

ALEJANDRINA ARRATIA FIGUEROA

**A BIOÉTICA E SUA PRESENÇA NA EDUCAÇÃO
PARA A SAÚDE**

Florianópolis - Santa Catarina

1998

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM
CURSO DE DOUTORADO – ÁREA DE CONCENTRAÇÃO: FILOSOFIA DA
ENFERMAGEM**

**A BIOÉTICA E SUA PRESENÇA NA EDUCAÇÃO
PARA A SAÚDE**

ALEJANDRINA ARRATIA FIGUEROA

*Tese submetida à Universidade Federal de
Santa Catarina para obtenção do Grau de
Doutora em Enfermagem – área de
concentração: Filosofia da Enfermagem*

Florianópolis - Santa Catarina

1998

ALEJANDRINA ARRATIA FIGUEROA

**A BIOÉTICA E SUA PRESENÇA NA EDUCAÇÃO
PARA A SAÚDE**

**Orientadora:
Dra Sandra Caponi**

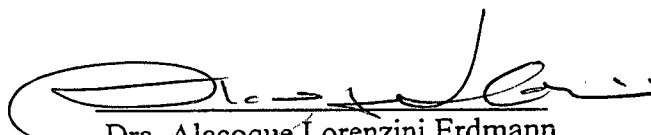
A BIOÉTICA E SUA PRESENÇA NA EDUCAÇÃO PARA A SAÚDE

ALEJANDRINA ARRATIA FIGUEROA

Esta tese foi submetida ao processo de avaliação pela Banca Examinadora para obtenção do título de

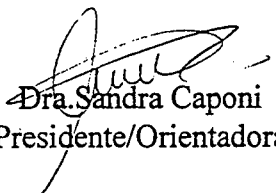
Doutor em Enfermagem – Área de Concentração: Filosofia da Enfermagem

E aprovada em sua forma final no dia 1 de dezembro de 1998, atendendo às normas da legislação vigente do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem – Curso de Doutorado em Enfermagem, Área de Concentração: Filosofia da Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina.

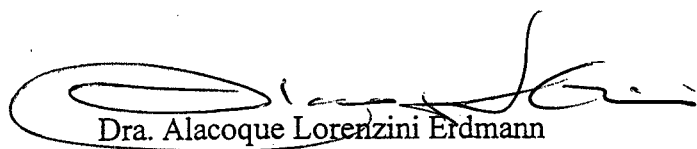


Dra. Alacoque Lorenzini Erdmann

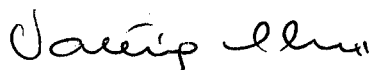
BANCA EXAMINADORA



Dra. Sandra Caponi
Presidente/Orientadora



Dra. Alacoque Lorenzini Erdmann
-Membro -



Dra. Valéria Lerch Lunardi
- Membro -



Dr. Alejandro Serani
- Membro -



Dr. Ivo Gelain
- Membro -



Dra. Beatriz Capella
Suplente

*Dedico este estudo a minha família,
por sua infinita compreensão, amor e
alegria de viver que dão valor e força
às minhas escolhas na vida.*

O pensamento de um educador PARA VOCÊ ME EDUCAR

*você precisa me conhecer,
 precisa saber de minha vida,
 meu modo de viver e sobreviver,
 conhecer a fundo as coisas nas quais eu creio
 e às quais me agarro nos momentos de solidão,
 desespero, sofrimento.
 A educação que eu necessito é aquela que me faz
 mais eu,
 que desperta, do mistério do meu ser,
 as potencialidades adormecidas.*

VITAL DIDONET

O reconhecimento a

*Valéria Lerch Lunardi
Maria Socorro Pereira
Carin Iara Loeffler
Marta Lúcia Vásquez
Clara Virginia Caro*

Pela amizade, ajuda e força neste caminho longe da minha terra, pelos momentos compartilhados que me permitiram um crescimento espiritual e intelectual e me fortaleceram a construir e reconstruir meu saber e a aumentar meu compromisso por oferecer e participar do conseguido.

Aos Professores

Doutora Maria Lourdes de Souza, professora do curso de Pós-Graduação da Universidade Federal de Santa Catarina.

Doutora Alacoque Lorenzini Erdmann, professora do curso de Pós-Graduação da Universidade Federal de Santa Catarina.

Doutor Francisco Javier León, do grupo de Investigação em Bioética de Galicia-España.

Professor Javier Zabalza, da Pontificia Universidade Católica de Chile.

Obrigada pela sua confiança, por permitir-me compartilhar seus conhecimentos, sua amizade, por fortalecer minhas esperanças e por acompanhar meu crescimento.

À minha orientadora *Doutora Sandra Caponi*

por acreditar em meu trabalho e nas minhas idéias, pela acolhida e disposição oferecida e por contribuir a alcançar minha meta, num caminho tranqüilo, respeitoso e fraternal.

SUMÁRIO

SUMÁRIO	vi
RESUMO	ix
ABSTRACT	x
I - INTRODUÇÃO	1
II - OBJETIVOS	4
III - MARCO TEÓRICO	5
3.1 - Educação para a saúde: dimensões ética, bioética e educativa	5
3.1.1 - Dimensão ética e sua influência na educação para a saúde - Aspectos gerais	5
3.1.2 - Contribuições da ética à conduta profissional e à educação para a saúde	8
3.1.3 - Bioética: origem e desenvolvimento	13
3.1.3.1 - Objeto, natureza e definição da bioética	19
3.1.3.2 - Bioética personalista: origem definição e princípios	23
3.2 - Livre vontade do usuário frente à educação para a saúde	46
3.3 - Autoritarismo e poder nos profissionais da saúde	65
3.3.1 - Autoritarismo	65
3.3.1.1 - Funções da autoridade	68
3.3.1.2 - Relações de poder	70
3.3.1.3 - Influência da autoridade e o poder na educação para a saúde	74
3.3.2 - Paternalismo e consentimento informado	79
3.3.2.1 - Generalidades em relação ao paternalismo	79
3.3.2.2 - Princípio de beneficência/autonomia no paternalismo	80
3.3.2.3 - Natureza e conceito de paternalismo	83
3.3.2.4 - Justificação do paternalismo e antipaternalismo	87
3.3.2.4.1 - Antipaternalismo	87
3.3.2.4.2 - Justificação do paternalismo por consentimento ou por benefício	88
3.3.2.4.3 - Justificação do paternalismo forte	89
3.3.3 - Consentimento informado	91
3.3.3.1 - Aspectos constitutivos do consentimento informado	95
3.3.3.2 - Conseqüências de um consentimento não adequadamente informado	96
3.3.3.3 - O Consentimento informado em Enfermagem	98
3.3.4 - Influência do paternalismo e o consentimento informado na educação para a saúde	100
3.3.4.1 - Paternalismo e educação para a saúde	100
3.3.4.2 - O consentimento informado na prática educativa em saúde	102
3.3.4.3 - Propósitos da educação em saúde e o consentimento informado	104
3.4 - Educação para a saúde e sua dimensão bioética	105

3.4.1 - Aspectos gerais e dificuldades que se apresentam na prática educativa	106
3.4.2 - Dilemas na educação para a saúde	110
3.4.3 - Dimensão educativa e bioética	113
3.4.3.1 - Aspectos gerais	113
3.4.3.2 - Dimensão educativa e comportamentos humanos	117
3.4.3.3 - Dimensão educativa e pessoa	121
3.4.3.4 - Função educativa e fundamentos educacionais a partir de uma perspectiva da liberdade	127
3.4.3.5 - Função educativa e fundamentos educacionais da educação de adultos	132
3.4.3.6 - Características da aprendizagem em usuários adultos	134
IV - METODOLOGIA DE TRABALHO	137
4.1 - Modelo da investigação	137
4.1.1 - Modelo descritivo	138
4.1.2 - Componente metodológico: qualitativo/quantitativo	140
4.1.3 - Contribuições do modelo descritivo, qualitativo/quantitativo na presente investigação	143
4.1.4 - Técnica: análise de conteúdo (AC)	145
4.1.4.1 - Generalidades	145
4.1.4.2 - Conceito da análise de conteúdo	147
4.1.4.3 - Importância e finalidade da técnica de AC	150
4.1.4.4 - Aportes da AC a partir da perspectiva da metodologia qualitativa	151
4.1.4.5 - Desvantagens que apresenta a metodologia qualitativa na AC	152
4.1.4.6 - Aportes da AC a partir da perspectiva da metodologia quantitativa	152
4.1.4.7 - Desvantagens que apresenta a metodologia quantitativa na AC	153
4.1.4.8 - Medidas para superar as desvantagens	153
4.1.4.9 - Descrição do método da AC	153
4.1.4.9.1 - Fases da AC	153
4.1.5 - Planificação do estudo	164
4.1.6 - Procedimentos de obtenção da informação	166
4.1.7 - Plano de registro dos dados	168
4.1.8 - Plano de análise dos dados	191
V - ANÁLISE DE RESULTADOS	192
5.1 - Apresentação da informação	194
5.2 - Segundo fonte de informação	202
5.3 - Resumo das categorias mais frequentes Grupo Medicina Geral (A) / Idosos - Diabetes (B)	209
5.4 - Resumo das categorias mais frequentes Grupo Idosos (C) / Diabetes (D)	210
5.5 - Aspectos relevantes surgidos do processo de inferência/qualificação	212
5.6 - Aspectos relevantes surgidos do processo de inferência/qualificação (grupo idosos/diabetes)	223
VI - CONCLUSÕES	233
6.1 - Segundo grupo de estudo e fontes de informação.	233
6.2 - Observações detectadas segundo fontes de informação.	239
6.3 - Conclusão geral segundo o propósito, questões e objetivos	241
VII - CONTRASTAÇÃO DO MARCO TEÓRICO COM AS PRINCIPAIS EVIDÊNCIAS DETECTADAS NA INVESTIGAÇÃO	244
7.1 - Generalidades	244

7.2 - Aspectos centrais da bioética personalista _____	248
7.3 - Fatores que ameaçam a prática da bioética na educação para a saúde _____	250
7.4 – Desde a perspectiva da educação _____	254
VIII - CONSIDERAÇÕES FINAIS _____	257
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS _____	259
ANEXOS _____	266
ANEXO N° 1: Quadro resumo da planificação da entrevista semiestruturada _____	267
ANEXO N°2: Questões da entrevista semiestruturada _____	268
ANEXO N°3: Análise de conteúdo das entrevistas _____	269

RESUMO

A presente pesquisa propõe-se a valorizar a importância de condutas profissionais que favoreçam a prática da bioética nas ações educativas, especialmente o respeito pela livre vontade do usuário. Sugere-se a incorporação de aspectos bioéticos e estratégias educativas que sejam adequadas e coerentes aos sistemas educativos em saúde; às características da população destinatária e suas necessidades. Isto requer oferecer aos usuários diversas possibilidades para que, em virtude de sua própria e intransferível liberdade, possam adotar a conduta mais apropriada e pessoal em um ambiente em que se leve em conta seu consentimento informado. A fundamentação teórica realizou-se considerando o desenvolvimento de aspectos que permitiram desde uma perspectiva ético-filosófica, educativa e da bioética personalista, apoiar e realçar a dignidade do homem, o respeito pela sua pessoa e sua autodeterminação. A metodologia utilizada corresponde a um estudo descritivo, quantitativo/qualitativo. Os dados foram coletados a partir de entrevistas semiestruturadas, utilizando a técnica de análise de conteúdo, o que permitiu destacar categorias que enfatizam uma educação em saúde que não considera as necessidades individuais, que está centrada no profissional, que impede a participação dos usuários e que não deixa tempo e confiança para perguntar. A pesquisa foi desenvolvida com um grupo de usuários do ambulatório do Hospital Universitário, em Florianópolis, Brasil. Concluiu-se que as condutas profissionais relacionadas às atividades educativas não favorecem a manifestação da liberdade do usuário. Identificou-se uma prática educativa que apresenta características autoritárias e paternalistas, que não consideram o consentimento informado e fomentam atitudes passivas e de dependência; características estas que, desde a perspectiva bioética, evidenciam falta de respeito pela pessoa, sua dignidade e sua autonomia.

ABSTRACT

A research was developed to value professional conducts directed to favor bioethics in educative actions, particularly as it refers the respect for user's free will. The incorporation of bioethic aspects and educative strategies is suggested, adequate to and coherent with health educative systems, the characteristics of the target population and their needs. To that effect, possibilities must be given to users so that, in name of their own untransferrable freedom, they may adopt the most adequate and personal conduct in a milieu where informed consent is duly considered. Theoretical foundation considered aspects capable of, from an ethical-philosophical, educative and bioethic perspective, supporting and enhancing a person's dignity, respecting him/her as an individual, and his/her self-determination. Methodology, such as used, corresponds to a descriptive, quantitative/qualitative study. Data were collected at semistructured interviews, employing a contents analysis technique, allowing thus to separate categories which emphasize an education in health where individual needs are not respected, an education centered in the professional, preventing user's participation, and restricting time and trust to formulate questions. The research was conducted with a group of out-patients at the Universitariness Hospital in Florianópolis, Brazil. The conclusion was reached that professional conducts related to educative activities are not conducive to user's manifestation of freedom. An educative practice is here identified as having authoritative and paternalistic traits, which disregard informed consent and feed passive and dependent attitudes. From a bioethic perspective, such characteristics demonstrate a lack of respect for the person, for his/her dignity and autonomy.

I - INTRODUÇÃO

A educação para a saúde constitui uma atividade inerente ao rol de Enfermagem, adquirindo uma importância vital em qualquer uma das áreas de desempenho dos profissionais desta disciplina. Converte-se, desta forma, em uma meta primária e na principal estratégia para promover a saúde, através da qual se ajuda ao usuário/paciente a alcançar um estado favorável da mesma, maximizando seu potencial individual.

Um dos objetivos da educação para a saúde é o de abordar um importante número de problemas, por meio de diversos métodos de aprendizagem, que devem tender a facilitar "um comportamento condizente ao autocuidado em saúde". Esta conduta tem implícita uma dimensão ética que, numa perspectiva educativa, implica levar em conta *a livre vontade* do usuário (Polaino-Lorente, 1994, p.365). Isto requer a consideração de diversas decisões, as quais exigem uma determinada preparação, conhecimento e compromisso, por parte dos profissionais.

Em relação à dimensão ética assinalada, cabe destacar que, na atualidade, no âmbito da saúde em geral, sua aplicação tem adquirido vital importância nas intervenções dos profissionais na atenção clínica; mas, ainda, seu desenvolvimento é insuficiente na prática educativa, especialmente a partir da perspectiva da bioética, área de onde se espera tratar a problemática.

Em particular, na Enfermagem, através do tempo, tem se operado grandes mudanças na problemática da ética, o que tem gerado a criação de Códigos Éticos em Enfermagem, tanto nacionais como internacionais. Nos mencionados códigos, se descrevem respostas para determinadas situações clínicas, aquelas que estão relacionadas à enfermidade, morte, aborto, eutanásia, entre outros; mas as mesmas ainda não

delineiam nem explicitam compromissos e/ou argumentos éticos frente à educação para a saúde.

Na atualidade, a prática da bioética na tarefa educativa em saúde se vê ameaçada, dia após dia, por uma série de situações que alertam para levar em conta a importância de abordar a temática. Pode-se mencionar, entre outros problemas: o autoritarismo e a coerção, com os quais se encaminham muitas das ações educativas tanto em saúde pública como intrahospitalar; políticas de saúde que não consideram as reais carências econômicas, ambientais, políticas e comportamentais dos indivíduos e comunidade, o que leva a implementar programas educativos descontextualizados dos atuais requerimentos da população; processos educativos em saúde que se desenvolvem em sistemas tradicionais, os quais favorecem a coerção por parte dos profissionais e a passividade e desmotivação no usuário; processos comunicacionais empobrecidos, nos quais se observa a predominância do profissional sobre a participação do usuário/comunidade; e, finalmente, é necessário destacar o exposto por Loyola (1989, p.14), respeito às relações de poder existentes dentro do hospital, "onde o tempo é controlado, onde a disciplina estabelece uma sujeição do corpo ao tempo e onde a vigilância é um dos principais instrumentos de controle".

Contrariamente ao assinalado no último parágrafo, o quefazer bioético, na tarefa educativa em saúde, deve implicar, para a Enfermagem, a geração de espaços de respeito pelo outro, permitindo que os usuários cresçam e atuem num ambiente sem exigências, com liberdade e autonomia. Isto requer planejar processos educativos que considerem os desejos, requerimentos e preferências dos mesmos, aceitando suas decisões frente ao que querem em suas vidas, em relação à doença e à saúde. As condutas éticas manifestadas, neste contexto, legitimam e favorecem ambientes saudáveis e estimulam uma educação responsável, mais humana e digna.

Frente à situação antes identificada, quanto a ponderar a bioética na prática educativa em saúde, surge a motivação por realizar um estudo que permita identificar, promover e realçar comportamentos éticos desejáveis nesta prática. Formula-se assim, o seguinte propósito: *valorizar e destacar condutas profissionais em relação à manifestação da livre vontade das pessoas frente às atividades educativas em saúde.*

O propósito deste estudo permitirá responder à questões, tais como: Propõem-se os profissionais limites no seu quefazer educativo, que admita respeitar as decisões individuais dos usuários da saúde? Oferecem os profissionais instâncias educativas que favoreçam, ao usuário, decidir, por si mesmo, o que espera e quer para sua própria saúde?

A dimensão bioética, a estudar, se centrará no componente relacionado à *"livre vontade das pessoas"*, por considerá-la um aspecto básico, determinante e essencial. Espera-se, por outro lado, através do estudo: identificar fatores facilitadores e/ou limitadores, presentes no dia a dia da prática profissional, que ameacem ou beneficiem a aplicação da ética no campo da educação para a saúde; determinar em que medida a participação da enfermeira, como educadora para a saúde e outros integrantes da equipe, consideram a livre vontade do usuário em suas atividades educativas.

A motivação para realizar a investigação, na área já citada, corresponde à necessidade de contribuir, por intermédio da tese de doutorado em Filosofia de Enfermagem, a fomentar a prática da bioética na educação para a saúde e, por outro lado, a valorizar a importância de impulsionar estratégias educativas que promovam mudanças e ofereçam alternativas, aos educadores da saúde, para assumirem um compromisso bioético, efetivo e eficaz. Espera-se, por sua vez, apoiar e destacar a importância que implica, para a educação em saúde, a descrição, fundamentação, promoção e manifestação de condutas éticas por parte dos educadores.

O estudo desenvolveu-se durante o ano de 1997, na cidade de Florianópolis, no Estado de Santa Catarina. A população escolhida corresponde a pessoas que recebem atenção de saúde no ambulatório, do Hospital Universitário (usuários da saúde), nos serviços de medicina geral, de diabetes e de idosos.

II - OBJETIVOS

Os objetivos, que se apresentam, estão definidos de acordo com as características do estudo que se realizou. Em função dele, estabelecem-se os seguintes objetivos geral e específicos.

Objetivo geral

Valorizar e destacar condutas profissionais em relação à manifestação da livre vontade das pessoas, frente à tomada de decisões de condutas condizentes à saúde.

Objetivos específicos

- 1 - Identificar os componentes que definam uma assistência em saúde, eticamente comprometida.
- 2 - Identificar o grau de compromisso dos profissionais frente à educação em saúde.
- 3 - Descrever condutas facilitadoras de parte dos profissionais, frente ao favorecer à livre vontade do usuário, em sua consulta em saúde.
- 4 - Descrever condutas limitadoras, manifestadas pelos profissionais, frente à livre vontade do usuário, em sua consulta em saúde.
- 5 - Identificar a presença de estratégias educativas, que sejam utilizadas em educação para a saúde, que expressem compromissos éticos por parte dos profissionais.

III - MARCO TEÓRICO

No presente capítulo, serão expostos aspectos que fundamentam o marco teórico do estudo e, entre eles, serão abordados conteúdos em relação às seguintes áreas: educação para a saúde: dimensões ética e bioética; livre vontade do usuário frente à educação para a saúde; autoritarismo e poder nos profissionais da saúde; paternalismo e consentimento informado; consentimento informado e ações paternalistas; influência do paternalismo e o consentimento informado na educação para a saúde; educação para a saúde e sua dimensão bioética.

3.1 - Educação para a saúde: dimensões ética, bioética e educativa

3.1.1 - Dimensão ética e sua influência na educação para a saúde - Aspectos gerais

No início do século XIX, o médico inglês Thomas Percival empregou o termo ética médica. Durante o mesmo século, começam a surgir as primeiras Associações ou Colégios Médicos e os primeiros Códigos Deontológicos, que sintetizam os valores inspirados na ética hipocrática. Segundo Gafo (1994), um ponto crítico na história foi marcado, na época nazista, pelo caso Nuremberg, em que 16 médicos alemães foram declarados culpados e 7 condenados à morte.

Segundo refere Gafo (1994) a Segunda Guerra Mundial traz também uma consequência importante, na Declaração de Genebra (1948), durante a Primeira Assembléia da Associação Médica Mundial, que atualiza a ética hipocrática, após as barbáries acontecidas na guerra. Na Segunda Assembléia Mundial (1949), adota-se um Código Internacional de Ética Médica, inspirado na Declaração de Genebra e nos

Códigos Deontológicos de diversos países. Com a posteridade, especialmente no mundo anglo-saxão, começam a aparecer códigos deontológicos referentes a diferentes especialidades médicas, onde se situam os de Enfermagem.

A literatura existente, acerca da história de Enfermagem, permite destacar que a preocupação pela problemática ética, começa a delinear-se quando a mesma inicia seu desenvolvimento. "É verdade que, até o final do século XIX, o exercício da Enfermagem esteve vinculado a determinadas congregações religiosas e sua prática estava muito unida à moral católica. Mas ao começar o processo de secularização na Enfermagem, a preocupação ética está muito presente" (Gafo, 1994, p.30).

O primeiro código ético, na área da Enfermagem, foi introduzido pela autoridade de Florence Nightingale e elaborado em um hospital de Detroit em 1893. No ano de 1899, foi criado o Conselho Internacional de Enfermeiras, cujo principal interesse foi legal, mas também mostrou inclinação pelos problemas éticos. Em 1953, este mesmo Conselho aprovou o primeiro código da profissão e, em 1973, o "International Council of Nurses" adotou um novo código. Criam-se, por outro lado, comitês de ética nacionais em diversos países, os quais contribuem para aperfeiçoar aspectos éticos, no desempenho profissional de Enfermagem, tanto em nível local como internacional.

Cabe destacar que a evolução da ética em Enfermagem mostrou, desde o início, um interesse primordial por redefinir em que consiste o exercício da profissão, fato que é explícito nos códigos já referidos. Estes consideram, de forma ampla, situações de doença, morte, aborto e outros, mas ainda não descrevem, não delineiam nem explicitam, compromissos e respostas bioéticas em situações de educabilidade. Também, é possível descobrir, através da referida evolução, um desejo evidente de superar modelos de identificação profissional que estiveram presentes no passado, mas que hoje não podem ser aceitos como tais. "Indiscutivelmente muitas das características do modelo de enfermeira, vigentes num passado próximo, têm hoje que modificar-se, mas o elemento de serviço ao enfermo segue sendo fundamental em sua profissão, por maior que seja a preparação técnica e a profissionalização de Enfermagem" (Gafo, 1994, p.40).

Segundo o autor mencionado, um resumo da ética de Enfermagem seria o seguinte: "as enfermeiras servem ao enfermo, assumem a responsabilidade de criar um

ambiente físico, social e espiritual que conduzirá à sua recuperação". O serviço ao doente deixa de manifesto, a marcada tendência de uma evolução da ética em Enfermagem, centrada na atenção clínica.

No entanto, é importante ter presente que, nas últimas décadas, se tem realçado a conveniência de reverter o enfoque biomédico para chegar ao biopsicosocial, o que tem permitido tornar realidade a estratégia de Promoção da Saúde, na qual a Educação tem sua máxima expressão (Báez, 1995). A Enfermagem desenvolve um rol educativo relevante em seu quefazer, o que a conduz a levar em consideração um forte compromisso em relação à educação, promoção da saúde e aos aspectos bioéticos envolvidos.

Soma-se ao anterior, a importância dos avanços apresentados na bioética, nos últimos anos, os quais têm enfatizado a necessidade de humanizar a atenção em saúde, de centrar a atenção na pessoa e de responder, entre outras, à pergunta de como chegar a uma atenção respeitosa e digna. As respostas, a muitas de suas interrogações e reflexões são derivadas da ética geral; o que lhe permite "aplicar os princípios gerais aos novos problemas que se oferecem em consideração da ação humana" (Caffarra, 1994, p.23).

A partir da importância da proposição anterior e de seu significado para o quefazer de Enfermagem, é que o desenvolvimento do presente estudo se realizará, abordando uma perspectiva personalista. Isto permitirá incorporar a bioética na educação para a saúde, enfatizando uma atenção humanizadora, centrada na pessoa, em seus direitos e na livre vontade de decidir sobre sua saúde. Para tal efeito, se incorporarão contribuições de diferentes autores, em relação à importância e evolução da bioética e à manifestação de condutas éticas e sua implicância no comportamento profissional.

A *bioética personalista* orientará a busca e permitirá identificar os fundamentos que são necessários para introduzir a importância de estudar a educação para a saúde de uma perspectiva bioética. Por outro lado, o presente trabalho centra sua atenção na *livre vontade do usuário*. A partir do ponto de vista da bioética personalista, ao tratar a noção de pessoa, interessa-se pela liberdade, especialmente a liberdade de escolha, aspecto que conduz para enriquecer o caminho investigativo.

3.1.2 - *Contribuições da ética à conduta profissional e à educação para a saúde*

Apresentar-se-á, na continuação, uma perspectiva histórica e a contribuição de alguns autores frente à condutas éticas, indispensáveis e necessárias para fortalecer e desenvolver a educação para a saúde, considerando, especialmente, que o profissional da saúde requer um conhecimento para emitir seus juízos e refletir acerca de critérios éticos, de forma acertada, no desempenho de sua profissão.

De uma olhada histórica, é possível perceber como a ética tem se enriquecido com a ajuda de pensadores que têm traçado um caminho importante através do tempo. Aristóteles ocupa, entre eles, um lugar preferencial. Em seus estudos filosóficos, realiza uma importante reflexão sobre o sentido da felicidade, da sabedoria e do construir humano, pondo em conexão o pensamento e as ações.

De acordo com o pensamento Aristotélico, a ética corresponderia ao "domínio daquela forma de conhecimento que tem a ver com as atuações, com a projeção do pensamento no espaço da cultura e da sociedade" (Lledó, 1988, p.54). O fim da ética Aristotélica não estaria no próprio conhecimento, mas na ação ou práxis. A partir desse pensamento, o filósofo propôs perguntas como: que relações podem estabelecer-se entre o pensamento e o construir dos homens, entre as idéias e os fatos ?

A práxis, referida por Aristóteles, passa a constituir o objeto que, essencialmente, vai manipular a reflexão ética. Caracteriza-se, principalmente, por uma conduta, que é modificada pela individualidade. Num contexto comunitário, esta conduta leva implícita um logos que a orienta e aperfeiçoa. O logos representaria o quefazer prático, permitindo a expressão do mundo interior, o que adquire vital importância na intimidade, na qual o homem manifesta sua prudência e sua sabedoria.

A perfeição, virtude ou excelência da ética, encontra-se intimamente relacionada com a vida e a experiência, o que quer dizer que quanto maior a vivência de comportamentos éticos, maior será a experiência. "O que faz possível que isto ocorra, é o conhecimento que se tem do que fazemos, de porquê o temos escolhido, e se é resultado de uma disposição permanente" (Lledó, 1988, p.61). A prática da ética exige, então, o conhecimento de como aplicá-la e de que forma atuamos e podemos atuar sobre

as coisas e as pessoas, tendo sempre presente, que o homem não só se move num plano espiritual, mas também conta com certas correntes que se manifestam na sua relação com o meio.

Em relação à aprendizagem, Aristóteles a coloca como uma forma de resposta social, que se converte num motor que outorga um particular dinamismo social. O exercício da aprendizagem confere ao homem a chance de excelência ou perfeição, podendo responder ao mesmo, graças a uma característica da sua natureza, introjetada em sua intimidade, em um espaço constituído pela liberdade. O ser do homem apresenta-se unido a um processo de construção e de reconstrução; pode educar-se, portanto, em virtude da sua individualidade e liberdade, admitindo a possibilidade de uma humanização (Lledó, 1988, p.43). Aprendizagem e ética mantêm, assim, uma estreita relação. Desta forma, a manifestação da primeira só é possível na medida em que se respeitem as características inerentes do homem, confirmando a direta relação que possui com o atuar ético.

O pensamento do filósofo nos revela uma perfeita conexão de aspectos constitutivos da natureza humana a que, interrelacionada à ética e à capacidade de aprender própria do homem, permite ser levada ao campo da educação para a saúde. É neste âmbito precisamente, onde o comportamento ético toma uma especial preocupação. O pensamento de Aristóteles destaca aspectos que fortalecem a base para fundamentar o compromisso ético dos profissionais da saúde frente à compreensão da livre vontade do usuário. Entre eles, cabe mencionar que a postura ética destes profissionais, deve manifestar uma práxis especialmente reflexiva que, desenvolvida dentro de um contexto cultural e social, lhe permita dar respostas que vão do individual até o comunitário. Isto lhe exige um conhecimento de como atuar, outorgando-lhe a possibilidade de melhorar sua prática graças ao conhecimento, experiência e vivências. Por outro lado, em função da sua atuação ética, poderá favorecer uma aprendizagem efetiva, se levar em conta a inerente capacidade de aprender, do usuário em saúde, respeitando sua natural liberdade, sua intimidade e a possibilidade de construção e de reconstrução, o que lhe permite um constante crescimento.

De acordo com Polaino-Lorente (1994, p.362), "os comportamentos humanos, por sua própria natureza, podem e devem considerar-se sobre a perspectiva ética. A prática educativa em saúde não pode escapar a esta exigência". Em relação a isto, o autor adverte que, na atualidade, é muito difícil encontrar áreas do exercício profissional em saúde, "onde não sejam manifestadas implicações éticas do comportamento dos profissionais".

No entanto, cabe advertir que os profissionais da clínica contam com códigos que descrevem condutas esperadas nas suas intervenções; diferentemente dos educadores da saúde que ainda estão muito longe de dispor de algum código, ou "ordenamento ético que, neste âmbito, seja na prática realmente operativo e eficaz". De fato, até agora não se tem criado instrumentos que dêem conta dos direitos dos usuários, assim como os já existentes para os enfermos (Polaino-Lorente, 1994, p.363).

Em termos gerais, pode-se destacar que "a ética se constitui na preocupação pelas conseqüências que têm as ações de um sobre outro, e adquire sua forma desde a legitimidade do outro como um ser, com o qual um configura um mundo social (...). As preocupações éticas, portanto, não são na sua origem normativas senão convidativas" (Maturana, 1995, p.247). No campo educativo em saúde, este último ponto de vista é importante se ter presente, já que, em muitas ocasiões, tende-se a exigir a manifestação de condutas no usuário, que levam a negar sua existência. De acordo com o autor, para que a ética se faça presente e tenha sentido, requer-se a manifestação de respeito por si mesmo e de respeito pela presença e legitimidade do outro, na convivência que surge e se cria a partir do mundo social.

Por outro lado, Cortina (1994, p.32) refere que o que fazer ético consiste em "acolher o mundo moral na sua especificidade e em dar reflexivamente razão dele, com o objetivo de que os homens cresçam sabendo acerca de si mesmos, e, portanto, em liberdade (...). Nossa ética não é <ética da perfeição> mas da <satisfação>, do máximo de satisfações possíveis com respeito aos desejos, necessidades, interesses".

A autora adverte que uma diferença entre ética e moral corresponderia ao fato de que a primeira não se atém a uma imagem determinada do homem, ou aceita como ideal, de forma concreta. A moral, pelo contrário, "pode expressar-se em normas, ações,

valores, preferências ou estruturas (...) o trânsito da moral à ética, exige um nível reflexivo, que dirija a ação de modo imediato para uma reflexão filosófica, que só de forma imediata pode orientar ou construir" (Cortina, 1994, p.30). Tanto a ética como a moral, afirma, têm como objetivo permitir ao homem crescer, conhecendo-se a si mesmo, o que garantirá a sua liberdade. Reconhece na ética uma atitude reflexiva, de respeito à liberdade do outro e de preocupação pela satisfação das carências do ser humano.

O eixo da reflexão ética não se reduz só à felicidade ou ao dever; vai mais além, tentando conjugar ambos por meio do diálogo. Embora a autonomia continue sendo o eixo central da moralidade, apresenta-se, agora, como "realizável através de diálogos intersubjetivos" (Cortina, 1994, p.40). A autora enfatiza que a autonomia não corresponde exclusivamente a indivíduos ilhados, mas, ao contrário, através do diálogo, o homem consegue uma relação com os outros que lhe permite descobrir a felicidade. O diálogo passa a constituir um meio para expressar a autonomia, e o êxito de sua finalidade está assinalado e delimitado, pela capacidade de comunicação e de compaixão que tenha o homem.

Spaemann (1995, p.33) referencia que a reflexão filosófica da ética começou há 2.500 anos, sendo estabelecida a pergunta "sobre o que propriamente e no fundo queremos". Esta questão funda-se, segundo o autor, no fato de que todo dever tem um querer prévio, o que nos habilita para fazer próprio, nosso dever. O que no fundo queremos significa sentir-nos à vontade. A educação, neste sentido, representa um processo que vai se introduzindo em uma realidade que é independente em cada um de nós, assumindo um rol de veículo, que nos permite encontrar aquilo que buscamos, para satisfazer nossas necessidades e estar de bem com a vida. Aqui, a responsabilidade do educador está em introduzir ao que educa à realidade, de uma forma amistosa e favorável, de tal maneira que possibilite orientar o caminho na busca do que queremos.

Segundo Polaino-Lorente (1997, p.2), a "ética é aquela parte da filosofia que estuda a moralidade do construir humano". Para o autor, moralidade "é a qualidade que se refere aos atos humanos que se realizam livremente em relação ao último fim". Neste

sentido, os atos humanos, enquanto precedentes da livre vontade do homem, podem ser considerados retos ou não, em função da aceitação e ordenação ao último fim.

A ética, além de normativa, é uma ciência aplicada; neste caso, aplica princípios às concretas ações humanas, pois sua finalidade está relacionada à correta atuação da pessoa. Para a Enfermagem, isto quer dizer que a ética não corresponde a uma mera descrição do comportamento dos profissionais de Enfermagem, "senão que fundamentalmente incide - e ali radica o próprio dela - em sua capacidade de julgar e valorizar o que é conveniente ou não em um determinado comportamento, ou seja, é discernir por via racional entre o que é bom e o que não o é" (Polaino-Lorente, 1997, p.2).

A ética exige um importante esforço para poder compreender a situação pluralista de nossa sociedade, pretendendo, com isto, levar em consideração a visão dos diversos grupos que a compõem. Nenhum deles pode pretender ter "a verdade, nem mesmo ainda conseguir que os demais aceitem sua visão" (Miranda, 1994, p.51). Esta situação pode, no entanto, reverter-se em casos em que são usadas a manipulação, a coerção ou a força.

Para Miranda (1994, p.51), "a reflexão ética é um exercício da razão e enquanto tal, é abertura ao ser, à realidade em si". A concepção que cada um tem da realidade, não tem porque coincidir de forma total e/ou perfeita com esta realidade. O autor acrescenta que "a verdade não se possui, se busca", isto requer que o profissional demonstre e aceite humildade intelectual, o que o conduzirá a manter aberta sua disposição para compreender o que está em sua volta quando encontre razões válidas para fazê-lo.

Por outro lado, terá também que demonstrar uma abertura sincera frente ao outro, para abrir a busca para o caminho da verdade. As características da humildade intelectual, abertura em direção ao outro e busca da verdade, são aspectos que atuam como condicionantes básicos no momento do ato educativo. Estes três elementos abrem o caminho para escutar, conduzir e dar resposta aos requerimentos de cada usuário, em virtude do exercício da razão e da realidade concreta de cada um deles, como pessoas.

De acordo com o expressado pelos autores, pode se ressaltar que a ética manifesta-se, essencialmente, numa atitude de respeito e legitimidade em direção ao

outro, exigindo uma particular reflexão ao considerar a autonomia, os aspectos morais e a capacidade de perfeição do homem, manifestadas através da aprendizagem. A consideração destes aspectos, em seu conjunto, garante o crescimento pessoal, levando em conta o próprio meio social e favorecendo a satisfação dos requerimentos, desejos e bem estar, em virtude da individualidade e liberdade em um espaço de humanização.

No campo da educação para a saúde, o exposto, anteriormente, reclama uma atitude humana, responsável e comprometida utilizada pelos profissionais; só desta forma, se permitirá a conquista de um comportamento condizente ao autocuidado, por parte dos usuários, um ambiente que leve em consideração sua livre vontade. Isto exige, por sua vez, compreender os comportamentos humanos e a concepção do ser humano como pessoa, os quais, por sua individual natureza, têm implícitos aspectos éticos, e que, dada sua importância, serão descritos mais adiante.

Por último, cabe assinalar, que a ética propõe para a Enfermagem, uma tarefa que exige refletir sobre as formas de como abordá-la, levando, em consideração, o complexo rol que cumpre em suas diversas atividades, incluindo, entre elas, a educativa. O fortalecimento no âmbito da ética deve fazer-se com base em uma preparação sólida, constante e atualizada, junto a um trabalho multidisciplinar que permita, aos profissionais de Enfermagem, tomarem decisões e enfrentarem os dilemas cotidianos com segurança e justiça, assegurando a dignidade e em o respeito pelas pessoas.

3.1.3 - Bioética: origem e desenvolvimento

Para Gracia (1989 p.12), "a bioética é uma consequência necessária dos princípios que vêm informando a vida espiritual dos países ocidentais, há dois séculos". O autor expõe que, a partir da ilustração, se tem afirmado o caráter autônomo e absoluto do ser humano, tanto na ordem política como religiosa. Isto levou à formulação do que se tem denominado *princípio de liberdade moral*, o que corresponde a que "todo ser humano é agente moral autônomo e, como tal, deve ser respeitado por todos os que mantêm posições morais diferentes".

A bioética (do grego <bios>, vida e <ethos>, ética) corresponde a um neologismo, isto é, a uma aceção, ou vocábulo novo, que corresponde, no entanto, a

uma realidade antiga; dado que conta com uma ampla representação na literatura, desde inícios do século XIX, na qual o médico inglês Thomas Percival utilizou o termo *ética médica*. O grande desenvolvimento da bioética se dá especialmente nos Estados Unidos, surgindo, nesse transcurso, a mudança do nome, de moral ou ética médica à bioética.

De acordo com Gafo (1994), podem se identificar três razões principais no neologismo do termo bioética. A primeira razão encontra-se no auge e desenvolvimento das ciências biomédicas, que introduzem uma série de temas completamente novos: transplantes de órgãos, reprodução assistida, manipulação genética, SIDA, entre outros. Por sua vez, o rápido desenvolvimento da medicina confere respostas éticas de grande complexidade em assuntos, tais como: diagnóstico de morte, conselho genético e outros.

A *segunda razão* fundamenta-se na presença de "um processo de secularização da reflexão ética, que propõe a questão de qual era a contribuição das distintas religiões ao atual debate bioético" (Gracia, 1989, p.13). Este processo vem se apresentando há 25 anos, afetando a diferentes âmbitos da sociedade ocidental, repercutindo também na Ética Médica. Para dar resposta a esta problemática, criaram-se, na década de 70, nos Estados Unidos, as Comissões Presidencial e Nacional, para o estudo da problemática ética, relacionada com as ciências médicas.

Por outro lado, o avanço acelerado das ciências biomédicas propõe diversos dilemas, que devem ser abordados da perspectiva de sociedades seculares e pluralistas; isto exige "dar uma resposta de uma ética comum, de alguma maneira consensuada e que reflita as convicções éticas compartilhadas" (Gafo, 1994, p.19).

A *terceira razão* faz referência ao processo de *socialização da Medicina*, que tem se visto influenciado pelo surgimento de instituições que cobrem os custos de saúde dos cidadãos e pelo crescimento de centros hospitalares, o que tem significado implementar critérios de distribuição de recursos para a saúde. Estes fatores têm apresentado para a Medicina social na atualidade, situações que precisam ser estudadas e resolvidas com prioridade e urgência.

Outro fato importante, segundo Gafo (1994) ocorrido na década de 70, que também incide no neologismo da bioética, é a aprovação da Carta dos Direitos dos Enfermos nos hospitais dos Estados Unidos (1973), situação que desencadeia uma

grande difusão e é aprovada em muitos outros países. O referido documento introduz a exigência para os profissionais, de realçar uma atenção em saúde que beneficie uma relação mais horizontal e humana. A Carta solicita que o "hospital funcione com as mesmas leis que o resto da sociedade e que se concedam ao paciente os mesmos direitos os quais, ninguém discutiria com ele na sua vida normal" (Gafó, 1994, p.17). O conceito básico da carta é o de *consentimento informado* que, como tal, havia sido formulado em 1945. Seu conteúdo impõe entregar uma informação completa e compreensível ao paciente do seu diagnóstico, prognóstico e tratamentos alternativos e o reconhecimento de que tudo o que se realize deverá ser previamente consentido por ele.

A carta dos direitos dos doentes passa a constituir um elo de grande importância no surgimento de uma relação mais personalizada entre o profissional e o usuário da saúde. Até então, o relacionamento obedecia a códigos deontológicos que apoiavam a idéia de que o enfermo devia entregar-se às mãos do médico, porque este possuía a sabedoria, as técnicas e as virtudes éticas para o cuidado da saúde. O enfermo, pelo contrário, era uma pessoa que devia colocar-se nas mãos do médico e obedecer a toda sugestão ou indicação. Desta forma, a relação entre profissional e usuário se mostrava *vertical, paternal e dependente*.

Por último, em relação ao termo, cabe destacar que a bioética, desde sua própria etimologia, significa ir mais além da temática da ética ou moral médica, já que sua concepção abrange, não só problemas do âmbito da saúde, mas também inclui uma preocupação ética generalizada a todos os aspectos da vida (bios). Permite, portanto, recorrer e enriquecer sua perspectiva, o caminho da educação para a saúde.

Pastor (1997) descreve o surgimento da bioética como rodeada de uma série de acontecimentos, que, em seu conjunto, têm impulsionado o desenvolvimento desta disciplina. Estes fatos são complementares e convivem com os mencionados anteriormente, sendo abordados, aqui, de uma perspectiva mais ampla. Na continuação, se realizará uma síntese dos mesmos.

Para o autor, os acontecimentos que se têm gerado nos últimos sessenta anos podem ser agrupados em três diferentes situações, em relação: a) ao crescimento e inclusão do método científico nas diferentes ciências; b) ao forte impacto aplicativo e

tecnológico dos conhecimentos adquiridos nestes últimos anos; c) à perda dos paradigmas tradicionais éticos compartilhados pela sociedade. As três situações se relacionam e se afetam mutuamente, portanto, não podem ser consideradas de forma ilhada.

O crescimento e inclusão do método científico, nas diferentes ciências, tem sido determinado por causas que levam a diferentes problemas: por um lado, a ciência, como atividade analítica, realiza uma tarefa de atomização ou separação da realidade. Ao reduzir os fatos, tende-se a perder a visão universal e se cai no risco do reducionismo. Isto tem permitido, ao homem, uma atitude dominadora em relação ao mundo, em que já não é suficiente somente conhecê-lo, surgindo, também, a necessidade de utilizá-lo.

Por outro lado, o progresso da ciência substitui a tradição pela idéia de que a ciência e seus princípios melhorarão o homem e a humanidade, reafirmando que "todo conhecimento científico é bom e, além disso, toda a realidade deve ser conhecida de acordo com o paradigma da ciência moderna" (Pastor 1997, p.29). Este último pensamento leva a acreditar que a resolução de problemas sociais pode se realizar por meio da tecnologia, eliminando-se as decisões políticas. Por último, cabe destacar a participação do *evolucionismo* sobre a antropologia e as humanidades como paradigma biológico operante na sociedade norte-americana e européia. Surge o *darwinismo social*, o qual se expressa através de idéias utilitaristas, entre elas, se encontram, por exemplo: "o racismo científico e a eugenia, com uma forte desvalorização do respeito aos mais fracos, uma das manifestações mais importantes da beneficência" (Pastor, 1997, p.28).

O forte *impacto aplicativo e tecnológico* dos conhecimentos adquiridos, nestes últimos anos, tem um ponto de arranque histórico como consequência de diversos acontecimentos. Entre eles, identifica-se o poder de destruição e de maldade que se conheceu no pós-guerra, por parte de médicos, cientistas e/ou políticos. A medicina se tornou manipuladora, dado que não considerava a vontade dos pacientes. A ciência e a tecnologia chegaram a servir a fins opostos, gerando, neste último tempo, uma verdadeira crise ecológica. O cientificismo tecnológico portanto, não pode ser considerado, de forma conjunta, a um avanço social ou ético. Tudo isto faz surgir o interesse crescente e predominante por controlar a ciência e determinar seus limites,

tanto a partir de uma perspectiva política, como ética e legal. Isto inclui a autoregulação dos próprios cientistas, o controle das instituições intermediárias através de comitês e a participação de tribunais de justiça para que se aplique a legislação correspondente.

A necessidade de limitar o poder da ciência tem uma consequência direta na conexão dos fatos que ajudam na aparição da bioética, nas sociedades ocidentais. A situação demanda controle e limites, sugerindo duas propostas. A primeira dirige-se à Filosofia moral ou ética, para que oriente e dirija a forma de realizar o controle. Sua petição é de uma orientação normativa, o que leva a propor uma bioética que dê respostas a "uma necessidade de explicar e resolver problemas, dilemas ou conflitos na área das ciências biomédicas, que eram desconhecidos até hoje" (Pastor, 1997, p.30). Esta proposta é, no entanto, discutível para muitos autores, dado que não é compatível com uma bioética normativa, em uma sociedade pluralista. Esta disjuntiva será ampliada mais adiante.

A *segunda proposta* está relacionada ao estado cultural dos paradigmas éticos, tradicionais em nossa sociedade. Este estado põe, em evidência, a perda destes paradigmas; situação que anulou o crescimento harmônico que permitia que novos descobrimentos se integrassem dentro de paradigmas éticos já existentes. A sociedade se apresenta fragmentária e com uma necessidade urgente de conciliar o desenvolvimento científico e tecnológico com o respeito e promoção dos direitos fundamentais da pessoa. Isto torna mais difícil encontrar soluções válidas e determina que a bioética procure-se consolidar e buscar harmonia e equilíbrio, em um momento em que a ciência e a ética não parecem se entender. Daí, surgem duas questões: quais são os pressupostos gerais entre ciência e ética? e qual é o conceito e a valorização que tem, nossa sociedade, sobre a vida humana? (Pastor, 1997, p.31).

A *situação cultural atual* tem sido uma protagonista essencial no surgimento de variadas propostas para a bioética. Por um lado, se apresenta um forte *ceticismo e relativismo*, que leva a considerar que tudo é válido em qualquer comportamento. O *racionalismo* deixa de ser imperante para todos os homens e as posições subjetivas e utilitaristas se fazem preponderantes. Manifesta-se uma pluralidade ética, como

consequência, para alguns, de uma nova reflexão bioética ante os avanços da biomedicina e ante o descontrole da ciência, nos últimos anos. Por sua vez, a pluralidade, devido à crescente e divergente problemática em saúde, gera incerteza e confusão, exigindo uma melhor e maior fundamentação bioética das atuações profissionais, produzindo, desta forma, o surgimento de correntes bioéticas, em muitos casos, discordantes.

Alguns autores têm proposto que a bioética seja normativa e com uma certa objetividade para assegurar sua universalização. Para que isto seja alcançado, propõe-se a busca de princípios que possam aplicar-se a problemas clínicos concretos e que permitam decidir entre o lícito e o ilícito de determinadas práticas em saúde. O problema que emerge é que, frente a situações novas, nem sempre vão se encontrar critérios pautados ou previamente estabelecidos. Isto pode levar a que, em alguns casos, se chegue só a buscar o conveniente a cada momento, através de acordos ou consensos, não discutindo os princípios para cada situação específica. Não existem, portanto, pontos de referência estáveis; em seu lugar, se apresentam alguns princípios como máxima, para dar respostas rápidas e fáceis. Isto é o que ocorre, por exemplo, com a *bioética dos princípios*.

Serrano (1993) indica que uma *bioética normativa* oferece respostas negativas, pois corresponde a uma ética de mínimos, através de um processo de encontro de valores ou princípios morais, aqueles que se espera que concordem, apesar de terem uma origem diferente. Isto fornece argumentos para fundamentar que não é possível uma bioética com estas características, em uma sociedade pluralista.

Em síntese, do ponto de vista sociocultural, o surgimento da bioética aparece ligado ao desenvolvimento científico e tecnológico e à perda de paradigmas tradicionais éticos, compartilhados pela sociedade, que tem levado a um pluralismo moral. A bioética se inicia propondo, novamente, as relações do homem com sua própria natureza e com a natureza. Surgem mudanças na relação profissional-usuário, manifestadas no *consentimento informado*, o qual tem influência posterior na carta dos direitos dos enfermos. Esta situação se relaciona à crise provocada pelo paternalismo profissional. A partir desta problemática, se defende a postura de que a autonomia do usuário deve

predominar sobre o princípio de beneficência, convertendo-se em outro dos componentes que contribuíram para aumentar a situação de pluralismo. E por último, cabe indicar o fenômeno de secularização, que teve um papel determinante em seu momento, dado que influenciou na regulação da ética sobre a bioética.

3.1.3.1 - Objeto, natureza e definição da bioética

Neste ponto, se descreverão, em primeiro lugar, os aspectos concernentes a generalidades do desenvolvimento da bioética e, em segundo lugar, se apresentará a bioética personalista, sua origem, definição, princípios, aplicação e contribuições para a educação em saúde.

Gracia (1989, p.11) refere que o médico cancerólogo Rensselaer Van Porte, foi o primeiro a usar o termo Bioethics, em 1971, em seu livro *Bioethics: a Bridge to the future*; definiu o conceito como: "o estudo sistemático da conduta humana na área das ciências humanas na atenção para a saúde, enquanto se examina esta conduta à luz de valores e princípios morais".

Na definição apresentada, pode-se identificar como objeto de estudo "a conduta humana", aquela que é abordada através da consideração de um estudo sistemático, isto é, um sistema organizado com princípios implícitos, que permitam sua aplicação e extensão às áreas das ciências humanas e da atenção em saúde, contemplando, em sua descrição, a análise ética de valores e princípios morais. O autor, na definição, faz referência à necessidade de sistematizar o estudo da bioética, introduzindo aspectos básicos que evidenciaram a direção que a referida disciplina devia tomar, servindo, além disso, de indicadores de uma situação social e cultural em crise.

Os aspectos contidos na definição apresentam uma ordem e se destacam de forma clara os componentes a serem considerados. No entanto, tomando as referências dos autores como Pastor (1997) e Cortina (1993), é possível detectar que Porte, em seu livro "Bioethics: a Bridge to the future", relaciona os componentes definidos a uma situação de ponte entre as ciências humanas e a biologia, como uma forma de contribuir para a sobrevivência e futuro da espécie humana, assegurando melhorar a *qualidade de vida*. De acordo com esta proposição, a definição toma características de *utilitarista*, o que

limita sua aplicação, mas, por outro lado, pode ser considerada um exemplo adequado, no sentido da disposição e direção utilizada dos elementos a estudar.

Para Caffarra (1994, p.23), o objeto material da bioética está formado pelo âmbito da vida (*bio-ética*) e o âmbito próprio da ética é exclusivamente o atuar humano (*bio-ética*). A partir daqui, "o objeto material da bioética é o atuar humano no âmbito da vida". Assim podemos dizer que, na prática, a bioética se apresenta como o conhecimento científico da vida e o uso de seu saber permite ser aplicado em nosso cotidiano.

De uma maneira geral e ampla, o termo bioética pode ser definido como o "estudo dos problemas éticos que propõe o desenvolvimento das diferentes ciências e tecnologia que podem aplicar-se - e portanto influir ou modificar - a vida humana". Por outro lado, o objeto da bioética corresponde à compreensão da eticidade das ações que, sobre a vida humana, podem exercer as ciências biomédicas (Lavados et al., 1990, p.17).

Em relação à definição proposta pelos autores, cabe comentar que ela identifica, em forma específica, as conseqüências da crise que tem provocado o desenvolvimento da ciência e da tecnologia, como fatos que tem sido determinantes no surgimento da bioética. Destaca-se, também, a coerência dessa problemática com o seu objeto, escolhido pelos autores; relaciona-se à compreensão da eticidade das ações profissionais sobre a vida humana. Isto faz com que a definição, de uma forma, consiga dirigir-se aos pontos essenciais do estudo da bioética.

Em virtude de seu objeto, a bioética é uma disciplina que pertence ao saber filosófico, o que nos aproxima para entender o que é o homem, neste caso, de uma forma prática e não especulativa. Isto quer dizer que seu conhecimento tende a dirigir a ação humana em conformidade a valores éticos e seus princípios fundamentais, entre os quais se deve destacar o respeito pela vida humana e a autodeterminação, ambos inseridos em seus próprios níveis de atuação, o primeiro em um nível objetivo e o segundo em um subjetivo.

Cortina (1993) enfatiza a necessidade de que a bioética deve colocar seu ponto de reflexão fundamental na vida humana, concretizada na pessoa. Só desta forma, esta

disciplina poderá incluir-se em um contexto cultural caracterizado por uma racionalidade moral, produto de uma aprendizagem histórico - social.

A bioética assinala, em sua origem, seu destino, o fim que persegue e seu objetivo, o que corresponde a *manter a dignidade da vida*. Os processos biológicos não são suficientes para conhecer a magnitude nem o valor da vida, portanto, a idéia biologistica não é capaz de descrever aspectos próprios do homem, tais como: sua liberdade, responsabilidade e morte. Pelo contrário, a própria vida se manifesta como resposta a uma energia, que é dirigida por nós mesmos e que nos permite educar-nos, renovar-nos, melhorar e progredir em um sentido humano. A ética se apresenta, aqui, como uma legalidade humana que não é forçada nem obrigatória e nos permite ser livres. Em nossa vida, seguimos leis que não são forçadas, "senão livres e potestativas, autônomas e espontâneas, voluntárias e objetivas". A vida humana é intrinsecamente ética e a bioética é "fazer justiça à vida, dar ao viver o que é seu" (Del Barco, 1997, p.12).

León (1997) assinala que, em relação ao conteúdo e definições sobre bioética, é possível encontrar uma diversidade de posturas. Há autores que propõem uma bioética de uma perspectiva de reflexão e investigação interdisciplinar, em relação aos progressos técnicos médicos. Outros a vislumbram como um método de análise, para favorecer a tomada de decisões, sendo considerada, também, como uma busca normativa. Esta última, denominada de bioética normativa, propõe uma ética de mínimos que responda a uma maioria, situação que é incompatível com os direitos das pessoas em uma sociedade pluralista.

No entanto, frente às distintas concepções e âmbitos de aplicação que possam existir, na bioética, devem estar sempre presentes as regras clássicas da deontologia médica como são, o princípio de beneficência, de benevolência e o de confidencialidade; como, também, outros recentes entre os quais se encontram o princípio utilitarista, de buscar o bem para o maior número de pessoas, o princípio de universalização, no qual a pessoa representa sempre um fim e nunca um meio, e os princípios de igualdade em dignidade e justiça, equidade, como uma forma de compensar o utilitarismo. Os

princípios passam a constituir elementos geradores de ação e as regras se aproximam da ação, através da aplicação concreta desses princípios (León, 1997).

A aplicação das teorias existentes em bioética faz surgir uma variedade de posturas, que dão lugar a diferentes modelos éticos de referência prática. Estes são: o modelo *sociobiológico*, o *liberal-radical*, o *pragmático-utilitarista*, o *dos princípios*, da *bioética da virtude* e o *personalista*. A seguir, se apresentará uma síntese das mesmas.

O modelo denominado como *sociobiológico* promove uma ética baseada no *evolucionismo*, a qual considera correto, eticamente, tudo aquilo que favoreça biológica e sociologicamente a evolução da espécie. De acordo com esta corrente, os valores morais também se modificam de modo evolutivo.

A corrente pertencente ao modelo *liberal-radical*, *não cognitivista*, se funda na vontade do sujeito, dirigindo seu propósito a um subjetivismo radical, no qual a opção ética não tem outra justificação senão as próprias motivações pessoais. Aqui, é lícito o que é livremente querido, aceito e que não prejudique à liberdade dos demais, o que coloca a liberdade, como referência última do juízo ético. Na vida cotidiana, este modelo é permissivo, entre outros, por exemplo, na liberalização do aborto e na liberdade de decidir o momento da morte.

A partir da tradição empirista inglesa, junto a Hume e expressada pelo pensamento de J. Bentham y de J. Mill, se identifica o nascimento da corrente utilitarista. Como tal, se apresenta através de uma ética pragmática e mensurável. Pondera a maximização do prazer e a minimização do desagradável para o maior número de indivíduos. Para isto, propõe realizar um cálculo de valor cujo critério ético é a utilidade social. Dadas suas características, este modelo torna difícil conciliar a satisfação de necessidades coletivas com as individuais. O critério desta corrente não considera, em sua atuação, a utilidade o respeito a *quem ou que*, isto é, não leva em conta que a saúde é a finalidade do quefazer profissional.

Outra corrente é a conhecida como *bioética dos princípios*, fundamentando-se no modelo deontologista ou Kantiano e no utilitarismo. Nasce nos Estados Unidos, como modelo conciliador entre as diversas correntes bioéticas e aspira a ser o instrumento básico de decisões éticas na clínica. Seus argumentos apóiam os princípios da bioética

como normas morais autônomas, que se impõem ao homem por sua própria força ou por seu dever. A partir deste modelo, se definem os princípios de autonomia, beneficência, não maleficência e justiça, surgidos da denominada deontologia pluralista.

O modelo da *bioética da virtude*, por sua vez, surge como uma reação contra o paradigma dos princípios e se caracteriza pelo intento de recuperar a virtude Aristotélica. Põe ênfase na experiência do homem como agente moral, em suas motivações e suas disposições para executar, remetendo a um modelo de homem virtuoso. Esta corrente apresenta alguns inconvenientes, entre eles por exemplo, o abandono do conceito de dever e a falta de ênfase à utilização de princípios e de normas.

A corrente *bioética personalista* apóia um modelo cuja concepção "mantém o primado e a intangibilidade da pessoa humana, considerada como valor supremo, ponto de referência, no fim e não meio" (León, 1997, p.121). A posição que mais argumenta este modelo, é o respeito pela liberdade da pessoa e por sua dignidade. Esta corrente será abordada em detalhe, mais adiante, dado que a mesma fundamenta, de maneira essencial, a postura bioética que se adotará na presente investigação.

3.1.3.2 - *Bioética personalista: origem definição e princípios*

a) **Origem**

Apresentar-se-á, a seguir, uma breve resenha histórica, utilizando uma revisão realizada por Nuñez (1997, p.140). Através dela, se assinala uma visão dos principais filósofos que se preocuparam em estudar sob sua perspectiva, *o personalismo e a noção de pessoa*, o que foi dando origem à ética personalista. O autor reúne as contribuições dos filósofos em três grupos: em primeiro lugar, Kierkegaard como representante do século XIX, em segundo lugar, agrupa aos filósofos do diálogo e da filosofia da pessoa e, finalmente, menciona os representantes da fenomenologia.

Os precursores se encontram no século XIX, representados por Kierkegaard (1813-1855), reconhecendo que o indivíduo é maior que o gênero e, portanto, há que dar potência à sua própria consciência: *quanto mais consciência, mais eu*.

Ebner (1882-1931) faz parte dos chamados filósofos do *diálogo*. Em seus estudos, centra-se principalmente na vida humana através do diálogo. Trabalha com

Martín Buber que realiza uma análise entre a relação dos homens e a relação com Deus. Em sua obra, "Quem é o homem?", assinala que para entender ao homem há que entendê-lo na riqueza de suas relações.

Entre os filósofos que se preocuparam com a *noção de pessoa*, se encontra Maritain (1882-1973), e é quem expressa, através de seus escritos, uma grande aspiração em direção à dignificação da pessoa. O filósofo transmite a necessidade de preocupar-se com o tema, motivado pelo acontecimento de dois fatos: um, correspondente ao individualismo, no século XIX e o segundo, ao totalitarismo coletivo do século XX.

Gabriel Marcel (1889-1973) escreve em seu diário, 'Ser e ter', que "cada homem que cresce no ser - é mais homem - enquanto aumenta suas relações humanas, a consciência e a coerência de vida; o homem é um ser em um mundo de relações espirituais: mais importante é o amor.

Emmanuel Mounnier (1905-1950) é quem denominou a expressão de personalismo Cristão; ao defini-lo, expressa que "chamamos personalista a toda doutrina, a toda civilização que afirma o primado da pessoa humana sobre as necessidades materiais e sobre os mecanismos coletivos que sustentem seu desenvolvimento".

E, finalmente, neste grupo, é citado o teólogo Maurice Nédoncelle (1905-1976), que é quem se aprofunda na Filosofia do diálogo de Martín Buber, especialmente nos aspectos, tais como: a relação eu - tu; um para o outro e causa e efeito.

No terceiro grupo, se encontra Edmund Husserl (1859-1938). Este filósofo é quem cria o método da fenomenologia, como uma reação frente ao positivismo que o rodeava, tentando recuperar valores e temas próprios da Filosofia, através de um método tão rigoroso como qualquer outra ciência positiva. Estuda os fenômenos tal como aparecem na consciência, baseado na experiência comum de todos os homens e evitando idéias preconcebidas. Trata de criar um clima espiritual, que permita intuir a verdade dos fenômenos para chegar à sua essência. Esta busca seria algo muito pessoal, "por isso o fenomenólogo descreve, analisa e ordena experiências para proporcionar um contexto suficiente para que o outro capte a idéia" (Nuñez, 1997, p.143).

Max Sheler (1874-1928), também integrante do grupo da fenomenologia, centrou-se na análise dos valores ante à consciência, à decisão e ao exercício da

liberdade. Os trabalhos deste autor têm tido uma especial importância e influência na ética moderna.

b) Definição da bioética personalista

A bioética personalista se apóia em uma *antropologia* e uma teoria do ato moral, dos quais derivam alguns princípios gerais de bioética, assumindo neles o papel de virtude na formação e consolidação da *consciência ética* (Pastor, 1997, p.39).

De uma perspectiva personalista, Serrano (1993, p.13) afirma "que a moral das virtudes tem em consideração o efeito da ação moral sobre o sujeito". Isto sugere que para que um sujeito seja capaz de tomar decisões corretas, é necessário que adquira bons hábitos, os quais corresponderiam às virtudes. Desta forma, o homem, através da sua *razão prática*, pode guiar seu comportamento avaliando os recursos em jogo durante a ação. Construir, de forma correta, significa hierarquizar os recursos que utiliza a razão prática. Isto, por exemplo, possibilita valorizar uma pessoa mais que uma coisa, porque caso se atue de forma contrária, este atuar se apresentaria incorreto. Serrano, citando a Macintyre (1993, p.16), acrescenta que "ainda que a correta hierarquização requeira uma formação, só é adquirida por uma tradição e só se aperfeiçoa no próprio uso".

A virtude "não é uma supressão da paixão mas ajuda ao juízo prático". A partir desta postura, a função da bioética não implica em construção de códigos de conduta de como formar profissionais conscientes e capazes de encarar o conjunto de decisões que devem tomar. Entretanto, propõe entregar uma orientação para favorecer uma ação justa e poder estender a bioética a questões que não seriam abordáveis na visão de terceiros (Serrano, 1993, p.18).

A consideração *antropológica* desta corrente bioética permite o conhecimento de *quem é o homem*, a mesma que de sua própria perspectiva formal, de caráter ontológico, olha o homem, a realidade humana. As contribuições da antropologia filosófica fundamentam o estudo do homem, em seu sentido mais profundo e radical, tentando explicar a realidade que encerra a pessoa, sua vivência interna, sua universalidade e a substantibilidade íntima que a caracteriza. Este saber fortalece o caminho do modelo bioético personalista, levando o que fazer profissional em direção a uma conduta, que

considere seu atuar sobre uma pessoa e não sobre um corpo. A antropologia passa a ter um papel importante proporcionando um conhecimento sobre a vida humana, favorecendo recobrar e colocar em primeiro lugar a unidade básica da pessoa.

A *bioética personalista* surge de uma demanda que destaca uma perspectiva ética e reflexiva, que aspira a uma sistematização e propõe a análise de valores e postulados fundamentais que estão implícitos em uma *busca da ética pessoal*. O eixo central é a pessoa e dela emerge a importância que se dá há alguns anos, aos direitos fundamentais da pessoa, através da declaração de direitos, tanto dos enfermos como em relação a determinados princípios éticos. Realça-se, assim, a dignidade da pessoa, ato que exige o máximo respeito em direção a ela.

Desta forma, entende-se por bioética personalista ao "estudo das normas que devem reger nossa ação no terreno da intervenção técnica do homem sobre sua própria vida (León, 1997, p.116). Os princípios fundamentais, os quais aponta a definição, são o respeito à pessoa humana, à proteção das pessoas concretas e o respeito e promoção da vida humana em si mesma.

c) Princípios da bioética personalista

Na proposta personalista, os princípios estão conformados pelo valor fundamental da vida, o princípio de totalidade ou princípio terapêutico, o princípio de liberdade e de responsabilidade e o princípio de socialização e subsidiariedade. Os autores, estudiosos do tema, concordam em que estes princípios são guias gerais e que, como tais, designam uma orientação fundamental e inspiradora da ação.

c.1) Princípio do valor fundamental da vida

Afirma-se, antes de tudo, que uma pessoa é sempre um sujeito, nunca um objeto e tem uma dignidade e um valor ante o qual só resta respeito. "O ser humano é, portanto, um valor em si mesmo e, como tal, necessita ser tratado e considerado" (Pastor, 1997, p.41). O homem é um ser irrepitível e único, não pode, portanto, ser considerado um número ou um instrumento, senão uma realidade que possui uma própria finalidade, o

que faz a vida humana inviolável. A pessoa deve ser respeitada em sua totalidade, e todas as dimensões do ser humano exigem o respeito pela dignidade pessoal.

O primeiro e o mais fundamental de todos os direitos é o direito à vida, o que é anterior, inclusive, à sua própria liberdade. Para ser livre, é preciso viver, por isto, a vida ocupa um lugar imprescindível. A respeito, Serrano (1993) diz que o primeiro imperativo ético está constituído pelo respeito, defesa e promoção da vida tanto da alheia como da própria. Desta perspectiva, o direito à vida precede ao direito da saúde e não se pode antepor o direito da saúde de uma pessoa em relação ao direito da vida de outra.

Numa visão educativa em saúde, a consideração do ser humano, como um valor em si mesmo, deve estar baseada no pressuposto que toda educação requer ser fundamentada "em uma filosofia, em uma idéia de homem e sua natureza, os valores que transcende e em uma maneira de ver e interpretar o mundo e as coisas: o conhecimento" (Lozano e Vega, 1990a, p.17). Este argumento é uma base sobre a qual a prática educativa deve apoiar a necessidade de que o homem seja tratado e considerado, como valor em si mesmo, só assim, é possível chegar a conhecer suas necessidades e sua atitude frente a aceitar ou rechaçar esta prática.

A educabilidade do homem envolve um tratamento respeitoso, conduta que inclui o reconhecimento deste homem como um ser irrepetível e único, uma pessoa que apresenta uma singular inquietude por melhorar, aperfeiçoar-se e adquirir conhecimentos frente a sua saúde, desde sua própria visão do mundo.

c.2) Princípio de liberdade e de responsabilidade

Segundo Serrano (1993, p.21), este direito se segue ao da vida, dado que "para ser livre se requer estar vivo, enquanto a vida é condição indispensável do exercício da liberdade". Este princípio nos leva a refletir acerca do respeito pela autodeterminação e o direito do usuário de aceitar ou rechaçar determinado tratamento, ato educativo ou qualquer outra atividade em saúde, utilizando sua livre vontade, da qual é possuidor por meio de seu eu livre, que lhe concede a capacidade de querer, eleger ou rechaçar.

O usuário é responsável em parte por seu futuro, como em parte também por seu passado, "ele vai-se refazendo a si mesmo, vai construindo sua existência passo a passo

em cada livre eleição" (Miranda, 1994, p.59). Frente à liberdade do usuário, se encontra a do profissional, o qual é também responsável por seus atos e decisões, em virtude de sua própria liberdade.

O profissional deve sempre ter presente que a pessoa a qual atende é um fim em si mesma e por isto, deve-se respeitá-la enquanto tal, de modo absoluto e independente de qualquer outra consideração. Portanto, sua responsabilidade tem implícita o compromisso de respeitar à livre vontade do usuário. Este homem não pode ser visto como um organismo que, por déficit, não funciona, mas sim como um eu responsável e livre, *uma pessoa* (Miranda, 1994).

O respeito pela dignidade da pessoa se converte no centro do quefazer profissional, e ela deve ser considerada em qualquer atividade, seja esta de ordem clínica e/ou educativa. Nesta visão, o atuar profissional cumpre um propósito essencial, isto é exercer uma atenção centrada no respeito pela autodeterminação do usuário, utilizando este aspecto como um critério básico enquanto um meio e um fim.

É preciso ter em conta que a responsabilidade nasce de nosso ser moral enquanto seres livres; liberdade e responsabilidade se potenciam mutuamente. No entanto, se faz necessário considerar que não se pode julgar eticamente sobre um comportamento, considerando exclusivamente a capacidade de eleger e decidir, em relação a isso. Miranda (1994, p.58) afirma: "sou eticamente responsável por minhas eleições". Isto quer dizer que, ao permitir aos usuários que tomem suas decisões livremente, estamos comprometendo sua responsabilidade frente a sua saúde e abrindo, portanto, a possibilidade de uma participação ativa.

Considerar o princípio de liberdade e de responsabilidade, do ponto de vista educativo, tem como significado colocar em andamento uma instância que possibilite uma educação amplamente comunicativa, respeitando uma relação humana que permita à comunidade usuária, uma constante crítica do meio em que vive. Freire (1986) propõe, desde uma visão humanista, a educação para a liberdade. O educador postula que a educação deve ser dirigida para um homem-sujeito, não para um homem-objeto. A educação libertadora outorga ao homem uma capacidade de integração, aquela que se aperfeiçoa, cada vez que sua consciência se torna crítica. Considerar o homem um

objeto, só permite alcançar um grau de acomodação ou de ajustamento em um processo privado de liberdade, o que compromete a manifestação de sua atitude criadora.

c.3) Totalidade, ou princípio terapêutico

Segundo Pastor (1997), a aplicabilidade deste princípio está condicionada pela natureza do todo, de suas partes, de sua relação mútua e da necessidade de uma melhor existência do todo. No caso de uma terapia, este princípio tem vital importância, dado que isto faz com que para salvar o todo da pessoa (a vida mesma), se possa incidir de uma maneira mutilante sobre alguma parte do organismo.

A pessoa humana é um todo único, que está composta por diversos elementos que a convertem em uma "totalidade". O sentido próprio de dignidade de seu ser se estende a cada um dos aspectos e componentes de sua pessoa, fazendo surgir o princípio de totalidade, o que está determinado desde o início de seu existir, até a morte. De acordo com Miranda (1994, p.59), "isso significa que eu sou sempre eu, sempre uma pessoa digna de respeito independente do estado em que me encontro".

Do ponto de vista educativo para a saúde, a consideração do ser humano como totalidade, se converte em uma exigência mesma do processo, dado que sua aplicabilidade também está condicionada pela natureza do todo da pessoa. Cada vez que se educa, existe a intenção de favorecer a manutenção desta condição realizando uma instância educativa, que leve a restabelecer e/ou manter e cuidar a relação mútua dos componentes que conformam a pessoa. Educar para a saúde em uma direção bioética, significa respeitar a pessoa, sua totalidade, sua dignidade e sua livre vontade, através de um ato educativo que leve em conta seu consentimento e responda às suas reais necessidades.

A educação para a saúde corresponde a um processo permanente e para levá-la a efeito devem considerar-se as experiências pessoais do homem, incluindo todos aqueles componentes de sua realidade, os quais, em seu conjunto, são responsáveis por conformar sua totalidade.

A práxis educativa em saúde deve favorecer para que cada usuário adquira conhecimentos, se informe, compreenda e se envolva em sua totalidade, mostrando sua

vontade de atuar. "É o homem total com seu ser, saber e fazer, o que toma consciência, faz sua vida e modifica seu meio de acordo com suas idéias, sentimentos e ações" (Lozano e Vega, 1990a, p.3). Ao respeitar a individualidade e totalidade do homem, estamos respeitando sua condição histórica, através de sua história e de sua vida particular, reconhecendo sua tomada de consciência pessoal.

c.4) Princípio de socialização e subsidiariedade

Este princípio está relacionado ao compromisso social que visa o favorecimento profissional para a realização de outras pessoas. A promoção, defesa da vida e educação para a saúde, são requeridos em consideração à "própria vida e a dos demais, como um bem não só pessoal senão também social" (Pastor, 1997, p.44). Espera-se que os poderes e autoridades públicas garantam os meios para que todos os cidadãos possam, sem discriminação, conservar a saúde. Essas autoridades devem negociar os recursos com equidade e justiça, na busca do bem comum, respeitando os direitos da pessoa, que antecedem aos da sociedade e do Estado. Daqui, surgem, portanto, critérios em relação à diversos dilemas da bioética, como os transplantes de órgãos, destinação de recursos de saúde, aspectos gerais e organizacionais na assistência em saúde em nível estatal e iniciativas sociais para diversos tipos de serviços de saúde.

Miranda (1994) descreve o aspecto de *socialização do princípio*, a partir da relação de responsabilidade entre o usuário e o profissional, em que ambos são influenciados no sentido da atenção em saúde e da solidariedade. O termo faz referência à responsabilidade profissional de estimular a solidariedade em sua interação com a família, usuários, equipe de saúde e sociedade em geral. Esta situação tem como finalidade favorecer à resolução de variados problema bioéticos, conforme foram enunciados anteriormente.

De acordo com o autor citado, *subsidiariedade* significa, por sua vez, atender às necessidades dos outros sem subestimá-los em sua capacidade de decisão e atuação, isto é, respeitando sua autonomia. As autoridades superiores como governos ou outras, não devem suplantar, mas pelo contrário, colaborar para que instituições menores, como

associações, família, comunidade e outros, possam, por si mesmos, decidir sobre sua saúde.

Da *perspectiva da socialização, a educação para a saúde* constitui-se em um forte elemento, dado que o eixo do processo educativo está na *atividade* e no incentivo da auto atividade de cada participante. Isto envolve a todos os agentes da saúde, entre eles, família, usuários, equipe em geral e outros. Esta participação significa que toda instância educativa deve conduzir e favorecer um desenvolvimento pessoal, para que os diversos agentes possam intervir, permanentemente, em favor de um crescimento, tanto individual como coletivo, através de suas experiências e da reconstrução que cada um faz de seu próprio conhecimento.

Na medida em que se beneficie a auto atividade de cada usuário e dos diversos agentes de saúde, se estará colaborando com a relação de responsabilidade entre estes últimos e o profissional. Nesta postura, o compromisso profissional, por sua vez, favorecerá identificar necessidades para resolver os problemas bioéticos que se apresentem, utilizando um sentido de justiça e equidade e respeitando, em todo momento, os direitos da pessoa.

Todo ato educativo, portanto, deve ser concretizado por meio de uma atitude positiva, que facilite uma reflexão pessoal e seja aberta ao diálogo e à possibilidade de adquirir novas experiências. Isto permite o desenvolvimento, por outro lado, de "um espírito crítico, democrático e de respeito mútuo" (Lozano e Vega 1990a, p.11). Estas condutas, em uma prática bioética personalista, levam a apoiar o desenvolvimento de atividades educativas, direcionando e fomentando a solidariedade como uma resposta social, por meio de uma atuação comprometida dos profissionais como educadores da saúde. Considerando, entre elas por exemplo, a organização e participação de iniciativas sociais para os diversos serviços de saúde.

O profissional da saúde, como educador, tem um compromisso social, o qual se manifesta por meio de sua individual e própria capacidade de reflexão e de ação. Em relação a estes dois últimos aspectos, Freire (1976, p.17) afirma que "é exatamente esta capacidade de atuar, operar, de transformar a realidade de acordo com finalidades propostas pelo homem, à qual está associada sua capacidade de reflexão, o que o faz um

ser da prática". Solidariedade, compromisso social, reflexão e ação, são manifestações profissionais que todo educador em saúde deve incorporar em seu que fazer, como uma estratégia que lhe permita perceber e fomentar, por sua vez, a ação, reflexão e o compromisso de cada usuário frente a sua saúde.

