tiver uma possibilidade na assistência, de uma facilidade de alguém burlar e pular, existe e tem isso, eu vejo isso. (uci n° 29 : \*ind\_29 \*sex\_f \*per\_8 \*rel\_2 \*téc\_2 \*fam\_1 \*est\_1)*

Além do “privilégio” de conhecer alguém que trabalhe na instituição na qual você necessita de ser atendido, a imagem do dinheiro também surge no discurso dos estudantes como instrumento a ser utilizado para um atendimento diferenciado, seja ele

em uma instituição pública ou privada, expressando um imaginário de um gradiente de direitos dos usuários da saúde.

*Mais acesso a esse direito do que outras, tem acho que essas diferenças econômicas, melhores condições econômicas, as pessoas que tem melhores condições econômicas, as que tem maior acesso a informação, também que conhecem esses direitos, basicamente essas pessoas que tem mais dinheiro, eu acho que sim porque há possibilidade de acessar o serviço privado (uci n° 10 : \*ind\_10 \*sex\_f \*per\_3 \*rel\_2 \*téc\_1 \*fam\_2 \*est\_2)*

*O direito à saúde eu considero uma utopia no Brasil, porque ela não é considerada uma das prioridades nas políticas públicas, ah sim em questão de direitos e respeitos, sim pessoas com situações melhores, pessoas que conhecem pessoas mais influentes vão sempre ter uma abertura maior aos seus direitos. (uci n° 7 : \*ind\_07 \*sex\_m \*per\_3 \*rel\_2 \*téc\_1 \*fam\_1 \*est\_2)*

*Eu acho que direitos, todos têm que ser iguais, eu acredito nisso, não porque justamente há essa ideia de que há seres humanos melhores, porque, por exemplo, já que está mais ou menos focado, nessa questão dos direitos humanos, por exemplo, porque o menino negro, de rua, têm menos direitos do que o menino com dinheiro? (uci n° 16 : \*ind\_16 \*sex\_f \*per\_3 \*rel\_6 \*téc\_2 \*fam\_2 \*est\_2)*

A partir do discurso dos estudantes é possível evidenciar que há gradientes da oferta ao acesso aos serviços de saúde. O acesso aos serviços de saúde deveria ser igual para todos, no entanto aqueles que possuem “dinheiro” e “conhecimento” vão ter acesso aos serviços de saúde e tratamento diferenciados. Sendo assim, este aspecto social irá determinar a oferta dos serviços nas instituições de saúde do SUS e das instituições privadas. Esta dimensão vai ao encontro de um estudo realizado com usuários do SUS em que declararam que há pessoas que são supercidadãos, pois estão um grau acima do restante da população, já que possuem bons salários e podem pagar por serviços em instituições privadas (ARAÚJO, FERREIRA, 2011).

É importante salientar sob a perspectiva de uma ótica crítica da saúde no contexto político e econômico atual no Brasil de que existe uma dialética que traz implicações para o acesso aos serviços de saúde pelos usuários no Brasil: a saúde como mercadoria versus a saúde como direito humano fundamental. A saúde como mercadoria, bem comum ofertado pelo sistema privado para os usuários que podem pagar para utilizar este sistema traz implicações para o acesso aos serviços de saúde nos espaços públicos, compreendendo este como um direito humano fundamental ofertado para todos os brasileiros pelo SUS. Se você paga por algo como consumidor que adquire uma mercadoria, há um interesse individual, direito do consumidor, no entanto se você usufrui de algo que é direito de todos, deve haver um interesse coletivo. Sendo assim é necessário que haja reivindicação social, com a utilização do controle social para a reivindicação

da garantia do cumprimento dos direitos dos usuários da saúde no Brasil (OLIVEIRA, 2015).

O discurso dos estudantes enfatiza também que os direitos dos usuários da saúde estão relacionados ao acesso aos hospitais, com enfoque na imagem da saúde como ausência de doença. Isto porque o acesso aos serviços de saúde, aos hospitais públicos, ocorre quando há algum problema de saúde, ou seja, uma doença, observando-se assim que o modelo biomédico ainda predomina no discurso dos estudantes. No entanto, também surgiu no discurso dos estudantes que é necessário repensar e discutir os outros aspectos inerentes aos direitos dos usuários da saúde.

*Que a saúde não se limita apenas a manutenção saudável do corpo, o direito do usuário da saúde vai para além disso, ou seja, a pessoa tem o direito de ter a qualidade de vida no sentido de morar bem, ter saneamento básico, ter acesso a luz elétrica, acesso a área de lazer, a prevenir doenças, mas para não precisar passar fome, não precisar pedir dinheiro na rua. (uci n° 7 : \*ind\_07 \*sex\_m \*per\_3 \*rel\_2 \*téc\_1 \*fam\_1 \*est\_2)*

*O direito à saúde inclui na verdade e primordialmente o direito de não estar doente, justamente pela prevenção, que é o que hoje nós não vemos ao longo dos anos, eu espero que ele fique doente para poder agir. (uci n° 28 : \*ind\_28 \*sex\_f \*per\_8 \*rel\_1 \*téc\_2 \*fam\_2 \*est\_1)*

### **8.1.2 Direitos dos usuários da saúde: entre a política brasileira e a iniciativa individual**

O discurso sobre os direitos dos usuários da saúde traz à tona a discussão sobre a necessidade de investimentos por parte do governo, em que a saúde deve ser prioridade, pois se ter direito à saúde é ter acesso aos hospitais públicos do país, é necessário recursos humanos e materiais para garantir a oferta de atendimento de qualidade para toda a população brasileira. Dessa forma, os estudantes destacam a relação dos direitos dos usuários da saúde com a necessidade de prioridade da política de governo no Brasil.

*Infelizmente, os aspectos políticos que estão entranhados na política brasileira, e que a saúde não vem na frente, não é uma prioridade na política, a política é considerar como principal a arrecadação de dinheiro, não importa se vai prejudicar alguém ou não, a saúde está abaixo, isso não é só a saúde, é a saúde, educação, transporte, tudo está desvalorizado no Brasil. (uci n° 7 : \*ind\_07 \*sex\_m \*per\_3 \*rel\_2 \*téc\_1 \*fam\_1 \*est\_2)*

*Porque o serviço público no Brasil é o único que oferta mesmo essa questão da saúde pública, e no exterior e nos outros países é particular, então assim, tem maior qualidade, mas não tem a condição de poder investir. (uci n° 24 : \*ind\_24 \*sex\_f \*per\_8 \*rel\_2 \*téc\_2 \*fam\_2 \*est\_1)*

*Você não tem estrutura dentro do hospital para você trabalhar, tem muitos investimentos em outras coisas, em hospital você não tem, então assim isso acaba atrapalhando, mesmo no direito que o cidadão tem esse serviço e no acesso. (uci n° 2 : \*ind\_02 \*sex\_f \*per\_3 \*rel\_1 \*téc\_1 \*fam\_1 \*est\_2)*

Os estudantes evidenciam que o cumprimento dos direitos dos usuários da saúde não é uma prioridade da política de governo no Brasil, e isso traz implicações para o acesso da população aos hospitais públicos do SUS, outro fator que influencia o cumprimento destes direitos no Brasil é a importância da divulgação desses direitos, e como pode ser observado nem sempre os cidadãos têm conhecimento sobre os seus direitos.

*A divulgação dos direitos, as pessoas deveriam saber, conhecer seus direitos que tem, eu acho que a informação deve ser passada pelos profissionais de saúde e divulgar o máximo possível todos os estabelecimentos de saúde. (uci n° 20 : \*ind\_20 \*sex\_m \*per\_3 \*rel\_1 \*téc\_1 \*fam\_1 \*est\_2)*

*E seja assegurado qualquer tipo de terapia, a gente tem toda a legislação em relação a isso, então eu acho que isso é um aspecto muito positivo, para que ele possa caso ele seja informado, buscar os seus direitos. (uci n° 30 : \*ind\_30 \*sex\_f \*per\_8 \*rel\_1 \*téc\_2 \*fam\_1 \*est\_1)*

*Eu acho que é essa questão de divulgação porque tem lá sistema único de saúde, é enorme, tem vários direitos, mas o usuário ele não tem conhecimento. (uci n° 21 : \*ind\_21 \*sex\_f \*per\_8 \*rel\_1 \*téc\_2 \*fam\_2 \*est\_1)*

*O direito à saúde assim, eu acho que ele só é bom quando você conhece os seus direitos porque você se instrumentaliza para fazer com que eles sejam garantidos, mas você morar num país onde você precisa garantir um direito que é seu por direito. (uci n° 28 : \*ind\_28 \*sex\_f \*per\_8 \*rel\_1 \*téc\_2 \*fam\_2 \*est\_1)*

Segundo as representações dos estudantes de graduação em Enfermagem sobre os direitos dos usuários da saúde, o acesso não é ofertado a todos de forma igualitária, não há investimento por parte do governo e a população não conhece seus direitos, essas são circunstâncias do cenário de saúde no Brasil, configurando a garantia de acesso como uma utopia.

*É um hospital enorme com diversos profissionais qualificados que teve uma parte que nunca nem foi inaugurada, foi inaugurada, mas nunca funcionou e não atendem muitos pacientes, pacientes que precisam de um hospital de referência, direito todo mundo têm, o problema é que esse direito não é efetivamente cumprido, e isso vai desde a ponta, da pessoa que vai receber o atendimento até o profissional que é mal remunerado, que não tem condições de trabalho. (uci n° 39 : \*ind\_39 \*sex\_f \*per\_8 \*rel\_6 \*téc\_2 \*fam\_1 \*est\_2)*

*Do que construir um hospital bom que vai atender a todos de uma forma como deve ser atendido, então acho que é mais isso, o lado bom é que uma utopia que seria ótimo para todo mundo, o lado ruim é que é uma utopia, ou seja, não existe na prática. (uci n° 7 : \*ind\_07 \*sex\_m \*per\_3 \*rel\_2 \*téc\_1 \*fam\_1 \*est\_2)*

Diante deste contexto que compromete o acesso da população brasileira ao SUS, de longas filas, longa espera, superlotação e escassez de recursos humanos e materiais, cada vez mais as pessoas têm recorrido aos mandados judiciais, no entanto, o acesso ao judiciário também nem sempre acontece de forma igualitária. Sendo assim, os mecanismos legais utilizados podem reforçar a desigualdade no acesso, por não considerarem os preceitos da universalidade e equidade do SUS (GAWRYSZEWSKI, OLIVEIRA, GOMES, 2012; RAMOS et al, 2016).

## 8.2 Classe 2 – O positivo e o negativo da Enfermagem: o ideal e o real

Evidencia-se que esta classe possui associação com estudantes do oitavo período (per\_8), que possuem parentes que atuam na equipe de enfermagem (fam\_1), têm o kardescismo como religião (rel\_6) e são do sexo masculino (sex\_m) e não realizaram estágio extra-curricular. No quadro 10 estão apresentadas as variáveis analisadas bem como o seu respectivo valor de phi.

Variável	Categoria Associada	Valor de Phi
Período	Oitavo	0,08
Familiar na Equipe de Enf.	Sim	0,04
Experiência na Enf.	Sim	0,06
Religião	Kardescista	0,09
Sexo	Masculino	0,08
Estágio extra – curricular	Não	0,04

Quadro 10 – Valores de phi relativos as variáveis de análise com associação estatística à classe 2.

Esta classe responde por 26% do corpus analisado. Para a análise desta classe foram consideradas também as formas reduzidas, com maiores valores de phi e seus respectivos contextos semânticos, conforme Quadro 11. Considera-se que estas informações possibilitam uma aproximação com o conteúdo da classe. A relação entre

as palavras intraclasse pode ser observada na Classificação Hierárquica Ascendente (CHA). (Figura 5)

<b>Formas Reduzidas</b>	<b>Phi</b>	<b>Forma Completa</b>
Respeit	0,19	Respeita (22), respeitada (3), respeitado (3), respeitam (18), respeitando (14)
Profissional	0,18	Profissional (129), profissionalismo (1) e profissionalmente (1)
Profissionais	0,18	Profissionais (94)
Enferm	0,14	Enfermagem (59), Enfermeira (17), enfermeiras (6), enfermeiro (98) e enfermeiro (62)
Trat	0,14	Trata (13), tratada (8), tratado (5), tratam (10), tratando (5), tratar (37)e tratava (2)
Profiss	0,12	Profissão (43) e profissões (2)
Assist	0,12	Assistência (84), assistentes (1) e assistir (1)
Maxim	0,12	Máxima (1) e máximo (18)
Direitos do usuário	0,12	Direitos do usuário
Acab	0,12	Acaba (84), acabam (21), acabando (1), acabar (2), acabaram (1) e acabei (3)
Usuar	0,11	Usuária (3), usuário (81) e usuários (13)
Prest	0,11	Presta (6), prestada (1), prestado (1), prestam (4), prestando(6) e prestar (16)
Sociedade	0,11	Sociedade (23)
Quest	0,11	Questão (115) e questões (16)
Creio	0,10	Creio (11)
Pobre	0,10	Pobre (13)
Caráter	0,10	Caráter (11)
Valoriz	0,10	Valoriza (3), valorização (3), valorizado (2), valorizam (2), valorizar (4) e valorizar

Trabalh	0,10	Trabalha (15), trabalhado (2), trabalham (6), trabalhamos (1), trabalhando (8)
Corret	0,09	Correta (11), corretas (5) e correto (5)

Quadro 11 – Formas Reduzidas com o phi relacionado e as formas completas – classe 2.

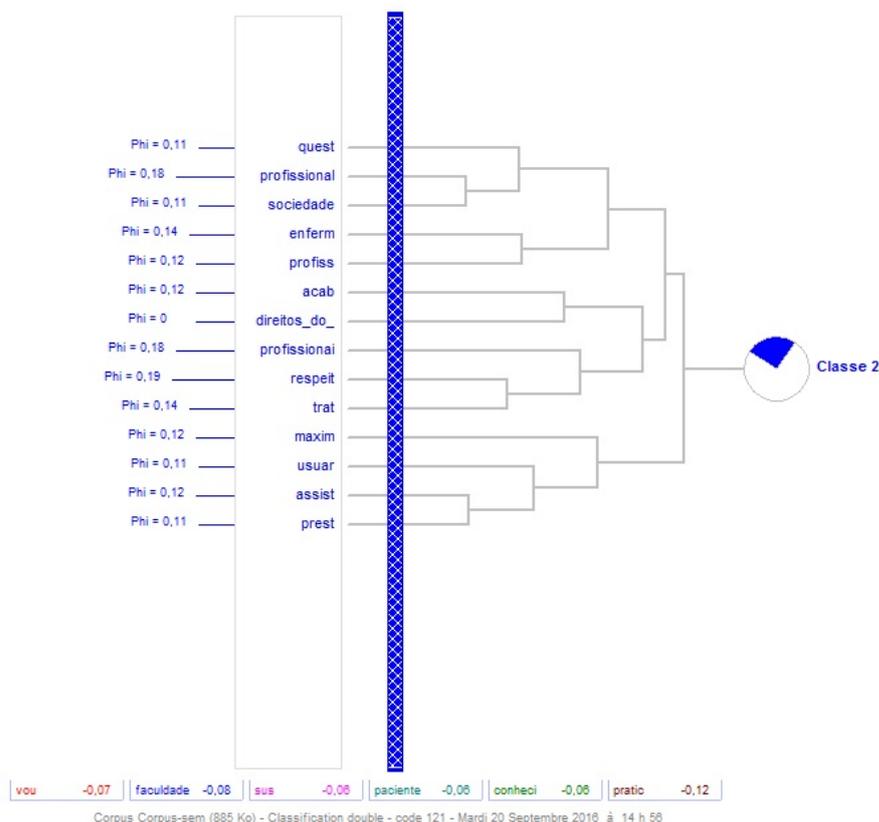


Figura 5 – Classificação Hierárquica Ascendente da Classe 2. (CHA)

Considerando as palavras de maior phi, a aproximação destas, como se observa na CHA (figura 5), além das UCEs, identifica-se que esta classe remete a atuação da enfermeira e ao papel da Enfermagem frente aos direitos dos usuários da saúde nas instituições de saúde no SUS.

A partir dessas considerações iniciais e com a leitura detalhada das UCEs em seu conjunto, evidencia-se que a enfermeira e a profissão desempenham papel fundamental na garantia dos direitos dos usuários da saúde; no entanto, a imagem da profissão e do profissional elaboradas pelos estudantes nem sempre vêm ao encontro dos

princípios fundamentais das práticas de Enfermagem e do direitos dos usuários nos cenários de saúde do SUS. Essas dimensões seguem apresentadas e discutidas como sub-classes, respectivamente.

### 8. 2.1 Imagem da enfermeira: entre o ideal e real nos serviços de saúde

Para os estudantes de graduação em Enfermagem, a imagem da enfermeira que respeita os direitos dos usuários da saúde é aquele que tem zelo, segurança na prestação dos cuidados, que conversa; logo, os estudantes de graduação compreendem que a interação é fundamental para o cuidado de Enfermagem na relação enfermeira-usuário (DUARTE, FERREIRA, LISBOA, 2012; SEBOLD, et al 2016).

*O que respeita para mim, foi o que eu falei, que zela pelos cuidados, pela segurança dele, sempre zelando pelo bem estar. (uci nº 32: \*ind\_32 \* sex\_f \*per\_8 \*rel\_6 \*tec\_2 \*fam\_1 \*est\_1)*

*Eu acredito que tem o respeito de conversar com o outro, de se apresentar, de se importar. (uci nº 6: \*ind\_6 \* sex\_f \*per\_3 \*rel\_6 \*tec\_1 \*fam\_1 \*est\_2)*

*Então se existem esses direitos, eles são para serem respeitados, então é tudo para além da simpatia, do respeito pelo próximo, porque você tem que chegar lá com simpatia, mostrando respeito. (uci nº 33: \*ind\_33 \* sex\_f \*per\_8 \*rel\_6 \*tec\_1 \*fam\_2 \*est\_1)*

*Eu acho que o enfermeiro que presta esse cuidado de forma correta, fazendo o melhor que ele pode, eu acho que ele vai mais procurar ouvir, ele vai procurar saber o que é que ele está precisando, como é que está a situação dele, se ele precisa ser observado mais, vai tentar suprir as necessidades independentes de ter outras milhões de coisas para fazer. (uci nº 14: \*ind\_14 \* sex\_m \*per\_3 \*rel\_1 \*tec\_1 \*fam\_1 \*est\_2)*

Já as enfermeiras que não respeitam os direitos dos usuários da saúde, fazem isso porque segundo os estudantes não explicam os procedimentos que irão realizar, não têm paciência com os usuários, não reconhecem o outro enquanto pessoa, ser humano. Neste momento os discursos dos estudantes enfatizam este aspecto da individualidade: os estudantes do terceiro período do curso falam de tratar como “ser humano”, enquanto os do oitavo período do curso falam de “humanização”.