A ação e a reflexão, como constituintes essenciais da práxis, estão relacionados com o homem, o mundo e sua realidade. O usuário, através de sua relação com o mundo, adquire sua experiência a partir daí, desenvolve sua particular conduta de atuar e refletir. Cada vez que o homem se vê privado destas duas possibilidades, se estará interferindo no seu compromisso com o mundo, "que necessita ser humanizado para a humanização dos homens (...), compromisso que implica uma responsabilidade histórica" (Freire, 1976, p.18). A prática educativa em saúde pode favorecer esta conduta ou pelo contrário, inibi-la, quando não oferece as condições essenciais para exercitá-la. Segundo o autor, o verdadeiro compromisso é a solidariedade e isto não pode reduzir-se a gestos de falsa generosidade, nem tampouco converter-se em um ato unilateral.

A solidariedade dos profissionais da saúde, deve traduzir-se em um trabalho ativo e comprometido consigo mesmo e com os demais, para facilitar o próprio compromisso e a intervenção do usuário, na busca de uma atenção mais humanizada.

De acordo com o princípio de *subsidiariedade*, a responsabilidade do profissional de saúde, como educador, está dirigida a atender as necessidades dos usuários, respeitando sua autonomia e sua livre vontade. O seu saber prático compreende uma aprendizagem em função de sua realidade e de suas necessidades, determinando e orientando cada um dos passos do processo educativo em saúde. Uma educação dirigida, com este propósito, permite satisfazer, por outro lado, interesses e atitudes, especialmente em uma população adulta. Isto exige que se considere a realidade dos usuários: seus costumes, tradições e outros, favorecendo uma participação ativa, direta e efetiva de cada um deles nos momentos educativos, pondo em jogo seu ser, seu saber e seu sentir.

Ao levar em conta a livre vontade de decidir, as necessidades e a realidade de cada usuário, a educação para a saúde se fortalece sobre a base de "experiências organizadas que têm sido conformadas de acordo como ele foi estruturando sua imagem

ou esquema do mundo" (Lozano e Vega 1990b, p.11). Esta organização corresponde a condições próprias da população usuária (materiais, sociais e culturais) estabelecendo um elo consigo mesmo e com seu meio.

Por outro lado, as autoridades dos serviços de saúde devem favorecer o desenvolvimento das atuações individuais e de instituições menores, como associações, família e comunidade para que todos eles possam, por si mesmos, decidir aquilo que considerem o melhor para sua saúde.

Para finalizar a abordagem dos princípios da bioética personalista, é possível afirmar que, na atualidade, a complexidade e pluralidade dos problemas bioéticos fazem imprescindível o trabalho multidisciplinar, dado que suas ações requerem desenvolver-se em diferentes âmbitos, o que envolve, por exemplo, na relação profissional/usuário, aspectos sociais, psicológicos econômicos e/ou culturais. A divergência provocada pelos diferentes problemas apresenta como exigência aos profissionais um conhecimento amplo e exato que lhes permitam fundamentar suas decisões bioéticas de maneira adequada e acertada.

As diferenças individuais, entre os usuários, junto à multiplicidade de fatores que influi a divergente pluralidade dos problemas bioéticos, podem chegar a dificultar a tomada de decisão dos profissionais, o que contribui para provocar condutas confusas e imprecisas. Esta ambigüidade ética deve ser superada no sentido de encontrar, na ética, o elemento esclarecedor que se converta no fator de guia e reflexão para iluminar o atuar profissional e para que favoreça a "busca rigorosa da qual deve ser seu modo de comportamento nessa concreta atuação" (Polaino-Lorente, 1994, p.74).

Segundo a opinião dos diferentes autores, a bioética, em geral, necessita na atualidade esclarecer as normas pelas quais se rege, os fins a que se propõe e as diretrizes pelas quais opta na sua tarefa de orientar o exercício profissional, de forma fundamentada. Esta argumentação deve tornar possível a orientação às múltiplas perguntas que surgem no momento da tomada de decisão. Isto demanda que os profissionais estejam preparados para realizar uma análise filosófica, da eticidade das ações humanas, qualquer que seja o contexto de seu desempenho.

O profissional deve assumir um papel ativo ao propor-se os questionamentos que lhe permitam responder a planejamentos relacionados à sua prática. No campo da educação para a saúde, por exemplo, deve ter clareza nos limites da intervenção no que se refere a respeitar a liberdade do usuário; deve-se, por outro lado, levar em consideração a autorealização do usuário e sua tomada de decisões, e oferecer instâncias educativas que lhe favoreçam condições de poderem decidir por si mesmo, o que espera, o que quer para sua própria saúde. Tais aspectos estão contidos em parte das perguntas investigativas, que delinham a presente pesquisa.

Conforme foi assinalado anteriormente, constitui um desafio constante para os profissionais, o que lhes exige possuir uma concepção clara e precisa dos princípios bioéticos que lhe permitam reconhecer-se a si mesmos e aos demais como pessoa. Isto significa respeitar sua liberdade e dignidade, e conduzir-se, de acordo com a sua própria consciência, frente àquilo a que tem que decidir e ao dirigir sua conduta pessoal e ao que, finalmente, tenha que julgar. Pessoa e ética mantêm entre si uma união imprescindível e, para aplicá-la, o profissional deve vivenciá-la.

A este respeito, a bioética personalista possibilita um caminho que assegura e consolida, através de seus princípios, o respeito pela pessoa, sua dignidade e sua liberdade, os quais podem e devem ser transferidos à educação em saúde ao ser humano para quem se direciona a educação, aumentando, desta forma, a sua possibilidade de participação, responsabilidade e compromisso frente ao ato educativo e aos cuidados em saúde.

d) A humanização na educação em saúde e a bioética personalista

A desumanização da atenção profissional em saúde aparece como um problema que ocupa um lugar primordial e recebe críticas já há muito tempo. Segundo Gafo (1994, p.45), "o principal problema bioético é como humanizar a relação entre aquelas pessoas que possuem conhecimentos médicos e o ser humano, frágil e freqüentemente angustiado, que vive no duro transe de uma doença que afeta intensamente seu ser pessoal". Este é um dilema vigente e clama à Medicina e Enfermagem uma solução frente à desproporção que existe entre os meios técnicos sofisticados e os déficits de humanidade que caracterizam a prática educativa e assistencial.

Entre os principais problemas que se detectam na desumanização, acham-se, entre outros, a desigualdade na prestação de bens e de serviços, a despersonalização da atenção por parte dos profissionais, a falta de respeito pela autonomia e a livre vontade de decidir dos usuários.

A desumanização aparece acompanhada, freqüentemente, de uma despersonalização da atenção em saúde; ambos os termos fazem referência, segundo Gafo (1994), a indiferença e a frieza na interação do profissional com o usuário, à inibição de sua liberdade e autonomia e à sua marginalização e alienação. O usuário é tratado como um objeto, no qual não se consideram seus traços pessoais e individuais e se prescinde de seus valores e sentimentos. A relação humana mostra-se fria, indiferente e distante. As conseqüências deste comportamento profissional implicam, para o usuário, impotência e falta de autonomia, tendendo a atitudes de conformismo, frente à manipulação e coação.

A desumanização na atenção em saúde coloca em evidência a ausência de comportamentos bioéticos nos profissionais, que minimizam a condição humana, transmitindo uma falta de respeito e agressão à dignidade dos usuários. As conseqüências provocadas por este fato, na clínica, são também extensíveis à educação em saúde, onde pode-se observar que, ao considerar o homem como objeto e privado de sua liberdade, inibe-se sua atitude de criar, transformando-o numa pessoa passiva, dependente e insegura.

A educação em saúde requer, também, ser humanizada, propondo a exigência de uma atuação profissional com uma postura bioética personalista que ofereça um ambiente motivador, flexível e aberto ao diálogo, que outorgue ao usuário a oportunidade de participar ativamente e expressar seus déficits e carências em saúde, conforme suas necessidades concretas de acordo com seu consentimento e autodeterminação frente à educação recebida.

A enfermeira, desempenha um papel relevante com respeito a favorecer, através de seu desempenho profissional, uma atenção humanizada. Henderson, citada por Marriner-Tomey (1995, p.105), em sua definição de Enfermagem, expressa que:

"A única função de uma enfermeira é ajudar ao indivíduo, doente ou sadio, na realização daquelas atividades que contribuam com a saúde ou a sua recuperação (ou a uma morte tranqüila), e que ele faria se tivesse a força, vontade e conhecimentos necessários. E fazer isto de tal forma que lhe ajude a ser independente ou quanto antes possível!"

De acordo com esta definição, Henderson manifesta uma postura humanística que a Enfermagem deve adotar frente à atenção em saúde. Ressalta as características do indivíduo sadio ou doente como pessoa, e propõe uma atenção de Enfermagem de ajuda na situação específica de saúde e/ou enfermidade, com a finalidade de que ele possa ser independente o quanto antes possível. A autora descreve quatorze atividades de Enfermagem, por meio das quais, ajuda-se ao usuário; as nove primeiras pertencem à área de cuidado mesmo, e as cinco últimas fazem referência à tarefa humanizadora de Enfermagem, como: evitar os perigos ambientais; comunicar-se com os outros para expressar emoções, necessidades, temores, etc.; professar sua religião; trabalhar em alguma atividade que produza uma sensação de render proveito; fazer ou participar de diversas atividades recreativas; aprender a descobrir ou satisfazer a curiosidade, o que conduz ao desenvolvimento e à saúde normais.

Das cinco atividades mencionadas, só a última relaciona-se à educação em saúde, expressando aspectos educativos, tais como: apreender, descobrir, satisfazer a curiosidade. De acordo com a forma de apresentar os aspectos referidos, pode-se inferir que existe a intenção de que as mesmas, em um ambiente adequado, sejam individualizadas e satisfaçam à curiosidade própria de todo ato educativo.

Gafo (1994, p.54) comenta que "uma Enfermagem humanística não é uma mera questão de fazer, senão também de ser". O autor enfatiza uma postura profissional comprometida com a realidade da situação, capaz de vivenciar, de maneira sensível e singular, a particular situação humana, para ajudar a estabelecer uma relação interpessoal, um diálogo humano. Os profissionais devem, portanto, centrar sua atenção na pessoa e em sua situação particular.

Na tarefa humanizadora de Enfermagem, a importância da relação interpessoal, e o conceito de pessoa são considerados em grande parte das definições de diferentes

teoristas, como as que, em maior ou menor grau, enfatizam estas características. Porém, o que não está explícito, até agora, é a forma de abordar a educação para a saúde na perspectiva de uma bioética que responda a fundamentos específicos com respeito ao ser humano, como é o caso da bioética personalista. Como tal, este caminho bioético permite à Enfermagem dar resposta aos diversos dilemas da prática, guiando especialmente o problema da humanização e servindo de um argumento válido e sólido para desenvolver as tarefas próprias da educação para a saúde.

e) Compreensão dos comportamentos humanos

A compreensão dos comportamentos humanos requer conhecimento do ser humano como tal. Isto leva a identificar o que é peculiar no homem, aquilo que o conduz a interagir com seu ambiente, o que envolve suas características biológicas, cognitivas, emotivas e espirituais. A forma como se desenvolvem estes aspectos e se interrelacionam entre si, é o que vai constituir a sua totalidade, fazendo da pessoa um ser único.

A totalidade do ser humano surge graças ao sentido próprio de dignidade do seu ser e está presente desde o nascimento até a morte. O homem configura sua totalidade, progressivamente, a partir de uma percepção subjetiva de si mesmo e de seu meio, o que afeta as suas motivações e comportamentos.

A origem do comportamento do homem deve-se, em sua particular natureza, àquilo que o impulsiona e o move constantemente para que consiga relacionar-se com o meio e "para proteger-se ou descobrir as energias que necessita para seu desenvolvimento e sua atualização". O típico e particular de cada pessoa corresponde, portanto, a ferramentas que ao utilizá-las, lhe permitem um crescimento individual (Chalifour, 1994, p.57).

Para Spaemann (1995, p.114), as pessoas respondem por "seu comportamento de um modo absoluto". Nesta manifestação, cada um expressa esse modo absoluto como um todo, dando-lhe um sentido, um significado. O fato de atuar e de não atuar, converte-se em algo irrevogável e já faz parte de nossa vida.

Seguindo o proposto pelo autor, pode-se dizer que o comportamento representa uma atuação cheia de significado, que dá resposta a uma situação razoável num

momento específico "e em condições que não escolhemos"; isto é, atuamos em uma instância na qual devemos utilizar o melhor que oferecem essas circunstâncias, tendo, também, a possibilidade de mudar as condições existentes, se assim o desejamos.

Ao atuar, nos relacionamos com a realidade e, ao fazê-lo, aceitamos certas condições dadas antecipadamente. Nosso comportamento responde, então, a certos pressupostos existentes, porque as ações não provêm do nada, senão de uma determinada situação que delimita o comportamento. As condições mencionadas referem-se não somente a situações externas da atividade senão que, também, ao modo de ser e à singular natureza de cada ser humano, o que, tal como assinalado anteriormente, impulsiona o indivíduo a atuar e a relacionar-se com seu meio.

É importante considerar que as condutas humanas estão determinadas por diversas influências, o que obriga a "levar em conta a multideterminação do comportamento" (Lolas, 1996, p.22). Isto quer dizer que as motivações individuais, dado às suas próprias e particulares características, nem sempre vêm a coincidir, por exemplo, com as coletivas, e isto nos leva a reconhecer que uma mesma conduta pode responder a distintos fins.

Na atualidade, delineiam-se questões em relação a indagar as causas pelas quais muitas pessoas não conseguem modificar condutas nocivas para sua saúde. Bibliografias atuais assinalam que recentes investigações fundamentam que a saúde depende, em grande parte, do particular comportamento de cada qual e dos seus estilos de vida. É preciso, então, identificar quais são as instâncias que podem ser significativas, para que cada usuário seja capaz de realizar mudanças em suas atividades diárias, que lhe permitam conduzir, de forma responsável, o seu autocuidado.

A significatividade das instâncias, que estabelecem nossos comportamentos, está também influenciada pelo que Aristóteles chamou de ações voluntárias e involuntárias, aquelas que, a partir de uma visão da educação em saúde, assumem uma especial relevância. Pode-se considerar, então, que fazer involuntário, como uma conduta realizada à força ou por ignorância, em que o forçoso representa uma obrigatoriedade externa, na qual o homem forçado não tem intervenção. A ignorância, por sua vez,

refere-se a um ato não voluntário, porque se realiza sem que o indivíduo saiba o que está fazendo.

Seguindo o pensamento Aristotélico, cabe acrescentar que as atividades voluntárias são aquelas cujo princípio está no mesmo agente que conhece as circunstâncias concretas nas quais reside a ação, portanto, são escolhidas livremente. É possível distinguir, por outro lado, circunstâncias que, por si mesmas, são involuntárias e são escolhidas para evitar certas conseqüências. Estas mesmas, em determinados momentos, e para evitar outras circunstâncias podem se transformar também em voluntárias; o que integra um componente a mais, para o entendimento do complexo sistema que encerra o comportamento humano.

Saber quem é o ser humano corresponde a um princípio que tem o seguinte postulado: "só conhecendo o indivíduo e suas circunstâncias, é possível uma ação eficiente e permanente em saúde" (Briceño-León, 1996, p.8). Segundo o autor, entre as particularidades que permitiriam conhecer às pessoas, está a apreciação das suas crenças, hábitos, funções e as circunstâncias nas quais acontecem suas ações. "As crenças são importantes porque a realidade é, para efeitos do comportamento, como a gente crê que é"; o que nem sempre vai coincidir com o que pensa outra pessoa, ou com o que diz a ciência.

De acordo com o autor, os hábitos implicam, por sua vez, as maneiras tradicionais de viver e correspondem ao que as pessoas fazem porque sempre fizeram desse modo e que, sem pensar, repetem, como uma verdade que se impõe em atos. Alguns desses hábitos estão relacionados com as circunstâncias nas quais se vive; outros, de ordem mais habitual, estão associados com as crenças.

Por último, outro elemento que, de acordo com o assinalado pelo autor, ajuda a conhecer as pessoas são as circunstâncias, que correspondem às condições materiais reais sobre as quais os indivíduos realizam ou não, as suas ações. O conhecimento das circunstâncias, sob o ponto de vista social, determina compreender aspectos básicos, como: moradia, serviços do microambiente e outros.

Sem dúvidas, o tema dos comportamentos humanos merece um amplo exame, mas o identificado, até aqui, corresponde em concordância, a nossas situações

centrais a serem consideradas na prática educativa em saúde, a partir de uma perspectiva da bioética. Isto propõe levar em conta as características que dão lugar à totalidade do homem e às circunstâncias e formas como se interrelacionam estes aspectos.

As motivações e comportamentos, sob a consideração indicada, são determinantes para o êxito da tarefa educativa. O planejamento desta instância exige, portanto, individualizar seu fazer e introduzir atividades que facilitem o crescimento pessoal. Isto requer oferecer condições adequadas e significativas para que elas, ao conduzirem externamente o processo, favoreçam e estimulem as condições internas de cada pessoa permitindo conduzir seu autocuidado, de maneira que possam ser satisfeitas suas necessidades, com uma atitude de respeito por sua liberdade e suas características individuais.

A consideração das condições internas e externas como determinantes no comportamento do usuário frente à sua saúde, o motivam a participar e aumentam seu compromisso, contando com a possibilidade de realizar mudanças nas condições existentes, se assim o deseje.

f) Concepção do ser humano como pessoa e sua dignidade

Nossa cultura tem introduzido, paulatinamente, a importância da dignidade da pessoa. Na atualidade, o conceito de pessoa apresenta especial relevância tanto a nível jurídico (direitos fundamentais, direitos humanos), como nas ciências humanas, especialmente, na filosofia, na ética e na antropologia. .

Sob o ponto de visão antropológica, Yepes (1996, p.81) refere que a pessoa é um ser que tem uma intimidade, que possui uma capacidade criativa, a habilidade de se mostrar a si mesma e de expressar seus pensamentos. A intimidade e a capacidade de expressão de si mesmo, são próprias e inerentes a cada pessoa e ao possuí-las, se faz dona de si e de seus atos. Isto determina a presença de outra característica, que corresponde à liberdade, pela qual vive e realiza-se, possuindo-se a si mesma. A pessoa constitui-se, deste modo, em um ser "absoluto, no sentido de algo único, irredutível a qualquer outra coisa".

Outra característica importante do ser enquanto pessoa, é sua capacidade de diálogo, através da qual revela sua intimidade, que é manifestada e dirigida a um interlocutor. "Temos necessidade de explicar-nos, de que alguém nos compreenda, as pessoas falam para que alguém as escute; não se dirigem ao vazio" (Yepes, 1996, p.81). A falta de diálogo e a falta de comunicação são fatores capazes de alterar a vida social e individual; não existe um eu sem um tu, não podemos existir sem outros, porque não poderíamos nem conhecermos a nós mesmos. O autor acrescenta que "o conhecimento da própria identidade, a consciência de si mesmo, só se alcançam diante da intersubjetividade".

A intersubjetividade mencionada, refere-se à faculdade de alcançar uma inter-relação tanto cognoscitiva como afetiva, com as pessoas que nos rodeiam e especialmente com nosso próprio eu. Na relação com outros, precisamos de relações interpessoais, como a base e o cenário da existência humana. No caso de nosso eu, ao sair de si mesmo, pode, através do conhecimento, desvelar e descobrir a realidade das coisas, estabelecendo um diálogo com sua intimidade, a que supõe uma auto-presença e uma capacidade autoreflexiva.

A pessoa se fundamenta na dignidade do homem e caracteriza-se por possuir um entendimento, uma vontade, uma autoconsciência de si e uma autodeterminação que a conduz a atuar livre e consciente. Em honra à sua dignidade, o homem deve ser tratado com respeito, isto é, "em referência a seu valor intrínseco" (León, 1997, p.122).

A dignidade está ligada ao sentido de nossa vida, isto sugere o fato de que o homem, por estar dotado de vontade, é responsável pelas próprias transformações que lhe acontecem na trajetória de sua vida. Na busca de sua perfeição, cada homem pode dirigir-se a si mesmo em forma livre, fazendo uso de sua capacidade de amar, de refletir e de pensar. Em consequência disso, pode-se afirmar "que a dignidade humana emana da racionalidade, ao mesmo tempo que da liberdade da pessoa" (Polaino-Lorente, 1997, p.24).

Dentre as manifestações da dignidade da pessoa, tem sido enfatizado, especialmente, o seu carácter único e insubstituível, o que, principalmente lhe imprime a racionalidade e a liberdade. Cabe aqui, então, lembrar e advertir o valor que a pessoa

possui em relação ao amor e à sua capacidade de amar, constituindo-se, segundo Melendo (1994, p.65), "por este motivo - como um fim em si mesma, como um autêntico bem ou valor". Esta capacidade do homem o converte num sujeito e objeto de amor, o que lhe abre a possibilidade de relação, respeito e comunicação com os demais.

Ao falar de pessoa e dignidade humana, a palavra respeito aparece, fortemente, ligada a estes dois conceitos e isto porque a mesma faz referência, em seu conteúdo, ao dever ético de afirmar-se o outro. O respeito significa deixar o outro ser como é, já que é uma pessoa, digna e livre. Nossa participação, como profissionais, não nos confere o direito de limitar a vida dos usuários e decidir, por eles, como se fossem um objeto; pelo contrário, respeitar-nos impõe o dever de comprometer-nos, de mostrar uma atitude ética de benevolência que facilite a percepção da realidade do usuário e permita conduzir sua ajuda, fazendo-o sentir-se digno e respeitado pelo fato de ser uma pessoa.

O respeito pela dignidade do homem reclama prestar atenção à sua inerente liberdade e sua capacidade de sentir necessidades morais e de satisfazê-las. Não existe, portanto, nenhuma situação que justifique faltar ao respeito devido à sua dignidade. Cada homem deve ser tratado como algo único e irrepetível, dotado de sua particular individualidade, da qual, ele mesmo, em parte, é responsável.

Herranz (1990), ao referir-se à concepção de pessoa, analisa duas noções arraigadas segundo ele, na tradição deontológica da Medicina e na atitude e conduta de muitos médicos. São as noções básicas de dignidade do ser humano e do respeito que lhe é devido.

Em relação à dignidade humana, o autor assinala que a dignidade geral do homem é a mesma do paciente, dado que este é a mesma pessoa que vive circunstâncias específicas impostas pela doença. "O paciente possui dignidade, independente do fato de estar doente, quer dizer, não é pelos danos das suas células ou outros órgãos pelos quais se interessa a Patologia; nem porque esteja necessitado de atenção médica e tenha direito a determinados serviços por parte do sistema de saúde; mas pelo fato de que é um homem: uma pessoa" (Herranz, 1990, p.32).

Segundo o autor, a resposta ética à dignidade da pessoa é dada através do respeito. Isto vem a constituir-se no sistema nervoso do organismo ético. "A abundância

da vida moral depende da capacidade de captar e de integrar valores morais. O homem, eticamente desrespeitador, é insensível aos estímulos éticos que os demais lhe concedem" (Herranz, 1990, p.37).

O autor assinalado faz asseverações em relação a que "o respeito às convicções do paciente e a sua liberdade, obriga a conhecê-las, a reconhecê-las, isto é, a indagar, negociar e a decidir conjuntamente". É assim como o respeito se traduz em manter-se alerta ante às necessidades humanas do outro e em saber discernir quando o paciente/usuário deseja que suas convicções e decisões sejam tomadas em conta, ou ao contrário, permite que sejam ignoradas.

A proposta do autor permite compreender que a atitude profissional deverá, muitas vezes, ignorar determinadas situações para não invadir a intimidade, ou pelo contrário, deverá averiguar para chegar a conhecer a verdadeira realidade do paciente e/ou usuário.

Cabe destacar que, na vida diária, cremos estar outorgando "espaços de respeito mútuo diante da exigência, entretanto, esta é uma ação que nega o respeito mútuo e a cooperação; cremos que possuímos poder sem perceber que o poder é concedido pelo que obedece num ato que se nega a si mesmo" (Maturana, 1995, p.246).

No desenvolvimento da educação em saúde, o exposto pelo autor adquire vital importância; atitudes de exigência atentam contra a livre vontade de atuar e impedem a espontânea participação e cooperação do usuário. A respeito, espera-se que o educador para a saúde seja capaz de investigar a verdadeira realidade do paciente e/ou usuário, para, assim, alcançar o respeito mútuo e sua cooperação em relação ao momento educativo.

Herranz (1990, p.41) assinala algumas atitudes que, se espera tenham presentes os profissionais da saúde. Tais condutas estão dirigidas ao favorecimento do respeito ao paciente e/ou usuário. Entre elas, encontram-se as seguintes:

- * dar informação clara e suficiente, para que cada um deles possa compreender a natureza do tratamento, e/ou aspecto considerado, para que possa aceitá-lo e cooperar, praticando o que é ensinado. A informação adequada é um modo de respeitar a liberdade;

- * educar de forma adequada e completa. A ignorância e o erro são os piores inimigos da maturidade ética;
- * obter o consentimento informado, do paciente e/ou usuário, para toda a atenção de saúde, não só na clínica, mas, também, nas atividades educativas, quer sejam individuais ou grupais;
- * informar não só os aspectos estritamente biológicos da enfermidade, mas também aqueles que devem ser incluídos e os aspectos que sejam relevantes para a tomada de decisões com consciência. A informação deve ser completa e não pode omitir-se nada que seja moralmente significativo;
- * respeitar o ponto de vista tanto do paciente e/ou usuário como do profissional da saúde, suas opiniões necessitam acomodar-se mutuamente no respeito da liberdade de cada um deles;
- * reconhecer, em cada pessoa, a dignidade que lhe corresponde.

Em relação ao conceito de consciência ética, mencionado anteriormente, Roa (1990, p.47) refere que ela é "consubstantiva ao homem, de tal maneira que é impossível pensar que um ser humano que não a possua, como nos seria igualmente impossível pensá-lo sem capacidade de raciocinar, de refletir, de reter na memória de um modo vivo o passado (...) a consciência ética, é o que unifica as demais consciências: a cognoscitiva, a afetiva e a volitiva, numa unidade pessoal superior e as anima por dentro".

Para Polaino-Lorente (1994, p.38), a consciência ética, "é, sobretudo, um juízo, um ato da inteligência pelo qual se julga particularmente um fato, conduta ou sucesso, aprovando-o ou desaprovando-o de modo geral", a consciência corresponde, segundo o autor, àquela função especificamente humana, graças à qual o homem configura-se em seu mundo circundante, o que lhe permite reconhecer quem é e manter uma convicção de sua identidade pessoal.

Falar de consciência é falar da dignidade do homem, é identificá-lo como um indivíduo que, como tal, "é já o universal" (Spaemann, 1995, p.86). A consciência equivale, para o autor, à exigência de nós até nós mesmos, através da presença de um

critério absoluto, geral e objetivo, em um ser que é finito, aspectos que pertencem e caracterizam a dignidade humana.

A consciência apresenta-se como juízo último do homem, correspondendo a uma atividade consciente, a que, de acordo com o expressado pelos autores ao permitir-nos refletir, nos dá a possibilidade de atuar de acordo com quem somos, selecionando e realizando uma representação de nossa realidade e de nosso comportamento, de acordo com nossas vivências. Aqui, toma importância o pensamento e a interpelação com os demais, o que nos permite, finalmente, tomar consciência de nossa diferença dos outros e introjetar nossa própria identidade pessoal. Isto nos possibilita reafirmar nossa dignidade e manifestar-nos como pessoas únicas e concretas, como um alguém ante os demais e frente a nós mesmos.

Para os profissionais que educam em saúde e em especial para a Enfermagem, o ato educativo deve colocar-se frente ao respeito pela pessoa e pela sua dignidade; a importante necessidade de respeitar a autodeterminação e a liberdade de consciência, considerando sua intimidade e a consciência de si mesmo, como algo absoluto e único, como um alguém que não pode ser trocado com nada nem com ninguém. Se deve enfatizar, sobretudo em uma relação interpessoal, através de um trato que reflete equidade, confiança e solidariedade, por meio de um diálogo atento, que demonstre e represente interesse, cordialidade, respeito mútuo e motive a cooperação, levando em conta o devido e oportuno *consentimento informado* sobre a ação educativa que se deseja realizar.

O ato educativo em saúde, por outro lado, e tal como se descreve à frente, precisa, por sua vez, de uma conscientização, que de acordo com Freire (1997), é posterior à tomada de consciência. O respeito à educação, em termos gerais, permite ao homem uma primeira aproximação espontânea com o mundo, decorrente da *conscientização*, correspondendo a um propósito que tem um caráter *objetivo, crítico e comprometido*, aspectos fundamentais para interagir, em forma ativa e efetiva, frente a qualquer situação de ensino-aprendizagem.

3.2 - Livre vontade do usuário frente à educação para a saúde

Este ponto do desenvolvimento do referencial teórico, que se apresenta, tem como propósito realizar uma aproximação para a compreensão e conceitualização da expressão <livre vontade do usuário>, dado que constitui um componente central na presente investigação. Esta conceitualização se iniciará a partir do estudo do conceito <livre afirmação do nosso ser>, incluindo-se, também, conteúdos relacionados à *autonomia e à vontade*. Estes são os conceitos que alicerçaram as bases para alcançar a fundamentação de uma forma ampla e compreensível acerca da importância da *livre vontade do usuário* no campo da educação para a saúde.

A operacionalização do conceito a estudar pretende identificar aspectos que permitam discutir, em torno dele, para confrontá-lo com a realidade do que fazer de Enfermagem, de cujos profissionais, se espera sejam capazes de respeitar os princípios que estão implícitos em relação à livre vontade do usuário da saúde.

Para alcançar o objetivo, se fará referência a algumas considerações a partir de uma perspectiva ético-filosófica. Do ponto de vista ético, se dará ênfase ao âmbito da ética realista, de acordo com o exposto principalmente por Millán-Puelles (1994, p.13), em cuja tese afirma que "a natureza específica do ser humano é o fundamento geral e imediato do conteúdo de nossos deveres. Com a expressão 'nossos deveres,' designam-se, aqui, os deveres comuns a todos os seres providos da condição de ser humano."

As justificativas, expostas pelo autor, se relacionarão às necessidades, requerimentos instrucionais e características próprias dos usuários da saúde, sob o olhar da educação em saúde para adultos. Por outro lado, se utilizarão as referências de outros autores que permitirão ampliar a fundamentação esperada, destacando-se que, ainda que não sejam contemporâneos, possibilitam complementar e servir como contrapontos em diferentes aspectos, o que possibilita o enriquecimento do tema em estudo.

a) O sentido auto-referencial do ser do eu

Para os filósofos realistas, "tudo o que existe é, então, também o espírito do homem dotado de liberdade, possui ou é uma certa natureza" (Lavados, 1990, p.290). É assim, então, que, para chegar a entender a liberdade do homem, é necessário

compreender sua natureza, já que uma e outra estão reciprocamente unidas. Dessa forma, se poderá seguir a trajetória do homem na busca da manutenção de sua liberdade, a qual lhe foi outorgada graças a sua particular e singular condição humana.

Em nossa cultura, a idéia que, hoje em dia, podemos ter acerca da liberdade e do homem tem sido influenciada, através do tempo, por diversas correntes de pensamento.

"É possível reconhecer em primeiro lugar, a influência do existencialismo de Sartre. Segundo esta filosofia, atuar livremente - ser livre - exige a negação radical de todo valor moral objetivo que, de alguma maneira, poderia atrair ou influenciar, por sua bondade ética, à liberdade da pessoa. A liberdade, para ser verdadeira e realmente uma liberdade, exige a negação da distinção entre o bem e o mal. No marco desta filosofia, o homem, a consciência é liberdade" (Lavados, 1990, p.290).

Daí, que o homem, habitualmente, depara-se frente a uma dupla possibilidade em sua vida diária, isto é, atuar no uso de sua liberdade de opção em consonância com seu próprio ser específico, ou pelo, contrário, em oposição a ele. Isto permite interpretar, de uma forma geral, que no agir correto, eticamente, está implícita uma forma prática de assumir livremente nossa própria condição humana. Dessa maneira, nos atrevemos a conceber determinadas condutas como incorretas eticamente, quando somos capazes de qualificá-las de acordo com o exigido em conformidade com nossa índole humana.

Uma característica importante do eu humano é a sua capacidade de referir-se a si mesmo. Esta capacidade é entendida como o poder que, de um modo essencial, define o ser,

"o peculiar do eu como 'eu' e em seu mais profundo nível não é, pura e simplesmente, o ativo auto-referir-se que se cumpre com a vida da consciência, senão como algo prévio, a fundamental capacidade que o faz possível, (...) a ativa relação do eu consigo mesmo não é, em todos os casos, uma auto-referência prática" (Millán-Puelles, 1994, p.17).

Ao descrever o sentido de auto-referência, o autor põe, a público, dois conceitos que tomarão grande importância à medida que avance o desenvolvimento do tema: a capacidade de auto-referir-se e a consciência. A compreensão de ambos conduzirá à busca de respostas a questões que têm grande relevância para compreender determinadas condutas dos usuários frente à sua saúde.

A partir da capacidade de referir-se a si mesmo, pode-se assumir que o eu humano é um ser que, dada a sua natureza, tem a possibilidade de uma auto-relação, o que lhe confere uma incondicionada identidade consigo mesmo. Esta última é a que oferece a possibilidade de auto-referência que está sempre presente e tem a capacidade de afetar ao eu em sua integridade, a todo momento e de modo permanente durante toda a vida.

A ação de auto-referência, pela qual o eu se faz auto-presente ao exercer a consciência, corresponde a uma atividade própria para a qual está preparado a responder. Entretanto, "o eu não é o exercício de sua própria consciência, e, por conseguinte, este exercício lhe outorga realmente algo". Existe uma parte do eu que não se move somente em torno ao determinado pela consciência, senão que vai mais além em resposta ao que caracteriza a particular singularidade da condição humana (Millán-Puelles, 1994, p.18).

Isto quer dizer que o eu não é pura consciência, é também ação, a qual é reflexiva e consciente. Daí, então, que o exercício da mesma oferece ao homem a possibilidade de auto-afirmar seu próprio ser.

Cabe, então, perguntar-se se é possível encontrar atividades próprias da ação de auto-referência que façam surgir alguma relação seja entre duas entidades distintas ou numa entidade consigo mesma. Isto será melhor esclarecido, a seguir, em relação às chamadas atividades transitivas e intransitivas.

Entende-se por atividade transitiva aquela capaz de produzir um efeito num ser distinto da pessoa que a leva a termo, fazendo surgir uma especial relação de dependência, que vai desde o que escuta (paciente), ao agente (o que comunica). A dependência, que assim aparece, corresponde a uma pura e simples relação.

A relação de dependência, antes descrita, "implica uma passividade ou paixão no sentido da recepção de um certo influxo determinado de um efeito (paixão como correlato da ação)" (Millán-Puelles, 1994, p.19). A dependência constitui-se, assim, em fundamento das atividades transitivas como a única modalidade de relação neste sentido, para o qual se requer que exista uma situação de heterogeneidade na qual o fundamento e o fundamentado entrem em equilíbrio.

No caso das atividades intransitivas, não existe a possibilidade de fazer surgir uma relação de dependência, dado que aqui não se produz uma relação com o outro, senão consigo mesmo. O "exercício das atividades intransitivas leva consigo a consciência -já explícita, já tão somente implícita ou conotada do sujeito que as realizou-". Nestas atividades, o eu se faz auto-presente, o que implica realizar o exercício da capacidade de ser consciente. Observa-se, aqui, que a relação do eu consigo mesmo atua de forma coordenada e intrínseca à própria atividade que este realiza, manifestando-se como uma dimensão constitutiva de seu ser essencial (Millán-Puelles, 1994, p.19).

Pode-se afirmar que as ações transitivas são capazes de fazer surgir relações entre duas entidades distintas entre si. Por sua parte, as ações intransitivas favorecem a ação de auto-referência, porém não fundamentam nenhuma relação em oposição às anteriormente descritas. As ações intransitivas, ao contribuírem a que se manifeste a ação de auto-referência, estão diretamente permitindo que se exerça a capacidade de ser consciente, o que situa o ser humano frente à possibilidade de aceitar o ato de conhecer e de querer, isto é, frente à possibilidade de aceitar realizar uma ação.

Tugendhat (1993, p.171) agrega um aspecto importante a destacar quanto ao ato de conhecer e querer. Segundo este autor, para realizar algo necessita-se "da capacidade e da ocasião para fazê-lo. Que eu tenha a capacidade e a ocasião é a condição para que se possa pensar em fazer algo, (...) e isto implica que a ação depende somente do que eu queira ou não".

O autor coloca que se o anteriormente explicitado não deveria estar respondendo a um determinado estado psicológico, a um determinado caráter, etc., o que, por uma parte, estaria negando o livre atuar. Questiona-se o seguinte: "é correto que as assim chamadas atitudes voluntárias diferenciam-se das outras em que sua realização não depende somente de condições, senão também do querer?" (Tugendhat, 1993, p.172). Responde ao questionamento, dizendo que ambas dependem da ocasião e do querer e que, por sua vez, ambas são uma condição da realização de uma conduta, a diferença fundamenta-se em que o querer seria somente uma condição adicional. Isto quer dizer que não necessariamente estão determinados por um estado psicológico, caráter ou outros.

Em relação aos últimos aspectos abordados, cabe realizar algumas diferenças de acordo com o exposto por Millán-Puelles e Tugendhat. O primeiro afirma em sua tese que, para que uma pessoa consiga referir-se ativamente a si mesma, manifestar sua auto-presença e ser capaz de exercer sua capacidade de ser consciente, precisa do ato de conhecer e de querer. O segundo autor somente faz referência explícita ao ato de querer como uma condição adicional para que se produzam as atitudes voluntárias, agregando que se necessita, para isto, da capacidade (aspecto interno) e da ocasião (aspecto externo), para pensar e determinar realizar algo. Retomando o exposto por Millán-Puelles, ele requereria da manifestação da capacidade de auto-referência, situando-a numa situação bem mais interna e própria do sujeito, reafirmando, desta forma, o livre atuar de modo independente às condições externas.

Ambas as posições, entretanto, podem oferecer uma complementaridade para realizar uma transferência ao campo da educação em saúde e alcançar, assim, entender a implicação das condutas positivas e/ou negativas quanto ao conhecer e querer e a presença de fatores tanto internos como externos que influem no processo ensino-aprendizagem, em qualquer âmbito que este se aplique.

Conforme Millán-Puelles (1994, p.20), "o exercício da capacidade de ser consciente é sempre auto-referência e o é no modo de uma genuína atividade". Porém, esta ação não estabelece nenhuma relação como o que ocorre nas atividades intransitivas anteriormente assinaladas. Portanto, cada vez que ocorre uma realização da capacidade de ser consciente, a relação do eu consigo mesmo passa a pertencer, de um modo intrínseco, à própria atividade que este eu realiza.

Surge, assim, para Millán-Puelles, o conceito de relação transcendental que corresponderia a "uma relação pertencente ao ser essencial de algo que não consiste em pura e simples relação". De acordo com o anterior, pode-se dizer que se uma pessoa não consegue referir-se ativamente a si mesma, não conseguirá, por sua vez, manifestar sua auto-presença, nem será capaz de exercer sua capacidade de ser consciente, o que a situa frente a um ato de não conhecer nem querer, isto é, de não querer atuar frente a uma determinada situação (1994, p.24).

Daí, que, quando o indivíduo não quiser atuar diante de uma dada situação, a relação transcendental esperada não se produziria, determinando a inexistência de uma ativa auto-referência do eu no exercício da sua capacidade de ser consciente. É imperativo, então, que para reverter esta situação, exista um real desejo de conhecer e um querer provido de intencionalidade, cujo objeto corresponda apropriadamente a seu próprio sujeito; somente, desta forma, se alcançará relacionar o eu consigo mesmo. Pode-se afirmar, então, "que, em todas as ocasiões, a consciência é uma atividade a cuja intrínseca e essencial constituição pertence, segundo o modo de auto-presença, à relação (transcendental) do eu consigo mesmo" (Millán-Puelles, 1994, p.21).

Tugendhat (1993, p.173) questiona "se pode-se qualificar realmente já como livre um atuar quando o que alguém faz depende do que alguém queira (...) teríamos que ter em conta também o fato de que podemos falar de livre num sentido gradual". O sentido gradual faz referência ao ato de deliberar, o que quer dizer que, na medida em que somos capazes de levar a cabo tal ação, estamos praticando a liberdade neste sentido. O autor chama a atenção em considerar, por exemplo, numa oração, a palavra posso e, numa frase, a expressão se eu quero, o que nos estaria indicando que estamos no contexto da deliberação.

O anterior representa condições de ação dado que, ao deliberar, é preciso distinguir o que é prévio a uma situação prática, isto é, o que a faz possível. Desta forma, o indivíduo deve determinar aquilo que depende dele e que faz possível que a ação ocorra, para decidir logo se a quer realmente; se isto acontece, então, tomará efetiva posição dela. A deliberação, neste caso, está dirigida para o que queremos ser ou a quem queremos ser.

Tugendhat (1993, p.173) coloca o seguinte: que significa, então, perguntar-se o que alguém quer? Responde dizendo que, basicamente, se trata de descobrir a capacidade, a ocasião, as próprias inclinações e a posição que se toma frente a elas.

Segundo o autor, "ele depende de mim" significa "somente se eu o quero", e com isto faz-se referência ao querer que pertence ao âmbito do deliberar. De acordo com esta perspectiva, estes três aspectos querer, depender de mim e deliberar, seriam o que permitiriam a pessoa adotar uma determinada conduta frente ao que quer ou deseja.

Millán-Puelles, por sua parte, expõe que, para que exista uma ativa auto-referência no exercício de tornar consciente nosso querer e desejar, precisa-se de uma determinação ativa e positiva frente ao conhecer e querer, ambos providos de intencionalidade. Isto nos mostra um grau de concordância entre as colocações dos dois autores. O que significa que, de acordo com eles, a decisão de realizar algo estaria influenciada pelo desejo de conhecer e de querer, movido por uma conduta deliberada e intencionada. Tais aspectos tomarão grande relevância ao se discutir sua influência na educação em saúde.

b) Livre afirmação de nosso ser

Um atributo importante de identificar na consciência é aquele que a converte num requisito da práxis. Millán-Puelles (1994, p.13) define como práxis "toda operação ou atividade conscientemente exercida". É, assim, então que, na especulação e na teorização, pratica-se uma especial determinação consciente.

Cabe aqui fazer uma diferença entre a práxis como atividade em si mesma e a consciência como atividade do eu. A primeira permite e conduz à teorização; em troca, a segunda não corresponde de uma maneira propriamente tal e positiva, a uma autêntica teorização, "pois não consiste na contemplação de uma verdade já encontrada, nem em buscar alguma verdade pelo gosto de buscá-la. Também aqui cabe um teorizar, porém de uma maneira mais simples, dado que a relação consigo mesmo não é prática estritamente, senão que corresponde a uma resposta do ato de auto presença"(Millán-Puelles, 1994, p.22).

Millán-Puelles (1994, p.29) assinala três formas possíveis de manifestar nosso próprio ser: a meramente natural, a teórica ou especulativa e a prática:

- * A maneira natural de possuir nosso próprio ser corresponde a uma possessão inconsciente da consciência.
- * A forma prática é aquela que permite exercer a atividade da consciência quando o eu humano se faz presente. Desta maneira, se possui a si mesmo, assumindo seu próprio ser, fazendo-o seu, tomando possessão dele através da forma do dar-se conta de si.

- * A forma teórica de ter nosso próprio ser fica constituída ao exercer a atividade da consciência, apesar de não ser formal e propriamente uma teoria. Cabe aqui destacar que se a atividade da consciência é, de certa forma, uma teoria, nem toda forma teórica de nosso próprio ser é somente uma atividade da consciência, já que, de modo cotidiano, realizamos juízos que já são teorias num sentido formal e próprio.

Dada a natureza do eu humano, podem relacionar-se, a ela, dois modos bem diferentes entre si: um positivo e o outro negativo ou discordante. Neste último caso, o exercício da liberdade opõe-se à própria natureza do eu humano; em troca, no primeiro dos casos, o eu humano exerce sua liberdade atuando conforme a sua própria natureza (Millán-Puelles, 1994, p.24).

O autor acrescenta que "em consequência para que um eu humano entre em relação consigo mesmo de uma maneira prática se requer, antes de tudo, que operativamente se confira a si mesmo uma determinação, não imposta unívoca e inevitavelmente pela própria natureza que ele possui". Isto quer dizer, reiterando mais uma vez, que o modo de comportar-se de um eu humano está determinado pela sua própria condição humana que se relaciona sem deixar de levar em conta que existirão instâncias em que não necessariamente possa ocorrer desta forma. Da perspectiva da educação, este aspecto toma um importante lugar, devendo ser considerado no momento de determinar as instâncias em que se levará a cabo o processo educativo (Millán-Puelles, 1994, p.24).

O eu somente entrará em relação consigo mesmo de forma prática se sua consciência tiver a intenção implícita de autodeterminar-se livremente. Isto é, o eu deve viver-se a si mesmo na qualidade de agente de alguma livre determinação de seu ser. Deste ponto de vista, não se considerarão atividades práticas aquelas que não forem vivenciadas de forma livre. A liberdade somente é exercida se se tem consciência dela; o homem, ao fazer uso de sua liberdade, tem dois caminhos: atuar em consonância com seu ser específico, ou pelo contrário, em oposição a ele.

A livre afirmação de nosso ser implica assumir a realidade de um ser, que lhe é própria, o que quer dizer que este seguirá sendo livre, independentemente de se aceitar ou rechaçar sua forma de comportar-se. Nosso ser se afirma de diversas maneiras; o que

é comum a todas elas é a livre conformidade ou concordância com nossa própria condição humana.

Considerando que a consciência pertence a uma atividade do eu e que, como tal, ocupa um papel importante na livre afirmação do ser, inclui-se, a seguir, o aporte de Basso (1990, p.135), que relaciona a consciência à inteligência e à liberdade, à natureza espiritual enquanto caracteriza a pessoa humana. Consciência e liberdade, para o autor, fundamentam os limites da matéria, do biológico, do corpo. "O que se tenta contra o espírito do homem não se tenta só contra a pessoa, mas sim também contra a sua natureza, e o que tenta contra o corpo ou a biologia não tenta só contra a natureza, mas também em contra a pessoa".

Segundo Cottier (1990, p.70), a pessoa corresponde a: "um sujeito, instalado por si mesmo na existência, mas isto é o status de todos os existentes (...) pertence a uma ordem determinada de ser, subsiste dentro de uma natureza racional (...). Racional num sentido restrito, designa uma modalidade de exercício do conhecimento intelectual (...) próprio da inteligência humana. Num sentido mais amplo, tal como deve entender-se aqui, equívale ao que é da ordem do espírito (...). Em virtude do espírito e de suas atividades próprias, é que o homem é pessoa".

Basso (1990, p.134) incorpora um aspecto importante, ao relacionar natureza, ou condição humana e pessoa. Ele disse que o indivíduo da espécie humana denomina-se "pessoa pela dignidade da natureza à que pertence (...) existe entre espírito e matéria uma conexão admirável (...) uma ordem perfeita entre natureza e pessoa (...) a natureza está determinada e ela nos liga com o mundo animal e com a espécie vivente (...) possui uma capacidade de orientação dirigida em direção a uma finalidade, possibilitando uma capacidade de superação".

A pessoa, segundo o autor, supõe uma dignidade na ordem do ser, e a natureza, por sua parte, uma determinação na operação vital ordenada a um fim, isto é, está dotada duma capacidade de operação, de realização orientada a uma finalidade e portanto a uma capacidade de superação. Natureza, ou condição humana e pessoa não se opõem, as duas estão constituídas por aspectos diferentes, a primeira delas, tal como se assinalou anteriormente, tem uma finalidade, uma ordem para um fim; a pessoa possui, por sua

vez, uma autonomia e um domínio sobre suas atividades. É assim como a explicação da própria condição humana, permite determinar, então, o que é uma pessoa.

Numa perspectiva da ética cristã, os dois últimos autores referidos, Basso e Cottier, incorporam o conceitos da consciência e racionalidade, unidos aos da inteligência, pessoa e natureza. Eles, juntamente às virtudes do espírito humano, e de suas próprias características, contribuiriam a explicar as características do homem como pessoa.

Os diferentes conceitos, até aqui descritos, no presente tema de estudo, permitem afirmar que a livre afirmação do ser, outorga ao ser humano a possibilidade de tomar suas próprias decisões, que estariam influenciadas pelo desejo de conhecer e querer, motivadas por uma conduta deliberada e intencionada, dirigidas em direção a uma finalidade. As atividades são possíveis de serem levadas a cabo, graças à inteligência do homem e à sua capacidade de domínio, autonomia e superação, que correspondem às características próprias da condição humana.

c) Conceito de liberdade

Segundo Ferrater (1994, p.463), "os gregos usaram o termo livre, para designar ao homem não escravizado. Em efeito, o homem livre possui liberdade e liberdade do espírito ou liberalidade. Homem livre é, então, o não submetido (...) o ser capaz de fazer algo por si mesmo".

Conforme García de Haro (1990, p.101), "a liberdade consiste no domínio sob o próprio ato do qual eu só, de alguma maneira causa total. Os atos livres são atos que põe a pessoa, e que se a pessoa não quer não os põe, ou seja, que a liberdade não é eleição, senão domínio". A idéia da liberdade, como domínio, está baseada de acordo com o autor, na postura de que o homem pode e é capaz de dominar seus próprios atos.

Savater (1995, p.27) alude à liberdade do homem como um pressuposto do fundamento dos valores. "Tal liberdade não é desde logo uma disponibilidade vazia, senão a possibilidade ativa da vontade (...) Chamamos liberdade à intervenção da vontade na identidade, ou também: a liberdade é o primordial dever (ser) de nosso querer (ser): isto, de acordo com o autor, significaria que a liberdade só é possível na medida

que este diante da vontade, ela seria a que determinaria a necessidade de comprometer-se, de responsabilizar-se, frente ao dever ser de cada um, o que nos foi naturalmente entregue.”

De acordo a Tugendhat (1993, p.115), "a liberdade (...) é um fenômeno gradual: somos tanto mais livres quanto mais amplamente conhecemos os fatores que determinam nosso ser e nosso atuar, nosso querer e nosso sentir (...) o interesse pela liberdade significa que o indivíduo está interessado em determinar ele mesmo seu atuar".

Entretanto, "a liberdade que encontra uma pessoa em frente a seu existir não se expressa somente na forma de ser ou não ser. Dado que a pessoa tem que realizar seu ser não em forma abstrata, senão sempre desta ou da outra maneira e também sempre perguntando-se como eu quero ser, como eu quero viver?" (Tugendhat, 1993, p.146).

Isto se reafirma no fato de que as pessoas estão sempre escolhendo diferentes possibilidades de ser, de viver, o que implica, por sua vez, optar por determinadas atividades e ações que tenderão a responder às necessidades particulares de cada pessoa.

A liberdade do homem pode-se considerar como algo intrinsecamente fundado na específica condição dele. A livre afirmação do nosso ser não enlaça a liberdade própria do eu humano, com a condição humana que ele tem, "nossa liberdade não se confunde com seu efetivo exercício. Possuí-la não é o mesmo que exercê-la, analogamente como a posse da capacidade de raciocinar não consiste em estar sempre raciocinando" (Millán-Puelles, 1994, p.34).

O anteriormente dito quer dizer que o que realmente enlaça a livre aceitação do ser à nossa condição humana é o exercício da nossa liberdade, naquelas ocasiões quando concordamos com o que naturalmente somos. Isto é, quando somos capazes de tomar consciência de nosso atuar, em forma deliberada, intencionada, quando temos o desejo de conhecer e de querer, movidos por uma intenção e por uma vontade a qual está dirigida a uma finalidade, que responde a nossa própria e individual natureza.

As condutas éticas não se iniciam numa maneira abstrata, não começam com princípios, teses ou propósitos imperativos gerais. Millán-Puelles (1994, p.38) assinala que "manter uma conduta eticamente reta, é o que afirma livremente nosso ser".

Tugendhat e Millán-Puelles reafirmam, assim, que a liberdade própria de nosso ser não surge de situações abstratas senão, pelo contrário, responde ao desejo de respeitar uma conduta eticamente reta em concordância ao decidido por si mesmo. Isto envolve o próprio atuar e a individual condição humana que nós possuímos.

Em relação aos modos em que a natureza do eu humano podem relacionar-se (conformidade ou desconformidade), que já foram anteriormente descritos, cabe destacar que eles não correspondem à propriedades meramente naturais do eu humano, senão, que são propriedades morais, que pertencem a nossos atos livres e, por seu intermédio, ao eu humano que os leva à prática.

A moralidade pressupõe a liberdade, mas esta, por sua vez, implica, no caso do homem, na fundamental distinção entre o eu humano e sua condição humana. Isto permite a possibilidade que ambos se diferenciem; se fossem idênticos, o eu se oporia a si mesmo, cada vez que atue livremente em desconformidade com a natureza, que ele possui. O eu pode opor-se a si mesmo, de uma maneira indireta, quando atua livremente em desconformidade com ela.

Os atos humanos eticamente retos são os conformes com nossa peculiar condição de seres humanos, de acordo com Millán-Puelles (1994, p.27), "essa razão consiste em duas coisas: primeiro, não cabe que para um ser seja autenticamente bom, aquilo que não convém ao que especificamente é esse ser. Segundo, tampouco cabe que o conveniente ao que, especificamente, é um ser seja em verdade, bom para ele". Isto, à primeira vista, parece uma contradição, entretanto, de acordo com uma própria interpretação, representa o caminho pelo qual cada eu tenta encontrar um equilíbrio na busca da sua livre afirmação do ser.

"A retitude moral de nossa conduta não desatende, antes, pelo contrário, inclui embora de um modo subordinado ou derivado, a aceitação, por cada eu humano efetivo, sua intransferível e concreta individualidade, com suas virtudes e seus defeitos (...) um assumir-se cada qual a si mesmo (...) não pode encontrar-se dotado de um significado moral se não for seguido pela intenção de corrigir o que, no efetivo eu individual, é moralmente incorreto" (Millán-Puelles, 1994, p.27).

Frente ao cumprimento de regras, as atividades, antes mencionadas em função da relação consigo mesmo, não serão consideradas práticas, se a maneira em que se levam a cabo for somente espontânea e natural. "Desta forma, não se autodetermina livremente, porque não se elege a forma de proceder, senão que é imposta, por seu próprio ser" (Millán-Puelles, 1994, p.24).

No caráter fundamental que a condição específica do eu humano tem para determinar a retitude moral de nossa conduta, destaca-se o fato que os defeitos morais, de cada concreto eu humano, correspondem a inconveniências e a inconformidades, que pressupõem as características específicas do eu humano.

Desta perspectiva, da ética-filosófica, a liberdade não é algo que o próprio eu humano adquire, otorgando-se-lhe assim mesmo livremente, senão que é algo que o homem possui duma maneira inata. Daí, que é possível fundamentar o fato de que a moralidade reafirma a livre afirmação de nosso ser. É assim como, são considerados atos moralmente positivos, e eticamente lícitos ou corretos, aqueles que não necessariamente correspondem aos obrigatórios ou devidos do eu humano. Isto exige uma permanente atitude de respeito pela autonomia pessoal, num contexto em que cada indivíduo se reconhece a si mesmo, como pessoa, e aceita sua própria individualidade.

Herranz (1990, p.37) assinala que:

"a abundância da vida moral depende da capacidade de captar e de integrar valores morais. O homem eticamente desrespeitoso, é insensível aos estímulos éticos, que os demais lhe enviam. Não responde às mensagens que deveriam despertar nele uma resposta moral, ou se as capta, as deforma numa imagem caprichosa e subjetiva".

É assim como, sem dúvida, a capacidade de captação e de integração dos valores morais determinam outra forma de respeitar a livre vontade de cada pessoa. O respeito adquire, aqui, um papel predominante, dado que, só desta forma, é possível responder, em forma ética, à dignidade da condição humana.

Em relação à lei moral natural cabe destacar que ela constitui um dinamismo intrínseco, "a diferença está em que é muito mais perfeito que os dinamismos da matéria e dos vivos não espirituais". Desta perspectiva, se reconhece no homem uma inclinação ao seu próprio fim ou perfeição, "não passiva e cega, senão luminosa e livre,

como energia conhece e ordena, ama e causa originariamente o bem (García de Haro, 1990, p.86). A lei moral natural atua graças a que, na pessoa, todas suas inclinações estão assumidas em sua inteligência e vontade; isto lhe permite dominar seus atos, o que confirma sua liberdade.

Finalmente, é possível destacar que o homem, por meio da liberdade, cresce, aperfeiçoa-se, alcança sua felicidade, uma vez que, por ser inacabado, necessita aperfeiçoar-se, e ser responsável por seus atos. Em relação a isto, a ética exige, na sua prática, o respeito pela liberdade, dado que o comportamento ético faz o homem mais valioso, em tudo o que incrementa a liberdade. Segundo Polaino-Lorente (1997, p.17), "quanto mais ético for um comportamento, mais livre é a pessoa que assim se comporta".

No âmbito da bioética, propõe-se compreender o valor complementar que tem a liberdade e a dignidade. De acordo com isto, a liberdade está condicionada, não só pela própria natureza física mas também pela presença das demais liberdades e o descobrimento da própria dignidade pessoal de cada sujeito e a daqueles com os quais se relaciona (León, 1997). O autor alerta para o fato de que a diferença de liberdades está sempre presente no atuar humano e isto é um fator que leva a multiplicar o próprio poder da liberdade individual. Isto deve ser cuidado no sentido de não impedir a capacidade criadora da liberdade, incentivando uma comunicação livre que potencie as liberdades singulares.

A seguir, se assinalarão alguns conteúdos com respeito às noções de autonomia da pessoa como interlocutor válido e vontade, dada a importância que estas adotam na complementação e compreensão da livre vontade do usuário.

d) A autonomia da pessoa como interlocutor válido

Em relação a este aspecto, se escolheu a proposta de Cortina, a respeito do conceito transformado de autonomia, por considerar que a mesma oferece uma alternativa que dá resposta a uma forma mais prática para ser considerada no quefazer educativo.

A autora apresenta a autonomia como um termo *polissêmico*, dado que o mesmo encerra diferentes problemáticas em seu uso na prática; se encontra, por exemplo, o

suposto de que os cidadãos possam decidir sob as leis de seu próprio país; por outro lado, percebe-se o dilema médico em relação aos limites de graduar a autonomia dos pacientes frente às decisões de um determinado tratamento. Os investigadores enfrentam o dilema da autonomia em relação a suas investigações, já, em educação, os pedagogos precisam de orientação para abordar o ensino de valores, atitudes e juízo moral, entre outros (Cortina, 1993).

Se propõe, assim, buscar um juízo filosófico, que ajude na problemática cotidiana mencionada. Para isto, a autora fundamenta a necessidade de utilizar as dimensões de alteridade e autonomia como transcendência na imanência, a partir do exposto por Kant. A autora sugere a discussão de uma forma diferente de definir o sujeito e, baseando-se em Kant, busca mostrar uma figura de sujeito, de acordo com nosso tempo, capaz de superar as tendências do individualismo moderno.

O anteriormente assinalado implica recuperar a noção Kantiana de sujeito autônomo, assumindo-a no novo sujeito, que não seja o indivíduo *auto-suficiente* já conhecido. Esta nova proposição é apresentada sob uma transformação denominada *pragmático-lingüística* da filosofia Kantiana. Deixando de lado, nela, a limitação enfática que apresenta a união da autonomia no âmbito da moral, aspecto que tem sofrido críticas ao longo do tempo.

Um *sujeito aberto à alteridade* implica uma certa transcendência e precisa ser um sujeito consciente de sua finitude. Este conceito envolve uma noção de pessoa, cuja autonomia caracteriza-se por ser um *interlocutor válido* (Cortina, 1993).

Sob a perspectiva pragmático-lingüística, o sujeito apresenta-se como um falante que interatua com um ouvinte. Aqui, a categoria básica para interpretar o sujeito é o reconhecimento recíproco da autonomia, conceito proposto por Habermas. Isto é o que permite, segundo Cortina, denominar um novo modo de enfrentar as relações entre eu, indivíduo, sujeito e autonomia.

O eu adquire um significado de realização que permite adentrar-se a um mundo subjetivo e a um social, abrindo-se à possibilidade de uma dimensão individual e uma dimensão pessoal, que podem denominar-se, por sua vez, como *autonomia pessoal* e *auto-realização individual*.

No conceito transformado de autonomia, para que a ação tenha sentido, a participação comunicativa do ouvinte pressupõe, no falante, a capacidade de assumir uma veracidade subjetiva e de correção normativa, enquanto que o falante pressupõe, no ouvinte, a capacidade de responder por seus atos, ao esperar uma postura de aprovação e ou rechaço, frente à oferta que comporta o ato da fala (Cortina, 1993).

Portanto, a autonomia, que permite reconhecer-nos como pessoas, é descoberta em instâncias concretas da fala, onde os falantes competentes, os interlocutores válidos, são reconhecidos como pessoas. A categoria básica do paradigma comunicativo não é o sujeito, senão a subjetividade/intersubjetividade, que aparece na relação da autonomia entre falante e ouvinte. Sob esta perspectiva, uma norma é válida quando todos os afetados por ela, como interlocutores válidos, "estão dispostos a dar-lhe seu consentimento, como base em um diálogo celebrado em condições de simetria, porque autonomamente reconhecem que a norma satisfaz (...) interesses universalizáveis" (Cortina, 1993, p.155).

Para a autora, a argumentação anterior sugere a seguinte questão, têm que ser reconhecidos como pessoas os interlocutores por serem afetados pela capacidade de decisão ou porque são capazes de assumir a perspectiva da universalidade? Frente a isto, vale a pena ter em conta que as decisões têm um sentido que inclui a valoração e as preferências, que pertencem à vida moral do sujeito. Este sujeito, ao aceder a seu próprio mundo subjetivo, exclui a possibilidade de que suas eleições se sustentem nas melhores razões, no sentido da universalidade, portanto, é sua individualidade a que prevalece.

A partir do esclarecimento anterior, a autora sugere seguir mantendo a distinção entre ética de mínimos normativos universais, e éticas conciliatórias de máximos, referida à particular idiosincrasia de indivíduos e grupos, os quais serão respeitados na medida em que não violarem os mínimos universais. A ética de mínimos se funda na noção de autonomia e exige respeitar os ideais de autorrealização dos indivíduos e dos grupos, sempre que os mesmos não atentem contra os ideais dos homens. A partir desta perspectiva, os indivíduos podem ser considerados, portanto, como interlocutores válidos. O conceito de dignidade toma, neste sentido, um significado especial, do

momento em que cada interlocutor válido é digno de ser atendido na tomada de decisões de normas que o afetam.

e) A pessoa como interlocutor válido no âmbito da bioética

Para a bioética, o conceito de pessoa como interlocutor válido, apresenta duas grandes vantagens, uma relacionada à idéia de dignidade do usuário, mostrando que, como interlocutor válido, a pessoa tem o direito de ser escutada na tomada de decisões que a afetam e a segunda, à necessidade de criação de comitês de ética, tanto clínicos ou de investigação, nos quais os afetados pelas decisões, tenham a oportunidade de defender interesses generalizáveis.

No caso particular de cada usuário da saúde, pode assumir seu papel de interlocutor válido, desde que lhe seja dado o direito de tomada de decisão única num contexto irrepitível. Sua decisão corresponde de forma concreta, depende de sua biografia, de sua vida, "de sua relação com o ambiente, da noção do que para ele, é o bem, e é, pela concorrência destes e outros fatores, única" (Cortina 1993, p.157).

Seguindo à autora, *autonomia* significa maturidade psicológica e ausência de pressões externas (sociais) ou internas (ou dor mesmo), suficientes para que o usuário possa decidir por si mesmo e de acordo consigo mesmo. Este, consigo mesmo, corresponde a um estado interno do usuário que o leva graças, à sua subjetividade, a ter projetos de *auto-realização*.

Em saúde, o conceito de autonomia corresponde ao universal como um direito do paciente à tomada de decisões porque conta com uma subjetividade que lhe permite aceder a seus próprias ideais de *auto-realização*. Este direito lhe pertence, porque "de uma *autonomia dialógicamente* entendida, o paciente 'é digno de ter o direito' a ser tratado como um *interlocutor válido*" (op. cit., p.157).

f) Conceito de vontade

Segundo Cottier (1990, p.70), a vontade corresponde "a uma característica da pessoa humana, enquanto é sujeito de atividades pelas quais se afirma sua condição de pessoa. A atividade conjunta da inteligência e da *vontade* se expressam pela deliberação

e livre eleição através das quais a pessoa dispõe de si mesmo e determina seu próprio destino".

Por sua parte, García de Haro (1990, p.86), refere que "na pessoa, todas as inclinações da sua natureza estão assumidas no dinamismo da inteligência e da *vontade* que lhe conferem o domínio sob seus atos, próprio da liberdade".

Conforme Savater, a *vontade* está vinculada aos valores humanos, à liberdade do homem seria a possibilidade ativa da vontade. "A vontade tem que ser inerte ou livre (...) Chamamos liberdade à intervenção da vontade na identidade.

Da perspectiva antropológica, Yepes (1996) diz que a *vontade* é uma função intelectual, que dá origem à condutas voluntárias, atua simultaneamente junto à razão e é uma inclinação ao bem, correspondendo àquilo que mais nos convém.

Os autores assinalados coincidem, principalmente, em que a vontade estaria ligada ao conceito de liberdade, isto é, à natureza do homem ou condição humana, a seu dever ser. Isto envolve as noções de ato, ação, decisão, deliberação, eleição, preferência e outros. Por outra parte, também, aparece unida ao conceito de inteligência, em cujo caso enfatiza-se uma função intelectual na qual intervém a razão.

A relação de dialogicidade entre os profissionais da saúde e os usuários, é uma relação entre sujeitos, que favorece a comunicação e a aproximação entre estes dois agentes. Para a educação em saúde, isto converte-se em um fator de grande relevância, uma vez que facilita a tarefa educativa, dando a oportunidade de uma participação ativa, efetiva e respeitosa no sentido de que o usuário seja escutado e leve-se em conta suas decisões. O profissional, ao considerar o usuário como *interlocutor válido*, está dando-lhe a oportunidade de que utilize sua livre vontade frente às ações educativas, isto significa que o profissional, deve averiguar o que é o que espera e quer o usuário para sua saúde e educá-lo em função de sua aceitação em relação a receber o ato educativo, respeitando as decisões que tem de tomar.

Em conclusão, de acordo aos aportes dos autores consultados e mencionados através do texto, a liberdade representa a máxima opção do homem para desenvolver sua vida e alcançar a aperfeiçoar-se e realizar-se. A liberdade oferece, ao homem, um

caminho respaldado por sua capacidade de autoafirmar-se e por seu caráter irrepetível de pessoa digna.

A livre afirmação do ser pode-se entender, por sua vez, como: aquela característica pela qual o homem, dotado duma particular condição humana, é capaz, em razão dela, de decidir livremente. É no próprio ser do homem, onde este pode achar o dever ser de sua livre conduta. A retidão moral se converte em um valor próprio da afirmação de nosso ser.

Com o propósito de reafirmar nosso ser, nossas decisões se vêm influenciadas pelo desejo de conhecer e querer. Nos sentimos movidos por uma conduta deliberada, intencionada e autônoma, até uma finalidade motivada pelo domínio em relação a nossas atividades e nossa própria capacidade de superação. Isto se torna possível, graças à presença da inteligência e da vontade que nos permitem direcionar os atos, favorecendo reafirmar a liberdade.

Estas características, inerentes à livre afirmação do ser, permitem contar com uma *liberdade de opção*, que atua em consonância com o próprio ser específico do homem ou em oposição a ele, facultando assumir livremente nossa natureza, de uma forma prática. A *liberdade de opção* representa a *livre vontade*, que esperamos manifeste o usuário no momento de tomar suas decisões em saúde.

A *livre vontade do usuário* está constituída, portanto, pela livre afirmação do ser e sua consideração na educação para a saúde, implicando planificar processos educativos comprometidos com este fundamento. Isto precisa tomar em conta e respeitar, entre outros, as decisões individuais, o desejo de conhecer e querer próprios de cada usuário, suas motivações e a finalidade e propósitos que o movem a atuar frente ao cuidado da sua saúde.

Os profissionais devem oferecer a possibilidade de que os usuários sejam considerados como interlocutores válidos e possam, através de uma relação dialógica, manifestar abertamente suas intenções e necessidades educativas em forma autônoma, para que a ação educativa tenha uma finalidade clara e resolva seus particulares objetivos e necessidades. A tarefa profissional deve ser orientadora e transformar-se em um meio para satisfazer problemas de saúde, servindo de guia para fomentar a superação do

usuário frente à sua problemática, ajudando-o a direcionar suas condutas em saúde, favorecendo que reafirme sua liberdade.

3.3 - Autoritarismo e poder nos profissionais da saúde

Serão explicados, neste ponto, os conceitos de autoridade e poder, com o propósito de fundamentar a implicância e a importância dos mesmos na *educação para a saúde*.

3.3.1 - Autoritarismo

A resposta à pergunta de *por que a autoridade*, encontra-se numa diversidade de aspectos que caracterizam ao homem. Podem ser mencionados a diferença essencial existente entre os homens, o que determina sua irrepetibilidade, sua vivência em situações diferentes, o próprio caráter, gostos, hábitos adquiridos e cultura, entre outros. "A diferença é uma riqueza não discutida com a igualdade, se entendemos esta como ausência de inferioridade. Nós, os homens somos iguais porque somos semelhantes e, ao mesmo tempo, diferentes". A semelhança provém do fato de que como *peessoas*, possuímos razão e liberdade, o que nos permite compartilhar com nossos semelhantes, como alguém igualmente digno de merecê-lo (Yepes, 1996, p.320).

A partir das diferenças é que surgem situações que marcam limitações nas pessoas de acordo com as possibilidades, oportunidades e capacidades que se apresentam. Isto fundamenta o fato de que, de modo espontâneo e natural, se apresente a inferioridade e a superioridade de uns homens em relação a outros. Situação que é relativa e adquirida, que vai mudando e se extinguindo através do tempo. Quando a superioridade de um homem nos leva a dispor da liberdade do outro, com o propósito de compartilhar o bem de que se trate, aparece a *autoridade*. Ainda, conforme Yepes, 1996, p.321):

"A autoridade é a instância que dirige os homens até os bens que constituem seu fim, quando não são capazes de alcançar esses bens sem a ajuda de quem manda. Portanto, o sentido de autoridade é dispor da liberdade de outros até os bens que necessitam, e que por si mesmos não podem alcançar".

A autoridade, por consequência, é sempre adquirida e quem a possui, conta com a faculdade ou mérito para favorecer a outro, para conseguir e organizar os bens que precisa, na forma razoável e justa.

Todo ato que se afaste da definição corresponde a *autoritarismo*, aonde, por abuso da liberdade de outros, altera-se a comunicação e o respeito. É um ato que se funda na submissão incondicional à autoridade, passando a constituir a forma mais grave e daninha de *domínio* sobre as pessoas.

Gadamer (1996, p.135) afirma que a autoridade "faz referência a um mérito que pretende se alcançar". Isto reafirma o fato de que, por diversas razões, não é claro delimitar como é adquirida a autoridade. O que busca tê-la, adota medidas, formula afirmações ou realiza ações, buscando "o poder e encaminhando-se a exercer um poder autoritário". O autor expressa, assim, a idéia de que tudo o que pode ser ostentado pela autoridade, acaba sendo encaminhado a exercer um poder autoritário.

O que exerce a autoridade possui um poder de mando, podendo determinar uma *dominação*. "À autoridade de quem domina, corresponde a obediência do dominado". O *poder de comando* implica, assim, *dever de obediência*. Isto significa que a dominação é de caráter moral e os que obedecem, adotam, no seu fazer, este mandato. "Entre este mandato e a obediência há uma relação que não é primariamente coercitiva ou jurídica, pelo contrário, é persuasiva ou ética" (Gracia 1989, p.72). O que quer dizer que, na primeira, instância a autoridade têm sempre uma finalidade positiva. Neste sentido, responde às necessidades de outros, num clima de respeito, induzindo-os a crer ou fazer algo, de forma racional e digna.

Toda *dominação* necessita ser legítima para ser justificada. Segundo Weber, citado por Gracia (1989), esta legitimidade provém de três vias: *a racional, a tradicional e a carismática*. A autoridade de um poder de comando pode ser expressada por um sistema de normas racionais. O *poder* é legítimo neste caso, no entanto, é exercido de acordo com as normas; aqui é obedecida a norma, não a pessoa. A obediência pode ser baseada também na *autoridade pessoal*, a que pode ter seu fundamento na tradição e no habitual, isto prescreve obediência a determinadas pessoas. O *poder*, por último, pode

ser fundamentado na consagração a algo extraordinário, na crença num carisma, ou seja, na revelação ou graça concebida a pessoas consideradas redentoras, heróis, profetas.

A dominação, representada pelo poder e o autoritarismo, cria uma assimetria que pode ser considerada como sinônimo de injustiça. Esta consiste em "aproveitar-se de uma necessidade, de uma posição de domínio" (Spaemann, 1995, p.63). A necessidade dos usuários está representada no déficit da sua saúde, o que os leva a consultar e a precisar dos profissionais. Cada vez que estes últimos utilizem a via da dominação, estarão conduzindo inevitavelmente a uma situação de injustiça, dado que se cria uma assimetria, a qual determina e dirige a obediência dos usuários, até ao profissional que é responsável pela atenção.

A autoridade tem dois sentidos diferentes: "um é a capacidade ou competência para emitir juízos que as pessoas, de menor capacidade, aceitarão como verdadeiras". Por exemplo, o dicionário é fonte autorizada para escrever corretamente as palavras. A autoridade, no segundo sentido, é a lei, a que corresponde à "capacidade num âmbito social, de ditar diretrizes que outros têm o dever, talvez não absoluto de obedecer" (Grisez-Russell, 1996, p.150). Este segundo sentido de autoridade assinalado, pode ser considerado como sinônimo de *controle*. O que é *diretivo*, desde que uma pessoa estabelece requisitos e obriga aos outros a cumprirem.

No campo da saúde, o primeiro sentido de autoridade pode ser associado à capacidade ou competência do profissional para emitir juízos sobre diagnósticos, cuidados ou educação para a saúde; o segundo sentido diretivo, considerado como sinônimo de controle, está, por uma parte, determinado pelas regras, normas hospitalares e diretrizes governamentais e, por outra, pelo *autoritarismo ou poder* exercido por um número importante de profissionais.

Apesar de a *autoridade* e o *controle* serem vistas com receio e desconfiança, existem circunstâncias nas quais são necessárias. Isto acontece no caso de comunidades verdadeiras, aonde existe uma série de valores e compromissos compartilhados e ações que expressam este sistema de valores. As obrigações morais associadas com a autoridade e a obediência são fundamentadas na obrigação de comprometer-se em conseguir bens humanos comuns. A autoridade, numa comunidade como esta, pode ser

considerada necessária e nunca como má. Esta situação é a que é comum na vida de uma família, na relação de pais e filhos, o que também é denominado de *paternalismo* (Grisez-Russell, 1996).

3.3.1.1 - Funções da autoridade

Yepes (1996, p.324) identifica e descreve as principais funções que se espera que cumpra uma autoridade; a seguir, se passa a expor seus principais aspectos.

Quem exerce a autoridade deve considerar que, na ação humana, cabe uma pluralidade de meios bons para um mesmo fim. Esta pluralidade exige uma autoridade que realize uma divisão de trabalho dos membros da comunidade e que decida qual meio é o melhor e o mais conveniente (em que prazo, com que estratégia, etc.). Surge, assim, a *primeira função* da autoridade indispensável para a vida social, a que está relacionada a unificar a ação comum, mediante a eleição dos meios e a divisão e coordenação das tarefas. Cumpre uma função organizadora a que considera que a medida da autoridade é a lei.

A *segunda função* propõe *promulgar e fazer cumprir a lei mediante a justiça e o direito, para que, assim, seja respeitada a legítima liberdade de todos*. A partir desta segunda função e para assegurar que a capacidade humana seja conduzida pela razão, propõem-se três condições:

- reger-se por uma lei. Assim, a autoridade é convertida com o auxílio desta lei;
- velar para que a lei seja respeitada, para não incorrer em injustiça e não lesionar o direito;
- preservar o direito das pessoas singulares, ou seja, respeitar sua liberdade.