*É aquele que não ouve, não respeita de que forma, se identificando, não explicando o que ele vai fazer em determinado momento, quando ele vai assistir o paciente, não busca dividir a dificuldade que ele encontrou, que ele está vendo ali com outros profissionais porque as vezes ele não respeita o direito, não faz o trabalho dele como tem que fazer. (uci nº 14: \*ind\_14 \* sex\_m \*per\_3 \*rel\_1 \*tec\_1 \*fam\_1 \*est\_2)*

*Porque eles [os enfermeiros] não tem muita paciência, as vezes também muito trabalho, a gente também não pode julgar, muito trabalho, muitas coisas para fazer, equipe reduzida, então as vezes eles não tem paciência para lidar com o usuário. (uci nº 14: \*ind\_14 \* sex\_m \*per\_3 \*rel\_1 \*tec\_1 \*fam\_1 \*est\_2)*

*São os tipos de enfermeiros que eu não me pegaria como exemplo para ser na minha vida futura, acaba que aqueles enfermeiros bons que eu falei, acabam respeitando os direitos dos usuários, a humanização com acesso e facilidade e tem outros que não respeitam os usuários, assim como pessoa mesmo, os direitos dos usuários. (uci nº 23: \*ind\_23 \* sex\_f \*per\_8 \*rel\_1 \*tec\_1 \*fam\_2 \*est\_1)*

*O enfermeiro que não respeita, ele faz tudo a vontade dele ou a vontade da rotina no hospital, ele não respeita o paciente enquanto humano, ser humano, assim como pessoa e deixa se levar por esse cotidiano e acaba perdendo esse conhecimento, esse respaldo teórico que ele tem, ele deixa de aplicar esse conhecimento e isso que acaba desrespeitando essa questão do paciente.. (uci nº 15: \*ind\_15 \* sex\_m \*per\_3 \*rel\_4 \*tec\_2 \*fam\_1 \*est\_2)*

Dentro deste cenário em que os profissionais não respeitam os direitos dos usuários nos ambientes de saúde, os estudantes do terceiro e oitavo período do curso destacam o tratamento diferenciado por parte do profissional em relação aos usuários.

*Tem gente que trata de outro jeito, se a pessoa é espírita, eu acho que é mais preconceito do próprio trabalhador, própria pessoa que presta assistência. (uci nº 39: \*ind\_39 \* sex\_f \*per\_8 \*rel\_6 \*tec\_2 \*fam\_1 \*est\_2)*

*Ela [enfermeira] está naquele momento para tratar um indivíduo, ela não está para questionar, julgar, está para tratar, então eu acredito muito que o preconceito de uma forma que cause essa diferença. (uci nº 19: \*ind\_19 \* sex\_m \*per\_3 \*rel\_1 \*tec\_1 \*fam\_1 \*est\_2)*

*Ela é uma garota de programa, é um objeto está ali para ser usada e não pensa no outro lado da pessoa, em relação ao bandido ao traficante, também é a mesma coisa, ele vive a margem da lei, não cumpre a lei, não respeita os cidadãos. (uci nº 36: \*ind\_36 \* sex\_m \*per\_8 \*rel\_6 \*tec\_1 \*fam\_1 \*est\_2)*

*Eu acho no caso assim, e nesse caso em particular, eu achei que ele não tinha uma noção, por parte dessa profissional, ela não conseguia enxergar como doente, ela o enxergava como um vagabundo, ela tinha muitos preconceitos. (uci nº 19: \*ind\_19 \* sex\_m \*per\_3 \*rel\_1 \*tec\_1 \*fam\_1 \*est\_2)*

Conforme foi pontuado pelos estudantes de graduação em Enfermagem, evidencia-se que existe uma prática em que os enfermeiros atuam de acordo com graus de merecimento de cuidado, pois quando o cliente não respeita a lei, o profissional não consegue perceber o usuário como um sujeito de direitos, ou seja, este não é tratado como os demais, pois podem ser consideradas inferiores (ARAÚJO, FERREIRA, 2011).

Como pode ser evidenciado a partir do discurso dos estudantes, a palavra principal desta classe é o respeito na prestação da assistência pelos enfermeiros e gestores para com os usuários da saúde. Para tanto, faz-se necessário atributos por parte do profissional como: ouvir, conversar, ser empático, ser humano, bem como agir em

preconceitos. A partir destes discursos foi possível observar a dimensão de atitude nas representações sociais dos estudantes quando estes classificam as práticas em duas vertentes: aquelas em inexistente respeito e aquelas nas quais o respeito se evidencia.

## 8. 2.2 Papel da Enfermagem na garantia dos direitos dos usuários da saúde: a atuação do estudante e o compromisso da profissão

Para os estudantes, pensar na Enfermagem e nos direitos dos usuários da saúde é pensar no compromisso que a profissão possui de cuidar, é estabelecer relação com o cuidado de Enfermagem. No entanto, estes observam que nos cenários de saúde os profissionais estão se distanciando da essência da profissão. É possível evidenciar que da mesma maneira, os estudantes destacam que os direitos dos usuários da saúde acontecem de uma forma na teoria, sendo concebida para todos, mas na prática não acontece de forma igualitária. O mesmo aspecto é evidenciado pelos estudantes, quando indica que na teoria a Enfermagem é a arte de cuidar, mas na prática os enfermeiros não estão cuidando, não existe o cuidado.

*Vendo que é uma profissão maravilhosa, muito boa mesmo, muito linda, e eu vou passar isso para os usuários e passar isso para os enfermeiros que infelizmente não veem isso na Enfermagem porque eu acredito que é uma profissão muito boa. (uci n° 20: \*ind\_20 \*sex\_m \*per\_3 \*rel\_1 \*tec\_1 \*fam\_1 \*est\_2)*

*Você também tem aquele cuidado que vai da Enfermagem mesmo enquanto profissão, eu creio nessa questão tão importante do cuidado, que seria a questão da Enfermagem porque a gente acaba deixando de lado, apesar de ser o mais importante, tem até por nome que seria a arte de cuidar. (uci n° 24 : \*ind\_24 \*sex\_f \*per\_8 \*rel\_2 \*tec\_2 \*fam\_2 \*est\_1)*

*Às vezes eu vejo orientações e ideias que não são princípios da Enfermagem, eles são muito, digo superficiais, mas digo assim ampla no sentido de pegar diversas profissões podiam fazer aquilo e não a Enfermagem, e o que é que o enfermeiro faz nessa situação, às vezes, eu acho que eles [os enfermeiros] falham nesses comentários, a gente perde um pouco dessa imagem deles como agentes do cuidado. (uci n° 14: \*ind\_14 \*sex\_m \*per\_3 \*rel\_1 \*tec\_1 \*fam\_1 \*est\_2)*

*A Enfermagem é a arte de cuidar, mas vê uma assistência precária que a gente vê, que está arte de cuidar não existe, que você não vê uma assistência que o enfermeiro se importe em tratar, cuidar. (uci n° 17: \*ind\_17 \*sex\_f \*per\_3 \*rel\_1 \*tec\_1 \*fam\_2 \*est\_2)*

*Eu acho que é questão de interesse, quem está, como eu vou explicar, os enfermeiros, acho que não tem interesse para eles que os outros saibam de seus direitos, porque pode tornar o trabalho deles muito difícil. (uci n° 34: \*ind\_34 \*sex\_f \*per\_8 \*rel\_1 \*tec\_2 \*fam\_2 \*est\_1)*

Em 1973, os códigos internacionais da prática de Enfermagem incluíram a advocacia do paciente como um papel ético e legal para os enfermeiros; logo, a prática

do enfermeiro deve auxiliar e efetivar o exercício da cidadania do usuário. Senso assim, o enfermeiro como advogado do usuário no SUS tem como missão auxiliá-lo a obter os cuidados necessários, defender seus direitos, garantir a qualidade do cuidado, e servir como elo entre o usuário e o ambiente de cuidados de saúde. Frente a este contexto, os estudantes destacam que a Enfermagem deve atuar para garantir os direitos dos usuários da saúde (NOGARIO et al, 2015).

*É um profissional importantíssimos nessa garantia dos direitos dos usuários da saúde, desde o PSF, principalmente onde a gerencia é comandada pelos enfermeiros até os níveis de emergência, urgência, UTI, somos todos os profissionais, somos o profissional, um dos principais garantidores de direitos e temos que continuar sendo a formação tem que focar nisso também, tem que focar nessa ideia. (uci nº 16: \*ind\_16 \*sex\_f \*per\_3 \*rel\_6 \*tec\_2 \*fam\_2 \*est\_2)*

Apesar de os estudantes associarem fortemente a imagem dos profissionais e da profissão ao não cumprimento do que é ético e legal para a profissão, o direito e a saúde, os estudantes enfatizam que o curso de graduação desempenhou papel fundamental para atuarem de forma diferente, respeitando os direitos dos usuários da saúde.

*Quando a gente se forma, a gente tem que fazer aquele juramento que a gente vai honrar, respeitar a profissão e o paciente, então acima de tudo, quando eu me formar, eu me vejo, tanto no campo de estágio, atuando da forma mais correta possível para respeitar o paciente. (uci nº 7: \*ind\_7 \* sex\_m \*per\_3 \*rel\_2 \*tec\_1 \*fam\_1 \*est\_2)*

*Eu sempre zelo pelo bem do paciente, em primeiro lugar, eu zelo pelo bem dele, pelo bem estar, eu faço tudo para cumprir tudo direitinho. (uci nº 32: \*ind\_32 \* sex\_f \*per\_8 \*rel\_6 \*tec\_2 \*fam\_1 \*est\_1)*

*Olhar sem discriminação, é o que a gente desde o primeiro período sempre houve. (uci nº 17: \*ind\_17 \* sex\_f \*per\_3 \*rel\_1 \*tec\_1 \*fam\_2 \*est\_2)*

*Esse mesmo caso de alcoolismo pode ser gerado por um problema familiar, a questão da perda do trabalho e a pessoa está ali julgando o que não deve ser feito, então eu já consegui perceber essa diferenciação que a graduação influenciou na minha assistência. (uci nº 9: \*ind\_9 \* sex\_m \*per\_3 \*rel\_2 \*tec\_2 \*fam\_2 \*est\_2)*

Os estudantes de ambos os períodos destacam ainda que encontram dificuldades nos cenários de saúde para garantir o cumprimento dos direitos dos usuários da saúde pela escassez de recursos humanos e materiais. Observa-se que as dificuldades para se garantir estes direitos ultrapassam a dimensão interpessoal e chegam a dimensão da gestão pública, conforme se evidencia nas UCEs.

*Porque você chega em hospitais que não existem luvas, não existe luva estéril para fazer o procedimento, então o acesso é muito dificultado por questões muito objetivas, de não faltar profissional, a gente profissional, se você mostrar quantos profissionais se formam, existe a ausência da saúde pública, e a*

*administração pública, se existe a saúde pública hoje em dia está defasada e falida como está, não adianta falar. (uci n° 7 : \*ind\_07 \*sex\_m \*per\_3 \*rel\_2 \*tec\_1 \*fam\_1 \*est\_2)*

*Você faz aquela coisa assim de qualquer, então já não é uma assistência de qualidade por falta de recurso material, mas a gente tenta compensar nos outros cuidados, então já enfrentei dificuldade sim, com certeza porque é uma dificuldade do hospital universitário, hoje em dia está faltando tudo, está faltando luva de procedimento, seringa de 1 ml, já faltou dieta, semana passada faltou dieta no hospital. (uci n° 33: \*ind\_33 \*sex\_f \*per\_8 \*rel\_6 \*tec\_1 \*fam\_2 \*est\_1)*

Para que os direitos dos usuários da saúde sejam garantidos nos espaços do SUS, é necessário superar diversos desafios desde a gestão das políticas públicas, de recurso humanos, materiais, até a dimensão interpessoal dos profissionais de saúde, gestores e usuários do SUS. No que tange a Enfermagem é imprescindível a compreensão desta esfera e do reconhecimento do seu papel frente ao SUS.

### 8. 3. Classe 3 – Dificuldades na garantia dos direitos dos usuários da saúde

Evidencia-se que esta classe possui associação com estudantes que possuem parentes que atuam na equipe de enfermagem (fam\_1), não possuem religião (rel\_3), realizaram estágio curricular e possuem experiência no exercício da Enfermagem. No quadro 12 estão apresentadas as variáveis analisadas, bem como o seu respectivo valor de Phi.

Variável	Categoria Associada	Valor de Phi
Estágio Extracurricular	Sim	0,12
Familiar na Equipe de Enf.	Sim	0,03
Religião	Sem religião	0,07
Exercício na Enf.	Sim	0,04

Quadro 12 – Valores de phi relativos as variáveis de análise com associação estatística à classe 3.

Esta classe responde por 11% do corpus analisado. Para a análise desta classe foram consideradas também as formas reduzidas, com maiores valores de phi e seus respectivos contextos semânticos, conforme Quadro 13. Considera-se que estas informações possibilitam uma aproximação com o conteúdo da classe. A relação entre as palavras intraclasses pode ser observada na Classificação Hierárquica Ascendente (CAH). (Figura 6)

<b>Formas Reduzidas</b>	<b>Phi</b>	<b>Forma Completa</b>
Atendid	0,22	Atendida (12), atendidas (6) e atendido (31)
Esper	0,21	Espera (7), esperada (1), esperam (2), esperando (18) e esperar (11)
Consult	0,21	Consulta (24), consultada (1) e consultas (2)
fila	0,19	Fila (22) e filas (4)
avo	0,17	Avo (10) e avos (2)
Upa	0,17	Upa (11) e upas (1)
Morr	0,16	Morre (7), morrem (1), morrer (3), morreu (3), morro (1)
Emergenci	0,15	Emergência (21) e emergência (1)
Clínica da família	0,15	Clínica da família (18)
Vaga	0,13	Vaga (12)
Grav	0,13	Grave (8), graves (2) e gravo (1)
Demor	0,13	Demora (6), demorando (4), demorar (2), demoraram (1), demorava (1) e demorou (2)
Família	0,13	Família (18)
Atend	0,13	Atendimento (39) e atendimentos (2)
Idosos	0,13	Idosos (8)
Transplant	0,13	Transplante (6)
Pess	0,12	Pessoa (95) e pessoas (76)
Dinheiro	0,12	Dinheiro (26)
Pré natal	0,12	Pré natal (11)

Quadro 13 – Formas Reduzidas com o Phi relacionado e as formas completas – classe 3.

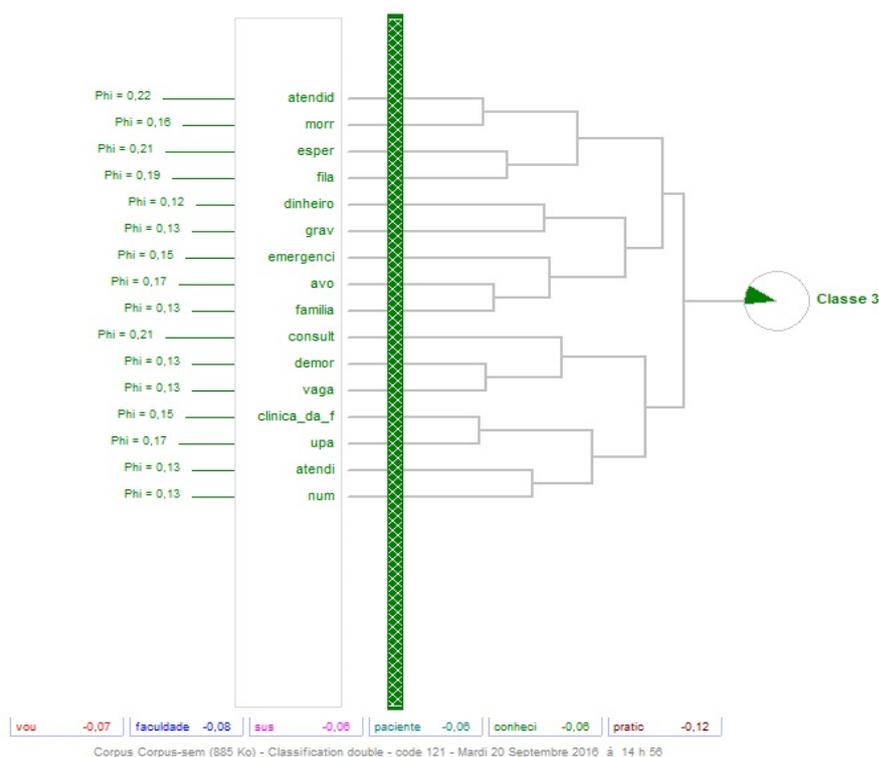


Figura 6 – Classificação Hierárquica Ascendente da Classe 3. (CHA)

Considerando as palavras de maior phi, a aproximação destas, como se observa na CHA (figura 7), além das UCEs, observa-se que esta classe trata das dificuldades encontradas nos serviços de saúde para garantir o atendimento à população. A partir dessas considerações iniciais e com a leitura detalhada das UCEs em seu conjunto, evidencia-se que as dificuldades para garantir o atendimento nos serviços de saúde estão relacionadas a uma dimensão temporal: a demora em ser atendido, liberação de vagas e longas filas. Esta dimensão acontece de forma diferente do serviço público para o privado, expresso na fala dos estudantes pelo uso dos léxicos: “dinheiro” e “conhecimento”. Essas dimensões seguem apresentadas e discutidas como sub-classes respectivamente.

### 8.3.1 As vivências e as experiências dos estudantes de enfermagem no contexto das unidades de saúde sob a ótica de quem recebe o cuidado de Enfermagem

A imagem do cenário dos serviços de saúde no SUS para os estudantes de graduação em Enfermagem é de um grande caos, caracterizado pela superlotação das unidades de saúde e descaso no atendimento pelos profissionais de saúde.

*É muito complicado emergência, principalmente dos hospitais de grande porte, você tem a sensação de que você está vivendo numa guerra, são milhares de pessoas no chão, jogadas, trezentas pessoas sem identificação, ou então se chega um paciente sem identidade, negro, aí tem o homem negro um, homem negro dois e homem negro três, e no final você não sabe quem é quem, você tem trezentas medicações para fazer, e você não dá conta e quem é o homem negro um, quem é o homem negro dois e se não tem família. (uci nº 39: \*ind\_39 \*sex\_f \*per\_8 \*rel\_6 \*tec\_2 \*fam\_1 \*est\_2)*

*Ela chegou a ir para atendimento de referência, seria de urgência que ela estava sangrando, ela não foi atendida e ainda a pessoa que fez a ultra falou ah você deve ter abortado porque você já é velha (uci nº 39: \*ind\_39 \*sex\_f \*per\_8 \*rel\_6 \*tec\_2 \*fam\_1 \*est\_2)*

*Eu já trabalhei em geriatria, que é um campo que as pessoas tem um pouco de desleixo mesmo, é porque é idoso, é porque é velho, ela já está morrendo e eu tive experiência de ficar fazendo mais de meia hora fazendo massagem cardíaca numa senhora, e o médico chegar e falar vamos passar vitamina c e complexo b porque ele já tem 86 anos”, e vamos tentar tirar assim, você dialogando vamos tentar jogar para uma uti, tirar alguém que esteja, ah, não, e assim, a pessoa faleceu, e faleceu por falta mesmo de vontade do profissional de atender. (uci nº 39: \*ind\_39 \*sex\_f \*per\_8 \*rel\_6 \*tec\_2 \*fam\_1 \*est\_2)*

Ser atendido nesse cenário se constitui um grande desafio para o usuário da saúde, para ser atendido é necessário aguardar em longas filas e muito tempo de espera nos ambientes de saúde.