O *terceiro grau de função* da autoridade é dar *testemunho da verdade*. Este desempenho é totalmente diferente dos anteriores. Aqui, a autoridade é a "*auctoritas* própria da testemunha, o que essa autoridade tem visto é a verdade e a fé dela. É obvio que o homem pode comprovar poucas das muitas verdades que tem por certas" (Yepes, 1996, p.324). No âmbito da ciência, isto tem grande importância, dado que o prestígio de sábios e investigadores está baseado em que eles possuem uma autoridade própria e uma "determinada verdade por terem sido testemunhas diretas dela".

A “*auctoritas*” do sábio e investigador questiona em que medida pode ser confirmado o que eles acreditam nesta verdade que afirmam. O autor assinalado indica que “assentir e acreditar na verdade testemunhada a qual não é contraditória com a liberdade intelectual, dado que existem muitas verdades práticas, experiências, fatos pessoais, etc., que só são possíveis de serem levados em consideração mediante o assentimento da crença humana e também religiosa”. Aqui, cabe realizar um paralelo com a atividade *ensino-aprendizagem*, aonde o labor do que ensina e do que aprende baseia-se inteiramente nesse assentimento. Aluno ou usuário da saúde encontram nesse ‘*auctoritas*’, “uma superioridade que inspira confiança e segurança”. Ignorar o papel da crença provável e o assentimento confiado, implicaria colocar-se no caminho do cepticismo e de paralisação de decisões. Em relação ao exposto, o autor acrescenta que: “*não é possível viver sem assentir à autoridade do testemunho dos demais e levá-la como ponto de partida*” (Yepes, 1996 p.324).

A quarta função refere-se a que a autoridade substitui, com frequência, a razão e a vontade de um agente humano que, em vista de alguma deficiência, não pode cuidar de si mesmo. Esta função pode ser chamada de *paternal*, é a própria de pais a filhos, é de caráter adquirido e temporal e também pode residir em outras pessoas e grupos. Este último aspecto será descrito de forma ampla, mais adiante.

A quinta função é complementar das anteriores e cumpre com um papel de perfeição e educativo: a comunicação da excelência, ou seja, entregar, aos demais, os bens que se tem, de tal forma que permitam o aperfeiçoamento, a educação. A “*auctoritas*” cumpre, aqui, um papel decisivo, dada a excelência que possui seu prestígio reconhecido e seu saber.

Em último lugar, a autoridade cumpre uma *função representativa* em relação ao grupo sobre o qual manda, função que pode ser dada, apesar das outras já assinaladas, ou sem elas.

Cabe ressaltar que as funções da autoridade (*terceira e quinta*), descritas em parágrafos anteriores, favorecerão, em especial, o enriquecer do raciocínio e da análise para a discussão que será realizada posteriormente, em *relação ao papel do profissional que educa em saúde*. Até aqui, os argumentos assinalados pelos autores mostram

aspectos importantes, que tomam especial relevância para o tema em estudo, em relação ao sentido que pode tomar a autoridade profissional na *educação para a saúde*.

Em *síntese*, é possível destacar que a *autoridade* é uma atividade natural e adquirida. É aplicada em situações nas quais a superioridade de um homem leva a que disponha da liberdade do outro, com o propósito de compartilhar um bem, considerando que este último não pode alcançar o bem por si mesmo. Isto exige um ambiente de respeito às pessoas, como seres possuidores de *razão e liberdade*. Será chamado *autoritarismo* a todo ato que leve a alterar a comunicação, o respeito e a abusar da liberdade dos outros, constituindo-se na forma mais grave e daninha de *domínio* sobre as pessoas. Este *poder de comando* implica, para o outro, *dever de obediência* e pode ser considerado como sinônimo de *controle*. É *diretivo*, desde que uma pessoa estabelece requisitos e obriga aos demais a cumprirem. No caso em que as obrigações morais associadas com a autoridade e a obediência fundamentam-se no compromisso da persecução de bens humanos comuns, a autoridade passa a ser considerada necessária, como no caso do *paternalismo*. Dentro das funções da autoridade que podem ser aplicadas à *educação para a saúde*, pode-se mencionar a *testemunha da verdade* dos profissionais, entregue por meio de seus conhecimentos, o que inspira confiança e segurança; e o papel perfeccionista e educativo, graças à excelência que possui seu reconhecido saber.

3.3.1.2 - Relações de poder

A seguir, serão indicadas, em primeiro lugar, as características das relações de poder em geral, com o propósito de facilitar sua compreensão, para logo fazê-las extensivas à área da educação para a saúde. Para isto, será exposta a postura de autores estudiosos do tema, o que favorecerá identificar diversos aspectos que têm influído e potencializado a mencionada conduta.

O filósofo francês Foucault (1979) realizou importantes contribuições em relação ao *conceito* de poder, o que tem permitido discutir e refletir em torno do mesmo, especialmente no âmbito da saúde. Na publicação *Microfísica do poder* (1979, p.18), o autor propõe um aspecto importante a destacar, no sentido de desenvolver uma conduta tal "que não seja simplesmente uma concepção jurídica, negativa, do poder, senão uma

concepção positiva da tecnologia do poder". Esta afirmação é crucial para compreender o ponto de início do uso de condutas de poder.

Em muitas disciplinas, o termo é concebido como sinônimo de regra e proibição. Foucault (1979, p.10) buscou responder a diversas interrogações, uma delas correspondendo ao seguinte: *como foi possível que nossa sociedade ocidental em geral, haja concebido o poder de uma maneira tão restritiva, tão pobre, tão negativa?* O autor vincula a influência de Kant, do qual apresentou a idéia da lei moral, considerando o conceito de "você não deve" e a oposição do "deves / não deves". Mas, além dessa proposta, assinala que a cultura ocidental foi determinante a respeito, já que "nunca teve outro sistema de representação, de formulação e de análises do poder que não fosse o sistema de direito, o sistema da lei".

É possível destacar duas divisões nos mecanismos de poder: uma se refere à *tecnologia política*, a qual foi apresentada através de diversas formas de invenção de poder durante os séculos XVII e XVIII e outra à *tecnologia disciplinar* que até o momento, é possível identificar em muitas instituições educativas. O modelo desta última, é que com frequência vemos incorporado em nossas práticas educativas em saúde, já que é mantido na educação formal tanto escolar como universitária, e tem se transmitido de geração para geração. Para Foucault, a vida e o corpo "são convertidos a partir do século XVIII, em objeto de poder, (...). O poder se faz materialista. Deixa de ser essencialmente jurídico" (Foucault, 1979, p.15).

É assim como a relação de poder tem influenciado a história, o tempo, a cultura de cada povo, o desenvolvimento da tecnologia atual na medicina, o lugar hierárquico que ocupa cada profissional na instituição de saúde, e/ou o grau acadêmico que desempenha, na instituição universitária e, pelas próprias características de personalidade de cada pessoa, que exerce; estabelecendo, com isso, uma particular predominância, marcando e definindo características sociais, culturais e pessoais, que se manifestam, através de diversas maneiras, determinando formas peculiares de comportamentos.

Machado (1979, p.XIV) referindo-se ao escrito por Foucault, assinala que "rigorosamente falando, o poder não existe, o que existem são práticas ou relações de

poder. O que significa dizer que o poder é algo que se exerce, que se efetua, que funciona (...). Não é um objeto, uma coisa, mas é uma relação".

De acordo com Machado (1979, p.XXII), "o saber funciona na sociedade dotado de poder", o que quer dizer que, quanto mais conhecimentos possuímos, mais poder podemos ostentar. Isto permite identificar a distância que se cria entre o que fazer e o grau de conhecimento dos profissionais, dado que, <*quanto maior conhecimento, maior poder*>; em oposição à condutas de *ignorância e passividade*, que são atribuídas à maioria dos pacientes e/ou usuários, que buscam atenção nos centros de saúde.

Para Foucault (1990, p.138), "o poder não é mais que um tipo particular de relações entre indivíduos". O que é caracterizado pela existência do *domínio* de um homem exercido sobre outro, interferindo na liberdade deste, submetendo-o a seu *poder e governo*; neste sentido, corresponderia ao que, anteriormente, denominou-se de *autoritarismo*. Este tipo de conduta, tal como já tem sido mencionada, leva inexoravelmente à limitação do desenvolvimento das pessoas, considerando que este desenvolvimento, depende estritamente da utilização própria da liberdade.

Yepes (1996, p.237) faz referência à existência de muitas pessoas que, na sua conduta, demonstram um grande interesse pelo *poder*. "O homem tem uma tendência, secreta ou manifesta, para dominar a outros e não deixar-se dominar por eles: os clássicos o chamavam *hybris*, que, aproximadamente, quer dizer orgulho, desejo de sobressaltar". Esta tendência, em relação ao poder, costuma aparecer como um *autoritarismo ou autoridade despótica*, na qual não é respeitada a liberdade do outro, nem sua iniciativa. Este tipo de poder esquece que, ao homem, não se pode dominar nem exigir; ao contrário, se deve respeitá-lo, aprová-lo e amá-lo.

Na vida diária, é fácil escutar que os que triunfam são os mais fortes e que, para consegui-lo, é necessário impor-se aos demais. Em outras palavras, o que triunfa é a *força, não a justiça*, é a lei que o mais forte impõe ao mais fraco.

A *vontade de poder* "contêm a convicção de que não existem ações desinteressadas e de que as relações entre os homens são sempre de domínio de uns sobre outros". Esta postura tem uma lógica baseada na lei do mais forte. O que significa dominar ao fraco porque é inferior. Esta conduta como tal pode levar: a não respeitar as

peçoas como fins em si mesmas; incorrer em formas de tirania; instaurar a lei do mais forte; destruir a segurança, o direito, o respeito à lei e à justiça; entorpecer a convivência (Yepes, 1996, p.238).

As *relações de poder* passam a constituir situações que reprimem a liberdade das pessoas, interferindo no seu desenvolvimento individual, crescimento e maturidade. Na prática, o poder representa uma ameaça que pode limitar oportunidades do diário viver. Criando dependência, desconfiança e passividade, como uma resposta às escassas possibilidades que se apresentam e à repressão da *livre vontade de decidir*. Grisez-Russell (1996, p.160) afirma que "as pessoas somente podem escolher entre as opções que elas percebem, e suas escolhas são guiadas pelas razões que encontram a favor de cada opção". Neste caso, e tal como foi assinalado, as condutas de poder, ao alterarem a liberdade, passam, entre outros, a afetar as percepções das pessoas e a inibir suas eleições.

A descrição do conceito permite compreender, por outro lado, a herança adquirida, a que, sem dúvidas, tem estado presente nos nossos modelos formadores, tanto na família, como em nosso desenvolvimento pessoal e profissional, desde nossa infância até a posição profissional que hoje ocupamos.

Em síntese, o poder, especialmente para Yepes e Grisez-Russell, corresponde a um tipo particular de *relações entre indivíduos*, que é caracterizado pelo exercício do *domínio* de um homem exercido sobre outro, podendo interferir na liberdade deste, submetendo-o a seu *poder e governo*, correspondendo ao que anteriormente foi denominado de *autoritarismo*. Este tipo de conduta limita o desenvolvimento das pessoas e sua iniciativa; incorre em formas de tirania; instaura a lei do mais forte; destrói a segurança, o direito, o respeito à lei e à justiça; entorpece a convivência e cria atitudes de dependência, desconfiança e passividade. No caso da educação em saúde, quanto mais conhecimento possui o profissional, mais poder pode ostentar, gerando, nos usuários da saúde, condutas de ignorância, passividade, desconfiança e frustração.

3.3.1.3 - *Influência da autoridade e o poder na educação para a saúde*

Cabe assinalar que *autoritarismo e poder* têm sido utilizados pelos autores, em alguns casos, como sinônimos. Em relação a isto, pode-se acrescentar que *autoritarismo, diferentemente*, significa *poder de mando*, o que implica que o poder pode ser uma consequência do autoritarismo. Condutas de *autoritarismo e poder*, exigem dever de obediência e são diretivas e controladoras, constituindo uma forma de *domínio*. Ambas não respeitam as pessoas e inibem, por outro lado, a expressão de liberdade e autonomia, alterando a comunicação. Em última instância, ambos os conceitos são sinônimos de condutas que podem afetar a manifestação do comportamento ético, de quem as utiliza.

Para referir-se a condutas autoritárias próprias de profissionais da saúde, os autores, em geral, utilizam preferencialmente o conceito do *poder*, como uma forma de enfatizar deficiências, principalmente identificadas nas relações dos profissionais com os usuários. Tal posição será aplicada no presente trabalho, utilizando-se, por outro lado, o conceito de *autoritarismo* de uma maneira mais ampla e geral.

A seguir, será realizada uma aproximação à realidade do profissional da saúde, desde as perspectivas dos conceitos de *autoridade e poder* anteriormente desenvolvidos, para tentar fundamentar deficiências da prática da bioética na educação para a saúde.

A complexidade das vivências, no âmbito da saúde, produz variados problemas, que se apresentam por omissão, negligência ou desconhecimento de comportamentos éticos nos profissionais. Entre eles, é possível identificar os problemas que causam o autoritarismo e o errado e mal direcionado *abuso do poder*, os quais emergem, de forma importante, provocando rupturas e desajustes entre as relações profissional-usuário da saúde e, também, entre os próprios profissionais. A má manipulação do poder, inevitavelmente, provoca situações de conflito, o que impede uma ajuda profissional eficaz, eficiente, oportuna de acordo com os princípios éticos em saúde.

O uso do poder pelos profissionais de saúde é cada dia mais crescente e precisa de limites. Em relação à prática médica em concreto, Herranz (1990, p.328) assinala que "não é pequeno o grupo dos que mostram uma atitude caracterizada pela ignorância benigna: são os que pensam que basta ter desejos e intenções para resolver com acerto intuitivo os pequenos dilemas da prática profissional".

As atitudes de *ignorância benigna*, às quais faz referência o autor, presentes não só nos médicos, senão também em outros profissionais da saúde, entre eles os de Enfermagem, evidenciam-se num momento em que a capacidade tecnológica da medicina é de um desenvolvimento tão avançado, que determina uma enorme responsabilidade moral nos referidos profissionais. O desenvolvimento tecnológico tem se convertido, a si mesmo, num dos aspectos que permitem que estes profissionais disponham, na atualidade, de um grande poder.

Para Vial (1990, p.26), "todo o aparelho do conhecimento é um aparelho de simplificação e abstração, não dirigido ao conhecimento, senão ao *domínio* das coisas". É assim como a vontade de poder não é necessariamente nem consciente, nem racional, observando-se que a manifestação de poder vai crescendo, passo a passo, de forma desmedida. Neste sentido, afeta, também, ao âmbito educativo em saúde, aonde tais condutas tornam-se, cada dia, mais inibitórias da prática da autonomia e da livre vontade do usuário de decidir sobre a própria saúde.

A seguir, se apresenta uma definição da *autoridade* do profissional de saúde, segundo uma adaptação à definição realizada por Yepes (1996, p.323):

" a autoridade do profissional deve constituir-se numa instância capaz de dirigir aos usuários até conseguir o restabelecimento da sua saúde. Portanto, o sentido de autoridade será o de dispor da liberdade do usuário, só no sentido de restabelecer seu conforto e de responder às necessidades educativas que, por si mesmo, não podem alcançar".

A autoridade do profissional de saúde adquirida graças à sua formação, lhe dá o mérito e a faculdade para favorecer, ao usuário, o restabelecimento da sua saúde, de forma razoável e justa.

No entanto, o *autoritarismo* utilizado por alguns profissionais, propõe uma situação de *domínio* que altera a comunicação e o respeito aos mesmos, inibindo sua liberdade e colocando-os numa postura de submissão incondicional à sua autoridade.

O *poder de mando*, adquirido pelo profissional, começa a ser eminentemente coercitivo, deixando de ser persuasivo ou ético, desde o momento em que este não responde às necessidades de saúde individuais e educativas, não permitindo a manifestação da autonomia; o que obriga, ao usuário, a assumir um *dever de obediência*.

Geralmente, observam-se, por outro lado, uma atitude de aceitação e de pouca resistência, por parte dos usuários, frente às relações de poder mostradas pelos profissionais da saúde. Maturana (1995, p.36) assinala que "o poder não se tem senão que se recebe na obediência", isto é, o usuário, através da conduta de obedecer, reafirma o poder do outro, subordinando-se, negando-se a si mesmo. Uma relação na qual o profissional não entrega respeito, senão submissão.

Em relação aos *sentidos que podem tomar a autoridade*, de acordo ao referido por Grisez-Russell (1996), no caso dos profissionais da saúde, estão associados, em primeiro lugar, à capacidade ou competência próprias do profissional para emitir *juízos* sobre saúde e/ou doença; e, em segundo lugar, ao *controle diretivo* determinado por regras, normas hospitalares e diretrizes governamentais e pelo *autoritarismo ou poder* exercido pelos profissionais.

Cabe destacar o referido por Gadamer (1996, p.135), em relação ao fato dos usuários acreditarem que, em especial, o médico possui autoridade, não só pelo prestígio que lhe concede a profissão, senão porque não apenas "é o doente quem espera autoridade do médico; mas há ainda, quem a reclama. Trata-se quase de uma exigência".

Das funções da autoridade descritas anteriormente por Yepes (1996, p.324), as que tomam especial preponderância, no caso da educação para a saúde, são as seguintes:

Uma das funções é que o profissional da saúde, através da sua autoridade, dá *testemunho da verdade*. Seu prestígio está baseado em uma *autoridade própria* que possui em uma determinada verdade por ter sido testemunha direto dela. Isto tem sido conseguido pela oportunidade de contrastar e praticar o conhecimento adquirido. Em relação a esta circunstância, o usuário adota o papel de crer e sentir-se confiante durante a educação em saúde. Desta forma, encontra, no profissional, uma superioridade que lhe inspira confiança e segurança.

A *outra função* trata-se da comunicação e da excelência, isto é, de entregar aos demais os conhecimentos que se possui, de tal maneira que permitam o seu *aperfeiçoamento* e a sua *educação*. O profissional cumpre, aqui, um papel decisivo, dada a excelência que possui seu reconhecido saber.

As duas funções da autoridade, descritas, mostram as características positivas e esperadas nos profissionais que educam em saúde. Na medida que as referidas funções mantenham uma postura de respeito à autonomia, liberdade e dignidade do usuário, com uma finalidade centrada nas suas necessidades, estarão, frente a uma autoridade profissional, que desenvolve seu quefazer num marco bioético personalista e humano.

Pelo contrário, quando se exhibe uma conduta profissional que exige submissão, obediência e demonstra falta de respeito pela autonomia, liberdade e dignidade do usuário, com uma finalidade centrada no próprio saber do profissional, se estará em frente de um *autoritarismo*. Este mostra condutas de exercício de poder e afasta qualquer postura bioética existente, provocando uma influência negativa e limitadora da satisfação de necessidades e do crescimento do usuário.

A autoridade, proveniente do saber profissional, faz o usuário colocar-se ao cuidado do outro, confiando no saber diferenciado que este possui e cujo exercício é vital para a recuperação de sua integridade física e psíquica. Não há como fugir dessa situação, pois mesmo que o usuário se oponha ou se "mostre rebelde em relação ao médico, isto é, a seu saber, nunca poderia fazê-lo em igualdade de condições" (Silva, 1997, p.9).

A situação anterior consegue repetir-se com certa freqüência no marco geral da atenção profissional, em especial, em circunstâncias em que se educa em saúde. Na realidade, a prática social dos profissionais, habitualmente, move-se sobre relações difusas de poder entre as partes. Para Silva (1997, p.9), não se pode dissociar o poder do saber, porque "todo saber implica um poder". Na realidade, não é possível o equilíbrio entre o exercício do poder e a consideração da autonomia; isto somente poderia estabelecer-se de acordo com as condições particulares. O autor propõe que "o ideal seria que tivesse uma reciprocidade entre todas as relações de poder que configuram as práticas sociais". Esta proposição seria uma forma ideal para que a bioética permanecesse, naturalmente, com essas práticas. No quefazer diário, isto não acontece porque é mais freqüente uma relação estratificada, na qual, o poder é exercido como dominação.

O estabelecido anteriormente alerta para a necessidade de que os profissionais cultivem e pratiquem uma forte consciência crítica do seu exercício de poder e que esta consciência esteja sempre em alerta para que, na medida do possível, adquiram uma relação interativa e de responsabilidade inerente a sua função.

Educar em saúde exige um forte compromisso e uma atitude aberta à troca, ao respeito pelas diferenças dos usuários e à manifestação de uma postura ética sólida e verdadeira, em ambiente comunicativo que supere o autoritarismo e o abuso de poder. Pode-se afirmar que uma *prática educativa*, que não se fundamente em propósitos claros e consistentes e que não possua uma *intencionalidade definida*, não constitui uma educação propriamente dita, "por não ser uma verdadeira educação, sua ética será igualmente uma imposição que não respeita a liberdade". Transformando-se numa atividade carente do seu propósito formador, respondendo, neste caso, simplesmente a uma ética enfocada a certos deveres (Wanjiru, 1995, p.230).

Realizar uma prática educativa em saúde significa fomentar a liberdade no usuário conduzindo-o *à livre vontade de decidir*. Freire (1998, p.118) assinala que "quanto mais criticamente a liberdade assumir o limite necessário, tanto mais autoridade terá, eticamente falando". Esta liberdade oferece, ao usuário, a possibilidade de aprender a tomar decisões. O autor acrescenta, reafirmando o exposto: "não posso aprender a ser eu mesmo se não decido nunca". Isto nos leva a destacar, mais uma vez, a importância de permitir, aos usuários, a que decidam autonomamente, estimulando, assim, sua responsabilidade como resposta às experiências respeitadas da sua liberdade.

Até aqui, a descrição efetuada tem feito referência aos profissionais em geral, dado que é toda a equipe de saúde que, em algum momento, assume este papel. Mas cabe destacar que a *Enfermagem* tem uma participação especial já que seus profissionais realizam esta atividade como uma tarefa explícita no seu papel.

As recomendações e assuntos específicos que serão mencionados, mais adiante, em relação à prática da educação em saúde, estão dirigidos em especial à *Enfermagem*, sem isto significar, que, em alguma medida, não possam ser adotadas por toda a equipe.

3.3.2 - *Paternalismo e consentimento informado*

No desenvolvimento destes aspectos, apresentar-se-á, em primeiro lugar, uma visão explicativa de uma perspectiva geral, tanto do *paternalismo* como do *consentimento informado*, abordando-os do ponto de vista da educação para a saúde.

3.3.2.1 - *Generalidades em relação ao paternalismo*

A idéia que expressa a beneficência como primeira obrigação em saúde é antiga. Através da história, o cuidado da saúde, as obrigações profissionais e suas virtudes têm sido interpretadas como concordantes com a benevolência.

A medicina ocidental, desde seu início, utilizou um critério naturalista para discernir o bom e o ruim. A cultura medieval girou em torno da idéia de ordem, o que abarcava não só o conhecido como natural, mas que, também, incluía os homens, a sociedade e a história. Julgou-se ruim, em primeiro lugar, todo mau uso do corpo ou de seus órgãos. Em segundo lugar, o médico chegou a ser considerado sujeito agente e doente, sujeito paciente. A moral do médico era tipicamente de *beneficência*, o que lhe indicava a faculdade de fazer o bem e obrigava ao paciente a colocar-se numa posição de aceitação. Na relação médico-doente, o médico cumpria um rol técnico e moral e o doente era quem buscava uma ajuda técnica e ética. Desta maneira, o médico era o conhecedor do bem moral, o que o capacitava a decidir sobre o doente ainda contra seu padecer (Gracia, 1989). Em síntese, isto explica a essência do *paternalismo*, através da história, situação que se repete e se vê refletida, em diversas ocasiões na atualidade, tomando as características próprias da época. Assim como hoje, não só falamos da paternalidade médica, mas também é possível detectar sua prática expandida a toda a equipe de saúde.

De acordo com Moratilla et al. (1998, p.64), o século XX se inicia com um sistema patriarcal, onde o médico exerce o papel de "*pai protetor*", a enfermeira de "*mãe submissa*" e o paciente assume o papel de "*criança incapaz de tomar decisões*".

O mundo intelectual do médico manteve uma soberania absoluta, oscilante entre o paternalismo das relações familiares e a tirania das relações escravistas. Esta situação sofreu uma mudança só na época moderna, onde a reforma protestante pretendeu e

conseguiu "substituir a idéia de ordem pela de autonomia; ou também, a ordem natural pela ordem moral ou da *liberdade* (Gracia, 1989, p.16).

A relação paternalista do médico considerava o doente incompetente, tanto física como moralmente. Só a partir da década de 60, os doentes começaram a ter "plena consciência da sua condição de agentes morais autônomos, livres e responsáveis". Desta forma, eles se negaram a ser tratados por meio de uma relação de pais e filhos e esperavam uma atenção para pessoas adultas, na qual fosse estabelecido um respeito mútuo. Na prática, a assistência começa a se basear no princípio de *autonomia e liberdade*, envolvendo a todos os agentes da equipe de saúde (Gracia, 1989, p.17).

Tradicionalmente, os profissionais da saúde, especialmente os médicos, têm contado com uma ampla e exclusiva informação nas suas consultas, graças a suas especializações e formação em geral. No entanto, o avanço da medicina tem permitido a difusão e o acesso à informação ao público em geral, o que tem sido confrontado, especialmente nos últimos 30 anos, com afirmações surgidas dos pacientes, que formulam juízos de forma independente, em relação ao seu destino médico (Beauchamp e Childress, 1994).

Em respeito à Enfermagem, o esquema patriarcal, posteriormente, apresenta mudanças, devido à aparição de códigos deontológicos, os quais estabelecem a responsabilidade que corresponde a esses profissionais, baseada nos conhecimentos que possuem. Isto determina a aparição de uma influência exercida especialmente pela enfermeira americana, no mundo ocidental, no qual se apresenta como representante e defensora dos pacientes. Sensibiliza, assim, às autoridades de saúde a prestarem atenção aos *problemas éticos na prática cotidiana*, mas, por outra parte, limita o trabalho em equipe, dado que se centra no seu próprio quefazer, diminuindo a possibilidade de compartilhar a responsabilidade com outros profissionais (Moratilla et al., 1998).

3.3.2.2 - Princípio de beneficência/autonomia no paternalismo

Um dos problemas, que causa grande discrepância na bioética, é o que diz respeito aos dilemas referentes à autonomia e ao princípio de beneficência. Para respeitar os direitos de autonomia dos pacientes, o médico ou qualquer outro profissional da

saúde tem a obrigação de informar, orientar, pedir consentimento, outorgar confidencialidade e privacidade. Por outro lado, o profissional enfrenta-se, no campo de suas obrigações, com o princípio de beneficência, o qual se constitui numa obrigação primária. Não obstante, os direitos de autonomia chegam a receber múltiplas influências, o que dificulta encontrar uma clareza em relação ao modelo tradicional proposto de beneficência.

Na atenção em saúde, os usuários são atendidos por uma equipe, na qual intervêm, também, a direção do hospital, os serviços de segurança social, a família e outros. "Cada um deles tem uma significação moral específica" (Gracia 1989, p.17). O usuário está guiado pelo *princípio de autonomia*; os profissionais de saúde pelo de *beneficência*, e a sociedade pelo de *justiça*. Estes três fatores, em muitas ocasiões, não são complementares, nunca é possível, por exemplo, respeitar completamente a autonomia, sem que se atinja a beneficência e respeitar esta, sem que a justiça seja ressentida.

O debate entre os que propõem o modelo de autonomia e o de beneficência fazem referência a estes dois paradigmas, às vezes, contraditórios. Na prática, tem sido, freqüentemente, confuso e um fracasso distinguir o que compete a cada princípio; por exemplo, o de beneficência incorpora a autonomia do usuário e/o paciente, no sentido de que eles prefiram e decidam ajudar e participar no momento da sua consulta em saúde. É necessário ter presente que "o interesse dos usuários e/ou pacientes está ligado a suas preferências, das quais derivam-se as principais obrigações em relação a eles" (Beauchamp e Childress, 1994, p.272).

As formulações da beneficência aparecem, sempre, rodeadas e influenciadas pelo modelo da autonomia. É assim como em relação à primeira obrigação profissional, que é o princípio de beneficência, se colocam as preferências e desejos dos usuários e/ou pacientes, o que significa priorizar o respeito da autonomia sobre a beneficência. Existem, por sua vez, circunstâncias nas quais a beneficência anula a autonomia, como é a situação que se produz pelo abandono, por exemplo, de algum tratamento.

As discussões acerca de quais princípios ou modelos que podem ser anulados no campo da saúde, não podem ser resolvidos, segundo Beauchamp e Childress (1994), pela

defesa de um princípio contra o outro, ou procurando formular um absoluto. Os autores propõem prover beneficência como meta primária e racional no cuidado da saúde. Em relação à autonomia, não maleficência e justiça, enfatizam em colocar limites morais sobre a ação, na busca de cumprir tal meta.

É necessário, então, diferenciar o princípio de não maleficência do princípio de beneficência. O primeiro é anterior a qualquer tipo de informação e não está relacionado, portanto, com o consentimento informado. Pelo contrário, o princípio de beneficência é o que está intimamente ligado, especialmente a este último. Gracia (1989, p.103) diz que "nunca é lícito fazer o mal, mas às vezes não é lícito fazer o bem". Ambos princípios podem ser reunidos num só, no sentido de não fazer o mal a ninguém e sempre promover o bem.

Silva (1997, p.9) adverte sobre uma conotação negativa na proposição que fazem alguns autores, em relação a que o paternalismo possa ser considerado como uma beneficência exagerada. Isto se vê explicado, segundo o autor, pela assimetria que existe na relação profissional-usuário. Esta assimetria inicia-se desde o momento em que o usuário se coloca à disposição do cuidado proveniente dos profissionais e de que deve aceitar o saber dos mesmos. Desta forma, fica em desigualdade de condições. A "beneficência ou cuidado anula a pessoa que é objeto de cuidado. O anula como indivíduo, e como personalidade singular". Fica manifesto, assim, que a transgressão do princípio de beneficência provém de um passo que, às vezes, não é bem percebido, entre a manifestação do saber e o poder profissional.

Para Gracia (1989), o paternalismo é uma mistura de *beneficência e poder* que, por um lado, pretende beneficiar a um ser humano (*prima facie correcta*) e que, por outro, nega aceitar desejos, opções e ações dessa pessoa (*prima facie incorrecta*).

Cabe fazer notar que, ao considerar que o limite da beneficência é a autonomia, está se afirmando que sempre que a beneficência ultrapasse os limites da consideração do usuário como sujeito individual, se está frente a uma situação de dominação, produto do *poder* que se exerce na relação de *paternalismo*, o qual o leva a adotar condutas passivas e de aceitação.

Max Weber, citado por Gracia (1989, p.18), definiu dominação como:

"um estado de coisas pelo qual uma vontade manifesta (mandato) do dominador ou dos dominadores influi sobre os atos de outros (do dominado ou dos dominadores), de tal sorte que, num grau socialmente relevante estes atos têm lugar como se os dominados tivessem adotado por si mesmos e como máxima da sua obra, o conteúdo do mandato (obediência)".

De acordo com Max Weber, o poder, que se exerce sobre outras pessoas, passa a constituir-se como sinônimo de *dominação*, a qual, surgido do poder, determina a obediência daquele que aceita o mandato.

Por último, cabe destacar o conceito de *beneficência não paternalista*, proposto por Gracia (1989): "é aquela que tenta realizar o bem ou ajudar aos demais nas suas necessidades, sempre que eles, voluntariamente, o peçam ou o aceitem".

O *consentimento informado*, de acordo ao assinalado anteriormente por Gracia, toma aqui um lugar preponderante. A definição do conceito faz notar que, só em casos de impedimentos (urgências, crianças, doenças mentais), o imperativo moral de beneficência deve levar a buscar o bem maior do paciente, prestando-lhe toda a ajuda possível. O conceito assinalado levará especial consideração no momento de fundamentar o paternalismo na educação para a saúde, dada a referência explícita que realiza, em relação à necessidade de *respeitar e considerar o consentimento informado do usuário*.

3.3.2.3 - Natureza e conceito de paternalismo

De acordo com Beauchamp e Childress (1994), as análises filosóficas, nestes últimos anos, têm enfatizado acerca do paternalismo tal como o denunciou Kant no *governo paternalístico*; designação que é atribuída à restrição benévola da liberdade dos sujeitos. Kant interessou-se pelo tema, acerca da governabilidade, que cancela a liberdade das pessoas. Em relação ao mesmo, ele nunca considerou a possibilidade de um modelo paternal de intervenção benevolente, que ligará o estado de cuidado paternal prospectivo, por um de menor competência que poderia ser chamado de *paternalista*.

O paternalismo contém intervenções, as quais podem limitar a autonomia. Participações na vida, fundamentalmente não autônomas, pertencem e permanecem da maneira mais amplamente aceita no modelo de *justificação paternalista*. Pode-se

estabelecer que a justificativa paternalista começa desde a infância, devido à necessidade de supervisão dos pais.

O princípio e prática da administração paternalista podem ser comparados, portanto, ao governo que faz um pai sobre seus filhos. Nesta prática, existe um esforço para suprir as necessidades e regular a vida de uma nação ou comunidade, tal como o faz um pai. Esta analogia pressupõe duas características do rol paternal: que o pai atue beneficentemente (isto é, em concordância com sua concepção e interesse) e que tome todas as decisões relativas ao conforto dos filhos.

Conforme Beauchamp e Childress (1994), no cuidado da saúde, a analogia mencionada, anteriormente, pode ser explicada da seguinte maneira: o profissional tem uma preparação e conhecimentos superiores e isto lhe concede uma *posição autoritária*, com a qual determina os interesses do usuário/paciente. Desta perspectiva, o cuidado da saúde profissional é como um pai querido com um filho dependente, teimoso e freqüentemente ignorante.

O paternalismo sempre envolve algumas formas de interferência ou rechaço aos desejos e preferências dos usuários e/ou pacientes, já que a intervenção profissional acaba decidindo, na maioria dos casos, o que é melhor para cada um deles. Como tal, o paternalismo corresponde a um ato típico que envolve força e coerção, decepção, mentira, manipulação e não revelação de informação, entre outros (Beauchamp e Childress, 1994).

Os autores definem *coerção* como a ação completamente controladora. Fatores como a *decepção e a sedução* corresponderiam a formas *manipulativas*, as quais afetariam diretamente a autonomia. Uma conduta no extremo oposto a este contínuo seria a *perseguição*, considerada como uma ação que pode ser resistida e alertaria ao receptor a aceitar ou rechaçar a influência não controlativa.

Para Nikku (1997), as ações paternalistas não têm porque ser coercitivas, embora reconheça que é natural um controle dos atos quando o paternalista influi sobre o receptor. Para a autora, uma pessoa pode ser influenciada na base de seus desejos, mas não pela ação paternalista. As influências atuam, de um controle a um não controle.

Desta perspectiva, as ações paternalistas podem inibir o direito à própria determinação; neste caso, a pessoa seria influenciada pelas conseqüências da ação.

De acordo com algumas definições na literatura, a ação paternalista interfere no desenvolvimento da autonomia. Para explicar este aspecto, Beauchamp e Childress (1994, p.274) fazem referência a que *paternalismo* corresponde a uma falta de *consentimento intencional* ou intervenção nas preferências de outras pessoas, desejos, ou ações, com a intenção de evitar danos ou beneficiar a pessoa.

Se os desejos de uma pessoa, as ações intencionais e suas preferências não derivam de um assunto essencialmente autônomo, então, o paternalismo pode chegar a ser decisivo, de acordo com as características identificadas na concepção anterior.

Beauchamp e Childress (1994, p.274) propõem uma definição:

“Paternalismo é a intenção decisiva sobre o conhecimento, as preferências ou ações de uma pessoa, realizada por outra pessoa, que decide e justifica as ações pela meta de beneficiar ou evitar dor, impedindo que a pessoa tome suas próprias decisões”.

Para os autores, a definição é *normativamente neutra* e não presume que o paternalismo seja nem justificado nem injustificado; embora assuma um ato análogo de beneficência ou de pai benéfico, isto é, não pressupõe se a beneficência é justificada, fora de lugar, obrigatória, etc. Algumas vezes, uma ação pode parecer paternalista considerando esta definição, quando, de fato, pode não sê-lo.

A noção de paternalismo, freqüentemente, tem um valor negativo, particularmente, porque, em muitas definições e discussões, lhe foi associada a coerção. No entanto, chega-se a constatar que, em muitos dos casos, esta não é injustificada e eticamente repreensível. Nikku (1997) indica que o conceito pode ter uma acepção negativa e positiva sendo realista usar uma definição neutra, que leve à avaliação da ação, o que reafirma a definição neutra, apresentada anteriormente por Beauchamp e Childress.

Gracia (1989, p.102) refere que o paternalismo corresponde à maneira de entender as relações humanas, de acordo com esquemas próprios da velha sociedade patriarcal, diferenciando-se dois tipos, o *infantil* e o *juvenil*. Quando a distinção é

realizada a partir da *capacidade ou competência* das pessoas para tomarem suas decisões, é chamada *paternalismo débil e forte*. O primeiro "considera que pode e deve se atuar a fim de que uma pessoa não se prejudique a si mesma" em circunstâncias que não esteja bem informada, ou por incapacidade de dar o consentimento informado. Pelo contrário, "o *paternalismo forte* afirma que se pode e se deve evitar que as pessoas adultas atentem contra si mesmas, embora se saiba que possuem adequada informação e capacidade ou competência suficientes".

Joel Feinberg, citado por Beauchamp e Childress (1994), distingue também um *paternalismo débil* e um forte. No paternalismo débil, uma agente intervêm com o motivo de beneficiar, prevenindo, fundamentalmente, condutas involuntárias, isto é, protegendo às pessoas da sua própria falta de autonomia. Neste caso, é importante levar em consideração que importantes ações não voluntárias e não autônomas incluem, geralmente, casos de consentimento não adequadamente informados.

O *paternalismo forte*, por contraste, envolve intervenções com a intenção de beneficiar uma pessoa apesar de que os fatores perigo e ações sejam informados, voluntários e autônomos. Como tal, este tipo de paternalismo recusa o consentimento da pessoa, seu desejo autônomo, preferências e ações com o propósito de protegê-la.

Já, Engelhardt (1995) destaca que o *paternalismo débil* significa exigir uma maior proteção à competência de uma pessoa quando suas decisões parecem perigosas, tal como quando mostra preferência por um tratamento arriscado ou rechaça claramente um benefício. De acordo com o autor, no *paternalismo forte*, o profissional não leva em conta, muitas vezes, o rechaço de uma pessoa competente, mas, ao contrário, decide pelo outro, com o objetivo de conseguir o que acredita que é mais conveniente, convertendo-se na forma mais problemática de intervenção paternalista.

Engelhardt (1995, p.352) faz, também, referência a uma forma de paternalismo, ao que chama de *fiduciário*. Este corresponde à nomeação de outra pessoa, para que escolha e decida o que justifica atos paternalistas em função do respeito mútuo. "O designado determinará o que é mais conveniente ao tutelado", não só porque seja ou não um bom juiz, mas porque tem recebido a autoridade por eleição explícita do tutelado. Este paternalismo se produziria através de duas formas:

1. *Paternalismo fiduciário explícito*: Parte-se, aqui, de que a relação entre um profissional de saúde e o usuário é continuamente *explicitamente paternalista*. Isto acontece, cada vez que o usuário solicita, entre outros, por exemplo, ajuda *para decidir a melhor forma de tratamento*. A partir desse momento, é estabelecida uma relação paternalista e o profissional toma as decisões, em virtude da liberdade que tem se outorgado, aplicando os critérios que considera mais benéficos.

2. *Paternalismo fiduciário implícito*: Neste caso, existe a presunção implícita de que outra pessoa adotará certas decisões, embora o usuário não tenha designado a ninguém para que decida no seu lugar. Isto se refere à intervenções menores, a curto prazo, e pressupõe que uma pessoa desejaria se ver protegida de erros não integrados nos seus planos e opções. Esta forma se aproxima à definida como *paternalismo débil*.

Gracia (1989) indica, em relação ao paternalismo débil e forte, que não existem, em verdade, argumentos éticos para serem aceitos, já que, em princípio, não existem limites claros entre um e outro. Existem níveis de consentimento informado e, portanto, a linha que separa os tipos de paternalismo não está bem definida. Isto sugere a necessidade de estabelecer limites ao consentimento informado e, portanto, também ao paternalismo.

3.3.2.4 - *Justificação do paternalismo e antipaternalismo*

Segundo Beauchamp e Childress (1994), existem três posições importantes que têm sido defendidas sobre a justificação do paternalismo: 1) antipaternalismo, 2) justificação do paternalismo que, primariamente, chama a atenção em relação a ele pelo princípio de autonomia, 3) paternalismo justificado que chama a atenção primariamente no princípio de beneficência.

3.3.2.4.1 - *Antipaternalismo*

Propõe que a intervenção paternalista não possa ser justificada porque destrói os direitos individuais, restringindo, de forma excessiva, a liberdade para decidir sobre os próprios desejos. As conseqüências adversas mais sérias reconhecidas pelo antipaternalismo, são as causadas: pelo paternalismo autoritário do Estado, por

profissionais da saúde e, especialmente, por aquele que destrói a autoridade legítima que reside e pertence a cada indivíduo.

O *denominado paternalismo forte*, assinala uma falta de respeito em relação à autonomia, desconsiderando o tratamento de uma moral igualitária, impedindo a determinação, em forma independente, do próprio bem de cada indivíduo.

O *antipaternalismo* poderia considerar a intervenção profissional como justificada pela intenção de beneficiar e poderia, neste caso, fazer notar que a beneficência não é um conflito para o respeito da autonomia porque não altera a autonomia existente. Por isso, é duvidoso que a debilidade do paternalismo, como posição moral, possa ser distinguida frente ao antipaternalismo. Existe um amplo debate relativo a se o usuário é substancialmente autônomo ou substancialmente não autônomo, mas isto só pertence ao plano conceitual. O problema empírico, em relação à natureza da condição da autonomia, não se encontra, neste caso, no campo de intervenção da moral.

3.3.2.4.2 - *Justificação do paternalismo por consentimento ou por benefício*

Beauchamp e Childress (1994) assinalam que existem alguns argumentos sobre a influência de intervenção do paternalismo, os quais podem ser justificados nos seguintes casos: (1) prevenção do perigo ou beneficiar mais a pessoa e menos a independência e o sentido de invasão causada pela intervenção; (2) condições ou habilidades limitadas da pessoa, para decidir de forma autônoma; (3) a intervenção é justificada de acordo com condições relevantes; (4) o beneficiário da intervenção paternalista tem consentido, consentirá ou consentiria, para seu conforto.

A teoria que apela em relação ao consentimento racional, para justificar a intervenção paternalista, apresenta atrativas características, particularmente, na tentativa de harmonizar princípios de beneficência e respeito pela autonomia. Neste caso, a intervenção paternalista enfatiza a autonomia mais que a sua anulação. No entanto, este acercamento não incorpora o consentimento individual do usuário e sem especificação adicional; provavelmente, esta posição, também, poderia justificar mais o paternalismo. Cabe acrescentar que não existem perigos que, aceitos por um agente, possam formar as

bases de uma intervenção racional, sobre a qual a pessoa possa assumir os referidos perigos.

É importante levar em consideração que o aspecto de maior relevância está baseado em manter a autonomia à distância do paternalismo. Por outro lado, a beneficência justifica, verdadeiramente, a ação paternalista, ao ser comparada com a explicação da ação de um pai, que anula as preferências dos filhos. Os filhos são controlados porque acreditamos que, depois, eles consentirão e que poderiam, racionalmente, aprovar nossa intervenção. Interferimos, porque acreditamos que eles terão uma vida melhor, não levando em conta sua opinião. Ainda, quando esperamos, posteriormente, o consentimento ou aprovação dos nossos filhos e pacientes/usuários, a justificação da nossa intervenção se apóia no seu conforto e não nas suas preferências autônomas.

A melhor justificação do ponto de vista do *paternalismo benéfico* está apoiada numa escala que considera interesses e autonomia, onde ambas podem ser balanceadas: uma pessoa que tem interesse aumenta sua autonomia e o benefício diminui; ao contrário, se os benefícios de uma pessoa aumentam, diminuem seu interesse e a autonomia, acentuando, desta forma, a justificação do paternalismo. Por isso, prevenindo danos menores ou entregando menores benefícios, por algum tempo, estamos faltando o respeito à autonomia, o que não tem uma justificação para parabenizá-la. Mas, prevenindo danos maiores ou proporcionando maiores benefícios, estamos somente, por um tempo trivial, faltando com o respeito à autonomia, o que possui uma alta e elogiável justificação paternalista. Este último aspecto é contestado pela ética biomédica contemporânea, especialmente, pelo *paternalismo forte*.

3.3.2.4.3 - Justificação do paternalismo forte

O paternalismo forte corresponde a ações que ocorrem, freqüentemente, no hospital. É apropriado e justificado nos cuidados de saúde, nas seguintes condições:

- 1.- O paciente corre risco significativo, perigo que pode ser evitado;
- 2.- A ação paternalista poderia prevenir o perigo;

- 3.- O projeto benéfico para o paciente, da ação paternalista, tem mais peso que risco para o paciente;
- 4.- A questão menos restritiva da autonomia poderia assegurar o benefício e reduzir o risco de ser adotada.

Os autores acrescentam que as quatro condições assinaladas pela ação paternalista forte, não, necessariamente, restringem a autonomia. Estas condições podem ser satisfeitas, somente se a essência vital da autonomia não constitui, neste sentido, o interesse central.

Beauchamp e Childres sugerem que a decisão, em relação a justificar o paternalismo, é um assunto decisivo para a posição de alguns princípios relacionados à autonomia ou beneficência, ou seja, o tema de determinar um princípio sobre outro. Uma boa estratégia é favorecer o equilíbrio e coerência. Desenvolver uma postura de valorização do paternalismo é um assunto de apreciação de limites de princípios e necessita dar um conteúdo adicional, tentando interpretar as conseqüentes regras e juízos de forma coerente com outros possíveis compromissos.

O paternalismo de profissionais da área da saúde é um problema que coloca a justificação e especificação dos direitos numa balança na qual deve se equilibrar a *beneficência e autonomia* do usuário através da relação usuário/profissional. Isto apresenta um problema confuso e complicado, de uma coerência difícil de conseguir. A intervenção paternalista requer das pessoas um juízo aceitável e coerente, assim como, também, da sua capacidade de utilizar e confrontar, adequadamente, princípios para enfrentar conflitos contingentes.

Um aspecto que sempre tem que se ter presente, é que o paternalismo é uma mistura de *beneficência e poder*. Por um lado, pretende beneficiar a pessoa, mas por outro, nega-se a aceitar os desejos, ações e opções dessa pessoa. Que seja incorreta ou não, vai depender do sentido que lhe seja outorgado e da maneira que se manipulem os princípios, principalmente o de beneficência e o de respeito pelas pessoas (Gracia 1989).

Para Silva (1997, p.7), o limite entre *beneficência e paternalismo* está marcado pela *fragilidade de um* e pela *autoridade derivada do saber do outro*. O autor expõe que "toda competência profissional que se traduz numa prática social inclui um poder. Este

poder gera relações de subordinação, de perfis variáveis". Esta manifestação paternalista tem uma grande influência no que diz respeito à *educação para a saúde*, em relação ao que será discutido e retomado mais adiante.

Beauchamp e Childress (1994), também, concordam que a preparação e conhecimentos superiores concedem ao profissional de saúde, uma *posição autoritária*, a qual favorece uma postura de domínio sobre os interesses do usuário/paciente.

3.3.3 - *Consentimento informado*

A regra da informação consentida, deriva-se do direito à própria *autodeterminação*. Este direito pode ser restringido de acordo com diferentes situações: causa externas (autoridade, poder, situações estressantes) ou próprias do indivíduo, como falta de autonomia ou de habilidade para compreender a informação.

O consentimento, para que seja válido, deve conter um certo critério e cumprir algumas condições (Nikku, 1997):

- deve ser dado por uma pessoa capaz;
- deve ser construído sobre um consentimento dado voluntariamente e conter certas demandas.

Para Pérez (1997, p.104), o consentimento informado corresponde a um processo de diálogo, entre um profissional da saúde e um usuário:

"segundo o qual uma pessoa com capacidade de decisão recebe uma informação compreensível e suficiente para suas necessidades, que a capacita para participar voluntária e ativamente na escolha de decisões em relação aos procedimentos diagnósticos ou terapêuticos a realizar ou aos cuidados a receber, como consequência da sua doença ou motivo de consulta".

O autor acrescenta que a participação permite aceitar ou rechaçar entre várias opções, de acordo com os próprios interesses, sem danificar a terceiros.

Nikku (1997, p.54), citando a Fadem e Beauchamp, integra cinco elementos identificados pelos autores, numa definição da noção de consentimento informado:

"uma ação X é um *consentimento informado* para a intervenção da pessoa P, e apenas se:

1. P recebe através de uma transmissão;
2. P compreende a transmissão;
3. P atua voluntariamente frente à execução de X;
4. P é competente para executar a informação de X e
5. P consciente para si.

Para Engelhardt (1995, p. 327), "o consentimento informado inclui a) o direito de dar consentimento competente, desenganado e voluntário a se submeter ao tratamento, assim como o de b) retirar-se do tratamento completamente ou em parte". O objetivo do consentimento livre e informado não consiste em forçar a autonomia do usuário, senão lhe fornecer a oportunidade na sua *eleição de tratamento médico*.

Para Annas (1992, p.83), o consentimento informado consiste no seguinte: "o médico não pode tocar ou tratar ao paciente antes de ter dado ao mesmo informação básica em relação aos propósitos e o paciente ter entendido o procedimento ou tratamento".

As três primeiras definições coincidem em aspectos tais como: *recepção e compreensão da informação, ação voluntária para receber a informação e competência para executá-la*. A definição de Annas (1992) faz referência só aos dois primeiros aspectos, não inclui a ação voluntária e a competência do usuário. Em três delas, é feita referência explícita ao conceito de *informação*, como a forma de entregar os conteúdos.

As diferenças fundamentais, identificadas nas definições, consistem em que a primeira delas menciona uma instância de *diálogo* entre usuário-profissional como um elemento decisivo para levar efeito no processo, aspecto que não é explicitado em nenhum dos outros casos. Outra diferença, observada, está relacionada a que as definições incorporam procedimentos diagnósticos, terapêuticos ou tratamentos médicos, mas eles não aludem ao *consentimento informado* no processo educativo em saúde.

Cabe destacar que o conceito de *consentimento informado*, assinalado em primeiro lugar, constitui a definição mais completa e pertinente para ser adaptada à educação em saúde. Observa-se como, em forma explícita e tal como já foi mencionado, incorpora a entrega de informação como um elemento para a tomada de decisões em

processos clínicos *-diagnósticos ou terapêuticos-*, mencionando, também, a entrega de informação de forma *implícita* em relação ao aspecto educativo em saúde, ao se referir à informação quanto *aos cuidados a receber-*. Aspectos que, em geral, não são manifestados em outras definições.

Se faz necessário, então, da perspectiva da educação para a saúde, incluir, na definição, o *consentimento informado, ou a participação informada* do usuário em relação às atividades educativas. Isto significa destacar a importância do processo de tomada de decisões dos usuários em relação à sua saúde. Os profissionais devem tomar consciência que não só se precisa informar aspectos terapêuticos, procedimentos e/ou cuidados, mas, também, apresentar a questão de escolher entre possibilidades educativas, como: programas educativos, reuniões, conteúdos educativos das consultas e/ou atividades educativas em geral. O consentimento para participar do ato educativo conduzirá o usuário a aceitá-lo ou não de acordo com as suas próprias necessidades.

É, também, indispensável destacar que o *consentimento informado* implica num *ato educativo*, já que ele precisa, entre outros, de uma explicação, que responda às características dos usuários e a seus requerimentos individuais. Estimando a importância deste fato é que a informação, do ponto de vista educativo, deve conter características que a diferenciem de uma informação comum. As informações, em geral, *entregam conteúdos, informam, explicam algo a alguém*. Isto não incorpora, ao menos de forma explícita, uma direção personalizada e de diálogo, como é o caso de um verdadeiro ato educativo. Significa, então, que devemos cuidar para que as *informações contenham componentes educativos*, especialmente, quando se trata de um *consentimento informado, para educar em saúde*.

De uma perspectiva educativa, a entrega de informação requer incluir "um estímulo que permita lembrar a informação verbal anteriormente adquirida" (Gagné, 1993, p.152). Em termos práticos, isto significa assegurar-se que, quem recebe a informação, possa assimilar o processo atual com conhecimentos já obtidos, com anterioridade em situações similares, que têm demandado sua participação. Isto faz necessário realizar perguntas para orientar ao recebedor em tal sentido, convidando-o a lembrar a partir do grande complexo de conhecimentos que cada pessoa possui.

A informação, previamente adquirida, corresponde a uma *condição interna* para a aprendizagem, ou seja, uma condição própria de cada pessoa, exigindo a presença de habilidades intelectuais que lhe permitam conhecer o significado das palavras e compreender e interpretar o conteúdo da informação. Outro requisito é a disponibilidade de estruturas cognitivas de informação organizadas de maneira significativa. Estas estruturas são consideradas “como algo que deveria ter sido aprendido previamente e se relacionam, de maneira significativa, com a nova informação que se vai aprender” (Gagné, 1993, p.60).

Para o autor, existe uma segunda condição que ele chamou de externa, que cumpre duas funções: por um lado, corresponde ao estímulo que deve permitir relacionar o novo conteúdo a aprender, com estruturas previamente adquiridas. E por outro, impõe a necessidade de organizar a informação desde o exterior, informando a quem a recebe dos seus propósitos.

É assim então, "que a aprendizagem de informação verbal demanda seu próprio conjunto de *condições internas e externas*" (Gagné, 1993, p.60). A informação em saúde é constituída por um conjunto de fatores e/ou um corpo de conhecimentos. Neste caso, o profissional deve ser capaz de organizá-los de maneira que os componentes individuais se relacionem uns com outros, o que pode exercer um fator favorável na aprendizagem, aumentando a retenção do novo conteúdo.

Cuidar das *condições internas e externas* assegura entregar uma informação verbal que respeite as características individuais e habilidades dos usuários, personalizando o momento educativo e favorecendo o diálogo. Isto exige dos profissionais oferecer os mecanismos adequados, para alcançar tal objetivo. Estas condições podem ser incorporadas, no momento de pedir o consentimento de forma individual ou quanto se estiver preparando um programa massivo de educação para a saúde.

A partir do delineamento educativo assinalado, o educador poderá desempenhar, posteriormente o ensino para uma aprendizagem eficaz em saúde, selecionando os meios pertinentes que respondam e se adaptem a cada pessoa ou grupo, de acordo com seus requerimentos e princípios educativos e bioéticos. Na prática, muitas das ações do

quefazer educativo em saúde não respondem nem se fundamentam nestes princípios, o que determina, fundamentalmente, os problemas da prática paternalista que, no caso da educação, carece de um consentimento informado e que, pelo contrário, se apresenta centrada no profissional e em sua determinação.

3.3.3.1 - Aspectos constitutivos do consentimento informado

a) Informação

A informação que se proporciona deve ser a mais completa possível e estar de acordo com o nível cultural das pessoas que vão recebê-la, levando em consideração a doença, procedimentos diagnósticos e terapêuticos, benefícios e custos (Pérez, 1997; Annas 1992).

Para Nikku (1997, p.197), a informação em saúde é dirigida a "uma pessoa ou à população com o objetivo de prover conhecimentos em relação a alguma matéria em saúde" Pode ser, também, dirigida à saúde em geral e requer ser proporcionada através de um conteúdo interessante e pertinente, que motive, utilizando-se diferentes meios, como jornais, TV, filmes ou material escrito.

Segundo Castro (1998), a informação tanto para o usuário como para sua família deve ser simples, concreta, compreensível, geral ao começo, logo progressiva e gradual, dialógica e participativa, personalizada, não coercitiva e multidisciplinar. Deve respeitar o nível contexto sociocultural, comunicação e características de cada usuário. Isto significa, do ponto de vista educativo, individualizar a entrega do *consentimento informado*, apoiando-se em material audiovisual pertinente, que facilite a entrega ou reforço da informação mais específica.

b) Atitudes do profissional da saúde

O profissional deve adotar uma atitude neutra e não influir na decisão do usuário. Pelo contrário, deve orientar e dar conselhos que estejam relacionados com seus interesses, evitando qualquer tipo de manipulação e/ou coerção.

Nikku (1997) descreve aspectos que se fundam no *consentimento informado* e que são indispensáveis para realizar este consentimento de forma adequada:

- **Capacidade de tomar decisões:** caso a pessoa que receberá a informação, não estiver capacitada para dar seu consentimento, neste caso, a ação profissional pode ser considerada paternalista. A prática da livre determinação é um direito unido à habilidade para utilizar e conduzir este direito.
- **Informação:** uma pessoa pode ser informada quando recebe uma razoável quantidade de informação, apresentada de uma maneira compreensível. Isto exige estar a par da natureza da ação, tanto das conseqüências do consentimento, como do não consentimento. O profissional tem a obrigação de explicar na forma mais compreensível e clara possível. O usuário pode, legitimamente, demandar a informação concernente à sua condição, às alternativas de tratamento e suas conseqüências.
- **Momento em que deve ser entregue o consentimento:** o consentimento informado deve ser dado antes que a ação seja executada, nunca depois, para que o usuário tenha tempo de mudar de opinião e possa entender seu consentimento.
- **Vontade:** é evidente que a decisão voluntária não se exerce com coerção e muitas ações são manipuladas de forma injustificada, determinando uma influência antes da ação de consentimento. Nada é voluntário, se for obtido sob falsas premissas ou através de informação não revelada. Neste caso, a *persuasão* influi como um atrativo para a razão, por isto, não é considerada como uma restrição às preferências da vontade individual.

3.3.3.2 - Conseqüências de um consentimento não adequadamente informado

O ato de consentimento deve ser requerido de forma escrita e explícita; existem, no entanto, situações nas quais o consentimento falado pode ser suficiente. Em certas ocasiões, o consentimento pode ser expressado pelos usuários, através de silêncio ou passividade. Isto é observado, especialmente, quando as pessoas, por omissão de atuar, dão seu consentimento, ação que se considera intencional, mas que também pode corresponder a uma resposta frente às situações mal compreendidas (Nikku, 1997).

O anterior alerta a observar e ter presente a forma que os usuários adotarão para dar seu consentimento. Isto propõe algumas exigências para os profissionais, o que significa levar em consideração que o consentimento seja competente, voluntário,

informado e compreendido (Anna, 1992). Nikku (1997), por sua parte, propõe que os usuários devem:

- estar a par da situação e/ou assunto que vão consentir ou refutar;
- ter um tempo razoável para objetar as propostas e compreender que estas não podem ser efetuadas depois de determinado período de tempo;
- compreender como expressar um rechaço e ter a habilidade e oportunidade para fazê-lo.

O consentimento informado responde principalmente a duas razões básicas: promover tanto a *autodeterminação* como a coleta de decisões de forma racional (Annas, 1992). Inibir esta possibilidade significa impedir o direito à própria determinação, faltando com o respeito aos direitos individuais e influenciando a conduta do usuário por meio das conseqüências da ação. Para que o usuário possa dar seu consentimento, necessita primeiro ser informado, de maneira adequada e oportuna para poder assentir ou rechaçar uma determinada proposição. Quando isto não é possível, é necessário buscar alternativas que justifiquem a participação paternalista (ações já explicitadas e justificadas anteriormente).

A *autodeterminação* implica um nível de atuação em relação a participar em um bem para si mesmo; neste nível, o significado da ação se deriva de um *benefício antecipado*. Aqui se questiona, a oportunidade de ser ou deixar de ser plenamente uma pessoa humana. Ao atuar desta maneira, determinamos, a nós mesmos, porque "nós estamos definindo em relação aos bens fundamentais, que correspondem aos aspectos de nossa personalidade humana" (Grisez-Russel, 1996, p.165).

Nikku (1997) destaca que as *ações informantes* podem ser manipuladoras e influenciar o direito a decidir, invadindo a privacidade de quem a recebe. Surge, assim, o problema do *paternalismo informativo*. A ação envolve as características do *paternalismo ação* e é realizada com a intenção de influenciar ao recebedor (usuário), num caminho benéfico, não levando em consideração o consentimento informado nem respeitando o direito à *autodeterminação*. Inibe, desta forma, a vontade das pessoas e sua oportunidade individual para tomar decisões. As principais características do *paternalismo ação*, são as seguintes:

- a ação é benéfica e é entregue emitindo, de forma intencional, o consentimento informado;
- a ação é dirigida tanto direta como indiretamente até o receptor;
- a intenção do ator é tanto para beneficiar como para prevenir perigos no receptor;
- a ação é realizada sem o consentimento do receptor.

As *ações paternalistas informativas* podem ser manifestadas na entrega de informação que engana e é pouco clara, informação insuficiente e informação oferecida de forma compulsiva, entre outras. Em todas estas formas, existe algum grau de paternalismo, com uma clara intenção benéfica e manipulativa no ato de entregar a informação (Nikku, 1997).

No caso da educação para a saúde, o conteúdo educativo pode ser dirigido com a intenção de dar um conhecimento, mas, também com o propósito de mudar as condutas do receptor. O educador, em geral, entrega e enfatiza o conceito de saúde que se encontra mais apropriado para que seja adotado pela população. Com frequência, é utilizado o poder que outorga o saber, os profissionais consideram que, como eles têm este direito, podem direcionar as metas e desejos da população numa determinada direção.

3.3.3.3 - O Consentimento informado em Enfermagem

Pérez (1997) faz referência ao papel de Enfermagem na ação do consentimento informado. De acordo com o autor, existem opiniões divididas em relação ao rol de Enfermagem quanto a este tema. Alguns bioeticistas consideram que os mencionados profissionais têm uma responsabilidade específica em relação a explicar aos usuários a atenção de Enfermagem, que receberão durante seus cuidados. Outros bioeticistas, pelo contrário, sustentam que a responsabilidade dos profissionais é um trabalho de equipe, através de todo o processo de obtenção do consentimento. Posição que compartilhamos amplamente. De acordo, com isto, as funções de Enfermagem no consentimento informado podem ser:

- colaborar na valorização das características do conteúdo do consentimento informado;

- colaborar na valorização da capacidade e habilidade do usuário para compreender e interpretar o conteúdo da mensagem;
- colaborar na identificação de fatores que podem beneficiar e/ou intervir na livre vontade do usuário para tomar decisões, incluindo a participação de familiares ou outras pessoas;
- "colaborar na determinação do grau de validade e autenticidade de um consentimento informado mediante o conhecimento dos valores do usuário e a observação e valorização das suas atitudes no decorrer do tempo que dura a assistência em saúde" (Pérez, 1997, p.107).

Em relação à *participação de Enfermagem*, na *ação do consentimento informado*, cabe fazer notar que, obviamente, a postura dos bioeticistas, que fazem referência a um trabalho de equipe, é a mais acertada. Esta postura responde a uma modalidade que, na atualidade, se apresenta como uma alternativa para conseguir uma atenção mais humana e digna, em benefício dos usuários. Em relação à Enfermagem, cumpre um papel primordial dado que seus profissionais, muitas vezes, permanecem mais tempo ao lado dos usuários, o que lhes permite manter uma relação mais ampla com eles. Por um lado, um dos componentes do papel que cumprem, é a *educação para a saúde*, o que fundamenta as habilidades de que dispõem para continuarem assumindo, responsabilmente e acertadamente, seu compromisso com o consentimento informado.

Cabe, no entanto, destacar a necessidade de que o profissional de Enfermagem, incorpore, fundamentalmente e utilize o *consentimento informado* não só na prática clínica (tratamentos, procedimentos), senão também na *prática educativa*. Deve, portanto, reafirmar e estender esta conduta à equipe de trabalho, para colaborar em uma ação em saúde, que se desenvolva num marco bioético que garanta a atenção humanizada, finalidade à que devemos buscar como profissionais da saúde. Previne-se, assim, a inclusão do *paternalismo informativo*, dada a manifestação de conflitos éticos que levam a inibir a *livre vontade do usuário* frente a suas condutas em saúde.

3.3.4 - Influência do paternalismo e o consentimento informado na educação para a saúde

3.3.4.1 - Paternalismo e educação para a saúde

Considerando os aspectos referenciados pelos autores, a seguir, serão identificados e descritos os aportes teóricos em relação à prática educativa em saúde, com o propósito de determinar a influência do *paternalismo e o consentimento informado* na educação para a saúde.

Descreve-se que os usuários, na atualidade, mostram mais consciência da sua condição de agentes morais autônomos, livres e responsáveis. Muitos se negam a serem tratados de forma paternalista, esperando uma atenção para pessoas adultas que estabeleça um respeito mútuo. Em relação à prática assistencial, é possível também perceber que começa a se basear no princípio de *autonomia e liberdade*, incluindo todos os agentes da equipe de saúde (Gracia 1989).

No entanto, existem setores na sociedade, nos quais os usuários não têm acesso a vivências que lhes permitem compartilhar a situação anteriormente descrita. Entre as razões que podem ser atribuídas, encontram-se, por exemplo: condutas *de autoritarismo, poder e de atitudes paternalistas*. Em relação ao paternalismo, a influência que mais tem tornado negativa e afetado a educação em saúde, é identificada no fato de que esta relação considera o usuário e/ou paciente como incompetente, deixando de manifesto um sentido de ignorância.

Os problemas causados pela discrepância na bioética em relação aos dilemas que apresentam a autonomia e o princípio de beneficência, continuam ocupando um lugar importante. É comum observar como os profissionais da saúde não respeitam a autonomia dos usuários/pacientes, omitem o direito à educação e orientação e esquecem o pedido do respectivo consentimento em relação às atividades educativas. Em geral, o desejo por participar e as preferências dos usuários não são aspectos habitualmente considerados durante a atenção em saúde, destacando-se o princípio da beneficência em relação à autonomia.

A dissonância entre o princípio moral de autonomia dos usuários o de beneficência por parte dos profissionais de saúde e o de justiça da sociedade, continua sendo um problema vigente (Gracia 1989, p.17).

No entanto, o princípio de beneficência é transgredido pela manifestação do saber e do poder profissional. O limite entre beneficência e paternalismo fica marcado pela fragilidade do usuário e pela autoridade derivada do saber profissional. Esta assimetria coloca primeiro, numa posição e *aceitação* irremediável, anulando-o como indivíduo e como personalidade singular.

Em *síntese*, o paternalismo constitui uma mistura de *beneficência e poder*, dado que por uma parte pretende beneficiar um ser humano e por outra, se nega a aceitar os desejos, opções e ações dessa pessoa. O profissional atua de acordo com o que ele considera que é bom para o usuário, afastando seus interesses e restringindo sua livre vontade de decidir. Como tal, o paternalismo é um ato que envolve uma série de conseqüências negativas, que podem ser sintetizadas como: coerção, decepção, manipulação e falta de educação e informação oportunas e devidamente consentidas.

A relação de paternalismo dos profissionais, se vê manifestada cada vez que a beneficência ultrapassa os limites da consideração do usuário como sujeito individual, o que significa *dominação*, produto do *poder* presente na conduta paternalista, determinando a adoção de *condutas passivas e de aceitação*, por parte dos usuários.

A nosso juízo, a educação para a saúde será sempre influenciada pelo paternalismo, o que implica que, igual ao paternalismo forte e débil, só em determinadas circunstâncias pode ser justificada. A intervenção paternalista transgride os direitos individuais restringindo a livre vontade para decidir sobre a própria saúde. Por conseqüência, a conduta *antipaternalista* deve fundamentar e permear as condutas presentes em todo ato educativo em saúde, especialmente, em adultos e em pessoas que apresentem condições ou habilidades adequadas para recebê-las e para decidir de forma autônoma.

O profissional deverá favorecer a manifestação de condutas voluntárias e preferências autônomas, utilizando mecanismos que despertem interesse, curiosidade e que satisfaçam as necessidades dos usuários. Isto exige respeitar suas limitações e

oferecer a oportunidade de um consentimento devidamente informado, em relação à disposição de receber uma determinada educação ou orientação. A *motivação* do usuário por uma participação ativa durante sua consulta, é um fator que aumenta, em forma proporcional, o interesse e a autonomia. Isto implica que as estratégias que se utilizem para educar em saúde, terão que se adaptar às características individuais de cada usuário/paciente.

Uma boa estratégia, para proteger-se do paternalismo é favorecer o equilíbrio, especificação e coerência entre os princípios de beneficência e autonomia; apreciando, de forma crítica, os limites e interpretando regras e juízos, para conseguir a conseqüente estabilidade entre a relação usuário/profissional, e poder determinar quando e como intervir, enfrentando adequadamente os conflitos que possam emergir.

Estabelece-se, desta forma, a necessidade de marcar os limites de consentimento informado e, logo também, do paternalismo. O primeiro toma aqui um lugar preponderante e uma especial importância no momento de fundamentar o paternalismo na educação para a saúde, dada a referência explícita que se realiza, em relação à necessidade de respeitar e considerar o mencionado consentimento do usuário.

3.3.4.2 - *O consentimento informado na prática educativa em saúde*

Nikku (1997) realiza uma aproximação ao tema do paternalismo informativo, consentimento informado e promoção da saúde; a partir do mesmo, se fará uma descrição e serão destacados os aspectos pertinentes para a *educação em saúde*, considerando, especialmente, que esta última corresponde a uma atividade primária para promover a saúde.

A *educação em saúde* é uma atividade que se leva à prática em cada instância do quefazer profissional. Seus propósitos vão para além dos centros de saúde, abordando todos os âmbitos sociais, como colégios, lugares de recreação, lugares públicos/privados e comunidade em geral. Pode atuar, portanto, em níveis preventivos e de cuidados. No entanto, toda esta atividade é proporcionada basicamente através da informação e a maioria das vezes, arbitrariamente, não incluindo o desejo manifesto nem as reais necessidades das pessoas. O que envolve uma questão ética com aspectos diferentes, ao caso dos cuidados curativos em saúde.

As informações educativas em saúde, dadas por meio da educação, têm a intenção de apresentar aspectos positivos, para que os usuários possam incrementar seus conhecimentos. A informação pode ser considerada como benéfica em quase a totalidade dos casos. Tendo informação e conhecimentos, aumentam as possibilidades das pessoas realizarem ações e decidirem de acordo com o que considerem melhor. Pelo contrário, a ignorância e as ações sem conhecimento podem conduzir a consequências inesperadas. "É certo que a liberdade da vontade será tanto maior quanto melhor informada esteja. Sabemos que a ignorância escraviza ao homem" (Polaino-Lorente 1994, p.365).

O conhecimento pode ser considerado um valor em si mesmo e se constitui em um valor instrumental desde que incremente a autonomia individual e a saúde. O valor da autonomia está representado na possibilidade da prática da *autodeterminação*. Ambas são consideradas um valor na sociedade atual; a educação em saúde cumpre, aqui, um papel fundamental já que fomenta e incrementa os dois aspectos.

Prover conhecimentos em relação à saúde e à doença é uma das metas que responde à educação em saúde. No entanto, junto à intenção de aumentar o nível de conhecimento, há, também, um desejo de influenciar o receptor para mudar hábitos e adotar um estilo de vida mais saudável. De acordo com este propósito, a educação em saúde não está somente melhorando o conhecimento, mas também está direcionando os hábitos até o que a autoridade considera como promoção da saúde e boa conduta. De acordo com Nikku (1997), o benfeitor conduz até condutas saudáveis, não necessariamente utilizando medidas coercitivas, mas, sim, omitindo a demanda do consentimento. Neste caso, a informação educativa fornecida pode ser considerada como *paternalismo informativo*, demandando, em consequência, um desafio que necessita uma análise ética.

Segundo Polaino-Lorente (1994, p.365), é frequente que os governos se interessem por promover a saúde e, para isto, planejem campanhas informativas, tratando de mudar hábitos de comportamento na população, tentando modificar a opinião pública a respeito de algum tema ou conduta que, até esse momento, se considerava como a mais adaptativa e saudável.

O anterior estabelece que, se a adaptação do indivíduo a uma nova proposta não conta com seu consentimento, é duvidoso pensar que a conduta resultante esteja, em relação à proposição, oferecida através de um caráter voluntário.

Se a educação em saúde, não for bem conduzida ou se fizer de forma incompleta, pode provocar problemas de ansiedade ou criar estados de insegurança e confusão. É importante levar em consideração que, em geral, os direitos individuais para a autodeterminação não são incluídos, como um fator de cuidado para a saúde, o que determina a dificuldade para que possa ser considerada, como um componente preponderante no processo educativo. No princípio do consentimento informado, pelo contrário, é fundamental a autodeterminação como fator de cuidado. Nikku (1997, p.201) refere que, no estudo realizado por ela, em relação ao *conflito paternalista na informação em saúde*, os resultados expressaram particularmente condutas de stress. Acrescenta "que pode soar como paradoxal obter informação consentida para dar informação, mas os casos estudados mostraram que a informação nem sempre está fora da problemática ética".

3.3.4.3 - *Propósitos da educação em saúde e o consentimento informado*

Os programas que utilizam campanhas de educação e promoção para a saúde, em nível da comunidade, são variados e abordam diversas áreas, entre elas, as mais privilegiadas são as que produzem doenças crônicas e/ou de alto risco. São freqüentes os programas educativos contra problemas de alcoolismo, drogas, cigarro, problemas de transmissão sexual e outros. Todos eles cumprem com um definido propósito educativo em saúde e algumas das suas medidas são realizadas com a intenção de prevenir maiores problemas, e/ou diminuir riscos.

Quando a educação e promoção para a saúde focalizam sua atenção nos estilos de vida individuais, a população destinatária costuma mudar sua conduta diária, produzindo-se uma ênfase entre a relação saúde e autonomia. Para lograr êxito, a prática educativa, neste caso, deve propor medidas que permitam "sentir nas pessoas alguma mudança na sua conduta, como resultado de sua eleição voluntária. Nunca as mudanças nos estilos de vida, deveriam ser colocados como metas pelos profissionais da saúde" (Nikku, 1997, p.202). Segundo a autora, isto propõe outro conflito em potencial onde a

autodeterminação pode somente ser olhada como positiva, se a pessoa determina suas mudanças de estilo de vida de acordo com a medida proposta pela educação para a saúde.

A educação para a saúde deve se propor, desde um princípio, objetivos que concordem com uma postura bioética, dirigidos a realçar o valor dos direitos individuais e da autodeterminação, prevenindo ações que causem conseqüências negativas. Estas ações preventivas podem corresponder, por exemplo, a evitar ações paternalistas e a implementar o consentimento informado como uma medida que deve ser efetuada habitualmente.

De acordo com os aspectos revisados e apresentados até aqui, surge a necessidade de propor uma *definição* e fundamentar que *o consentimento informado, na educação para a saúde*, deve ser formulado desde uma perspectiva educativa, assinalando claramente os aspectos essenciais que serão propiciados. O pedido de consentimento deve ser comunicado, a meio a uma atmosfera tranqüila que permita confiança, segurança e confidência. Deve favorecer a oportunidade para realizar perguntas e outorgar o tempo que o usuário precisa, para tomar a decisão voluntária de aceitar ou rechaçar um determinado ato educativo.

A partir desta proposta, e considerando a importância deste aspecto, na presente pesquisa, se propõe a seguinte definição de consentimento informado na educação para a saúde:

Um processo interpessoal e de diálogo, entre um profissional da saúde e um usuário com capacidade de decisão; o qual recebe uma informação compreensível de acordo a suas capacidades, o que lhe possibilita aceder à livre vontade de decidir e a participar ativamente, em relação aos conteúdos educativos que lhe serão proporcionados. Esta participação lhe permite aceitar ou rechaçar as opções apresentadas de acordo com as próprias necessidades e interesses específicos em saúde.

3.4 - Educação para a saúde e sua dimensão bioética

Neste ponto do desenvolvimento do marco teórico, apresentam-se diversos aspectos, que desde a perspectiva da educação influem na responsabilidade da

Enfermagem, de educadores da saúde e/ou profissionais em geral, em relação a respeitar a livre vontade do usuário, frente a sua conduta em saúde.

Para atingir o propósito, foram tratados, em primeiro lugar, tópicos gerais relacionados à problemática e dilemas identificados na educação para a saúde. Incorpora-se o *tema da dimensão bioética na educação para a saúde, o que inclui: o comportamento humano, a pessoa e sua liberdade*. Logo, se abordarão os temas relacionados à *função educativa e fundamentos educacionais e, finalmente se descreverão as características da aprendizagem em adultos*. Todos estes temas permitirão apresentar uma ampla panorâmica, de importantes situações que necessitam, na prática, um refletir e uma revisão para serem incorporados no campo da educação em saúde, a partir de uma proposta bioética.

O desenvolvimento destes temas finaliza a proposta teórica do presente estudo, que tem sido baseada na contribuição de educadores que têm desenvolvido um trabalho relevante em torno da idéia de educar com um enfoque humanista, e de estudiosos da ética, filosofia e bioética, especialmente da corrente personalista. O fruto desta busca contém os elementos que apoiaram a respectiva fundamentação dos resultados, obtidos na aplicação da investigação.

3.4.1 - Aspectos gerais e dificuldades que se apresentam na prática educativa

A descrição de aspectos gerais e das dificuldades, que se apresentam na prática educativa, tem como propósito, identificar aquilo que direta e indiretamente afeta a consideração da bioética na educação para a saúde. Faz-se necessário destacar que a educação em saúde será abordada em todo o estudo, como um processo que se dê não só em programas educativos, mas através de todas as ações em saúde.

A educação para a saúde tem despertado, nos últimos anos, um especial interesse, observando-se um grande crescimento, em suas atividades. Entre as causas que fundamentam o requerimento de seu desenvolvimento, encontram-se, por exemplo: "a existência de tratamentos complexos; a fragmentação dos cuidados; o incremento da especialização em medicina, o que obriga aos usuários a consultarem a um maior número

de profissionais; a falta de resposta aos tratamentos e indicações" (Sundeen et al., 1994, p.284).

No entanto, sua propagação, em variadas situações, apresenta deficiências, dado que, por um lado, os processos educativos, que se planejam, não correspondem a desenhos instrucionais adequados à população destinatária. Por outra parte, focalizam sua atividade de forma isolada, dirigindo programas educativos que são determinados, muitas vezes, por autoridades da saúde, com a intenção de modificar condutas e hábitos, não considerando o contexto individual, comunitário e social.

Em geral, as estratégias utilizadas na prática educativa conservam um estilo tradicional que não estimula a população usuária a refletir sobre seus problemas, mas pelo contrário, provoca atitudes de passividade e aceitação (Chiesa e Faría, 1995). Isto, leva ao estabelecimento de uma relação vertical que afeta, de forma direta, a comunicação entre usuário e profissional, criando um ambiente de desconfiança e insatisfação.

A respeito, Lolas (1996, p.23) afirma que a educação "constantemente se confunde com a implantação do ponto de vista do perito, o que, com frequência, não considera as motivações e necessidades dos não peritos e pode terminar sendo autoritária, sem legitimidade". Geralmente, observa-se que a atividade educativa centra-se no saber profissional, minimizando o conhecimento dos usuários e limitando sua participação.

Isto propõe, por sua vez, a existência de um paternalismo informativo, através do qual os profissionais manipulam a informação com a intenção de influenciar o usuário de uma forma benéfica, o que leva a criar condições para atuar, de acordo com aquilo que eles decidem como mais conveniente. Através desta ação, as autoridades da saúde criam expectativas de vida e influem nos estilos de vida e nas condutas dos usuários (Nikku, 1997).

As ações paternalistas informativas inibem as próprias decisões em saúde e influem na liberdade dos usuários em diferentes graus, envolvendo nisto, conseqüências negativas como a violação à privacidade. Portanto, apesar dos propósitos da conduta

paternalista serem beneficentes, incluem um potencial conflito ético já que os direitos de decidir por si mesmo não são respeitados ou considerados.

Briceño-León (1996, p.9) postula, por sua parte, a seguinte premissa: "Ninguém pode cuidar da saúde do outro, se este não quiser fazê-lo por si mesmo". Isto quer dizer que o processo educativo deve tender a favorecer e facilitar a participação das pessoas já em forma individual ou em grupo, o que leva a garantir, por sua vez, a responsabilidade de cuidar de si mesmo. A premissa sugere, também, a presença de um dilema ético no sentido de que o profissional da saúde deve respeitar a livre determinação do usuário, em relação a suas condutas em saúde.

Educar em saúde significa *educar respeitando a livre vontade do usuário*, o que determina a importância que adquire a bioética nesta prática. Levar em conta as decisões dos usuários, responde ao princípio ético que "reside no respeito pela liberdade individual e pela capacidade individual de decidir sobre seu destino, a saúde e o risco de adoecer" (Briceño-León, 1996, p.9).

A educação em saúde deve tender, em todo momento, a promover o autocuidado e que, como tal, passa a constituir uma atividade indispensável e essencial, para melhorar o conhecimento, as destrezas e possibilitar a aquisição de atitudes positivas que se relacionem com o próprio cuidado. Isto propõe uma conduta profissional dirigida a orientar e ajudar ao usuário e/ou paciente, a incrementar sua percepção em relação a si mesmo, favorecendo e motivando a aquisição de comportamentos responsáveis frente à saúde de cada qual, em um ambiente que leve em conta o respeito por sua livre vontade de decidir.

Ao planejar a atividade educativa, o profissional deve partir da base, que as "pessoas são capazes de manter sua vida, saúde e bem-estar através de seus próprios cuidados". O autocuidado é uma conduta aprendida que pretende regular ou manter a integridade da estrutura humana, seu quefazer, funcionamento e desenvolvimento. Este comportamento se relaciona com o homem, o meio ambiente, a cultura e os valores (Orem, 1992, p.71).

O melhoramento da "qualidade de vida", aspecto a que fazem referência muitos dos programas educativos que se planejam em saúde, responde, em realidade, a um

estado determinado pelos próprios usuários e a comunidade. O rol da educação em saúde, entre outros, é orientar e entregar informação educativa e sua maior responsabilidade reside em oferecer alternativas que facilitem *comportamentos* condizentes ao autocuidado, os quais, "não devem ser considerados apenas como escolhas individuais dissociadas do contexto pessoal e social", mas, pelo contrário, e tal como se assinalou anteriormente, devem levar em conta um contexto maior que inclui o indivíduo, a comunidade e a sociedade (Pereira, 1992, p.349).

Os programas de saúde não podem ser impostos à comunidade, pelo contrário, a comunidade deve ter a possibilidade de compartilhar o tipo de programa que se vai efetuar, em outras palavras, deve existir *participação popular em saúde*. Esta pode-se definir como: "a intenção de problematizar questões, estimulando a população a colocar seus pontos de vista e reivindicações sobre sua saúde, ou o sistema que deveria servi-la e a forma pela qual, se articula com outras áreas e práticas" (Ramos, 1987, p.93).

Gadamer (1996, p.120) declara um aspecto importante de discutir, ao assinalar que é eloqüente o fato de que "a progressista civilização técnica, de nossos dias, haja inventado uma expressão como a qualidade de vida. O certo é que um dos temas mais antigos na vida do homem constitui a questão de que cada um deve <levar> sua própria vida e deve perguntar-se como fazê-lo". O autor destaca, em sua posição, a responsabilidade que cabe a cada um, em relação à saúde, enfatizando que a *qualidade de vida*, como tal, é uma questão mais bem *pessoal*. Sua posição, certamente, tem valor naquelas situações em que o termo aparece como tema central em programas educativos, que se caracterizam por serem autoritários e coercitivos; e tentam determinar, de antemão, o que corresponderia, de acordo com sua visão, à *qualidade de vida* da população.

O termo qualidade de vida é utilizado indistintamente, em variadas situações e âmbitos, tanto de forma particular como geral, assinalando-se uma validade, que o capacita a antecipar-se às decisões das pessoas. Em nossa opinião, é um conceito muito amplo e vazio de conteúdo, o que sugere maior precisão e revisão para ser usado em saúde.

Os autores, assinalados até aqui, sugerem pontos de vista comuns em relação à aspectos que necessitam ser melhorados e introduzidos na prática educativa em saúde, os quais se podem resumir como: respeitar a liberdade de decisão dos usuários; permitir a participação popular no planejamento de programas; favorecer a manifestação da responsabilidade frente aos cuidados da própria saúde, em um contexto, que inclua: o indivíduo, a comunidade e a sociedade; planejar processos educativos que respondam às necessidades da população destinatária; considerar o consentimento informado, levando em conta, em todo momento, a relação existente entre o âmbito da bioética e a educação para a saúde.

Outra problemática importante também a destacar no desenvolvimento da educação para a saúde, se refere a déficits identificados nos mesmos profissionais. Sundeen et al. (1994) fazem referência, por exemplo, à dificuldade que apresentam, alguns deles, em identificar as necessidades do usuário e de individualizar o conteúdo, dificuldade para coordenar o trabalho entre os grupos de profissionais, a falta de preparação de alguns educadores para dirigir adequadamente a educação e a falta de planejamento das sessões educativas, entre outros.

A situação assinalada deixa em evidência a falta de compromisso destes profissionais, não só frente à educação para a saúde, mas também na prática da bioética, já que a insuficiência de uma afeta a outra, e ambas se manifestam em estreita relação. Isto alerta para exigir condutas profissionais atualizadas, críticas, comprometidas e responsáveis, que permitam entregar uma atenção humana e digna, que respeite ao ser humano em toda a infinita dimensão que este encerra como pessoa.

3.4.2 - Dilemas na educação para a saúde

A saúde pode ser considerada como um *valor* para o homem, o que implica adquirir uma pessoal e apropriada responsabilidade frente a ela. Para cumprir com o objetivo de cuidar da saúde, cada pessoa se propõe diversas perguntas, as quais vão surgindo de acordo com as vivências e necessidades de cada um.

Polaino-Lorente (1994, p.362) estabelece algumas possíveis questões, entre as quais, se podem mencionar as seguintes: Que devo fazer e que devo evitar em relação a

minha saúde? Quais são meus direitos e minhas responsabilidades, referente à saúde da comunidade? Posso ou não, me opor a um determinado programa de promoção da saúde? É lícito me recusar a ser examinado ou a participar de um estudo epidemiológico, cuja finalidade não é outra que não seja a prevenção de determinada enfermidade? Devo seguir, tranqüilamente, as indicações sugeridas pelos serviços de saúde?

Em relação às questões mencionadas, cabe assinalar que elas requerem ser contestadas não só do ponto de vista da ética e da bioética, senão, também, desde a promoção, prevenção e educação para a saúde, para responder a uma inumerável quantidade de dilemas e questionamentos que manifestam importantes aspectos do comportamento dos profissionais.

Existem, na atualidade, variados dilemas no âmbito da educação para a saúde que precisam ser abordados, desde a ética e bioética, não encontrando-se, até agora, nenhum ordenamento ou organização que seja, na prática, operativo e eficaz. Em relação a estes dilemas, desde uma perspectiva ética, Polaino-Lorente (1994, p.363), enumera os seguintes: "direitos individuais versus direitos comunitários à saúde; balanço entre a presente ou futura quantidade e qualidade de vida; benefícios imediatos versus custos benefício futuro; custo/eficácia imediata versus custo/eficácia futura; necessidade de optar entre estratégias preventivas e intervenções curativas, entre outras".

Por sua vez, a bioética possibilita propor, também, na atualidade, inumeráveis problemas encontrados nas investigações clínicas, como o aborto, a utilização de tecnologia da fecundação e reprodução humana, os programas preventivos de certas enfermidades, a discriminação de pacientes com SIDA, o paternalismo informativo e outras.

Frente aos dilemas mencionados, os profissionais devem buscar as estratégias pertinentes para motivar as modificações das condutas e por outra parte, é o Estado quem deve, também, prover os recursos necessários para promover a saúde dos cidadãos. O que ambos não podem fazer é intervir na livre vontade dos mesmos, que não podem ser forçados, impondo-lhe condutas e/ou comportamentos que sejam contrários ao natural desejo de um ser humano (Polaino-Lorente, 1994).

O exposto anteriormente torna imprescindível respeitar, sempre e em todo o momento, a adaptação do ser humano e todos os aspectos éticos envolvidos. A mudança de conduta de um indivíduo deve ser voluntária, e deixa de sê-lo cada vez, que a educação em saúde se realiza de forma arbitrária fazendo omissão da livre informação que deve receber cada cidadão. Deve-se ter sempre presente, que *as pessoas aprendem só o que percebem como importante*.

À medida que não se respeite a conduta *voluntária dos cidadãos*, se estará realizando uma forte pressão neles, aquela que se traduz em respostas negativas e coercitivas de parte dos mesmos, as quais tendem a buscar mecanismos de escape em outras condutas que seguem sendo prejudiciais à saúde.

As campanhas em massa na televisão e a publicidade, em geral, têm que ser muito bem direcionadas, desenhadas e planejadas, de acordo com os reais requerimentos de determinada população, junto a uma adequada investigação epidemiológica, o que determina, por sua vez, a utilização de diferentes métodos de aprendizagem coerentes com estas necessidades e em função daquilo que se quer solucionar. Precisam-se portanto, de desenhos instrucionais que respondam eficientemente aos requerimentos. Se não se cumpre o que foi citado anteriormente, corre-se o risco de induzir à população a adotar condutas pouco esperadas, aumentando o perigo de adoecer e provocando frustração e falta de confiança para com os profissionais.

Existe, na atualidade, uma justificativa crítica a respeito da implementação de programas de saúde, já que se sabe que um número importante deles resultam ineficazes. Isto reafirma a exigência de que a educação para a saúde assuma um papel ativo e comprometido, frente à resposta de estar ao serviço das necessidades tanto individuais como coletivas da população.

A prática da educação para a saúde, em Enfermagem, deve estar atualizada e demonstrar seu compromisso com a mesma, buscando espaços para participar no planejamento, implementação e avaliação dos programas educativos, tanto a níveis locais, como estatais. Para isto, os profissionais devem ter um espaço que permita discutir e avaliar as situações atuais, para logo identificar propostas que melhorem esta prática. A investigação, neste campo, constitui uma base essencial para conduzir as

planificações educativas, de acordo com a estrita realidade da população e não com aspectos que correspondam a uma proposta teórica.

Um trabalho crítico, criativo e compartilhado, conduzirá à busca de estratégias que sirvam a distintos grupos sociais, em um ambiente de respeito pelas pessoas e por sua liberdade; oferecendo alternativas que promovam a participação e a responsabilidade dos usuários por seu cuidado. Isto exige um trabalho interdisciplinar, que favoreça consolidar o desenvolvimento de uma tarefa que deve ser compartilhada por toda a equipe de saúde.

3.4.3 - Dimensão educativa e bioética

3.4.3.1 - Aspectos gerais

→ A educação para a saúde constitui uma importante função para Enfermagem e, como tal, representa uma meta primária por meio da qual se ajuda ao usuário a otimizar e/ou maximizar seu potencial individual. Isto a converte na principal estratégia, não somente para promover a saúde, mas, também, para ser dirigida à enfermidade e à recuperação. Para cumprir suas metas, aborda um variado número de situações de ensino-aprendizagem, as quais devem cumprir com a finalidade de facilitar as *ações voluntárias*, condizentes a um melhor cuidado da saúde.

A atividade educativa em saúde, tem sido apresentada por meio de diferentes definições, de uma maneira ampla, se considerando como: "um sincronismo entre o individual, o biológico, psicológico e meio social". O início da educação para a saúde estaria determinado pela entrega de informação, o que incluiria a integração da mesma, por parte do usuário, como uma forma de mudar de atitude, frente à condição de sua saúde atual. Suas metas básicas consideram o dar informação, a modificação de condutas e a responsabilidade do usuário por seu próprio cuidado (Sundeen et al., 1994, p.296).

Rinehart et al. (1991, p.63) reconhecem uma importante situação em relação a que a "aprovação dos clientes, no controle de sua própria saúde, é uma postura relativamente nova para os profissionais". Isto implica que um propósito para educar em saúde é que o usuário "deve ser cuidadosamente avaliado em relação a seus próprios valores e a sua aprovação para serem responsáveis por eles mesmos". Acrescentam que

isto é uma resposta ao fato de que a sociedade, em geral, cada dia conhece mais acerca de sua saúde, convertendo-se "a educação e o conhecimento em armas revolucionárias".

Edelman e Mandle (1994, p.251) aludem a importância de que "o educador na saúde, seja capaz de defender em forma democrática aspectos tais como: "respeito pela dignidade humana e o direito da determinação por si mesmo (...). Ainda que o foco da educação para a saúde possa estar no processo de câmbio de condutas, a enfermeira deveria estar segura que as táticas de coerção, persuasão, ou manipulação, não tenham sido usadas para efetuar as mudanças".

A enfermeira, segundo as autoras (op. cit. 1994), deve cumprir um papel que facilite a comunicação na qual as pessoas possam exercer seu direito para serem informadas e terem a possibilidade de participar no processo de tomada de decisões, cada vez que suas vidas possam ser influenciadas por uma mudança. Outro aspecto que devem considerar os profissionais da saúde, para aplicar estratégias da educação, é considerar a variedade das culturas dos usuários, suas crenças e práticas da saúde, aspectos que devem ser tomados em conta ao desenhar a intervenção educacional, para alcançar satisfazer as reais necessidades da população destinatária.

Não é propósito, deste trabalho, deter-se em análises de definições, nem apresentar as posturas existentes em educação para a saúde. Mas considerou-se relevante identificar, em algumas delas, a manifestação da bioética como um componente fundamental na atividade profissional. Cabe ressaltar que as revisões, realizadas na literatura, permitiram evidenciar que este fato não se apresenta, pelo menos, de forma explícita, somente sendo possível inferir a sua presença.

As proposições dos autores, indicadas anteriormente, foram assinaladas porque delas se pode deduzir e identificar a presença de certos elementos que, implicitamente, levam a considerar uma instância ética, ainda com um tratamento em diferente intensidade. O comum, observado na definição e propósitos, é que não manifesta a necessidade ou importância da dimensão bioética, o que é detectado, em forma freqüente, em outras apresentações da educação para a saúde, encontradas em bibliografias sobre o tema.

No primeiro caso, se faz notar um processo de "*entrega de informação e integração da mesma, por parte do usuário, como uma forma de mudar de atitude, frente à condição de sua saúde atual*". Infere-se que a ação profissional serve de guia para que o usuário decida, por ele mesmo, mudar uma conduta. A deficiência, frente a isto, é que a entrega de informação que aparece como atividade educativa central pode corresponder a um paternalismo informativo; outro problema manifesto é a falta de consideração do consentimento do usuário frente à informação, situações que evidenciam um claro dilema bioético.

No segundo caso, Rinehart et al (1991), apresentam conceitos, tais como: "próprios valores" e "aprovação para serem responsáveis por eles mesmos". Identificam-se, aqui, componentes bioéticos, dos quais, se infere, são considerados como uma medida que assegure o respeito do usuário frente a cuidar de si mesmo. Mas, por outro lado, descrevem uma situação de ameaça frente às contribuições da educação, reconhecendo-a como uma *arma revolucionária*, em lugar de um *componente de ajuda e orientação*.

No terceiro caso, Edelman e Mandle (1994) fazem referência a um propósito do quefazer de enfermagem, como educadores para a saúde e expõem, explicitamente e claramente, componentes bioéticos, destacando características entre eles, relacionando-os e descrevendo a tarefa profissional.

Para Polaino-Lorente (1987, p.362), "os comportamentos humanos, por sua própria natureza, podem e devem considerar-se desde a perspectiva ética. Na educação para a saúde, não pode escapar a esta exigência, tanto mais que a saúde é, em si mesma, um valor".

Uma problemática que o autor identifica é a falta de *códigos éticos* frente às intervenções dos profissionais em instâncias educativas; situação que não acontece na prática clínica e onde se apresentam variadas possibilidades de discussão e é possível encontrar um considerável material desenvolvido na literatura.

➤ Reconhecida a presença da bioética como um componente essencial na prática educativa, cabe destacar que o educador em saúde realiza um papel essencial para fazer efetiva sua incorporação. Educar para cuidar a saúde não implica somente um *dar*

informação, mas, também, requer realizar um *processo educativo significativo*, que estimule a percepção, a imaginação, a geração de relações e a solução de problemas entre outros. Quer dizer, se deve favorecer ao usuário, para que redescubra a informação entregue e que, de acordo, com seus *processos internos*, suas necessidades, seu próprio ser, alcance processar a informação recebida. Logo e de acordo à estratégia educativa desenhada como apropriada, o educador poderá ensinar ao usuário a modificar condutas de saúde, em função dos valores, crenças e caminhos que este último livremente eleja.

→ Um aspecto vital para facilitar a liberdade da vontade do usuário, corresponde à entrega da informação. Esta liberdade será tanto maior, quanto melhor informado se encontra o usuário. "Se é tanto mais livre, - se goza da maior liberdade - não só quanto maior e mais exata for a informação recebida, além de muito importante, senão também quanto mais profunda seja a formação na qual podemos valorar objetivamente essa informação" (Polaino-Lorente, 1994, p.365).

Em relação à educação através do meios massivos, é importante que os profissionais da saúde tenham absoluta segurança que estes programas educativos contem com a livre vontade dos cidadãos; se isto não se cumpre, não lograrão nenhum impacto, dado que provavelmente, muitas das pessoas sintam através destes programas uma forte pressão, contrária a sua vontade.

→ Os programas educativos em saúde devem responder, necessariamente, aos requerimentos da população destinatária, e estarem de acordo com os recursos que se conte. Na medida em que se respeitem os direitos cidadãos e os individuais, o respeito à tomada de decisões frente à própria saúde, estaremos contribuindo indubitavelmente, a favorecer a liberdade de cada uma dessas pessoas. "Precisamente por isso, a adaptação do indivíduo na proposta de um novo e mais higiênico estilo de conduta deve ser sempre voluntária". (Polaino-Lorente, 1994, p.365).

→ Segundo Lescura e Villela (1990), a saúde como um direito dos indivíduos é o resultado de uma variedade de fatores entre os quais se podem mencionar: ambiente, condições de vida compatíveis à dignidade humana, decisões individuais de cada família e de cada comunidade em relação à adoção do estilo de vida, entre outras. É assim que a

saúde como um direito e um bem público, se constitui em um *valor*, que deve ser respeitado antes de tudo, porque é um bem que pertence às pessoas.

→ A saúde como direito e valor, significa abrir a possibilidade à participação de todos os cidadãos, se converte em uma estratégia vital para educar e promover a saúde. A cidadania envolve usuários conscientes de seus deveres, direitos e de suas relações com o Estado. Cidadania quer dizer participação inteligente, organizada e criativa (Agudelo et al., 1995).

De acordo com Fantin (1997, p.27), a visão de cidadania implica a compreensão de uma totalidade de ações de direitos, deveres e a busca de canais de participação na sociedade. Corresponde a um processo em construção e pressupõe o exercício da participação dos cidadãos em variados espaços da sociedade. Esta participação se refere às relações estabelecidas no mundo da cultura, da política, da economia e da sociedade civil como um todo.

Desde a perspectiva da educação para a saúde, respeitar ao cidadão significa, então, considerar os princípios fundamentais da pessoa, como a si mesmo, outorgar a possibilidade para que cada um dele possa *participar* ativa e livremente tanto na educação como na promoção de sua saúde. A educação para a saúde deve, antes de tudo, respeitar a cidadania, favorecendo que os usuários conheçam seus deveres e direitos e tenham a oportunidade de praticá-los, de uma forma criativa, pessoal e autônoma, para que o *direito* a sua saúde receba o *valor* que lhe corresponde.

Atitudes negativas de controle, onipotência e negligência, agridem e minam a integridade do usuário. Se espera, assim, que o pessoal da saúde se conduza pelo caminho que permita a este usuário exercer sua liberdade, sua livre vontade, em função de sua capacidade de ser.

3.4.3.2 - Dimensão educativa e comportamentos humanos

Na perspectiva da educação para a saúde, compreender os *comportamentos humanos* implica levar em conta os aspectos bioéticos contidas neles e a aplicação de uma série de temas associados aos princípios da *teoria cognitiva e teorias da aprendizagem*; aspectos que, em geral, não são considerados na prática.

As *teorias cognitivas da aprendizagem* incorporam importantes premissas como é fato, por exemplo, de levar em conta que as pessoas não respondem tanto a estímulos, senão que atuam sobre a base de crenças, atitudes e um desejo de alcançar certas metas. Tanto a motivação interna, como os sentimentos e as percepções são aspectos que os estudiosos das teorias cognoscitivas reconhecem com fundamentais, junto ao fato, também, que o importante, na vivência de cada pessoa, não é sua conduta propriamente dita, mas as modificações que ocorrem em suas *estruturas cognitivas*.

De acordo com Chadwick (1992, p.170), as *estruturas cognitivas* se definem como:

"as representações organizadas de experiências prévias. São relativamente permanentes e servem como esquemas que funcionam e ativamente filtram, codificam, categorizam e avaliam a informação que cada um recebe em relação a alguma experiência relevante".

Por sua vez, o termo cognição se refere ao conhecimento de uma pessoa sobre o ambiente e "compreende todos os processos que utilizamos para obter o conhecimento do mundo" (Hoffman et al., 1995, p.36).

Os *processos cognitivos* adquirem vital importância em educação, já que permitem determinar os acontecimentos que ocorrem ao nosso redor, dão significado aos acontecimentos, despertam interesse e direcionam a busca de formas para organizar e tomar uma decisão frente à informação recebida.

Estudos sobre processos cognitivos têm-se centrado em duas áreas de desenvolvimento diferentes; uma faz referência ao conhecimento das pessoas em relação a *estrutura do ambiente psicológico*, isto é, quando se produzem os acontecimentos ambientais o que se deve fazer para obter uma recompensa ou evitar um castigo; este conhecimento corresponderia às *expectativas* e seria responsável por controlar respostas em situações específicas.

A segunda área corresponde a estudos sobre formas que permitem às pessoas adquirirem um conhecimento *sobre o ambiente*; isto tem implicado pesquisar diferentes processos de aprendizagem. Entre eles, se pode citar: a formação de conceitos, resolução

de problemas, tomada de decisões, aquisição de linguagem e memória (Klein, 1994, p.302).

A contribuição da teoria cognitiva tem permitido por outro lado, na área da saúde, a aplicação de modelos psicoeducacionais, que têm favorecido o delineamento de processos educativos permitindo motivar ao usuário/paciente, a manter uma conduta ativa e uma atitude positiva à mudança, aceitando a responsabilidade de seu cuidado.

O descrito anteriormente em relação aos aportes da teoria *cognitiva e teorias da aprendizagem sua implicância na educação para a saúde*, exigem dos profissionais em geral e em especial dos Enfermeiros que desenvolvem programas educativos, o conhecimento, condução e domínio desses aspectos. Ambas teorias, por sua parte, fundamentam o *desenho de instrução*, disciplina que é requerida para alcançar uma educação para a saúde, eficiente e eficaz. De acordo com Wagner (1993, p.29), o *desenho de instrução*, é um: "método sistemático de determinação e solução de problemas os quais se originam a partir do conhecimento ou de deficiências de habilidades do conhecimento".

Os profissionais, que assumem a responsabilidade de ensinar em saúde, precisam entender *em que consiste aprender, como se explica este fenômeno, o que o afeta, o que se pode obter dele, que fazer para melhorá-lo e como inserir e considerar a dimensão ética, em todo o processo*. Uma vez que se tem alcançado identificar as respostas, se está em posição de realizar um acertado desenho de instrução, isto é: desenhar, administrar, avaliar e enriquecer, continuamente, os ambientes de aprendizagem que se têm a cargo. Cabe ressaltar que, na medida, que se inter-relacionem as dimensões da bioética e a educativa, se estará favorecendo o respeitar a *livre vontade do usuário*, fim a que deve tender a educação na área da saúde.

O desconhecimento dos princípios do desenho de instrução enunciados ou dos princípios educativos, em geral, traz, como conseqüência, a utilização de metodologias que não respondem às necessidades e características próprias de cada usuário e, portanto, dificilmente permitem individualizar a atenção, considerando a dimensão bioética em seu planejamento e prática. Esta situação impede obter os propósitos

esperados, somando-se à frustração e insatisfação dos usuários e o fracasso de importantes programas nos quais se têm invertido tempo e dinheiro, entre outros.

Ao levar em conta os princípios educativos propriamente ditos, o educador em saúde deve, em forma paralela, considerar, os aspectos constitutivos do ser humano como pessoa e sua influência no processo educativo. Entre eles, o "suposto que o aprender parte da recepção de nossas percepções, impressões, experiências e os processos mentais internos que configuram os conceitos, atitudes e comportamentos" (Lozano e Vega, 1990a, p.1). A aprendizagem recebida permite, a cada pessoa, estruturar e reorganizar o mundo interior através da imaginação, favorecendo enfrentar e modificar a realidade, por meio de um processo que adquire características pessoais.

É relevante assinalar o proposto por Aristóteles em seus escritos da ética para Nicômanos, em relação a que os comportamentos humanos se condicionam por uma determinada *forma de estar no mundo*, através de uma busca pelo *bem-estar*, para assegurar, em condições adversas, a defesa do eu e da vida. Isto, transferido à educação em saúde, sugere que o comportamento ético dos profissionais deve traduzir-se em uma linguagem na qual se unam os diferentes modos de individualidade dos usuários, com as formas históricas e sociais nas quais essa individualidade se afirma. Isto sugere respeitar o processo que, em forma individual, vivência cada usuário, ao receber educação para cuidar sua saúde.

A planificação educativa em saúde, deverá considerar as particulares motivações, saberes, práticas e comportamentos dos usuários; estes últimos já foram descritos anteriormente desde o ponto de vista ético. Cabe ressaltar, que sua inclusão nas tarefas educativas é determinante para assegurar as metas propostas, dado que favorece individualizar a atenção, através da inclusão de atividades que estimulem condições internas e externas próprias de cada usuário, que clarificam o caminho do trabalho educativo. Isto facilitará o crescimento pessoal, favorecendo conduzir seu autocuidado, de maneira que se possam satisfazer suas necessidades, com uma atitude de respeito por sua liberdade e suas características individuais.

3.4.3.3 - Dimensão educativa e pessoa

"Cada época descobre um aspecto da condição humana, nos tempos presentes, o interesse do homem é pelo homem mesmo. Não é o interesse filosófico, metafísico, essencial, abstrato e universal, senão o humano e concreto" (Lozano e Vega, 1990b, p.21). Dentro desta possibilidade, a educação se propõe como uma estrutura ampla que permite compreender seu desenvolvimento, em um constante equilíbrio, em um mundo em contínua mudança e questionamento.

Por sua parte, educar em saúde, desde uma perspectiva bioética, permite, também, colocar ao homem no centro do processo, impulsionando-o a atuar, favorecendo *aprendizagens significativas* que lhe permitam automodificar condutas. A atitude humanística, que surge desta postura, implica ver ao homem em um estado de auto e socio-realização como pessoa, convertendo-se o sistema educativo, em uma permanente *comunicação e intercomunicação*.

Assumir a tarefa educativa, desde o ponto de vista *humanista e pessoal*, implica levar a cabo métodos que correspondam à conveniências e requerimentos da população destinatária, através de *sistemas* pertinentes. A educação em saúde se converte desta maneira, em um meio a serviço do homem, direcionando seu quefazer em direção às pessoas. Contribui a que elas estruturam seu mundo e conformem seu particular modelo de vida por meio de atividades inerentes ao desenvolvimento, dentro do ciclo vital.

A sociedade moderna declara, como princípios básicos, a dignidade, a liberdade, o respeito pelas pessoas. Estes princípios surgem, também, em educação, como uma face essencial por meio da qual se configuram as bases da *convivência, da comunicação e da interação*.

O momento inicial no quefazer educativo, em geral, se encontra no ponto em que um aceita ao outro como tal, através da *convivência*, porque é somente ali que se pode estabelecer um domínio de consenso comum. "Os seres humanos adquirimos todos nossos domínios de ações na convivência" (Maturana, 1995, p.267). Para o profissional de saúde, a convivência que se estabelece entre profissional/usuário, é a que determina a *legitimidade* da educação; isto quer dizer, aceitar as características do outro, aceitar sua

autonomia e não impor exigências, em um contexto de ensino-aprendizagem, que incorpora uma distintiva e particular concepção do mundo, de sociedade e de pessoa.

A convivência implica, deste modo, um relacionamento que brinde a oportunidade de uma comunicação *aberta ao diálogo*, que dê a possibilidade ao usuário de apresentar suas necessidades, de participar, de compartilhar o aprendido. O profissional, que educa em saúde, tem que manifestar, por meio de sua atitude, uma relação interpessoal com uma clara intenção de escutar quando o usuário fala, de respeitar seu silêncio e de não expressar agressividade através da comunicação. Esta chegará a ser efetiva, só quando a mensagem for "estimulante e favorecedora de um intercâmbio sincero de padeceres" (Fuertes et al., 1997, p.41).

É preciso produzir uma *comunicação educativa* que seja efetiva e permanente, manifestada através de "qualquer processo de comunicação que gere algum efeito educativo" (Trilla, 1993, p.22). No caso da educação em saúde, a comunicação educativa se apresenta em múltiplas instâncias, desde a relação que se produz na consulta individual, até a existente em reuniões grupais, programas de massas ou outros. Em todas elas, a relação interpessoal, entre profissional/usuário, representa a base de *legitimação do ato educativo*, tal como se assinalou anteriormente. O *respeito pela pessoa* tem um forte efeito a partir deste processo, dado que ele constitui o enlace que abre o caminho para reforçar, no usuário, sua dignidade pessoal em um ambiente de confiança, liberdade e esperança em que sejam escutadas e atendidas suas necessidades em saúde.

Um meio educativo personalizado deve desenvolver-se em um *ambiente dialógico e participativo*, no qual todos atuam por igual, ainda que com papéis diferentes, isto implica confrontação de perspectivas e prioridades, sendo válidas tanto as do agente de saúde quanto as pertencentes à comunidade. Busca-se o diálogo e o intercâmbio, tentando "confrontar os saberes sem dominação, nem submissão" (Briceño-León, 1996, p.14). O autor enfatiza, desta forma, o respeito pela dignidade do usuário, em um ambiente no qual este possa abrir-se e contar com direção e orientação do profissional.

Já anteriormente se referenciou à *capacidade de diálogo*, descrevendo que, através dele, cada pessoa revela sua intimidade, a dirige em direção a um interlocutor, com a finalidade de que alguém a compreenda e a escute. Em relação a esta capacidade, Freire (1997, p.68) expressa que o diálogo é um meio entre o que educa e o que é educado, o que lhe permite, educar-se conjuntamente, mediados pelo mundo. Isto significa que o profissional também aprende enquanto educa. O diálogo, diz o autor, "se nutre de amor, de humildade, de esperança, de fé e de confiança". Estes componentes são os que logo serão responsáveis por meio de um relacionamento interpessoal empático, profissional/usuário, de produzir uma comunicação, que precisa do diálogo para efetuar-se. Isto leva a que os interlocutores elaborem novos conhecimentos na interação que estabelecem com eles mesmos e com a realidade, em uma situação mais humana.

A respeito, Cortina (1993) destaca desde uma visão bioética, o conceito de pessoa como *interlocutor válido*, o que enfatiza o direito legítimo de cada pessoa de ser escutada na tomada de decisões que a afetam; em um contexto que respeite sua autonomia e que possa decidir por si mesma e de acordo consigo mesma. A autonomia, dialogicamente entendida, permite ao usuário ser digno de ser tratado como um interlocutor válido.

A relação dialógica, que se produz entre os profissionais da saúde e os usuários, é uma relação entre sujeitos, que favorece a comunicação e acercamento, entre ambos. Ao educar em saúde, o diálogo, a relação dialógica, a comunicação, se convertem em um fator vital para levar a efeito a tarefa educativa, favorecendo uma participação ativa, efetiva e respeitosa no sentido de que o usuário seja escutado e se levem em conta suas decisões. Todas estas características fortalecem a livre vontade do usuário, frente às ações educativas, o que exige do profissional investigar o que espera e quer o usuário para sua saúde e educá-lo em função de sua aceitação em receber o ato educativo.

O ato educativo em saúde precisa, por sua vez, de uma *conscientização*, que, de acordo com Freire (1986, p.89), corresponde a um ato posterior à tomada de consciência e é algo mais que ela. Cumpre com a finalidade de superar *falsas consciências*, isto é, superar uma consciência positiva ingênua, o que "implica uma inserção crítica da pessoa

conscientizada em uma realidade desmistificada". Nas primeiras aproximações que o homem faz do mundo, de uma maneira espontânea, não é capaz de perceber a realidade de forma objetiva como algo criticamente cognoscível. Isto lhe permite só adquirir experiência de sua realidade, um certo grau de consciência e um certo grau de conhecimento sobre este mundo, não se apresentando, de acordo com o autor, uma atitude epistemológica e de interrogação, que contenha uma clara deliberação curiosa. A conscientização requer, portanto, uma atitude cognoscitiva, a qual permite o desenvolvimento crítico da simples tomada de consciência.

A *conscientização* significa assumir uma consciência objetiva, crítica e comprometida, que se adquire somente por meio da prática e nunca, por meio de uma atividade, puramente intelectual. Requer, portanto, o compromisso permanente de cada pessoa, no processo de transformação de sua realidade, para estar aberto a interatuar, de forma ativa e efetiva, frente à qualquer situação de ensino-aprendizagem.

A bioética personalista e as contribuições da educação, passam a formar um binômio que contribui, para a prática educativa em saúde, com significância especial, ao oferecer os argumentos pelo respeito à pessoa, à sua dignidade, sua autodeterminação e sua liberdade de consciência, como algo absoluto e único. A relação interpessoal, profissional/usuário, tal como já se tem reiterado anteriormente, deve refletir igualdade, confiança e solidariedade, por meio de um diálogo atento, que demonstre e represente interesse, cordialidade, respeito mútuo e motive a cooperação e participação. Tem-se, aqui, especial interesse e oportuno consentimento informado sobre a ação educativa que se deseja realizar, facilitando para que o usuário decida livremente, em relação ao seu desejo de recebê-la ou rechaçá-la.

Processos comunicativos autoritários e/ou paternalistas intimidam e levam a provocar insegurança, passividade e desconfiança, empobrecendo a relação interpessoal, limitando o desenvolvimento pessoal, desconhecendo a dignidade e a livre vontade dos usuários frente ao ato educativo. A falta de diálogo e a falta de comunicação não só alteram a vida social e individual, mas a consciência de si mesmo interferindo em sua capacidade autoreflexiva, isto é, no diálogo com sua intimidade.

A *bioética personalista* permite realizar uma transferência à educação em saúde, seguindo o proposto em seus princípios, os quais já foram descritos ao apresentar as suas características em páginas anteriores. Cabe, então, destacar aqui, só alguns aspectos, em forma de síntese, os quais incluíram, o de valor fundamental da vida, de totalidade ou princípio terapêutico e o de socialização e subsidiariedade.

Considerando o valor fundamental da vida, a educação em saúde deve levar em conta, antes de tudo, o fato de que uma pessoa é sempre um sujeito único que tem uma dignidade e um valor, diante do qual só merece respeito. O ser humano, como um valor em si mesmo, requer uma educação baseada em uma filosofia que incorpore a idéia de homem e sua natureza, os valores que transcendem e em sua maneira de ver e interpretar o mundo e as coisas, através do conhecimento. Este argumento é uma base sobre a qual a prática educativa deve respeitar a *educabilidade* do homem, para apoiar a busca de suas necessidades em saúde, identificando a atitude do mesmo, de aceitar ou rechaçar a ação educativa.

De acordo com o *princípio de totalidade*, a consideração do ser humano numa *visão educativa*, está condicionada pela natureza do todo da pessoa. Isto implica que a educação em saúde, como um processo permanente, deve incorporar as experiências pessoais do homem, incluindo todos aqueles componentes de sua realidade, os quais são responsáveis para formar sua totalidade. Deve, também, tender a que os usuários adquiram seus conhecimentos, se informem, compreendam e se envolvam em sua totalidade, através de sua vontade de atuar. Respeitar a individualidade e totalidade do homem, significa ter presente sua história e sua vida particular, reconhecendo sua tomada de consciência pessoal.

Segundo o princípio de *socialização e subsidiariedade*, o compromisso social do profissional deve favorecer a realização do usuário. Do ponto de vista educativo, a *subsidiariedade* significa atender às necessidades dos outros, sem substituir-lhes em sua capacidade de decidir e atuar, em função do respeito por sua autonomia e sua livre vontade. Uma educação dirigida, com este propósito, permite satisfazer interesses e atitudes, especialmente, em uma população adulta; isto exige que se considere a

realidade do usuário: seus costumes, tradicionais e outros, favorecendo uma participação ativa, direta e efetiva de cada um deles nas instâncias educativas.

A educação em saúde, na perspectiva da socialização, permite fomentar a atividade e a auto-atividade de cada participante, envolvendo a todos os agentes de saúde e comprometendo-os a intervir permanentemente. Isto conduz a favorecer um desenvolvimento, tanto pessoal como dos outros, através das experiências e da reconstrução que cada um faz de seu próprio conhecimento; o que enriquece a relação de responsabilidade entre usuários e profissional. Por sua vez, o profissional pode identificar e resolver os problemas bioéticos que se apresentam, utilizando um sentido de justiça, igualdade e respeito pelos direitos da pessoa.

Na seqüência de diálogo e comunicação, os interlocutores elaboram novos conhecimentos na interação que estabelecem com eles mesmos e com a realidade, em uma situação mais humana. Diálogo e comunicação estão influenciados, por sua vez, pela linguagem, que "se realiza no conversar como entrecruzamento da linguagem , que surge da linguagem" (Maturana, 1995, p.108). Estas duas dimensões, segundo o autor, levam à compreensão de duas dimensões adicionais, isto é, a responsabilidade e a liberdade, sendo que a primeira se relaciona à reflexão.

A pessoa se funda na dignidade do homem e se caracteriza por possuir um entendimento, uma vontade, uma autodeterminação que a conduzem a atuar livre e consciente. Em honra a sua dignidade, o homem deve ser tratado com respeito, ou seja, "com um olhar por seu intrínseco valor" (León 1997, p.122).

Na busca de sua perfeição, cada homem pode dirigir-se a si mesmo, de forma livre, fazendo uso de sua capacidade de amar, de refletir e pensar.

O respeito pela dignidade do homem reclama prestar atenção a sua inerente liberdade e a sua capacidade de sentir necessidades morais e de satisfazê-las. Não existe, portanto, nenhuma situação que justifique faltar ao respeito; devido a sua dignidade, cada homem deve ser tratado como algo único e irrepetível, o qual possui uma particular individualidade, da qual, o mesmo, em parte, é responsável.

3.4.3.4 - *Função educativa e fundamentos educacionais a partir de uma perspectiva da liberdade*

O papel do educador em saúde exige uma preparação, não somente na área específica de desempenho profissional, mas requer, além disso, um conhecimento no âmbito da *educação e da bioética*. Isto lhe permitirá responder, tanto às necessidades de aprendizagem do usuários como também às situações próprias do campo da bioética que lhe conduzam a favorecer o respeito da livre vontade deste usuário.

O profissional, que educa em saúde, deve permitir que exista sempre um equilíbrio entre o *fundamento do que se ensina e de como é fundamentado*, para despertar a *curiosidade* no usuário. Este último aspecto quer dizer que enquanto não for importante, para a essência do ser, o que se lhe está apresentando, não se encontrará um fundamento para realizar a mudança de determinada conduta. Isto implica que o educador terá que favorecer este equilíbrio entregando conteúdos educativos essencialmente relevantes, capazes de motivar *uma conduta deliberada e intencionada*, responsáveis pelo *querer e conhecer* de cada usuário, em seu processo educativo em saúde.

A tarefa educativa exige, portanto, manter uma atitude de alerta para descobrir se o usuário está disposto a querer aprender e conhecer o que se está apresentando. Isto é, o *eu individual*, de cada um deles, só entrará em relação consigo mesmo de forma prática, na medida que suas experiências sejam vividas de forma livre; assim, exercerá sua liberdade de acordo com sua própria condição humana.

É importante ter em consideração que a liberdade, como tal, é um fenômeno gradual; esta liberdade se torna mais forte à medida que permitimos ao outro que manifeste sua decisão de aprender, sua vontade por participar do ato educativo, sua inquietude pela mudança, sua intenção de modificar condutas; só dessa forma, estaremos respeitando sua liberdade.

O *ser educável* é um ser que possui intrinsecamente a capacidade real de alcançar, de maneira progressiva, um certo modo de ser. O tempo será, então, para esse ser, o que determinará a busca em um ou outro, a conquista que sua própria natureza exige. "O homem, a pessoa humana, é um ser chamado a desenvolver-se no tempo,

assumindo todas as condições de suas materialidade, mais na linha das finalidades, em direção as quais sua natureza aspira" (Lavados, 1990, p.292) .

Afirma o autor que, na natureza de cada homem, se desenvolve um *projeto de vida*, isto se converte em uma tarefa de vida, para cada um, ao tratar de descobrir as próprias aspirações, aquelas que livremente serão buscadas de acordo com a própria natureza. Esta indeterminação inicial surge da liberdade de ação, o que, progressivamente, vai estabelecendo um caminho em direção a uma determinação, ou "auto-construção livre, o que é a vida moral ou o que é a vida do homem. Dito de outro modo, a vida moral é o conjunto de atos livres, pelos quais o homem dá a si mesmo seu direito de ser pessoa" (op. cit. p.292).

Seguindo o autor, é possível afirmar que a pessoa é, então, uma realidade dada e uma realidade por construir. O livre arbítrio é, justamente, o poder de reação e de conquista de seu próprio ser pessoa. Isto permite outra finalidade à educação, a que se refere a guiar o homem, favorecendo seu desenvolvimento como pessoa, respeitando sua liberdade e seu direito a opção. Isto implica mostrar-lhe o caminho de sua vida livre, através da manifestação de sua inteligência e sua vontade.

Aplicando o princípio de liberdade e de responsabilidade da bioética personalista, cabe destacar que o respeito pela dignidade da pessoa, passa a constituir o centro do que fazer educativo. Isto propõe o reconhecimento da autodeterminação do usuário, como um critério básico, como um meio e um fim.

De acordo com o proposto no princípio assinalado, as noções de liberdade e responsabilidade se potencializam mutuamente, por isto, cada vez que favorecemos para que os usuários tomem suas decisões livremente, estaremos comprometendo sua responsabilidade frente à sua saúde e possibilitando uma participação ativa e comunicativa, respeitando uma relação humana que permita, aos usuários, uma constante crítica do meio em que vivem.

De uma visão humanista, a educação para liberdade, segundo Freire (1986, p.43) complementa as contribuições da bioética personalista realçando a capacidade de integração do homem ao seu meio, o que tende a aperfeiçoar-se cada vez que sua consciência se torna crítica. Em seu postulado, faz claro chamado à humanização da

educação, que define como a resposta "às relações do homem com a realidade, resultantes de estar com ela e de estar nela, pelos atos de criação, recriação e decisão vai dominando a realidade". De acordo com o autor, é assim como se faz cultura e na medida em que o homem participe, fazendo uso de sua criatividade e decisão, é também como se vai conformando a época histórica, que o situa no aqui e agora de suas vivências.

A educação para a *liberdade*, exposta por Freire, faz notar aspectos que são relevantes, quando se pensa em uma situação educativa em saúde, que tenha presente a livre vontade do usuário. O homem a educar é o mesmo homem, nas salas de aula, na sala de um hospital, ou em uma consulta ambulatorial. Só mudam as circunstâncias, o momento e as necessidades que vão determinar as características do processo educativo. Por isto, é que a proposta do educador é extensível às instâncias da práxis educativa em saúde que, em um ambiente de respeito, requer ser desenvolvida em um meio aberto, plástico, flexível, inclinado em direção ao novo, com a presença de elementos que permitam desenvolver uma atitude crítica e criadora.

Freire (1998), em sua última publicação intitulada "*pedagogia da autonomia*", reúne e descreve os principais componentes que, considerou, deveriam estar presentes na práxis educativa, em favor da autonomia daqueles a quem educamos. O autor ressalta a importância da natural ética no processo, enquanto uma prática humana. Em continuação, serão descritos, brevemente, os componentes destacados de Freire (1998) considerados mais pertinentes para o propósito do estudo, realizando-se as adaptações e transferências correspondentes em direção à educação para a saúde.

Ensinar exige rigorosidade metódica: isto requer uma prática educativa que reforce a capacidade crítica e a curiosidade do que aprende, precisando a presença de educadores criativos, rigorosamente curiosos, humildes e persistentes. Na educação para a saúde, esta rigorosidade leva a assegurar a motivação do usuário, transformando-o em verdadeiro sujeito de construção e reconstrução. O assunto ensinado se converte na razão das necessidades em saúde, as quais preocupam ao usuário e, portanto, aumentam suas possibilidades de aprendizagem;

Ensinar exige respeito pelo conhecimento dos que aprendem: isto sugere considerar o saber, especialmente aquele aprendido na comunidade, na vida diária. Isto é um fator relevante no caso dos usuário, dado que a bagagem de experiências que eles têm é vital para encaminhar um *novo conhecimento e para dirigi-lo às suas reais necessidades*;

Ensinar exige consciência de ser não acabado: isto significa levar em consideração que o homem é um ser acabado e que isto é uma característica de sua própria natureza, de sua experiência vital, a qual, através da consciência, faz do homem um ser ético. O fato de saber-se inacabado, põe o homem frente a uma realidade de condicionamento que o faz consciente deste fato e o desafia a chegar mais além, em um processo social permanente, de busca, que nos torna mais responsáveis de nossa presença no mundo;

Ensinar exige respeito pela autonomia do que aprende: o respeito pela autonomia e dignidade de cada usuário se converte em um imperativo ético e não em um favor, que podemos ou não conceder. O educador em saúde que não respeita a curiosidade do usuário, seu gosto estético, que ironiza, minimiza e que limita sua liberdade, está transgredindo os princípios éticos fundamentais de nossa existência. A prática autoritária se converte na maior fonte transgressora da autonomia. Esperam-se, pelo contrário, condutas que favoreçam uma atitude dialógica verdadeira, na qual as pessoas aprendam e cresçam na diferença, sobretudo no respeito por ela;

Ensinar exige humildade, tolerância e luta em defesa dos direitos dos que aprendem: isto exige o respeito pela curiosidade e timidez do usuário, evitando uma postura profissional que inclua meios ou procedimentos que impeçam a manifestação de necessidades e a expressão de questões e dúvidas próprias dos problemas de saúde do usuário. A *humildade* profissional representa uma virtude, que permite uma relação horizontal, na qual o *autoritarismo e a arrogância* não têm espaço.

Ensinar exige curiosidade: a prática educativa deve favorecer a curiosidade por aprender, na medida que o profissional iniba a curiosidade como experiência formadora, está inibindo também sua própria curiosidade, frente ao ato educativo. Este déficit é observável em práticas autoritárias ou personalistas, as quais limitam, desta forma, a

liberdade do usuário; diz o autor, que como educador, "devo saber que sem a curiosidade que me move, que me inquieta, que me leve a buscar, não aprendo, nem ensino" (p.98). Isto exige que, tanto usuários como profissionais, se assumam epistemologicamente curiosos; o exercício da curiosidade desperta a imaginação, a intuição, as emoções, a capacidade de conjecturar, de comparar, na busca de um perfil de objeto ou do encontro de sua razão de ser. A curiosidade se constitui em um dinâmico e basicamente motivador, para os agentes que participam do ato educativo, influenciando a ambos, em um processo benéfico de retroalimentação.

Ensinar exige segurança, competência profissional e generosidade: a segurança da autoridade profissional se estabelece e implica em sua competência. Esta lhe reclama, em sua relação com a liberdade, uma determinada generosidade, que o conduz à humildade e à justiça, as quais permitem assumir eticamente as liberdades, tanto dos profissionais como do usuário, em forma autêntica. O usuário "que exercita sua liberdade será mais livre, quanto mais eticamente for assumindo a liberdade de suas ações" (p.104). Desta forma, assume sua autonomia, a qual, fundada em sua responsabilidade, ocupa o espaço que ocupava antes a dependência, quer dizer que, enquanto o usuário não tenha a possibilidade de fazer consciente sua participação ativa e responsável, permanecerá em um estado de dependência;

Ensinar exige saber escutar: isto significa que o processo de falar e escutar deve estar sempre mediado pela comunicação dialógica. O profissional que sabe escutar é o que demonstra, por um lado, sua capacidade de controlar o momento e desejo de expressar-se, e por outra parte, sua participação se constitui em um meio para "motivar e desafiar a quem escuta, no sentido de que quem escuta diga, fale, responda" (p.132). Isto favorece que o usuário possa transmitir o aprendido e, neste sentido, se impõe escutá-lo em suas dúvidas, apreensões e temores; é justamente no ato de escutar, onde o profissional aprende a falar com ele, e estabelece a comunicação dialógica. Escutar significa, assim, uma disponibilidade permanente por parte do profissional à abertura da conversação do usuário, o respeito por suas diferenças. Atitudes profissionais autoritárias, pelo contrário, manifestam o direito de ser donas e possuidoras da verdade e do tempo para discorrer sobre ela, atuam bloqueando a participação, a capacidade de

busca à curiosidade, impedindo a comprovação do aprendido e a motivação por novas aprendizagens;

Ensinar exige disponibilidade para o diálogo: o educador deve exercer como ser humano e fundar seu quefazer em um ato de comunicação e intercomunicação por meio da dialogicidade, favorecendo a compreensão do aprendido. O profissional deve dar testemunho de sua disposição e abrir-se em direção aos usuários, aos demais e se mesmo, em uma atitude de reflexão crítica; o que lhe permite aumentar a viabilidade do diálogo. Esta postura confirma a própria curiosidade profissional, como resposta a um ser em permanente movimento através de sua historicidade.

3.4.3.5 - *Função educativa e fundamentos educacionais da educação de adultos*

A educação de adultos, "fundamenta-se numa idéia de homem e sua natureza, os valores que transcende e uma maneira de olhar e interpretar o mundo e as coisas: no conhecimento". A aprendizagem, implica um câmbio que se manifesta no sujeito desde as dimensões do ser, saber e fazer, o que implica considerar o adulto tal como ele é, quanto ao que sabe e quanto ao que pode realizar. Desde esta perspectiva, pode-se dizer que a aprendizagem é a modificação de pautas de nossa experiência vivida, em virtude de novas experiências que incorporam novos enlaces em nossa particular maneira de olhar o mundo (Lozano e Vega. 1990b, p.17).

Os estudiosos, no âmbito da educação, reconhecem que a aprendizagem se produz nos adultos quando coincide com: suas necessidades, interesses, capacidades, tradições, costumes, e com a participação ativa de cada um deles nos processos educativos, colocando em jogo seu ser, seu saber e seu fazer.

O quefazer educativo está dirigido, portanto, à busca dos caminhos que conduzam o homem, a encontrar respostas que concordem com as aspirações deste ser e a sua inquietude em ser melhor. É assim como a educação tenta de variadas formas responder à idéia da natureza, isto é, a idéia de que o sujeito, por educar, é um ser que chega à existência possuindo uma estrutura que especifica nele suas propriedades, suas possibilidades, suas capacidades em adquirir isto ou aquilo, suas capacidades de prever condições futuras a partir do que tem no presente (Lavados, 1990).

Ao falar de educação, o fazemos em virtude de um processo no qual está implicado um sujeito, que possui características que o fazem único e irrepetível. Este sujeito se identifica por uma determinada maneira de atuar, de resolver um problema, por um certo modo de responder ao meio. Trata-se de um homem que, através de sua consciência, de um dar-se conta, enfrenta seu mundo pessoal e social e é em sua relação com os outros, o que lhe permite apreender o contexto e imprimir-lhe um próprio significado (Lavados, 1990).

O processo educativo constitui-se, assim, numa estrutura holística, que favorece um constante equilíbrio entre o estabelecido e o emergente, em cujo centro coloca-se o homem. Como processo, "está sempre em alerta, reacomodando-se nos valores e ações transformando-as numa força impulsionadora que leva ao homem a sua formação, ação automodificadora de suas condutas" (Lozano e Vega, 1990a, p.39).

De uma perspectiva humanista, a educação permite ao homem desenvolver uma permanente autorealização e socialização quanto a sua livre afirmação do ser. Como processo em ação, impulsiona o homem para que automodifique suas condutas em relação a sua maneira de olhar o mundo e seu meio sociocultural.

A partir de um olhar evolutivo, a formação do adulto considera que "as pessoas não só diferem em sua concepção da autodireção na aprendizagem, senão que a concepção de cada pessoa é provável que mude com o tempo" (Brockett e Hiemstra, 1993, p.38). A autodireção concebe-se, assim, de uma perspectiva da educação permanente, que tem lugar através de toda a vida; é importante considerar que o adulto vive numa constante busca de experiências de aprendizagem úteis para conduzir sucessos específicos de vida e, por outra parte, espera receber um processo de ensino aprendizagem centrado em seus problemas de saúde, personalizado e relacionado com suas necessidade de autodirigirse e responsabilizar-se em forma livre e comprometida.

A conduta manifestada pelos adultos de acordo com um olhar evolutivo, pode, também, encontrar uma explicação na teoria da ação desenvolvida por Searle (1985, p.70) em relação à noção de intencionalidade na estrutura da conduta. Esta teoria tem muitas semelhanças com os aspectos expostos em relação aos atos de querer e conhecer, próprios do exercício da *autoreferência*, que também precisam para produzir-se, de um

determinado grau de intencionalidade. O autor a define como: "uma crença ou um desejo, ou uma intenção". Pode-se afirmar, então, que a concepção de *autodireção da aprendizagem*, por parte do adulto, estará determinada por sua *intencionalidade* em relação ao mesmo.

A educação para a saúde, independente do nível em que se desenvolva, deve ter propósitos definidos e uma clara consciência do que implicam suas finalidades. Isto exige manter vigente uma funcionalidade que tenda a facilitar aprendizagens em saúde eficazes e efetivas.

Uma função importante da educação para a saúde é a de favorecer a comunicação para possibilitar a percepção e o significado do que se pretende ensinar. Desta forma, permite uma atitude ativa e dinâmica que envolve a pessoa numa permanente gestação renovadora.

Este último aspecto será importante de tomar em conta no momento de fazer referência às características próprias do indivíduo que fazem possível sua livre e espontânea participação nos processos educativos.

3.4.3.6 - Características da aprendizagem em usuários adultos

O usuário da saúde, como educando adulto, caracteriza-se por ser uma pessoa capaz de compreender-se a si mesmo e a seu ambiente, como também orientar sua vida e conformar seu meio sobre a base de seu próprio juízo; é capaz de tomar consciência da forma de como enfrenta sua vida, de visualizar e decidir o que fazer, o que lhe permite enfrentar sua aprendizagem em forma clara e responsável.

Outra característica que favorece a aprendizagem, em geral, é o ato de dar-se conta, o que permite ao adulto enfrentar a seu mundo pessoal, social, econômico, cultural e outros. Na medida em que consegue tomar consciência da sua própria individualidade, organiza sua vida e se permite seguir crescendo. A educação converte-se, desta forma, num meio chave para dar resposta às necessidades do homem do presente e do futuro, favorecendo que tome consciência de si mesmo, humanizando-se e personificando-se.

A consciência, antes referida, é a que, a partir de uma dimensão ética, consiste na capacidade de auto-referência, própria em cada pessoa, na qual a vontade de atuar estará determinada de acordo com o desejo de referir-se ativamente. Este auto-referir-se favorece o exercício da capacidade da autoconsciência, responsável por despertar a conduta de querer e conhecer algo, através de uma intenção, desta forma, cada pessoa logra modificar seu meio, respeito a suas idéias, sentimentos e ações, em consequência, a sua natureza.

Segundo Searley (1985, p.70), o dar-se conta do homem, antes referido, está relacionado a condições da satisfação, dos estados intencionais. Cada estado determina que condições são verdadeiras (se trata-se de uma crença) ou de acordo com que condições é levado a cabo (se trata-se de uma intenção). Em cada caso, ou estado mental, representa suas próprias condições de satisfação". Por último, segundo o autor, pode acontecer uma relação entre causa e efeito ou causa intencional, a que resultará crucial, tanto para a estrutura como para a explicação da ação humana; nela, considera-se que "a mente ocasiona o mesmo estado de coisas sobre o que se tem estado pensando".

O último aspecto assinalado pelo autor, quer dizer, que se deseja fazer algo e de fato se faz, isto causará o mesmo efeito numa próxima ocasião em que se apresente uma situação similar, dando assim lugar ao estado das coisas que representa, quer dizer, às próprias condições da satisfação. Isto mostra uma importante dimensão do educar, se consideramos a intencionalidade nas crenças, desejos e expectativas de cada pessoa.

Lozano e Vega (1990b, p.43) explicam que é através da ação, pela qual o "homem conhece, transforma a existência e se conhece a si mesmo. Visualizado o conhecer como um processo ativo, a aprendizagem converte-se, então, num processo psicossocial que se realiza com outros e no mundo. O aprender assume um rol fundamental na interação com os outros, deixando de lado a visão individual, unidirecional, particular e isolada".

Em termos gerais, aprende-se só quando se tem uma intencionalidade e um sentimento da realidade; ao dar respostas pessoais, no interpretar, pensar e no atuar livre, autodirigido, autônomo e deliberado dirigido às próprias necessidades. É assim como o

"aprender a aprender" permite ao adulto, sentir na inquietude do descobrir o mundo e descobrir-se a si mesmo.

Fica de manifesto que a aprendizagem nos adultos está determinada por múltiplos fatores. Entre eles, é necessário considerar, além do mencionado anteriormente, as capacidades que já existem no indivíduo antes de que ele comece uma nova aprendizagem, isto é, suas condições internas. "Para promover a aprendizagem é preciso organizar, na situação externa do ensino, uma maneira específica para ativar, apoiar e manter o processamento interno que constitui cada acontecimento de aprendizagem" (Gagné, 1993, p.71). O ensino será efetivo para o usuário adulto, somente se forem consideradas as condições internas e externas da aprendizagem.

Finalmente, pode-se destacar que a decisão do usuário da saúde de aceitar ou rechaçar um determinado ato educativo, o colocam frente a uma situação na qual enlaça a livre aceitação do seu ser, na condição própria da sua liberdade, escolhendo a alternativa que concorda com o que ele naturalmente é, e com aquilo que percebe como melhor.

Na medida que cada usuário da saúde, faça consciente seu atuar e o mesmo seja conseqüente com seu ser, saber e atuar estará alcançando configurar uma auto-imagem com respeito e dignidade.

IV - METODOLOGIA DE TRABALHO

A seguir desenvolvem-se aspectos condizentes à fundamentação da metodologia do estudo, tendo em conta o seu propósito, o que corresponde a: *Valorizar e destacar condutas profissionais em relação à manifestação da livre vontade do usuário frente à tomada de decisões de condutas condizentes à saúde.* Se reitera, uma vez mais, os objetivos específicos, para facilitar a compreensão e a análise dos dados.

Objetivos específicos

- 1.- Identificar os componentes que definam uma assistência em saúde, eticamente comprometida.
- 2.- Identificar o grau de compromisso dos profissionais frente à educação em saúde.
- 3.- Descrever condutas facilitadoras, de parte dos profissionais, frente a favorecer a livre vontade do usuário, em sua consulta em saúde.
- 4.- Descrever condutas limitadoras, manifestadas pelos profissionais, frente à livre vontade do usuário, em sua consulta em saúde.
- 5.- Identificar a presença de estratégias educativas, utilizadas em educação em saúde, que expressem compromissos éticos de parte dos profissionais.

4.1 - Modelo da investigação

De acordo com o problema e os objetivos abordados, o modelo da presente pesquisa é do tipo descritivo com um componente metodológico qualitativo/quantitativo. O método utilizado para coleta dos dados corresponde a entrevistas semiestruturadas, e

a técnica escolhida, a análise de conteúdo. Esta técnica permitirá conduzir o processo de análise qualitativo/quantitativo que se propõe.

4.1.1 - Modelo descritivo

Nos processos investigativos, o homem deve ser capaz de descrever os fenômenos, aos quais propõe como estudo, para poder avançar na resolução de problemas e explicá-los adequadamente. Isto lhe permite responder às variadas questões que vão se apresentando, através do desenvolvimento desses já falados processos investigativos. Os investigadores devem começar sua tarefa de pesquisa procurando detalhar as condições existentes no momento em que se efetua a investigação. Seu objetivo consiste em alcançar o conhecimento das situações, costumes e atitudes predominantes mediante a descrição exata das atividades, objetos, processos e pessoas, identificando as relações existentes entre duas ou mais variáveis

O investigador que participa de uma pesquisa descritiva, não se limita somente a apresentar uma simples descrição dos pontos de vista pessoais e dados baseados em observações casuais, senão em colher os dados com base em alguma hipótese ou teoria. Isto o conduz a expor, resumir e relacionar a informação para, finalmente, analisar os resultados, com o objetivo de extrair generalizações significativas que contribuam ao avanço do conhecimento.

A apresentação lógica do estudo puramente descritivo é que a informação obtida constitui, em si mesma, a resposta à pergunta de investigação delineada, permitindo, dessa forma, identificar as características de um conjunto de fenômenos em si mesmos (Fox, 1981).

Como tal, os estudos descritivos dirigem sua atenção a determinar: "como é" ou "como está" a situação das variáveis que deverão ser estudadas numa população; a presença ou ausência de algo; a frequência com que ocorre um fenômeno e em quem, aonde e quando se está apresentando (Canales et al., 1994).

Danke (1989) refere, por sua vez, que os estudos descritivos buscam especificar as propriedades importantes de pessoas, grupos, comunidades ou qualquer outro fenômeno que seja submetido à análise.

Para Hernández et al. (1991), os estudos descritivos medem ou avaliam diversos aspectos, dimensões ou componentes do fenômeno a investigar. Deste ponto de vista científico, descrever corresponde a constatar. Um estudo deste tipo seleciona uma série de perguntas, as quais se medem de forma independente, para logo poder descrever o que é investigado. Os sujeitos que participam não são expostos a condições ou estímulos, mas eles são estudados e observados no seu ambiente natural, na sua realidade.

A investigação descritiva não busca a comprovação de hipótese. O investigador, neste caso, busca informação pertinente que lhe ajude a tomar uma decisão. É assim que os estudos descritivos pretendem obter informação sobre o estado atual dos fenômenos, tentando precisar a natureza de uma situação tal como existe no momento em que o estudo se leva a cabo. Seu objetivo consiste em definir o que existe para, então, relacionar estas descobertas as mudanças ou às condições de uma situação em particular (Ary et al., 1994).

Polit e Hungler (1994, p.181) afirmam que os estudos deste tipo "tem por objeto descrever, observar e documentar aspectos de uma situação que ocorre de forma natural". Agrega que, neste tipo de investigação, o investigador seleciona algum evento específico (comportamentos, transtornos e outros) sobre o qual realiza observações e registros pertinentes. O resultado final, assim, pode ser uma lista, um catálogo, uma classificação ou algum outro tipo de descrição.

Bisquerra (1989, p.123) destaca um aspecto importante em relação à investigação descritiva, que pode ser utilizada tanto em metodologias quantitativas como em qualitativas. "Em primeiro caso, costuma-se estudar grandes amostras de sujeitos. Em segundo lugar, tratam-se de estudos com maior profundidade, mas um número reduzido de casos". Cabe assinalar que, numa mesma investigação, podem-se combinar ambos tipos de dados.

Em síntese, os aspectos mais importantes de uma investigação descritiva correspondem a:

- identificar, observar, documentar e comprovar características de um objeto a estudar ou de um conjunto deles em si mesmos;

- conhecer as situações, costumes e atitudes predominantes de um objeto a estudar mediante a descrição de atividades, objetos, processos e pessoas, identificando as relações existentes;
- obter informação sobre o estado atual da situação a pesquisar, tentando precisar sua natureza tal como existe no momento em que o estudo se leva a cabo.
- expor, resumir e relacionar a informação para analisar os resultados, a fim de extrair generalizações significativas;
- determinar: como é ou como está a situação das variáveis que deverão ser estudadas numa população; a presença ou ausência de algo; a frequência com que ocorre um fenômeno e em quem, aonde e quando está se apresentando;
- medir ou avaliar diversos aspectos, dimensões ou componentes da situação a pesquisar.

4.1.2 - Componente metodológico: qualitativo/quantitativo

O desenvolvimento e maturidade das Ciências Humanas e Sociais têm contribuído, de forma destacada nos últimos anos, no aperfeiçoamento da metodologia qualitativa. Segundo Santos (1997), isto tem provocado um importante debate em relação à problemática quantidade - qualidade nos diversos campos das Ciências Sociais, convertendo o assunto num dos temas relevantes da nossa época.

Para a Enfermagem, este aporte tem sido também significativo, tendo em vista que a problemática de estudo de suas investigações desenvolve-se, principalmente, em torno das ciências humanas e sociais. Considerando, ademais, as características da complexa problemática estudada, faz-se, cada vez mais imprescindível, utilizar tanto métodos qualitativos como quantitativos. Isto, com o propósito de aumentar a rigorosidade científica e conseguir resultados alcançáveis, coerentes e compreensíveis.

Santos (1997, p.48) refere que no "dilema da abordagem qualitativa versus abordagem quantitativa, em investigação nas ciências humanas e da educação, é epistemologicamente mais defensível a tese da unidade dos paradigmas". Isto se faz factível, segundo o autor, graças ao desenvolvimento do conhecimento humano, das ciências humanas e da educação, possibilitando a articulação e complementaridade de ambos paradigmas, o que permite aos homens explicarem e compreenderem, de modo

mais profundo, os complexos fenômenos humanos. Daí, a necessidade de serem investigados por meio de variadas metodologias.

No tocante ao dogma da distinção entre quantidade e qualidade, anteriormente mencionado, Santos (1997, p.46) coloca que este deve ser rejeitado, visto que "a evidência quantitativa, excetuando-se as ciências naturais, não pode ser interpretada independentemente das considerações qualitativas extra-observação e extra-teoria". Isto quer dizer que, os métodos qualitativos e quantitativos não são incompatíveis e podem ser utilizados pelos investigadores "sem cair em contradição epistemológica".

Segundo Ratcliffe (1983, p.148), a controvérsia qualitativa/quantitativa ou também as vezes, chamada subjetiva/objetiva, não tem uma fundamentação na filosofia da ciência ou na evidência empírica. O suporte a esta posição, está dado, de acordo com autor por três princípios científicos. O *primeiro* deles tem relação ao acordo entre diversos investigadores em que *os dados dependem da teoria do método e dos processos de medição*. O investigador é quem ordena e qualifica os dados segundo o que considere mais apropriado. Observando-se, finalmente, que, em seus processos quantificadores, existem juízos qualitativos, já que "todo conhecimento, é fundamentalmente, um conjunto de suposições em sua natureza".

O *segundo princípio* faz menção a que *"não se pode observar ou medir um fenômeno ou evento senão se interatua com ele"*; o que quer dizer, que o observado é o resultado de um sistema dinâmico e de intercâmbio, através do processo de observação.

O *terceiro princípio*, refere-se à *similitude entre equações e palavras*; tanto uma como a outra constituem representações da realidade, mas não podem ser consideradas a realidade mesma. De acordo com isto, os números e as palavras correspondem a símbolos, os quais podem representar um objeto, um evento ou uma experiência. Em ambos casos, os símbolos podem chegar a ser confundidos com o que eles representam, chegando só a demonstrar uma visão parcial e incompleta dos objetos, eventos e experiência.

Os argumentos indicados pelo autor, apontam a fundamentar a postura que, tradicionalmente definia a ambas metodologias com características de opostas. Fica de manifesto, assim, que toda metodologia de investigação tem, por natureza, um

componente qualitativo que baseado em pressupostos filosóficos, permite ampliar o marco de explicação dos fenômenos a estudar.

As investigações quantitativas e qualitativas constituem formas alternadas e complementares de ver e interpretar o mundo. "Estas alternativas não são forças corretas ou incorretas, tão só refletem/revelam as diferentes formas da realidade". Para os investigadores de Enfermagem, a compreensão e aplicação destes aspectos é vital, porque, desta forma, podem conseguir uma máxima utilização ao analisar e discutir os resultados de suas investigações (Polit e Hungler, 1994, p.524).

A metodologia qualitativa e quantitativa, segundo diversos autores, não tem por que continuar sendo opostas. Assim, a junção metodológica deve tender para uma fusão. "Deste modo, alguns procedimentos e questões metodológicas poderão ser comuns e não necessitarão associar-se teoricamente aos métodos quantitativo com o positivismo e qualitativo com a hermenêutica. Por exemplo, um material qualitativo pode, eventualmente, ser tratado com uso de métodos quantitativos. A tática clássica da *análise de conteúdo* é uma ilustração perfeita desta proposta". Ao contrário, um material quantitativo pode ser colhido através de uma técnica qualitativa, por exemplo, questões extremamente estruturadas (Pourtois e Desmet, 1992, p.13).

Polit e Hungler (1994) assinalam, veementes, outro argumento que apóia a combinação qualitativa/quantitativa, é o referente à complementaridade que apresentam palavras e números. As autoras indicam que a integração reduz ou faz desaparecer as debilidades de métodos únicos, favorecendo a *triangulação metodológica*. Esta última oferece a possibilidade de confrontar métodos de investigação diferentes e complementares. O que apóia a perspectiva da vinculação de ambas correntes, resguardando a qualidade científica dos resultados.

Diversos autores afirmam que a pluralidade metodológica permite dar uma visão mais global e holística do objeto de estudo, assim, cada método acaba por oferecer uma perspectiva diferente e complementar. Em geral, enfatizam a necessidade de os investigadores utilizarem uma metodologia versátil e flexível, conhecendo as possibilidades e limitações de cada estratégia metodológica (Polit e Hungler 1994, Pourtois e Desmet, 1992, Ratcliffe 1983).

De acordo com Cook e Reichardt (1986), o interesse da perspectiva quantitativa está baseado na explicação causal dos fenômenos a partir de hipóteses dadas. Em contrapartida, o interesse da visão qualitativa se funda na compreensão global dos fenômenos. Em síntese, ambos enfoques apontam uma *explicação compreensiva e uma compreensão explicativa, o que leva à complementação e aproveitamento de ambas.*

Dadas as suas características, o presente estudo utilizará a tática da análise de conteúdo que precisará da dualidade qualitativo/quantitativo, até agora assinalada. Portanto, foram escolhidas ambas metodologias, considerando as variadas vantagens que oferece a combinação dos diversos tipos de dados em uma mesma investigação.

A integração de dados, numa só análise, permitirá compreender, da melhor forma, os múltiplos aspectos que surgirão da percepção e descrição da conduta ética dos profissionais frente à educação para a saúde. A combinação dos métodos propiciará, além disso, um melhor entendimento, visando a aclarar, contrastar e comparar o significado das descrições que se espera alcançar, para, por fim, interpretar os resultados da maneira mais objetiva possível.

Em suma, pode-se ressaltar que a combinação de métodos minimiza e compensa as debilidades que possam apresentar as duas metodologias. O método integrado permite a retroalimentação e aumenta as possibilidades de compreensão dos conhecimentos que surgem através do estudo, reforçando a validade e a confiabilidade da investigação. As formas qualitativa e quantitativa, concluindo, caracterizam-se por não serem excludentes e por apresentarem alternativas integrativas, que favorecem uma maior pertinência, às pesquisas nas ciências humanas.