*Quando a pessoa precisa de uma cirurgia, ser marcada, tem um tempo de espera muito longo, ser resolvido os problemas de acordo com a necessidade e o tempo necessário, porque muitas pessoas, as vezes acabam piorando numa fila de espera ou acabam morrendo mesmo, esperando algum atendimento, algum procedimento, ou então sofrem numa fila para conseguir, as vezes, só marcar uma consulta, depois de alguns meses, depois que ela conseguir marcar. (uci nº 5: \*ind\_33 \*sex\_f \*per\_8 \*rel\_6 \*tec\_1 \*fam\_2 \*est\_1)*

*Você tem que esperar muito quando você consegue perto da sua casa, você consegue um atendimento de pequeno porte, se você precisar de uma outra coisa, você tem que ir para mais longe, se for uma coisa mais complexa, você tem até que viajar. (uci nº 13: \*ind\_13 \*sex\_f \*per\_3 \*rel\_1 \*tec\_1 \*fam\_1 \*est\_2)*

*A gente tem que ir cinco horas da manhã, eu já cansei de ver perto da minha casa, você vê uma fila imensa de um posto que abre sete, oito, mas você vê pessoas idosas na fila porque é a única maneira de conseguir. (uci nº 17 \*ind\_17 \*sex\_f \*per\_3 \*rel\_1 \*tec\_1 \*fam\_2 \*est\_2)*

*Eu já passei mal no posto de saúde e fiquei o dia inteiro achando que estava numa fila de espera para ao atendimento, e estava numa fila imensa e já estava demorando, mas na realidade a fila não estava nem andando, e não tinha médico desde a partir da manhã e estavam tentando ligar para ele, pra ver se ele ia trabalhar. (uci nº 11: \*ind\_11 \*sex\_f \*per\_3 \*rel\_1 \*tec\_2 \*fam\_1 \*est\_2)*

Este longo tempo de espera para receber atendimento no SUS traz como consequência: comprometimento do estado de saúde com piora do quadro clínico, óbito, não atendimento, mesmo que esteja próximo a uma unidade de saúde.

*A pessoa morre esperando ser atendida, a pessoa chega parindo dentro do carro, isso que a gente cansa de ver ou então, ou então a pessoa está grávida e passando muito mal, ou então um paciente com o caso de abdome agudo e uma apendicite, e se complica e ele morre, em casa ou no caminho. (uci nº 26: \*ind\_26 \*sex\_f \*per\_8 \*rel\_3 \*tec\_1 \*fam\_1 \*est\_1)*

*Eu vi um vídeo semana passada, onde a pessoa morreu tendo um infarto na frente de um posto de saúde, porque não tinha um médico, é o cúmulo do absurdo, a pessoa estar na frente de uma unidade e não ser atendida. (uci nº 7: \*ind\_7 \*sex\_m \*per\_3 \*rel\_2 \*tec\_1 \*fam\_1 \*est\_2)*

O cenário nos serviços de saúde do SUS é relatado pelos estudantes em contraponto com a diferença na oferta de serviços pelas instituições privadas. Estabelece-se, assim, um embate entre o descaso ligado ao serviço público e a qualidade do atendimento pelo serviço privado.

*Primeiro que ninguém respeita porque não tem leito, não tem enfermeiro direito, não tem médico direito, se uma pessoa chega num hospital particular, e ela quer fazer uma cirurgia, quer fazer alguma coisa, ela não precisa ficar numa fila gigantesca, o plano dela, o convênio, diária do hospital, vai ajeitar tudo para sair o mais rápido possível, no hospital público, a pessoa fica lá esperando, não tem para onde fugir, não tem convênio. (uci nº 8: \*ind\_8 \*sex\_f \*per\_3 \*rel\_1 \*tec\_2 \*fam\_1 \*est\_2)*

*Se você vai numa clínica particular, ela fala que o tratamento é outra coisa, mil maravilhas, que uma sobrinha dela tem plano e é tratada como rainha e quando ela vai no upa, já tem um descaso, ela falou pode ser o mesmo profissional, que trabalha nos dois, na upa tem descaso com o paciente porque, ela diz que é porque ela não paga, ela fala ah, é de graça, não é de graça, na verdade, ela está pagando por aquilo, é direito dela e tem um descaso com ela. (uci nº 26: \*ind\_26 \*sex\_f \*per\_8 \*rel\_3 \*tec\_1 \*fam\_1 \*est\_1)*

Logo, o “dinheiro” surge como um mediador do atendimento, quem pode pagar por um plano de saúde será atendido de forma ágil, terá um tratamento diferenciado e acesso aos serviços de saúde, gerando a ilusória sensação de cobertura de saúde, sem necessidade de utilizar o SUS.

*Você tem que ser atendido pelo Sistema Único de Saúde, você tem que esperar aquela fila de pessoas que já estão na sua frente, então eu acho que elas são tratadas diferentes, se a pessoa tem dinheiro, ela é atendida rapidinho, se ela não tem dinheiro, vai ter que esperar, assim como um monte de gente, eu acho que, hoje em dia, as pessoas não têm tanta condição financeira para poder estar bancando isso e aí elas têm que esperar e desistem, desistem de se cuidar, como eu falei antes, então, a diferença que eu já vi foi isso: por conta da diferença financeira, econômica, já vi as pessoas sendo tratadas de forma diferente, uma melhor, a que tem mais dinheiro, vamos dizer, condições econômicas é bem melhor tratada do que uma pessoa que não tem, isso é meio óbvio, a gente vê, mas isso é real por mais que a gente fale muito, isso quando a gente para pra analisar, a gente enxerga claramente. (uci nº 1: \*ind\_1 \*sex\_f \*per\_3 \*rel\_1 \*tec\_1 \*fam\_1 \*est\_2)*

*Ela [a presidente] nunca vai procurar um hospital público, pelo menos eu não imagino que ela vá a um hospital público, ela provavelmente tem um médico particular que vai na casa dela todos os dias. (uci nº 1: \*ind\_1 \*sex\_f \*per\_3 \*rel\_1 \*tec\_1 \*fam\_1 \*est\_2)*

A situação relatada pelos estudantes pode ser explicada pelo fato de não haver distribuição igualitária de acesso aos leitos disponíveis no SUS. Há uma carência no setor

público e excesso no setor privado, grande concentração na região metropolitana e apenas 5% dos leitos das UTIs em hospitais universitários (GAWRYSZEWSKI, OLIVEIRA, GOMES, 2012).

Além do “dinheiro”, surgiu no discurso dos estudantes que aquele que possui “conhecimento”, no sentido das relações pessoais, ou seja: conhecer algum profissional de saúde ou autoridade que atue na instituição de saúde que este deseje atendimento, facilita o acesso e/ou acelera os processos de atendimento, além de agregar um diferencial em relação aos demais usuários da saúde.

*Ele estava precisando de uma cirurgia e o prefeito falou que tinha conseguido pelo SUS, e uma pessoa amiga, uma amiga da minha família, também estava precisando da mesma cirurgia e com mais rapidez do que ele e ela foi assim totalmente esquecida, não sei assim, dentro de cidades pequenas, existe muito isso, era do interior. (uci nº 13: \*ind\_13 \* sex\_f \*per\_3 \*rel\_1 \*tec\_1 \*fam\_1 \*est\_2)*

*Ah acredito, infelizmente a gente tem muito quem indica, ainda continua essa cultura do quem indica, então, se você conhece alguém, uma enfermeira, um profissional de saúde, um determinada instituição de saúde, e ela vai pode te favorecer, pode aquela fila, você pode entrar, ter o acesso sem passar por uma fila, então, com certeza, assim eu presenciar, não, mas eu já ouvi falar de histórias, sim, de pessoas que conseguiram uma consulta num posto de saúde, na verdade, é um posto de saúde que é referência, assim, tem a unidade básica, tem o clínico, aí precisa de um cardiologista, então você é indicado para aquele para um outro como se fosse do posto para um centro de saúde, que precisava de um cardiologista, estava muito difícil de conseguir vaga, e essa pessoa, ela conhecia um funcionário desse centro municipal de saúde, e ela conseguiu uma vaga, e uma vizinha minha, não, mas não que eu tenha presenciado, mas que eu soube dessa história. (uci nº 19: \*ind\_19 \* sex\_m \*per\_3 \*rel\_1 \*tec\_1 \*fam\_1 \*est\_2)*

*A mãe de uma amiga que estava internada no hospital, sempre na hora da visita tem aquele negócio, minha mãe está ali, dá uma olhadinha, eu percebi que o tratamento com aquela paciente era diferenciado. Toda hora ia alguém lá como ver como ela estava, se estava precisando de alguma coisa, está na hora de fulana comer, se a comida veio mesmo se já fez tal exame. (uci nº 34: \*ind\_34 \* sex\_f \*per\_8 \*rel\_1 \*tec\_2 \*fam\_2 \*est\_1)*

Evidencia-se que esta classe contemplou a dimensão imagética das RS sobre os direitos dos usuários da saúde expressos na metáfora da "rainha", representando o que há de melhor em termos de garantia de acesso nos serviços privados e ao tratamento (ser tratado como uma rainha); e o contrário, a imagem do descaso, as longas filas de espera, a demora para ser atendido, o risco de morrer nos serviços de saúde do país, traduzido na imagem do cenário de uma “guerra”.

#### 8.4 Classe 4 – Direitos dos usuários da saúde: um encontro mediado pelo cuidado de Enfermagem

Evidencia-se que esta classe possui associação com estudantes do oitavo período (per\_8), que realizaram estágio extracurricular (est\_1), são cristãos (rel\_1), do sexo feminino (sex\_f) e não possuem experiência no exercício da Enfermagem (téc\_2). No quadro 14 estão apresentadas as variáveis analisadas bem como o seu respectivo valor de phi.

Variável	Categoria Associada	Valor de phi
Período	Oitavo	0,17
Estágio extracurricular	Sim	0,18
Religião	Cristianismo	0,11
Sexo	Feminino	0,17
Curso técnico de Enf.	Não	0,15

Quadro 14 – Valores de phi relativos as variáveis de análise com associação estatística à classe 4.

Esta classe responde por 23% do corpus analisado. Para a análise desta classe foram consideradas também as formas reduzidas, com maiores valores de phi e seus respectivos contextos semânticos, conforme Quadro 9. Considera-se que estas informações possibilitam uma aproximação com o conteúdo da classe. A relação entre as palavras intraclasse pode ser observada na Classificação Hierárquica Ascendente (CHA). (Figura 7)

Formas Reduzidas	Phi	Forma Completa
Senhor	0,21	Senhor (5) e senhora (55)
Hor	0,19	Hora (59) e horas (12)
Fal	0,19	Fala (32), falado (8), falam (1), falamos (1), falando (37), falante (1), falar (71), falaram (3)
Tom	0,19	Tom (1), toma (6), tomado (1), tomam (1), tomando (4), tomar (41), tomava (2), tome (1)

Fic	0,18	Fic (1), fica (38), ficado (3), ficam (6), ficamos (2), ficando (1), ficar (52), ficaram (1)
Chor	0,17	Choramos (1), chorando (15), chorar (6), chorei (1), choro (1), chorosa (1), chorou (3)
Medica	0,15	Medicação (22), medicamento (15) e medicamentos (2)
Tireoide	0,15	Tireoide (33)
Com	0,15	Coma (4), come (8), comer (13)
Cham	0,14	Chama (9), chamada (3), chamado (1), chamam (1), chamando (1) e chamar (13)
Banho	0,14	Banho (34)
Quer	0,13	Quer (47), querem (4), querer (8), queria (31), queriam (2) e quero (2)
Deu	0,13	Deu (26)
Remédio	0,12	Remédio (13) e remédios (1)
Beb	0,12	Bebada (1), bebe (24) e bebes (1)
Soro	0,12	Soro (14)
Ped	0,11	Pede (5), pedem (1), pedia (1), pedir (14) e pediu (1)
Sab	0,11	Sabe (97), sabem (2), saber (47), sabia (21) e sabiam (6)

Quadro 15 – Formas Reduzidas com o phi relacionado e as formas completas – classe 4.

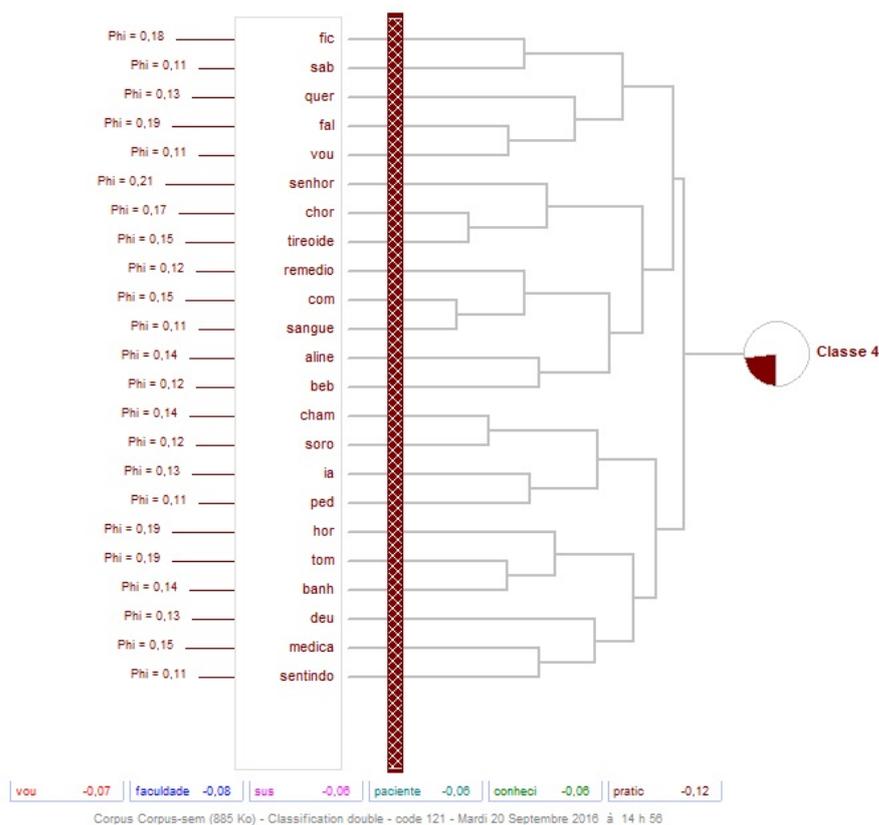


Figura 7 – Classificação Hierárquica Ascendente da Classe 4. (CHA)

Considerando as palavras de maior phi, a aproximação destas, como se observa na CHA (figura 8), além das UCEs, observa-se que esta classe remete as práticas de Enfermagem realizadas pelos estudantes que respeitam os direitos dos usuários da saúde. A partir dessas considerações iniciais e com a leitura detalhada das UCEs em seu conjunto, evidencia-se que a interação, a presença da enfermeira e o respeito as individualidades são fundamentais para a prestação de cuidados de Enfermagem nos serviços de saúde do SUS. Essas dimensões seguem apresentadas e discutidas como sub-classes respectivamente.

#### 8. 4.1 Experiências e vivências dos estudantes de Enfermagem no contexto das unidades de saúde sob a ótica de quem cuida na Enfermagem

A interação é um instrumento fundamental para o estudante de Enfermagem durante a atuação nos espaços de ensino dos serviços de saúde da universidade. Esta interação possui relações com práticas que visam a comunicação e a informação com o usuário antes da realização de procedimentos de Enfermagem.

*Sempre conversando sobre o que você está fazendo porque é direito dele saber a medicação que você está fazendo, o procedimento que você vai fazer, então se ele não concordar não vai poder fazer, então não é nada obrigado. (uci nº 26: \*ind\_26 \*sex\_f\*per\_8 \*rel\_3 \*tec\_1 \*fam\_1 \*est\_1 \*k\_3)*

*Está tendo um problema disso e daquilo, ela chorou, chorou, e quando ela levantou e foi embora, ela falou assim muito obrigada, eu só precisava conversar, sabe como eu me sinto, eu me sinto feliz, eu vejo que pelo menos, eu ajudei, eu escutei. (uci nº 3: \*ind\_3 \*sex\_f\*per\_8 \*rel\_3 \*tec\_1 \*fam\_1 \*est\_1)*

*É importante explicar quando verificar a pressão, falar ah deu tanto, não sei o que você está fazendo e o resultado do que você está fazendo, porque é muito ruim, você fez tudo lá no paciente e não falou nada, aí quando chega, como você está? Não sei, vieram, fizeram tudo e não me falaram nada. (uci nº 24: \*ind\_24 \*sex\_f\*per\_8 \*rel\_2 \*tec\_2 \*fam\_2 \*est\_1)*

Interessante identificar que não há gradientes de cuidado no discurso do estudante, estes compreendem a importância da presença da enfermeira, bem como a importância na prestação de qualquer cuidado, “qualquer” não no sentido de diminuição, mas no sentido de amplitude das ações que são da equipe de Enfermagem, cuidados que fazem parte da profissão. Conforme pontua Carvalho (2014), é a presença da enfermeira que demarca o campo de atuação da Enfermagem. Assim como o ato de ajudar deve ser compreendido e construído como algo inerente ao cuidado de Enfermagem (CARVALHO, 2014).

*Eu vou lá eu gosto de ajudar, se tiver que ajudar na refeição, na comida eu vou, eu ajudo também, não me importo, eu troco fralda, comigo não tem esses problemas não, troco lençol, eu gosto de estar ali. (uci nº 35: \*ind\_35 \*sex\_f\*per\_8 \*rel\_1 \*tec\_1 \*fam\_2 \*est\_2)*

Além da interação e da presença da enfermeira como elementos fundamentais para práticas de saúde que demarcam o campo dos direitos dos usuários da saúde, os estudantes de ambos os períodos destacam que os espaços de ensino onde prestaram cuidados aos usuários foram propícios a compreensão de que é fundamental reconhecer as individualidades dos usuários da saúde durante as ações de Enfermagem.

*Leito 801 ou paciente 801, tem que chamar pelo nome, tem que chamar, tem que respeitar, você tem que ver a hora de falar com o paciente, você tem que falar no mesmo nível que ele, você não pode estar acima dele, nem “se sentir”. (uci nº 16: \*ind\_16 \*sex\_f\*per\_3 \*rel\_6 \*tec\_2 \*fam\_2 \*est\_2)*

*Estou fazendo a medicação, vou fazer o banho, posso fazer o banho?, posso?, você quer? vamos trocar a fralda? você quer me ajudar? como é que faz? (uci nº 26: \*ind\_26 \*sex\_f\*per\_8 \*rel\_3 \*tec\_1 \*fam\_1 \*est\_1)*

*Não sei mais o que falar, não sei mais que argumentos usar porque ele não quer, e ele era realmente um paciente que estava começando a entrar em depressão, aí a professora não, deixa ele, ele vai tomar banho na hora que ele quiser. (uci n° 24 : \*ind\_24 \*sex\_f \*per\_8 \*rel\_2 \*tec\_2 \*fam\_2 \*est\_1)*

*Mas quando chega na hora não é nada daquilo, um banho no leito tem que ser céfalo-caudal, mas o paciente está com frio, ele só quer lavar a parte genital, pronto e acabou, eu vou fazer isso, eu não vou fazer outro procedimento. (uci n° 24 : \*ind\_24 \*sex\_f \*per\_8 \*rel\_2 \*tec\_2 \*fam\_2 \*est\_1)*

Falar sobre os direitos dos usuários da saúde com os estudantes Enfermagem traz à tona práticas de saúde que tanto vão ao encontro como também de encontro à garantia desses direitos nos cenários do SUS, pensar sobre isso leva os estudantes a mobilizarem sentimentos diante do não cumprimento do que é de direito do usuário da saúde.