4.1.3 - Contribuições do modelo descritivo, qualitativo/quantitativo na presente investigação

A utilização de um modelo descritivo com componentes qualitativos/quantitativos tem como objetivo responder ao propósito apresentado no estudo, que corresponde a: *Valorizar e destacar condutas profissionais em relação à manifestação da livre vontade do usuário frente a tomada de decisões de condutas condizentes à saúde.*

Dando continuidade, serão apontados os aportes mais relevantes do modelo de investigação proposto.

a) A partir da perspectiva descritiva, a investigação permitirá:

- conhecer as situações educativas e as atitudes éticas predominantes dos profissionais, mediante a descrição de atividades e processos, identificando as relações existentes entre os mesmos;
- identificar as características das condutas profissionais que ameaçam ou beneficiam a aplicação da bioética no campo da educação para a saúde;
- determinar, em que grau, a participação dos profissionais de enfermagem e, também, integrantes da equipe de saúde consideram a livre vontade do usuário em suas atividades educativas;
- determinar como se manifesta a bioética na prática educativa e como se espera que deveria ser;
- expor, resumir e relacionar a informação para analisar os resultados, a fim de propor generalizações significativas.

b) Os aportes do componente qualitativo favorecerão:

- a descrição das características da prática da bioética;
- a formulação de inferências, oferecendo a alternativa de caracterizar o individual e particular de cada informante para entregar uma explicação compreensiva ao assunto que se pretende estudar. Isto é, tentando compreender o objetivo do estudo a partir das pessoas e dos significados a que elas lhes atribuem;
- o aporte da informação para interpretar e realizar as inferências requeridas.

c) O componente quantitativo contribuirá para:

- enriquecer a identificação das características da prática profissional, aportando os elementos necessários para interpretar e analisar a informação colhida;
- sistematizar e objetivar o processo de investigação favorecendo a caracterização do grupo de estudo;

- estabelecer relações e comparações para, finalmente, articular as singularidades encontradas frente ao objetivo da investigação.

d) Desde a perspectiva da triangulação, a investigação permitirá:

- favorecer a compreensão das principais tendências do conteúdo das mensagens dos usuários;
- estabelecer relações e comparações entre as opiniões dos diferentes usuários;
- obter observações e interpretações dos dados de uma variedade de ângulos e perspectivas depois de compará-los e contrastá-los;
- aumentar a validade, a consistência e a fiabilidade do estudo através da utilização de métodos combinados.

e) Em sínteses, a complementaridade qualitativa/quantitativa da investigação favorecerá:

- a integração dos dados numa só análise, abrindo, dessa forma, a possibilidade de compreensão dos múltiplos aspectos que surgirem;
- ampliar a forma de compreender os múltiplos aspectos que surgiram da pesquisa, ao propor-se descrever a conduta ética dos profissionais, frente à educação para a saúde;
- aclarar, contrastar e comparar o significado das descrições que se espera alcançar;
- obter uma máxima utilidade no momento de analisar, discutir e interpretar os resultados;
- aumentar as possibilidades de compreensão dos conhecimentos que surgiram através do estudo, reforçando a validade e a confiabilidade da investigação.

4.1.4 - Técnica: análise de conteúdo (AC)

4.1.4.1 - Generalidades

A AC é uma prática que, cada vez mais, ocupa uma maior extensão na área das ciências humanas; como tal, é conhecida desde há três quartos de século. Seu impulso provem desde os Estados Unidos onde funciona desde princípios do século XX. Seu início esteve centrado no campo periodístico e os estudos foram eminentemente quantitativos. Os estudiosos do tema mantêm, atualmente, a preocupação por encontrar

formas de comprovação o que tem marcado uma concepção normativa e limitativa da técnica (Pourtois e Desmet, 1992).

De acordo a Kientz (1973, p.11), a AC, corresponde a uma técnica de pesquisa cuja eficácia está estabelecida em diversos domínios, tais como: serviços de informação, ciências políticas, crítica literária e outros. O autor expõe que, na década do 30, as investigações, nos Estados Unidos, sobre comunicações de massa, trouxeram a necessidade de analisar em forma sistemática seus conteúdos, como uma forma de responder aos múltiplos canais de comunicação existentes e substituir métodos clássicos de análises que se haviam tornado insuficientes por serem intuitivos e subjetivos.

A análise de conteúdo, como técnica para analisar dados, responde, na área das ciências humanas e sociais, a uma ampla e diversa gama de temas surgidos de investigações no âmbito da sociologia, psicologia, história, ciências da saúde e outros.

Muitos investigadores estão interessados, antes de tudo, nas ações humanas; este campo de estudo exige-lhes entender o contexto interpessoal e o sistema social de interações em que se movem os autores das suas pesquisas. Isto é, devem "forçosamente embarcar numa tarefa interpretativa" (Navarro e Díaz, 1994, p.178).

O carácter expressivo das ações humanas facilita, de certa forma, a tarefa do investigador. Sabemos que os diversos modos de expressividade humana organizam-se em linguagens, configurando-as como tal. Dentre os modos que se manifestam, o mais importante, segundo a capacidade de organizar a interação social, é a linguagem verbal. A AC como técnica de análise de dados, não se preocupa somente com esta forma de expressão, mas, tendo em vista que a presente investigação realiza uma análise de entrevistas baseada na transcrição de expressões orais, nada mais significativo do que enfatizar tal forma mencionada, ressaltando sua importância.

Ao se falar do conteúdo das entrevistas, estar-se-á, no entanto, aludindo a "algo em relação a qual o texto funciona, de certa maneira, como instrumento" (Navarro e Díaz, 1994, p.179). Visto assim, o conteúdo de um texto não é algo localizado dentro dele, senão fora.

A AC pode ser considerada "um instrumento de resposta à curiosidade do homem para descobrir a estrutura interna da informação", ou seja, o interesse por

conhecer sua composição, sua forma de organização ou estrutura e/ou sua dinâmica. Centra sua busca nos elementos que configuram o conteúdo das comunicações e se integra na lógica da comunicação inter-humana (Pérez, 1994, p.133).

O campo de aplicação da AC é amplo e constitui um meio para estudar as comunicações entre os homens em diversos âmbitos, como tal, podendo ser aplicado à área das ciências humanas, serviços de informação, ciências políticas, crítica literária ou em qualquer instância que apresente uma comunicação que meça um emissor/receptor (Kientz, 1973; Bardin, 1977; Triviños, 1992; Polit e Hungler 1994).

Por outro lado, a AC serve de meio para analisar os dados obtidos mediante técnicas de observação participativa (diário), entrevistas não diretas, relatos de vida, perguntas abertas nos questionários, jogos de rol, dentre outros (Pourtois e Desmet, 1992).

4.1.4.2 - Conceito da análise de conteúdo

A AC corresponde a um método de tratamento da informação obtida "que provém de textos ou de quaisquer outros documentos que tenham caráter de comunicação" (Pourtois e Desmet, 1992, p.215) sendo um meio cada vez mais utilizado na análise de dados, pela sua eficácia.

A análise de conteúdo corresponde a um conjunto de técnicas de análise das comunicações para a descrição objetiva, sistemática e quantitativa do conteúdo manifesto da comunicação para obter indicadores quantitativos ou não, que permitam a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção e recepção das mensagens (Bardin, 1977; Berelson apud Bisquerra, 1989; Triviños, 1992; Minayo, 1994).

Bardin (1977) refere que a análise de conteúdo não se interessa só pelo significado da mensagem, mas, também, pelo seu continente. Portanto, podem ser analisados tanto os significados (análise temática) como os significantes (análise do léxico).

Fox (1981, p.709) afirma que a análise de conteúdo é "um procedimento para a categorização de dados verbais e de conduta com fins de classificação, resumo e

tabulação. É um processo complexo que, seguramente, requer mais esforço do que todas as técnicas de análise de dados. É um dos poucos campos compreendidos nas etapas finais do processo de investigação em que o investigador desempenha um papel importante, original e criativo".

A AC pode considerar-se "como um instrumento de resposta à curiosidade do homem por descobrir a estrutura interna da informação", isto é, o interesse por conhecer: sua composição, sua forma de organização ou estrutura, e/ou sua dinâmica. Centra sua busca, nos elementos que configuram o conteúdo das comunicações e se insere na lógica da comunicação interhumana (Pérez, 1994, p.133).

Segundo Navarro e Díaz (1994, p.181), a AC se concebe "como um conjunto de procedimentos que tem como objetivo a produção de um *meta-texto* analítico no que se apresenta o 'corpus' textual de maneira transformada". O *meta-texto* gerado consiste numa determinada transformação do 'corpus', a que se leva cabo graças a regras definidas, e pela justificação teórica do investigador, através de uma adequada interpretação. Isto quer dizer que existe um duplo processo interpretativo: um refere-se ao sentido que aparece na superfície textual, o que se dá à intuição teórica do investigador; e outro, se reflete na transformação analítica desse processo de superfície. Esta dupla articulação contém, então, uma interpretação do sentido do texto e um processo interpretativo que o esclareça.

Quando se fala de AC de um texto, não se está aludindo ao texto mesmo, senão "a algo em relação com o qual o texto funciona, em certo modo, como instrumento" (Navarro e Díaz 1994, p.179). Desta perspectiva, o conteúdo de um texto é algo que estaria fora do mesmo, num plano distinto em relação com o qual esse texto define, revela ou descreve seu sentido. Isto fundamentaria o duplo processo interpretativo, anteriormente indicado, destacando as possibilidades que oferece a AC para utilizá-la como técnica em análises de entrevista, como é o caso da presente investigação.

Existe um acordo entre os diferentes autores, em assinalar que a AC é uma técnica que, para cumprir seu propósito, exige a aplicação dos procedimentos de classificação, codificação e categorização em sua etapa analítica (Kientz, 1973; Bardin, 1977; Bisquerra, 1989; Hernández et al., 1991; Triviño 1992; Minayo, 1994, Pérez,

1994; Navarro e Díaz, 1994). A respeito Triviño (1992, p.60) realça a importância de que o pesquisador apresente um domínio sobre os conceitos básicos de seu campo de estudo, com o propósito de que as inferências sejam originadas, em relação a hipóteses ou interrogantes que sustentem o conteúdo das mensagens.

A partir do que foi definido acima, podem-se destacar alguns aspectos considerados fundamentais e que, seguidamente, serão conceituados, como: objetividade, sistematicidade, conteúdo manifesto da comunicação, processo de inferência.

- **objetividade:** significa que o investigador deverá empregar procedimentos de análise que possibilitem ser reproduzidos por outros investigadores. Isto exige uma classificação clara de critérios, tanto para a definição das unidades de mensagens como para as categorias, na tentativa de que os resultados obtidos possam ser suscetíveis de comprovação. Como verifica Bardin (1977, p.36), "codificadores diferentes devem chegar a resultados iguais".
- **sistematicidade:** refere-se à eleição de determinadas categorias e realiza-se de acordo com critérios e regras clara e previamente estabelecidas. Cumpre com o propósito de evitar a utilização de aspectos de forma arbitrária por parte do investigador.
- **conteúdo manifesto da comunicação:** aponta para a possibilidade de poder enumerar os resultados da análise. A AC considera que toda mensagem é suscetível de ser ordenada por categorias e tratada de maneira estatística. Para isto, o pesquisador precisa decidir a unidade de análise que empregará: palavra, tema e medidas de tempo e espaço. De acordo com Pérez (1994, p.137), o conteúdo manifesto favorece o descobrimento de "alguns aspectos insuspeitáveis e ocultos", visto que a mensagem pode ser examinada por si mesma.
- **processo de inferência:** é uma etapa que interpreta as características do texto, resumidas depois do tratamento da informação. Conduz à *generalização*, o que quer dizer que a AC não se limita somente a analisar a informação, a partir de frequências e análises qualitativas, mas permite a comprovação de hipóteses, que possibilitam conduzir o caminho até as conclusões.

4.1.4.3 - Importância e finalidade da técnica de AC

A AC situa-se no âmbito da investigação descritiva. Seu propósito principal consiste em "descobrir os componentes básicos de um fenômeno determinado extraíndo-os de um conteúdo dado através de um processo que se caracteriza pela tentativa de rigor de medição" (Pérez, 1994, p.142).

Pourtois e Desmet (1992) assinalam que, mais que responder a análise descritiva, a AC oferece um aporte de tipo referencial, uma vez que é capaz de remontar-se às causas dos fenômenos da comunicação. Isto tem determinado que, como técnica, seja escolhida e utilizada com mais frequência, especialmente considerando os aportes da informática. Este recurso tem exigido um aumento de rigor nas diversas fases do processo, outorgando uma tecnicidade avançada neste campo.

Seus propósitos, em termos gerais, podem responder a diferentes objetivos, como por exemplo: descrever as características mais importantes de um material ou de um processo; analisar informes; descrever tendências, valores, motivações, crenças; analisar técnicas persuasivas e/ou análise de estilo; descrever padrões de comunicação; relacionar características relevantes, atributos e outros (Bisquerra, 1989).

Para Fox (1981), a AC, em termos específicos, tem três finalidades: a) análise concreta do conteúdo semântico, entendido como recontagem de palavras; b) análise do tom transmitido por um conjunto de dados (ênfase desfavorável ou favorável); c) utilização para fazer deduções sobre as intenções do emissor.

A AC insere-se no marco dos métodos da investigação social, especialmente, com aqueles que representam análise textual. Esta última "delimita um grande campo metodológico que, a grandes traços, identifica-se com o domínio das técnicas denominadas qualitativas (Navarro e Díaz, 1994, p.77).

Na Enfermagem, a AC pode ser utilizada como técnica única ou combinada com outras, numa variedade de aplicações e investigações. Por exemplo: investigações históricas, materiais de comunicação como reuniões, artigos, mensagens de investigação, notas de enfermagem e outros (Polit e Hungler, 1994).

Bardin (1977), Bisquerra (1989), Pourtois e Desmet, (1992); Triviños (1992), Polit e Hungler (1994); Pérez, (1994), referem que a AC é uma técnica que, dadas as suas características, pode ser utilizada para trabalhar um material narrativo de forma qualitativa, ou como um procedimento para quantificar certos elementos de uma mensagem. Isto favorece, portanto, a possibilidade de serem analisados, através de ambos métodos, como um fator complementar e enriquecedor, aspectos que são determinados, dependendo dos objetivos que se traça o investigador.

Para a presente pesquisa, o desenvolvimento e aplicabilidade da AC, em relação ao tema de estudo e a proposta dos objetivos, a converte numa importante contribuição para ser utilizada como técnica para a análise dos dados, considerando, especialmente, que se insere no marco da investigação social, e permite a dualidade metodológica qualitativa/quantitativa .

Dando prosseguimento, apresentam-se as contribuições e desvantagens da AC a partir da perspectiva dos métodos qualitativos e quantitativos assinalados.

Para o presente estudo, a AC possibilita:

- analisar as entrevistas efetuadas na etapa de coleta da informação, permitindo descrever as principais *tendências e características do conteúdo das mensagens*;
- relacionar, comparar e contrastar:
 - * as opiniões dos usuários entrevistados (*entre cada grupo, dentro do mesmo grupo, entre os grupos*);
 - * as características próprias dos usuários de cada grupo, com as mensagens emitidas pelos mesmos;
 - * as características das mensagens, com as características de quem os emitem.

4.1.4.4 - Aportes da AC a partir da perspectiva da metodologia qualitativa

De acordo com Bardin (1977), a AC oferece os seguintes aportes dentro de uma perspectiva de análise qualitativa:

- conduz um procedimento mais intuitivo;
- permite uma análise mais manipulável e mais adaptável a índices não previstos;

- possibilita a evolução das hipóteses, permitindo sugerir possíveis relações entre um índice das mensagens e uma ou outras variáveis do locutor;
- favorece a elaboração de deduções específicas sobre um acontecimento;
- pode funcionar sobre corpos reduzidos ou estabelecer categorias mais discriminativas, dado que não está ligada a frequências;
- facilita a formulação de inferências fundadas na presença de um índice (tema, palavra, personagem, etc.) e não sobre a frequência da sua aparição em cada comunicação individual.

4.1.4.5 - Desvantagens que apresenta a metodologia qualitativa na AC

- apresenta problemas acerca da pertinência de alguns indicadores, dado que podem ser seleccionados sem tratar exaustivamente todo o conteúdo, desconsiderando elementos não significativos;
- corre o perigo da circularidade, visto que as hipóteses, inicialmente formuladas, podem ser influenciadas pelo que o analista compreende do significado da mensagem;
- os indicadores retidos são instáveis e qualquer resistência, por parte do analista, pode ser nefasta, até por que o procedimento aprofunda sua interpretação em elementos escassos.

4.1.4.6 - Aportes da AC a partir da perspectiva da metodologia quantitativa

- permite resumir e destacar aspectos importantes de acordo com o problema de estudo;
- favorece a comparação de situações favoráveis e desfavoráveis, detectadas através do estudo;
- facilita obter dados descritivos através de métodos estatísticos (frequência de aparição de mensagens, medidas de associação, análise de contingência, análise discriminante e outros);
- devido a sua sistematicidade, oferece mais objetividade e mais exatidão, porque sua observação é mais unitária;
- possibilita a verificação de hipóteses;

- facilita, no caso da presente investigação, a generalização dos dados, devido ao número da amostra (40), aumentando as possibilidades de obter medidas homogêneas.

4.1.4.7 - Desvantagens que apresenta a metodologia quantitativa na AC

- rigidez sistemática;
- registra só o que aparece na superfície do texto, não considerando as entrelinhas e os subentendidos. Isto é, não leva em conta o implícito, o não dito ou não escrito (Puerta, 1996).

4.1.4.8 - Medidas para superar as desvantagens

Para superar as desvantagens, procurou-se assegurar a máxima estabilidade da AC, definindo, em forma exaustiva, as categorias. Identificaram-se, por outra parte, a aparição de índices similares, através das entrevistas, relendo o material e realizando interpretações contínuas, que funcionaram por aproximações sucessivas. Tentou-se assegurar a credibilidade do estudo, examinando as repetições e as redundâncias, em relação ao conteúdo dos enunciados.

Utilizaram-se métodos alternativos, qualitativos e quantitativos, considerando-se as contribuições complementares e enriquecedoras de ambas metodologias. Se corroborou também, a cientificidade do método, recorrendo à *triangulação* ou que permitiu a confrontação dos resultados, confirmando a validade empírica (validade referencial) do método utilizado. Levou-se em conta, por sua vez, a avaliação de juízes e de expertos na área.

Outro passo importante, considerado para assegurar o êxito da investigação, e diminuir as possíveis desvantagens, foi o fato de se respeitar a seqüência estrita dos passos descritos no modelo, o que assegurou a sistematicidade do trabalho.

4.1.4.9 - Descrição do método da AC

4.1.4.9.1 - Fases da AC

As seguintes fases correspondem a uma adaptação do modelo de Bardin (1977) e outros autores, realizada por Rifiotis (1997), a qual foi utilizada como marco referencial

para o presente estudo. Junto à descrição do modelo, se assinalaram, também, os passos realizados na investigação.

a) Pré-análise

Tem como finalidade a organização da técnica. Nesta fase, formularam-se os objetivos que conduziram á análise de dados e concretizou-se a determinação da entrevista como documento para a análise dos mesmos, de acordo com o propósito da investigação.

Uma vez realizadas as entrevistas e efetuadas as transcrições, deu-se a seguinte seqüência ao trabalho:

a.1) Leitura Flutuante

É a leitura que separa idéias, que ajuda a tornar o conteúdo mais claro, mais compreensível. É flutuante porque, pouco a pouco, a leitura vai ficando mais precisa em função das hipóteses emergentes e da projeção das teorias adaptadas sobre o material e a possível aplicação de técnicas utilizadas sobre materiais análogos.

Segundo Pourtois e Desmet (1992, p.217), a "AC tenta articular o rigor da objetividade e da riqueza da subjetividade". Daí a necessidade de uma segunda leitura do documento em estudo, para permitir um melhor e mais profundo entendimento e apreensão das suas significações, aumentando e mantendo um alto grau de rigor científico e conservando "uma atitude de vigilância crítica elevada".

Esta leitura favoreceu um primeiro contato com as entrevistas a serem analisadas, permitindo conhecer os textos. Seu caráter flutuante fez com que, pouco a pouco, a leitura se tornasse mais precisa, em função dos objetivos estabelecidos, das teorias adaptadas sobre o material e da possível aplicação da técnica sobre outros materiais similares. As repetidas leituras sobre o documento a estudar (entrevistas) abriram a possibilidade de compreender as comunicações com uma visão mais ampla. Isto acabou por instigar uma atitude de vigilância crítica, a fim de aumentar e manter o alto grau de rigor científico exigido.

a.2) Eleição de Documentos

A eleição de documentos depende do propósito da investigação. Estes documentos passam a compor o "corpus" que, como referem Bardin (1977); Navarro e Díaz (1994); é o conjunto de documentos que vai ser objeto de análise. Para Greimas (1976); Rifiotis (1997), corpus é um conjunto de mensagens e manifestações discursivas classificadas como variantes ou versões, segundo critérios descritivos, e cuja constituição tende à descrição de um modelo lingüístico que, para ser constituído, deve ser representativo, exaustivo, homogêneo e pertinente.

Conforme o propósito da investigação, os documentos para análise corresponderam ao texto da transcrição das entrevistas semiestruturadas. O conjunto de entrevistas realizadas passou, então, a compor o *corpus* ou objeto de análise. Este foi produzido pela investigadora, já que os textos a serem analisados surgiram da sua própria intervenção.

Na planificação e aplicação da entrevista, foram estabelecidos diferentes aspectos para garantir a *representatividade, exaustividade e a homogeneidade regra de pertinência*.

- **regra de representatividade:** foi garantida pela idoneidade dos usuários da saúde entrevistados. Dado que eles cumpriam com as características próprias de quem consulta no Hospital Universitário por, no mínimo, nesses últimos doze meses, de forma habitual. Daí, caracterizá-lo de grupo homogêneo, pelo fato de cada grupo escolhido receber uma atenção profissional, a princípio, em iguais condições e, também, pelo fato de a problemática, responsável por levá-los a consultar, corresponder a problemas e cuidados da saúde;
- **regra de exaustividade:** esta exigiu levar em conta todos os elementos do *corpus* escolhido. Tomou-se o cuidado de incluir a totalidade dos aspectos emergidos nas entrevistas;
- **regra de homogeneidade:** as entrevistas foram realizadas sob as mesmas condições. De acordo com esta exigência, levaram-se adiante seguindo uma planificação prévia que estabelecia como condição os seguintes aspectos:

- * serem realizadas dentro das dependências do Hospital Universitário, em salas de consultas facilitadas para tal fato, perto do lugar em que os usuários pudessem receber atenção, respeitando um tempo de aplicação adequado (aproximadamente 15 a 20 minutos), privacidade e conforto;
 - * utilizar um guia de perguntas único, aplicado de forma igual a cada usuário, para assegurar o respeito ao tema de estudo, dando ordem à entrevista e possibilitando as mesmas indagações;
 - * aplicar a mesma técnica de coleta de dados em cada usuário, isto é, uma entrevista semiestruturada, gravada com sua prévia autorização. Esta regra foi a que possibilitou a obtenção de dados globais e a comparação dos resultados.
- **regra de pertinência:** para cumprir esta regra, levou-se em consideração o fato de que as entrevistas, como fonte de informação, eram as mais adequadas ao tipo de população e respondiam, de forma ampla, ao objetivo que suscitou a análise. Considerou-se, na sua realização, o ambiente físico (tempo, conforto e privacidade) em que seriam aplicadas, o vocabulário e o conhecimento dos usuários.

a.3) Formulação de objetivos

Estes objetivos corresponderam aos formulados a partir da proposta de investigação, em consonância com o marco teórico e pragmático, que direcionaram a obtenção de resultados.

a.4) Elaboração de índices e indicadores

Os *índices* desenvolveram-se a partir das perguntas realizadas nas entrevistas. A formulação destes foi realizada considerando-se os objetivos da investigação e, portanto, foram definidos desde o começo.

Os *indicadores* construíram-se a partir da determinação dos índices logo após a efetuação da normalização do texto e da categorização correspondente.

a.5) Preparação do material

Correspondeu à transcrição das fitas que continham a gravação das entrevistas; para isto, se efetuou uma preparação adequada e criteriosa, para garantir que a análise fosse sistemática e confiável.

a.6) Descomposição e normalização do texto

Descomposição significa recortar o conteúdo da mensagem e levá-lo a uma frase *normalizada*, utilizando a mesma linguagem que aparece no texto (Rifiotis, 1997).

Por sua vez, a *normalização* é um método que garante a *homogeneidade* da descrição do texto. "Consiste em transformar o discurso, que se encontra em estado bruto como *corpus*, numa manifestação discursiva" (Greimas, 1976).

Esta fase favorece a realização da *codificação* que, segundo Bardin (1977), corresponde a uma transformação efetuada conforme regras precisas dos dados brutos dos textos. Transformação esta que é realizada por *recorte, agregação e enumeração*. Permite alcançar uma representação do conteúdo, ou da expressão, esclarecendo características do texto, que possam servir de *índices*. No caso de uma *análise quantitativa e categorial*, a *organização da codificação* pode compreender três possibilidades de eleição:

- ◆ o **recorte**: eleição das unidades;
- ◆ a **enumeração**: eleição das regras de enumeração;
- ◆ a **classificação**: eleição das categorias (será abordada e fundamentada na fase seguinte).

Para efetuar a *descomposição e normalização do texto*, respeitaram-se os passos indicados anteriormente, isto é, cada resposta da entrevista transformava-se em frases, valendo-se sempre *das mesmas palavras expressas pelos usuários*. Isto deu lugar a uma *normalização*, a qual permitiu representar o discurso através de frases, manifestando e garantindo o conteúdo das palavras empregadas. Esta etapa cumpriu com a função de mostrar a informação em *segmentos*, realizando uma *descomposição e simulação de texto*. Constituiu-se numa etapa preparatória para encontrar e determinar posteriormente as *categorias*.

◆ O recorte: eleição das unidades

Nesta fase de análise começam, então, a ser estabelecidas as unidades básicas e relevantes que se propõe a extrair do ‘*corpus*’ (*inventário*). Estas unidades denominam-se *unidades de registro ou unidades de análise* e constituem segmentos do conteúdo das mensagens que são caracterizados para encontrá-los dentro das categorias (Hernandez, 1991; Navarro e Díaz, 1994).

Entre as *unidades de registro ou de análise*, podem-se mencionar as seguintes: a *palavra, as frases, o tema, o personagem, o documento* (Hernandez et al., 1992); no caso da presente investigação, a unidade de registro é o *tema*.

O *tema* corresponde a uma oração, a uma proposição acerca de algo. Segundo Bardin (1977, p.105), "fazer uma análise temática consiste em descobrir os núcleos de sentido que acompanham a comunicação e cuja presença ou frequência de aparição podem ser significativas para o objetivo analítico escolhido".

Reafirmando o anterior, cabe assinalar que cada *unidade de registro* é um tipo de *segmento textual*; no caso da investigação, foi identificado por procedimentos *sintáticos*: palavras, frases delimitadas por pontos; *semânticos*: termos, conceitos, cujas especificações foram detectadas no corpus. Para efeitos de análise, é preciso que as unidades de registro possam referir-se a lugares concretos do texto, com a intenção de determinar suas co-ocorrências com outras unidades. Necessita-se, portanto, localizá-las. "Com vistas a esta localização, as unidades de registro costumam referir-se ao que chamam *unidades de contexto*". Assim, como as *unidades de registro* são estabelecidas de acordo com os objetivos e métodos que definem a investigação, as *unidades de contexto* delimitam-se em consonância com elas (Navarro e Díaz, 1994, p.193).

Segundo Bardin (1977), a *unidade de contexto* serve para compreender a codificação da unidade de registro e corresponde ao segmento da mensagem, cujas dimensões facilitam entender a significação exata da unidade de registro. Isto pode ser, por exemplo, uma frase para cada palavra ou parágrafo para cada tema. No caso da presente pesquisa, as *unidades de contexto* estão referidas às *unidades de registro* identificadas para cada uma das perguntas da *entrevista semiestruturada*.

◆ A enumeração

Uma vez *codificadas as unidades de registro*, podem ser elas contabilizadas e relacionadas. Ou seja, podem-se estabelecer relações entre unidades de registro, analisando a sua ordem de aparição (Navarro e Díaz, 1994).

De acordo com Bardin (1977, p.109), *a frequência* é a medida mais geralmente utilizada, respondendo ao seguinte postulado: "a importância de uma *unidade de registro* aumenta com a frequência de aparição". Agrega, ainda, que esta etapa pode gerar informação capaz de determinar: a intensidade e frequência do aparecimento de elementos; o direcionamento do aparecimento de elementos; co-ocorrência ou presença simultânea de duas ou mais unidades de registro numa unidade de contexto.

Ao serem determinados os tipos unidades de contexto e de registro, sobre os quais vai se estruturar a análise, *codifica-se a informação*, processo que consiste, basicamente, na inclusão de todas e de cada uma das unidades de registro, detectadas no *corpus* nas suas respectivas unidades de contexto.

b) Exploração de material: categorização

b.1) *Fundamentação*

De acordo com Bardin (1977), esta etapa consiste numa análise descritiva que classifica elementos constitutivos de um conjunto por diferenciação e reagrupamento ou analogia, conforme critérios previamente estabelecidos.

- **categorização:** a AC de uma mensagem pode ser submetida a uma ou várias dimensões de análise. Isto determina a categorização considerada como um processo estruturalista que requer duas etapas:
 - a) *o inventário:* o que significa isolar os elementos (unidades de registro ou unidades de análise) que serão categorizados;
 - b) *a classificação:* etapa que implica em repartir os elementos e, portanto, impor uma certa organização às mensagens.

A *categorização*, como apontam Navarro e Díaz (1994), consiste em efetuar uma relação conceptual das unidades de registro, previamente codificadas e interpretadas,

segundo suas correspondentes unidades de contexto, considerando as similitudes e/ou diferenças que são possíveis apreciar de acordo com critérios preestabelecidos.

"Para identificar categorias, realiza-se uma inspeção inicial do documento a partir da qual determinam-se os temas contemplados" (Bisquerra, 1989, p.115). As categorias propostas devem levar em conta as principais áreas de conteúdo.

Seguindo o modelo adaptado de Rifiotis (1997), os passos da *categorização* são os seguintes:

b.1.1) Inventário de categorias de base:

Esta etapa constituiu uma análise descritiva que classificou elementos constitutivos do texto das entrevistas por *diferenciação, reagrupamento e analogia*, de acordo com critérios previamente estabelecidos. Em outras palavras, determinaram-se, desde o princípio, os passos a seguir, levando-se em consideração os objetivos abordados, considerando, no reagrupamento, a presença de índices que foram identificados e organizados numa matriz (*anexo 3*).

Aqui, se agrupou a informação de acordo com aspectos similares (*inventário*). No caso da entrevista, correspondeu a buscar *frases normalizadas*, que dessem origem a respostas que se repetissem, isolando-se *as unidades de análise* que seriam categorizadas. Este processo deu-se pergunta a pergunta, trabalhando o conjunto delas, por cada grupo de usuários participantes do estudo (usuários da saúde que consultaram medicina geral, usuários pertencentes ao grupo de idosos e usuários pertencentes ao grupo de diabetes). Isto, com a intenção de favorecer a comparação entre as descobertas.

b.1.2) Reagrupamento semântico:

Nesta etapa, reorganizaram-se os textos das mensagens, sintetizando-os e reduzindo-os, através de recortes, excluindo aqueles que se repetiam. Finalmente, se descrevem as categorias, que representassem aspectos essenciais a serem estudados, permitindo reduzir um número determinado de unidades num só conceito que corroborará sua pertinência. As categorias propostas consideraram, em todo o momento,

as principais áreas de conteúdo, já que as perguntas das entrevistas formularam-se a partir dos objetivos da investigação.

No presente estudo, foi necessário, em alguns casos, incluir *subcategorias*, para que respondessem à necessidade de especificar algumas características que se apresentaram dentro de uma mesma categoria. As que fazem referência, especialmente, à frequência de apresentação das mesmas (por exemplo: *sempre, às vezes, nunca*).

O critério utilizado para a classificação das categorias é *semântico*, o que centrou sua atenção nos temas que surgiram do texto das entrevistas. A eleição deste segmento de análise conduziu a descobrir os núcleos de sentido que acompanhavam a comunicação e cuja presença ou frequência de aparição era relevante para o objetivo analítico escolhido. Os *temas* correspondem, portanto, a *unidades ou proposições semânticas* de sentido, que estão representadas por meio de uma oração ou aviso.

Em síntese, a *categorização* realizou-se levando em consideração a determinação de propriedades e atributos que compartilhavam as unidades de dados dentro de uma categoria. Foi preciso, então, reunir os dados e realizar uma análise sistemática do seu conteúdo. As propriedades da categoria elaboraram-se a partir da identificação de uma lista de igualdades das unidades nela incluídas e das diferenças com outras unidades não pertencentes à categoria. A *análise categorial* respondeu, assim, a uma fase objetiva e sistemática que separou a comunicação em categorias, respondendo *às regras de homogeneidade, exclusão mútua e único princípio classificatório, pertinência, objetividade e fidelidade, clareza e concretização*.

- **Homogeneidade:** as categorias foram classificadas de acordo com um único princípio de organização. Conforme o explicitado anteriormente: primeiro, normalizou-se a informação, logo após, realizou-se o inventário das categorias de base e, finalmente, efetuou-se o reagrupamento semântico, o que fortaleceu uma relação lógica para responder aos objetivos propostos;
- **Exclusão mútua:** depende da homogeneidade. Esta condição estipulava que cada elemento das categorias estivesse presente só em uma delas. Isto acorda com o *único princípio classificatório*, cujo fim maior é que as categorias sejam elaboradas a partir de um único critério de organização e classificação;

- **Pertinência:** as categorias são consideradas pertinentes na medida em que respondem e estão adaptadas ao material de análise escolhido e pertencem e representam o quadro teórico definido. Neste caso, são relevantes porque respondem aos objetivos do estudo e são adequadas ao próprio conteúdo analisado;
- **Objetividade e fidelidade:** procurou-se respeitar este aspecto fazendo com que as diferentes partes da entrevista fossem codificadas da mesma maneira. Os índices que determinaram a entrada de um elemento a uma categoria foram definidos, desde o começo, a partir dos objetivos de estudo, evitando-se, desta forma, possíveis más interpretações que dessem origem a certas inconsistências;
- **Clareza e concretização:** preocupou-se em definir as categorias de forma simples e clara, de tal maneira que sua intenção fosse direta e não desse lugar a diversas interpretações.

c) Análise quantitativa: frequências

Uma vez categorizadas as unidades de registro ou análise, foram contabilizadas através de: porcentagens e diferenças de porcentagens, entre opiniões dos usuários dos diferentes grupos que participaram da investigação; análise das relações entre as unidades de registro, análise da ordem de aparição das unidades e sua frequência. Esta análise foi utilizada como estratégia da análise de dados, pois serviu de complemento à finalidade descritiva do estudo, aportando informação que fundamentam a existência e validade das categorias.

A informação, para a realização desta análise, mostra-se através de quadros. Nela, estão representadas as diferentes categorias e subcategorias de acordo com a ordem das perguntas formuladas na entrevista (*desenvolvimento do ponto 4.1.7, p.168*).

d) Tratamento dos resultados

d.1) Inferência

Segundo Bardin (1977, p.38), "a intenção da análise de conteúdo é a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção (ou, eventualmente, de recepção),

inferência esta que recorre a indicadores (quantitativos ou não)". Constitui-se, assim, num passo fundamental na análise de conteúdo.

Nesta etapa, foram desenvolvidos os índices identificados, especificados e detalhados durante o processo de categorização. O procedimento que aconteceu em meio à descrição das características do texto e sua interpretação final, permitiu realizar o trabalho de inferência ou de deduções lógicas.

Para conseguir o objetivo de *formulação de inferências*, começou-se por considerar as categorias identificadas em cada entrevista como uma forma de guia. A partir daí, apresentaram-se as seguintes perguntas, considerando o proposto na Conferência de Allerton House (Bardim, 1977, p.39), além de mais uma *terceira* que se achou pertinente colocar:

- I. *O que é que conduz a um determinado enunciado?* É dizer o que é que está relacionado com as causas ou antecedentes da mensagem;
- II. *Quais são as conseqüências que um determinado enunciado pode provocar?* Isto implicou em identificar aqueles aspectos que estão relacionados aos possíveis efeitos das mensagens;
- III. *O que significa, para cada usuário, os antecedentes ou causas e as conseqüências identificadas, por eles, nas perguntas anteriormente apresentadas?*

Estas perguntas aplicaram-se, uma a uma, a cada pergunta realizada na entrevista, de forma a assegurar que cada uma delas recebesse o mesmo tratamento, tentando-se, assim, buscar o mesmo significado das mensagens. Isto exigiu voltar ao texto original para fundamentar cada inferência a partir da opinião de cada usuário (*anexo 3*).

Os passos indicados foram aplicados através de duas modalidades, devido à diferença do conteúdo das mensagens entre os grupos:

- no grupo que consultou a medicina geral, a modalidade foi aplicada, pergunta a pergunta, em cada entrevista, dado que as respostas apresentaram uma maior diversidade e maior fundamentação a respeito as perguntas realizadas;
- nos grupos a que pertenciam diabetes e idosos, a modalidade consistiu em aplicar as perguntas assinaladas também a cada pergunta da entrevista, sendo que, neste caso,

trabalhou-se com o conjunto de respostas de cada grupo. Isto, devido às respostas serem bastante similares entre si e não apresentarem muita diferença entre os aspectos mencionados para sua fundamentação.

Como procedimento intermediário, a inferência favoreceu o passo da descrição à interpretação de forma sistemática e controlada.

Permitiu uma atividade conjectural que levou a postular e a prever relações e deduções, favorecendo manejar os resultados dos processos de análise, realizados para elaborar complexos de dados de maior alcance relacionados entre si.

Buscou-se compreender o sentido da comunicação, tentando-se realçar o que foi encontrado em segundo plano, através de significantes ou de significados, detectando, no possível, o não dito, contido na mensagem. Isto foi fundamentado através da utilização de variadas operações, como por exemplo, a frequência de aparição de um tema e na repetição em diferentes segmentos do texto, o que enriqueceu a validade dos resultados.

Para efetuar o processo de inferência/qualificação, incluíram-se aspectos e conceitos centrais do marco teórico, que apoiaram a fundamentação de situações detectadas através da análise.

e) Pólos de análise

e.1) O emissor: constituído pelos usuários que compõem os grupos de estudo;

e.2) A mensagens: esta constitui o material, o ponto de partida e o indicador básico para efetuar a análise;

e.3) A significação das mensagens: estas permitiram identificar os assuntos mais tratados e relevantes e a forma com que aconteceram os temas, nas diversas perguntas da entrevista semiestruturada.

4.1.5 - Planificação do estudo

a) Grupo de estudo

O grupo de estudo compreendeu usuários que recebem atenção ambulatorial no Hospital Universitário da Cidade de Florianópolis.

b) Características do grupo de estudo

As características do grupo correspondem a:

- usuários que consultam espontaneamente os serviços de atenção ambulatorial do Hospital, desde que cumprissem com a condição de terem consultado, neste mesmo lugar, nos últimos 12 meses. O número de participantes foi de 20 usuários;
- usuários que pertencem a grupos que recebem educação em saúde de forma sistemática, como grupos de diabéticos e idosos, desde que cumprissem com a condição de terem consultado no Hospital Universitário nos últimos 12 meses. O número de participantes, no total, foi de 20 usuários, dos quais 10 pertenciam ao grupo de usuários com diabetes e outros 10, ao grupo de idosos que recebem atenção.

Ambos apresentaram um aspecto em comum: recebem uma atenção que enfatiza a *educação para a saúde*. Tal aspecto permitirá fazer uma comparação referente ao primeiro grupo assinalado, que enfrenta uma atenção cotidiana diferente em relação a não contar com este aspecto de maneira formal, o que conduzirá a enriquecer a discussão em torno do propósito do estudo.

- os grupos caracterizados constituem a *fontes de informação* e serão eles os que, através da sua opinião, permitirão recolher a informação pertinente para levar a efeito a investigação.

c) Critérios de seleção do número de participantes

A decisão do número de participantes foi definida, *principalmente*, pelo critério de *saturação qualitativa*. Critério este, em que se realiza entrevistas até o momento em que as opiniões dos usuários começam a se repetir e a deixar de apresentar diferenças. Ou seja, na medida em que se evidencia uma gama suficiente de respostas capazes de garantir a credibilidade do estudo, cessam-se os encontros. Por outro lado, considerou-se, também, na determinação da amostra, um *critério de quantificação*, que permitisse comparar os dados numericamente.

d) Idoneidade do grupo de estudo como fonte de informação

A condição de representatividade baseia-se no fato de que o grupo de estudo está formado por pessoas que têm uma determinada vivência em relação à busca de respostas aos problemas de saúde. Em outras palavras, têm assistido a um mesmo centro nos últimos 12 meses e cada grupo tem tido a chance de atenção em diversas ocasiões com profissionais diferentes, conseguindo, dessa forma, evidenciar uma atenção em saúde, na qual pode ter se manifestado a presença ou ausência de condutas éticas por parte dos profissionais, em especial o respeito pela *livre vontade de decisão do usuário*.

O número determinado para o grupo de estudo permitiu comparar as diferentes opiniões entre eles, oferecendo a possibilidade de descrever as vivências dos usuários em relação à problemática abordada na pesquisa.

4.1.6 - Procedimentos de obtenção da informação

Constituiu-se de uma entrevista semiestruturada, composta por 14 perguntas (*anexo 2*). Foi planejada com o propósito de colher informações que conduzirão a responder às questões e propósito da pesquisa. Para tanto, as perguntas foram formuladas a partir dos objetivos estabelecidos (*anexo 1*).

As respostas as perguntas 1, 2, 11, 12, 13 e 14, levaram a uma análise, preferencialmente, de *frequência*; no caso das perguntas 3 a 10, foi possível, a continuidade do procedimento de *análise de conteúdo e frequência*.

a) Planificação do instrumento

No *anexo 1*, apresenta-se um quadro que indica os aspectos considerados na construção da entrevista como instrumento de coleta de dados.

a.1) Validade da entrevista semiestruturada como instrumento

O instrumento construiu-se a partir dos objetivos formulados na investigação, de maneira que eles ficassem representados, na sua totalidade, ao longo da entrevista. Isto é, as perguntas constituíram-se nas primeiras categorias e, portanto, nos temas centrais

do estudo, o que assegurou que a entrevista, como instrumento, refletisse o domínio específico referido à "bioética na educação para a saúde", propósito da pesquisa.

As questões da entrevista foram submetidas à validação da tutora da tese e mais três profissionais "expertos" na área de conteúdo, assegurando, dessa forma, sua validade de conteúdo externa. Por outro lado, foram testadas em 10 usuários.

As observações realizadas pela tutora da tese e por outros "expertos", levaram, fundamentalmente, a aperfeiçoar a redação de algumas questões, a fim de facilitar sua total compreensão.

No caso dos usuários, as sugestões conduziram a precisar a operacionalização das questões, permitindo coletar os dados da forma mais simples e fiel possível.

À medida que as contribuições eram passadas, o instrumento era modificado, conseguindo-se uma melhor versão do mesmo. Um aspecto real que se alterou, por exemplo, foi a utilização dos conceitos *orientação e/ou explicação*, ao invés de conceito de *educação em saúde*, pois pareciam mais compreensíveis para a população usuária.

a.2) Fiabilidade

Para assegurar a fiabilidade, a entrevista foi aplicada a uma população, tal como se indicou anteriormente, de 10 usuários. Isto foi realizado respeitando o contexto em que seria aplicada a entrevista, posteriormente, de forma definitiva. Desta forma, excluíram-se os fatores que pudessem afetar o momento da entrevista, tais como:

- **Improvisação:** para evitar este problema, o instrumento foi construído considerando as características da população usuária, revisão de literatura em relação ao tema e objetivos do estudo;
- **Adequação do instrumento aplicado às pessoas:** objetivou-se que a entrevista permitisse a empatia necessária para favorecer a coleta da informação, numa instância de respeito, utilizando uma linguagem compreensível, conforme características da população usuária; capacidade de resposta; memória; nível ocupacional e educativo e motivação para responder;

- **Condições em que foi aplicado o instrumento:** na sua aplicação, observaram-se iguais condições, isto é, utilizaram-se salas que estivessem perto do lugar da consulta e que oferecessem conforto, silêncio e privacidade. A entrevista foi planejada para receber respostas, na medida do possível, precisas e que se estendessem de 15 a 20 minutos, respeitando o tempo de espera dos usuários às suas respectivas consultas.

b) Tempo de duração do estudo

O período global da pesquisa foi de 12 meses (maio de 1997 a maio de 1998).

4.1.7 - Plano de registro dos dados

Os dados obtidos foram categorizados, transferidos para quadros e agrupados em anexos. A informação neles contida dá-se da seguinte forma:

- **Anexo 1:** adjunta um quadro resumo da planificação da entrevista;
- **Anexo 2:** contém as questões da entrevista semiestruturada;
- **Anexo 3:** descreve as etapas de reagrupamento semântico e inferências realizadas nas entrevistas dos grupos de estudo

A seguir, se apresentam os seguintes **quadros**:

- 1.- categorias surgidas na análise de dados e as frequências respectivas;
- 2.- resultados comparativos das inferências realizadas entre o grupo de medicina geral e diabetes/idosos;
- 3.- resultados comparativos das inferências realizadas entre o grupo diabetes/idosos.

1.- QUADRO DE CATEGORIAS E FREQUÊNCIAS RESPECTIVAS

QUESTÕES E CATEGORIAS	SUBCATEGORIAS	FREQUÊNCIA			
		Medicina Geral	Total Idosos/ Diabetes	Idosos	Diabetes
<p>1. O usuário recebe orientações e explicações sobre sua saúde:</p> <ul style="list-style-type: none"> • sempre • às vezes • nunca <p>• posto de saúde</p> <p>• hospital</p>	• sempre	10 (50%)	14 (70%)	6 (60%)	8 (80%)
	• às vezes	9 (45%)	6 (30%)	4 (40%)	2 (20%)
	• nunca	1 (5%)	0	0	0
		13 (65%)	9 (45%)	5 (50%)	4 (40%)
<p>2. O profissional que dá as orientações ou explicações é (são):</p> <ul style="list-style-type: none"> • enfermeira e médico • assistente social • enfermeira • médica (o) • nutricionista • todos os mencionados 		8 (40%)	0	0	0
		1 (5%)	12 (30%)	6 (60%)	6 (60%)
		0	0	0	0
		3 (15%)	0	0	0
		0	0	0	0
		8 (40%)	8 (70%)	4 (40%)	4 (40%)
<p>3. Os profissionais perguntam ao usuário sobre o desejo de receber orientação em saúde</p> <p><u>CATEGORIAS</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • os profissionais decidem e resolvem o que orientar; • o usuário tem que perguntar para não ficar com dúvidas; 	• às vezes perguntam	4 (20%)	2 (10%)	3 (30%)	3 (30%)
	• não perguntam	16 (80%)	18 (90%)	7 (70%)	7 (70%)
		16 (80%)	16 (80%)	9 (90%)	7 (70%)
		4 (20%)	4 (20%)	1 (10%)	3 (30%)

QUESTÕES E CATEGORIAS	SUBCATEGORIAS	FREQUÊNCIA			
		Medicina Geral	Total Idosos/ Diabetes	Idosos	Diabetes
4. O usuário se sente desagradado quando não lhe perguntam	• sempre sente desagradado	5 (25%)	7 (35%)	5 (50%)	1 (10%)
	• às vezes desagrada	4 (20%)	3 (15%)	2 (20%)	1 (10%)
Como gostaria que fosse	• não desagrada, porque não existe outra possibilidade	9 (45%)	11 (55%)	3 (30%)	8 (80%)
	• não desagrada, porque não precisam lhe perguntar	2 (10%)	0	0	0
	• prefere que lhe perguntem	18 (90%)	15 (75%)	10(100%)	5 (50%)
	• prefere que não lhe perguntem	2 (10%)	5 (25%)	0	5 (50%)
CATEGORIAS					
• os profissionais devem motivar dar tempo e confiança para perguntar além da doença;		12 (60%)	6 (30%)	5 (50%)	1 (10%)
• se os profissionais perguntassem, motivariam também a perguntar e cuidar a saúde com mais segurança;		4 (20%)	4 (20%)	3 (30%)	1 (10%)
• se sentem acostumados a que não lhe perguntem;		3 (15%)	10(100%)	2 (20%)	8 (80%)
• sente a necessidade de ser mais ativa;		1 (5%)	0	0	0
5. Os profissionais quando orientam concedem tempo para fazer perguntas ou tirar dúvidas	• sempre dão tempo	0	16 (80%)	7 (70%)	9 (90%)
CATEGORIAS	• às vezes dão tempo	12 (60%)	4 (20%)	3 (30%)	1 (10%)
	• nunca dão tempo	8 (40%)	0	0	0
	• o pouco tempo da consulta e a falta de disposição dos profissionais não permitem fazer perguntas ou tirar dúvidas	19 (95%)	11 (55%)	10(1000)	1 (10%)
	• aceitam o tempo dado para a atenção sem questionamento;	0	9 (45%)	0	9 (90%)
• buscam respostas em outro lugar;	1 (5%)	0	0	0	

QUESTÕES E CATEGORIAS	SUBCATEGORIAS	FREQÜÊNCIA			
		Medicina Geral	Total Idosos/ Diabetes	Idosos	Diabetes
<p>6. Os profissionais escutam as perguntas dos usuários</p> <p><u>CATEGORIAS</u></p> <ul style="list-style-type: none"> os profissionais não escutam por falta de disposição, tempo e porque atendem outros assuntos durante a consulta; 	<ul style="list-style-type: none"> sempre às vezes não escutam 	<p>0</p> <p>16 (80%)</p> <p>4 (20%)</p>	<p>0</p> <p>14 (70%)</p> <p>6 (30%)</p>	<p>0</p> <p>6 (60%)</p> <p>4 (40%)</p>	<p>0</p> <p>8 (80%)</p> <p>2 (20%)</p>
		20(55%)	10(100)	10 (100)	10(100)
<p>7. O usuário sente que as orientações vão ao encontro do que ele pensa ou quer</p> <p><u>CATEGORIAS</u></p> <ul style="list-style-type: none"> os profissionais não consideram as necessidades e as características individuais ao orientar ou explicar; as orientações e explicações são pouco claras e deixam dúvidas; os profissionais não estão preocupados em saber o que os usuários pensam da sua saúde; não podem existir desacordos com os profissionais, porque eles são os que sabem, especialmente o médico; 	<ul style="list-style-type: none"> sempre às vezes nunca 	<p>1 (5%)</p> <p>17 (85%)</p> <p>2 (10%)</p>	<p>11 (55%)</p> <p>7 (35%)</p> <p>2 (10%)</p>	<p>5 (50%)</p> <p>4 (40%)</p> <p>1 (10%)</p>	<p>6 (60%)</p> <p>3 (30%)</p> <p>1 (10%)</p>
		9(45%)	1(5%)	1(10%)	0
		7(35%)	8(40%)	4(40%)	4(40%)
		3(15%)	0	0	0
		1(5%)	11(55%)	5(50%)	6(60%)

QUESTÕES E CATEGORIAS	SUBCATEGORIAS	FREQUÊNCIA			
		Medicina Geral	Total Idosos/ Diabetes	Idosos	Diabetes
<p>8. Os profissionais respeitam as diferenças de opinião dos usuários e lhe dão tempo para explicar suas razões</p> <p><u>CATEGORIAS</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • não é possível concordar com os profissionais porque eles escutam só o que querem escutar e não dão confiança para expressar opiniões; • os profissionais por seu conhecimento, sentem ter a razão e não consideram a opinião dos usuários; • o usuário tem que participar e não ficar quieto; 	<ul style="list-style-type: none"> • sempre respeitam 	0	4 (20%)	2 (20%)	2 (20%)
	<ul style="list-style-type: none"> • às vezes respeitam 	5 (25%)	2 (10%)	1 (10%)	1 (10%)
	<ul style="list-style-type: none"> • não sabe se respeitam 	15 (75%)	10 (50%)	4 (40%)	6 (60%)
	<ul style="list-style-type: none"> • não respeitam • se acontecesse acreditam que respeitariam 	0	3 (15%)	3 (30%)	0
		0	1 (5%)	0	1 (10%)
		12 (60%)	15 (75%)	7 (70%)	8 (80%)
		7 (35%)	5 (25%)	3 (30%)	2 (20%)
		1 (5%)	0	0	0
<p>9. Os profissionais pedem ajuda e cooperação no momento da orientação ou explicação</p>	<ul style="list-style-type: none"> • sempre 	0	7 (35%)	0	7 (70%)
	<ul style="list-style-type: none"> • às vezes 	7 (35%)	2 (10%)	1 (10%)	1 (10%)
	<ul style="list-style-type: none"> • nunca 	13 (65%)	11 (55%)	9 (90%)	2 (20%)
<p>• o usuário gosta de participar</p>	<ul style="list-style-type: none"> • sempre 	14 (70%)	11 (55%)	4 (40%)	7 (70%)
	<ul style="list-style-type: none"> • às vezes 	1 (5%)	3 (15%)	1 (10%)	2 (20%)
	<ul style="list-style-type: none"> • não gosta de participar, prefere só escutar 	5 (25%)	6 (30%)	5 (50%)	1 (10%)
<p><u>CATEGORIAS</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • o usuário tenta intervir para poder participar e ser ativo; • os profissionais mantêm o domínio da consulta, a causa do seu conhecimento; • os profissionais devem motivar, ser mais abertos e dar mais possibilidades; • a enfermeira dá mais confiança para participar 		2 (10%)	0	0	0
		7 (35%)	16 (80%)	8 (80%)	8 (80%)
		8 (40%)	2 (10%)	1 (10%)	1 (10%)
		3 (15%)	2 (10%)	1 (10%)	1 (10%)

QUESTÕES E CATEGORIAS	SUBCATEGORIAS	FREQUÊNCIA			
		Medicina Geral	Total Idosos/ Diabetes	Idosos	Diabetes
10. O usuário aceita as orientações ou explicações	• sempre aceita, depois realiza só o que pode fazer;	5 (25%)	6 (30%)	2 (20%)	4 (40%)
	• sempre aceita, e faz todo	7 (35%)	0	0	0
	• às vezes aceita	7 (35%)	12 (60%)	7 (70%)	5 (50%)
	• não aceita	1 (5%)	2 (10%)	1 (10%)	1 (10%)
<u>CATEGORIAS</u> • o usuário aceita as orientações porque os profissionais são os que tem o conhecimento; • as orientações são inalcançáveis, muito exigentes e não consideram necessidades; • os usuários assumem sua responsabilidade frente ao que fazem;		6 (30%)	10 (50%)	4 (40%)	6 (60%)
		12 (60%)	10 (50%)	6 (60%)	4 (40%)
		2 (10%)	0	0	0
11. De que forma são entregues as orientações	• através da fala;	15 (75%)	6 (30%)	0	6 (60%)
	• através da fala, folhetos e TV;	2 (10%)	13 (65%)	10 (100)	3 (30%)
	• através da fala, folhetos e conversas grupais;	3 (15%)	1 (5%)	0	1 (10%)
12. Qual das formas o usuário mais gosta:	• só fala;	2 (10%)	2	0	0
	• fala, folhetos e/ou TV	18 (90%)	8	10	100
<u>CATEGORIAS</u> • o profissional que dá mais confiança e segurança é a enfermeira • formas diferentes à oral, se complementam ajudam a fixar o conhecimento e motivam a cuidar sua saúde e a participar mais;		1 (5%)	8 (40%)	5 (50%)	3 (30%)
		19 (95%)	12 (60%)	5 (50%)	7 (70%)
13. As formas de receber as orientações permitem:	• saber mais sobre a saúde informar-se melhor e esclarecer dúvidas;	18 (90%)	16 (80%)	8 (80%)	8 (80%)
	• participar mais;	0	2 (10%)	1 (10%)	1 (10%)
	• falar com o profissional;	1 (5%)	1 (5%)	1 (10%)	0
	• não permite mudanças	1 (5%)	1 (5%)	0	1 (10%)

QUESTÕES E CATEGORIAS	SUBCATEGORIAS	FREQUÊNCIA			
		Medicina Geral	Total Idosos/ Diabetes	Idosos	Diabetes
<p>14. <i>Outras opiniões em relação as orientações</i></p> <p><u>Categorias</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • sugerem melhorar a qualidade das orientações e explicações, com formas mais motivadoras, participativas e centradas nas necessidades de cada usuário; • o sistema de saúde tem de mudar, em função das pessoas e deixar de ser burocrático. 		14 (70%)	10(100%)	10(100%)	10(100%)
		6 (30%)	0	0	0

**2 - RESULTADOS COMPARATIVOS DAS INFERÊNCIAS REALIZADAS
ENTRE O GRUPO DE MEDICINA GERAL E DIABETES - IDOSOS**

PROBLEMAS OU CAUSAS IDENTIFICADAS EM RELAÇÃO A SE OS PROFISSIONAIS PERGUNTAM SOBRE O DESEJO DE RECEBER ORIENTAÇÕES (PERG. N°3)	medicina geral	diabetes idosos
* os profissionais não perguntam porque baseados no seu conhecimento, resolvem o que orientar e/ou respondem só aspectos pontuais da doença;	16(80%)	15(75%)
* os profissionais só às vezes perguntam porque se centram no que eles consideram necessário;	2(10%)	5(25%)
* não identificam problemas;	1(5%)	0
* consideram que os profissionais não necessitam perguntar;	1(5%)	0
	Total= 20	Total=20
CONSEQÜÊNCIAS QUE PROVOCAM OS PROBLEMAS IDENTIFICADOS		
* autoritarismo/paternalismo:		
* predomínio do saber profissional sobre as necessidades do usuário o que fomenta passividade e falta de autonomia, inibindo o direito de perguntar;	11(55%)	15(75%)
* falta de resposta às necessidades educativas, que conduzem a insatisfação e dúvidas;	9(45%)	5(25%)
SIGNIFICADO DOS PROBLEMAS E CONSEQÜÊNCIAS PARA O USUÁRIO		
* sentir inibido o direito de perguntar, ficar com dúvidas;	12(60%)	7(35%)
* manifestar uma atitude passiva e de dependência, favorecendo a permanência de dúvidas;	8(40%)	11(55%)
* aceitar a prática educativa da forma pronta, desconhecendo seus direitos.	0	2(10%)

CAUSAS IDENTIFICADAS EM RELAÇÃO AO GRAU DE SATISFAÇÃO DOS USUÁRIOS QUANDO NÃO É CONSULTADO SOBRE O DESEJO DE RECEBER ORIENTAÇÕES (PERG. N°4)	medicina geral	diabetes idosos
<ul style="list-style-type: none"> * sentem desagrado porque percebem falta de tempo, tranquilidade, confiança e motivação para perguntar; * não lhes desagrada, porque é a única alternativa que se apresenta, mas gostariam uma forma diferente; * às vezes lhes desagrada, gostariam de uma forma diferente; * não se desagramam, porque não precisam lhes perguntar; 	<ul style="list-style-type: none"> 5(25%) 9(45%) 4(20%) 2(10%) 	<ul style="list-style-type: none"> 7(35%) 2(10%) 3(15%) 8(40%)
<p style="text-align: center;">CONSEQÜÊNCIAS QUE PROVOCAM OS PROBLEMAS IDENTIFICADOS</p> <ul style="list-style-type: none"> * predomínio de condutas evitativas e coercitivas que confirmam posturas autoritárias / paternalistas, que inibem a chance de perguntar e participar; * prática profissional autoritária/paternalista que entrega orientações sem propósitos definidos e não considera as características individuais; * exacerbação de atitudes passivas e de aceitação; * manifestação de condutas ativas, como uma forma de superar a situação; 	<ul style="list-style-type: none"> 12(60%) 4(20%) 3(15%) 1(5%) 	<ul style="list-style-type: none"> 7(35%) 1(5%) 12(60%) 0
<p style="text-align: center;">SIGNIFICADO DAS CONSEQÜÊNCIAS IDENTIFICADAS PARA O USUÁRIO</p> <ul style="list-style-type: none"> * insatisfação, dúvidas e sentimento de falta de respeito e de ignorância * reclamação pelo direito de ser escutado e de receber uma educação para a saúde mais motivadora, inovadora e digna; * atitude usuária passiva e incremento da falta de autonomia; * busca pessoal para satisfazer suas necessidades. 	<ul style="list-style-type: none"> 7(35%) 10(50%) 2(10%) 1(5%) 	<ul style="list-style-type: none"> 1(5%) 7(35%) 12(60%) 0

PROBLEMAS OU CAUSAS IDENTIFICADAS EM RELAÇÃO A SE OS PROFISSIONAIS DÃO TEMPO PARA FAZER PERGUNTAS E RESOLVER DÚVIDAS (PERG. Nº5)	medicina geral	diabetes idosos
* não dão tempo porque não individualizam a atenção;	8(40%)	1(5%)
* só às vezes, por falta de tempo e por falta de disposição dos profissionais;	12(60%)	7(35%)
* aceitam o tempo concebido sem questionamento;	0	12(60%)
CONSEQUÊNCIAS QUE PROVOCAM OS PROBLEMAS IDENTIFICADOS		
* conduta profissional autoritária e paternalista que inibe a chance de perguntar e não respeita o direito digno de ser educado e escutado;	10(50%)	4(20%)
* fomento de atitudes passivas e de aceitação de parte do usuário;	1(5%)	12(60%)
* prática profissional inconsistente que favorece uma atitude de desconfiança e dúvida;	8(40%)	4 (20%)
* busca de possibilidades de forma pessoal;	1(5%)	0
SIGNIFICADO DAS CONSEQUÊNCIAS IDENTIFICADAS PARA O USUÁRIO		
* sentimento de dúvidas, falta de chances de escutar respostas e de se comunicar com o profissional;	10(50%)	6(30%)
* vivência de uma prática educativa, sem intencionalidade;	1(5%)	2(10%)
* atitude passiva que leva a desconhecer os próprios direitos como usuário da saúde, manifestando uma atitude de desconfiança e insatisfação;	7(35%)	3(15%)
* atitude ativa, que facilita sua participação;	2(10%)	0
* atitude passiva e de aceitação que leva a desconhecer os próprios direitos como usuário da saúde.	0	9(45%)

PROBLEMAS OU CAUSAS IDENTIFICADAS EM RELAÇÃO A SE OS PROFISSIONAIS ESCUTAM AS PERGUNTAS (PERG. N°6)	medicina geral	diabetes idosos
<p>* só às vezes escutam, porque não existe tempo suficiente e os profissionais atendem ao mesmo tempo outros assuntos ;</p> <p>* não escutam, porque os profissionais não se centram nas necessidades dos usuários;</p>	<p>16(80%)</p> <p>4(20%)</p>	<p>20(100%)</p> <p>0</p>
<p align="center">CONSEQÜÊNCIAS QUE PROVOCAM OS PROBLEMAS IDENTIFICADOS</p> <p>* falta de disponibilidade para escutar, negando a possibilidade de diálogo, dificultando vivências de autonomia e liberdade;</p> <p>* conduta profissional coercitiva e evitativa que conduz à posturas profissionais inconsistentes autoritárias e paternalistas;</p>	<p>11(55%)</p> <p>9(45%)</p>	<p>18(90%)</p> <p>2(10%)</p>
<p align="center">SIGNIFICADO DAS CONSEQÜÊNCIAS IDENTIFICADAS PARA O USUÁRIO</p> <p>* manter uma atitude passiva e de aceitação na qual só às vezes fazem conscientes as suas necessidades educativas;</p> <p>* sensação de insatisfação, frustração e desconfiança;</p> <p>* manter uma atitude ativa, insistindo em perguntar para tentar satisfazer suas necessidades.</p>	<p>5(25%)</p> <p>9(45%)</p> <p>6(30%)</p>	<p>14(70%)</p> <p>6(30%)</p> <p>0</p>

PROBLEMAS OU CAUSAS IDENTIFICADAS EM RELAÇÃO A SE AS ORIENTAÇÕES CONCORDAM COM A FORMA DE PENSAR OU QUERER DOS USUÁRIOS (PERG. N°7)	medicina geral	diabetes idosos
<p>* só às vezes concordam com as orientações, porque o profissional decide o que orientar e as explicações são pouco claras e pouco consistentes;</p> <p>* não concordam com a forma de pensar, porque não respondem às necessidades;</p> <p>* concordam com sua forma de pensar porque aceitam só o que precisam e podem realizar;</p> <p>* sempre concordam, porque aceitam tudo o que orienta o profissional;</p>	<p>17(85%)</p> <p>2(10%)</p> <p>1(5%)</p> <p>0</p>	<p>8(40%)</p> <p>1(5%)</p> <p></p> <p>11(55%)</p>
<p align="center">CONSEQUÊNCIAS QUE PROVOCAM OS PROBLEMAS IDENTIFICADOS</p> <p>* conduta autoritária e paternalista na qual predomina o conhecimento do profissional, inibindo a chance de participação e de individualização da atenção;</p> <p>* orientações que não se centram nas necessidades dos usuários, são pouco concretas, inalcançáveis e favorecem a passividade e a falta de autonomia;</p> <p>* conduta ativa, na qual defende sua experiência e tenta fazer respeitar sua opinião;</p> <p>* conduta paternalista que favorece a passividade do usuário;</p>	<p>10(50%)</p> <p>9(45%)</p> <p>1(5%)</p> <p>0</p>	<p>10(50%)</p> <p>1(5%)</p> <p>0</p> <p>9(45%)</p>
<p align="center">SIGNIFICADO DAS CONSEQUÊNCIAS IDENTIFICADAS PARA O USUÁRIO</p> <p>* inibição para participar, insatisfação de necessidades por falta de respostas oportunas e de individualização da atenção;</p> <p>* conduta passiva e de aceitação;</p> <p>* conduta ativa que permite valorar sua experiência e buscar a chance de emitir sua opinião.</p>	<p>12(65%)</p> <p>6(30%)</p> <p>1(5%)</p>	<p>15(75%)</p> <p>5(25%)</p> <p></p>

PROBLEMAS OU CAUSAS IDENTIFICADAS EM RELAÇÃO A SE OS PROFISSIONAIS RESPEITAM AS DIFERENÇAS DE OPINIÃO DOS USUÁRIOS E LHE DÃO TEMPO PARA EXPLICAR RAZÕES (PERG. N°8)	medicina geral	diabetes idiosos
<p>* não é possível ter desacordo com a orientação porque os profissionais são os que possuem o conhecimento e não é possível saber se eles respeitariam diferenças de opinião;</p> <p>* às vezes dão tempo, mas as explicações não respondem às necessidades e nem sempre respeitam as diferenças de opinião;</p> <p>* os profissionais respeitam a diferença de opinião e dão tempo;</p>	<p>15(75%)</p> <p>5(25%)</p> <p>0</p>	<p>16(80%)</p> <p>0</p> <p>4(20%)</p>
<p align="center">CONSEQÜÊNCIAS QUE PROVOCAM OS PROBLEMAS IDENTIFICADOS</p> <p>* conduta autoritária e paternalista, manifestada neste caso, pelo poder que outorga o conhecimento a alguns profissionais, através de uma comunicação unidirecional e coercitiva que não respeita diferenças de opinião;</p> <p>* busca individual de participar para fazer respeitar as diferenças de opinião;</p>	<p>19(95%)</p> <p>1(5%)</p>	<p>20(100%)</p> <p>0</p>
<p align="center">SIGNIFICADO DAS CONSEQÜÊNCIAS IDENTIFICADAS PARA O USUÁRIO</p> <p>* falta de disponibilidade para o diálogo e uma comunicação vertical, que dificulta a possibilidade de expressão;</p> <p>* falta de confiança para estabelecer o diálogo, o que significa ficar com dúvidas e insatisfação frente a uma prática que não individualiza a atenção;</p> <p>* inibir a liberdade de falar e expressar diferenças de opinião, fomentando condutas passivas e dependentes;</p> <p>* manter uma conduta sempre ativa.</p>	<p>12(60%)</p> <p>7(35%)</p> <p>0</p> <p>1(5%)</p>	<p>7(35%)</p> <p>6(30%)</p> <p>7(35%)</p> <p>0</p>

PROBLEMAS OU CAUSAS IDENTIFICADAS EM RELAÇÃO A PEDIR AJUDA E PARTICIPAÇÃO NO MOMENTO DA CONSULTA (PERG. Nº9)	medicina geral	diabetes idosos
* os profissionais não pedem cooperação, não motivam nem dão chances para participar;	13(65%)	16(80%)
* os profissionais às vezes permitem participar;	7(35%)	4(20%)
CONSEQUÊNCIAS QUE PROVOCAM OS PROBLEMAS IDENTIFICADOS		
* instância educativa sem intencionalidade, na qual predomina a ação profissional, o que impossibilita participar, favorecendo condutas passivas;	10(50%)	16(80%)
* conduta profissional pouco motivadora e inadequada às características pessoais;	9(45%)	4(20%)
* busca pessoal pela possibilidade de participar, insistindo em fazer valer seus direitos;	1(5%)	0
SIGNIFICADO DOS PROBLEMAS E CONSEQUÊNCIAS PARA O USUÁRIO		
* o ambiente desmotivador da consulta aumenta a permanência de condutas de aceitação e passividade e incrementa a desconfiança de receber uma prática diferente;	10(50%)	10(50%)
* sentimento de insatisfação e frustração na tentativa de querer participar; o que significa receber uma prática educativa, sem intencionalidade, que não considera os direitos dos usuários da saúde;	8(40%)	10(50%)
* responsabilizar-se por buscar chances de participação.	2(10%)	0

PROBLEMAS OU CAUSAS IDENTIFICADAS EM RELAÇÃO A ACEITAR AS ORIENTAÇÕES OU EXPLICAÇÕES (PERG.Nº10)	medicina geral	diabetes idosos
* sempre aceitam porque confiam nos profissionais, eles têm o conhecimento;	7(35%)	3(15%)
* só às vezes aceitam porque as orientações, são pouco concretas e não respondem às necessidades;	12(60%)	14(70%)
* não aceitam as orientações, porque estão fora do seu alcance;	1(5%)	3(15%)
CONSEQÜÊNCIAS QUE PROVOCAM OS PROBLEMAS IDENTIFICADOS		
* prática autoritária e paternalista que não individualiza a atenção e impõe seu ponto de vista sobre as necessidades do usuário;	13(65%)	15(75%)
* favorece a aparição de condutas erradas pela falta de individualização da atenção;	5(25%)	0
* conduta ativa com a intenção de fazer valer a livre vontade de decidir;	2(10%)	5(25%)
SIGNIFICADO DOS PROBLEMAS E CONSEQÜÊNCIAS PARA O USUÁRIO		
* ficar com dúvidas e necessidades insatisfeitas, pela falta de direcionamento da educação para a saúde; o que leva ao fomento e /ou permanência de condutas passivas;	18(90%)	15(75%)
* insistir em perguntar para conseguir um acordo com o profissional;	2(10%)	2(10%)
* aceitar tudo, porque os profissionais são os que sabem.	0	3(15%)

3.- RESULTADOS COMPARATIVOS DAS INFERÊNCIAS REALIZADAS ENTRE O GRUPO DE IDOSOS E DIABETES

PROBLEMAS OU CAUSAS IDENTIFICADAS EM RELAÇÃO A SE OS PROFISSIONAIS PERGUNTAM SOBRE O DESEJO DE RECEBER ORIENTAÇÕES (PERG. N°3)	idosos	diabe- tes
* os profissionais não perguntam porque baseados no conhecimento, resolvem que orientar e/ou respondem só aspectos pontuais da doença; * os profissionais, só às vezes perguntam porque centram-se no que eles consideram necessário;	9(90%) 1(10%)	7(70%) 3(30%)
CONSEQÜÊNCIAS QUE PROVOCAM OS PROBLEMAS IDENTIFICADOS * autoritarismo/paternalismo: * predomínio dosaber profissional sobre as necessidades do usuário, o que fomenta passividade e falta de autonomia, inibind o direito de perguntar; * falta de resposta às necessidades educativas, o que conduz à insatisfação e dúvidas;	9(90%) 1(10%)	7(70%) 3(30%)
SIGNIFICADO DOS PROBLEMAS E CONSEQÜÊNCIAS PARA O USUÁRIO * sentir inibido o direito de perguntar, ficar com dúvidas; * manifestar uma atitude passiva e de dependência, favorecendo a permanência de dúvidas; * aceitar a prática educativa da forma pronta, desconhecendo seus direitos;	0 9(90%) 1(10%)	3(30%) 7(70%) 0

CAUSAS IDENTIFICADAS EM RELAÇÃO AO GRAU DE SATISFAÇÃO DOS USUÁRIOS QUANDO NÃO É CONSULTADO SOBRE O DESEJO DE RECEBER ORIENTAÇÕES (PERG. N°4)	idosos	diabetes
<p>* sentem desagrado porque percebem falta de tempo, tranquilidade, confiança e motivação para perguntar;</p> <p>* não lhe desagrada, porque é a única chance que é apresentada, mas gostariam de uma forma diferente;</p> <p>*às vezes lhe desagrada, gostariam de uma forma diferente;</p> <p>* não sentem desagrado, porque não precisam lhes perguntar;</p>	<p>6(60%)</p> <p>2(20%)</p> <p>2(20%)</p> <p>0</p>	<p>1(10%)</p> <p>0</p> <p>1(10%)</p> <p>8(80%)</p>
<p align="center">CONSEQUÊNCIAS QUE PROVOCAM OS PROBLEMAS IDENTIFICADOS</p> <p>*predomínio de condutas evitativas e coercitivas que confirmam posturas autoritárias/paternalistas, que inibem a chance de perguntar e participar</p> <p>*prática profissional autoritária/paternalista que entrega orientações sem propósitos definidos e não considera as características individuais;</p> <p>* exacerbação de atitudes passivas e de aceitação;</p>	<p>6(60%)</p> <p>0</p> <p>4(40%)</p>	<p>1(10%)</p> <p>1(10%)</p> <p>8(80%)</p>
<p align="center">SIGNIFICADO DAS CONSEQUÊNCIAS IDENTIFICADAS PARA O USUÁRIO</p> <p>* insatisfação, dúvidas e sentimento de falta de respeito e de ignorância;</p> <p>* reclamação pelo direito de ser escutado e de receber uma educação para a saúde mais motivadora, inovadora e digna;</p> <p>* atitude usuária passiva e incremento da falta de autonomia;</p>	<p>0</p> <p>6(60%)</p> <p>4(40%)</p>	<p>1(10%)</p> <p>1(10%)</p> <p>8(80%)</p>

PROBLEMAS OU CAUSAS IDENTIFICADAS EM RELAÇÃO A SE OS PROFISSIONAIS DÃO TEMPO PARA FAZER PERGUNTAS E RESOLVER DÚVIDAS (PERG. Nº5)	idosos	diabetes
* não dão tempo porque não individualizam a atenção;	1(10%)	0
* só às vezes, por falta de tempo e disposição dos profissionais;	6(60%)	1(10%)
* aceitam o tempo concebido sem questionamento;	3(30%)	9(90%)
CONSEQUÊNCIAS QUE PROVOCAM OS PROBLEMAS IDENTIFICADOS		
* conduta profissional autoritária e paternalista que inibe a chance de perguntar e não respeita o direito digno de ser educado e escutado;	3(30%)	1(10%)
* fomento de atitudes do usuário passivas e de aceitação;	3(30%)	9(90%)
* prática profissional inconsistente que favorece uma atitude de desconfiança e dúvida;	4(40%)	0
SIGNIFICADO DAS CONSEQUÊNCIAS IDENTIFICADAS PARA O USUÁRIO		
* sentimento de dúvidas, falta de chance de escutar respostas oportunas e de se comunicar com o profissional;	6(60%)	0
* vivência de uma prática educativa, sem intencionalidade;	1(10%)	1(10%)
* atitude passiva que leva a desconhecer os próprios direitos como usuário da saúde, manifestando uma atitude de desconfiança e insatisfação;	3(30%)	0
* atitude passiva e de aceitação que leva a desconhecer os próprios direitos como usuário da saúde;	0	9(90%)

PROBLEMAS OU CAUSAS IDENTIFICADAS EM RELAÇÃO A SE OS PROFISSIONAIS ESCUTAM AS PERGUNTAS (PERG. Nª6)	idosos	diabetes
* só às vezes escutam, porque não existe tempo suficiente e os profissionais atendem ao mesmo tempo outros assuntos ;	10(100%)	10(100%)
CONSEQUÊNCIAS QUE PROVOCAM OS PROBLEMAS IDENTIFICADOS		
* falta de disponibilidade para escutar, negando a possibilidade de diálogo dificultando vivências de autonomia e liberdade;	10(100%)	8(80%)
* conduta profissional coercitiva e evitativa que conduz a posturas profissionais inconsistentes autoritárias e paternalistas;	0	2(20%)
SIGNIFICADO DAS CONSEQUÊNCIAS IDENTIFICADAS PARA O USUÁRIO		
* manter uma atitude passiva e de aceitação, na qual só às vezes fazem conscientes suas necessidades educativas;	6(60%)	8(80%)
* sensação de insatisfação, frustração e desconfiança;	4(40%)	2(20%)

PROBLEMAS OU CAUSAS IDENTIFICADAS EM RELAÇÃO A SE AS ORIENTAÇÕES CONCORDAM COM A FORMA DE PENSAR OU QUERER DOS USUÁRIOS (PERG. N°7)	idosos	Diabete- tes
<p>* só às vezes concordam com as orientações, porque o profissional decide o que orientar e as explicações são pouco claras e pouco consistentes;</p> <p>* não concordam com a forma de pensar, porque não respondem às necessidades;</p> <p>* sempre concordam, porque aceitam tudo o que orienta o profissional;</p>	<p>4(40%)</p> <p>1(10%)</p> <p>5(50%)</p>	<p>4(40%)</p> <p>0</p> <p>6(60%)</p>
<p align="center">CONSEQÜÊNCIAS QUE PROVOCAM OS PROBLEMAS IDENTIFICADOS</p> <p>* conduta autoritária e paternalista na qual predomina o conhecimento de profissional, inibindo a chance de participação e de individualização da atenção;</p> <p>* orientações que não se centram nas necessidades dos usuários, são pouco concretas, inalcançáveis e favorecem a passividade e a falta de autonomia;</p> <p>* conduta paternalista que favorece a passividade do usuário.</p>	<p>4(40%)</p> <p>1(10%)</p> <p>5(50%)</p>	<p>6(60%)</p> <p>0</p> <p>4(40%)</p>
<p align="center">SIGNIFICADO DAS CONSEQÜÊNCIAS IDENTIFICADAS PARA O USUÁRIO</p> <p>* apresenta dúvidas, desconfiança para perguntar e limitação para poder expressar uma diferença de opinião;</p> <p>inibição para participar, insatisfação de necessidades por falta de respostas oportunas e atenção despersonalizada;</p> <p>* conduta passiva e de aceitação;</p>	<p>4(40%)</p> <p>1(10%)</p> <p>5(50%)</p>	<p>6(60%)</p> <p>4(40%)</p> <p>0</p>

PROBLEMAS OU CAUSAS IDENTIFICADAS EM RELAÇÃO A SE OS PROFISSIONAIS RESPEITAM AS DIFERENÇAS DE OPINIÃO DOS USUÁRIOS E LHES DÃO TEMPO PARA EXPLICAR RAZÕES (PERG. Nº8)	Idosos	Diabetes
* não é possível ter desacordo com a orientação porque os profissionais são os que têm o conhecimento; não é possível saber se eles respeitam diferenças de opinião; * os profissionais respeitam a diferença de opinião e dão tempo;	8(80%) 2(20%)	8(80%) 2(20%)
CONSEQUÊNCIAS QUE PROVOCAM OS PROBLEMAS IDENTIFICADOS		
* conduta autoritária e paternalista, manifestada neste caso pelo poder que outorga o conhecimento de alguns profissionais;	7(70%)	5(50%)
* comunicação unidirecional e coercitiva que não respeita diferenças de opinião;	3(30%)	5(50%)
SIGNIFICADO DAS CONSEQUÊNCIAS IDENTIFICADAS PARA O USUÁRIO		
* falta de disponibilidade para o diálogo e uma comunicação vertical que dificultam a chance de expressão;	5(50%)	2(20%)
* falta de confiança para estabelecer o diálogo, o que significa ficar com dúvidas e insatisfação, em relação a uma prática que não individualiza a atenção;	3(30%)	3(30%)
* inibir a liberdade de falar e expressar diferenças de opinião, fomentando condutas passivas e dependentes;	2(20%)	5(50%)

PROBLEMAS OU CAUSAS IDENTIFICADAS EM RELAÇÃO A PEDIR AJUDA E PARTICIPAÇÃO NO MOMENTO DA CONSULTA (PERG. N°9)	Idosos	Diabe- tes
* os profissionais não pedem cooperação, não dão chances nem motivam para participar;	8(80%)	8(80%)
* os profissionais às vezes permitem participar;	2(20%)	2(20%)
CONSEQUÊNCIAS QUE PROVOCAM OS PROBLEMAS IDENTIFICADOS		
* instância educativa sem intencionalidade, na qual predomina a ação profissional, o que impossibilita participar, favorecendo condutas passivas;	8(80%)	8(80%)
* conduta profissional pouco motivadora e inadequada às características pessoais;	2(20%)	2(20%)
SIGNIFICADO DOS PROBLEMAS E CONSEQUÊNCIAS PARA O USUÁRIO		
* o ambiente desmotivador da consulta aumenta a permanência de condutas de aceitação e passividade e incrementa a desconfiança de receber uma prática diferente;	8(80%)	2(20%)
* sentimento de insatisfação e frustração na tentativa de querer participar o que significa receber uma prática educativa sem intencionalidade que não considera os direitos dos usuários da saúde;	2(20%)	8(80%)

PROBLEMAS OU CAUSAS IDENTIFICADAS EM RELAÇÃO A ACEITAR AS ORIENTAÇÕES OU EXPLICAÇÕES (PERG.Nº10)	Idosos	Diabe- tes
* sempre aceita porque confia nos profissionais, eles têm o conhecimento;	2(20%)	1(10%)
* só às vezes aceita porque as orientações são pouco concretas e não respondem às necessidades;	7(70%)	7(70%)
* não aceita as orientações, porque estão fora do seu alcance;	1(10%)	2(20%)
CONSEQÜÊNCIAS QUE PROVOCAM OS PROBLEMAS IDENTIFICADOS		
*prática autoritária e paternalista que não individualiza a atenção e impõe seu ponto de vista sobre as necessidades do usuário;	9(90%)	6(60%)
* conduta ativa com a intenção de fazer valer a livre vontade decidir;	1(10%)	4(40%)
SIGNIFICADO DOS PROBLEMAS E CONSEQÜÊNCIAS PARA O USUÁRIO		
* desconformidade frente a orientações que não respondem aos próprios requerimentos;	7(70%)	6(60%)
* sensação de dúvidas e insatisfação, pela falta de direcionamento da educação para a saúde; o que leva ao fomento e/ou permanência de condutas passivas;	0	2(20%)
* insistir em perguntar para conseguir um acordo com o profissional;	1(10%)	1(10%)
* aceitar tudo porque os profissionais são os que sabem;	2(20%)	1(10%)

4.1.8 - Plano de análise dos dados

A *análise dos dados* foi realizada em função do marco teórico e com base na informação emergida nos anexos (1-2 e 3) e quadros assinaladas anteriormente, levando-se em consideração os seguintes aspectos gerais:

a) Quantitativo

- Descrição de frequências relativas, mediante porcentagens;
- Análise de porcentagens entre opiniões dos usuários dos diferentes grupos.

b) Qualitativos

- Identificação das opiniões mais frequentes e relevantes;
- Relação e comparação das diferentes opiniões entre os usuários;
- Análise do que é e do que deveria ser a prática da bioética, em educação para a saúde, de acordo com vivências dos usuários.

c) Triangulação

- Estabelecer relações, comparando e contrastando as opiniões dos usuários entrevistados de cada grupo com as mensagens emitidas pelos mesmos;
- Estabelecer relações, comparando e contrastando o conteúdo das mensagens com as características de quem as emite;
- Estabelecer relações, comparando e contrastando as principais tendências do conteúdo das mensagens do grupo de estudo em geral.