*Todo mundo tem que ter tudo, me deixa nervosa pensar que as pessoas estão sendo maltratadas, me deixa sabe, me machuca, acho que sou muito humana, sou muito sensível, assim, sabe, machuca muito pensar que as pessoas estão sendo maltratadas. (uci n° 8: \*ind\_8 \*sex\_f \*per\_3 \*rel\_1 \*tec\_1 \*fam\_1 \*est\_2)*

*Eu fiquei muito feliz mas estava alto o neném, aí ele rapidinho veio, eu fiquei muito feliz, aquilo ali eu me senti atuante, mas assim ter visto essa questão da mulher, da pessoa falar assim, sem som, cala a boca, me deixa triste. (uci n° 6: \*ind\_6 \*sex\_f \*per\_3 \*rel\_6 \*tec\_1 \*fam\_1 \*est\_2)*

Como pode ser observado esta classe remete a dimensão da ação, contempla as demandas dos usuários da saúde e as ações que devem ser atendidas pelos estudantes e a equipe de Enfermagem, sendo assim esta pode ser atendida ou não. Quando esta é alcançada pelo estudante desperta o afeto do estudante, ou seja, mobiliza sentimentos positivos diante do ato de cuidar que visa respeitar os direitos dos usuários da saúde bem como quando este presencia situações em que os direitos dos usuários da saúde não são respeitados, mobilizando sentimentos de tristeza.

É importante que durante o curso de graduação as experiências de ensino-aprendizagem propiciem debate e reflexão sobre a necessidade de práticas que visem o respeito e o cumprimento dos princípios e diretrizes do SUS. Quando as práticas não acontecem de acordo com estes preceitos é importante estimular o debate e a reflexão sobre tais práticas para que o aluno não se sinta impotente, mas reconheça a importância de mudá-la, compreendendo que a Enfermagem exerce um papel fundamental na construção de aliança com o usuário em defesa do SUS (VENTURA et al, 2012).

### 8.5 Classe 5 – Curso de graduação como espaço para discussão dos direitos dos usuários da saúde

Evidencia-se que esta classe possui associação com estudantes do terceiro período (per\_3), que possuem parentes que atuam na equipe de enfermagem (fam\_2), são evangélicos (rel\_2), não realizaram o estágio extracurricular (est\_2) e o curso técnico de Enfermagem (tec\_2). No quadro 16 estão apresentadas as variáveis analisadas, bem como o seu respectivo valor de phi.

Variável	Categoria Associada	Valor de phi
Período	Terceiro	0,10
Familiar na Equipe de Enf.	Sim	0,05
Religião	Evangélica	0,08
Estágio Extracurricular	Não	0,05
Curso técnico de Enf.	Não	0,03

Quadro 16 – Valores de phi relativos as variáveis de análise com associação estatística à classe 5.

Esta classe responde por 17% do corpus analisado. Para a análise desta classe foram consideradas também as formas reduzidas, com maiores valores de phi e seus respectivos contextos semânticos, conforme quadro 17. Considera-se que estas informações possibilitam uma aproximação com o conteúdo da classe. A relação entre as palavras intraclasse pode ser observada na Classificação Hierárquica Ascendente (CHA). (Figura 8)

Formas Reduzidas	Phi	Forma Completa
Professor	0,33	Professor (55), professora (19), professoras (3) e professores (87)
Aluno	0,28	Aluno (4), estudantes (22)
Graduac	0,21	Graduação (52) e graduações (2)
Prátic	0,20	Prática (75), praticam (1), praticar (5), praticaram (1), práticas (4) e prático (3)

Ensin	0,19	Ensina (1), ensinado (1), ensinam (6), ensinando (1), ensinar (11) e ensinasse (1)
Aprend	0,17	Aprenda (1), aprende (16), aprendem (2), aprendemos (1), aprender (22)
Faculdade	0,17	Faculdade (46) e faculdades (6)
Escola	0,17	Escola (22) e escolas (1)
Turma	0,16	Turma (21) e turma (2)
UFRJ	0,15	UFRJ (15)
Estud	0,14	Estuda (10), estudada (2), estudado (1), estudam (1), estudando (7) e estudante (1)
Sala de aula	0,14	Sala de aula (12)
Aula	0,14	Aula (20) e aulas (15)
Campo	0,14	Campo (12) e campo (9)
Anna Nery	0,13	Anna Nery (13)
Gente	0,13	Gente (181)
Conheci	0,13	Conheci (1), conhecimento (48) e conhecimentos (5)
Insegur	0,13	Insegura (7) e inseguro (4)
Teor	0,12	Teoria (20), teorias (1), teórica (2), teórico (5) e teóricos (3)
Estágios	0,12	Estágios (12)

Quadro 17 – Formas Reduzidas com o phi relacionado e as formas completas – classe 5.

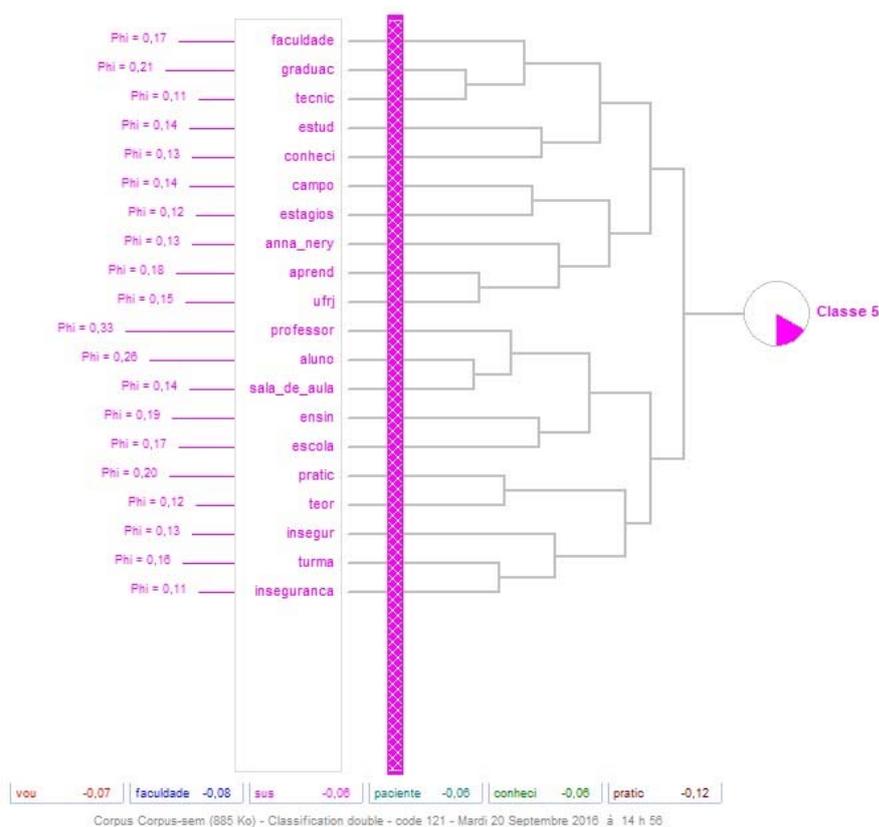


Figura 8 – Classificação Hierárquica Ascendente da Classe 5. (CHA)

Considerando as palavras de maior phi, a aproximação destas, como se observa na CHA (figura 8), além das UCEs, observa-se que esta classe remete ao aprendizado durante o curso de graduação em Enfermagem sobre os direitos dos usuários da saúde através dos cenários de prática, durante os estágios e do exemplo do professor - profissional. A partir dessas considerações iniciais e com a leitura detalhada das UCEs em seu conjunto, evidencia-se que as atividades desenvolvidas durante o curso de graduação nos cenários de prática pode levar o aluno a uma reflexão, e do ensino pelo exemplo pelo professor e profissional de Enfermagem. Essas dimensões seguem apresentadas e discutidas como sub-classes respectivamente.

### 8.5. 1 Curso de graduação como espaço para discussão dos direitos dos usuários da saúde: a importância da prática que leve a reflexão

Os direitos dos usuários da saúde como objeto de estudo devem emergir das experiências oferecidas durante o curso de graduação em Enfermagem para os estudantes, estes devem vivenciar situações que se deparem com o tema, e a partir disto possam refletir, questionar e se posicionar sobre a temática, pois é justamente durante a interação enfermeira – estudante – usuário na prestação dos cuidados de enfermagem que a temática vem à tona (VAZ, PRADO, 2014)

*Em algumas coisas sim, em algumas situações que você vê que a pessoa está sendo favorecida por alguma coisa e você vê que não deveria ser assim, eu acho que me influenciou sim a saber porque com ela é assim e comigo não, se eu também tenho tanto direito quanto ela, então só você mesmo vivenciando na prática, eu acho que o estímulo não foi vindo da sala de aula mesmo, mas das questões práticas, acho que estimulou sim. (uci nº 34: \*ind\_34 \*sex\_f\*per\_8\*rel\_1\*tec\_2\*fam\_2\*est\_1)*

Se a universidade propicia espaços de reflexão diante das práticas de saúde para os estudantes de Enfermagem, os cursos de graduação em saúde devem propiciar espaços em que estes possam trabalhar em equipe, construir com e para uma sociedade brasileira justa e igualitária, especialmente diante das temáticas complexas e interdisciplinares na área da saúde como é o direito dos usuários da saúde; logo, a imagem construída sobre o outro deve ser de estímulo e de exemplo, como evidenciam os estudantes de ambos os períodos (NAVARRO, GUIMARÃES, GARANHANI, 2013).

*Você está sempre inserido nos novos conhecimentos que surgem, das novas técnicas, e eu vejo a minha turma os colegas de trabalho, os colegas de equipe, aqui da universidade buscando isso, sempre o melhor. (uci nº 15: \*ind\_15 \*sex\_m\*per\_3\*rel\_4\*tec\_2\*fam\_1\*est\_2)*

*No início da faculdade eu falei assim, caramba, que legal, que boa pessoa para se ter na equipe, então assim eu acho que a equipe toda tem que ter esse espírito de respeitar e ser o mais correto possível, acho que essa é o legal da coisa. (uci nº 33: \*ind\_33 \*sex\_f\*per\_8\*rel\_6\*tec\_1\*fam\_2\*est\_1)*

*Também não adianta você ser aquele enfermeiro que você é bom em tudo, você também tem que se dedicar em algo para escolher ser o melhor, então já tem muita gente da turma que já escolheram algo para serem o melhor. (uci nº 21: \*ind\_21 \*sex\_f\*per\_8\*rel\_1\*tec\_2\*fam\_2\*est\_1)*

*A gente pode sair da faculdade montando equipes, bem fortes, bem unidos, pelo menos esse esforço todo mundo faz muito. (uci nº 18: \*ind\_18 \*sex\_f\*per\_3\*rel\_3\*tec\_1\*fam\_2\*est\_2)*

*Assim eu vejo os recém-formados muito mais com aquele espírito de querer mudar, de querer fazer diferente, dar uma atenção diferente do que os mais antigos, os mais antigos já passaram por tanta coisa, aprenderem de outra forma. (uci nº 33: \*ind\_33 \*sex\_f\*per\_8\*rel\_6\*tec\_1\*fam\_2\*est\_1)*

No entanto, os estudantes destacam também que existem diferenças entre os estudantes, destacam as diferenças relacionadas a dedicação que cada um tem sobre a

profissão e sobre os aspectos pessoais, que podem evidenciar que diferentes visões de mundo influenciam a profissão, logo, influenciam, também, no cuidado oferecido a população. É importante que o professor como facilitador do processo de ensino e aprendizagem se atente para essas diferenças, especialmente porque podem comprometer o trabalho em equipe entre estudantes de Enfermagem.

*Mas aqui na Anna Nery, minha turma, falando pela minha turma, é uma turma boa, é legal, mas nem todo mundo é igual, então existem dedicações que são diferentes. (uci n° 29: \*ind\_29 \* sex\_f \*per\_8 \*rel\_2 \*tec\_2 \*fam\_1 \*est\_1)*

*Eu acho que a maioria fica com essa insegurança e querendo um pouco mais de prática, eu vejo da turma que muitos estão se preparando, tentando para a residência que são os termos mais práticos da profissão, enquanto outros infelizmente não ligam. (uci n° 23: \*ind\_23 \* sex\_f \*per\_8 \*rel\_1 \*tec\_1 \*fam\_1 \*est\_1)*

*Eu vejo pelo que tem lá fora, no mercado de trabalho, os meus colegas aqui da Anna Nery, não é o melhor, tem muito a melhorar ainda, tem pessoas e pessoas. (uci n° 32: \*ind\_32 \* sex\_f \*per\_8 \*rel\_6 \*tec\_2 \*fam\_1 \*est\_2)*

### **8.5.2 Curso de graduação como espaço para discussão dos direitos dos usuários da saúde: a importância do exemplo do professor – profissional**

Os estudantes evidenciam a imagem positiva do papel do docente durante a sua formação profissional, quando o professor é referido como exemplo e visto como um grande facilitador do processo de ensino e aprendizagem em Enfermagem, evidência esta que vai ao encontro de outros estudos realizados (CHICHARO et al, 2016).

*Tem profissionais que dá desânimo de você ver e ter que trabalhar na situação, na assistência, mas tem outros também que são excelentes, você fala caramba, eu quero ter você como meu colega, empenho, dedicação, conhecimento. (uci n° 29: \*ind\_29 \* sex\_f \*per\_8 \*rel\_2 \*tec\_2 \*fam\_1 \*est\_1)*

*Eu acho que eles [os professores] têm conteúdo, eles são dez, eles sempre procuram estar atualizados, eles são inteligentes. (uci n° 13: \*ind\_03 \* sex\_f \*per\_2 \*rel\_4 \*tec\_2 \*fam\_1 \*est\_2)*

*Eu me apaixonei muito pela Enfermagem e pelas histórias de uma professora da Anatomia, a Jane, lá da UFRJ mesmo, ela é uma pessoa que por mais que não trabalhe hoje em dia na área da Enfermagem. (uci n° 1: \*ind\_1 \* sex\_f \*per\_3 \*rel\_1 \*tec\_1 \*fam\_1 \*est\_2)*

*Eu me espelho nos professores aqui da escola, por essa questão de ele estar sempre se empenhando, buscando sempre, trazendo o melhor para o aluno. (uci n° 15: \*ind\_15 \* sex\_m \*per\_3 \*rel\_4 \*tec\_2 \*fam\_1 \*est\_2)*

*Tem professor que eu vejo que realmente busca ensinar ao aluno, querer fazer com que o aluno realmente aprenda, ter um bom, uma boa, em adquirir conhecimentos práticos, teóricos e que incentiva a gente. (uci n° 20: \*ind\_20 \* sex\_m \*per\_3 \*rel\_1 \*tec\_1 \*fam\_1 \*est\_2)*

*Tem professor que eu vejo que ele realmente busca em ensinar o aluno, buscar fazer com que o aluno realmente aprenda, adquirir conhecimentos práticos e teóricos, e que incentiva a gente. (uci nº 40: \*ind\_40 \*sex\_f\*per\_8 \*rel\_2 \*tec\_2 \*fam\_2 \*est\_1)*

*Eles sempre ensinam a se colocar no lugar desde o começo, então a gente sai com um olhar diferenciado, então eu também acho que eles possuem esse mesmo olhar. (uci nº 33: \*ind\_33 \*sex\_f\*per\_8 \*rel\_6 \*tec\_1 \*fam\_2 \*est\_1)*

Os espaços de ensino devem ser constituídos para que os estudantes possam vivenciar práticas que vão ao encontro do que é ético e legal para a profissão de Enfermagem, de modo a favorecer a aprendizagem do compromisso e da responsabilidade social de ser Enfermeira, e o ensino pelo exemplo por parte do docente é uma ferramenta fundamental para que os estudantes compreendam essa dimensão da profissão que envolve empenho, conhecimento, dedicação para ser tornarem excelentes profissionais e zelarem pela Enfermagem (SEMIM, SOUZA, CORRÊA, 2009).

#### **8.6. Classe 6 – O Aprendizado sobre os direitos dos usuários à saúde na sala de aula**

Evidencia-se que esta classe possui associação com estudantes do terceiro período (per\_3), que não possuem parentes que atuam na equipe de enfermagem (fam\_2), não possuem religião (rel\_4) e são do sexo masculino (sex\_m), católicos (rel\_1) e não possuem experiência no exercício da Enfermagem. No quadro 18 estão apresentadas as variáveis analisadas bem como o seu respectivo valor de phi.

Variável	Categoria Associada	Valor de phi
Período	Terceiro	0,09
Familiar na Equipe de Enf.	Não	0,09
Estágio extracurricular	Sim	
Religião	Católica	
Sexo	Masculino	0,07
Exercício de Enf.	Não	0,05

Quadro 18 – Valores de phi relativos as variáveis de análise com associação estatística à classe 6.

Esta classe responde por 8% do corpus analisado. Para a análise desta classe foram consideradas também as formas reduzidas, com maiores valores de phi e seus respectivos contextos semânticos, conforme Quadro 19. Considera-se que estas informações possibilitam uma aproximação com o conteúdo da classe. A relação entre

as palavras intraclasse pode ser observada na Classificação Hierárquica Ascendente (CHA). (Figura 9)

Formas Reduzidas	Phi	Forma Completa
Disciplina	0,38	Disciplina (33) e disciplinas (16)
PCI	0,35	PCI (25) e PCIs (24)
Tema	0,33	Tema (29) e temas (7)
Legislação	0,28	Legislação (22)
Abord	0,26	Aborda (2), abordada (1), abordado (11), abordagem (1), abordam (2) e abordar (6)
Sociologia	0,26	Sociologia (15)
Específic	0,23	Específica (5), específicas (4) e específico (5)
Antropologia	0,23	Antropologia (12)
Temática	0,23	Temática (11) e temáticas (2)
Debat	0,22	Debate (7), debater (3), debates (2) e debateu (3)
PCI 4	0,22	PCI 4 (13)
Materi	0,21	matéria (22), material (1) e matérias (17)
Discut	0,20	Discute (2), discutir (13) e discutiu (2)
Aula	0,19	Aula (20) e aulas (15)
Discutid	0,19	Discutida (3) e discutido (13)
Filosofia	0,19	Filosofia (9)
Assunto	0,18	Assunto (8) e assuntos (1)
Relacion	0,18	Relacionada (7) e relacionado (8)
Ética	0,17	Ética (22)
Direcion	0,17	Direciona (1), direcionada (3), direcionado (2) e direcionam (1)

Quadro 19 – Formas Reduzidas com o phi relacionado e as formas completas – classe 6.

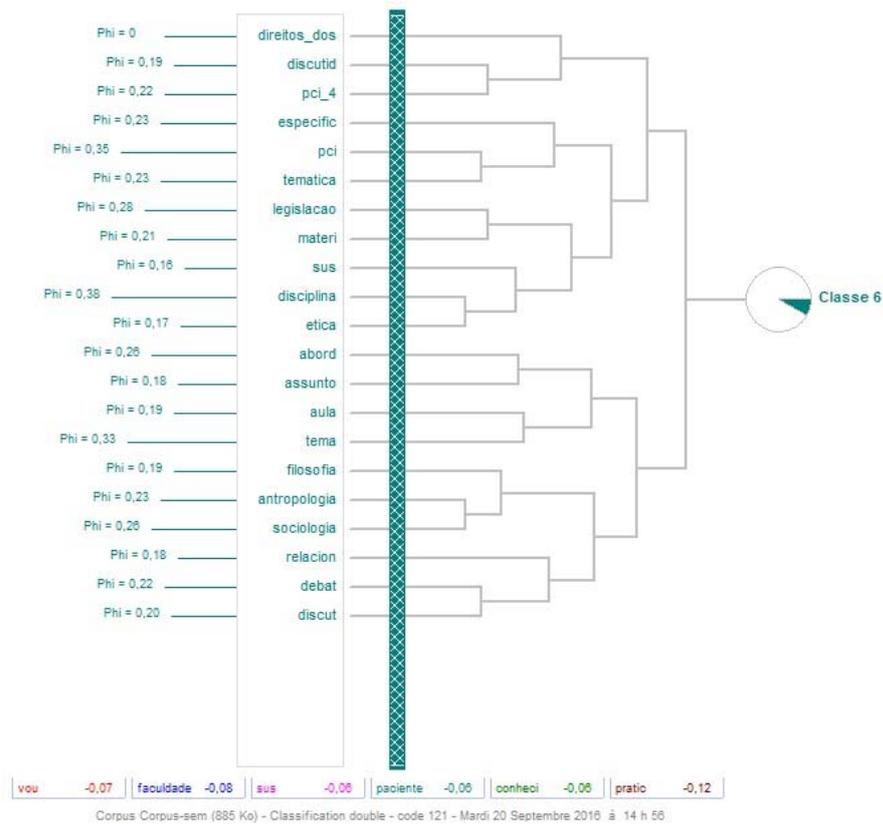


Figura 9 – Classificação Hierárquica Ascendente da Classe 6. (CHA)

Considerando as palavras de maior phi, a aproximação destas, como se observa na CHA (figura 9), além das UCEs, identifica-se que esta classe abrange as disciplinas abordadas durante o curso de graduação em Enfermagem que estão relacionadas aos direitos dos usuários da saúde durante a graduação em Enfermagem.

A partir dessas considerações iniciais e com a leitura detalhada das UCEs em seu conjunto, evidencia-se que o curso de graduação em Enfermagem propicia o debate a discussão sobre o tema; logo, a temática é abordada dentro do curso por alguns estudantes de graduação em Enfermagem. Essas dimensões seguem apresentadas e discutidas como sub-classes respectivamente.

### 8.6.1 Classe 6: O aprendizado sobre os direitos dos usuários da saúde na sala de aula

Segundo os estudantes, as disciplinas que abordam os direitos dos usuários da saúde durante o curso de graduação em Enfermagem são: legislação, ética e deontologia. Essas disciplinas foram relacionadas porque seus conteúdos servem como guias para as práticas de saúde que vão ao encontro dos direitos dos usuários da saúde.

*A gente pode colocar em todos os períodos e principalmente nessas duas disciplinas que é exercício de enfermagem e ética, eu acho que dá para ser bastante construído bastante coisa a partir daí, nessas duas disciplinas. (uci nº 23: \*ind\_23 \* sex\_f \*per\_8 \*rel\_1 \*tec\_1 \*fam\_2 \*est\_1)*

*Porque a gente tem disciplinas assim, pensamento crítico, um pensamento de assistência maior, porque eu vejo até mal comparando, eu vejo assim, muito técnico de Enfermagem que não tem essa noção, por disciplina também, porque a gente tem muitos PCIs, 13 PCIs, a disciplina de legislação e ética, então acabam norteadando a gente para certas atitudes que a gente deve tomar. (uci nº 4: \*ind\_4 \* sex\_f \*per\_3 \*rel\_1 \*tec\_2 \*fam\_1 \*est\_1)*

*Você tem disciplinas que te direcionam a refletir sobre isso, uma disciplina que te faz pensar sobre isso é didática, tem legislação também que fala sobre isso, quando você chega no PCI 6 e 7, você já vai pensando sobre isso. (uci nº 29: \*ind\_29 \* sex\_f \*per\_8 \*rel\_2 \*tec\_2 \*fam\_1 \*est\_1)*

*Existe o querer do paciente, o direito dele de querer que eu faça, que eu chego perto ou não, ética, porque em ética eu não lembro agora qual das duas disciplinas, se foi em ética ou deontologia, porque a gente tinha que fazer peças de teatro por exemplo, nessa disciplina. (uci nº 25: \*ind\_25 \* sex\_f \*per\_8 \*rel\_2 \*tec\_2 \*fam\_2 \*est\_2)*

Além dessas disciplinas, os estudantes enfatizam que aprendem sobre o tema durante o curso de graduação em Enfermagem ao estudarem e vivenciarem o contexto do Sistema Único de Saúde (SUS) e das políticas públicas de saúde, e ao relacionarem tais conteúdos com outras disciplinas durante o curso de graduação em Enfermagem.

*Eu acho que no PCI IV que a gente estuda o SUS e a saúde pública é que mais aproxima, mas a gente tem sempre o link com outras disciplinas, tem o PCI II que é a saúde do adolescente que a gente também estuda isso, tem o PC IV que é saúde pública. (uci nº 37: \*ind\_37 \* sex\_f \*per\_8 \*rel\_1 \*tec\_2 \*fam\_2 \*est\_2)*

*No PCI IV ele aborda muito sobre isso, saúde da família, as políticas do SUS, como o direito tem vários aspectos, de várias áreas, de sociologia, de filosofia, mesmo que de forma indireta, no PCI IV eu acho que é bastante formado, de uma forma como ele deveria ser discutido na faculdade, eu nunca parei para pensar: ah, deve ser abordado dessa forma, mas eu acho que sim deve ser abordado, eu acho que sim já é abordado. (uci nº 17: \*ind\_17 \* sex\_f \*per\_3 \*rel\_1 \*tec\_1 \*fam\_2 \*est\_2)*

Evidencia-se que apesar da temática ser abordada durante o curso de graduação em Enfermagem no contexto do SUS, da saúde pública, em nenhum momento os estudantes citaram e relacionaram os princípios e a diretrizes do SUS com os direitos

dos usuários da saúde. Considera-se que estes são fundamentais, pois observa-se na prática que são estes que organizam e direcionam os serviços do SUS e, no entanto, como não são respeitados, comprometem o acesso aos serviços de saúde do SUS, configurando o ambiente do SUS como de exclusão social, onde os direitos dos usuários da saúde não são garantidos. Os estudantes evidenciam também que a figura do professor, do profissional de Enfermagem e da própria profissão são fundamentais para o aprendizado do tema, enfatizando que o conhecimento que aprendem em sala de aula implica nas ações desenvolvidas nas práticas, o “fazer” desenvolvido pelo professor é destacado pelo aluno.

*A gente entende e coloca em prática, eu acho que a graduação ela direciona muito isso, bastante, com as matérias que a gente tem com os próprios professores, dos PCIs que eu falei que são excelentes, enfatizam bastante. (uci nº 17: \*ind\_17 \* sex\_f \*per\_3 \*rel\_1 \*tec\_1 \*fam\_2 \*est\_2)*

*Essa coisa que é ciência e Enfermagem, ser enfermeira, um profissional de Enfermagem e no PCI, então as aulas são variadas, a gente tem aula de várias coisas, tanto de técnicas, como de conteúdo vamos dizer assim, são leis, normas. (uci nº 1: \*ind\_1 \* sex\_f \*per\_3 \*rel\_1 \*tec\_1 \*fam\_1 \*est\_2)*

*São professoras, são enfermeiras que eu acho que ajuda muito, porque a gente vai ter uma visão ampla do que elas fazem e elas são ótimas. (uci nº 8: \*ind\_8 \* sex\_f \*per\_3 \*rel\_1 \*tec\_2 \*fam\_1 \*est\_2)*

O exemplo do professor demarca mais uma vez o compromisso da profissão e o incentivo para que o estudante observe a sua prática e preste uma assistência que respeite os direitos dos usuários da saúde. Este princípio pedagógico do ensino pelo exemplo considera que a “*melhor maneira de se ensinar a cuidar é cuidando*”, conforme se evidencia na fala dos estudantes de ambos os períodos, ao encontro do pensamento de Carvalho (2004, p. 809).

Os estudantes de Enfermagem entendem que a temática, objeto deste estudo, deve ser abordada durante o curso, haja vista a sua relevância. No entanto, declaram que este tema não foi abordado diretamente durante o curso de graduação em Enfermagem.

*Poderia ter uma aula, ou duas, três, quatro aulas que abordassem esse tema, porque eu acho que é muito importante, eu acho que todo mundo tem que ter consciência dos seus direitos e dos seus deveres. (uci nº 31: \*ind\_31 \* sex\_f \*per\_8 \*rel\_2 \*tec\_1 \*fam\_1 \*est\_2)*

*Se todo semestre tivesse alguma coisa, pelo menos uma aula ou duas, em cada PCI, os direitos direcionados ou se fosse uma coisa só e única. (uci nº 23: \*ind\_23 \* sex\_f \*per\_8 \*rel\_1 \*tec\_1 \*fam\_2 \*est\_1)*

*A antropologia que eu tive, a sociologia, não trazem isso não, a gente sai meio, a gente descobre com o tempo. (uci nº 14: \*ind\_14 \* sex\_m \*per\_3 \*rel\_1 \*tec\_1 \*fam\_1 \*est\_2)*

*Eu acho que essas matérias que eu posso dizer que eu tive até agora e que não abordaram como poderiam abordar de uma melhor forma, que seriam a antropologia e a sociologia, eu acho que elas poderiam ter*

*uma mudança ali no curriculum delas e integrar melhor este tema e dar falando didaticamente melhor esse tema para a gente, não que a gente saia de uma aula dessa expert no assunto. (uci nº 14: \*ind\_14 \*sex\_m \*per\_3 \*rel\_1 \*tec\_1 \*fam\_1 \*est\_2)*

*Acredito que um pouco da construção da minha fala, com certeza influenciada por tudo que eu vivenciei durante a graduação, mas falando específico nos direitos dos usuários, isso que você falou, eu acho que não teve nada voltado para esse tema, direitos dos usuários, a gente fala muito sobre código de ética, o que pode, o que não pode, mas direitos dos usuários. (uci nº 23: \*ind\_23 \*sex\_f \*per\_8 \*rel\_1 \*tec\_1 \*fam\_2 \*est\_1)*

Nem sempre os estudantes conseguem relacionar a temática dos direitos dos usuários da saúde com a ética; logo, evidenciam que este tema não foi abordado, demonstrando que é necessário, a todo momento, estabelecer as relações existentes do tema com a Enfermagem e especialmente o papel da ética no trabalho da enfermeira.

Abordar durante o curso de graduação em Enfermagem os direitos dos usuários da saúde em sala de aula envolve relacionar diversas áreas de conhecimento, já que pensar neste tema envolve um campo de interdisciplinaridade, portanto, desafiador, pois é necessário não somente a apresentação da temática, mas a relação destes considerando a complexidade inerente ao campo de saúde, cenários onde atuam os estudantes de graduação em Enfermagem (WINTERS, PRADO, HEIDMANN, 2016).

Dessa maneira, o estudante precisa compreender esta dimensão conceitual e as dificuldades inerentes aos ambientes de saúde para que possam atuar e repensar as ações de saúde e suas implicações para os direitos dos usuários da saúde. Logo, é imprescindível que os direitos dos usuários da saúde sejam debatidos e discutidos durante as disciplinas sociais como antropologia, sociologia e filosofia relacionando estas áreas do conhecimento com a saúde e com a Enfermagem, pois é através deste espaço de ensino que o aluno compreenderá as dimensões que desafiam a garantia dos direitos dos usuários da saúde nos ambientes do SUS, que abrangem a dimensão sócio-histórico-cultural de uma sociedade no que tange o tema, no contexto do Brasil (CONH, 2011).

## **CAPÍTULO IX**

### **ESTUDO QUASE EXPERIMENTAL DE RS**

Este capítulo trata dos resultados do estudo quase-experimental de RS, cujas análises das variáveis estão apresentadas em função das 15 questões, pelos grupos de estudantes e pelos contextos dos casos: ter parente nos serviços de saúde e o usuário exercer alta função social, representada por um cargo de gestão em uma empresa multinacional.

Os dados foram analisados a partir da análise MANOVA e a partir da leitura dos resultados, foi possível evidenciar as médias e as diferenças significativas para cada situação, conforme pode ser observado na tabela 9.

Das 15 questões, houve diferenças significativas nas respostas dos estudantes em 11 delas, a saber: 1. Acesso; 2; Hospital público; 3. Hospital Provado; 4. Direitos respeitados; 5. Conhecimento sobre os direitos; 6. Bom atendimento pela equipe de enfermagem; 7. Bom atendimento pela equipe médica; 8. Relação com a equipe de enfermagem; 9. Conhecimento sobre o hospital; 10. Orientação da equipe de enfermagem; 11. Orientação da equipe médica.

Destas 11 diferenças significativas:

- 10 delas ocorreram no caso experimental, a saber: 1. Acesso; 2; Hospital público; 3. Hospital Provado; 4. Direitos respeitados; 5. Conhecimento sobre os direitos; 6. Bom atendimento pela equipe de enfermagem; 7. Bom atendimento pela equipe médica; 8. Relação com a equipe de enfermagem; 9. Conhecimento sobre o hospital; 11. Orientação da equipe médica.

- Sete delas ocorreram em razão da função profissional exercida pelo usuário, a saber: 2. Hospital público; 3. Hospital Provado; 4. Direitos respeitados; 5. Conhecimento sobre os direitos; 6. Bom atendimento pela equipe de enfermagem; 7. Bom atendimento pela equipe médica; 9. Conhecimento sobre o hospital.

- Três delas ocorreram na condição experimental e grupo, a saber: 6. Bom atendimento pela equipe de enfermagem; 8. Relação com a equipe de enfermagem; 11. Orientação da equipe médica.

Tabela 09 – MANOVA realizada com 15 variáveis em função dos quase experimentos e do grupo de estudantes. Escala de Likert 1 - Certamente / 5 - Dificilmente

Variáveis	3º Período N = 48			8º Período N = 48			Total N = 96			Diferença significativa p < .05			
	Controle N = 16	Parente N = 16	Função N = 16	Controle N = 16	Parente N = 16	Função N = 16	Controle N = 32	Parente N = 32	Função N = 32	Período (P)	Experimento (E)	P X E	Qual?
1. Acesso	2,29	<b>2,46</b>	<b>1,43</b>	2,25	<b>2,00</b>	<b>2,31</b>	2,27	2,21	1,90		p = .029	p = .012	
2. H. Público	2,36	2,23	<b>3,43</b>	3,00	2,93	<b>3,44</b>	2,70	2,61	3,43		p = .011		Função p = .025
3. H. Privado	3,50	4,08	<b>2,29</b>	3,56	3,27	<b>2,56</b>	3,53	3,64	2,56		p = .000		Função p = .000
4. Direitos Respeitados	2,71	2,77	<b>1,86</b>	3,00	2,47	<b>2,44</b>	2,87	2,61	2,17		p = .038		Função p = .015
5. Conhecimento sobre os direitos	3,64	4,00	<b>2,50</b>	3,87	2,87	<b>2,88</b>	3,77	3,39	2,70		p = .001	p = .021	Função p = .001
6. Bom atendimento – Equipe Enf.	2,43	2,46	<b>1,64</b>	3,13	2,40	<b>2,56</b>	2,80	2,43	2,13	p = .008	p = .002		Função p = .013
7. Bom atendimento Equipe Médica	2,93	2,77	<b>2,00</b>	3,31	2,60	<b>3,00</b>	3,13	2,68	2,53		p = .012		Função p = .045
8. Relação com a equipe de Enf.	2,43	2,54	<b>2,07</b>	3,06	2,53	<b>2,88</b>	2,77	2,54	2,50	p = .008	p = .028		
9. Conhecimento sobre o Hospital	4,43	4,38	<b>3,50</b>	4,31	3,67	<b>3,69</b>	4,37	4,00	3,60		p = .010		Função p = .003
10. Orientação equipe de Enfermagem	2,29	2,85	<b>2,29</b>	3,12	2,80	<b>2,81</b>	2,73	2,82	2,57	p = .045			
11. Orientação equipe médica	2,29	<b>2,46</b>	<b>2,29</b>	3,13	<b>2,47</b>	<b>2,81</b>	2,73	2,46	2,57	p = .011	p = .036		
12. Tratou bem a equipe de Enf.	2,79	2,46	2,50	2,94	2,60	2,81	2,87	2,54	2,67				
13. Tratou bem a equipe médica	2,43	2,00	1,79	2,38	2,20	2,50	2,40	2,11	2,17				
14. Usuário participativo	2,71	3,38	2,71	3,44	2,80	2,69	3,10	3,07	2,70				
15. Usuário submisso	2,86	2,46	3,57	2,88	3,47	3,19	2,87	3,00	3,37				

Para os estudantes de graduação em enfermagem do terceiro e oitavo período do curso houve diferença significativa sobre o acesso aos serviços de saúde em função de o usuário possuir um parente que trabalhe na unidade de saúde, e também em razão da função profissional de diretor de uma grande empresa multinacional, quando comparado com a situação controle; no entanto, os resultados não permitem afirmar se a condição de possuir um parente que trabalhe na unidade é mais significativa que a função profissional de diretor de uma grande empresa por exemplo.

Para os estudantes, há uma imagem positiva acerca do acesso aos serviços de saúde considerando as médias das respostas, ou seja, muito provavelmente o usuário de saúde que procura um atendimento tem acesso aos serviços de saúde.

Este resultado vai ao encontro dos resultados obtidos na abordagem processual e estrutural das RS dos estudantes de graduação em Enfermagem sobre o direito dos usuários da saúde. Na abordagem processual o acesso também surge no discurso dos estudantes como garantia dos direitos dos usuários da saúde; no entanto, estes declararam que o acesso aos serviços de saúde pode ser influenciado pelos usuários de saúde que possuem “dinheiro” e “conhecimento”. Já na abordagem estrutural o acesso surgiu no núcleo central das RS dos estudantes de graduação em Enfermagem do oitavo período do curso, dando sentido às suas RS dos direitos dos usuários da saúde.

Sendo assim, os resultados do quase experimento destaca que o acesso possui uma dimensão conceitual nas RS dos estudantes do terceiro e oitavo períodos do curso ao encontro das duas abordagens das RS evidenciadas anteriormente nesta pesquisa, que são modificadas a partir do contexto de produção dos dados pelos estudantes.

Destaca-se que o acesso enquanto conceito é complexo, muitas vezes empregado de forma imprecisa, e pouco claro na sua relação com os serviços de saúde (TRAVASSOS, MARTINS, 2004). Faz parte de uma temática desafiadora, multifacetada e multidimensional envolvendo quatro grandes dimensões na sua análise, a saber: política (pactuação entre as instâncias estadual e municipal, participação social, acompanhamento do processo e tomada de decisão), econômica (investimentos na rede pública por esfera de poder e nível de complexidade, barreiras sociais e econômicas, culturais e físicas), organizacional (porta de entrada, fluxo de atendimento, barreiras geográficas, regulação, referência, contra referência e avaliação), técnica (integralidade da atenção, acolhimento, vínculo, competência, habilidade, compromisso, projeto terapêutico compartilhado e

qualidade da atenção) e simbólica (processo saúde – doença, cultura, crenças, valores e subjetividade) (GIOVANELLA, FLEURY, 1995; ASSIS, JESUS, 2012; ANDRADE, MINAYO, 2012).

O acesso aos serviços de saúde está entre a esfera ideal e a utopia em face dos problemas de saúde no Brasil, numa prática e realidade distante das promessas da constituição federal de 1988. O acesso como chave essencial para efetivar os direitos dos usuários da saúde garantidos pelo Estado, na prática ainda é excludente, desigual, seletivo e focalizado, tanto é assim que, ao se realizar o quase experimento, se evidenciou o quanto esta exclusão se apresenta nas representações sociais dos estudantes de graduação que, em tese, comunicam os saberes e as práticas vivenciadas no cotidiano social. No entanto, reconhece-se que comparado com os antecedentes do SUS e após a sua implementação, o acesso aos serviços de saúde apresentou grandes avanços nos usos dos serviços de saúde (ASSIS, NASCIMENTO, 2003; ASSIS, JESUS, 2012).