V - ANÁLISE DE RESULTADOS

O fim deste estudo é *valorizar e destacar condutas profissionais que favoreçam a manifestação da livre vontade do usuário frente às atividades educativas em saúde*. Em conseqüência, o centro da análise da investigação está em descrever, explicar e compreender a realidade da prática da bioética na educação para a saúde; respondendo, especialmente, ao propósito mencionado anteriormente; apresentando inferências em relação ao significado que os usuários atribuem à liberdade de participar nestas atividades.

Os resultados são observados a partir da análise da *categorização* e da interpretação realizada no *processo de inferência/qualificação*. O esquema de análise corresponde ao que, a seguir, se expõe:

- Será realizado para cada objetivo proposto no estudo e respondendo às perguntas investigáveis;
- Serão estudados os diversos aspectos ou conceitos que aparecem nas categorias. Será considerado, para tal efeito, uma análise que vá do mais geral ao mais específico. Esta modalidade será mantida no relativo às fontes de informação, ou seja, primeiro será estudada a freqüência com que se apresentam as *categorias mais freqüentes e relevantes* entre os dois grupos de estudo e, depois, o que está em relação a cada uma das fontes;
- Será quantificado o número de vezes que aparecem os temas nas categorias para ressaltar e relacionar a sua importância;

- Serão destacados e resumidos a frequência de categorias que ressaltam aspectos como: formulações *favoráveis e/ou desfavoráveis e preferências e/ou rechaços* identificados pelos usuários através de opiniões em relação ao propósito de estudo;
- Serão analisadas as *inferências*, seguindo também o esquema anterior. Ou seja, primeiro será estudada a frequência com que se apresentam *as inferências mais freqüentes e relevantes* entre os dois grupos de estudo e, depois, o que é respectivo a cada uma das fontes, estabelecendo-se as relações pertinentes;
- Serão completo o processo de *triangulação*, já começado, apresentando relações, comparando e contrastando: as opiniões dos usuários entrevistados de cada grupo com as mensagens emitidas pelos mesmos; o conteúdo das mensagens com as características de quem os emite; as principais tendências do conteúdo das mensagens do grupo de estudo em geral e em particular.

A apresentação da informação será feita, segundo os seguintes passos:

a) Em geral

Serão assinaladas e resumidas as características gerais das categorias, segundo a frequência com que se apresentam entre os grupos (medicina geral/diabetes e idosos e entre o grupo de diabetes/idosos).

Logo, serão analisadas as inferências, respeitando o esquema anterior: primeiro, será estudada a frequência das *inferências mais freqüentes e relevantes* entre os dois grupos de estudo (medicina geral/diabetes e idosos) e depois, o relativo a cada uma das fontes.

b) Análise das categorias segundo fonte de informação

São assinaladas e resumidas as características específicas das categorias, segundo a frequência com que se apresentam em cada grupo (medicina geral/diabetes/idosos).

Para realizar a análise de porcentagens, foram considerados os seguintes critérios:

<i>alta relevância</i>	=	80% e mais;
<i>média relevância</i>	=	de 60% a 79%;
<i>pouca o baixa relevância</i>	=	inferior a 60%.

5.1 - Apresentação da informação

Em geral

Aqui, assinalam-se as características genéricas das categorias, segundo a frequência com que aparecem no grupo de medicina geral (A) / diabetes e idosos (B). As indagações realizadas na entrevista são indicadas como afirmações:

a). Os usuários recebem orientações e explicações sobre sua saúde:

- O grupo de medicina geral (A) responde que, num percentual de 50%, os profissionais *sempre* dão orientações e explicações; num percentual de 45%, *só às vezes* e 5% *nunca*;
- O grupo, pertencente a diabetes/idosos (B), identifica que 65% *sempre* orientam e 35%, *só às vezes*;
- As opiniões são predominantemente divididas entre *sempre perguntam* e *só às vezes*. O segundo grupo apresenta maior porcentagem. No entanto, de acordo com o critério estabelecido, pode-se afirmar que, ambos grupos, combinam no fato de podermos reconhecer que esta conduta profissional tem uma importância *medianamente relevante*;
- Para usuários que se consultam em medicina geral, o lugar onde mais lhes dão orientações ou explicações sobre a saúde, é no posto de saúde, resultando em 65%, enquanto no hospital, 35%. Por sua vez, 55% do outro grupo assinala que as orientações ou explicações são dadas no hospital e 45% dizem ser no posto de saúde. Pode-se dizer então, que tanto num lugar como noutro, oferecem-se alternativas para os usuários que se mostram *medianamente relevantes*.

b). O profissional que fornece orientações ou explicações corresponde à:

- Enfermeira e médico para o grupo de medicina geral, escolhidos por 40% e, também, 40% toda a equipe. O resto de porcentagens corresponde a 5% para a assistente social e 15% só médico.

No grupo B, as maiores porcentagens estão dadas para a assistente social 60% e logo para toda a equipe, 40%.

As porcentagens apresentam, também aqui, aspectos similares, não se encontrando diferenças relevantes entre as opções.

c). Os profissionais perguntam ao usuário se desejam receber orientações ou explicações em saúde:

- 80% do grupo A coloca que *não são consultados* e os outros 20% dizem serem consultados às vezes. Por sua vez, o grupo B reconhece, com 70%, *não serem consultados* e atribuem 30% às vezes. Isto implica em que, no primeiro grupo mencionado, identifica-se, de forma *altamente relevante*, a falta de preocupação dos profissionais em perguntar sobre se desejam ou não receber orientações ou explicações em saúde; sendo no segundo, *medianamente relevante*.

As *categorias* que aqui surgem em relação às opiniões são as seguintes:

- *os profissionais decidem e resolvem o que orientar*: tanto o grupo A como o B indicam esta asseveração como *altamente relevante*, outorgando-lhe uma porcentagem de 80%;
- *os usuários têm que perguntar para não ficarem com dúvidas*: isto é identificado por um número baixo de usuários, representando 20% para cada grupo e determinando uma *baixa relevância*.

d). Os usuários sentem desagrado quando não lhes perguntam:

A maior porcentagem, no caso do grupo A, está para a alternativa *não é desagradável*, resultando em 45%. Além dessa, apresenta-se outras como: *não desagrada, porque não precisam lhes perguntar*, com 10%; a alternativa *sempre sentem desagrado* totaliza 25% e às vezes é desagradável, 20%;

O grupo B divide-se da seguinte forma: 55% para *não existe outra possibilidade*; 30% para *sempre sentem desagrado* e 15% para *às vezes é desagradável*;

Respeito às porcentagens, é possível afirmar que o grau de insatisfação dos usuários é *medianamente relevante* o fato de não serem perguntados; chama a atenção, no segundo caso, a porcentagem da alternativa *não é desagradável porque não existe outra possibilidade*;

Em relação a *se eles gostariam que lhes perguntassem*, as porcentagens são as seguintes:

- grupo A diz que preferiam que lhes perguntassem, totalizando 90%. Ao contrário, somente 10% dizem *não preferir que lhes perguntassem*;
- 75% do grupo B refere que *preferiam que lhes perguntassem* e 25% preferiam que não lhes perguntassem;

No grupo A, a preferência em relação ao desejo de ser consultado determina uma alta relevância; e no B, *mediana relevância*;

As *categorias* que se apresentam com maior frequência são as seguintes:

- *os profissionais devem motivar, dar tempo e confiança para perguntar além da doença*. Isto foi escolhido por 60% do grupo A, caracterizando uma média relevância e escolhido por 30% do grupo B, apontando uma *baixa relevância*;
- os usuários sentem-se acostumados com que não lhes perguntem: o grupo B assinou 50% a esta categoria, *pouco relevante*, e o de medicina geral (A), 15%;
- *se os profissionais perguntassem, motivariam também a perguntar e cuidar a saúde com mais segurança*: 20% de ambos grupos escolheram tal alternativa, *baixa relevância*.

e). O profissionais, ao orientarem, dão tempo para fazer perguntas ou esclarecer dúvidas:

As opiniões dos usuários que consultam A escolhem a alternativa *só às vezes lhes dão tempo*, fechando 60%, o que é *medianamente relevante*; e *nunca lhes dão tempo*, 40%, o que corresponde a pouco relevante.

As opiniões dos usuários do grupo B centram-se em *sempre lhes dão tempo*, com 80%, *alta relevância*; e *só às vezes lhes dão tempo*, 20%;

Em ambos casos, a relevância dá-se em categorias diferentes. A primeira (*só às vezes lhes dão tempo*), *medianamente relevante* para o grupo A e de *alta relevância*; (*sempre lhes dão tempo*) para o segundo;

As *categorias* surgidas correspondem a:

- *o pouco tempo da consulta e a falta de disposição dos profissionais não permite fazer perguntas ou esclarecer dúvidas:* para usuários de A, isto ocorre em 95% das ocasiões, sendo *altamente relevante*. No caso dos usuários de B, isto tem *baixa relevância*, correspondendo a 55%;
- *aceitar o tempo concedido sem se questionar:* isto foi reconhecido como *pouco relevante* somente por usuários de diabetes/idosos, com 45%;

Observa-se que, em ambos grupos, a situação apresenta diferenças bastante marcantes. Enquanto no primeiro a situação é *alta relevância*, na outra a reconhecemos, de forma oposta, como de baixa relevância, aceitando-a sem questionamento.

f). Os profissionais escutam as perguntas dos usuários:

As opiniões dos usuários que consultam em A e B escolheram a alternativa só às vezes *escutam*: 80% e 70%, respectivamente, o que determina uma *alta e média relevância*.

A opção *nunca escutam* resultou em 20% e 30% em respectivo (*baixa relevância*);

As *categorias* surgidas neste caso são:

- *os profissionais não estão dispostos a escutar por falta de tempo e/ou porque atendem outros assuntos durante a consulta:* ambos grupos concordam que esta categoria é *altamente relevante*, totalizando 100%.

g). O usuário sente que as orientações estão de acordo com o que ele pensa ou quer:

Usuários de A concordam, com 85%, com a proposição só às vezes, sendo esta de *alta relevância*. Usuários de B concedem-lhe uma *pouca relevância*, com 35%. Para este grupo, a maior porcentagem foi designada à questão *sempre*, com 55%, o que a qualifica como *baixa relevância*. A porcentagem restante, 10%, é dada para *nunca*, aspecto coincidente em ambos grupos;

As porcentagens assinalam, novamente, uma importante diferença ao se compararem os dois grupos. O de diabetes/idosos apresenta opiniões divididas, embora indique opiniões mais uniformes e congruentes com as vertidas até o momento;

As *categorias* surgidas são:

- *os profissionais não consideram as necessidades e características individuais ao orientar ou explicar*. Percebe-se no grupo A, uma pouca relevância a esta proposição (45%), enquanto que em relação ao B, considero a resposta de pouca relevância (5%);
- *as orientações e/ou explicações são pouco claras e deixam dúvidas*: usuários de A com 35% e 40% no caso do outro grupo, o que qualifico de pouca relevância;
- *não podem existir desacordos com os profissionais, porque eles são os que sabem, especialmente, o médico*: usuários de A (5%) e B (55%) o que representa uma baixa relevância para esta resposta.

Usuários de A agregam uma **terceira categoria**: *os profissionais não estão preocupados em saber o que os usuários pensam de sua saúde*. Isto foi reconhecido por 15% dos usuários, representando uma baixa relevância.

h). Os profissionais respeitam as diferenças de opinião dos usuários e concedem tempo para dar e explicar as questões abordadas:

Usuários de A opinam, com 75%, que *não sabem se a sua opinião é respeitada* e 25% afirmam que só às vezes ocorre esta situação (*média e pouca relevância, respectivamente*).

Usuários de B defendem ambas alternativas, não sabem se a sua opinião é respeitada e só às vezes, com 50% e 10% (*pouca relevância*). A questão *sempre respeitam* não teve eleição por parte do primeiro grupo, senão pelo segundo, com 20% do grupo, representando *pouca relevância*;

As *categorias* surgidas correspondem a:

- *não é possível estar de acordo com os profissionais, porque eles escutam só o que querem escutar e não dão confiança para expressar opiniões*: usuários de A

identificam que, em 60% das vezes, isto se apresenta de forma assinalada, bem como os usuários de B, com 75%. Ambos resultando em *média relevância*;

- *os profissionais, por seu conhecimento, acreditam ter razão e não considera a opinião dos usuários*: esta afirmação foi feita pelos usuários de A, num total de 35%, e pelos usuários de B, num total de 25% (*pouca relevância*);
- o usuário tem que participar e não ficar quieto, grupo A 5% (*pouca relevância*).

i). Os profissionais pedem ajuda e cooperação no momento em que dão explicações ou orientações:

Usuários do grupo A identificam que *os profissionais nunca lhes pedem ajuda e cooperação no momento em que dão explicações ou orientações* com 65%, e o B, com 55%, o que corresponde a uma média e *pouca relevância*. A questão às vezes foi escolhida pelo grupo A, fechando 35%, assim como, 10% do grupo B (*pouca relevância*). A alternativa sempre foi escolhida só pelo grupo B, com 35% de aceitação (*pouca relevância*).

Observam-se que as opiniões dos usuários concentram-se nas alternativas às vezes e nunca.

i.1). Em relação a se os usuários gostariam de participar:

Usuários do grupo A consideram que em 70% das vezes sempre gostariam de participar. O grupo B, com 55%, escolheu esta alternativa, o que caracteriza uma *média relevância* em ambos grupos. A segunda alternativa de maior porcentagem escolhida foi a referente a não gostariam de participar: o grupo A, com um total de 25% e o B, com 30% (*pouca relevância*). As porcentagens não assinalam diferenças significativas quando se comparam ambos grupos;

As *categorias* surgidas correspondem a:

- *os profissionais mantêm o domínio da consulta por causa do seu conhecimento*: o grupo A coloca que isto ocorre em 35% das atenções (*pouca relevância*); o B, identifica esta situação em 80% das ocasiões de atenção, o que é *altamente relevante*;

- *os profissionais devem motivar, ser mais ativos e dar maiores chances:* o grupo A com 40% e o B com 10%, representando *pouca relevância*;
- *a enfermeira dá mais confiança para participar:* o grupo A reconhece esta alternativa com 15% do total e o B 10%, evidenciando-se, também, uma *pouca relevância*.

j). O usuário aceita as orientações ou explicações:

A abordagem dessa questão mostrou respostas diversas, o que determinou que as alternativas, no caso do grupo A, fossem todas *pouco relevantes*. Observam-se duas questões com 35% (*sempre aceita e realiza tudo e só às vezes aceita*); uma de 25% (*sempre aceita e depois faz o que pode*).

No grupo B, ao contrário, as respostas assinalaram média e baixa relevância; às vezes aceita: 60% e sempre aceita e depois faz o que pode: 30%;

A diferença entre ambos grupos pode ser evidenciada no caso B, pois, embora em média relevância, concentrou mais opiniões na alternativa às vezes aceita (60%);

As *categorias* surgidas correspondem a:

- *as orientações são inalcançáveis, muito exigentes e não consideram as necessidades:* o grupo A representa 60% e o B, 50%, o que se interpreta como medianamente e pouco relevante;
- *o usuário aceita as orientações ou explicações porque os profissionais são os que têm o conhecimento:* o grupo A com 30% e o B, 50%, ambos denotam uma pouca relevância.

As opiniões, em ambos grupos, expressam duas temáticas diferentes, o que implica em dividir suas opções, determinando que elas apresentem uma *média e baixa relevância*, respectivamente.

k). Forma em que são entregues as orientações:

A alternativa que mais apresentou eleição, para o grupo A, foi a forma oral, com 75%. O grupo B, porém, optou pela forma oral, juntamente com a televisão e folhetos, com 65%, o que é *medianamente relevante*. As opções que ocupam segundo lugar, no

grupo A, são a forma oral, mais folhetos e conversações grupais, totalizando 15%; para o grupo B, ocupa o segundo lugar, a forma oral, com 30% (*pouca relevância*);

Pode-se apreciar que as alternativas identificadas diferem entre os grupos. Enquanto no grupo B percebe-se uma maior diversidade de possibilidades, no A, a forma oral, isolada, principalmente, é tida com maior frequência.

l). Forma de dar as orientações ou explicações que mais preferem os usuários:

Usuários do grupo A preferem a forma oral, mais folhetos e TV (90%). Da mesma forma, aparece o grupo B, com 90%, destacando-se uma *alta relevância* da eleição;

As *categorias* surgidas correspondem a:

- *as formas diversas da forma oral complementam-se, ajudam a fixar o conhecimento e motivam a cuidar a saúde e participar:* para o grupo A, esta alternativa teve 95% de preferências e para o B, 60%. Sendo o primeiro altamente relevante e o segundo, medianamente relevante;
- *o profissional que dá mais confiança e segurança é a enfermeira:* o grupo A reconhece esta hipótese com 5% e o B, com 40% (*pouca relevância*).

m). Alternativas que oferecem as formas de receber as orientações:

Maioritariamente e, portanto, em porcentagem *altamente relevante*, encontra-se a opção *saber mais sobre a saúde, informar-se melhor e esclarecer dúvidas:* grupo A, com 90% e B, 80%.

n). Categorias surgidas em relação a outras opiniões a respeito da orientação:

- *Melhorar a qualidade das orientações e explicações com formas mais motivadoras, participativas e centradas nas necessidades de cada usuário:* 70% dos participantes que compõem o grupo A e 100% do grupo B apoiam esta alternativa. Percebe-se a *alta relevância* dada pelo grupo B;
- *Sistema de saúde tem que mudar em função das pessoas e deixar de ser burocrático:* esta opção foi proposta pelo grupo A num total de 30% (*baixa relevância*).

5.2 - Segundo fonte de informação

Agora, serão indicadas as características das categorias, segundo a frequência com que aparecem no grupo, idosos (C) e diabetes (D). As questões realizadas na entrevista apresentam-se como afirmações.

a). Os usuários recebem orientações e explicações sobre a saúde:

- 60% do grupo C responde que os profissionais *orientam* e 40% dizem ser *só às vezes*; 70% do grupo D dizem que os profissionais sempre orientam, representando uma *média relevância*; 30% do mesmo grupo diz orientarem *só às vezes*;

Os grupos não marcam uma diferença a respeito das possibilidades de receber orientação em saúde. Ambos consideram tal possibilidade como de *média relevância*.

Para usuários que consultam em C, o lugar onde mais lhes dão orientações ou explicações sobre a saúde é tanto no *consultório como no hospital*, resultando em 50% para cada proposição. Por sua vez, o outro grupo (D) assinala, com 60%, ser no hospital que as orientações e explicações são dadas e, com 40%, ser no consultório. O primeiro grupo atribui igual importância tanto ao consultório como ao hospital e o grupo D atribui uma *alta relevância* às orientações entregues no hospital.

b). O profissional que dá as orientações ou explicações corresponde a:

Ambos grupos escolhem, com 60%, a *assistente social* e com 40% *toda a equipe*. As porcentagens apresentam, aqui, aspectos similares no que se refere a concordar com os profissionais escolhidos. Em ambos, a primeira eleição corresponde ao critério de *média relevância* (assistente social) e a segunda eleição (toda a equipe) baixa relevância.

c). Os profissionais perguntam ao usuário se desejam receber orientações ou explicações em saúde:

Tanto os usuários do grupo C como do D opinam que *não são consultados*, num percentual de 70%, o que pode ser qualificado como de *média relevância*. Quanto às outras opções, o percentual é de 10%;

As *categorias* que surgem em relação às opiniões são as seguintes:

- *os profissionais decidem e resolvem o que orientar*: o grupo C opina com 90%, o que é altamente relevante. O grupo D, por sua vez, atribui *média relevância* a esta situação com 70%;
- *os usuários têm que perguntar para não ficarem com dúvidas*: isto é identificado por um número baixo de usuários: 10% no caso de C e 30% no de D, o que representa *pouca relevância*.

d). Os usuários sentem desagrado quando não lhes perguntam:

A maior porcentagem, para o grupo C, é para a alternativa *sempre é desagradável*, com 50%. Logo atrás, vem a alternativa *não desagrada porque não existe outra possibilidade*, com 30%. Ambas representam uma *baixa relevância*;

Para o grupo D, a maior porcentagem é para a alternativa *não desagrada porque não existe outra chance*, com 80%, o que caracteriza uma *alta relevância*. Quanto às demais alternativas, cada uma respondeu por 10%;

De acordo às porcentagens, é possível afirmar que o grau de desagrado apresenta nestes usuários eleições opostas. Enquanto no primeiro grupo *sentir desagrado é medianamente relevante*, no segundo (D), é *altamente relevante* o fato de *não se desagrada*;

Em relação a *se gostariam que lhes perguntassem*, as porcentagens são as seguintes:

- o grupo C refere, num total de 100%, que *preferiam que lhes perguntassem*, o que é congruente com a eleição anterior;
- os usuários do grupo D referem, com 50%, que *preferiam que lhes perguntassem* e com 50% que *preferiam que não lhes perguntassem*. Este grupo reafirma uma postura dividida e, de alguma forma, tende a reafirmar o fato de não se importar que os profissionais não lhes consultem;

As *categorias* que mais freqüentemente surgem são as seguintes:

- *os profissionais devem motivar, dar tempo e confiança para perguntar além da doença*: isto foi escolhido por 50% do grupo C e por 10% do grupo D, indicando *pouca relevância*;
- os usuários sentem-se acostumados com que não lhes perguntem: o grupo C assinou 20% a esta categoria (*baixa relevância*) e o D, 80% (*altamente relevante*). Mantendo a postura assinalada por eles anteriormente;
- *se os profissionais perguntassem, motivariam também a perguntar e cuidar a saúde com mais segurança*: ambos grupos atribuíram 30% (grupo C) e 10% (grupo D) a esta proposição, representando uma *baixa relevância*.

e). Os profissionais, ao orientarem, concedem tempo para fazer perguntas ou esclarecer dúvidas:

- 70% dos usuários que consultam em C e 90% dos usuários que consultam em D escolhem a alternativa *sempre dão tempo*, verificando-se uma *alta relevância* no caso de D e média no caso C. A questão só às vezes foi colocada por 30%, pelo C, e 10%, pelo D;

As opiniões de ambos grupos centram-se em sempre lhes dão tempo, sendo *média e altamente relevante* no grupo C;

As *categorias* mais freqüentemente surgidas correspondem a:

- *pouco tempo da consulta e a falta de disposição dos profissionais não permite fazer perguntas ou tirar dúvidas*: para usuários de C, isto ocorre em 100% das ocasiões, sendo altamente relevante. No caso do D, isto é pouco relevante, já que tal alternativa só foi apontada por 10% do grupo;
- *aceitar o tempo concedido sem se questionar*: isto foi reconhecido como de alta relevância somente por usuários de D (90%), reafirmando sua postura de passividade e aceitação, já indicada com anterioridade;

Observa-se que, em ambos grupos, a situação apresenta diferenças bastante marcantes. Enquanto no segundo a situação é *altamente relevante*, no primeiro (C) não há reconhecimento e, portanto, nem a aponta.

f). Os profissionais escutam as perguntas dos usuários:

As opiniões dos usuários que consultam em C escolhem a alternativa às vezes com um percentual de 60% o que corresponde a *medianamente relevante*; o grupo D, escolhe num percentual de 80% sendo para eles *altamente relevante*. A alternativa *nunca escutam* é assinalada por 40% e 20%, respectivamente (*pouca relevância*).

Ambos apresentam uma diferença entre a frequência dos aspectos escolhidos, sendo o D, o que destaca maior porcentagem;

As *categorias* surgidas neste caso são:

- *os profissionais não estão dispostos a escutar por falta de tempo e/ou porque atendem outros assuntos durante a consulta*: ambos grupos concordam com esta categoria num total de 100%, o que é *altamente relevante*.

g). O usuário sente que as orientações estão de acordo com o que ele pensa ou quer:

- 50% dos usuários de C concordam com alternativa sempre, sendo esta eleição *pouco relevante*. 60% dos usuários de D lhe concedem uma *média relevância*. A questão às vezes é escolhida por 40% de C e por 30% de D (*baixa relevância*);

As porcentagens distribuem-se em duas alternativas, o que faz com que a maior porcentagem apresente uma *média relevância*;

As *categorias* que mais frequentemente surgem são:

- *não podem existir desacordos com os profissionais porque eles são os que sabem, especialmente o médico*: 50% dos usuários de C concedem-lhe uma baixa relevância e 60% de D, uma *média relevância*;
- *as orientações e/ou explicações são pouco claras e deixam dúvidas*: 40% dos usuários de C e de D concordam em afirmar tal proposição, qualificando-a de *pouco relevante*.

h). Os profissionais respeitam as diferenças de opinião dos usuários e concedem tempo para dar e explicar as questões:

- Usuários de C opinam, com 40%, que *não sabem se a sua opinião é respeitada* e 30% asseguram que os profissionais *não respeitam sua opinião (pouca relevância* em ambos casos).
- 60% dos usuários de D consideram a alternativa *não sabem se é respeitada sua opinião*, o que a caracteriza como de *média relevância*. A questão não respeitam sua opinião não foi escolhida, como possibilidade.

A maior porcentagem, por parte do grupo D (*média relevância*), foi para a alternativa *não sabem se é respeitada sua opinião*; grupo C (40 e 30%) reconhece também uma atitude negativa por parte do profissional e sua escolha recai sobre as alternativas *não sabem se é respeitada sua opinião* e *não respeitam sua opinião*.

As *categorias* mais freqüentes surgidas correspondem a:

- *não é possível estar de acordo com os profissionais porque eles escutam só o que querem escutar e não dão confiança para expressar opiniões*: usuários de C, em 70% das vezes, assinalam esta alternativa (medianamente relevante) e os usuários de D, em 80% (*altamente relevante*);
- *os profissionais, por seu conhecimento, sentem ter razão e direcionam a saúde de acordo com o seu ponto de vista*: esta afirmação foi indicada por 30% dos usuários de C e por 20% dos usuários de D, caracterizando uma baixa relevância.

i). Os profissionais pedem ajuda e cooperação no momento de dar explicações ou orientações:

- Usuários do grupo C consideram que em 90% das vezes *nunca lhes pedem cooperação e ajuda*, o que é *altamente relevante*; 20% do grupo D, no entanto, escolheu esta alternativa, o que é *pouco relevante*. A segunda alternativa de maior porcentagem, escolhida por este último grupo, é a que se refere a *sempre lhes pedem ajuda e cooperação*, resultando em 70% e qualificando-a de medianamente relevante.

As opiniões de ambos grupos mostram diferenças importantes, no sentido de que identificam aspectos divergentes como *nunca lhes pedem ajuda e cooperação* e *sempre lhes pedem ajuda e cooperação*.

i.1) Em relação a se os usuários gostariam de participar:

50% dos usuários de C e 10% do grupo D identificam que *não gostariam de participar*, ambas pouco relevantes. A questão *sempre* é identificada por 40% do grupo C (*pouca relevância*) e por 70% do D (*média relevância*).

Observam-se que as opiniões dos usuários, em média, concentram-se na alternativa *sempre*.

As *categorias* mais freqüentes surgidas correspondem a:

- os profissionais mantêm o domínio da consulta por causa de seu conhecimento: o grupo C e D responde que isso ocorre em 80% das atenções, representando uma alta relevância;
- os profissionais devem motivar, ser mais ativos e dar mais possibilidades: 10% dos grupos C e D optam por esta alternativa, apresentando-se pouca relevância;
- a enfermeira dá mais confiança para participar: 10% dos grupos C e D reconhecem esta alternativa, assinalando, também, pouca relevância.

j). O usuário aceita as orientações ou explicações:

- Do grupo C, 70% dos usuários optam pela alternativa às vezes aceita e 20% pela sempre aceita e depois faz o que pode, representando, respectivamente, uma *média e baixa relevância*.
- No grupo D, as respostas caracterizaram uma baixa relevância, pois 50% dos usuários optaram pela alternativa às vezes aceita e 40% pela aceita e depois faz o que pode.

Na comparação de ambos grupos, foi possível deduzir que a alternativa às vezes teve, em média, o maior número de freqüência.

As *categorias* surgidas correspondem a:

- *as orientações são inalcançáveis, muito exigentes e não consideram as necessidades*: 60% do grupo C e 40% do grupo D reconheceram esta alternativa como verdadeira, interpretando-se, respectivamente, de maneira média e pouco relevantes;
- *o usuário aceita as orientações ou explicações porque os profissionais são os que têm o conhecimento*: 40% do grupo C e 60% do D dizem ser de fato a realidade, demonstrando-se baixa e média relevância;

As opiniões, em ambos grupos, expressam duas temáticas diferentes, o que implica em dividir suas opiniões e determinar que elas apresentem uma *média e baixa relevância*.

k). Forma em que são entregues as orientações:

- 100% do grupo C dizem ser a forma oral, mais TV e folhetos a melhor maneira de receber orientações, o que é altamente relevante. O grupo D, para essa mesma questão, totalizou 30% (*baixa relevância*). Porém, para a forma oral, 60% deste mesmo grupo, apontou como sendo de *baixa relevância*.

Pode-se apreciar que as opiniões assinalam diferenças em ambos grupos, visto que o grupo que aparece com maior diversidade de possibilidades é o C, enquanto que, para o D, a forma oral é a de maior frequência de aparição.

l). Forma de dar as orientações que mais preferem os usuários:

- 100% e 80% dos grupos C e D, respectivamente, preferem a forma oral, mais folhetos e TV, destacando-se a *alta relevância* da eleição.

As *categorias* surgidas correspondem a:

- *formas diferentes à forma oral complementam-se, ajudam a fixar o conhecimento e motivam a cuidar a saúde e participar*: esta questão teve 50% de preferências para o grupo C e 70% para o grupo D, sendo para o primeiro pouco relevante e para o segundo, medianamente relevante.
- *o profissional que dá mais confiança e segurança é a enfermeira*: 50% do grupo C e 30% do D reconhecem esta alternativa (*baixa relevância*).

m). Alternativas que oferecem as formas de receber orientações:

Maioritariamente e, portanto, em porcentagens de *alta relevância* (grupo C e D, 80% respectivamente) encontra-se a opção *saber mais sobre a saúde, informar-se melhor e esclarecer dúvidas*.

n). Categorias encontradas em relação a outras opiniões a respeito das orientações:

Melhorar a qualidade das orientações e explicações com formas mais motivadoras, participativas e centradas nas necessidades de cada usuário: 100% dos que compõem os grupos C e D apoiam esta questão, considerando-a altamente relevante.

5.3 - Resumo das categorias mais freqüentes

Grupo Medicina Geral (A) / Idosos - Diabetes (B)

(indicam-se somente as porcentagens medianamente e altamente relevantes)

- *os profissionais não perguntam ao usuário se desejam receber orientações ou explicações em saúde (80% grupo A; 70% grupo B);*
- *os profissionais são os que decidem e resolvem o que orientar (ambos grupos com 80%);*
os usuários preferiam que lhes perguntassem (grupo A 90%; grupo B 75%);
- *os profissionais devem motivar, dar tempo e confiança para perguntar além da doença (grupo A 60%);*
- *os profissionais, ao orientarem, às vezes dão tempo para se fazer perguntas ou tirar dúvidas (grupo A 60%);*
- *os profissionais, ao orientarem, sempre dão tempo para fazer perguntas ou tirar dúvidas (grupo B 80%);*
- *os profissionais nem sempre escutam as perguntas dos usuários (grupo A 80%; grupo B 70%);*
- *os profissionais não estão dispostos a ouvir por falta de tempo e/ou porque atendem outros assuntos durante a consulta (grupo A e B 100%);*
- *o usuário sente que as orientações só às vezes estão de acordo com o que ele pensa ou quer (grupo A 85%);*
- *os usuários não sabem se os profissionais respeitam as diferenças de opinião e concedem tempo para dar e explicar questões (grupo A 75%);*
- *os profissionais, escutam só o que querem escutar e não dão confiança para expressar opiniões (grupo A 60%; grupo B 75%);*

- *os profissionais nunca pedem ajuda e cooperação no momento de dar explicações ou orientações (grupo A 65%);*
- *os usuários dizem que gostariam de participar (grupo A 70%);*
- *os profissionais mantêm o domínio da consulta por causa de seu conhecimento (grupo B 80%);*
- *o usuário, às vezes, aceita as orientações ou explicações (grupos B 60%);*
- *as orientações dos profissionais são inalcançáveis, muito exigentes e não consideram as necessidades (grupo A 60%);*
- *a forma mais freqüente de dar orientações corresponde à forma oral (grupo A 75%);*
- *a forma mais freqüente de dar orientações corresponde à forma oral, mais TV e folhetos (grupo B 65%);*
- *a preferência dada pelos usuários para a entrega de orientações é a forma oral, mais folhetos e/ou TV (90% em ambos grupos);*
- *as formas diferentes da forma oral complementam-se, ajudam a fixar o conhecimento e motivam a cuidar a saúde e participar (grupo A 95%; grupo B 60%);*
- *as formas de receber orientações, a oral, mais folhetos e/ou TV favorecem o saber mais sobre a doença, informar-se melhor e esclarecer dúvidas (grupo A 90%; grupo B 80%);*
- *melhorar a qualidade das orientações e explicações com formas mais motivadoras, participativas e centradas nas necessidades de cada usuário (grupo A 70%; grupo B 100%).*

5.4 - Resumo das categorias mais freqüentes Grupo Idosos (C) / Diabetes (D)

(indicam-se somente as porcentagens média e altamente relevantes);

- *os usuários recebem orientações e explicações sobre sua saúde (grupo C 60%; D 70%);*
- *o lugar onde recebem orientações e explicações sobre a saúde é no hospital (grupo D 60%);*

- *o profissional que dá orientações ou explicações corresponde à assistente social (grupo C e D 60%);*
- *os profissionais não perguntam ao usuário se desejam receber orientações ou explicações em saúde (80% grupo A; 70% grupo B);*
- *os profissionais são os que decidem e resolvem o que orientar (grupo C e D 80%);*
- *os usuários não sentem desagrado quando não lhes perguntam, porque não existe outra chance (grupo D 80%);*
- *os usuários preferiam que lhes perguntassem (grupo C 100%);*
- *os usuários sentem-se acostumados a não lhes perguntarem (grupo D 80%);*
- *os profissionais, ao orientarem, concedem tempo para fazer perguntas ou esclarecer dúvidas (grupo C 70%; grupo D 90%);*
- *o pouco tempo da consulta e a falta de disposição dos profissionais não permite fazer perguntas ou tirar dúvidas (grupo C e D 100%);*
- *o usuário aceita o tempo concedido sem questionamento (grupo D 90%);*
- *os profissionais nem sempre escutam as perguntas dos usuários (grupo C 60%; grupo D 80%);*
- *os profissionais não estão dispostos a ouvir por falta de tempo e/ou porque atendem outros assuntos durante a consulta (grupo C e D 100%);*
- *o usuário sente que as orientações estão de acordo com o que ele pensa ou quer (grupo D 60%);*
- *não podem existir desacordos entre os profissionais porque eles são os que sabem, especialmente o médico (grupo D 60%);*
- *os usuários não sabem se os profissionais respeitam sua opinião (grupo D 60%);*
- *não é possível estar de acordo com os profissionais porque eles só escutam o que querem ouvir e não dão confiança para expressar opiniões (grupo C 70%; grupo D 80%);*
- *os profissionais nunca pedem ajuda e cooperação no momento de dar explicações ou orientações (grupo C 90%);*
- *os profissionais sempre pedem ajuda e cooperação no momento de dar explicações ou orientações (grupo D 70%);*
- *os usuários dizem que gostariam de participar (grupo D 70%);*

- *os profissionais mantêm o domínio da consulta por causa de seu conhecimento (grupo C e D 80%);*
- *o usuário, às vezes, aceita as orientações ou explicações (grupos C 70%);*
as orientações dos profissionais são inalcançáveis, muito exigentes e não consideram as necessidades (grupo C 60%);
- *o usuário aceita as orientações ou explicações porque os profissionais são os que têm o conhecimento (grupo D 60%);*
- *o usuário aceita só às vezes as orientações ou explicações (grupo C 70%);*
- *a forma mais freqüente de dar orientações corresponde à forma oral, mais TV e folhetos (grupo C 100%);*
- *a forma mais freqüente de dar orientações corresponde à forma oral (grupo D 60%);*
- *a preferência dada pelos usuários para a entrega de orientações é a forma oral, mais folhetos e/ou TV (grupo C e D 100 e 80%);*
- *as formas diferentes da forma oral complementam-se, ajudam a fixar o conhecimento e motivam a cuidar a saúde e participar (grupo D 70%);*
- *as orientações e explicações devem melhorar sua qualidade com formas mais motivadoras, participativas e centradas nas necessidades de cada usuário (grupo C e D 100%);*
- *as formas de receber as orientações: oral, mais folhetos e TV permitem saber mais sobre a saúde, informar-se melhor e esclarecer dúvidas (grupo C e D 80%).*

5.5 - Aspectos relevantes surgidos do processo de inferência/qualificação

Neste momento, vão-se assinalar e destacar as freqüências de aspectos identificados logo após a realização do processo de inferência. Não vai ser empregado o critério utilizado anteriormente, relativo às porcentagens, mesmo porque, em muitos casos, as inferências surgidas apresentaram conteúdos com significações similares, ou seja, foram excludentes umas das outras. Para fazer as comparações, então, será desenvolvido um esquema que favorecerá na descoberta de diferenças referentes às porcentagens mais altas quanto às inferências salientadas em cada ponto da análise.

Os usuários participantes, como já apresentados, serão identificados por: grupo de medicina (A) e idosos/diabetes (B) (anexo 5). A presente análise foi efetuada a partir das perguntas c a j, por razões já determinadas anteriormente.

c). Problemas ou causas identificadas em relação a: se os profissionais perguntam se os usuários desejam receber orientações

O aspecto mais importante estão em relação a:

- *os profissionais não perguntam porque, baseados no seu conhecimento, decidem orientar e/ou responder só aspectos pontuais da doença:* grupo A e B 80%;

Aspectos que aparecem com *menor freqüência* nas inferências dizem respeito às seguintes situações:

- *os profissionais, só às vezes, perguntam, pois se centram no que eles consideram necessário:* grupo A 10%; grupo B 20%;
- *não identifica problemas e considera que os profissionais não necessitam perguntar:* grupo A 5% em cada caso.

c.1) Conseqüências que provocam os problemas identificados:

Observa-se que, ambas inferências evidenciam duas situações que se interrelacionam, ou seja, o predomínio do saber profissional produz uma insatisfação de necessidades educativas, o que conduz a dúvidas e inibição do direito de perguntar, fomentando passividade e falta de autonomia. É assim que a primeira inferência causa o efeito que se assinala na segunda proposição. Tais inferências, acima colocadas, indicam as seguintes porcentagens:

- *predomínio do saber profissional sobre as necessidades do usuário, o que fomenta passividade e falta de autonomia e inibe o direito de perguntar:* esta situação foi verificada no grupo B, com 80% e no grupo A, com 55%;
- *a segunda refere-se à falta de resposta às necessidades educativas, o que conduz à insatisfação e dúvidas:* grupo A 45%; grupo B 20%.

c.2) Significado dos problemas e conseqüências para o usuário:

Os *significados e conseqüências* são em relação a:

- *inibir o direito de perguntar e ficar com dúvidas:* grupo A 60% e grupo B 15%;

- *manifestar uma atitude passiva e de dependência, favorecendo a permanência de dívidas*: grupo A 40% e grupo B 80%. É possível destacar, neste caso, que, em ambas proposições, repete-se a possibilidade de dúvidas, o que traduz que, tanto uma como a outra, produzem o mesmo efeito;
- *aceitar a prática educativa da forma como foi entregue, desconhecendo seus direitos*: esta situação só é reconhecida por 5% do grupo B.

d). Causas identificadas em relação ao grau de satisfação ou de insatisfação dos usuários quando não são consultados sobre o desejo de receber orientações:

As opiniões, neste ponto, foram variadas, uma vez que as porcentagens foram distribuídas em diferentes proposições. Observa-se que aquelas que fazem menção a não lhes desagrada, porque é a única alternativa que lhes é apresentada e às vezes lhes desagrada, concordam em destacar que *preferiam uma forma diferente*. Confirmam que a situação, como tal, lhes é desagradável e que a melhor solução está em aceitar e conformar-se com a alternativa que lhes é apresentada.

- *sentem desagrado porque percebem a falta de tempo, tranquilidade, confiança e motivação para perguntar*: grupo A 25%; grupo B 35%;
- *não lhes desagrada porque é a única alternativa que se apresenta, mas gostariam de uma forma diferente*: grupo A 45%; grupo B 10%;
- *às vezes lhes desagrada, gostariam de uma forma diferente*: grupo A 20%; grupo B 15%;
- *não se desagrada, porque não precisam lhes perguntar*: grupo A 10%; grupo B 40%.

d.1) Conseqüências que provocam os problemas identificados:

As *conseqüências* marcam uma diferença importante em ambos grupos. Enquanto no grupo A, as condutas autoritárias/paternalistas inibem a possibilidade de perguntar e de participar, no grupo B, isto acarreta em resultados mais negativos, no sentido de aumentar atitudes passivas e de aceitação. Observa-se, por outro lado, que a presença de posturas autoritárias/paternalistas estão presentes em todas as alternativas. Apenas um usuário expõe atitudes de conquista da mesma situação, aspecto este que vai ser observado através de toda a presente análise.

- *predomínio de condutas evitáveis e coercitivas que confirmam posturas autoritárias/paternalistas e que inibem a chance de perguntar e de participar: grupo A 60%; grupo B 35%;*
- *prática profissional autoritária/paternalista que entrega orientação sem propósitos definidos e não considera as características individuais: grupo A 20%; grupo B 5%;*
- *exacerbação de atitudes passivas e de aceitação: grupo A 15%; grupo B 60%;*
- *manifestação de condutas ativas como uma forma de superar a situação adversa que se apresenta: grupo A 5%.*

d.2). Significado das conseqüências identificadas pelo usuário:

- *insatisfação, dúvidas e sentimento de falta de respeito e de ignorância: grupo A 35%; grupo B 5%;*
- *reclamações pelo direito de ser escutado e de receber uma educação em saúde mais motivadora, inovadora e digna: grupo A 50% e B 35%;*
- *atitude usuária passiva e incremento da falta de autonomia: grupo A 10% e grupo B 60%;*
- *busca pessoal para satisfazer suas necessidades: grupo A 5%.*

Marca-se, aqui, também, a tendência do grupo B em manter atitudes passivas e falta de autonomia (60%). Ao contrário, o grupo A assinala conseqüências negativas e sente seu desagrado, o que se observa através de três das quatro inferências expostas.

e). Problemas ou causas identificadas em relação a: se os profissionais dão tempo para que se façam perguntas e se tirem dúvidas

- *não dão tempo porque não individualizam a atenção: grupo A 40% e B 5%;*
- *só às vezes, por falta de tempo e por falta de disposição: grupo A 60% e B 35%;*
- *aceitam o tempo concedido sem questionamento: grupo B 60%.*

O grupo A assinala condutas que revelam uma atenção deficiente, com características autoritárias e paternalistas. Em contrapartida, o grupo B concebe o tempo sem questionamento e uma falta constante de perguntar frente à atenção recebida.

e.1). Conseqüências que provocam os problemas identificados:

- *conduta profissional autoritária e paternalista que inibe a chance de perguntar e não valoriza o direito digno de ser respeitado e escutado: grupo A 50% e grupo B 20%;*
- *fomento de atitudes do usuário passivas e de aceitação: grupo A 5% e grupo B 60%;*
- *prática profissional inconsistente que favorece uma atitude de desconfiança e dúvida: grupo A 40% e grupo B 20%;*
- *buscar possibilidades de forma pessoal: grupo A 5%.*

Repete-se o comentário feito no ponto anterior que faz alusão ao grupo B, caracterizado pela manutenção da aceitação e passividade e pela falta de questionamento frente à educação em saúde.

e.2). Significado das conseqüências identificadas pelo usuário:

- *sentimento de dúvidas, falta de chance de escutar respostas oportunas e de comunicar-se com o profissional: grupo A 50% e B 30%;*
- *vivência de uma prática educativa sem intencionalidade: grupo A 5% e B 10%;*
- *atitude passiva que leva a desconhecer os próprios direitos como usuário da saúde manifestando uma atitude de desconfiança e insatisfação: grupo A 35% e B 15%;*
- *atitude ativa que facilita sua participação: grupo A 10%;*
- *atitude passiva e de aceitação que leva a desconhecer os próprios direitos como usuário da saúde: grupo B 45%.*

Percebe-se, neste ponto, que as porcentagens distribuem-se de forma mais ou menos uniforme nas inferências realizadas. Em todas elas, reflete-se uma conduta como resposta a posturas autoritárias e paternalistas e uma porcentagem de coincidência entre ambos grupos sobre o sentimento de dúvidas, falta de chance de escutar respostas oportunas e de comunicar-se com o profissional (50% grupo A e 30 em B). Prevalendo a predisposição de aceitação e passividade do grupo B.

f). Problemas ou causas identificadas em relação a: se os profissionais escutam

- *só às vezes porque não existe tempo suficiente e os profissionais atendem de uma vez vários assuntos: grupo A 80% e B 100%. Detecta-se, aqui, um amplo acordo relativo a este aspecto, confirmando a presença de condutas autoritárias e paternalistas que marcam o desacordo indicado pelos usuários;*
- *não escutam porque os profissionais não se centram nas necessidades dos usuários: grupo A 20%. Detecta-se, aqui, um amplo acordo relativo, em que os profissionais escutam, mas de forma deficiente, confirmando a presença de posturas autoritárias e paternalistas que marcam o índice de desacordo manifestado pelos usuários.*

f.1). Conseqüências que provocam os problemas identificados:

- *falta de disponibilidade para escutar, negando a possibilidade de diálogo, dificultando vivências de autonomia e liberdade: grupo A 55% e B 90%. Evidencia-se, neste caso, uma conseqüência fundamental que determina possivelmente, o porquê do grupo B manter condutas passivas e de aceitação;*
- *conduta profissional evitável e coercitiva que conduz a posturas profissionais inconsistentes, autoritárias e paternalistas: grupo A 45% e B 10%;*

O grupo A reitera, em ambas inferências, a identificação de condutas autoritárias e paternalistas que impedem uma atenção efetiva e eficiente.

f.2). Significado das conseqüências identificadas pelo usuário:

- *manter uma atitude passiva e de aceitação na qual só às vezes fazem conscientes suas necessidades educativas: grupo A 25% e B 70%;*
- *sensação de insatisfação, frustração e desconfiança: grupo A 45% e B 30%;*
- *manter uma atitude ativa insistindo em perguntar com a intenção de satisfazer as necessidades: grupo A 30%.*

Atitudes passivas e de aceitação repetem-se, especialmente, no grupo B (70%). Ao contrário, embora em baixa porcentagem, o grupo A inclina-se para condutas ativas (30%). Por outro lado, mantém sua postura de identificação com condutas autoritárias e

paternalistas que privam de uma atenção efetiva, eficiente e comprometem a liberdade e autonomia dos usuários.

g). Problemas ou causas identificadas em relação a se: as orientações concordam com a forma de pensar ou querer dos usuários

- *só às vezes concordam com as orientações porque o profissional é quem decide o que orientar e suas explicações são pouco claras e pouco consistentes: grupo A 85% e B 40%;*
- *não concordam com a forma de pensar dos profissionais porque não respondem às necessidades: grupo A 10% e B 5%;*
- *concordam com sua forma de pensar porque aceita só o que precisa e pode realizar: grupo A 5%;*
- *sempre concordam porque aceitam tudo o que o profissional orienta: grupo B 55%.*

A porcentagem maior concentra-se, no grupo A (85%); no fato de que *os profissionais são os que decidem o que orientar*, onde se insere, também, no problema central detectado, o da autoridade e paternalismo dos profissionais. As demais inferências, embora de menor porcentagem, apresentam o mesmo problema.

g.1). Conseqüências que provocam os problemas identificados:

- *conduta autoritária e paternalista na qual predomina o conhecimento do profissional, inibindo a chance de participação e de individualização da atenção: 50% em ambos grupos;*
- *orientações que não se centram nas necessidades dos usuários, são pouco concretas, inalcançáveis e favorecem a passividade e a falta de autonomia: grupo A 45% e B 5%;*
- *conduta ativa que defende sua experiência e tenta fazer respeitar sua opinião: grupo A 5%;*
- *conduta paternalista que favorece a passividade do usuário: grupo B 45%.*

As *conseqüências* manifestam, de maneira uniforme, o descontentamento de parte dos usuários pela presença de condutas autoritárias e paternalistas. As que, principalmente, inibem a possibilidade de participação e de individualização da atenção,

ao mesmo tempo não satisfazem as necessidades e favorecem, em ambos grupos, à passividade e à falta de autonomia.

g.2). Significado das conseqüências identificadas pelos usuários:

- *inibição para participar, insatisfação das necessidades por falta de respostas oportunas e atenção despersonalizada*: grupo A 65%; grupo B 75%;
- *conduta passiva e de aceitação*: grupo A 30%; grupo B 25%;
conduta ativa que lhe permite valorar sua experiência buscando a possibilidade de emitir sua opinião: grupo A 5%.

Observa-se como são repetidos os significados de conseqüências já identificadas anteriormente, como é o caso da inibição para participar, insatisfação das necessidades por falta de respostas oportunas e atenção despersonalizada. Esta última apresenta a maior porcentagem, verificando-se 65% no grupo A e 75% no B.

h). Problemas ou causas identificadas a: se os profissionais respeitam as diferenças de opinião dos usuários e se lhes dão tempo para explicar questões

- *não é possível ter desacordo com a orientação porque os profissionais são os que têm o conhecimento e não é possível saber se eles respeitam diferenças de opinião*: grupo A 75% e grupo B 80%. Produz-se, neste ponto, um alto nível de concordância em ambos grupos, confirmando-se o anterior, o respeito às características autoritárias e paternalistas por parte dos profissionais;
- *às vezes dão tempo, mas as explicações não respondem às necessidades; nem sempre respeitam as diferenças de opinião*: grupo A 25%. Esta inferência destaca, por sua vez, a falta de qualidade do tempo que é concebido para explicar e conclui que as explicações que provêm dos profissionais não responde às necessidades dos usuários;
- *os profissionais respeitam a diferença de opinião e dão tempo*: grupo B 20%. Infere-se que esta porcentagem é, também, produto da presença de condutas de aceitação, passividade e falta de questionamento deste grupo. Isto é fundamentado pelos antecedentes recolhidos ao longo de todo o processo de inferência.

h.1). Conseqüências que provocam os problemas identificados:

- *conduta autoritária e paternalista manifestada, neste caso, pelo poder que outorga o conhecimento de alguns profissionais através de uma comunicação unidirecional e coercitiva que não respeita diferenças de opinião: grupo A 95% e grupo B 100%. A explicação, aqui, é igual à do ponto anterior, visto o nível de concordância entre ambos grupos. Isto reafirma a opinião dos usuários, o respeito às características autoritárias e paternalistas demonstradas pelos profissionais;*
- *busca individual de participar para que respeitem a diferença de opinião: grupo A 5%.*

h.2). Significados das conseqüências identificadas para o usuário:

- *falta de disponibilidade para o diálogo e uma comunicação vertical que dificulta a possibilidade de expressão: grupo A 60% e grupo B 35%;*
- *falta de confiança para estabelecer um diálogo, o que significa ficar com dúvidas e insatisfação frente a uma prática que não individualiza a atenção: grupo A 35% e B 30%;*
- *inibir a liberdade de falar e expressar diferenças de opinião, fomentando condutas passivas e dependentes: grupo B 35%;*
- *manter uma conduta sempre ativa: grupo A 5%.*

As duas primeiras inferências apontam para um assunto em comum, referente a problemas de comunicação provenientes de uma atenção que privilegia o conhecimento e poder profissional. Por um lado, este déficit não oferece abertura à comunicação e, por outro, produto deste impedimento, coarta a confiança para estabelecer o diálogo.

i). Problemas ou causas identificadas em relação a: pedir ajuda e participação no momento da consulta

- *os profissionais não pedem cooperação, não motivam nem dão chances para participar: grupo A 65% e B 80%. A porcentagem que oferece esta afirmação assinala um importante grau de concordância entre ambos grupos, colocando um novo antecedente às características da prática profissional descrita até o momento. Chama a atenção, especialmente, a porcentagem pertencente ao grupo B que recebe,*

na sua atenção, educação para a saúde de maneira mais sistemática e organizada que o primeiro;

- *os profissionais, às vezes, permitem participar*: grupo A 35% e B 20%.

i.1). Conseqüências que provocam os problemas identificados:

- *instância educativa sem intencionalidade na qual predomina a ação profissional, impossibilitando participar e favorecendo condutas passivas*: grupo A 50% e B 80%.
A manifestação deste tipo de condutas, no grupo B, é um aspecto importante a ser ressaltado, tendo em vista a repetição com a qual aparece em diferentes instâncias durante a análise;
- *conduta profissional pouco motivadora e inadequada às características pessoais*: grupo A 45% e B 20%;
- *busca pessoal pela chance de participar, insistindo em fazer valer seus direitos*: grupo A 5%.

Mais uma vez, é possível observar como as conseqüências estão intimamente ligadas. A segunda, por exemplo, é produto da assinalada em primeiro lugar. Portanto, pode-se dizer que o grau de desacordo é unânime, considerando, ademais, que a terceira inferência indica uma postura pessoal como reação ao déficit assinalado.

i.2). Significado das conseqüências identificadas pelo usuário:

- *ambiente desmotivador da consulta aumenta a permanência de condutas de aceitação e passividade e incrementa a desconfiança de receber uma prática diferente*: 50% tanto para o grupo A como para o B;
- *sentimento de insatisfação e frustração na tentativa de querer participar, o que significa receber uma prática educativa sem compreensão da intencionalidade e que não considera os direitos dos usuários da saúde*: grupo A 40% e grupo B 50%;
- *responsabilizar-se por buscar alternativas de participação*: grupo A 10%.

O significado, neste ponto da análise, igualmente em outras inferências, distribui-se em proposições que respondem ao problema central mencionado, relativas a condutas autoritárias e paternalistas por parte dos profissionais. Portanto, resume-se como: "*condutas autoritárias e paternalistas inibem a participação dos usuários. Criam um*

ambiente desmotivador e aumentam a permanência de condutas de aceitação, passividade e desconfiança de receber uma prática diferente. Fazem surgir um sentimento de insatisfação e frustração na tentativa de querer participar, devido a uma prática educativa sem intencionalidade e que não considera os direitos dos usuários".

j). Problemas ou causas identificadas em relação a: aceitar as orientações ou explicações

- *sempre aceitam porque confiam nos profissionais, eles têm o conhecimento: grupo A 35% e B 15%;*
- *só às vezes aceitam porque as orientações são pouco concretas e não respondem às necessidades: grupo A 60% e B 70%;*
- *não aceitam as orientações porque estão fora do seu alcance: grupo A 5% e B 15%.*

Tanto a segunda como a terceira inferência formulam uma situação em comum referente ao fato de as orientações não responderem às necessidades, o que determina aceitá-las só às vezes ou não aceitá-las. A primeira inferência apresenta uma postura contrária no sentido de admitir as orientações pelo conhecimento que os profissionais possuem, mas não mencionam o grau de satisfação das suas necessidades.

j.1). Conseqüências que provocam os problemas identificados:

- *prática autoritária que não individualiza a atenção e impõe seu ponto de vista sobre as necessidades do usuário: grupo A 65% e grupo B 75%;*
- *favorece a aparição de condutas erradas por falta de individualização da atenção: grupo A 25%;*
- *conduta ativa com a intenção de fazer valer a livre vontade de decidir: grupo A 10% e B 25%.*

As principais conseqüências, neste caso, também identificam os déficits de atenção relativas à educação em saúde, enfatizando, especialmente, a condição autoritária e paternalista imposta pelos profissionais.

j.2). Significado das conseqüências identificadas pelo usuário:

- *sensação de dívidas e insatisfação de necessidades por falta de direcionamento da educação em saúde, o que leva ao fomento e/ou permanência de condutas passivas:* grupo A 90% e B 75%. A inferência realizada permite destacar a alta porcentagem, especialmente do grupo A, em relação aos aspectos que já foram reconhecidos anteriormente e que constituem a base de fundamentação do resultado de condutas profissionais autoritárias e paternalistas;
- *insistir em perguntar para conseguir um acordo profissional:* grupos A e B com 10%. Esta conduta manifesta o requerimento de adotar condutas ativas para satisfazer necessidades individuais;
- *aceitar tudo porque os profissionais são os que sabem:* grupo B 15%. Isto corresponde a outra expressão de condutas de aceitação e passividade por parte deste grupo.

5.6 - Aspectos relevantes surgidos do processo de inferência/qualificação (grupo idosos/diabetes)

Serão assinaladas e destacadas de maneira igual ao ponto F, as freqüências dos aspectos identificados logo após a realização do processo de inferência. Será utilizado o mesmo esquema em relação às comparações, realizando-se diferenças relativas às porcentagens mais altas quanto às inferências que se apresentaram em cada ponto de análise.

Os usuários participantes serão identificados como grupo de idosos (C) e diabetes (D) (*anexo 6*). A presente análise foi efetuada a partir da pergunta c a j, por razões já explícitas anteriormente.

c). Problemas ou causas identificadas em relação a: se os profissionais perguntam se os usuários desejam receber orientações

- *os profissionais não perguntam porque, baseados no seu conhecimento, decidem orientar e/ou responder só aspectos pontuais da doença:* grupo C 90%; grupo D 70%;

- *os profissionais, só às vezes, perguntam, pois se centram no que eles consideram necessário: grupo C 10%; grupo D 30%;*

Observa-se um importante grau de concordância quanto às porcentagens que se apresentam na primeira inferência. Especialmente o grupo C reafirma, maioritariamente (90%), a proposição em relação a identificar a manifestação de condutas paternalistas e autoritárias por parte dos profissionais.

c.1). Conseqüências que provocam os problemas identificados:

- *predomínio do saber profissional sobre as necessidades do usuário, o que fomenta passividade e falta de autonomia e inibe o direito de perguntar: esta situação foi verificada no grupo C, com 90% e no grupo D, com 70%. Esta alta porcentagem responde, por sua vez, à manifestação de condutas paternalistas e autoritárias por parte dos profissionais, identificada como problema no ponto anterior. Evidenciam-se, assim, três conseqüências: passividade, falta de autonomia e inibição do direito de perguntar;*
- *a segunda refere-se à falta de resposta às necessidades educativas, o que conduz à insatisfação e dúvidas: grupo C 10%; grupo D 30%. Ambos pouco relevantes, neste caso. Esta segunda conseqüência também é produto de uma atenção profissional com as características já mencionadas.*

c.2). Significado dos problemas e conseqüências para o usuário:

- *inibir o direito de perguntar e ficar com dúvidas: grupo D 30%;*
- *manifestar uma atitude passiva e de dependência, favorecendo a permanência de dúvidas: grupo C 90% e grupo D 70%;*
- *aceitar a prática educativa da forma como foi entregue, desconhecendo seus direitos: esta situação só reconhecida por 10% do grupo C.*

d). Causas identificadas em relação ao grau de satisfação ou de insatisfação dos usuários quando não são consultados sobre o desejo de receber orientações:

- *sentem desagrado porque percebem a falta de tempo, tranquilidade, confiança e motivação para perguntar: grupo C 60%; grupo D 10%;*

- não lhes desagrada porque é a única questão que se apresenta, mas gostariam de uma forma diferente: grupo C 20%;
- *às vezes lhes desagrada, gostariam de uma forma diferente*: grupo C 20%; grupo D 10%;
- não se desagramam, porque não precisam lhes perguntar: grupo D 80%.

Cabe destacar que as opiniões, neste ponto, apresentam uma forte discordância, visto que, enquanto o primeiro (C) sente desagrado porque percebem falta de tempo, tranqüilidade, confiança e motivação para perguntar, com 60%, o segundo, argumenta que não se desagrada porque não precisam lhes perguntar, com 80%, enfatizando uma falta de autonomia e passividade.

d.1). Conseqüências que provocam os problemas identificados:

- *Predomínio de condutas evitáveis e coercitivas que confirmam posturas autoritárias/paternalistas e que inibem a chance de perguntar e de participar*: grupo C 60%; grupo D 10%;
- *prática profissional autoritária/paternalista que entrega orientação sem propósitos definidos e não considera as características individuais*: grupo D 10%;
- *exacerbação de atitudes passivas e de aceitação*: grupo C 40%; grupo D 80%;

As conseqüências marcam uma diferença importante em ambos grupos. Enquanto no grupo C as condutas autoritárias/paternalistas *inibem a possibilidade de perguntar e de participar* (60%), no grupo D, isto é mais negativo ainda, no sentido de *aumentar atitudes passivas e de aceitação*. Aqui, igualmente às inferências enunciadas antecipadamente, é possível perceber a presença persistente de posturas autoritárias/paternalistas.

d.2). Significado das conseqüências identificadas pelo usuário:

- *insatisfação, dúvidas e sentimento de falta de respeito e de ignorância*: grupo D 10%;
- *reclamo pelo direito de ser escutado e de receber uma educação em saúde mais motivadora, inovadora e digna*: grupo C 60% e D 10%;

- *atitude usuária passiva e incremento da falta de autonomia: grupo C 40% e grupo D 80%;*

Marca-se, aqui, também, a tendência do grupo D em manter atitudes passivas e falta de autonomia (80%). Por outro lado, o C reclama, neste caso, seus direitos como usuário (60%).

e). Problemas ou causas identificadas em relação a: se os profissionais dão tempo para que se façam perguntas e se tirem dúvidas

- *não dão tempo porque não individualizam a atenção: grupo C 10%;*
- *só às vezes, por falta de tempo e por falta de disposição: grupo C 60% e D 10%;*
- *aceitam o tempo concedido sem questionamento: grupo C 30% e D 90%.*

O grupo C assinala condutas que revelam uma atenção deficiente, com características profissionais que denotam atitudes autoritárias e paternalistas. Em contrapartida, o grupo D tende a manter uma postura de aceitação e uma falta constante de questionamento frente à atenção.

e.1). Conseqüências que provocam os problemas identificados:

- *conduta profissional autoritária e paternalista que inibe a chance de perguntar e não valoriza o direito digno de ser respeitado e escutado: grupo C 30% e grupo D 10%;*
- *fomento de atitudes do usuário passivas e de aceitação: grupo C 30% e grupo D 90%;*
- *prática profissional inconsistente que favorece uma atitude de desconfiança e dívida: grupo C 40%.*

Repete-se, também neste caso, o comentário feito no ponto anterior que faz alusão ao grupo D, caracterizado por atitudes passivas e de aceitação frente à atenção em saúde recebida.

e.2). Significado das conseqüências identificadas pelo usuário:

- *sentimento de dúvidas, falta de chance de escutar respostas oportunas e de comunicar-se com o profissional: grupo C 60%;*

- *vivência de uma prática educativa sem intencionalidade: grupo C e D 10%;*
- *atitude passiva que leva a desconhecer os próprios direitos como usuário da saúde manifestando uma atitude desconfiança e insatisfação: grupo C 30% ;*
- *atitude passiva e de aceitação que leva a desconhecer os próprios direitos como usuário da saúde; grupo D 90%.*

Repete-se, neste ponto, o mesmo comentário do anterior, permanecendo a predisposição de aceitação e passividade do grupo D.

f). Problemas ou causas identificadas em relação a: se os profissionais escutam

- *só às vezes porque não existe tempo suficiente e os profissionais atendem de uma vez vários assuntos: grupo C e D 100%. Detecta-se, aqui, um amplo acordo relativo a este aspecto, confirmando a presença de condutas autoritárias e paternalistas dos profissionais.*

f.1). Conseqüências que provocam os problemas identificados:

- *falta de disponibilidade para escutar, negando a possibilidade de diálogo, dificultando vivências de autonomia e liberdade: grupo C 100% e D 80%;*
- *conduta profissional evitável e coercitiva que conduz a posturas profissionais inconsistentes, autoritárias e paternalistas: grupo D 20%;*

Observam-se que, ambas inferências, respondem ao tema central identificado até aqui, em relação à expressão de condutas profissionais autoritárias e paternalistas. Reafirmando-as num total acordo.

f.2). Significado das conseqüências identificadas pelo usuário:

- *manter uma atitude passiva e de aceitação na qual só às vezes fazem conscientes suas necessidades educativas: grupo C 60% e D 80%;*
- *sensação de insatisfação, frustração e desconfiança: grupo C 40% e D 20%;*

Atitudes passivas e de aceitação repetem-se, especialmente, no grupo D (80%). Do mesmo modo que no ponto anterior, ambas inferências buscam reafirmar as condutas profissionais já assinaladas.

g). Problemas ou causas identificadas em relação a se: as orientações concordam com a forma de pensar ou querer dos usuários

- *só às vezes concordam com as orientações porque o profissional é quem decide o que orientar e suas explicações são pouco claras e pouco consistentes: grupo C e D 40%;*
- *não concordam com a forma de pensar dos profissionais porque não respondem às necessidades: grupo C 10%;*
- *sempre concordam porque aceitam tudo o que o profissional orienta: grupo C 50% e grupo D 60%.*

Em porcentagens similares, C com 50% e D com 60%, observa-se uma preferência pela aceitação das orientações entregues pelos profissionais, demonstrado, especialmente pelo grupo D, sua aceitação e passividade frente ao saber profissional. Numa porcentagem menor, de 40%, a possibilidade de aceitar só às vezes evidencia uma concordância de ambos grupos quanto as suas opiniões, tanto num como noutro aspecto.

g.1). Conseqüências que provocam os problemas identificados:

- *conduta autoritária e paternalista na qual predomina o conhecimento do profissional, inibindo a chance de participação e de individualização da atenção: grupo C 40% e D 60%;*
- *orientações que não se centram nas necessidades dos usuários, são pouco concretas, inalcançáveis e favorecem a passividade e a falta de autonomia: grupo C 10%;*
- *conduta paternalista que favorece a passividade do usuário: grupo C 50% e D 40%;*

As porcentagens das inferências permitem observar a presença de condutas profissionais negativas como a inibição da possibilidade de participação e a falta de individualização da atenção (40% e 60%, respectivamente). A segunda inferência, por sua vez escolhida pelo grupo C (10%), também aponta aspectos pouco favoráveis em relação à atenção. Por outro lado, a terceira inferência permite indicar que os usuários lutem pelo respeito a sua opinião (50% e 40% em cada caso).

g.2). Significado das conseqüências identificadas pelos usuários:

- *inibição para participar, insatisfação das necessidades por falta de respostas oportunas e atenção despersonalizada: grupo C 50%; grupo D 100%;*
- *conduta passiva e de aceitação: grupo C 50%.*

Ambas inferências, como em casos anteriores, representam o resultado de condutas profissionais autoritárias e paternalistas. Para o grupo C, as condutas dos usuários dividem-se entre uma e outra inferência (50% em respectivo). Em contrapartida, o grupo D inclina-se, em sua totalidade (100%), pela identificação do déficit que ocasiona a falta de conformidade com as orientações. Pelo menos neste aspecto, o grupo se apresenta com menor passividade que o C, situação que havia se mostrado diferente até aqui.

h). Problemas ou causas identificadas a: se os profissionais respeitam as diferenças de opinião dos usuários e se lhes dão tempo para explicar questões

- *Não é possível ter desacordo com a orientação porque os profissionais são os que têm o conhecimento e não é possível saber se eles respeitam diferenças de opinião: grupo C e D 80%. Produz-se, neste ponto, um alto nível de concordância em ambos grupos, confirmando-se o anterior, o respeito às características autoritárias e paternalistas por parte dos profissionais. Cabe ressaltar a importância que implica, do ponto de vista ético, a falta de conhecimento em relação ao respeito às diferenças de opinião. O que se percebe, até agora, é a inexistência da intenção, ao menos explícita, de respeitar este direito;*
- *os profissionais respeitam a diferença de opinião e dão tempo: grupo C e D 20%.*

h.1). Conseqüências que provocam os problemas identificados:

- *conduta autoritária e paternalista manifestada, neste caso, pelo poder que outorga o conhecimento de alguns profissionais através de uma comunicação unidirecional e coercitiva que não respeita diferenças de opinião: grupo C e D 100%. A explicação, aqui, é igual à do ponto anterior, visto o nível de concordância entre ambos grupos. Isto reafirma as características autoritárias e paternalistas dos profissionais.*

h.2). Significados das conseqüências identificadas pelo usuário:

- *falta de disponibilidade para o diálogo e uma comunicação vertical que dificulta a possibilidade de expressão: grupo C 50% e grupo D 20%;*
- *falta de confiança para estabelecer um diálogo, o que significa ficar com dúvidas e insatisfação frente a uma prática que não individualiza a atenção: grupos C e D 30%;*
- *inibir a liberdade de expressar as diferenças de opinião, fomentando condutas passivas e dependentes: grupo C 20% e D 50%.*

As três inferências apontam para um fato comum, referente a problemas de comunicação provenientes de uma atenção em que predomina o conhecimento e poder profissional. No seu conjunto, elas consideram a falta de oportunidades para uma comunicação efetiva e a falta de confiança razões por que o diálogo não é favorecido, aumentando os aspectos negativos da falta de atenção.

i). Problemas ou causas identificadas em relação a: pedir ajuda e participação no momento da consulta

- *os profissionais não pedem cooperação, não motivam nem dão chances para participar: grupos C e D com 80%. Observa-se, aqui, também, um importante grau de acordo entre ambos grupos, reafirmando as características da prática profissional descritas até o momento;*
- *os profissionais, às vezes, permitem a participação: grupos C e D 20%.*

i.1). Conseqüências que provocam os problemas identificados:

- *instância educativa sem intencionalidade na qual predomina a ação profissional, impossibilitando participar e favorecendo condutas passivas: grupos C e D com 80%;*
- *conduta profissional pouco motivadora e inadequada às características pessoais: ambos grupos com 20%.*

Repete-se a situação assinalada no ponto anterior, onde observa-se, também, um importante grau de concordância entre os dois grupos, reafirmando-se as características da prática profissional reiteradas até o presente instante.

i.2). Significado das conseqüências identificadas pelo usuário:

- *ambiente desmotivador da consulta aumenta a permanência de condutas de aceitação e passividade e incrementa a desconfiança de receber uma prática diferente: 80% grupo C e 20% em D;*
- *sentimento de insatisfação e frustração na tentativa de querer participar, o que significa receber uma prática educativa sem intencionalidade e que não considera os direitos dos usuários da saúde: grupos C 20% e D 80%.*

O significado, para o usuário, divide-se, neste caso, em duas proposições que correspondem a condutas profissionais que têm constituído o centro desta análise. No seu conjunto, as inferências indicam um total acordo em qualificar a atenção como dificultosa, sem finalidade clara e inibitória da autonomia e liberdade do usuário.

j). Problemas ou causas identificadas em relação a: aceitar as orientações ou explicações

- *sempre aceitam porque confiam nos profissionais, eles têm o conhecimento: grupo C 20% e D 10%;*
- *só às vezes aceitam porque as orientações são pouco concretas e não respondem às necessidades: grupos C e D 70%;*
- *não aceitam as orientações porque estão fora do seu alcance: grupo C 10% e D 20%.*

Tanto a segunda como a terceira inferência propõem um problema em comum referente ao fato de as orientações não responderem às necessidades, o que determina sua aceitação ou repulsão. A primeira faz referência ao conhecimento que os profissionais possuem, mas não satisfazem as necessidades dos usuários.

j.1). Conseqüências que provocam os problemas identificados:

- *prática autoritária que não individualiza a atenção e impõe seu ponto de vista sobre as necessidades do usuário: grupo C 90% e grupo D 60%;*
- *conduta ativa com a intenção de fazer valer a livre vontade de decidir: grupo C 10% e D 40%.*

Neste caso, reiteram-se, mais uma vez, os déficits da atenção relativos à educação para a saúde, evidenciando-se uma condição autoritária e paternalista dos profissionais. O grupo D, porém, embora em baixa porcentagem, procura, através de uma conduta ativa, fazer valer seus direitos.

j.2). Significado das conseqüências identificadas pelo usuário

- *sensação de dúvidas e insatisfação de necessidades por falta de direcionamento da educação em saúde, o que leva ao fomento e/ou permanência de condutas passivas: grupo C 70% e D 60%;*
- *insistir em perguntar para conseguir um acordo com o profissional: grupos C e D com 10%;*
- *aceitar tudo porque os profissionais são os que sabem: grupo C 20% e grupo D 10%.*

A inferência/qualificação realizada, em primeiro lugar, realça a alta percentual, especialmente do grupo D, acerca das conseqüências negativas das condutas profissionais autoritárias e paternalistas. A segunda, embora numa baixa porcentagem, indica uma conduta mais ativa dos usuários frente ao problema. A terceira, pelo contrário, leva a uma aceitação do saber profissional, conduta persistente observada através de toda a análise.