Ressalta-se que no que tange a problemática da relação da influência do dinheiro ao acesso aos serviços de saúde pelos usuários pode ser observado em outros países, como pode ser constatado em um estudo realizado no Canadá com 92.914 mulheres entre 1988 e 1995 que evidenciou relações entre as condições sócio econômicas e as complicações nas mulheres durante a gestação como a diabetes gestacional, parto prematuro e aborto demonstrando uma diferença significativa entre as mulheres que possuíam menor nível salarial com as complicações durante a gestação em comparação com as mulheres que possuíam maiores salários (JOSEPH, et al, 2007).

O hospital público e o hospital privado também foram variáveis que geraram diferença significativa entre os experimentos e não entre os estudantes de graduação em relação aos períodos em que estão no curso (terceiro e oitavo), ou seja, as respostas diferem de acordo com o contexto de produção de dados, conforme se evidencia no caso experimental, com diferença significativa para o usuário diretor de uma grande empresa multinacional. Interessante identificar que as respostas dos estudantes considerando as médias são mais neutras (provavelmente) para a procura do serviço público por um diretor de uma grande empresa enquanto para a procura do serviço privado são mais positivas (muito provavelmente), o mesmo vale para a comparação com o caso controle (provavelmente).

Tal premissa de que uma pessoa que possui um cargo de diretor e tem a imagem relacionada ao status social e dinheiro vai ser atendido em um hospital particular

e não em um hospital público vai ao encontro dos resultados evidenciados na abordagem processual das representações, quando os estudantes declaram que: “*a presidente não seria atendida no SUS*”; no sistema privado você será atendido como uma “rainha” e o cenário de um hospital público é de uma “guerra”.

Sabe-se que esta imagem de privilégio nos serviços de saúde e no atendimento diferenciado dos demais usuários do SUS que não possuem plano de saúde pode ser encontrada em reportagens que mostram diversos políticos, governantes e celebridades sendo atendidas em excelentes hospitais do subsistema privado de saúde. Em contra partida, se evidencia que nas RS dos usuários da saúde, o SUS é para *pobre*, e a estratégia saúde da família está ancorada na ideia de *plano de saúde*, mas para a população pobre (MARTINS, 2013).

Não se pode perder de vista que no Brasil o sistema de saúde está composto pelo SUS, com financiamento governamental, e pelos serviços privados, que se estruturam sob outra premissa que é a do consumo da saúde e não a do direito à saúde. A coexistência dos dois subsistemas pode impactar na formação dos trabalhadores de saúde, cuja lógica não deve ser a do mercado liberal, mas sim a do interesse público, para onde se destina um contingente de milhões de pessoas em busca dos serviços de atendimento à saúde. (SANTOS, ANDRADE, 2012).

Nesse sentido, cabe mais uma vez pontuar a responsabilidade social da Enfermagem, na formação do enfermeiro generalista voltado para os princípios do SUS, e o compromisso da profissão diante dos desafios nos serviços de saúde no Brasil. Em um cenário que frente à crise econômica será cada vez mais desafiador, considerando não somente a escassez de investimentos e recursos destinados à saúde, mas também o desemprego, muitos cidadãos brasileiros que antes detinham planos de saúde, não mais os têm, e se veem obrigados a utilizar os serviços públicos, aumentando cada vez mais a demanda, que já é grande, nos serviços públicos de saúde do SUS (WINTERS; PRADO, HEIDEMANN, 2016). Dados veiculados na mídia escrita<sup>3</sup> anunciam que 2,8 milhões de pessoas no ano de 2017 migraram dos planos de saúde privados para o SUS, corroborando o debate posto nesta tese.

No que tange a variável conhecimento sobre os seus direitos e respeito aos direitos, se evidencia que há diferenças significativas quando o caso trata de um usuário

---

<sup>3</sup> Jornal O Globo, 15/03/2017, título: Quem são os brasileiros que deixaram o plano de saúde e como estão se cuidando? Mais de 2,8 milhões de brasileiros deixaram de ter plano de saúde nos últimos dois anos. SUS, clínicas populares e atendimento particular: veja como queda impactou serviços de saúde.

da saúde que exerce a função de diretor de uma grande empresa, ou seja, há diferenças significativas entre o caso experimental e não entre os estudantes de graduação em relação aos períodos em que estão no curso (terceiro e oitavo). Considera-se assim a seguinte premissa: o diretor de uma grande empresa procura por um serviço de saúde em uma situação emergencial e muito provavelmente tem seus direitos respeitados, assim como tem conhecimento sobre os seus direitos enquanto usuário da saúde, podendo reivindicá-los.

Este resultado confirma o que se evidenciou na construção das representações sociais dos estudantes sobre o direito dos usuários à saúde, no capítulo sobre a abordagem processual, quando mostra que conhecer tais direitos garante o respeito e os assegura. No entanto, como os estudantes consideram que os usuários da saúde não os conhecem, os seus direitos não são garantidos. Ou seja: a garantia dos direitos está na dependência do domínio de saber sobre eles e, por isso, a estratégia para melhorar a situação dos cidadãos consiste em divulgá-los para todos os cidadãos brasileiros, como propõe a própria cartilha dos direitos dos usuários da saúde. Este resultado mostra a fragilidade da cidadania no Brasil, que só é reconhecida na dependência do quanto se sabe sobre ela.

Ressalta-se que esta problemática não faz parte somente da realizada brasileira, em uma pesquisa realizada em 2011 com um grande público, entre usuários e profissionais de saúde na França foi possível constatar que que 70% das pessoas entrevistadas declararam que não conhecem os seus direitos enquanto usuários da saúde e 44% pensam que devem obrigatoriamente solicitar autorização de seus médicos para acessar o prontuário médico. Frente a isto, o MS da França enfatiza a importância do conhecimento e da divulgação do conhecimento da carta dos direitos dos usuários da saúde pelos cidadãos franceses. (FRANCE, 2014).

É necessário pontuar ainda que na abordagem estrutural o conhecimento surge como termo evocado na zona de contraste das RS para os estudantes do oitavo período do curso de graduação em Enfermagem, sendo um termo que se aproxima da realidade do grupo. Como já destacado, este grupo reconhece a importância do conhecimento sobre a temática, uma vez que os resultados da abordagem processual mostraram que a universidade e o curso de graduação se constituem como *locus* para seu aprendizado. Observa-se, no entanto, que a abordagem do direito dos usuários da saúde precisa ser feita de modo que os estudantes compreendam o seu caráter abrangente para todos, de garantia, igualdade e equidade.

No que tange o respeito ao direito e o conhecimento sobre o mesmo, este não deve acontecer com o predomínio do individual sobre o coletivo, como os estudos vêm apontando sobre o processo de judicialização da saúde, que vem se constituindo como um obstáculo para o acesso com equidade; logo, pensar na formação dos estudantes para atuarem profissionalmente no SUS e no respeito sobre os direitos dos usuários da saúde implica no debate sobre o processo de judicialização na formação do enfermeiro para que a garantia deste acesso aconteça de forma justa (SANTOS, ANDRADE, 2012).

Considerando a dimensão de reconhecimento dos direitos dos usuários da saúde e o papel dos profissionais da saúde e da Enfermagem em face desta questão, compreende-se que durante o atendimento é fundamental que o usuário seja orientado pelos profissionais da equipe de Enfermagem e da equipe médica sobre seu estado de saúde. Sendo assim, no que tange a questão da orientação dada pela equipe de enfermagem, houve diferença significativa entre os estudantes do início e fim do curso de graduação em Enfermagem e não entre os experimentos, ou seja, independente do usuário da saúde que foi atendido, ele muito provavelmente recebeu orientação da equipe de Enfermagem. Ressalta-se que somente esta variável (orientação da equipe de Enfermagem) não obteve diferença significativa na condição dos experimentos apresentados.

Considera-se assim que os estudantes de graduação em Enfermagem fazem duas grandes avaliações que abarcam a imagem positiva do papel da enfermeira no que tange a sua função de prestar orientações aos usuários sobre sua condição de saúde, pois consideram que esta deve ser dada muito provavelmente a todos os usuários da saúde. Pontua-se ainda que nas duas abordagens, processual e estrutural, as representações conjugam o ideal e o real na Enfermagem, o ideal com a imagem positiva de como deve acontecer, e o real, por conta das vivências e experiências com situações de descaso ocorridas no atendimento do sistema público de saúde.

Ao encontro da imagem da enfermagem, na análise da variável da relação da Enfermagem com o usuário da saúde, houve diferença significativa entre a condição experimental e os estudantes do terceiro e do oitavo período do curso de graduação em Enfermagem. Os resultados evidenciam que os estudantes do terceiro período do curso estão mais próximos de uma imagem positiva "do muito provavelmente" ( $m = 2,07$ ) enquanto os estudantes do oitavo período do curso ( $m = 2,88$ ) estão mais próximos de uma posição de "provavelmente" houve uma boa relação com a equipe de Enfermagem.

No entanto, ressalta-se que para ambos os grupos, a imagem acerca da profissão de enfermeiro foi positiva.

Destaca-se que quatro variáveis apresentaram diferenças significativas em função do grupo estudado, sendo que três variáveis abordam a avaliação da equipe de enfermagem, a saber: bom atendimento da equipe de Enfermagem, relação com a equipe de Enfermagem e orientação da equipe de Enfermagem. Esta diferença significativa pode estar relacionada com as experiências e vivências dos estudantes durante o curso de graduação em Enfermagem.

No entanto, quanto a variável da orientação dada pela equipe médica para o usuário sobre seu estado de saúde houve diferenças significativas entre a condição experimental e os estudantes do terceiro e do oitavo período do curso de graduação em Enfermagem, porém a diferença entre o caso experimental não foi significativa, ou seja, não é possível avaliar se a diferença é maior entre a variável "parente" em comparação com a "função profissional do usuário". Assim como a avaliação sobre a orientação dada pela equipe de Enfermagem, a avaliação dada pela equipe médica também foi positiva. Essa imagem positiva que os estudantes têm dos profissionais da saúde, aqui representados pela equipe de enfermagem e equipe médica, corroboram com as afirmações de que as equipes profissionais asseguram um direito importante a todos os usuários da saúde que é o de informar sobre a sua condição de saúde durante o atendimento nos serviços de saúde no Brasil (BRASIL, 2013).

Quanto à análise das variáveis do item 12 ao item 15, que tratam da relação do usuário com a equipe de Enfermagem e equipe médica por meio do tratamento deste com a equipe e sobre a participação do usuário no atendimento, seja como usuário participativo ou submisso, não houve diferenças significativas entre o caso experimental e o grupo estudado. A apresentação dos casos pode ter sido limitante não fornecendo dados suficientes sobre o usuário que precisava ser atendido ou a situação classificada como de emergência nesta avaliação, possibilitando aos estudantes de graduação em Enfermagem responder a estas questões a ponto de classificarem as variáveis com diferenças significativas.

## CAPÍTULO X

### CONSIDERAÇÕES FINAIS

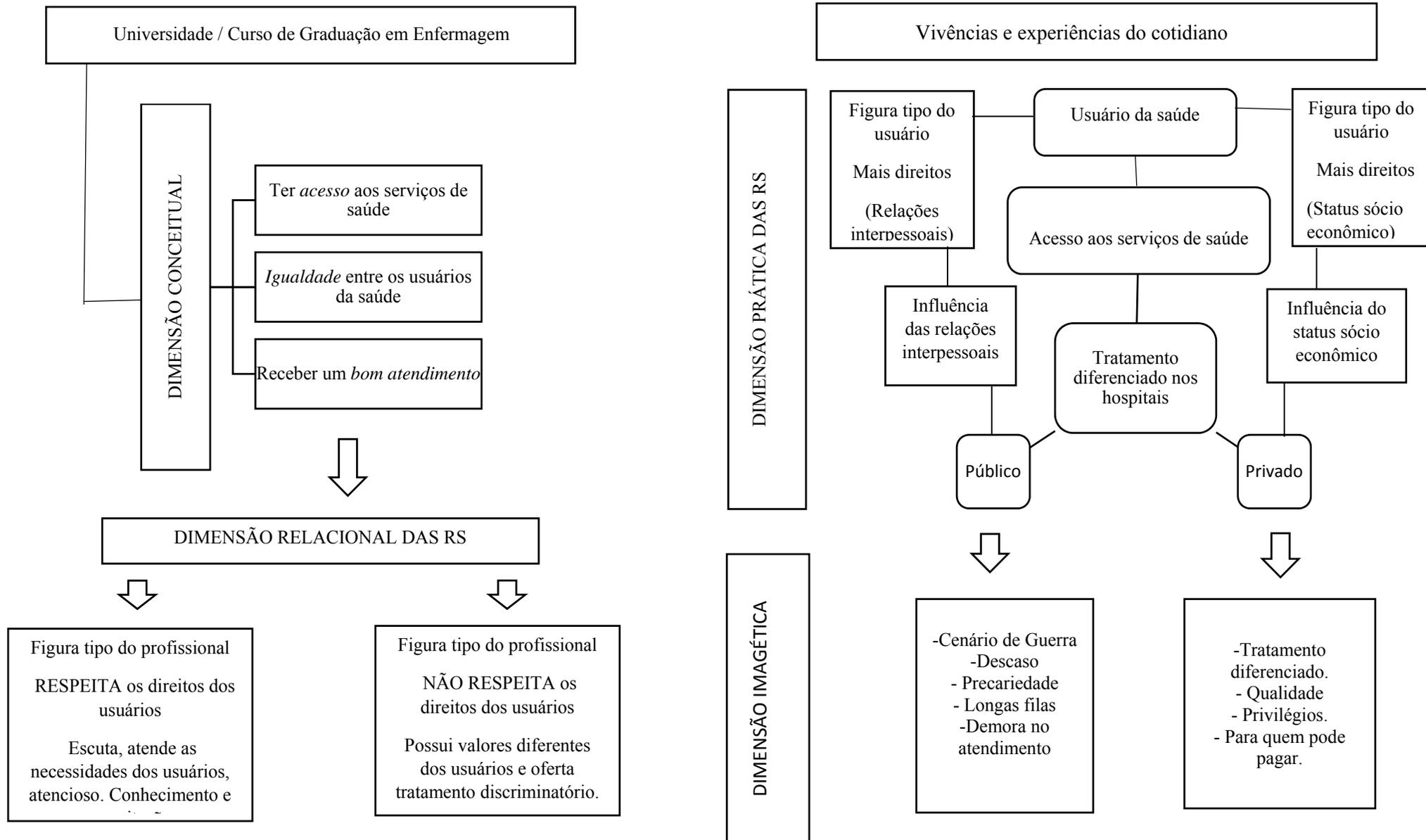
Esta pesquisa objetivou identificar as RS dos estudantes de graduação em Enfermagem sobre os direitos dos usuários, nas abordagens processual e estrutural, assim como verificar como os contextos de produção são capazes de diferenciar os dados demarcando o campo representacional dos estudantes do terceiro e oitavo período do curso de graduação (figura 10).

A proposta metodológica com a utilização da triangulação de dados com vistas a qualidade e maior confiabilidade dos resultados possibilitou avançar na compreensão das RS sobre os direitos dos usuários da saúde pelos estudantes de graduação em Enfermagem, por meio da elaboração de um estudo quase experimental de RS com situações cenários elaborados a partir dos elementos presentes no discurso dos estudantes de graduação sobre o objeto de estudo. A escolha da realização desta triangulação metodológica com a utilização de uma terceira técnica foi essencial para avançar no desenvolvimento desta tese de doutorado.

Foi possível compreender que as RS dos estudantes de graduação em Enfermagem possuem uma dimensão avaliativa sobre os direitos dos usuários da saúde na prática e sobre a Enfermagem, trazendo elementos do ideal e do real, da teoria e da prática como sentidos de oposição nos serviços de saúde no Brasil. Dentro desta dimensão, surgiu o acesso aos serviços de saúde como garantia para os direitos dos usuários.

As RS dos direitos dos usuários da saúde trazem elementos de ambiguidade, pois, ao tempo em que estão relacionadas com o princípio da igualdade para todos, na prática, se observam exemplos de mecanismos que propiciam a desigualdade, tais como: a situação financeira, objetivada na figura do "dinheiro", o conhecimento e as influências no plano das relações pessoais que podem facilitar o acesso aos serviços de saúde e ao atendimento, objetivadas no uso do termo “peixe”.

Figura 10 - Campo das RS dos Direitos dos usuários da saúde pelos estudantes de graduação em Enfermagem



De acordo com as representações dos estudantes, é necessário haver conhecimento sobre os direitos dos usuários da saúde para que eles possam reivindicá-lo e, assim, ter a garantia do acesso aos serviços de saúde. Logo, a falta de conhecimento atua como um mecanismo que pode propiciar a desigualdade. Os direitos dos usuários da saúde devem ser assegurados pelo Estado; porém, como na prática há assimetria de seu usufruto, a igualdade e equidade são conceitos importantes a serem trabalhados no ensino, já que, na prática, as experiências cotidianas dos estudantes evidenciam situações desiguais e excludentes nos serviços de saúde.

Nesse contexto que marca o acesso surge a dimensão imagética das RS dos direitos dos usuários da saúde com a diferenciação do atendimento oferecido no sistema público para o sistema privado. A imagem do serviço público surge ligada ao caos, desordem e descaso, caracterizando um “cenário de guerra”, enquanto no serviço privado surge o tratamento relacionado a qualidade dispensada a uma “rainha”. O dinheiro surge assim como um elemento capaz de influenciar o acesso, pois se o usuário tem dinheiro ele pode pagar pelo serviço privado, receber um atendimento de qualidade e ser tratado com privilégios.

Cabe destacar que ao se escolher trabalhar com dois grupos de estudantes foi possível evidenciar suas RS sobre os direitos dos usuários da saúde, identificando diferenças entre as RS daqueles do terceiro e do oitavo período do curso de graduação em Enfermagem, estabelecendo aproximações e distanciamentos entre estes grupos, por meio da aplicação da abordagem estrutural. Os estudantes do oitavo período do curso possuem evocações exclusivas, à saber: acesso, atenção básica, igualdade, capacitação, conhecimento e cuidado, evidenciando que para este grupo, as RS dos direitos dos usuários da saúde contemplam os elementos constituintes das políticas públicas do SUS. Ressalta-se que o atendimento bom surgiu como termo que dá sentido as RS sobre os direitos dos usuários para os estudantes do terceiro e oitavo período do curso de graduação em Enfermagem.

Ressalta-se que no que tange a análise do núcleo central do quadro de quatro do grupo de estudantes do terceiro e oitavo período do curso de graduação em Enfermagem não é possível evidenciar claramente uma mudança de RS do grupo de estudantes do terceiro para os estudantes do oitavo período. Salienta-se que uma limitação do estudo pode ter sido o quantitativo de participantes utilizados na abordagem estrutural.