VI - CONCLUSÕES

Será realizada a apresentação final da informação, considerando as conclusões para os dois grupos de estudo levando em conta cada uma das fontes de informação, destacando as diferenças mais fundamentais e estabelecendo as relações pertinentes. Seguirá a seqüência das perguntas formuladas na entrevista, indicando-se as respostas de maior freqüência.

Logo se apresentará uma conclusão global, destacando os aspectos de maior relevância, detectados depois de finalizadas a totalidade das etapas de análises correspondentes, contrastando os resultados com o propósito da investigação e os objetivos propostos.

Para finalizar, se realizará uma consolidação teórica, confrontando os resultados obtidos com o marco teórico desenvolvido originalmente, realizando uma exposição dos principais aspectos revisados, para realçar através da fundamentação, os resultados da investigação. Encerra o capítulo, as considerações finais correspondentes.

6.1 - Segundo grupo de estudo e fontes de informação.

a). O usuário recebe orientações e explicações sobre sua saúde

O grupo de medicina geral e idosos/diabetes opinam que sempre (50% e 65% respectivamente) recebem orientações e explicações sobre sua saúde. O primeiro grupo identifica que estas são entregues, mais no posto de saúde (65%) e o segundo, acha que tanto no hospital como posto de saúde (55% e 45% em cada caso).

b). Profissional que entrega as orientações

Para o grupo de medicina geral, as opções estão divididas entre enfermeira e médico e toda a equipe (40% em cada caso); no caso de usuários idosos e diabéticos; a preferencia é, para a assistente social (60%).

c). Os profissionais perguntam sobre o desejo de receber orientações

Os profissionais não perguntam sobre o desejo de receber orientações, porque baseados em seu conhecimento, centram-se no que consideram necessário, tomando a decisão e resolvendo o que orientar; dando resposta só a aspectos pontuais da enfermidade (grupo de medicina geral 80% e idosos/diabetes, 70%).

A consequência desta conduta, autoritária e paternalista, é o predomínio do saber profissional sobre as necessidades do usuário, o que leva a fomentar passividade, falta de autonomia, inibindo a possibilidade de ser escutado e de participar como interlocutor válido. Por outro lado, isto tem mais um significado negativo, no sentido de que os usuários permanecem com dúvidas e intensificam uma manifestação de dependência e passividade.

d). Grau de satisfação ou de insatisfação dos usuários quando não são consultados sobre o desejo de receber orientações

Os usuários não sentem desagrado, quando não lhes perguntam sobre o desejo de receber orientações, porque eles identificam que é a única alternativa que se apresenta (45% grupo medicina geral), mas gostariam de experimentar uma forma diferente (90%).

Em geral os usuários manifestam uma falta de motivação, de confiança para perguntar e uma limitação para aceder a resolver dúvidas e assuntos de sua saúde, além da sua enfermidade. No caso do grupo de idosos e diabéticos se apresentam diferenças; os *idosos* em especial, reconhecem sentir desagrado, porque percebem falta de tempo, tranqüilidade, confiança e motivação para perguntar (50%). Destacam, em sua observação, moléstia e detectam claramente uma situação adversa.

Em contrapartida, usuários do grupo de *diabetes* assinalam que não se desagradam quando não lhes perguntam porque se sentem acostumados. Esta resposta

revela uma grande dependência e aceitação ao paternalismo dos profissionais (80%). Infere-se que uma razão que justifica este fato, é que padecem de uma enfermidade crônica e dadas as características da educação em saúde recebida, se tem exacerbado atitudes de dependência passividade e total aceitação, frente ao processo educativo.

O grupo de idosos (100%) prefere que lhe consultem sobre o desejo de aceitar ou rechaçar um ato educativo. Ao contrário, os usuários do grupo de diabetes (50%) prefere que lhe consultem e (50%) não sentem desgosto se não forem consultados, isto é, reiteram as atitudes de dependência, passividade e total aceitação, referidos anteriormente.

Em geral, se pode destacar que as condutas autoritárias paternalistas, demonstradas pelos profissionais, levam a orientações sem propósitos definidos, inibindo ao usuário a possibilidade de perguntar e de participar, provocando conseqüências negativas, no sentido de aumentar atitudes de dependência, passivas e de aceitação.

e). Causas identificadas em relação a se os profissionais dão tempo para fazer perguntas e resolver dúvidas

Os usuários do grupo de *medicina geral* identificam (60%) que os profissionais, só as vezes, resolvem dúvidas, porque além de contar com pouco tempo, não individualizam a atenção e demonstram uma inadequada disposição para enfrentar esta situação. A conduta autoritária e paternalista, que demonstram, inibe a possibilidade de perguntar e não respeita o direito digno de receber uma adequada educação em saúde e de ser escutado oportuna e devidamente. Isto gera sentimentos de insatisfação, desconfiança e menosvalia, vivenciando uma prática educativa sem intencionalidade, que representa uma falta de atenção pelo respeito ao usuário e suas necessidades. Usuários do grupo de *idosos e diabéticos* (80%) identificam que os profissionais concedem tempo para fazer perguntas ou solucionar dúvidas.

Usuários do grupo de *idosos*, destacam a insatisfação pela má qualidade do tempo concedido (100%); por outro lado, os usuários que formam parte do grupo de *diabetes*, aceitam o tempo concedido sem questionamento (90%) demonstrando uma vez mais, atitudes de passividade, aceitação e dependência; as que se repetem através de

variadas condutas; indicando uma falta de consciência por reconhecer e defender seus próprios direitos como usuários da saúde. Isto produz um importante grau de insatisfação e frustração, que lesiona a dignidade, individualidade e o respeito como pessoa.

f). Problemas ou causas identificadas em relação a se os profissionais escutam

Os profissionais não escutam de forma efetiva (100% grupo de medicina geral e idosos/diabéticos) dado que eles atendem outros assuntos durante a consulta e não se centram nas necessidades dos usuários. Isto confirma o autoritarismo profissional e a falta de respeito a cada uma das pessoas, inibindo as possibilidades de uma comunicação dialógica e de satisfazer suas dúvidas e temores; aumentando a tendência por adotar posturas de passividade e de falta de compromisso por sua participação nas atividades educativas e por fomentar a curiosidade e a motivação que deve caracterizar a todo ato educativo efetivo e eficaz, centrado na pessoa.

g). Problemas ou causas identificadas em relação a se as orientações concordam com a forma de pensar ou querer dos usuários

O grupo pertencente à *medicina geral* concorda, só as vezes, com as orientações (85%) porque o profissional é quem decide o que orientar; as explicações são pouco claras, pouco consistentes e não correspondem às necessidades, nem às características individuais dos usuários; os que exteriorizam, de forma clara e precisa, seu descontentamento com a atenção e educação em saúde recebida. O grupo pertencente a *idosos e diabéticos*, sempre concorda com as orientações, porque aceitam tudo o que o profissional lhes entrega (55%). Eles reconhecem que são estes últimos, os que possuem o conhecimento, portanto, não é possível apresentar desacordos, especialmente com o médico. Isto leva uma vez mais, a confirmar o dito anteriormente, relacionado à dependência, passividade e aceitação da autoridade e paternalismo profissional, deste grupo de usuários.

Demonstra-se, assim, a falta de conhecimento e consciência, frente aos direitos, ao respeito que lhes é devido como pessoas e à inegável dignidade que lhes pertence.

Estas características determinam uma marcada falta de compromisso frente ao ato educativo e submissão em relação à conduta profissional.

h). Problemas ou causas identificadas em relação a se os profissionais respeitam as diferenças de opinião dos usuários e lhe dão tempo para explicar as razões

Os usuários desconhecem se os profissionais respeitam sua opinião (75%, medicina geral e 50% idosos e diabéticos). Isto é uma manifestação, clara, do que se tem apresentado até aqui, onde os profissionais mostram deficiências evidentes em sua prática em relação a comportamentos e condutas bioéticas. A resposta dos usuários indica que ao desconhecerem o respeito por sua opinião, estão afirmando que é uma atitude profissional, que habitualmente não se apresenta na prática. Chama a atenção que, neste caso, a resposta dos usuários em geral, sugerindo que, detrás da passividade assinalada em outras respostas, está oculto seu descontentamento pela falta de oportunidades e de respeito às suas características pessoais.

As razões indicadas, correspondem principalmente a que "não é possível ter desacordo com a orientação, porque os profissionais são os que têm o conhecimento e não existe a probabilidade de saber se eles respeitam diferenças de opinião", reiterando a postura profissional, autoritária e paternalista.

i). Problemas ou causas identificadas em relação a pedir ajuda e participação no momento da consulta

Os profissionais predominantemente não pedem cooperação, não motivam, não dão oportunidade para participar; esta opinião é compartilhada por usuários de medicina geral (65%) e por idosos e diabéticos (55%).

Entre as razões que motivam a responder que os profissionais não pedem cooperação, se encontra o fato de que prevalece, na consulta, o domínio dos conhecimentos dos mesmos, determinam uma falta de motivação e de possibilidades para participar, por parte do usuário.

Por outro lado, em relação a se gostaria de participar, usuários de *medicina geral*, opinam que prefeririam esta possibilidade (70%), *idosos e diabéticos* se identificam com esta alternativa (55%). Dentro deste grupo, as diferenças assinalam no entanto, que o primeiro prefere só (40%) participar, em troca o segundo em (70%), o que marca uma maior relevância para estes últimos. Ambos coincidem em identificar (80%) que “os profissionais mantêm o domínio da consulta, a causa do seu conhecimento”. Uma opção que chama a atenção, é também o fato de que o grupo de idosos, indica uma porcentagem não menos importante (50%), que não gostam de participar e preferem só escutar, aspecto que, uma vez mais, leva à manifestação de condutas passivas, de aceitação e de pouco compromisso com as atividades educativas.

j). Problemas ou causas identificadas em relação a aceitar as orientações ou explicações

Os principais problemas identificados assinalam que as orientações são inalcançáveis, muito exigentes e não consideram necessidades (60% medicina geral e 50% idosos e diabéticos); o usuário aceita as orientações porque os profissionais são os que tem o conhecimento (30% medicina geral e 50% idosos e diabéticos).

Isto responde e reitera, uma vez mais, a falta de individualização e de direção em saúde, em uma prática que predomina o autoritarismo e o paternalismo profissional.

k). Forma em que são entregues as orientações

O grupo de *medicina geral* reconhece que os orientações são entregues, só através exposição do profissional (75%). O grupo de *idosos e diabéticos* apresenta diferenças, o primeiro deles (100%) identifica que recebem estas orientações por meio da exposição do profissional; além de folhetos e televisão. Esta diferença é válida, especialmente, no sentido de que este grupo, está formado por usuários com problemas de saúde que representam fatores de risco e/ou cronicidade; o que significa que recebem uma educação de maneira mais formal e sistemática; dadas as características de sua problemática. Em contrapartida, usuários do grupo de *diabetes* reconhecem que o meio mais utilizado é a exposição do profissional (60%), a que é insuficiente, dadas as características destes usuários.

Cabe assinalar, neste ponto, que, apesar de que os *usuários idosos* contem com alternativas para receber a educação em saúde, eles fazem presente em respostas anteriores, que não gostam de participar e preferem só escutar. Isto tem explicação e se funda em dois fatos básicos; primeiro, não foram consultados se desejavam receber um determinado aspecto educativo e, por outro lado, talvez os conteúdos não correspondem a necessidades individuais, o que leva a adotar condutas passivas de aceitação e de pouco compromisso, com as atividades educativas que lhe são entregues.

l). Formas que preferem os usuários para receber educação em saúde.

Tanto o grupo de medicina geral como os de idosos e diabéticos, coincidem em preferir a exposição oral, mais folhetos e/ou TV. Por meio desta escolha, eles confirmam que a combinação de meios fortalece a compreensão dos conteúdos entregues e aumenta a motivação e retenção.

m). As formas de entregar as orientações permitem:

Os grupos do estudo coincidem (90%, medicina geral e 80% idosos e diabetes) em que, fundamentalmente, as formas combinadas de receber as orientações permitem "saber mais sobre a saúde, informar-se melhor e esclarecer dúvidas".

n). Outras opiniões em relação as orientações

Com uma frequência *altamente relevante* (70% medicina geral e 100% idosos e diabéticos) os usuários sugerem melhorar a qualidade das orientações e explicações, com formas mais motivadores, participativas e centradas nas necessidades das pessoas, aspectos que se identificaram e destacaram, ao longo de todo o processo investigativo.

6.2 - Observações detectadas segundo fontes de informação.

Para finalizar esta parte da apresentação de conclusões, é importante destacar as diferenças detectadas em ambos grupos. Em primeiro lugar, cabe reiterar que o grupo de medicina geral, educado através da consulta, segundo necessidades; não participa da possibilidade com que contam idosos e diabéticos, a que inclui uma educação em saúde

formal. Estes últimos, por apresentarem fatores de riscos, determinados pela idade e/ou cronicidade da enfermidade, recebem uma atenção mais dirigida e enfocada para cuidar, de forma especial, seus problemas de saúde.

As diferenças são marcadas, especialmente, no sentido de que os usuários de medicina geral formam um grupo que se mostra de forma mais ou menos uniforme, reclamando seus direitos e mostrando uma atitude mais ativa, na medida em que é possível sua participação. Eles identificam necessidades e déficits na prática educativa, esperam e propõem mudanças a respeito.

Por outro lado, usuários do grupo de idosos e diabéticos se mostram, em geral, passivos, ainda, considerando que eles têm acesso a uma atenção diferente. Não estão, muitas vezes, de acordo com o recebido, mas o aceitam e se conformam em depositar a sua confiança e responsabilidade nos profissionais de saúde.

A atitude, deste último grupo, é, especialmente constatada em usuários que padecem de diabetes, que mostram condutas de aceitação, dependência e passividade, de forma reiterativa ao longo da entrevista, aspecto que foi comentado, cada vez que se apresentou.

Os resultados da investigação permitem afirmar que esta é uma situação que obedece de forma primordial ao paternalismo profissional e que, no caso de usuários com diabetes, está associado também, de alguma maneira, à cronicidade da enfermidade, o que exacerba a situação de dependência.

Seguindo o exposto no marco teórico, esta atitude dos usuários corresponde à instâncias, que emergem de uma atitude paternal, a qual determina, de forma central, a falta de autodeterminação dos usuários. Pode-se observar, a partir daqui, que eles demonstram uma franca falta de compromisso e responsabilidade, pela suas decisões em saúde, apoiados no conhecimento e autoridade do profissional. As respostas observadas, muitas vezes, se apresentam contraditórias, assinalando a falta de clareza e de certeza frente aos seus desejos e necessidades.

Esta falta de autonomia dos usuários tem implícita a falta de conscientização, desde que não assumem uma consciência objetiva, crítica e comprometida, que se

adquire somente por meio da prática e na qual, a atividade puramente intelectual não é necessariamente uma mediadora.

Paternalismo, passividade, dependência e falta de conscientização, se retroalimentam; o que sugere que a mudança é só possível, através de uma mudança radical na forma de realizar a educação em saúde, para lograr reverter esta postura; ativando nos usuários, o desejo de defender, de forma consciente e comprometida, seus direitos de usuários da saúde.

Cabe, também, assinalar que um aspecto que se repete em grande parte das categorias e é mencionado em várias instâncias, por todos os grupos, é a deficiência na identificação de necessidades dos usuários, o que deixa de manifesto a falta de individualização da atenção.

Isto é exacerbado pelo autoritarismo e paternalismo profissional que, baseados em seu conhecimento, decidem, finalmente, o destino das condutas dos usuários frente à saúde.

6.3 - Conclusão geral segundo o propósito, questões e objetivos

Na continuação será apresentada, uma conclusão que, de uma forma geral, inclua os aspectos mais relevantes dos achados na presente investigação e considere o propósito e dê resposta as questões que se formularam, ao iniciar o processo investigativo e aos objetivos propostos.

a). A partir do propósito, se pode concluir que as condutas profissionais relacionadas a atividades educativas, não favorecem a manifestação da liberdade do usuário frente à tomada de decisões de comportamentos condizentes à saúde, pautados no diálogo e na troca. Identifica-se uma prática educativa que apresenta características autoritárias e paternalistas que não consideram o consentimento informado e que inibe a participação do usuário, fomentando atitudes passivas e de dependência; as que, desde a perspectiva bioética, evidenciam falta de respeito pela pessoa, sua dignidade e sua autonomia.

b). Em relação às questões propostas, pode-se afirmar o seguinte: os profissionais, não se propõem limites no quefazer educativo, que lhes permitam respeitar as próprias

decisões dos usuários e não oferecem instâncias educativas adequadas, que favoreçam a este, para que possa decidir por si mesmo, o que espera e quer para a sua própria saúde.

c). De acordo com os objetivos:

c.1). Identificar os componentes que definam uma assistência em saúde, eticamente comprometida

De acordo com este primeiro objetivo, pode-se destacar que na prática o predomínio de atitudes autoritárias e paternalistas, não permitem definir claramente uma assistência comprometida com a bioética, pelo contrário, evidenciam a necessidade de que este componente integre a prática habitual.

c.2). Identificar o grau de compromisso dos profissionais frente à educação em saúde.

Em relação ao grau de compromisso dos profissionais frente à educação em saúde, cabe assinalar que apresenta déficit no sentido de que a prática educativa, em si mesma, carece de direcionamento e propósitos claros, que levam a efetivar processos que não correspondem às necessidades e características da população. Contrário a isto, centram-se na autoridade e paternalismo profissional, o que se conduz através de uma comunicação unidirecional, evitativa e coercitiva, que não leva em conta o consentimento informado dos usuários e lhes coarta a possibilidade de decidirem por si mesmos, o que querem e esperam para sua saúde.

c.3). Descrever condutas facilitadoras por parte dos profissionais, que favoreçam a livre vontade do usuário, em sua consulta em saúde

A atenção profissional não permite observar condutas facilitadoras frente a favorecer a livre vontade do usuário, o que responde de forma negativa ao objetivo proposto; apresentando-se como fatores limitadores.

c.4). Descrever condutas limitadoras, manifestadas pelos profissionais, frente à livre vontade do usuário, em sua consulta em saúde

A autoridade e paternalismo profissional convertem-se em situações adversas, que limitam a prática educativa, dado que elas implicam em uma série de condutas negativas. Estas condutas, como tais, produzem insatisfação, dúvidas e sentimento de ignorância, o que fomenta uma participação passiva, dependente, de aceitação e de falta

de compromisso por parte dos usuários. Estes últimos aspectos são especialmente observáveis nos que participam do estudo e que pertencem a grupos conformados, que recebem uma educação em saúde mais formal (idosos e diabetes), demonstrando de forma clara os efeitos de uma atenção paternalista, que os leva, além disso, a desconhecer e/ou reclamar seus direitos como usuários da saúde. Neste sentido e tal como se tem assinalado anteriormente, o usuário convive num ambiente que manifesta, desde o ponto de vista bioético e educativo, uma falta essencial por seu respeito de ser pessoa, sua dignidade e sua autonomia.

c.5). Identificar a presença de estratégias educativas, que sejam utilizadas em educação em saúde, que expressem compromissos éticos de parte dos profissionais.

As estratégias educativas e/ou metodologias utilizadas em relação à livre vontade do usuário, não representam nem expressam compromissos éticos por parte dos profissionais. Isto se detecta a partir do momento em que os usuários, não são consultados em relação a receber o ato educativo e não são consideradas suas necessidades. A utilização de meios passa a estar a serviço das pretensões e metas dos profissionais e se convertem em um veículo paternalista, que não dá resposta aos interesses e está longe de ser uma ferramenta ao serviço do homem. Isto se observa, especialmente, no grupo de idosos, o qual conta com maiores benefícios, em relação a usuários de diabetes e de medicina geral, que praticamente não contam com possibilidades de estratégias, salvo a exposição oral dos profissionais.

O resultado da investigação sugere portanto, que é preciso fortalecer processos educativos centrados na pessoa, que se fundamentem, principalmente, em componentes bioéticos, que, apoiados em um processo atualizado, dinâmico, criativo, participativo e humanizador, permitam melhorar a *qualidade da educação em saúde*, com formas mais motivadoras e participativas, que se dirijam as necessidades concretas das pessoas.

VII - CONTRASTAÇÃO DO MARCO TEÓRICO COM AS PRINCIPAIS EVIDÊNCIAS DETECTADAS NA INVESTIGAÇÃO

7.1 - Generalidades

Os principais achados da investigação se encaminham para afirmar que a prática profissional, se apresenta com condutas autoritárias e paternalistas; que realizam orientações cujos propósitos podem não ser reconhecidos pelos usuários e inibem a possibilidade de perguntar e de participar, produzindo uma importante insatisfação nas necessidades educativas. Fomenta desta forma, atitudes de dependência, passividade, aceitação, desconfiança e dúvidas; reforçando atitudes de falta de autonomia que impedem a livre vontade do usuário de participar, frente às atividades educativas.

A prática profissional pouco consistente não respeita o direito digno do cidadão de ser educado e mostra um grau importante de atitudes coercitivas e evitativas, nas quais predomina o conhecimento do profissional, que não individualiza a atenção, acentuando-se os problemas antes mencionados. As orientações feitas, não se centram nas necessidades dos usuários, tendem a ser pouco concretas, inalcançáveis e favorecem a passividade e a falta de compromisso dos usuários.

A conduta autoritária, manifestada, neste caso, pelo poder que outorga o conhecimento a alguns profissionais, é realizada através de uma comunicação unidirecional, vertical e coercitiva que dificulta a possibilidade de expressão; e gera falta de confiança para estabelecer o diálogo, o que significa ficar com dúvidas e insatisfação, frente a uma prática que não respeita diferença de opinião e não considera o

consentimento informado. Isto leva os usuários, a aceitarem as instâncias educativas da forma entregue, desconhecendo seus direitos, produzindo insatisfação e sentimento de falta de respeito e de ignorância.

Cria-se um ambiente desmotivador, o que aumenta a permanência de condutas de passividade e desconfiança de receber uma prática diferente. Pode-se afirmar, então, que a prática educativa em saúde é desenvolvida, sem a consideração de aspectos bioéticos que consolidem o respeito pela pessoa e sua autonomia, num meio que desconhece uma atenção mais humana e digna.

Os avanços apresentados na bioética nos últimos anos, têm enfatizado a necessidade de humanizar a atenção em saúde, centrando a atenção na pessoa. As respostas a muitas de suas questões e reflexões, são derivadas da ética geral, o que lhe permite aplicar os princípios gerais a os novos problemas que se apresentam em consideração da ação humana (Caffarra, 1994, p.23). Isto propõe a consideração de diversas decisões no dia a dia da prática educativa em saúde, as quais exigem uma determinada preparação, conhecimento e compromisso, por parte dos profissionais.

Desde uma perspectiva personalista, a bioética corresponde à busca do conjunto de exigências de respeito e promoção da vida humana e da pessoa, no setor bio-médico (León, 1997, p.116). A posição, na qual mais se fundamenta este modelo, é o respeito pela liberdade da pessoa e por sua dignidade, o qual surge de uma demanda que destaca uma perspectiva ética e reflexiva, que aspira a uma sistematização e propõe a análise de valores e postulados fundamentais os quais estão implícitos na busca da ética pessoal. Dado seu enfoque, esta corrente fundamentou de maneira essencial a postura bioética que se adotou na presente investigação, estabelecendo-se as relações pertinentes entre: ética, bioética e educação para a saúde.

Cabe afirmar que a educação para a saúde, constitui uma atividade inerente ao rol de Enfermagem e também é responsabilidade de toda a equipe de profissionais. O momento de promover a saúde, converte-se em uma meta primária e na principal estratégia para ajudar o usuário e/ou paciente, a obter um comportamento condizente com seu autocuidado. Isto constitui uma dimensão ética, que implica levar em conta, a livre vontade do usuário. Os comportamentos humanos, por sua própria natureza, podem

e devem ser considerados, desde a perspectiva ética; a prática educativa em saúde não pode escapar a esta exigência (Polaino-Lorente, 1994, p.365). O autor destaca a necessidade de dispor de algum código, ou ordenamento ético que possa ser aplicado na prática, em forma operativa e eficaz.

A bioética personalista com seu desenvolvimento de princípios, proporciona uma forte e importante implicância para a educação para a saúde; esta última deve ser dirigida considerando estas contribuições e as oferecidas por educadores que fundamentam a relevância e necessidade de fortalecer a educação com um paradigma que incorpore o respeito pela pessoa, sua dignidade e sua autonomia, os quais tendem a favorecer uma atenção humanizada.

O educador para a saúde deve, portanto, comprometer-se com uma postura ética que lhe permita crescer, compreender e respeitar os usuários que atende. A perfeição, virtude ou excelência da ética, se acha intimamente relacionada com a vida e a experiência, ou seja, com a maior vivência de comportamentos éticos, com uma maior experiência. O que faz com que isto ocorra, é o conhecimento que se tem do que fazemos, de porque o temos escolhido, e se é resultado de uma disposição permanente (Lledó, 1988, p.61). A prática da ética exige, então, *conhecer como se aplica e de que forma atuamos sobre as coisas e as pessoas*.

Para Maturana (1995, p.247), a ética se constitui na preocupação pelas conseqüências que têm as ações de um sobre o outro; e adquire sua forma desde a legitimidade do outro, como um ser com o qual um configura um mundo social. Este ponto de vista é importante tê-lo presente no campo da educação para a saúde, já que, em muitas ocasiões, se tende a exigir a manifestação de condutas no usuário, que levam a negar sua existência.

Por sua vez, Cortina (1994, p.32) refere que o quefazer ético consiste em acolher o mundo moral em sua especificidade e dar reflexivamente razão a ele, com objetivo de que os homens cresçam sabendo a respeito de si mesmos e, portanto, em liberdade. A autora adverte que tanto a ética como a moral correspondem a um objetivo através do qual, se permite ao homem crescer, conhecendo-se a si mesmo, o que garante sua

liberdade. Reconhece na ética uma *atitude reflexiva*, de respeito à liberdade do outro e de preocupação pela satisfação das carências do ser humano.

O eixo da reflexão ética não se reduz só à felicidade ou ao dever, mas vai mais além, tentando conjugar ambos por meio do *diálogo*. Embora a autonomia continue sendo o eixo central da moralidade, apresenta-se, agora, como "realizável através de diálogos intersubjetivos" (Cortina, 1994, p.40). A *autonomia* não corresponde, exclusivamente, a indivíduos ilhados; através do *diálogo*, o homem consegue uma relação com os outros que lhe permite descobrir a felicidade; e o êxito de sua finalidade está assinalada e delimitada pela capacidade que tenha o homem de comunicação e de compaixão.

Spaemann (1995, p.33) convida, por sua vez, a refletir "sobre o que propriamente e no fundo queremos". A educação, neste sentido, representa um processo que se vai introduzindo em uma realidade que é independente em cada um de nós. Aqui, a responsabilidade do educador está em introduzir quem educa à realidade, de uma forma amistosa e favorável, de tal maneira que possibilite *orientar o caminho na busca do que cada usuário quer*.

De acordo com Miranda (1994, p.51), "a reflexão ética é um exercício da razão e enquanto tal, é abertura ao ser, à realidade em si". Isto é o que favorece compreender a situação de uma sociedade pluralista, para assim poder considerar a visão dos diversos grupos que a compõem. O profissional deve demonstrar e aceitar humildade intelectual, o que lhe possibilita manter aberta sua disposição para compreender seu meio e demonstrar uma postura sincera frente ao outro para abrir a busca ao caminho da verdade. Estes aspectos atuam como condicionantes básicos no momento do *ato educativo* e abrem a possibilidade para escutar, conduzir e dar resposta aos requerimentos de cada usuário, em virtude do exercício da razão e da realidade concreta de cada um deles, como pessoas.

Uma postura profissional ética exige uma atitude de respeito, flexível, justa e legítima em direção ao outro, utilizando uma particular reflexão ao considerar a autonomia, os aspectos morais, a verdade e a capacidade de perfeição do homem manifestada através da *aprendizagem*. A consideração de todos estes aspectos, garante o

respeito pelo crescimento pessoal do usuário, tomando em conta seu próprio meio social e favorecendo a satisfação dos requerimentos, desejos e bem-estar, em virtude de sua individualidade e liberdade em um espaço de humanização.

7.2 - Aspectos centrais da bioética personalista

A *pessoa se funda na dignidade do homem* e se caracteriza por possuir um entendimento, uma vontade, uma autoconsciência de si e uma autodeterminação que a conduz a atuar livre e consciente. Em relação à sua dignidade, o homem deve ser tratado, "com um olhar por seu intrínseco valor" (León 1997, p.122).

A *dignidade* está ligada ao sentido de nossa vida, isto surge devido ao fato de que o homem, por estar dotado de vontade, pode ser responsável pelas próprias transformações que lhe acontecem na trajetória de sua vida. Na busca de sua perfeição, cada homem pode dirigir-se a si mesmo de forma livre, fazendo uso de sua capacidade de amar, de refletir e de pensar. Conseqüente com isto, pode afirmar-se "que a dignidade humana emana da racionalidade, ao mesmo tempo que da liberdade da pessoa" (Polaino-Lorente 1997, p.24).

Dentre as manifestações da *dignidade da pessoa*, se tem enfatizado especialmente, em seu caráter único e insubstituível, como rasgo essencial, que lhe imprime a racionalidade e a liberdade. Cabe aqui, então, acrescentar e advertir sobre o valor que ela possui em relação ao amor e à sua capacidade frente a amar, constituindo-se, segundo Melendo (1994, p.67), "por este motivo - como um fim em si mesma, como um autêntico bem ou valor". Esta capacidade do homem o converte em um sujeito e objeto de amor, o que lhe abre a possibilidade de *relação, respeito e comunicação com os demais*.

O *respeito* significa deixar ser o outro, considerando que é uma pessoa, digna e livre. Nossa participação, como profissionais, não nos confere a graça de limitar a vida dos usuários e *decidir por eles*, como se fossem um objeto, mas sim, devemos conduzi-los e ajudá-los, a se sentirem dignos e respeitados pelo fato de serem pessoas.

A resposta ética à *dignidade da pessoa* está dada através do *respeito*. Segundo Herranz (1990, p.37), "o respeito às convicções do paciente e a sua liberdade, obriga a

conhecê-las, a reconhecê-las, isto é, a indagar, negociar e a decidir conjuntamente". O educador em saúde deve ser capaz de investigar a verdadeira realidade do paciente e/ou usuário, para alcançar o *respeito mútuo e sua cooperação* em relação ao momento educativo.

A *consciência* é outro aspecto importante a ser considerado Spaemann (1995, p.86) refere que falar da mesma é falar da dignidade do homem, é identificá-lo como um indivíduo que, como tal, "é já uma totalidade, é já o universal". A *consciência* equivale, para o autor, à exigência de nós em direção a nós mesmos, através da presença de um critério absoluto, geral e objetivo, em um ser que é finito, aspectos que pertencem e caracterizam à dignidade humana.

Freire (1986, p.89) propõe o ato de *conscientização*, que se produz posterior à tomada de consciência e é algo mais que ela; "implica uma inserção crítica da pessoa conscientizada em uma realidade desmistificada". Nas primeiras aproximações que o homem faz do mundo, só adquire experiência de sua realidade, não apresentando uma atitude epistemológica e de interrogação, que contenha uma clara deliberação curiosa. Isto só é alcançado, a partir da *conscientização* que, através de uma atitude cognoscitiva, permite o *desenvolvimento crítico* da simples tomada de consciência. Isto conduz a assumir uma *consciência objetiva, crítica e comprometida* a qual se adquire somente por meio da prática e nunca por meio de uma atividade puramente intelectual.

Para os filósofos realistas, "tudo o que existe e então também o espírito do homem dotado de liberdade, possui ou é uma certa natureza" (Lavados, 1990, p.290). É assim que, para chegar a entender a *liberdade do homem*, é necessário compreender sua natureza, se uma e a outra, estão reciprocamente unidas. Desta forma, se poderá seguir a trajetória do homem, na busca da manutenção de sua liberdade, a qual lhe foi outorgada, graças à sua particular e singular condição humana.

O homem, por meio da liberdade, cresce, se aperfeiçoa e alcança sua felicidade, porque, como ser inacabado, necessita aperfeiçoar-se e ser responsável por seus atos. A ética exige, em sua prática, o respeito pela liberdade, dado que o comportamento ético torna o homem mais valioso, na medida que incrementa a liberdade. De acordo com

Polaino-Lorente (1997, p.17), "quanto mais ético é um comportamento, mais livre é a pessoa que assim se comporta".

No âmbito da bioética, se propõe compreender o valor complementar que têm a liberdade e a dignidade. Neste sentido, a liberdade está condicionada não só pela própria natureza física senão pela presença das demais liberdades e do descobrimento da própria dignidade pessoal de cada sujeito e a daqueles com os quais se relaciona (León, 1997).

7.3 - Fatores que ameaçam a prática da bioética na educação para a saúde

Um dos problemas, que a bioética se propõe desde um início, é a relação profissional-usuário, manifestadas no consentimento informado. Surge, desta forma, o conflito provocado pelo *paternalismo profissional*, que, até agora, se apresenta, em variadas práticas profissionais. A partir daqui, se defende a postura de que a *autonomia do usuário* deve predominar sobre o *princípio de beneficência*.

A problemática que surge frente às *atitudes paternalistas* de parte dos profissionais ocorre segundo Nikku (1997, p.23), com a intenção de influenciar o usuário em um caminho benéfico. A autora faz referência a um *paternalismo* que tem denominado de *informativo*, que supõe a entrega de informação, sem consentimento prévio.

No campo educativo em saúde, o *profissional paternalista* decide o que educar, não levando em conta a disposição do usuário, suas necessidades, sua experiência e seus desejos, restringindo-lhe o direito à própria determinação. Manipula-se, desta forma, a situação educativa, exercendo poder e coerção, em uma situação, na qual, seus conhecimentos estão dominando os do usuário, o que capacita o profissional a manter o *controle e domínio*.

Lolas (1996, p.23) previne que a educação pode confundir-se com a implantação do ponto de vista do *"expert"*, que, com frequência, não considera as motivações e necessidades dos não *"expert"* e pode terminar sendo autoritária, sem legitimidade, ameaçando a dignidade do usuário e sua livre vontade de decidir.

Cabe destacar que, muitas vezes, na vida diária, cremos estar outorgando "espaços de respeito mútuo mediante a exigência. No entanto, esta é uma ação que nega o *respeito mútuo e a cooperação*; cremos que possuímos poder sem ver que o poder é concedido pelo que obedece, em um ato que se nega a si mesmo" (Maturana, 1995, p.246).

Briceno-León (1996, p.9) postula, por sua vez, a seguinte premissa: "ninguém pode cuidar a saúde do outro, se este não quer fazê-lo por si mesmo", destacando, desta forma, uma vez mais, que o profissional deve considerar e respeitar, antes de tudo, que a pessoa é dona e proprietária de seus atos. Levar em conta as decisões dos usuários corresponde ao princípio ético, que "reside no respeito pela liberdade e capacidade individual de decidir sobre seu destino e a saúde e o risco de adoecer".

Gafo (1994) enfatiza, que o problema da deshumanização também, interfere na prática da bioética na educação para a saúde. De acordo com o autor, este faz referência à indiferença e/ou frieza na interação do profissional com o usuário, à *inibição de sua liberdade e autonomia e a seu submetimento e alienação*. As consequências deste comportamento profissional implicam, para o usuário, *impotência e falta de autonomia, tendendo a atitudes de conformismo, frente à manipulação e coação*. Na educação para a saúde, se pode observar que, ao considerar o homem como objeto, priva-se o mesmo de sua liberdade, coarta-se sua atitude de criar, transformando-o *em uma pessoa passiva, dependente e insegura*.

Outro problema é o que se identifica, a partir dos déficits de comunicação entre profissional e usuário. Yepes refere (1996, p.81) que "temos necessidade de explicarnos, de que alguém nos compreenda, as pessoas falam para que alguém as escute; não se dirigem ao vazio". *A falta de diálogo e a falta de comunicação* são fatores capazes de alterar a vida social e individual, não existe um eu sem um tu, não podemos existir sem outros, porque não poderíamos nem conhecemos a nós mesmos.

A convivência profissional/usuário exige um relacionamento que brinde a oportunidade de uma *comunicação aberta ao diálogo*, que dê a possibilidade ao usuário de apresentar suas necessidades, de participar, de comprometer-se e de compartilhar o aprendido. O profissional deve favorecer uma *relação interpessoal* com uma clara

intenção de escutar, de respeitar o silêncio do usuário e de não expressar agressividade através da comunicação, que será efetiva, só quando a mensagem for "estimulante e favorecedora de um intercâmbio sincero de padeceres" (Fuertes et al., 1997, p.41).

É preciso produzir uma *comunicação educativa que seja efetiva e permanente*, manifestada através de "qualquer processo de comunicação que gere algum efeito educativo" (Trilla, 1993, p.22). O respeito pela pessoa tem um forte efeito a partir deste processo, dado que constitui o enlace que abre o caminho para reforçar no usuário, sua dignidade pessoal em um ambiente de confiança, liberdade, esperança de que sejam escutadas e atendidas suas necessidades em saúde.

Em um meio educativo personalizado, deve predominar o *diálogo e o intercâmbio*, tentando "confrontar os saberes sem dominação, nem submetimento" (Briceño-León, 1996, p.14). Enfatiza-se, desta forma, o respeito pela dignidade do usuário, em um ambiente onde sejam válidas as prioridades tanto do agente de saúde como as pertencentes ao indivíduo e comunidade.

-> Para Freire (1986, p.68), o diálogo "se nutre de amor, de humildade, de esperança, de fé e de confiança". Um relacionamento interpessoal empático, profissional/usuário, precisa do diálogo para efetuar-se; isto leva a que os interlocutores elaborem novos conhecimentos na interação que estabelecem com eles mesmos e com a realidade, em uma situação mais humana.

Cortina (1993) destaca o conceito de pessoa como *interlocutor válido*, o que enfatiza o direito legítimo de cada pessoa ser escutada na tomada de decisões; em um contexto que *respeite sua autonomia e no que possa decidir por si mesma e de acordo consigo mesma*. A autonomia, dialógicamente entendida, permite, ao usuário, a dignidade de ser tratado como um interlocutor válido.

De acordo a esta perspectiva, uma norma é válida quando todos os afetados por ela, como *interlocutores válidos*, "estão dispostos a dar-lhe seu consentimento, após um diálogo celebrado em condições de simetria, porque autonomamente reconhecem que a norma satisfaz (...), interesses universalizáveis" (Cortina, 1993, p.155).

Na seqüência, *diálogo e comunicação*, os interlocutores elaboram novos conhecimentos na interação que estabelecem com eles mesmos e com a realidade, em

uma situação mais humana. Diálogo e comunicação estão influenciados, por sua vez, pela linguagem, que "se realiza no conversar como entrecruzamento da linguagem e o emocionar que surge da linguagem" (Maturana, 1995, p.108). Estas duas dimensões, segundo o autor, levam à compreensão de duas dimensões adicionais, que correspondem à *responsabilidade e à liberdade*.

Outra problemática encontra-se no fato de que o melhoramento da "qualidade de vida", aspecto a que fazem referência muitos dos programas educativos que se planejam em saúde, não respondem, na realidade, a um estado determinado pelos próprios usuários e a comunidade. Estes comportamentos "não devem ser considerados apenas como escolhas individuais dissociadas do contexto pessoal e social", mas, sim, levar em conta, um contexto maior que inclui o indivíduo, a comunidade e a sociedade (Pereira, 1992, p.349).

Os programas de saúde não podem ser impostos à comunidade, pelo contrário, deve existir participação popular em saúde. Esta se pode definir como: "a intenção de problematizar questões, estimulando a população a colocar seus pontos de vista e reivindicações sobre sua saúde, ou o sistema que deveria servi-la e a forma pela qual se articula com outras áreas e práticas" (Ramos, 1987, p.93).

Gadamer (1996, p.120) expõe um aspecto importante ao assinalar que é eloquente o fato de que na "progressista civilização técnica, de nossos dias, acha devido inventar-se uma expressão como a qualidade de vida. O certo é que um dos temas mais antigos na vida do homem constitui a questão de que cada um deve <levar> sua própria vida e deve perguntar-se como fazê-lo". O autor destaca a responsabilidade pessoal em relação à saúde, enfatizando que a *qualidade de vida* envolve uma decisão estritamente individual.

Outra situação conflitiva que cabe destacar, no desenvolvimento da educação para a saúde, se refere a deficiências identificadas nos mesmos profissionais. Sundeen, et al., (1994), mencionam dificuldades em nível da identificação de necessidades do usuário, individualização do conteúdo, coordenação do trabalho entre os grupos de profissionais, falta de preparação de alguns educadores e de planejamento das sessões educativas, entre outros. Isto deixa, em evidência, a falta de compromisso destes

profissionais não só frente à educação para a saúde, mas também na prática da bioética, já que a insuficiência de uma afeta a outra, ambas se manifestando em estreita relação.

A importância da bioética personalista na educação é evidente e seu desenvolvimento permite centrar-se no respeito à pessoa, na sua dignidade, na sua autodeterminação e na sua livre vontade de decidir frente a sua saúde.

7.4 – Desde a perspectiva da educação

O ser educável é um ser que possui intrinsecamente a capacidade real de alcançar, de maneira progressiva, um certo modo de ser. O tempo será, então, para esse ser, o que determinará a busca de um caminho ou outro, na conquista que sua própria natureza exige. "O homem, a pessoa humana, é um ser chamado a desenvolver-se no tempo, assumindo todas as condições de sua materialidade, mas na linha das finalidades em direção às quais sua natureza aspira" (Lavados, 1990, p.292).

Desde uma visão humanista, a educação para a liberdade, proposta por Freire (1986, p.43), propõe que "as relações do homem com a realidade, resultantes de estar com ela e de estar nela, pelos atos de criação, recriação e decisão vá dinamizando seu mundo, vá dominando a realidade". Na medida em que o homem participe, fazendo uso de sua criatividade e decisão, é como se conforma a época histórica, que o situa no aqui e agora de suas vivências. Isto é extensível à práxis educativa em saúde, que, ao ter presente a livre vontade do usuário, requer ser desenvolvida em um meio aberto, plástico, flexível, inclinado em direção ao novo, com a presença de elementos que permitam desenvolver uma atitude crítica e criativa.

Seguindo o pensamento de Freire (1998), cabe ressaltar sua valiosa contribuição em relação à identificação dos principais componentes que considerou, deverem estar presentes na práxis educativa, em favor da autonomia do que aprende.

Ensinar exige rigorosidade metódica: isto leva a assegurar a motivação do usuário, transformando-o em verdadeiro sujeito de construção e reconstrução, aumentando suas possibilidades de aprendizagem.

Ensinar exige respeito pelo conhecimento dos que aprendem: isto sugere considerar o saber especialmente aquele aprendido na comunidade, a vida diária e as suas experiências, o que é vital para encaminhar um novo conhecimento e para dirigi-lo às reais necessidades;

Ensinar exige consciência de ser no acabado: isto significa levar em conta que o fato de saber-se inacabado, põe o homem frente a uma realidade de condicionamento que o faz consciente deste fato e o desafia a chegar mais além, em um processo social permanente de busca e de responsabilidade de sua presença no mundo;

Ensinar exige respeito pela autonomia do que aprende: o respeito pela autonomia e a dignidade de cada usuário se converte em um imperativo ético e não em um favor, que podemos ou não conceder. A prática autoritária é a maior fonte transgressora da autonomia. A atitude profissional, pelo contrário, deve ser dialógica, verdadeira e respeitosa, na qual as pessoas aprendam e cresçam na diferença;

Ensinar exige humildade, tolerância e luta em defesa dos direitos dos que aprende: a humildade profissional representa uma virtude, que permite uma relação horizontal, na qual o autoritarismo e a arrogância não tem espaço.

Ensinar exige curiosidade; a curiosidade se constitui no elemento dinâmico e basicamente motivador, para os agentes que participam do ato educativo, influenciando a ambos, em um processo benéfico de retroalimentação.

Ensinar exige segurança, competência profissional e generosidade: isto lhe exige ao profissional, em sua relação com a liberdade, uma determinada generosidade, que o conduz à humildade e à justiça, as quais permitem assumir eticamente as liberdades, tanto dos profissionais como do usuário, em forma autêntica. O usuário, "que exercita sua liberdade será mais livre quanto mais eticamente for assumindo a liberdade de suas ações" (Freire, 1998, p.104).

Ensinar exige saber escutar: isto favorece que o usuário possa transmitir o aprendido neste sentido, se impõe escutá-lo em suas dúvidas, apreensões e temores; no ato de escutar, o profissional aprende a falar com o usuário e estabelece a comunicação dialógica e o respeito por suas diferenças.

Ensinar exige disponibilidade para o diálogo: o educador deve exercer e fundar seu quefazer em um ato de comunicação e intercomunicação por meio da dialogicidade, favorecendo a compreensão do aprendido, em uma atitude de reflexão crítica, o que lhe permite aumentar a viabilidade do diálogo. Esta postura confirma a própria curiosidade profissional, como resposta a um ser em permanente movimento através de sua própria historicidade.

VIII - CONSIDERAÇÕES FINAIS

A fundamentação realizada, até aqui, permite afirmar que a livre vontade dos usuários tem implícita a livre afirmação do ser, que lhe foi outorgada como parte de sua própria condição humana. Surge da concepção da livre afirmação, uma série de características que enriquecem ao homem e fortalecem sua livre vontade. É assim, como o homem, possuidor de tais características, pode, em virtude delas, tomar suas decisões de vida, em forma intencionada e dirigida em direção a uma finalidade, que pode se modificar de acordo com sua própria condição de ser humano.

No âmbito da educação para a saúde, o respeito à livre vontade do usuário implica e exige uma conduta profissional capaz de integrar amplos conhecimentos e compromisso frente: ao quefazer mesmo na área da saúde, na área da educação para a saúde (características e funções educativas, desenho do instrução, características do usuário) e na dimensão bioética, implícita em dita tarefa educativa.

Um fator importante de destacar é que, na dimensão bioética, será reforçada cada vez, que seja entregue um processo educativo de acordo com as características e necessidades da população usuária, tanto na forma individual como grupal, onde se levem em conta e se respeitem os direitos dos cidadãos.

O educador em saúde não pode deixar de considerar que sua atividade envolve a consideração do consentimento explícito do usuário, frente à sua intervenção. Sua tarefa de nenhuma maneira pode chegar a ser coercitiva, senão, pelo contrário, deve orientar e oferecer uma ampla comunicação dialógica que facilite, em todo momento a tomada de decisões em forma voluntária e autônoma; e considere ao usuário, como um interlocutor

válido em um ambiente no qual o respeito pela pessoa e sua dignidade constituam a base de toda a atividade educativa.

Por último, é possível assinalar que a bioética propõe, para Enfermagem, uma tarefa que exige refletir sobre as formas de abordá-la, levando em consideração, o complexo rol que cumpre em suas diversas atividades, incluindo entre elas, a educativa. O fortalecimento, no âmbito da bioética deve fazer-se com base em uma preparação sólida, constante e atualizada, junto a um trabalho multidisciplinar, que permita aos profissionais da Enfermagem tomarem decisões e enfrentarem os dilemas cotidianos com segurança e justiça, assegurando a dignidade e o respeito pelas pessoas.

A relação interpessoal, profissionais/usuários, deve, portanto, e tal como já se tem reiterado anteriormente, *refletir equidade, confiança e solidariedade*, por meio de um *diálogo* atento, que demonstre e represente interesses, cordialidade, respeito mútuo e motive a cooperação e participação. Espera-se que a educação para a saúde, antes de tudo, respeite a cidadania, favorecendo a que os usuários conheçam seus deveres e direitos e tenham a oportunidade de praticá-los, de uma forma criativa, pessoal e autônoma, para que o direito a sua saúde, receba o valor que lhe corresponde.

A educação em saúde deve, também, ser humanizada e isto propõe a exigência de uma atuação profissional com uma postura *bioética personalista*, que ofereça um ambiente motivador, flexível e aberto ao diálogo; que outorgue ao usuário, a oportunidade de participar ativamente e expressar seus déficits e carências em saúde, conforme as necessidades concretas e de acordo com o seu *consentimento e a sua autodeterminação* frente à educação recebida. Em um ambiente de respeito pela pessoa, por sua dignidade e sua liberdade, em virtude do ser humano, ao qual lhe é entregue a educação, aumentando, desta forma, a possibilidade de *participação, responsabilidade e compromisso* do usuário frente ao ato educativo e a seus próprios cuidados em saúde.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ARY, L. et al. **La investigación pedagógica**. 2.ed. México: Interamericana McGraw-Hill, 1994. 401p.
- ANNAS, G. **The rights of patients**. 2.ed. New Jersey: Human Press, 1992. 314p.
- AGUDELO, S.F et al. **La promoción de la salud y la seguridad social**. Santa Fé de Bogotá: Corporación de salud y desarrollo, Julio-Agosto. 1995. 30p.
- BAEZ, M. **La Salud**. Boletín informativo de la II Conferencia Latinoamericana de Promoción y Educación para la Salud. Stgo. Chile. año 1- n. 2. Dic. 1995. 10p.
- BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. Lisboa: Edições 70, 1977. 226p.
- BASSO, D. Aspectos éticos y antropológicos de la instrucción Donum Vitae. In: **Problemas Contemporáneos en Bioética**. 1.ed. Stgo./Chile: Ediciones Pontificia Universidad Católica de Chile, 1990. 369p.
- BEAUCHAMP, T.L, e CHILDRESS, J.F. **Principles of biomedical ethics**. 4.ed. New York: Oxford University Press, 1994. 546p.
- BISQUERRA, R. **Métodos de investigación educativa**. 1.ed. Barcelona: Ediciones CEAC, 1989. 382p.
- BRICEÑO-LEON, R. Siete tesis sobre la educación sanitaria para la participación comunitaria. **Cadernos de Saúde Pública**. Rio de Janeiro, 12(1):7-30, p.7-17. Jan/Mar. 1996.
- BROCKETT, R.G. e HIEMSTRA, R. **El Aprendizaje autodirigido en la educación de adultos**. 1.ed. Barcelona: Ediciones Paidós, Iberoamérica. 1993. 560p.
- CHADWICK, C. **Tecnología educacional para el docente**. 3.ed. Barcelona: Ediciones Paidós Ibérica, 1992. 177p.
- CAFFARRA, C. Introducción In: **Manual de bioética general**. Madrid: Ediciones Rialp, 1994. 489p.

- CANALES, F.H., et al. **Metodología de la investigación**. 2.ed. Washington D.C.: O.P.S., 1994. 225p.
- CHALIFOUR, J. **La relación de ayuda en cuidados de enfermería**. Traducción por Merche García e Assumpta Ortiz. 1.ed. Barcelona: S.G. Editores, 1994. 336p.
- CASTRO, J. La implantación del consentimiento informado en los hospitales de Galicia. **Rev. Cuadernos de Bioética**. Santiago de Compostela, v.IX. n. 33, p. 67-74, 1998.
- CHIESA, A. M. e FARIA, M. A sistematização de oficinas educativas problematizadoras no contexto dos serviços públicos de saúde. **Saúde em Debate**. Londrina, Paraná, n. 46, Maio. p.19-22, 1995.
- COOK, T.D., e REICHARDT, Ch.S. **Métodos cualitativos y cuantitativos en investigación educativa**. Tradução por Juan Manuel Alvarez Mendez. Madrid: Ediciones Morata. 1986. 228p.
- COLLINWOOD, R.G. **Idea de la historia**. 15.ed. México: Fondo de Cultura Económica, 1989. 250p.
- CORTINA, A. La persona como interlocutor válido. Virtualidad de un concepto transformado de persona para la bioética In: **La mediación de la filosofía en la construcción de la bioética**. Madrid: Universidad Pontificia Comillas, 1993. 254p.
- _____. **Ética Mínima**. 4.ed. Madrid: Editorial Tecnos, 1994. 295p.
- COTTIER, G. Ideas de una ética médica cristiana: problemas, desafíos y aplicabilidad en el mundo moderno. In: **Problemas Contemporáneos en Bioética**. 1.ed. Stgo./Chile: Ediciones Pontificia Universidad Católica de Chile, 1990. 369p.
- DANKE, G.L. Investigación y comunicación. In: **La comunicación humana: ciencia social**. México: McGraw-Hill, 1989. 485p.
- DEL BARCO, J.L. El reto de la bioética. **Rev. Persona y Bioética**. Bogotá, año 1, n.1, p.3-12. Mayo/Junio. 1997.
- DOS SANTOS, J.C. e SÁNCHEZ, S.A. **Pesquisa educacional: quantidade-qualidade**. São Paulo: Cortez, 1996. 102p.
- EDELMAN, C., e MANDLE, C. **Health promotion throughout the lifespan**. 3ed: St. Louis Missouri: Mosby-Year Book, 1994. 684p.
- ENGELHARDT, H. T. **Los fundamentos de la bioética**. Traducción por Isidro Arias (cap. 1-4), Gonzalo Hernández (cap. 5-7), Olga Dominguez (cap. 8-10). 1.ed. Barcelona: Editorial Paidós Básica, 1995. 545p.
- FANTIN, M. **Construindo cidadania e dignidade**. Florianópolis/SC: Editora Insular, 1997. 288p.

- FERRATER, J. **Diccionario de Filosofía**. 8.reimp. Madrid: Alianza Editorial, 1994, 789p.
- FOUCAULT, M. **Las Redes del Poder**. Traducido por Heloísa Primavera. B.Aires: Almagesto, 1986. 30p.
- _____. **Tecnologías del yo**. Traducido por Mercedes Allendesalazar. 1.ed. Barcelona: Paidós, 1990. 150p.
- _____. **Microfísica do poder**. Tradução de Roberto Machado. Rio de Janeiro, Graal, 1979. 111p.
- FOX, D. **El proceso de investigación en educación**. Pamplona: EUNSA, 1981. 802p.
- FUERTES, et al. **Comunicación y diálogo**. Madrid: Cauce Editorial, 1997. 126p.
- FREIRE, P. **Pedagogia da autonomia**. 7.ed. Rio de Janeiro: Editora Paz e Terra, 1998. 165p.
- _____. **Educação e mudança**. 21.ed. Rio de Janeiro: Editora Paz e Terra, 1997.p.79.
- _____. **Ação cultural para a liberdade**. Rio de Janeiro: Editora Paz e Terra, 1976. 149p.
- _____. **Educação como prática da liberdade**. 17.ed. Rio de Janeiro: Editora Paz e Terra, 1986. 150p.
- GADAMER, H. **El estado oculto de la salud**. Traducido por Nérida Machain. 1.ed. Barcelona: Editorial Gedisa, 1996. 190p.
- GAFO, J. **10 palabras claves en bioética**. Navarra: Editorial Verbo Divino, 1993. 379p.
- _____. **Ética y legislación en enfermería**. Madrid: Editorial Universitas, 1994. 518p.
- GAGNÉ, R. **Las condiciones del aprendizaje**. 4.ed. México: Mac.Graw-Hill/Interamericana. 1993. 360.p.
- GARCÍA DE HARO, R. Ley moral natural y ética médica. In: **Problemas Contemporáneos en Bioética**. 1.ed. Santiago. Chile: Ediciones Pontificia Universidad Católica de Chile, 1990. 369p.
- GRACIA, D. **Fundamentos de bioética**. Madrid: EUDEMA, 1989. 605p.
- GOOD, T. e BROPY J. **Psicología educativa contemporánea**. 5.ed. México: Mcgraw-Hill. Interamericana editores. 1996. 575p.

GREIMAS, A.J. **Semântica estrutural-pesquisa do método**. Tradução de Haquira Osakabe e Izidoro Blikstein. São Paulo: Cultrix, 1976. 202p.

GRISEZ-RUSSEL, G. **Ser persona. Curso de ética**. Traducido por Manuel Alcázar García. 2.ed. Madrid: Editorial Rialp, 1996. 233p.

HERNANDEZ, R. et al. **Metodología de la investigación**. Colombia: McGraw-Hill, 1991.505p.

HERRANZ, G. La concepción del ser humano como persona: implicaciones éticas en Biología y Medicina In: **Problemas Contemporáneos en Bioética**. 1.ed. Stgo./Chile: Ediciones Pontificia Universidad Católica de Chile, 1990. 369 p.

_____. La enseñanza de la ética en la formación del médico In: **Problemas Contemporáneos en Bioética**. 1.ed. Santiago/Chile: Ediciones Pontificia Universidad Católica de Chile, 1990. 369 p.

HOFFMAN, et al., **Psicología del desarrollo hoy**. 6.ed. España: McGraw-Hill/Interamericana 1995. 650p.

KIENTZ, A. **Comunicação de massa. Análise de conteúdo**. Rio de Janeiro: Editorial Arte Nova, 1973. 182p.

KLEIN, S. **Aprendizaje. Principios y aplicaciones**. 2.ed España: McGraw-Hill/Interamericana de 1994. 696 p.

LAVADOS, M. La enseñanza de la ética médica o la educación de la libertad. In: **Problemas Contemporáneos en Bioética**. 1.ed. Stgo./Chile: Ediciones Pontificia Universidad Católica de Chile, 1990. 369 p.

LEÓN, F. La bioética: los modelos éticos de referencia. **Rev. Persona y Bioética**. Bogotá, n.1, p.115-135. Junio. 1997.

LESCURA, Y., e VILLELA, M. **Educação em saúde: abordagem para o enfermeiro**. São Paulo: Editora Sarvier, 1990. 56p.

LOLAS, F. Debate sobre o artigo de Briceño-León. **Cadernos de Saúde Pública**. Rio de Janeiro, 12(1):7-30, p.22-23. Jan./Mar. 1996.

LOYOLA, M.C. **Os Dóceis Corpos Do Hospital**. Tese para optar ao grau de Mestrado no Curso de Pós-Graduação em Ciências Sociais do Instituto de Filosofia da Universidade Federal do Rio de Janeiro. 1.ed. Rio de Janeiro: Edição SR2/UFRJ, 1989. 137p.

LOZANO, N., e VEGA, C. **Metodología de la educación de adultos**. 2.ed. Santiago de Chile: CPEIP, 1990a. 152p.

_____. **Metodología de la Educación de Adultos II**. 2.ed. Santiago de Chile: CEPIP, 1990b. 139p.

- LLEDO, E. Introducción a las éticas In: Aristóteles: **Ética nicomáquea. Ética eudemia**. Traducción por Julio Palli Bonet. Madrid: Gredos, 1988. 562p.
- MARRINER-TOMEY, A. **Modelos y teorías de Enfermería**. 3.ed. Madrid: Mosby/Doyma Libros. 1995. 530p.
- MACHADO, R. **Introdução In: Microfísica do Poder**. Rio de Janeiro: Graal, 1979. 111p.
- MATURANA, H. **El Sentido de lo Humano**. 7.ed. Santiago de Chile: Dolmen, 1995. 315p.
- MELENDO, T. Dignidad humana y libertad en la bioética. **Rev. Cuadernos de bioética**. Santiago de Compostela, n.17 e 18, p.63-87, 1994.
- MILLÁN-PUELLES, A **La libre Afirmación de Nuestro Ser. Una fundamentación de la ética realista**. 1.ed. Madrid: Rialph. 1994. 560p.
- MINAYO, M.C.S. **O desafio do conhecimento. Pesquisa qualitativa em saúde**. 3ed. São Paulo-Rio de Janeiro: HUCITEC-ABRASCO, 1994. 269p.
- MIRANDA, G. Colaboraciones. Que bioética queremos?. **Rev. Cuadernos de bioética**. Santiago de Compostela, n.17-18, p.49-61, 1994.
- MORATILLA et al., La Enfermería y el consentimiento informado. **Rev. Cuadernos de Bioética**. Santiago de Compostela, v.IX. n. 33, p. 64-66, 1998.
- NAVARRO, P. e DÍAZ, C. Análisis de contenido. In: **Métodos y técnicas cualitativas de investigación en ciencias sociales**. Madrid: Editorial Síntesis, 1994. 496p.
- NIKKU, N. **Informative paternalism**. Department of Health and Society Linköpings Universities, 1997. 356p.
- NUÑEZ, J. Personalismo: origen y esbozo de una corriente bioética. **Rev. Persona y bioética**. Bogotá, año 1, n.1, p.139-148. Mayo/Junio. 1997.
- OREM, D. **Nursing: concepts of practice**. 3ed. United Stated: Mosby-Yearbook, 1992. 405p.
- PASTOR, L.M. La bioética y sus principios específicos. In: **Manual de ética y legislación en Enfermería**. Madrid: Editorial Mosby/Doyma Libros, 1997. 243p.
- PEREIRA, R.C.J, Promoção da saúde e prevenção de doenças: responsabilidade individual ou responsabilidade social. **Rev. Esc. Enf. USP**, São Paulo, v.26, n.3, p. 345-50. Dez. 1992.
- PEREZ M., A. El consentimiento informado. In: **Manual de ética y legislación en enfermería**. Madrid: Editorial Mosby, 1997. 243p.

- PEREZ S., G. **Investigación cualitativa retos e interrogantes**. Madrid: Editorial La Muralla, 1994. 198p.
- POLAINO-LORENTE, A. Implicaciones Éticas en la Educación para la Salud. In: **Educación para la Salud**. 1.ed. Barcelona: Herder, 1994. 208p.
- _____. Definición de ética. Relación de la ética con otros saberes. In: **Manual de ética y legislación en enfermería**. Madrid: Editorial Mosby, 1997. 243p.
- _____. La persona humana y su dignidad como valor prioritario en las ciencias de la salud. El respeto. In: **Manual de ética y legislación en enfermería**. Madrid: Editorial Mosby, 1997. 243p.
- _____. **Manual de bioética**. Madrid: Editorial Mosby, 1997. 489p.
- POURTOIS, J.P., e DESMET, H. **Epistemología e Instrumentación en ciencias humanas**. Traducido por Monserrat Kirchner. Barcelona: Editorial Herder, 1992. 231p.
- POLIT e HUNGLER. **Investigación científica en ciencias de la salud**. 4.ed. México: Interamericana McGraw-Hill, 1994. Traducido por Denise F. Polit and Bernadette P. Hungler. 701p.
- PUERTA, J. **La sociedad como discurso**. 1.ed. Valencia: Universidad ed. Carabobo. 1996. 77p.
- RAMOS, C. L. Participação popular nos programas de saúde, In: **A saúde em estado de choque**. Rio de Janeiro: FABE/Espaço, 1987.
- RATCLIFE, J.M. Accuracy notion in qualitative research methodology. **Rev. Knowledge**. United States, vol.5. no.2.diciembre, 1983. p.147-167.
- RIFIOTIS, T. Comunicação oral e anotações de aula na disciplina de análise do discurso: UFSC, 1997.
- RINEHART, N. **Client or Patient?. Power and Related Concepts in Healths Care**. St.Louis, Missouri: Ishiyakn EuroAmerica, 1991. 341p.
- ROA, A. Investigación científica biomédica: fundamentos éticos y antropológicos, In: **Problemas contemporáneos en bioética**. Ediciones:Universidad Católica de Chile, 1990. 369p.
- SAVATER, F. **Ética como amor propio**. 1 ed. Barcelona: Grijalbo Mondadori, 1995. 356p.
- SERRANO, J.M. Los principios de la bioética. Texto de la **Conferencia: formación sobre bioética**, celebrado en Murcia, 27 de febrero de 1993. 24p.
- SEARLE, J. **Mentes cerebros y ciencia**. Madrid: Ediciones Cátedra, 1985. 111p.

- SILVA, F.L. Beneficência e paternalismo. **Rev. Medicina Conselho Federal.** São Paulo, Dezembro. p.8-9. 1997.
- SPAEMANN, R. **Etica: cuestiones fundamentales.** 4.ed. España: Ediciones EUNSA, 1995. 124p.
- SUNDEEN, et al., **Nurse-Client Interaction. Implementing the nursing process.** 5.ed. United State: Mosby-Yearbook, 1994. 403p.
- TRILLA, B. J., **Otras educaciones.** 1.ed. Barcelona: Anthropol. 1993, 220p.
- TRIVIÑOS, A.N.S. **Introdução à pesquisa em ciências sociais. A pesquisa qualitativa em educação.** São Paulo: Atlas, 1992.
- TUGENDHAT, E. **Autoconciencia y autodeterminación. Una interpretación lingüística-analítica.** Tradução por Rosa Helena Santos-Ihlau. 1.ed. Madrid: Fondo de Cultura Económica. 1993. 285p.
- WAGNER, E. Variables Affecting Distances Education Program Success. **Educational Technology**, vol. XXXII. Nº 4, April, 1993.
- WANJIRU G, C. **La ética de la profesión docente.** Pamplona: Ediciones Universidad de Navarra, 1995, 496p.
- VIAL, J. Respeto y promoción de la persona humana en la Medicina moderna In: **Problemas contemporáneos en bioética.** Santiago/Chile: Ediciones Universidad Católica de Chile, 1990. 369p.
- YEPES, R. **Fundamentos de antropología.** Pamplona: Ediciones Universidad de Navarra, 1996, 518p.

ANEXOS

ANEXO Nº 1:
Quadro resumo da planificação da entrevista semiestruturada

Objetivos Específicos	Indicadores	Procedimentos de Obtenção de Informações	Fontes	Método de análise dos dados
1- Identificar os componentes que definam uma assistência em saúde, eticamente comprometida	- Respeito pela: * autonomia * a livre vontade de decidir * a dignidade das pessoas * a consideração do consentimento informado	Entrevista semiestruturada	Usuários da saúde	Qualitativo/quantitativo, utilizando a técnica de análise de conteúdo
2- Identificar o grau de compromisso dos profissionais frente à educação em saúde	Educar respeitando: * as capacidades * as necessidades * as motivações dos usuários da saúde	Entrevista semiestruturada	Usuários da saúde	Qualitativo/quantitativo, utilizando a técnica de análise de conteúdo
3- Descrever condutas facilitadoras manifestadas pelos profissionais, frente a favorecer à livre vontade do usuário, em sua consulta em saúde	* trato respeitoso * processo educativo: - dialógico - centrado na pessoa - horizontal * estratégias educativas participativas	Entrevista semiestruturada	Usuários da saúde	Qualitativo/quantitativo, utilizando a técnica de análise de conteúdo
4- Descrever condutas limitadoras manifestadas pelos profissionais, frente a livre vontade do usuário, em sua consulta em saúde	* trato desrespeitoso * processo educativo: - autoritário - coercitivo - vertical * estratégias educativas tradicionais	Entrevista semiestruturada	Usuários da saúde	Qualitativo/quantitativo, utilizando a técnica de análise de conteúdo
5- Identificar a presença de estratégias educativas, que sejam utilizadas em educação para a saúde, que expressem compromissos éticos por parte dos profissionais.	* estratégias educativas coincidentes com: - as necessidades - as características tanto individuais como grupais - o respeito pela pessoa e sua dignidade - o respeito pela livre vontade do usuário de aceitar ou rechaçar um ato educativo - a consideração do consentimento informado, antes de educar sem aúde.	Entrevista semiestruturada	Usuários da saúde	Qualitativo/quantitativo, utilizando a técnica de análise de conteúdo

ANEXO Nº2: Questões da entrevista semiestruturada

- 1- Cada vez que você vai fazer uma consulta, em um posto de saúde ou hospital alguém lhe explica ou dá orientações sobre os cuidados que você deve ter com sua saúde?
- 2- Caso isso aconteça, quem é o profissional que lhe dá as explicações ou as orientações?
 - assistente social
 - enfermeira (o) atendente, auxiliar
 - médica (o)
 - outros, qual?
- 3- Se alguma vez, o/a Sr.(a) recebeu essas orientações sobre a sua saúde, a pessoa que as deu, perguntou a você antes, se as desejava receber?
- 4- Caso não tenham lhe perguntado antes, se desejava receber essas orientações ou explicações, isso lhe desagradou? Como gostaria que fosse?
- 5- Quando as pessoas dão essas orientações, deixam você à vontade, concedendo tempo para fazer perguntas ou tirar dúvidas?
- 6- Caso concedam ao/a Sr.(a) essa oportunidade, escutam suas perguntas e lhe concedem tempo para tirar suas dúvidas?
- 7- Você tem sentido que as orientações que lhe foram dadas vão ao encontro do que você pensa ou quer?. O que você pensa disso?
- 8- Se o/a Sr(a) não está de acordo com a orientação, os profissionais respeitam sua opinião e lhe concedem tempo suficiente para explicar suas razões?
- 9- O profissional da saúde pede sua ajuda e participação no momento de orientar-lhe, e dar lhe explicações?
- 10- Você aceita as orientações e explicações que lhe foram dadas?
- 11- De que forma você recebe suas orientações ou explicações sobre sua saúde?
 - através da fala
 - através da fala mostrando letras e figuras
 - através da TV
 - através do teatro
 - através de outro ? Diga qual?
- 12- Qual das formas o/a Sr. (a) mais gosta?
- 13- Essa forma de receber orientações tem permitido ao/à Sr.(a):
 - saber mais sobre sua saúde, informar-se melhor?
 - aprender mais?
 - participar mais?
 - falar com o profissional?
 - esclarecer o que você tem de dúvidas?

ANEXO N°3: Análise de conteúdo das entrevistas

Neste anexo apresentam-se as entrevistas, de acordo com a *análise de conteúdo* realizada, o que já foi explicitado no capítulo da metodologia. O processo de inferência/qualificação foi realizado para cada uma das respostas das entrevistas no grupo de medicina, e por grupos de respostas, no caso dos usuários dos grupos de idosos e de diabetes, dada a igualdade de suas respostas, segundo já foi assinalado no capítulo indicado. Indicam-se em primeiro lugar, a análise das entrevistas do grupo de medicina, logo de idosos e diabetes.

I. - ENTREVISTAS GRUPO MEDICINA GERAL

ENTREVISTA N°1

Dados de Identificação:

- 26 anos
- sexo feminino
- trabalha
- escolaridade: 2º grau incompleto

- 3.- Se alguma vez, o/a Sr.(a) recebeu essas orientações sobre a sua saúde, a pessoa que as deu, perguntou a você antes, se as desejava receber?

Normalização

- os profissionais não perguntam;
- eles só respondem coisas pontuais da doença;
- dificilmente pode se perguntar algo mais;
- eles poucas vezes conversam com a gente;
- eu pergunto para não ficar com dúvidas;

b) Inventário de categorias de base

- os profissionais não perguntam;
- eles só respondem coisas pontuais da doença;
- * dificilmente pode se perguntar algo mais;
- * eles poucas vezes conversam com a gente;
- eu pergunto para não ficar com dúvidas;

c) Reagrupamento semântico

- os profissionais não perguntam;
- os profissionais só respondem coisas pontuais da doença, poucas vezes conversam;
- eu pergunto para não ficar com dúvidas;

d) Inferência/Qualificação

- ela identifica que os profissionais não perguntam sobre o desejo de receber orientações, porque "eles poucas vezes conversam com a gente". Resolve perguntar para não ficar com dúvidas, mesmo só assim, consegue respostas sobre aspectos "pontuais da doença". Não tem espaço para perguntar além do que lhe está acontecendo;
- a conduta do profissional evitativa, coercitiva, traz como resultado, o predomínio do saber do profissional sobre as suas verdadeiras necessidades. Favorecendo assim, uma prática autoritária e paternalista, que inibe o exercício de perguntar, a autonomia e a possibilidade de experimentar a sua liberdade;
- a conduta do profissional significa para ela: ficar com dúvidas, sentir inibido o direito de perguntar, "-dificilmente pode se perguntar algo mais"- . Enfrentando condições desfavoráveis, num ambiente evidentemente autoritário e paternalista.