No que tange essas considerações acerca das aproximações e distanciamentos é preciso reconhecer que os estudantes do terceiro período do curso de graduação em Enfermagem vivenciaram durante o curso de graduação cuidados de Enfermagem voltados a população em cenários como a escola com as crianças e adolescentes e em cenários abertos com adultos no contexto do trabalho, todos com ênfase na atenção primária, com enfoque no aprendizado de situações que visam a educação em saúde através da promoção a saúde e prevenção de doenças. No terceiro período, os estudantes ainda não vivenciaram situações nos cenários de saúde do SUS, sejam eles hospitalares ou na atenção básica, tampouco atuaram interagindo com equipes de enfermagem ou de saúde. O aprendizado teórico e prático acerca do SUS com a atuação em um cenário de atenção básica acontecerá a partir do quarto período do curso de graduação, da universidade em tela.

Há diferenças significativas entre as variáveis que foram apresentadas no estudo quase experimental de RS (questões sobre os direitos dos usuários da saúde, os usuários da saúde – caso experimental e os estudantes do terceiro e oitavo período) demonstrando que há uma dimensão imagética da RS a partir do usuário que exerce uma função profissional que configura uma imagem de status social, poder e dinheiro, trazendo à tona a discussão sobre outros elementos surgidos no discursos dos estudantes de graduação em Enfermagem: as diferenças entre o serviço público e o serviço privado corroborando para o imagem social de que quem tem dinheiro e pode pagar será atendido em um hospital privado, enquanto quem não pode pagar por este ser serviço será atendido no SUS.

Os resultados evidenciados nas diversas abordagens e técnicas utilizadas nesta tese nos conduzem a concluir que as RS dos estudantes de graduação em Enfermagem do terceiro e oitavo período sobre os direitos dos usuários da saúde são construídas baseadas na noção de "acesso" que os usuários da saúde buscam nos serviços de saúde, para objetivar e garantir seu "direito", visando a um atendimento bom, seja no serviço público ou no privado.

O que demarca a igualdade no acesso aos serviços de saúde como garantia dos direitos dos usuários da saúde não são só esses sub-sistemas de saúde (público e privado), mas também os usuários da saúde que buscam os serviços oferecidos por estes. Durante o curso de graduação em Enfermagem os estudantes aprendem que todas as pessoas devam ser tratadas iguais, devem receber atendimento sem distinções e ter acesso aos

serviços de saúde no SUS; porém, como foi evidenciado nesta tese, os estudantes observam que no cotidiano dos serviços de saúde, seja no setor público ou privado, isso não acontece.

O que se evidencia à luz das representações sociais dos estudantes de graduação é que os usuários da saúde não são entendidos como iguais, pois seus perfis de identidade são construídos com base em condições de poder e dinheiro os diferenciam socialmente, implicando em tratamentos também desiguais. Esta representação se assenta na construção da identidade histórico-sócio-cultural típica do Brasil que traz influências importantes para a cidadania e seu exercício. Operacionalmente, no que se refere aos direitos dos usuários da saúde, implica no acesso aos serviços de saúde, podendo privilegiar aqueles que têm dinheiro ao garantirem o acesso com vistas a um bom atendimento nos serviços privados, especialmente. Já os usuários da saúde que não podem pagar por um plano de saúde e necessitam de acessar os serviços de saúde nos cenários do SUS também se utilizam de mecanismos que promovem a desigualdade, por meio de relações interpessoais, para conseguirem o acesso caso o seu direito não seja garantido de imediato. Nesse sentido, na prática, conhecer alguém (peixe) no sistema lhe garante o exercício do direito de acesso ao SUS, a despeito disso representar a sua própria negação: quando para se garantir o direito se usufrui de um privilégio, todos perdem na sua condição cidadã.

Ao discutir durante o ensino de Enfermagem os desafios impostos pelo SUS no Brasil e as desigualdades no acesso aos serviços de saúde pelas condições econômicas dos usuários é fundamental a compreensão, reflexão e crítica que o SUS no Brasil possui um sistema de saúde complementar privado. Sendo assim, o SUS, como sistema público sofre inúmeras resistências que comprometem o acesso universal a população brasileira.

Os estudantes constroem assim as suas RS sobre os direitos dos usuários da saúde com elementos do senso comum e dos saberes reificados. Isso se dá através da experiência e vivência cotidianas dos estudantes enquanto cidadão que observam que os usuários da saúde são diferentes e tais diferenças balizam o acesso aos serviços de saúde, tornando-o, também, diferenciado. Os estudantes vivenciam também um cotidiano normativo, de aprendizado formal, em que reconhecem que existe um arcabouço teórico que afirma e visa garantir que os usuários da saúde são iguais com base nos princípios do SUS de universalidade, igualdade e equidade no acesso aos serviços de saúde sem discriminação de qualquer natureza. Teoria e ideário, vivências e experiências no

contexto dos serviços se fundem, gerando as RS dos estudantes, especialmente dos estudantes do oitavo período de graduação em enfermagem, como se expressa nesta tese.

Considera-se que a utilização do estudo quase experimental de RS realizada com os estudantes de graduação em Enfermagem pode contribuir para o ensino do cuidado de Enfermagem durante o curso de graduação, reconhecendo que é preciso repensar as formas de ensino tradicional e caminhar para o ensino com a utilização de metodologias ativas. Para tanto, as situações apresentadas no quase experimento podem ser utilizadas como situações de simulação apresentadas aos estudantes durante o ensino de graduação em Enfermagem e a partir delas ocorrer o debate e discussão sobre os direitos dos usuários da saúde.

A universidade, objetivada no curso de graduação em Enfermagem, surgiu como o lócus / espaço de aprendizado sobre os direitos dos usuários da saúde para os estudantes de graduação em Enfermagem, com destaque para o papel do docente como exemplo. Considera-se assim que os docentes devem propiciar debates e discussões compreendendo o desafio da interdisciplinaridade e da judicialização, que envolve o tema dos direitos dos usuários da saúde, bem como fomentar reflexões a partir das vivências de inserção dos estudantes nos espaços de atendimento ao usuário, seja nos serviços de saúde, no caso do oitavo período, seja em campos sociais, como no caso do terceiro período.

Urge no ensino de graduação em enfermagem problematizar a construção da cidadania e seu exercício no Brasil, e nesse bojo debater os direitos dos usuários da saúde, para que os estudantes possam (re)contextualizar os saberes e seus fazeres (ações) no campo da saúde e do cuidado em saúde. Debater a saúde por meio de exemplos concretos nos cenários do SUS, com os insucessos e suas práticas exitosas, de modo que se reconfigurem as representações que, à luz de seus efeitos e funcionalidades, implique em práticas cidadãs profissionais que sigam ao encontro da qualidade da assistência assegurando os princípios de SUS de igualdade, equidade e universalidade à população.

As representações sociais dos estudantes sobre os direitos dos usuários da saúde subsidiam um (re)pensar sobre as práticas de cuidado articuladas aos saberes sociais de seus produtores com o arcabouço teórico e científico da área e, por isso, a utilização de metodologias ativas que exercitem o raciocínio com base em contextos diferenciados de atenção à saúde podem ser importantes aliadas para o estabelecimento de diálogo entre o senso comum e os saberes científicos, reconfigurando os campos representacionais.

## REFERÊNCIAS

ABRIC, J.C. Les représentations sociales: aspects théoriques. In: ABRIC, J. C. **Pratiques sociales et représentations**. Paris PUF, 2011. p.15-46.

AGUIAR, Z.A. Antecedentes Históricos do Sistema Único de Saúde: Breve História da Política de Saúde no Brasil. In: AGUIAR, Z.A. **SUS: Sistema Único de Saúde – Antecedentes, percurso, perspectivas e Desafios**. São Paulo, Martinari, 2011, p.17-40.

AYRES, J. C.R.M. Uma concepção hermenêutica de saúde. **Physis Revista de Saúde Coletiva**. v.17. n. 1. 2007. P. 43-62.

ALMEIDA, A.M. O. Abordagem societal das Representações Sociais. **Sociedade e estado**. V. 24. n.3. 2009. P. 713-737.

ANTUNES, J.L.F. **Hospital: instituição e história social**. São Paulo: Letras e letras 1991.

AMANTE, L.N et al. A organização da enfermagem e da saúde no contexto da idade contemporânea (século XIX). In: PADILHA, M.I; BORENSTEIN, I.S; SANTOS. I. (org) **Enfermagem: história de uma profissão**. I. Difusão editora. São Caetano do Sul, SP. 2011. P. 147-181.

ANDRADE, L.O.M; MINAYO, M.C.S. Acesso aos serviços de saúde: direito e utopia. **Cienc e saúde colet**. V.17.n.11.2012. p.2862.

APOSTOLIDIS, T. Représentations sociales et triangulation: enjeux théorico-méthodologiques. In: ABRIC, J. **Méthodes d'étude des représentations sociales**. Paris: Editions Erès. 2003. p.13-36.

ARAUJO, F. P.; FERREIRA, M. A. Representações sociais sobre humanização do cuidado: implicações éticas e morais. **Rev. bras. enferm**, Brasília, v. 64, n. 2, p. 287-293, Apr. 2011. Available from <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-71672011000200011&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672011000200011&lng=en&nrm=iso)>. access on 01 Oct. 2016. <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-71672011000200011>.

ARRUDA, A. Novos significados da saúde e as representações sociais. **Cadernos Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro. V. 10. n. 2. p. 215-227. 2002.

ASENSI, F.D. **Direito à saúde: práticas sociais reivindicatórias e sua efetivação**. Curitiba. Juruá, 2013.

ASENSI, F.D. Judicialização ou juridicização? As instituições jurídicas e suas estratégias na saúde. **Physis Revista de Saúde Coletiva**. v. 20. N. 1. 2010. p. 33-55.

ASSIS, M.M.A.; JESUS, W.L.A. Acesso aos serviços de saúde: abordagens, conceitos, políticas e modelos de análise. **Cienc e saúde colet**. V.17. n.11.p-2865-2875. 2012.

ASSIS, M.M.A.; VILLA, T.C.S; NASCIMENTO, M.A.A. Acesso aos serviços de saúde: uma possibilidade a ser construída na prática. **Cienc saúde colet**. V.8. n.3 .p-815-823. 2003.

BARTIANI, J.A.N et al. As Origens da Enfermagem e da saúde: O cuidado no mundo. In: PADILHA, M.I; BORENSTEIN, I.S; SANTOS. I. (org) **Enfermagem: história de uma profissão**. I. Difusão editora. São Caetano do Sul, SP. 2011. P. 39-82

BARREIRA, I.A et al. Primeira república:A implantação da Enfermagem laica e seus desdobramentos (1889-1930). In: PADILHA, M.I; BORENSTEIN, I.S; SANTOS. I. (org) **Enfermagem: história de uma profissão**. I. Difusão editora. São Caetano do Sul, SP. 2011. P. 219-251.

BARREIRA, I.A. **A Enfermeira Ana Néri no “país do futuro”: a aventura da luta contra a tuberculose**. 335 fl. Tese (doutorado) – Escola de Enfermagem Anna Nery, da UFRJ, Rio de Janeiro, 1992.

BENEVIDES, R; PASSOS, E. Humanização na saúde: um novo modismo? **Interface-comunic, saúde, educ**. São Paulo. v.9, n.17, p.389-406, mar/ago 2005.

BLOUDEAU, D. Valeurs professionnelles, codes de déontologie et modèles relationnels. IN: BLOUDEAU, D . **Éthique et soin infirmiers**. Les Presses Université de Montreal. Montreal, 2013. p.127-143.

BOOK, L.F et al. A Organização da enfermagem e da saúde na idade contemporânea. In: PADILHA, M.I; BORENSTEIN, I.S; SANTOS. I. (org) **Enfermagem: história de uma profissão**. I. Difusão editora. São Caetano do Sul, SP. 2011. P. 253-294.

BRASIL. **As cartas da promoção da saúde**. Ministério da Saúde, secretária de políticas de saúde, Projeto Promoção da Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

BRASIL. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília, DF, Senado. 1988.

BRASIL. Lei nº 7498, de 25 de junho de 1986. **Dispõe sobre a regulamentação do exercício da Enfermagem e da outras providências**. Diário Oficial da República Federativa do Brasil. Brasília, DF, 26 de junho de 1996. Disponível em: <<http://site.portalcofen.gov.br/node/4161>>.

BRASIL. Lei 8080, de 19 de setembro de 1990. **Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e da outras providências**. Diário Oficial da República Federativa do Brasil. Brasília, DF, 19 de setembro de 1990. Disponível em: <<http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/lei8080.pdf>> . Acesso em 10 de novembro de 2011.

BRASIL. Lei 8.142, de 28 de dezembro de 1990. **Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e da outras providências.** Diário Oficial da República Federativa do Brasil. Brasília, DF, 28 de dezembro de 1990. Disponível em: <<http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/Lei8142.pdf>>. Acesso em 5 de novembro de 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Carta dos direitos dos usuários da saúde: ilustrada.** 4ªed. Brasília:Ministério da Saúde, 2013. 9 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. **HumanizaSUS: A Política Nacional de humanização: A humanização como eixo norteador das práticas de atenção e gestão em todas as instâncias do SUS.** 1ªed. Brasília: Ministério da Saúde, 2004. 20 p.a

Ministério da Saúde. **HumanizaSUS: A Política Nacional de humanização: A humanização como eixo norteador das práticas de atenção e gestão em todas as instâncias do SUS.** 1ªed. Brasília: Ministério da Saúde, 2004. 20 p.a

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **HumanizaSUS: Documento Base para Gestores e Trabalhadores do SUS.** 4ª ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2010. 72 p.

CARVALHO, V. Cuidando, Pesquisando e Ensinando: Acerca de Significados e Implicações para a prática de Enfermagem. **Rev. Latino –Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v.15, n.2. p. 806-15, 2004.

CARVALHO, V; CASTRO, I.B; PAIXÃO, S.S. Um projeto de mudança curricular no ensino de Enfermagem em nível de graduação que favorece aos propósitos emergentes da prática profissional. In: CARVALHO, V. (Org). **Sobre Enfermagem: Ensino e Perfil profissional.** Rio de Janeiro. UFRJ/EEAN; 2006. p. 73-100.

CARVALHO, V. **Para uma epistemologia da Enfermagem: Tópicos de crítica e contribuição.** Rio de Janeiro: UFRJ- EEAN. 2013.

CARVALHO, J.M. **Cidadania no Brasil: o longo caminho.** 12 ed. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2009.

CHERNICHARO, I.M; FREITAS, F.D.S; FERREIRA, M.A. Humanização do cuidado de Enfermagem: Contribuição ao debate sobre a Política Nacional de Humanização. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v.66. p.564-570, 2013.

CHICHARO S.C.R, et al. Fatores facilitadores do ensino-aprendizagem na formação do enfermeiro: uma revisão integrativa Factors facilitating the teaching-learning in nursing education: an integrative review. **Revista de Pesquisa: Cuidado é Fundamental Online**, [S.l.], v. 8, n. 2, p. 4099-4108, apr. 2016. ISSN 2175-5361. Disponível em: <<http://www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/view/3408>>. Acesso em: 01 oct. 2016. doi:<http://dx.doi.org/10.9789/2175-5361.2016.v8i2.4099-4108>.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. **Código de ética dos profissionais de Enfermagem**. Disponível em: <http://www.portalcofen.gov.br/sitenovo/node/4394>  
Acesso em 22 de novembro de 2013.

COHN, Clarice. O ensino de Antropologia da Saúde na graduação: uma experiência . **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 20, n. 1, p. 41-49 , mar. 2011. ISSN 1984-0470. Disponível em: <<http://www.revistas.usp.br/sausoc/article/view/29768>>. Acesso em: 01 oct. 2016. doi:<http://dx.doi.org/10.1590/S0104-12902011000100006>.

DALLARI, D.A. **O que são direitos da pessoa**. São Paulo. Brasiliense. 10 ed. 2004.

DUARTE, N. E.; FERREIRA, M. A.; LISBOA, M. T. L. A dimensão prática do cuidado de enfermagem: representações sociais de acadêmicos de enfermagem. **Esc. Anna Nery**, Rio de Janeiro , v. 16, n. 2, p. 227-233, June 2012 . Available from <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1414-81452012000200003&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452012000200003&lng=en&nrm=iso)>. Access on 01 Oct. 2016. <http://dx.doi.org/10.1590/S1414-81452012000200003>.

FLICK, U. **Qualidade na pesquisa qualitativa**. Porto alegre. Artmed. 2009.

FRANCE. Ministère des affaires sociales et de la santé. Usagers, votre santé, vos droits. 2014. 148p.

FREITAS, F.D.S. **Saberes e práticas de estudantes de Enfermagem sobre a humanização: Implicações para o cuidado de Enfermagem**. [Dissertação]. Rio de Janeiro. Escola de Enfermagem Anna Nery – Universidade Federal do Rio de Janeiro, 2013. 145f

FONTANELLA, B.J.B, RICAS, J; TURATO, E.R. Amostragem por saturação em pesquisas qualitativas em saúde: contribuições teóricas. **Cad. Saúde Pública** [Internet]. 2008 Jan [cited 2017 Feb 01]; 24(1): 17-27. Available from: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-311X2008000100003&lng=en](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2008000100003&lng=en).

GARCIA, J.N.R; NEVES, M.L; CAMARGO, M.C. Historia da Enfermagem. In: MURTA, G.F (org). **Saberes e Práticas: Guia Para Ensino e Aprendizado de Enfermagem**. São Paulo, Difusão Editora, 2006, p. 261-294.

GAWRYSZEWSKI, A. R. B; OLIVEIRA, D. C; GOMES, A. M. T. Acesso ao SUS: representações e práticas de profissionais desenvolvidas nas Centrais de Regulação. **Physis** Rio de Janeiro , v. 22, n. 1, p. 119-140, 2012 . Available from <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0103-73312012000100007&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-73312012000100007&lng=en&nrm=iso)>. access on 01 Oct. 2016. <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-73312012000100007>.

GEOVANI, T et al. **História da Enfermagem: versões e impressões**. 2 ed. Rio de Janeiro; Revinter, 2005.

GIOVANELLA, L. FLEURY, S. Universalidade da atenção à saúde: acesso como categoria de análise. In: EIBENSCHUTZ, C. **Política de saúde: o público e o privado**. Rio de Janeiro. Fiocruz, 1995. P.177-198.

GOMES, A. M. T; OLIVEIRA, D. C; SA, C. P. O Sistema Único de Saúde na representação social de usuários: uma análise de sua estrutura. **Rev. bras. enferm.**, Brasília , v. 64, n. 4, p. 631-638, Aug. 2011 . Available from <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-71672011000400002&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672011000400002&lng=en&nrm=iso)>. access on 01 Oct. 2016. <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-71672011000400002>.

WINTERS, J. R. F; PRADO, M. L.; HEIDEMANN, I. T. S. B. A formação em enfermagem orientada aos princípios do Sistema Único de Saúde: percepção dos formandos. **Esc. Anna Nery**, Rio de Janeiro , v. 20, n. 2, p. 248-253, jun. 2016 . Disponível em <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1414-81452016000200248&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452016000200248&lng=pt&nrm=iso)>. acessos em 10 abr 2017. <http://dx.doi.org/10.5935/1414-8145.20160033>.

JODELET, D. Representações Sociais: um domínio em expansão. In: \_\_\_\_\_. (Org.). **As representações sociais**. Rio de Janeiro : EDUERJ, 2001. p. 17-44.

JOHNSON, R.A; WHICERN, D.W. **Applied multivariate statistical analysis**. 4 ed. New Jersey. Prentice – Hall. 1998.

JOSEPH, K. S et al. Socioeconomic status and perinatal outcomes in a setting with universal access to essential care services. **Canadian Medical Association (CMAJ)**. 2007. 177 (6): 583-590.

KRONBERGER, N.E; WAGNER, W. Palavras-chave em contexto: Análise estatística de textos. In: BAUER, M.W; GASKELI, J. (orgs). **Pesquisa qualitativa com texto, imagem e som: um manual prático**. (Tradução de Pedrinho A. Guareschi). Petrópolis, RJ. Vozes. 2004.p. 416-441.

LIMA, N.T. FONSECA, C.M, O. HOCHMAN, G. A Saúde na construção do estado Nacional do Brasil: reforma sanitária em perspectiva histórica. LIMA, N.T et al. (org). **Saúde e democracia: História e perspectivas do SUS**. Rio de Janeiro: Editora: Fiocruz, 2005.p.27-58.

LYRA FILHO, J. **O que é direito**. São paulo. Brasiliense, 2012.

LUZ, M. Notas sobre as políticas de saúde no Brasil de “transição Democrática” anos 80. *Physis – Revista de Saúde Coletiva*. v.1 (1): 1991.

MARCIA, J.R.; . PADILHA, M.I.C.; . REEBNITZ, K.S. **A construção dos Senadens’s para a construção das diretrizes curriculares da enfermagem**. In: Seminário Nacional de Diretrizes para a educação em enfermagem no brasil, VI, Teresina, 2002. Anais ..., Teresina, PI: ABEn, 2003.

MARTINS, P. C. I et al. De quem é o SUS? Sobre as representações sociais dos usuários do Programa Saúde da Família. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 3, p. 1933-1942, Mar. 2011. Available from <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232011000300027&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232011000300027&lng=en&nrm=iso)>. access on 30 janeiro 2017. <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232011000300027>

ME. Ministério da Educação. Lei 9394 de 20 de dezembro de 1996. **Estabelece as diretrizes e bases da educação nacional**. Diário oficial da união, Brasília, 23 dez, 1996.

MENDES, E.V. O sistema único de saúde: um processo social em construção. In: MENDES, E.V. **Uma agenda para a saúde**. 2ªed. São Paulo: HUCITEC, 2006. P.57-98.

MOREIRA, A. OGUISSO, T. **Profissionalização da enfermagem brasileira**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan. 2005.

MOREIRA, A. A desmitificação a orige da enfermagem brasileira. In: GEOVANINI T. (org). **História da enfermagem; versões e interpretações**. Rio de Janeiro, Revinter, 1995.

MOSCOVICI, S. **A Psicanalise, sua imagem e seu público**. Petropólis. Vozes, 2012.

MONDAINI, M. **Revolução inglesa: o respeito dos direitos dos indivíduos**. In: PINSKY, J.; PYNSKY, C.B. (org). **História da Cidadania**. São Paulo: Contexto, 2008. P. 115-134.

NAVARRO, A.S.S; GUIMARÃES, R.L.S; GARANHANI, M.L. Trabalho em equipe: o significado atribuído por profissionais da estratégia de saúde da família. **REME. Rev Min Enferm**. 2013 jan/mar; 17(1): 61-68.

NAUDERER, T.M.; LIMA, M.A.D.S. Imagem da Enfermeira: Revisão de Literatura. **Rev Bras de Enferm**. Brasília. V.58. n.1. p. 74-77. 2005.

NOGARIO, Aline Carniato Dalle et al. Ações dos enfermeiros no exercício da advocacia do paciente internado em um centro de queimados. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 49, n. 4, p. 580-588, aug. 2015. ISSN 1980-220X. Disponível em: <<http://www.revistas.usp.br/reusp/article/view/103379>>. Acesso em: 01 oct. 2016. doi:<http://dx.doi.org/10.1590/S0080-623420150000400007>.

NORONHA, J.C; LIMA, L.D; MACHADO, C.V. O Sistema Único de Saúde SUS. In: GIOVANELLA, L; ESCOREL et al (orgs). **Políticas e Sistema de Saúde no Brasil**. Rio de Janeiro, Fiocruz, 2008, p.435-72.

NIGHTINGALE, F. **Notas sobre Enfermagem: O que é e o que não é**. São Paulo, Cortez. Ed. 1989.

ODALIA, N. **Revolução Francesa: A liberdade como meta meta coletiva**. In: PINSKY, J. PINSKY, C.B. (org). **História da cidadania**. São Paulo: Contexto, 2008. Alicerces da Cidadania, p. 159-170.

OGUISSO, T. **Trajatória histórica e legal da enfermagem**. Barueri. SP: Manole, 2007.

OLIVEIRA, E.M. **Sistema único de saúde (SUS): Contradições determinadas pelo desenvolvimento das forças produtivas da sociedade**. [Tese de doutorado]. Rio de Janeiro. Faculdade de Filosofia, Ciências e letras de Ribeirão Preto – Universidade de São Paulo, 2015. 209f

OLIVEIRA, M.H.B; VASCONCELLOS, L.C.F. **Direito e saúde. Aproximações para a demarcação de um novo campo de conhecimento**. In: OLIVEIRA, M.H.B;

VASCONCELLOS, L.C.F. (org). **Direito e saúde: Um campo em construção**. Rio de Janeiro, Ediouro, 2009. p.12-36.

OLIVEIRA, D.C; SILVA, L.L. O que pensam os usuários sobre a saúde: representação social do sistema único de saúde. **Rev. Enferm. UERJ**. Rio de Janeiro, 2010. Jan/mar; 18(1): 14-18.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS. **Declaração universal dos direitos humanos**. 1948. Disponível em: <http://www.un.org/en/documents/udhr/index.shtml#ap>

PADILHA, M.I.C. **A Mística do silêncio: a prática da enfermagem na santa casa de misericórdia do Rio de Janeiro no século XIX**. Tese (Doutorado). Universidade Federal do Rio de Janeiro, 1997.

PADILHA, M.I.C. **Pesquisando em saúde e enfermagem**. Texto e contexto – Enfermagem, Florianópolis,UFSC, v.17, n.4.p.623-624, out-dez. 2008.

PAIM, J.S. Políticas de Saúde no Brasil. In: ROUQUAYROL,M.Z;ALMEIDA FILHO, N. **Epidemiologia e saúde**. 6ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2003. P.587-604.

PASCHE, D.F; PASSOS, E. A Importância da Humanização a partir do Sistema Único de Saúde. **Rev Saúde Pública Santa Catarina**. Florianópolis. V. 1. n.1 p. 92-100. jan/jun. 2008

PENA, P. O. O Controle social interessa à enfermagem. **Revista Cogitare Enfermagem**, Paraná, V.6, n.2, p- 43-49, 2001.

PEREIRA, N.A. **As Configurações do SUS para seus usuários: Uma contribuição para a prática de enfermagem de enfermagem e de saúde**. 2006. 133f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem ) – Faculdade de Enfermagem, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2006.

PONTES, A. P. M. et al. Facilidades de acesso reveladas pelos usuários do Sistema Único de Saúde. **Rev. bras. enferm.**, Brasília , v. 63, n. 4, p. 574-580, Aug. 2010 . Available from [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-71672010000400012&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672010000400012&lng=en&nrm=iso). access on 01 Oct. 2016. <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-71672010000400012>.

PONTES, A. P. M.; OLIVEIRA, D. C.; GOMES, A. M. T. Os princípios do Sistema Único de Saúde estudados a partir da análise de similitude. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 22, n. 1, p. 59-67, jan. 2014. ISSN 1518-8345. Disponível em: <<http://www.revistas.usp.br/rlae/article/view/76070>>. Acesso em: 01 oct. 2016. doi:<http://dx.doi.org/10.1590/0104-1169.2925.2395>

PONTES, A. P. M. et al . Facilidades de acesso reveladas pelos usuários do Sistema Único de Saúde. **Rev. bras. enferm.**, Brasília , v. 63, n. 4, p. 574-580, Aug. 2010 . Available from <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-71672010000400012&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672010000400012&lng=en&nrm=iso)>. access on 14 July 2017. <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-71672010000400012>.

PORTO, F.R. SANTOS, T.C.F. A enfermeira brasileira na mira do clique fotográfico (1919-1925). In: PORTO, F.R; AMORIM, W.F. (org). **História da Enfermagem Brasileira: lutas, ritos e emblemas**. Rio de Janeiro: Águia Dourada, 2007.

PORTO, I.S. Identidade da Enfermagem e Identidade Profissional da Enfermeira Tendências Encontradas em produções científicas desenvolvidas no Brasil. **Esc Anna Nery Revista de Enfermagem**. Rio de Janeiro. V.18.n.4. p. 92-100. 2004

PERRY, A.G. O Cliente e o ambiente de saúde. In: POTTER, P.A; PERRY, A.G. **Fundamentos de Enfermagem**. 7ª ed Rio de Janeiro. Elsevier. 2009. p. 1-9.

RAMOS, R. S. et al . Access the Unified Health System actions and services from the perspective of judicialization. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto , v. 24, e2797, 2016 . Available from <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-11692016000100320&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692016000100320&lng=en&nrm=iso)>. access on 01 Oct. 2016. Epub May 03, 2016. <http://dx.doi.org/10.1590/1518-8345.1012.2689>.

SANTOS, L.; ANDRADE, L.O.M. Acesso às ações e serviços de saúde: uma visão polissêmica. **Cienc e saúde colet**. V.17. n.11.p-2876-2875. 2080.

REIS, E. **Estatística multivariada aplicada**. Lisboa. Sílabo, 1997.

RUSSEL, J.B. **História da feitiçaria: feitiçeiro, hereges e pagãos**. Trad. De. Álvaro Cabral. Rio de Janeiro: Campus, 1993.

SÁ, C.P. **A construção do objeto de pesquisa em representação sociais**. Rio de Janeiro. EdUERJ, 1998.

\_\_\_\_\_. **Núcleo central das representações sociais**. 2.ed. Petrópolis. Editora Vozes, 2002.

SANTOS, T.C.F; BARREIRA, I.A. **O poder simbólico da enfermagem norte – americana no ensino de enfermagem da capital do Brasil – 1928-1938**. Rio de Janeiro: Escola de Enfermagem Anna Nery, da UFRJ, 2002.

SANTOS, T.C.F; GOMES, M.I.B. Nexos entre pós graduação e pesquisa em enfermagem no Brasil. **Revista Brasileira de Enfermagem**, ABEn, n.601.p-91-93, jan-fev. 2007.

SAMPAIO, J; SANTOS, AGOSTINI, SALVADOR. Limites e potencialidades das rodas de conversa no cuidado em saúde: uma experiência com jovens no sertão pernambucano. **Interface (Botucatu)**, Botucatu , v. 18, supl. 2, p. 1299-1311, 2014 . Available from <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1414-32832014000601299&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832014000601299&lng=en&nrm=iso)>. access on 10 mar 2017. <http://dx.doi.org/10.1590/1807-57622013.0264>.

SAUTHIER, J; BARREIRA, I.A. **As enfermeiras norte-americanas e o ensino de enfermagem na capital do Brasil – 1921-1931**. Escola de Enfermagem Anna Nery, da UFRJ, Rio de Janeiro. 1999.

SEBOLD et al. Cuidar é ... percepções de estudantes de Enfermagem: um olhar heideggeriano. **Esc Anna Nery**. 2016; 20 (2): 243-247.

SEMIM, G.M; S, M.C.B.M, Corrêa, A.K. Professor como facilitador do processo ensino-aprendizagem: visão de estudante de enfermagem. **Rev Gaúcha Enferm**, Porto Alegre (RS) 2009 set;30(3):484-91.

SILVA, F.D; CHERNICHARO, I.M.; FERREIRA, M.A. Humanização e Desumanização: A Dialética expressa no Discurso de Docentes de Enfermagem sobre o cuidado. **Esc Anna Nery Rev Enfermagem**. v.15. n. 2. p. 306-313. 2011. b

SILVA, F.D; CHERNICHARO, I.M.; FERREIRA, M.A. Formação do Enfermeiro: Desafios para a Humanização da assistência e da gestão. In: PESQUISANDO EM ENFERMAGEM, 17.,2011, Rio de Janeiro. **Anais...**Rio de Janeiro:UFRJ, 2011.p.31. a

SINGER, P. **Direitos Sociais: a cidadania para todos**. In: PINSKY, C.B. (org). História da cidadania. São Paulo: Contexto, 2008. P. 191-264.

SOUZA, Z.A.A. Representações sociais de estudantes de graduação em Enfermagem sobre saúde [Dissertação]. Rio de Janeiro. Escola de Enfermagem Anna Nery – Universidade Federal do Rio de Janeiro, 2016. 80f

TRAVASSOS, C; MARTINS, M. Uma revisão sobre os conceitos de saúde e utilização de serviços de saúde. **Cad Saúde Pública**. V.20. n.2. p. 190.198. 2004.

WAGNER, W. Sócio-gênese e características das representações sociais. In: MOREIRA, S.A.P.; OLIVEIRA, D.C. **Estudos interdisciplinares de representação social**. Goiânia. , 1998. [Cap. Representações sociais. Gênese, estrutura e relações, p. 3-26]

WALDOW, V. R. **Cuidar: Expressão Humanizadora da Enfermagem**. 2ªed. Petrópolis (RJ): Vozes; 2007.

WALDOW, V. R.. **O cuidado na saúde: as relações entre o eu, o outro e os cosmos**. 2ªed. Petrópolis (RJ): Vozes; 2004.

WALDOW, V.R. Examinando o conhecimento na Enfermagem. In: MEYER, D.E; WALDOW, V.R; LOPES, M.J.M. (Org). **Marcas da Diversidade: Saberes e Fazeres da Enfermagem Contemporânea**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1998. p-53-85.

VALE, E.G; FERNANDES, J.D. Ensino de graduação em enfermagem: contribuição da Associação Brasileira de Enfermagem. In: TEIXEIRA, E.G.; FERNANDES, J.D; SORDI, M.R.L. **O Ensino de graduação em enfermagem no Brasil: o ontem, o hoje e o amanhã**. Brasília: Inep, 2006.

VAGHETI, H.H et al. 2011. **A Organização da enfermagem e da saúde no contexto da idade média: o cuidado e a ciência no mundo e no Brasil**. In: PADILHA, M.I; BORENSTEIN, I.S; SANTOS. I. (org) **Enfermagem: história de uma profissão**. PADILHA, M.I; BORENSTEIN, I.S; SANTOS. I. Difusão editora. São Caetano do Sul, SP. 2011.p. 83-110.

VENTURA, C.A.A; MELLO, D.F; ANDRADE, R.D; MENDES, I.A.C. Aliança da Enfermagem com o usuário na defesa do SUS. **Rev Bras Enferm**, v. 65. N. 6. P. 893-8. 2012.

KLETEMBERG, D.F et al. O Fascínio da ciência na aréa da saúde (1960-1990). In: In: PADILHA, M.I; BORENSTEIN, I.S; SANTOS. I. (org) **Enfermagem: história de uma profissão**. I. Difusão editora. São Caetano do Sul, SP. 2011. P. 295-334.

KOERICH, A.M.E et al. A organização da enfermagem e da saúde no contexto da idade moderna: o cuidado e a ciência no mundo e no brasil. In: PADILHA, M.I; BORENSTEIN, I.S; SANTOS. I. (org) **Enfermagem: história de uma profissão**. I. Difusão editora. São Caetano do Sul, SP. 2011. p. 111- 143.

## APÊNDICES

## APÊNDICE A

### ROTEIRO DE ENTREVISTA

#### 1ª Parte - Dados Gerais:

Sexo: ( ) Masculino ( ) Feminino                      Idade: \_\_\_\_\_ anos  
 Nacionalidade: \_\_\_\_\_                      Naturalidade: \_\_\_\_\_  
 Estado civil: \_\_\_\_\_                      Religião: \_\_\_\_\_  
 Renda familiar: \_\_\_\_\_                      Profissão/ocupação: \_\_\_\_\_  
 Já atuou em algum serviço de Enfermagem: [ ] sim [ ] não  
 Se sim, por quanto tempo: \_\_\_\_\_  
 Cenários em que atuou: \_\_\_\_\_  
 Têm parentes que atuam no serviço de Enfermagem: [ ] sim [ ] não  
 Se sim, qual grau de parentesco: \_\_\_\_\_  
 Que tipo de atividades desenvolve: \_\_\_\_\_  
 Fez estágio extra-curricular? \_\_\_\_\_  
 Se sim, em que instituição e setores? \_\_\_\_\_

#### 2ª parte (questões abertas):

1. Atualmente os direitos dos usuários é um tema que vem sendo muito discutido na área da saúde, o que você pensa sobre os direitos dos usuários da saúde ?
2. Por que você considera que isso que você disse seja direito do usuário?
3. Há pessoas que têm mais direitos do que outras (Ou que têm seus direitos mais respeitados)? Por que, como assim? Pode dar exemplo?
4. Você poderia descrever uma assistência em que, na sua opinião, os direitos do usuário foram/são respeitados e uma em que os direitos não foram/são respeitados?
5. Como você se vê atuando junto ao usuário no campo de estágio? E aos outros colegas, como você os vê?
6. Há alguma diferença na forma como se presta a assistência aos usuários nos cenários que você já atuou? Que diferenças são essas? Por que você acha que houve estas diferenças?

7. Você acredita que haja dificuldades para se efetivar os direitos dos usuários? Quais seriam? Você já teve (ou tem) dificuldades? De que forma você lida com elas?
8. E os enfermeiros, também possuem dificuldades? Quais seriam? E os professores, têm dificuldades? Quais e como lidam com elas?
10. Como você vê o enfermeiro(a) atuando na assistência, poderia descrevê-lo? É uma assistência em que se respeita os direitos dos usuários, porque sim ou porque não?
11. O que o direito do usuário tem de bom? O que ele tem de ruim?
12. Existe alguma coisa relacionada aos direitos dos usuários da saúde que te preocupa? Por quê?
13. O processo de ensino e aprendizagem no curso de graduação te influenciou para prestar uma assistência com base nos direitos dos usuários? Como? Por que ?
14. Na sua experiência, tem algum PCI ou disciplina foca mais nesta questão dos direitos dos usuários da saúde?
15. Há algum conteúdo que você considera mais importante no curso de graduação sobre este tema? Quais e por que você os citou?

## APÊNDICE B

### COLETA DE EVOCAÇÕES LIVRES

#### 1ª Parte - Dados Gerais:

Sexo: ( ) Masculino ( ) Feminino      Idade: \_\_\_\_\_ anos  
 Nacionalidade: \_\_\_\_\_      Naturalidade: \_\_\_\_\_  
 Estado civil: \_\_\_\_\_      Religião: \_\_\_\_\_  
 Renda familiar: \_\_\_\_\_      Profissão/ocupação: \_\_\_\_\_  
 Já atuou em algum serviço de Enfermagem: [ ] sim [ ] não  
 Se sim, por quanto tempo: \_\_\_\_\_  
 Cenários em que atuou: \_\_\_\_\_  
 Têm parentes que atuam no serviço de Enfermagem: [ ] sim [ ] não  
 Se sim, qual grau de parentesco: \_\_\_\_\_  
 Fez estágio extra-curricular? \_\_\_\_\_  
 Se sim, em que instituição e setores? \_\_\_\_\_

#### 2ª Parte :

Fale as cinco primeiras palavras que lhe vêm a cabeça a partir da expressão abaixo:

#### “Direitos dos usuários da saúde”

Palavras Evocadas	Ordem
1. _____	1. _____
2. _____	2. _____
3. _____	3. _____
4. _____	4. _____
5. _____	5. _____

Depois, numere-as de 1 a 5 da mais importante para a menos importante pra você, na segunda coluna.