- 4.- Caso não tenham lhe perguntado antes, se desejava receber essas orientações ou explicações, isso lhe desagradou? Como gostaria que fosse?

a) Normalização

- é desagradável que não perguntem;
- seria melhor se permitissem perguntar;
- é melhor, ter mais liberdade, mais tempo para deixar falar, mais abertura, mais tranquilidade;
- eu não pergunto por medo e vergonha;
- eu às vezes quero saber algo mais além da doença que leva a consultar;
- eu gostaria de ter mais tempo para perguntar;

b) Inventário de categorias de base

- é desagradável que não perguntem;
- * seria melhor se permitissem perguntar;
- é melhor, ter mais liberdade, mais abertura, mais tranquilidade;
- * mais tempo para deixar falar;
- * eu não pergunto por medo e vergonha;
- * eu às vezes quero saber algo mais além da doença que leva a consultar;
- * eu gostaria ter mais tempo para perguntar;

- c) **Reagrupamento semântico**
- ela se sente em desagrado quando não lhe perguntam;
 - ela gosta que lhe perguntem;
 - ela deseja mais liberdade, mais tempo, tranquilidade e abertura por parte dos profissionais para falar e perguntar além da doença;
- d) **Inferência/Qualificação**
- ela afirma sentir desagrado, quando não lhe perguntam antes, se desejava receber orientações ou explicações. Percebe a necessidade de ter "mais liberdade, mais tempo... mais abertura, mais tranquilidade, para poder falar e saber algo mais além da doença";
 - a conduta do profissional evitativa, coercitiva, favorece uma prática autoritária e paternalista, que inibe o exercício de perguntar e desrespeita o direito de ser educado. O profissional centra seu quefazer em seus conhecimentos, inibindo a autonomia e a possibilidade de experimentar a liberdade;
 - a prática profissional expressa, um importante grau de insatisfação frente a suas orientações em saúde. As condições desfavoráveis, oferecidas num ambiente evidentemente autoritário e paternalista, significam para ela: ficar com dúvidas, e sentir inibido o direito de perguntar: "a gente não pergunta por medo e vergonha". Por outro lado, o reclamo por "mais liberdade, mais tempo para deixar falar, mais abertura, mais tranquilidade", denota sua insatisfação, frente a uma prática desrespeitosa, que lhe deixa a sensação de ignorância e de dúvidas não satisfeitas: "às vezes a gente quer saber algo mais além da doença, que nos leva a consultar... eu gostaria de ter mais tempo para perguntar".
- 5.- Quando as pessoas dão essas orientações, deixam você à vontade, concedendo tempo para fazer perguntas ou tirar dúvidas?
- a) **Normalização**
- eles (os profissionais) não dão tempo;
 - eles só escrevem;
 - eles nem sequer olham;
 - eu insisto em perguntar para não ficar com dúvidas;
- b) **Inventário de categorias de base**
- eles (os profissionais) não dão tempo;
 - * eles (os profissionais) só escrevem;
 - * eles (os profissionais) nem sequer olham;
 - eu pergunto para não ficar com dúvidas;
- c) **Reagrupamento semântico**
- os profissionais não dão tempo, só escrevem, nem olham;
 - ela insiste em perguntar para não ficar com dúvidas;
- d) **Inferência/Qualificação**
- quando os profissionais dão orientações, não dão tempo para fazer perguntas ou tirar dúvidas, porque eles não individualizam a atenção, "só escrevem, nem sequer olham". Ela "insiste em perguntar para não ficar com dúvidas";
 - as características da atenção dos profissionais, já identificadas anteriormente como evitativa e coercitiva, determinam uma prática autoritária e paternalista, a que inibe o exercício de perguntar e desrespeita o direito de ser educado. O profissional domina a situação através de seus conhecimentos, inibindo a autonomia e a liberdade da usuária. A expressão, "só escrevem, nem sequer olham", fundamenta a situação anteriormente assinalada e deixa de manifesto, a falta de disponibilidade para o diálogo, o desrespeito pela sua dignidade, a falta de condições para uma prática educativa em saúde, digna;
 - frente à conduta profissional, ela "insiste em perguntar para não ficar com dúvidas", reclamando dessa forma seu direito ao diálogo, e de escutar respostas oportunas.
- 6.- Caso concedam ao/a Sr.(a) essa oportunidade, escutam suas perguntas e lhe concedem tempo para tirar suas dúvidas?
- Só às vezes, eles escutam... mas, eu sempre estou insistindo em perguntar minhas dúvidas.
- a) **Normalização**
- os profissionais, só às vezes escutam;
 - eu sempre estou insistindo em perguntar minhas dúvidas;
- b) **Inventário de categorias de base**
- idem à normalização;
- c) **Reagrupamento semântico**
- os profissionais, só às vezes, escutam as perguntas;
 - ela sempre insiste em perguntar suas dúvidas;
- d) **Inferência/Qualificação**
- os profissionais, só às vezes, escutam as perguntas, mas ela toma uma atitude ativa e sempre insiste em perguntar suas dúvidas;
 - aparece aqui outra manifestação de uma prática autoritária e paternalista, demonstrando neste caso, a falta de disponibilidade para escutar, negando assim o direito de perguntar e de dialogar aspectos identificados em respostas anteriores. Somam-se então, as conseqüências já apontadas na análise precedente, as quais se resumem, numa inibição à autonomia e à liberdade;
 - ela reage, por meio de uma postura ativa, assinalando "eu sempre estou insistindo em perguntar minhas dúvidas". Reclamando desta forma, seu direito de ser escutada, seu direito a uma prática educativa com intencionalidade.

7.- Você tem sentido que as orientações que lhe foram dadas vão ao encontro do que você pensa ou quer?. O que você pensa disso?

a) **Normalização**

- as orientações às vezes combinam;
- não é possível discutir;
- eles (os profissionais) não estão preocupados em saber o que a gente pensa sobre sua saúde;
- a gente fica com dúvidas, por falta de confiança para perguntar;
- eu faço do meu jeito, de acordo com o que penso, é melhor;

b) **Inventário de categorias de base**

- as orientações às vezes combinam;
- * não é possível discutir;
- eles (os profissionais) não estão preocupados em saber o que a gente pensa sobre sua saúde;
- a gente fica com dúvidas por falta de confiança para perguntar;
- eu faço do meu jeito, de acordo com o que penso, que é melhor;

c) **Reagrupamento semântico**

- acredita que as orientações nem sempre concordam, nem se pode discutir;
- ela decide finalmente o que fazer frente às orientações;
- sente que fica com dúvidas, por falta de confiança para perguntar;
- percebe que os profissionais nem se preocupam em saber o que pensa da sua saúde;

d) **Inferência/Qualificação**

- sente que as orientações que lhe foram dadas só às vezes estão de acordo com sua forma de pensar. Identifica como problema, que os profissionais, "não estão preocupados em saber o que a gente pensa sobre sua saúde". Por outro lado, reconhece que "a falta de confiança para perguntar faz com que a gente fique com dúvidas";
- apresenta-se uma conduta profissional, autoritária, paternalista e coercitiva, onde prevalece seu conhecimento, oferecendo uma prática educativa sem intencionalidade e sem limites éticos, "não estão preocupados em saber o que a gente pensa sobre sua saúde". O usuário reclama seu direito de decidir por si mesmo, de participar e de que sejam consideradas as suas necessidades;
- "a falta de confiança para perguntar faz com que a gente fique com dúvidas ... então eu faço, do meu jeito... de acordo com o que penso que é melhor". A opinião reflete desconforto e falta de preocupação do profissional. Já se identificou anteriormente, que o profissional decide o que orientar. As orientações não podem ir ao encontro do que pensa ou quer. O usuário não tem como concordar, "tem que calar, não adianta discutir". O que reafirma o desrespeito a sua dignidade.

8.- Se o/a Sr(a) não está de acordo com a orientação, os profissionais respeitam sua opinião e lhe concedem tempo suficiente para explicar suas razões?

a) **Normalização**

- não tem acontecido que eu não esteja de acordo com as orientações;
- não existe a possibilidade de estar em desacordo com as orientações;
- os profissionais só escutam o que querem escutar;
- eu não sei se eles (os profissionais) respeitam a opinião e concedem tempo para deixar explicar as razões;
- eu não tenho confiança para falar abertamente e à vontade;

b) **Inventário de categorias de base**

- não tem acontecido que eu não esteja de acordo com as orientações;
- não existe a possibilidade de estar em desacordo com as orientações;
- * os profissionais só escutam o que querem escutar;
- eu não sei se eles (os profissionais) respeitam a opinião e concedem tempo para deixar explicar as razões;
- eu não tenho confiança para falar abertamente e à vontade;

c) **Reagrupamento semântico**

- reconhece não ter diferenças de opinião com os profissionais;
- sente que não é possível manifestar desacordos, porque os profissionais só escutam o que querem escutar;
- não sabe se os profissionais respeitam a opinião e concedem tempo para deixar explicar as razões;
- ela não se sente à vontade para perguntar;

d) **Inferência/Qualificação**

- não tem acontecido, que ela não esteja de acordo com a orientação, porque, "não existe a possibilidade de estar em desacordo... os profissionais só escutam o que querem escutar";
- a conduta profissional traz como consequência, uma comunicação unidirecional e coercitiva, que determina o desconhecimento, em relação a "se eles respeitam a opinião e concedem tempo para deixar explicar as razões"; e a falta de "confiança para falar abertamente e à vontade";
- de acordo com as características assinaladas, pode-se dizer que se apresenta uma atenção que privilegia uma falta de disponibilidade para o diálogo, favorecendo uma comunicação horizontal, na qual prevalece a opinião do profissional, a qual inibe a liberdade de falar e de expressar as diferenças de opinião.

9.- O profissional da saúde pede sua ajuda e participação no momento de orientar-lhe, e dar lhe explicações?.

a) **Normalização**

- os profissionais não pedem cooperação;
- a participação é mais bem passiva;
- eles falam, a gente escuta;
- eles não motivam, é melhor só escutar;
- eu me acostumei;
- eles não vão mudar, para que ser diferente;
- a enfermeira dá confiança e até às vezes a gente pode perguntar com mais tranquilidade;
- eu gostaria de participar mais, sempre que os profissionais fossem mais abertos;

b) **Inventário de categorias de base**

- os profissionais não pedem cooperação;
- * a participação é mais bem passiva;
- * eles falam, a gente escuta;
- * eles não motivam, é melhor só escutar;
- * eu me acostumei;
- eles não vão mudar, para que ser diferente;
- a enfermeira dá confiança e até às vezes a gente pode perguntar com mais tranquilidade;
- eu gostaria de participar mais, sempre que os profissionais fossem mais abertos;

c) **Reagrupamento semântico**

- os profissionais não pedem colaboração, a participação é passiva;
- ela gostaria de participar, sempre que os profissionais motivem e sejam mais abertos;
- identifica a enfermeira como o profissional que dá mais confiança;

d) **Inferência/Qualificação**

- ela acha que o que determina a postura dos profissionais, de não pedirem cooperação no momento de orientar, é justamente porque "eles não motivam, então é melhor só escutar, a gente se acostuma e para que ser diferente se eles não vão mudar?";
- percebe que a participação, "é mais bem passiva... eles falam, a gente escuta", Isto tem como consequência, aceitar as orientações entregues, favorecendo o ambiente paternalista e autoritário, tomando agudo o problema da dependência e fazendo com que a passividade aumente;
- a participação passiva, num ambiente desmotivador, significa que: "a gente se acostuma e para que ser diferente se eles não vão mudar?". Através desta expressão, ela faz notar, sua desconfiança de uma mudança, embora logo reconheça que "mesmo assim... eu gostaria de participar mais, sempre que os profissionais fossem mais abertos". Isto é, reclama seu direito de participação, de respeito, de receber uma prática com intencionalidade. Destaca a diferença da atenção com a enfermeira, a qual se abre ao diálogo e "dá confiança e até às vezes a gente pode perguntar com mais tranquilidade";

10.- Você aceita as orientações e explicações que lhe foram dadas?.

a) **Normalização**

- eu aceito as orientações e explicações no momento da consulta;
- eu não tenho outra opção;
- eu decido depois;

b) **Inventário de categorias de base**

- eu aceito as orientações e explicações no momento da consulta;
- * eu não tenho outra opção;
- eu decido depois;

c) **Reagrupamento semântico**

- ela aceita as orientações ou explicações na hora da consulta como a única opção;
- ela decide depois, o que pode fazer;

d) **Inferência/Qualificação**

- ela aceita as orientações ou explicações na hora da consulta como a única opção;
- as consequências de aceitar as orientações ou explicações na hora da consulta como a única opção, implicam manifestar seu desconforto a respeito das orientações ou explicações entregues. Identifica dessa forma, uma prática autoritária e paternalista, a qual impõe seu ponto de vista, sobre suas necessidades;
- decidir o que fazer, significa tomar a melhor opção de acordo com as possibilidades; "no momento da consulta aceito tudo", expressa a falta de confiança, para dizer que tem algo que não aceita ou com o qual não se concorda, porque é difícil de conseguir.

ENTREVISTA N°2

Dados de Identificação:

- 23 anos
- sexo masculino
- ocupação: mecânico de motos
- escolaridade: 2º grau completo

3.- Se alguma vez, o/a Sr.(a) recebeu essas orientações sobre a sua saúde, a pessoa que as deu, perguntou a você antes, se as desejava receber?

a) **Normalização**

- os profissionais não perguntam sobre o desejo de receber orientações;
- os profissionais só falam;

b) **Inventário de categorias de base**

- os profissionais não perguntam sobre o desejo de receber orientações;
- os profissionais só falam;

c) **Reagrupamento semântico**

- afirma que os profissionais não perguntam sobre o desejo de receber orientações;
- reconhece que os profissionais, decidem o que orientar;

d) **Inferência/Qualificação**

- os profissionais não perguntam sobre o desejo de receber orientações, porque eles, baseados em seu saber "só falam". Decidem desta forma, o que orientar; o usuário neste caso, não tem participação nenhuma;
- a conduta do profissional, evitativa, coercitiva, demonstra o predomínio do seu saber, sobre as necessidades do usuário; favorecendo uma prática educativa em saúde autoritária, a que inibe o exercício de perguntar e leva a fomentar: a passividade, a falta de autonomia e a impossibilidade de experimentar a liberdade, frente à tomada de decisões;
- a conduta do profissional significa para ela: ficar com dúvidas, sentir inibido o direito de perguntar, - "difícilmente pode se perguntar algo mais"-. Enfrentando-se a condições desfavoráveis, num ambiente evidentemente autoritário.

4.- Caso não tenham lhe perguntado antes, se desejava receber essas orientações ou explicações, isso lhe desagradou? Como gostaria que fosse?

a) **Normalização**

- sim, desagradou-me que não perguntassem antes de ser orientado;
- gostaria que me perguntassem
- a saúde está muito mal falada no Brasil;
- eu gostaria de conversar especialmente com o médico, que frente a algum problema, ele fale, faz assim, assim, isto é melhor para ti, sem pressa e que dê mais confiança;

b) **Inventário de categorias de base**

- sim, desagradou-me que não perguntassem antes de ser orientado;
- gostaria que me perguntassem;
- * a saúde está muito mal falada no Brasil;
- eu gostaria de conversar especialmente com o médico, que frente a algum problema o médico fale, faz assim, assim, isto é melhor para ti, sem pressa e que dê mais confiança;

c) **Reagrupamento semântico**

- ele acha desagradável que não lhe perguntem antes de ser orientado;
- ele gosta que lhe perguntem; sente que a saúde em geral precisa de mais preocupação;
- ele deseja poder conversar especialmente com o médico esperando dele, mais confiança e explicação;

d) **Inferência/Qualificação**

- ele sente desagrado quando não lhe perguntam antes, se desejava receber orientações ou explicações. Contrário a isso, preferiria lhe perguntassem, reconhecendo a necessidade de "que se dediquem a sua saúde". Identificando uma atenção deficitária, especialmente médica, "eu gostaria de conversar, especialmente, com o médico, que frente a algum problema o médico fale... faz assim, assim... isto é melhor para ti, sem pressa... e que dê mais confiança";
- a conduta profissional coercitiva, favorece uma prática autoritária e paternalista, a que inibe o exercício de perguntar, desrespeita o direito de ser educado, a autonomia e a possibilidade de experimentar a própria liberdade. O profissional médico, especialmente, centra sua atenção em seu saber, não considerando a forma adequada para lhe orientar, de acordo com as suas características individuais. Favorecendo assim, uma prática autoritária e paternalista, a que inibe o exercício de perguntar;
- a conduta profissional autoritária e paternalista, deixa-lhe o sentimento de insatisfação frente a suas orientações em saúde. Ele reclama uma prática respeitosa que considere: seu direito de ser educado, seu direito a ser escutado, seu direito a uma atenção em saúde. Isto significa: ficar com dúvidas, falta de respostas oportunas, sensação de ignorância e desconfiança. Ele assinala "que frente a algum problema o médico fale... faz assim, assim... isto é melhor para ti, sem pressa... e que dê mais confiança".

- 5.- Quando as pessoas dão essas orientações, deixam você à vontade, concedendo tempo para fazer perguntas ou tirar dúvidas?
- a) **Normalização**
- às vezes (os profissionais) dão tempo, só para coisas pontuais da doença;
 - eu acho que o pouco tempo da consulta, não permite fazer perguntas ou tirar dúvidas;
 - o médico, geralmente, nem olha;
- b) **Inventário de categorias de base**
- idem à normalização;
- c) **Reagrupamento semântico**
- acredita que os profissionais, só às vezes dão tempo para perguntar aspectos pontuais da doença;
 - percebe que pelo pouco tempo da consulta, não é possível fazer perguntas ou tirar dúvidas, o médico nem olha;
- d) **Inferência/Qualificação**
- quando os profissionais fornecem orientações, só às vezes, dão tempo para fazer perguntas ou tirar dúvidas. Acredita que o problema é "o pouco tempo da consulta, o qual não permite fazer perguntas ou tirar dúvidas". Generaliza por outra parte, a atenção do médico, observando que "geralmente nem olha";
 - a prática profissional, já identificada anteriormente - coercitiva, autoritária e paternalista- é a responsável por inibir o exercício de perguntar, desrespeitando o direito de ser educado em saúde. Isto impede, a atuar com autonomia e liberdade, num ambiente fechado para o diálogo, que desrespeita sua dignidade.
 - ele acha que o tempo é um fator que interfere, porque "não deixa fazer perguntas ou tirar dúvidas". Reclama dessa forma, seu direito ao diálogo e de escutar respostas oportunas. Sua observação, sobre que "o médico geralmente nem olha", permite acrescentar o fundamento em relação à falta de respeito pelo usuário à falta de intencionalidade da prática educativa.
- 6.- Caso concedam ao/a Sr.(a), essa oportunidade, escutam suas perguntas e lhe concedem tempo para tirar suas dúvidas?
- a) **Normalização**
- só às vezes (os profissionais) escutam as perguntas e concedem tempo para tirar as dúvidas;
 - eu vejo que o maior problema, é a falta de tempo;
- b) **Inventário de categorias de base**
- idem à normalização;
- c) **Reagrupamento semântico**
- afirma que só às vezes, os profissionais escutam perguntas e lhe concedem tempo para tirar suas dúvidas;
 - identifica a falta de tempo, como o maior problema, para que os profissionais escutem e tirem dúvidas;
- d) **Inferência/Qualificação**
- os profissionais só às vezes escutam e identificam como problema, a falta de tempo;
 - a prática autoritária e paternalista demonstra também aqui, outro de seus componentes, ao evidenciar que não existe uma atitude constante frente à abertura da fala do outro, inibindo desta maneira o direito de perguntar e de dialogar. Conseqüências e déficit já indicados em respostas anteriores, são os que apresentam inibição à autonomia e à liberdade;
 - ela identifica como problema a falta de tempo, colocando-a como uma causa externa que interfere no processo. Dito fator já foi assinalado por ela em respostas anteriores, como uma forma de justificar a falta da atenção. Descobre desta forma sua insatisfação, frente a uma prática educativa que apresenta condições desfavoráveis.
- 7.- Você tem sentido, que as orientações que lhe foram dadas vão ao encontro do que você pensa ou quer?. O que você pensa disso?.
- a) **Normalização**
- as orientações dadas nem sempre, vão ao encontro do que penso ou quero;
 - eles (os profissionais), nem sempre falam o mesmo; as explicações são pouco claras e a gente fica em dúvida;
- b) **Inventário de categorias de base**
- as orientações dadas nem sempre, vão ao encontro do que penso ou quero;
 - eles (os profissionais), nem sempre falam o mesmo; as explicações são pouco claras e a gente fica em dúvida;
- c) **Reagrupamento semântico**
- ele nem sempre concorda com as orientações;
 - ele fica em dúvida, porque as explicações são pouco claras e pouco consistentes;
- d) **Inferência/Qualificação**
- sente que as orientações que lhe foram dadas só às vezes estão de acordo com sua forma de pensar. Acha as "explicações pouco claras e pouco consistentes";
 - a conduta paternalista faz com que o profissional decida o que orientar. Oferecendo uma prática centrada em seus conhecimentos, apresentando aspectos inconsistentes, porque acredita que "eles nem sempre falam o mesmo". Determinando uma educação em saúde, sem intencionalidade e sem limites éticos. O que não favorece, que as orientações possam ir ao encontro do que pensa ou quer;

- o usuário reconhece que tanto ele, como outros usuários, ficam com "dúvidas". Reclama seu direito de participar, de que sejam consideradas suas necessidades, de receber uma prática educativa em condições favoráveis e de ser escutado. Reafirmando, desta forma, as condutas autoritárias e paternalistas, por parte dos profissionais, já identificadas em respostas anteriores.
- 8.- Se o/a Sr(a) não está de acordo, os profissionais respeitam sua opinião e lhe concedem tempo suficiente para explicar suas razões?
- a) **Normalização**
- não é possível que aconteça que os profissionais respeitem a opinião e dêem tempo para explicações;
 - se trata da minha opinião, contra a opinião do médico, é ele o que sabe, embora às vezes ele erre;
- b) **Inventário de categorias de base**
- não é possível que os profissionais respeitem a opinião e dêem tempo para explicações;
 - se trata da minha opinião, contra a opinião do médico, é ele o que sabe, embora às vezes ele erre;
- c) **Reagrupamento semântico**
- ele não sabe se os profissionais respeitam sua opinião e dão tempo para explicar as razões;
 - ele pensa que a opinião do médico especialista é a mais valiosa porque ele sabe, embora às vezes esteja errado;
- d) **Inferência/Qualificação**
- não tem acontecido, que ele não esteja de acordo com a orientação, porque, "se trata da minha opinião, contra a opinião do médico... na verdade, é ele o que sabe".
 - a conduta profissional traz como consequência, assumir uma atitude passiva e de aceitação, frente à completa autoridade do médico; "na verdade, é ele o que sabe".
 - as características assinaladas apresentam uma atenção que privilegia uma falta de disponibilidade para o diálogo. Favorecendo-se uma comunicação horizontal, na qual prevalece a opinião do profissional. Isto significa, inibir a liberdade de falar, especialmente, frente ao médico, o qual apresenta o máximo saber; "embora às vezes ele erre", não poderá existir uma diferença de opinião.
- 9.- O profissional da saúde pede sua ajuda e participação no momento de orientar-lhe, e dar lhe explicações?. Caso isso não ocorra, você gostaria de ajudar e participar?.
- a) **Normalização**
- ele gosta de participar;
 - eles (os profissionais) são os que falam;
 - eles (os profissionais) não pedem cooperação;
 - a gente pode dar a opinião, mas não existe outra forma de participação;
- b) **Inventário de categorias de base**
- ele gosta de participar;
 - eles (os profissionais) são os que falam;
 - * eles (os profissionais) não pedem cooperação;
 - a gente pode dar a opinião, mas não existe outra forma de participação;
- c) **Reagrupamento semântico**
- ele gosta de participar;
 - reconhece que os profissionais não pedem cooperação, eles só falam;
 - ele quer ter mais possibilidades para dar a sua opinião;
- d) **Inferência/Qualificação**
- ele gostaria de participar, mas acha que os profissionais "são os que falam", impedindo a intervenção. Às vezes "a gente pode dar a opinião";
 - o efeito de uma atenção, que não considera a participação do usuário, traz como consequência, a passividade dele frente à atenção. Ele diz, que "não existe outra forma de participação". O que reafirma a atitude, autoritária e paternalista da atenção em saúde e justifica sua passividade;
 - uma participação passiva, significa, aceitar o paternalismo/autoritarismo do profissional, exacerbando a falta de consciência e a importância de reclamar os direitos de uma participação livre e autônoma.
- 10.- Você aceita, as orientações e explicações que lhe foram dadas?.
- a) **Normalização**
- sempre aceito as orientações;
 - a gente confia, tenta fazer tudo certo;
 - a gente confia em que eles (os profissionais) estão certos, eles são os profissionais;

- b) **Inventário de categorias de base**
- sempre aceito as orientações e explicações;
 - a gente confia, tenta fazer tudo certo;
 - * a gente confia em que eles (os profissionais) estão certos, eles são os profissionais;
- c) **Reagrupamento semântico**
- ele sempre aceita as orientações e explicações;
 - ele tenta fazer tudo porque confia nos profissionais, acha que estão certos, porque têm o conhecimento;
- d) **Inferência/Qualificação**
- sempre aceita as orientações, porque "a gente confia (...), eles são os profissionais;
 - as conseqüências de aceitar as orientações ou explicações na hora da consulta, porque "a gente confia que eles estão certos", implica aceitar de forma absoluta a autoridade e paternalismo dos profissionais, sem questionar-se a possibilidade de praticar sua autonomia e liberdade;
 - a conduta de aceitação, significa manter uma postura passiva que favorece a prática autoritária e paternalista, a qual impõe seu ponto de vista, sobre suas necessidades;

ENTREVISTA N 3

Dados de Identificação:

- 23 anos
- sexo feminino
- trabalha
- escolaridade: 2º grau completo

3.- Se alguma vez, o/a Sr.(a) recebeu essas orientações sobre a sua saúde, a pessoa que as deu, perguntou a você antes, se as desejava receber?

- a) **Normalização**
- eles (os profissionais), nem sempre perguntam sobre o desejo de receber as orientações;
 - eles (os profissionais), só informam coisas que eles acham que são interessantes para a gente;
- b) **Inventário de categorias de base**
- idem à normalização;
- c) **Reagrupamento semântico**
- os profissionais, nem sempre perguntam sobre o desejo de receber as orientações;
- d) **Inferência/Qualificação**
- os profissionais, só às vezes, perguntam sobre o desejo de receber orientações, porque estão centrados naquilo que eles consideram necessário, "só informam coisas que... acham que são interessantes para a gente". Ela estende desta forma, sua observação, a outros usuários;
 - a conduta do profissional, evitativa, coercitiva, tem como conseqüência, o predomínio do saber, sobre as necessidades do usuário; favorecendo uma prática educativa em saúde, autoritária, a que inibe o exercício de perguntar e leva a fomentar a passividade, a falta de autonomia e a impossibilidade de experimentar a liberdade, frente à tomada de decisões;
 - a conduta do profissional expressa para ela: ficar com dúvidas, sentir inibido o direito de perguntar. Enfrentando-se as condições desfavoráveis, num ambiente evidentemente autoritário, que inibe a sua autonomia.

4.- Caso não tenham lhe perguntado antes, se desejava receber essas orientações ou explicações, isso lhe desagradou? Como gostaria que fosse?

- a) **Normalização**
- quando os profissionais não perguntam, não lhe desagrada;
 - seria melhor se perguntassem;
 - seria bom, ter mais tempo e tranquilidade, isto dá mais segurança para poder perguntar algo além da doença;
- b) **Inventário de categorias de base**
- idem à normalização;
- c) **Reagrupamento semântico**
- acredita que quando os profissionais não perguntam, não lhe desagrada;
 - pensa que seria melhor se perguntassem;
 - sente que ter mais tempo e tranquilidade, dá mais segurança para perguntar além da doença;
- d) **Inferência/Qualificação**
- ela não se desagrada quando os profissionais não lhe perguntam antes de entregar a orientação, porque esta situação aparece como a única alternativa. No entanto, reflete que "seria melhor... se perguntassem". Acredita que assim poderia "ter mais tempo e tranquilidade, isto dá mais segurança para poder perguntar, além da doença";

- a conduta profissional autoritária e paternalista, reconhecida na sua resposta anterior, oferece e traz como resultado uma educação em saúde que inibe o exercício de perguntar, desrespeita o direito de ser educado, afetando a autonomia e possibilidade de experimentar a própria liberdade. Centra sua atenção em seu saber, e não considera formas adequadas e pertinentes para orientar, de acordo com as características individuais;
 - ela sente insatisfação frente às características da prática profissional assinalada. Acredita que se perguntassem poderia "ter mais tempo e tranquilidade, isto dá mais segurança para poder perguntar, além da doença". Isto é, uma prática educativa respeitosa e com intencionalidade, lhe abre a possibilidade de obter a chance de ser escutada e de expressar as suas necessidades, num ambiente de confiança.
- 5.- Quando as pessoas dão essas orientações, deixam você à vontade, concedendo tempo para fazer perguntas ou tirar dúvidas?
- a) **Normalização**
• os profissionais dão tempo para ouvir e tirar dúvidas;
- b) **Inventário de categorias de base**
• idem à normalização;
- c) **Reagrupamento semântico**
• percebe que os profissionais dão tempo para ouvir e tirar dúvidas;
- d) **Inferência/Qualificação**
• ela afirma que "os profissionais dão tempo para ouvir e tirar dúvidas". No entanto, isto se contradiz, com sua resposta anterior, na qual faz uma observação em relação ao fato de que "ter mais tempo e tranquilidade... dá mais segurança para poder perguntar, além da doença". Isto quer dizer que nem sempre ele tem o tempo que precisa para perguntar. Esta ambigüidade denota a falta de questionamento, a aceitação do usuário e a falta de consistência da educação em saúde nas diferentes ocasiões, que é atendido;
- a inconsistência da prática profissional, autoritária e paternalista é a responsável por uma postura que lhe faz colocar pontos de vista diferentes, no momento de responder. Por outro lado, parece que tudo está bem como está, e por outro, seria melhor que mudasse. Fica claro que ele desconhece seu direito de decidir sobre a sua saúde, atuando com autonomia e liberdade;
 - o desconhecimento de seus direitos, lhe faz colocar-se numa ambigüidade no que diz respeito ao que é o melhor. Anteriormente expressa insatisfação frente à atenção, em contradição à presente resposta, na qual ela demonstra uma atitude de aceitação.
- 6.- Caso concedam ao/a Sr.(a) essa oportunidade, escutam suas perguntas e lhe concedem tempo para tirar suas dúvidas?
- a) **Normalização**
• os profissionais escutam as perguntas;
- b) **Inventário de categorias de base**
• idem à normalização;
- c) **Reagrupamento semântico**
• acredita que os profissionais escutam suas perguntas;
- d) **Inferência/Qualificação**
• afirma que os profissionais "escutam suas perguntas". Isto aparece como uma situação, aparentemente sem problemas, no entanto, é contraditória com as respostas anteriores;
- a afirmação, "sim escutam", não é uma conduta permanente nos profissionais, dado que reconhece em respostas precedentes, que: "informam coisas que eles acham que são interessantes para a gente"; "seria melhor... se perguntassem". Isto nos faz compreender que a disposição para escutar não está sempre presente. Pelo contrário, reafirma a conduta autoritária e paternalista, já identificada, somando-lhe as conseqüências previstas, que se resumem em: dificultar vivências de autonomia e liberdade;
 - ele assume uma postura passiva e de aceitação, na qual só às vezes, faz consciente suas necessidades na educação em saúde. Sua expressão em respostas anteriores, "seria bom, ter mais tempo e tranquilidade, isto dá mais segurança para poder perguntar, além da doença", está demonstrando seu desejo de uma mudança. Sua ambigüidade coloca-se entre aceitar 'o que ele recebe' ou esperar que aconteça, 'o que deveria ser'.
- 7.- Você tem sentido, que as orientações que lhe foram dadas vão ao encontro do que você pensa ou quer? O que você pensa disso?.
- a) **Normalização**
• eu acho que as orientações não vão ao encontro do que penso ou quero;
• a gente procura saber um pouco mais;
• aqui em Florianópolis existem vários grupos que trabalham com magistério, então eu procuro outras informações, senão a gente fica com dúvida;

- b) **Inventário de categorias de base**
- eu acho que as orientações não ao encontro do que eu penso ou quero;
 - a gente procura saber um pouco mais;
 - * aqui em Florianópolis existem vários grupos que trabalham com magistério, então eu procuro outras informações, senão a gente fica com dúvida;
- c) **Reagrupamento semântico**
- percebe que as orientações não vão ao encontro do que pensa ou quer;
 - ela procura informações em outros lugares, para saber um pouco mais e não ficar com dúvida;
- d) **Inferência/Qualificação**
- as orientações que lhe foram dadas não combinam com sua forma de pensar. Para suprir o problema, "procura saber um pouco mais, noutros lugares, senão a gente fica em dúvida";
 - a conduta paternalista faz com que o profissional decida o que orientar, oferecendo uma prática centrada em seus conhecimentos: "a gente além das orientações recebidas aqui, procura saber um pouco mais". Isto mostra que suas necessidades não são satisfeitas, determinando uma educação em saúde, sem intencionalidade, sem limites éticos, inadequada e incompleta e impedindo que as orientações possam ir ao encontro do que pensa ou quer;
 - o usuário reconhece que tanto ele, como outros usuários, buscam ajuda em "vários grupos que trabalham com magistério (...) procuro outras informações, senão a gente fica em dúvida". Reclama seu direito de participar, de que sejam consideradas suas necessidades, e de receber uma prática educativa em condições favoráveis. Gerando dessa forma, um mecanismo para satisfazer seus requerimentos.
- 8.- Se o/a Sr(a) não está de acordo com a orientação, os profissionais respeitam sua opinião e lhe concedem tempo suficiente para explicar suas razões?
- a) **Normalização**
- quando eu não estou de acordo, no momento da orientação, fico pensando comigo mesma, e não comento com eles (os profissionais);
 - eu não sei se os profissionais respeitam a opinião, nem se dariam tempo suficiente para explicar as razões;
- b) **Inventário de categorias de base**
- idem à normalização;
- c) **Reagrupamento semântico**
- ela não comenta seus desacordos;
 - não sabe se os profissionais respeitam sua opinião, nem se lhe concedem tempo suficiente para explicar suas razões;
- d) **Inferência/Qualificação**
- não tem acontecido, que não esteja de acordo com a orientação. Se acontecesse "fico pensando comigo mesma, e não comento com eles". Por outro lado, não sabe, "se os profissionais respeitam a opinião, nem se dariam tempo suficiente para explicar as razões";
 - as características da conduta profissional trazem como consequência, assumir uma atitude passiva e de aceitação, ao não comentar seus desacordos, guardando-os para si mesmo;
 - apresenta-se uma atenção que privilegia uma falta de disponibilidade para o diálogo. O que significa favorecer uma comunicação horizontal, na qual prevalece a opinião do profissional. Isto implica, inibir a liberdade de falar e expressar diferenças de opinião.
- 9.- O profissional da saúde pede sua ajuda e participação no momento de orientar-lhe, e dar-lhe explicações?
- a) **Normalização**
- eu gosto de participar;
 - em geral, os profissionais com os quais consulto me deixam participar;
 - eu acho que tem sido bom assim;
- b) **Inventário de categorias de base**
- eu gosto de participar;
 - em geral, os profissionais com os quais consulto me deixam participar;
 - * eu acho que tem sido bom assim;
- c) **Reagrupamento semântico**
- ela gosta de participar;
 - geralmente os profissionais com os quais consulta, deixam-na participar, fica complacida desta forma;
- d) **Inferência/Qualificação**
- ela se sente satisfeita com sua participação, porque acha que os profissionais com os quais consulta, deixam-na participar;
 - mas considerando suas respostas anteriores, pode-se perceber que isto não concorda, com situações descritas, como por exemplo: ela diz, que quando não está de acordo com a orientação, "fico pensando comigo mesma, e não comento com eles (...), eu procuro outras informações, senão a gente fica com dúvidas". Isto contrário ao que ela fala, tem como consequência uma participação passiva;

• a opinião exposta, deixa manifestar uma falta de consciência ou desconhecimento, frente ao que significa uma prática profissional que favoreça, uma participação ativa, o que lhe faz sentir que está bem, como está sendo feito até agora.

10.- Você aceita as orientações e explicações que lhe foram dadas?.

a) **Normalização**

• eu às vezes não aceito, porque elas são difíceis de realizar;

b) **Inventário de categorias de base**

• idem à normalização;

c) **Reagrupamento semântico**

• reconhece que só às vezes aceita as orientações, porque não respondem às suas necessidades;

d) **Inferência/Qualificação**

• só às vezes aceita as orientações, porque "são difíceis de realizar";

• as consequências de aceitar, só às vezes, as orientações na hora da consulta, implica, não tomar a autoridade e o paternalismo profissional em forma absoluta. Silenciosamente tenta praticar sua autonomia e liberdade;

• a conduta de aceitar, só às vezes, significa manter uma postura de questionamento frente à prática autoritária e paternalista, o que consiste em uma forma de resistir a fazer algo que não responde às próprias necessidades, correndo o risco de fazer errado. Daí, a problemática que propõe, uma educação em saúde sem intencionalidade, que não responde, nem respeita os verdadeiros requerimentos dos usuários.

ENTREVISTA Nº4

Dados de Identificação:

- 32 anos
- sexo feminino
- dona de casa
- escolaridade: 1º grau incompleto

3.- Se alguma vez, o/a Sr.(a) recebeu essas orientações sobre a sua saúde, a pessoa que as deu, perguntou a você antes, se as desejava receber?

a) **Normalização**

• eles (os profissionais), não perguntam; resolvem o que orientar;

b) **Inventário de categorias de base**

• idem à normalização;

c) **Reagrupamento semântico**

• acha que os profissionais não perguntam, eles decidem o que orientar;

d) **Inferência/Qualificação**

• os profissionais não perguntam sobre o desejo de receber orientações, porque consideram-se possuidores do conhecimento, tendo o direito de decidir, "eles resolvem o que orientar";

• a atenção do profissional, evitativa, coercitiva, tem como consequência, o predomínio do saber sobre as necessidades de orientação da usuária; favorecendo uma prática educativa em saúde, autoritária, a que inibe o exercício de perguntar, levando a fomentar a passividade a falta de autonomia e a impossibilidade de experimentar a liberdade, frente à tomada de decisões;

• a conduta do profissional significa para ela, sentir inibido o direito de perguntar, manter uma participação passiva e aumentar a possibilidade de ficar com dúvidas. Enfrentando-se as condições desfavoráveis, num ambiente evidentemente autoritário e paternalista, que inibe a sua autonomia.

4.- Caso não tenham lhe perguntado antes, se desejava receber essas orientações ou explicações, isso lhe desagradou? Como gostaria que fosse?

a) **Normalização**

• me desagradou, que os profissionais não tenham perguntado antes;

• gostaria que me perguntassem;

• eu acho que se tivessem mais paciência e dessem mais confiança seria melhor para que a gente se atrevesse a perguntar à vontade;

b) **Inventário de categorias de base**

• idem à normalização;

c) **Reagrupamento semântico**

• ela sente desagradado quando os profissionais não perguntam antes de orientar;

• ela gosta que lhe perguntem;

- ela percebe que se os profissionais tivessem mais paciência e dessem mais confiança, sentiria mais vontade para perguntar;
- d) **Inferência/Qualificação**
- ela sente desagrado, quando não lhe perguntam antes, se desejava receber orientações ou explicações, "gostaria que me perguntassem". Sente que precisa de "mais paciência e... mais confiança, seria melhor para que a gente se atrevesse a perguntar à vontade";
 - a conduta profissional coercitiva, autoritária e paternalista, inibe o exercício de perguntar e desrespeita seu direito para ser educada. Observa uma falta de paciência e de confiança, o que está indicando a utilização de formas inadequadas que não respeitam as características individuais. Desrespeitando e inibindo desta forma, a autonomia e a possibilidade de experimentar liberdade;
 - ela reclama através da sua observação, seu direito a uma educação em saúde respeitosa que considere: seu direito de ser educada de acordo com as suas características individuais. Neste momento tem a sensação de insatisfação, de falta de disponibilidade para o diálogo, de coerção, de não receber respostas oportunas e de ignorância e desconfiança.
- 5.- Quando as pessoas dão essas orientações, deixam você à vontade, concedendo tempo para fazer perguntas ou tirar dúvidas?
- a) **Normalização**
- só às vezes, os profissionais deixam à vontade, concedendo tempo para fazer perguntas ou tirar dúvidas;
 - a gente não pode fazer perguntas, devido ao pouco tempo da consulta;
 - eu até fico com dúvidas;
 - o jeito é tentar perguntar;
- b) **Inventário de categorias de base**
- só às vezes, os profissionais deixam à vontade, concedendo tempo para fazer perguntas ou dúvidas;
 - a gente não pode fazer perguntas, devido ao pouco tempo da consulta;
 - * eu até fico com dúvidas;
 - o jeito é tentar perguntar;
- c) **Reagrupamento semântico**
- os profissionais, só às vezes, concedem tempo para fazer perguntas ou tirar dúvidas;
 - acredita que devido ao pouco tempo da consulta, não pode fazer perguntas, e fica com dúvidas;
 - reconhece que tem que tentar perguntar;
- d) **Inferência/Qualificação**
- quando os profissionais passam as orientações, só às vezes, dão tempo para fazer perguntas ou tirar dúvidas e justifica que isto acontece, "por causa do pouco tempo da consulta". Isto a deixa com dúvidas e frente a isso, a alternativa é a tentativa de perguntar;
 - a atenção coercitiva, autoritária e paternalista, tem como consequência, a inibição do exercício de perguntar, o desrespeito pelo direito de ser educada e a falta de oportunidade para o diálogo. Favorecendo uma prática educativa sem intencionalidade, a qual não permite o desenvolvimento da autonomia e da livre vontade de decidir sobre a sua saúde, e não responde as suas necessidades;
 - a prática profissional significa para ela, não encontrar respostas oportunas, refere que "até ficou com dúvidas". Acredita que tem que reagir e "tentar perguntar", reclamando dessa forma, seu direito ao diálogo.
- 6.- Caso concedam ao/a Sr.(a) essa oportunidade, escutam suas perguntas e lhe concedem tempo para tirar suas dúvidas?
- a) **Normalização**
- só às vezes, os profissionais dão a oportunidade de escutar as perguntas;
 - a gente não fica à vontade, porque eles (os profissionais) não têm tempo;
 - a gente tem que perguntar, senão fica com dúvidas;
- b) **Inventário de categorias de base**
- idem à normalização;
- c) **Reagrupamento semântico**
- percebe que só às vezes, os profissionais dão a oportunidade de escutar as perguntas;
 - ela não fica à vontade para perguntar, porque os profissionais não têm tempo;
 - ela sente que tem que perguntar para não ficar com dúvidas;
- d) **Inferência/Qualificação**
- os profissionais, só às vezes escutam. Acha que o problema é a falta de tempo, por isto, "a gente tem que perguntar, senão fica com dúvidas";
 - a prática autoritária e paternalista, demonstrada também neste caso, evidencia que não existe uma conduta consistente frente à abertura da fala do outro, inibindo assim o direito de perguntar e de dialogar. Consequências e déficit já assinalados em respostas anteriores. Apresentando-se limitadas sua autonomia e sua liberdade;
 - ela afirma que o problema é a falta de tempo, colocando-o como uma causa externa que interfere no processo: "a gente não fica a vontade... então a gente tem que perguntar, senão fica com dúvidas". Isto se converte em uma situação, que se repete

em respostas anteriores, como um aspecto que lhe provoca insatisfação, frente a uma prática educativa que apresenta condições desfavoráveis.

7.- Você tem sentido, que as orientações que lhe foram dadas vão ao encontro do que você pensa ou quer?. O que você pensa disso?

a) **Normalização**

- eu penso que sempre concordam;
- eu não tenho diferenças de opinião com eles (os profissionais);

b) **Inventário de categorias de base**

- idem à normalização;

c) **Reagrupamento semântico**

- sente que as orientações que lhe foram dadas vão ao encontro do que ela pensa ou quer, não tem diferenças de opinião com os profissionais;

d) **Inferência/Qualificação**

- as orientações que lhe foram dadas sempre estão de acordo, com sua forma de pensar;
- sua afirmação de que as orientações que lhe foram dadas sempre concordam com sua forma de pensar, levam-na a supor que recebe orientações centradas em suas necessidades, as quais favorecem sua autonomia. No entanto, considerando, suas apreciações anteriores, isto não acontece assim. Dado que os profissionais "resolvem o que orientar", o que lhe desagrada, porque refere: "gostaria que me perguntassem". Por outro lado, reconhece que "só às vezes, lhe concedem tempo para perguntar e escutar suas perguntas", demonstrando uma atenção profissional, paternalista e autoritária;

• apesar de expor uma educação em saúde deficitária, ela diz: "eu penso que sempre concordam... eu não tenho diferenças de opinião com eles". Esta postura expressa uma falta de questionamento de sua parte, que denota uma aceitação passiva. Deixa sim, a sensação de não ter seguridade a respeito, porque por exemplo, lhe desagrada, que não lhe perguntem "gostaria que me perguntassem". O que quer dizer, ter o direito de participar, de opinar, de ter uma educação em saúde, com intencionalidade.

8.- Se o/a Sr(a) não está de acordo com a orientação, os profissionais respeitam sua opinião e lhe concedem tempo suficiente para explicar suas razões?

a) **Normalização**

- os profissionais respeitam e dão tempo para explicar as razões;
- a gente tem que acreditar e concordar com a opinião deles (os profissionais), especialmente a do médico;

b) **Inventário de categorias de base**

- idem à normalização;

c) **Reagrupamento semântico**

- ela percebe que os profissionais respeitam suas diferenças com a orientação e dão tempo para explicar as razões;
- ela acredita que concorda com a opinião dos profissionais, especialmente com a do médico;

d) **Inferência/Qualificação**

- os profissionais respeitam e dão tempo para explicar as razões. Advertem que "a gente tem que acreditar e concordar com a opinião deles, especialmente a do médico;
- as características da conduta profissional trazem como consequência, assumir uma atitude passiva e de aceitação, como se não existisse outra alternativa: "a gente tem que acreditar e concordar com a opinião deles, especialmente a do médico";
- apresenta-se uma atenção que privilegia uma falta de disponibilidade para o diálogo. O que significa favorecer uma comunicação horizontal, na qual prevalece a opinião do profissional. Isto implica, inibir a liberdade de falar e expressar diferenças de opinião.

9.- O profissional da saúde pede sua ajuda e participação no momento de orientar-lhe, e dar-lhe explicações?.

a) **Normalização**

- eles (os profissionais), só falam e eu só escuto;
- pensa que está bem, só escutar, porque não tem confiança para fazer diferente;

b) **Inventário de categorias de base**

- idem à normalização;

c) **Reagrupamento semântico**

- ela aceita uma participação passiva, o profissional fala e ela escuta;
- aceita essa forma, porque não tem confiança para agir diferente;

d) **Inferência/Qualificação**

- a expressão "eles só falam e eu só escuto", manifesta uma participação passiva;
- a consequência da participação passiva implica, neste caso, em uma aceitação de como são feitas as orientações, "penso que está bem assim. Isto é, aceita tal como está, porque não lhe oferecem outras alternativas. Sua opinião reafirma as características de uma atenção profissional, autoritária e paternalista;

• a falta de possibilidades para participar, significa a manutenção de uma atitude passiva, sem oportunidade de mudança; a respeito expressa: "não tenho confiança para fazer diferente".

10.- Você aceita as orientações e explicações que lhe foram dadas?

a) **Normalização**

• eu aceito só às vezes e faço, só aquilo que é possível de fazer;

b) **Inventário de categorias de base**

• idem à normalização;

c) **Reagrupamento semântico**

• ela aceita, só às vezes, as orientações, e faz só aquilo que percebe que é possível de fazer;

d) **Inferência/Qualificação**

• ela, só às vezes, aceita as orientações, e faz só aquilo que acha que é possível de fazer;

• as conseqüências de aceitar, só às vezes, as orientações, implicam, não tomar em forma absoluta, a autoridade e o paternalismo. Ela tenta praticar sua autonomia e liberdade;

• a conduta de, só às vezes, aceitar, significa manter uma postura de questionamento frente à prática autoritária e paternalista, consistindo em uma forma de resistir a fazer algo que não responde às próprias necessidades: "eu faço... só aquilo que é possível fazer", sendo que esta postura conduz ao risco de se fazer o errado. Daí a problemática que propõe, também, uma educação em saúde sem intencionalidade, que não responde, nem respeita aos verdadeiros requerimentos dos usuários.

ENTREVISTA Nº5

Dados de Identificação:

- 23 anos
- sexo feminino
- estudante educ. técnica

3.- Se alguma vez, o/a Sr.(a), recebeu essas orientações sobre a sua saúde, a pessoa que as deu, perguntou a você antes, se as desejava receber?

a) **Normalização**

• eu não lembro, geralmente não acontece;

b) **Inventário de categorias de base**

• idem à normalização;

c) **Reagrupamento semântico**

• ela reconhece que os profissionais não perguntam sobre o desejo de receber as orientações;

d) **Inferência/Qualificação**

• os profissionais não perguntam sobre o desejo de receber orientações, "olha... eu não lembro... geralmente não acontece". Na sua fala deixa a sensação de assombro, como se essa possibilidade, esse direito, fosse desconhecido para ela, confirmando a constante determinação dos profissionais de decidir, sobre o que orientar;

• a conseqüência de uma conduta na qual predomina o saber profissional, sobre as necessidades de orientação, favorece uma prática educativa em saúde, autoritária, a que inibe o exercício de perguntar e leva a fomentar a passividade, a falta de autonomia e a impossibilidade de experimentar a liberdade, frente à tomada de decisões;

• a conduta do profissional significa, inibir o direito de perguntar, favorecer uma participação passiva e aumentar a possibilidade de ficar com dúvidas. Enfrentando-se as condições desfavoráveis, num ambiente evidentemente autoritário, que inibe a sua autonomia.

4.- Caso não tenham lhe perguntado antes, se desejava receber essas orientações ou explicações, isso lhe desagradou? Como gostaria que fosse?

a) **Normalização**

- eu acho que desagrada e chateia um pouco, quando os profissionais não perguntam antes;
- eu gostaria que me perguntassem;
- penso que na época em que vivemos, isto poderia mudar, as orientações têm que mudar, ser mais motivadoras;
- a gente, também, não deveria ser tão passiva, assim os profissionais podem motivar-se a perguntar;

b) **Inventário de categorias de base**

• idem à normalização

c) **Reagrupamento semântico**

- ela acha que desagrada, quando os profissionais não perguntam antes de orientar;
- gosta que lhe perguntem;
- pensa que as orientações devem ser mais motivadoras;

• sente que ela também deve ser mais ativa, dessa forma, facilita para que os profissionais lhe perguntem;

d) **Inferência/Qualificação**

• ela sente que "desagrada... e chateia um pouco" quando não lhe perguntam antes, se deseja receber orientações ou explicações. "Penso que na época em que vivemos, isto poderia mudar"; percebe que as orientações têm que "ser mais motivadoras... a gente também, não deveria ser tão passiva, assim os profissionais podem motivar-se a perguntar". Identifica assim, um problema não somente centrado nos profissionais, senão também, na passividade dos usuários da saúde, devido à falta de motivação;

• ela faz alusão a uma prática profissional autoritária e paternalista, a que inibe a autonomia, a possibilidade de experimentar liberdade e o direito de ser educado em saúde. A forma de entregar as orientações, não são as mais apropriadas, "têm que mudar, ser mais motivadoras", isto quer dizer, que não respondem a suas necessidades, dado que a educação em saúde é realizada sem intencionalidade. Por outro lado, sente que a passividade usuária, não favorece a comunicação com os profissionais;

• a conduta profissional significa para ela: ficar com dúvidas, sentir inibido o direito de perguntar, caracterizando uma prática desrespeitosa, que lhe deixa a sensação de dúvidas, insatisfação e falta de motivação. "Penso que na época em que vivemos, isto poderia mudar... as orientações têm que mudar, ser mais motivadoras... a gente também, não deveria ser tão passiva, assim os profissionais podem motivar-se a perguntar". Sente assim, que uma prática mais motivadora, e portanto inovadora, poderia conduzir a uma participação mais ativa por parte dos usuários e melhoraria a comunicação, conduzindo para se viver num ambiente autônomo e com mais liberdade.

5.- Quando as pessoas dão essas orientações, deixam você à vontade, concedendo tempo para fazer perguntas ou tirar dúvidas?

a) **Normalização**

• os profissionais, dão tempo sim, para fazer perguntas ou tirar dúvidas;

b) **Inventário de categorias de base**

• idem à normalização;

c) **Reagrupamento semântico**

• os profissionais lhe dão tempo para fazer perguntas ou tirar dúvidas;

d) **Inferência/Qualificação**

• ela afirma que "lhe dão tempo para fazer perguntas ou tirar dúvidas". Isto pode indicar que a atenção oferece a possibilidade para o diálogo, as respostas são oportunas e se pode perguntar à vontade;

• a consequência de uma atenção dessa natureza, levaria a pensar que estamos em frente a uma prática educativa em saúde, que respeita a autonomia e a livre vontade dela para perguntar. Mas retomando a resposta anterior, pode-se observar, que nem sempre é assim. Ela coloca que "as orientações têm que mudar, ser mais motivadoras... a gente, também, não deveria ser tão passiva, assim os profissionais podem motivar-se a perguntar". Isto assinala, que eles apresentam uma conduta deficitária e inconsistente, o que se contrapõe à postura indicada por ela, no início;

• a conduta profissional lhe transmite: um certo grau de desconforto, ambigüidade e de insatisfação. A comunicação com os profissionais não é tão óbvia, como parece.

6.- Caso concedam ao/a Sr.(a) essa oportunidade, escutam suas perguntas e lhe concedem tempo para tirar suas dúvidas?

a) **Normalização**

• os profissionais, às vezes, fazem de conta que escutam e deixam passar;

b) **Inventário de categorias de base**

• idem à normalização;

c) **Reagrupamento semântico**

• afirma que os profissionais só às vezes, escutam suas perguntas, eles fazem de conta que escutam e deixam passar;

d) **Inferência/Qualificação**

• os profissionais só às vezes, escutam as perguntas, porque, "fazem de conta que escutam e deixam passar";

• mantêm-se uma prática autoritária e paternalista, evidenciando-se uma falta de disponibilidade para escutar, perguntar e dialogar. Estes aspectos, juntos a suas consequências foram já apontados na análise de respostas anteriores. Prevalecendo até aqui, a presença de condutas inibitórias da autonomia e da liberdade;

• ele coloca que os profissionais, "fazem de conta que escutam e deixam passar". O que significa que não lhe permitem abertura a sua fala, desrespeitando seus direitos a uma prática educativa respeitosa, desenvolvida num clima de liberdade.

7.- Você tem sentido, que as orientações que lhe foram dadas vão ao encontro do que você pensa ou quer?. O que você pensa disso?

a) **Normalização**

• a maioria das vezes as orientações não estão de acordo com o que eu penso e quero;
• as orientações estão longe da gente, são lentas, pouco concretas;
• eu gostaria que elas (as orientações) fossem mais próximas e reais;

- o tempo é tão limitado;
- os profissionais lutam contra o tempo;

b) Inventário de categorias de base

- a maioria das vezes as orientações não estão de acordo com o que eu penso e quero;
- as orientações estão longe da gente, são lentas, pouco concretas;
 - * eu gostaria que elas (as orientações) fossem mais próximas e reais;
- o tempo é tão limitado;
 - * os profissionais lutam contra o tempo;

c) Reagrupamento semântico

- ela reconhece que a maioria das vezes as orientações não estão de acordo com aquilo que pensa ou quer;
- percebe que as orientações, são lentas, pouco concretas e não respondem a suas necessidades;
- pensa que é difícil uma mudança nas orientações por causa da limitação do tempo;

d) Inferência/Qualificação

- as orientações que lhe foram dadas nem sempre combinam com sua forma de pensar, porque acredita que "estão longe da gente... são lentas... pouco concretas". Outro problema que identifica, é "o tempo tão limitado";

• as orientações são entregues, centradas no profissional, e não em suas necessidades: "estão longe da gente... são lentas... pouco concretas... ao momento que vive a gente... eu gostaria que elas fossem mais próximas e reais... mas como conseguir. Assim assim, a impossibilidade de obter, uma oportunidade diferente. A escassez de tempo, acrescenta o problema, o que dificulta perguntar e ser escutado. Reafirmando, desta forma, as condutas autoritárias e paternalistas por parte dos profissionais, já identificadas em respostas anteriores;

• o fato de que as orientações que lhe foram dadas nem sempre combinam com sua forma de pensar, significa ficar com dúvidas e sentir insatisfação, frente a suas necessidades. Sua opinião, expressa também, a falta de compromisso da conduta profissional ao não individualizar a atenção em saúde.

- 8.- Se o/a Sr(a) não está de acordo com a orientação, os profissionais respeitam sua opinião e lhe concedem tempo suficiente para explicar suas razões?

a) Normalização

- os profissionais, às vezes, dão a possibilidade, respeitam e dão tempo para explicar as razões;
- outros (profissionais) não respeitam e não vale a pena expor as idéias;
- eles (profissionais) parecem estar tão longe da gente, não demonstram interesse;
- a gente fica desconcertada, nesse caso é melhor calar;

b) Inventário de categorias de base

- os profissionais às vezes dão a possibilidade, respeitam e dão tempo para explicar as razões;
 - * outros (profissionais) não respeitam e não vale a pena expor as idéias;
- eles (profissionais) parecem estar tão longe da gente, não demonstram interesse;
 - * a gente fica desconcertada, nesse caso melhor é calar;

c) Reagrupamento semântico

- percebe que só alguns profissionais, às vezes, respeitam e dão tempo para explicar as razões;
- reconhece que têm profissionais longe dela, que não demonstram interesse, o que lhe desconcerta; por isso prefere calar e não fazer comentários com eles;

d) Inferência/Qualificação

- dependendo do profissional, às vezes respeitam e dão tempo para explicar as razões. Adverte que têm profissionais que "parecem tão longe da gente... não demonstram interesse... então a gente fica... desconcertada. Não sabe se concedem tempo suficiente para explicar as razões;

• a conduta profissional traz como consequência, uma comunicação unidirecional e coercitiva, que determina: que só alguns respeitem e dêem tempo. Considera que "não vale expor as idéias", assinalando assim, a dificuldade de poder comunicar-se. Por outro lado, o desconhecimento, em relação a "se eles respeitassem a opinião e concedessem tempo para deixar explicar razões"; está indicando sua falta de conhecimento frente ao direito de que seja respeitada a sua dignidade;

• as características assinaladas dão conta de uma atenção que não responde às características e necessidades individuais, apresentando-se como uma situação impessoal, que não favorece o exercício de perguntar, sendo coercitiva e não favorecendo o livre direito de emitir uma opinião.

- 9.- O profissional da saúde pede sua ajuda e participação no momento de orientar-lhe, e dar-lhe explicações?. Caso isso não ocorra, você gostaria de ajudar e participar?.

a) Normalização

- os profissionais não pedem ajuda nem permitem participação no momento de orientar;
- a gente para participar tem que escutar e tentar intervir;
- na hora da consulta não há tempo nem condições que favoreçam a participação;

b) Inventário de categorias de base

- idem à normalização;

- c) **Reagrupamento semântico**
- os profissionais não permitem participação no momento de orientar;
 - ela gosta de participar e tenta intervir para favorecer sua participação;
 - acredita que a consulta não oferece tempo, nem condições favoráveis;
- d) **Inferência/Qualificação**
- ela relata que os profissionais "não pedem ajuda nem permitem participação no momento de orientar", porque na hora da consulta, "não há tempo... nem condições que favoreçam a participação";
 - a falta de oportunidades para participar, tem como resultado uma conduta passiva por parte dos usuários. Ela coloca que "para ter a possibilidade de participar, a gente tem que escutar e tentar intervir... não existe outro jeito". Confirmando desta maneira, uma conduta profissional, autoritária e paternalista, que limita, e inibe suas possibilidades;
 - a participação passiva, significa sentir insatisfação e frustração no intento de participar: "a gente tem que escutar e tentar intervir". Reclama assim, seu direito de ser escutado, seu direito à dialogicidade e à participação.
- 10.- Você aceita as orientações e explicações que lhe foram dadas?.
- a) **Normalização**
- eu aceito no momento da consulta;
 - depois da consulta, eu faço o que posso;
 - só às vezes aceito tudo o entregue;
- b) **Inventário de categorias de base**
- eu aceito no momento da consulta;
 - depois da consulta, eu faço o que posso;
 - só às vezes aceito tudo o entregue;
- c) **Reagrupamento semântico**
- ela, aceita no momento da consulta;
 - ela, depois da consulta, faz o que pode;
- d) **Inferência/Qualificação**
- ela no momento da consulta aceita as orientações, e depois, faz só aquilo que lhe é possível fazer;
 - as consequências de aceitar as orientações, desse jeito, implicam, uma forma de rejeitar a autoridade e o paternalismo dos profissionais;
 - a conduta adotada, significa, manter uma postura de questionamento frente à prática autoritária e paternalista, sendo uma forma de resistir a fazer algo que não responde às próprias necessidades. "então finalmente, só às vezes, aceito tudo o que é entregue". Dai, a problemática que propõe, uma educação em saúde sem intencionalidade, que não responde, nem respeita os verdadeiros requerimentos dos usuários.

ENTREVISTA N°6

Dados de Identificação:

- 42 anos
- sexo feminino
- ocupação: comerciante
- estudo universitário incompleto

- 3.- Se alguma vez, o/a Sr.(a) recebeu essas orientações sobre a sua saúde, a pessoa que as deu, perguntou a você antes, se as desejava receber?
- a) **Normalização**
- os profissionais, espontaneamente, não perguntam sobre o desejo de receber as orientações;
 - os profissionais só orientam de acordo com as moléstias que a gente está sentindo em particular;
 - os profissionais decidem o que orientar;
 - a gente tenta fazer a conversa maior e eles puxam o assunto novamente, ao ponto de interesse do começo, o resto parece não ter importância;
 - a gente tem a sensação que nesse momento tem que marcar uma nova hora para resolver as dúvidas não resolvidas;
- b) **Inventário de categorias de base**
- os profissionais, espontaneamente, não perguntam, sobre o desejo de receber as orientações;
 - os profissionais decidem o que orientar;
 - * os profissionais só orientam de acordo com as moléstias que a gente está sentindo em particular;
 - a gente tenta fazer a conversa maior e eles puxam o assunto novamente, ao ponto de interesse do começo, o resto parece não ter importância;
 - * a gente tem a sensação que nesse momento tem que marcar uma nova hora para resolver as dúvidas não resolvidas;

- c) **Reagrupamento semântico**
- percebe que os profissionais não perguntam, sobre o desejo de receber as orientações;
 - acredita que os profissionais decidem o que orientar;
 - ela tenta ampliar a conversa, mas não consegue tirar todas as suas dúvidas;
- d) **Inferência/Qualificação**
- os profissionais não perguntam sobre o desejo de receber orientações, "eles decidem... não existe outro jeito"; limitando as respostas, só à situação concreta que leva a consultar. Ela e outros usuários tentam "fazer a conversa maior e eles puxam o assunto novamente... ao ponto de interesse do começo". Isto é, marcam o caminho da conversa, decidindo o tempo todo, o que orientar;
 - a consequência da atuação dos profissionais, marca um limite que proíbe perguntar, mais além da doença. Ao prestar atenção só naquilo que eles consideram necessário, deixam de lado outros aspectos que para o usuário são importantes. Ela tenta ampliar a conversa, mas não consegue, ficando com dúvidas, "a gente tem a sensação que nesse momento tem que marcar uma nova hora para resolver as dúvidas não resolvidas". Faz notar dessa forma, sua insatisfação frente a uma atenção, autoritária, paternalista e sem liberdade;
 - a conduta dos profissionais está expressando uma clara inibição ao direito de perguntar, favorecendo uma participação passiva e sem autonomia. Oferecendo condições desfavoráveis, num ambiente eminentemente autoritário e paternalista, que despreza seus direitos.
- 4.- Caso não tenham lhe perguntado antes, se desejava receber essas orientações ou explicações, isso lhe desagradou? Como gostaria que fosse?
- a) **Normalização**
- quando os profissionais não perguntam sobre o desejo de receber orientações, desagrada;
 - eu preferiria que me perguntassem;
 - a gente sente que os profissionais são todo poderosos, é como estar na frente de pessoas que dominam tudo;
 - a gente sente que é dominada, não existe humildade nenhuma;
 - eu gostaria de sentir que sou também uma pessoa importante, que precisa de ajuda de um profissional que está preparado para entregá-la;
 - eu gostaria de sentir que preciso de ajuda de um profissional que esteja preparado para entregá-la;
 - eu peço que me dêem atenção, que me escutem, que me guiem;
 - eu quero poder perguntar, e que me perguntem sobre o desejo de receber orientações que me tranquilizem;
- b) **Inventário de categorias de base**
- quando os profissionais não perguntam sobre o desejo de receber orientações, desagrada;
 - eu preferiria que me perguntassem;
 - a gente sente que os profissionais são todo poderosos, é como estar na frente de pessoas que dominam tudo;
 - * a gente sente que é dominada, não existe humildade nenhuma;
 - eu gostaria de sentir que sou também uma pessoa importante, que precisa de ajuda de um profissional que esteja preparado para entregá-la;
 - eu gostaria de sentir que preciso de ajuda de um profissional que esteja preparado para entregá-la;
 - * eu peço que me dêem atenção, me escutem, me guiem;
 - eu quero poder perguntar, e que me perguntem sobre o desejo de receber orientações que me tranquilizem;
- c) **Reagrupamento semântico**
- sente que é desagradável que os profissionais não perguntem sobre o desejo de receber orientações;
 - prefere que lhe perguntem sobre o desejo de receber as orientações;
 - ela sente que existe dominação por parte dos profissionais, parecem todo poderosos, eles não demonstram humildade;
 - ela quer sentir-se uma pessoa importante, que precisa de ajuda de um profissional que esteja preparado para entregá-la; solicita que lhe dêem atenção, a escutem, a guiem;
 - ela quer poder perguntar, e que lhe perguntem sobre o desejo de receber orientações;
- d) **Inferência/Qualificação**
- ela sente que desagrada quando não lhe perguntam antes, se deseja receber orientações ou explicações, porque "a gente", isto quer dizer, ela e outros usuários, percebem "que os profissionais são todo - poderosos", isto é, autoritários e donos do saber: "é como estar na frente de pessoas que dominam tudo... não existe humildade nenhuma". Sente ameaçada a sua dignidade de pessoa, "gostaria de sentir que sou também uma pessoa importante... que precisa de ajuda de um profissional... preparado... eu só peço que me dêem atenção... que me escutem... que me guiem... que me tranquilizem, eu quero poder perguntar... e que me perguntem sobre o desejo de receber orientações";
 - ela faz referência a uma prática profissional autoritária, coercitiva e paternalista, que despreza a sua dignidade, inibe a sua autonomia e a sua possibilidade de experimentar a liberdade e o direito de ser educado em saúde. A forma de entregar a educação em saúde, corresponde a uma prática educativa sem intencionalidade;
 - as características da atenção profissional limitam sua liberdade e sua autonomia, favorecendo uma prática desrespeitosa que lhe faz reclamar seu direito de sentir que é "também uma pessoa importante... que precisa de ajuda de um profissional... peço que me dêem atenção... que me escutem... que me guiem... que me tranquilizem, eu quero poder perguntar... e que me perguntem sobre o desejo de receber orientações". Isto é reclamar seu direito a uma atenção em saúde, digna.

5.- Quando as pessoas dão essas orientações, deixam você à vontade, concedendo tempo para fazer perguntas ou tirar dúvidas? Escutam suas perguntas?

a) **Normalização**

- às vezes alguns deles (profissionais) deixam;
- outras vezes a gente tem que puxar a conversa;
- a gente tem que insistir naquelas dúvidas mais importantes;
- a gente tem que buscar respostas noutro lugar;

b) **Inventário de categorias de base**

- alguns deles às vezes deixam;
- outras vezes a gente tem que puxar a conversa;
- * a gente tem que insistir naquelas dúvidas mais importantes;
- * a gente tem que buscar respostas noutro lugar;

c) **Reagrupamento semântico**

- alguns profissionais às vezes deixam fazer perguntas;
- sente que, outras vezes, tem que insistir em perguntar só as dúvidas mais importantes e respostas às não resolvidas, noutro lugar;

d) **Inferência/Qualificação**

- quando os profissionais orientam, às vezes, só alguns deles, dão tempo para fazer perguntas ou tirar dúvidas. Ela deve insistir na busca de respostas as suas interrogantes;
- ela ressalta que tem vezes que "a gente tem que puxar a conversa... tentar insistir naquelas dúvidas mais importantes". Isto assinala a conduta evitativa e coercitiva dos profissionais, que determinam uma prática autoritária e paternalista. O profissional domina a situação através de seus conhecimentos, inibindo a sua autonomia e a sua liberdade;
- as características da prática profissional deixam de manifesto a falta de disponibilidade para o diálogo e o desrespeito pela sua dignidade e pelo direito de perguntar. As respostas são inoportunas e insuficientes, "a gente tem que puxar a conversa... tentar insistir naquelas dúvidas mais importantes... a gente tem que buscar respostas noutro lugar". Isto significa: ficar com dúvidas, sentir insatisfação frente as suas necessidades e desrespeito pelo seu direito de ser educado em saúde.

6.- Caso concedam ao/a Sr.(a) essa oportunidade, escutam suas perguntas e lhe concedem tempo para tirar suas dúvidas?

a) **Normalização**

- a gente sente que não escutam; não como deveria ser;
- a gente percebe que durante a consulta circulam outras pessoas, resolvem dúvidas de alunos, assinam papéis, atendem seu celulares, marcam reuniões, então quando escutam?;

b) **Inventário de categorias de base**

- a gente sente que não escutam; não como deveria ser;
- a gente percebe que durante a consulta circulam outras pessoas, resolvem dúvidas de alunos, assinam papéis, atendem seu celular, marcam reuniões, então quando escutam?;

c) **Reagrupamento semântico**

- ela sente que não escutam como deveria ser;
- percebe que durante a consulta os profissionais resolvem outras situações;

d) **Inferência/Qualificação**

- os profissionais não escutam as perguntas, porque eles atendem outros assuntos durante a consulta; "circulam outras pessoas, resolvem dúvidas de alunos, assinam papéis, atendem seu celular... marcam reuniões... então... quando escutam?";
- a manifestação de desrespeito, acrescenta outra característica da prática autoritária e paternalista, assinalada desde respostas anteriores. Somam-se então, as conseqüências já apontadas, na análise precedente, na qual cabe ressaltar a inibição da autonomia e da liberdade;
- ela observa que, "a gente sente que nem sempre escutam... não como deveria ser", dado que eles fazem outras coisas, por exemplo: "resolvem dúvidas de alunos, assinam papéis, atendem seu celular... marcam reuniões". Percebe desta forma, o desrespeito por seus direitos como pessoa e como usuário da saúde.

7.- Você tem sentido que as orientações que lhe foram dadas vão ao encontro do que você pensa ou quer?. O que você pensa disso?.

a) **Normalização**

- eu acho que geralmente não vão ao encontro do que eu penso ou quero;
- minha idéia de saúde parece diferente daquela dos profissionais, eles não se preocupam com aquilo que a gente pensa;
- os profissionais esperam que a gente mude de um dia para outro, não é mesmo assim;
- a gente precisa compreender as mudanças, para depois conviver com eles ou para logo decidir o que fazer;
- eles (os profissionais) devem guiar, não impor;
- a gente sente que realmente não existem alternativas, então, aí as orientações deixam de ter sentido;

b) Inventário de categorias de base

- eu acho que geralmente não vão ao encontro do que eu penso ou quero;
- minha idéia de saúde parece diferente daquela dos profissionais, eles não se preocupam com aquilo que a gente pensa;
- os profissionais esperam que a gente mude de um dia para outro, não é mesmo assim;
 - * a gente precisa compreender as mudanças para depois conviver com eles ou para logo decidir o que fazer;
 - * eles (os profissionais) devem guiar, não impor;
- a gente sente que realmente não existem alternativas, então, aí as orientações deixam de ter sentido;

c) Reagrupamento semântico

- ela sente que geralmente as orientações não vão ao encontro do que pensa ou quer;
- pensa que sua idéia de saúde é diferente daquela dos profissionais, eles não se preocupam com aquilo que a gente pensa;
- eles não deixam tempo para mudanças, acredita que para que as orientações tenham sentido, os profissionais devem guiar, não impor;

d) Inferência/Qualificação

• as orientações que lhe foram dadas "geralmente não vão ao encontro do que eu penso ou quero". O problema é que ela acredita que a sua "idéia de saúde parece diferente, eles não se preocupam com aquilo que a gente pensa (...) esperam que a gente mude de um dia para outro (...) a gente precisa compreender as mudanças (...) eles devem guiar, não impor";

- as orientações estão centradas no profissional, "minha idéia de saúde parece diferente, eles não se preocupam com aquilo que a gente pensa". Isto determina uma falta de atenção pelas suas necessidades, a qual não é individualizada: "esperam que a gente mude de um dia para outro". Ela reclama o direito de compreender as mudanças, de ter uma educação em saúde intencionada, que lhe ofereça alternativas, de acordo com as suas possibilidades;
- as deficiências na forma de como são entregues as orientações, significam para ela, ficar: com dúvidas e com necessidades insatisfeitas. Além disso, não lhe permitem a possibilidade de "compreender as mudanças... para depois conviver com eles... ou para logo decidir o que fazer". Reaparecem aqui, as características de condutas autoritárias e paternalistas, por parte dos profissionais, "eles devem guiar, não impor". Sua opinião, denota a falta de compromisso da conduta profissional e a falta de intencionalidade, da educação em saúde.

8.- Se o/a Sr(a) não está de acordo com a orientação, os profissionais respeitam sua opinião e lhe concedem tempo suficiente para explicar suas razões?

a) Normalização

- não tem acontecido que respeitem as minhas diferenças;
- poucas vezes a gente sente que eles se preocupam em buscar uma alternativa;
- alguns (profissionais) não deixam alternativa nenhuma de expressar uma diferença;
- parece que a saúde tem só a direção que eles (os profissionais) falam, não tem outro caminho;
- eu não sei, se eles (os profissionais) dão tempo suficiente para explicar as razões;
- a gente sente vontade de ser ativa, de participar e de não ficar quieta, para contribuir para melhorar a atenção;

b) Inventário de categorias de base

- não tem acontecido que respeitem as minhas diferenças;
- poucas vezes a gente sente que eles se preocupam em buscar uma alternativa;
 - * alguns (profissionais) não deixam alternativa nenhuma de expressar uma diferença;
 - * parece que a saúde tem só a direção que eles (os profissionais) falam, não tem outro caminho;
- eu não sei, se eles (os profissionais) dão tempo suficiente para explicar as razões;
- a gente sente vontade de ser ativa, de participar e de não ficar quieta, para contribuir para melhorar a atenção;

c) Reagrupamento semântico

- ela não sabe se os profissionais respeitam suas diferenças de opinião e dão tempo suficiente para explicar as razões;
- ela percebe que os profissionais nem sempre se preocupam em buscar alternativas, assim a saúde parece ter só a direção ou seja a deles;
- ela sente vontade de ser ativa, de participar e de não ficar quieta, para contribuir para melhorar a atenção;

d) Inferência/Qualificação

• não sabe se os profissionais respeitam e dão tempo para explicar as razões; porque, "poucas vezes a gente sente que eles se preocupam em buscar uma alternativa... alguns não deixam alternativa nenhuma de expressar uma diferença, parece que a saúde tem só uma direção... a que eles falam";

- a conduta profissional traz como consequência, uma comunicação unidirecional e coercitiva, que determina, que só às vezes, respeitem diferenças e dêem tempo. Ela acrescenta um aspecto importante: "alguns não deixam alternativa nenhuma de expressar uma diferença... parece que a saúde tem só uma direção... a que eles falam". Isto assinala a dificuldade de poder comunicar-se, e de expressar a sua opinião, num ambiente predominantemente, autoritário e paternalista;

- as condutas profissionais conduzem a inibir sua liberdade de participar e sua autonomia. A comunicação utilizada determina, falta de confiança para estabelecer o diálogo e dá conta de uma atenção, que não responde às características e necessidades individuais. Apresenta-se como uma situação impessoal, que não favorece o exercício de perguntar; expressa que "a gente sente vontade de ser ativa, de participar e de não ficar quieta... para contribuir para melhorar a atenção".

9.- O profissional da saúde pede sua ajuda e participação no momento de orientar-lhe, e dar-lhe explicações?. Caso isso não ocorra, você gostaria de ajudar e participar?

- a) **Normalização**
- a consulta é rápida;
 - a maior parte do tempo, os profissionais só falam;
 - os profissionais não pedem cooperação;
 - os profissionais deixam poucas possibilidades de intercâmbio;
 - a participação é difícil, por causa do tempo e falta de pessoal;
 - eu gostaria de participar;
- b) **Inventário de categorias de base**
- a consulta é rápida;
 - * a maior parte do tempo os profissionais só falam;
 - * os profissionais deixam poucas possibilidades de intercâmbio;
 - os profissionais não pedem cooperação;
 - * a participação é difícil por causa do tempo e falta de pessoal;
 - eu gostaria de participar;
- c) **Reagrupamento semântico**
- sente que os profissionais só falam e proporcionam poucas possibilidades de intercâmbio;
 - acredita que os profissionais não pedem cooperação;
 - percebe que a participação é difícil por causa do tempo e falta de pessoal;
 - ela gosta de participar;
- d) **Inferência/Qualificação**
- ela considera que não pode participar, porque "a maior parte do tempo os profissionais só falam, não pedem cooperação, deixando poucas possibilidades de intercâmbio... a participação é difícil por causa do tempo e falta de pessoal";
 - a consequência da falta de oportunidades para participar, implica fomentar a passividade frente à atenção e favorecer cada vez mais a prática profissional autoritária e paternalista. De acordo com o depoimento, a situação é mais difícil "por causa do tempo e falta de pessoal";
 - uma prática passiva significa, fomentar a passividade ao restringir as possibilidades de intercâmbio, com o profissional. Ela percebe, que "a participação é difícil", o que lhe impede a liberdade de ter um espaço, durante a atenção. Mas, ela se faz consciente e expressa seu desejo de participar, não aceitando a situação, tal como se lhe apresenta.
- 10.- Você aceita as orientações e explicações que lhe foram dadas?.
- a) **Normalização**
- eu aceito só às vezes;
 - muitas vezes a gente termina fazendo as coisas de acordo com o próprio sentido comum;
- b) **Inventário de categorias de base**
- idem à normalização;
- c) **Reagrupamento semântico**
- ela aceita as orientações só às vezes;
 - sente que termina fazendo as coisas de acordo com o próprio sentido comum;
- d) **Inferência/Qualificação**
- ela aceita as orientações, só às vezes, e logo, "termina fazendo as coisas de acordo com o próprio sentido comum"; porque está achando que não concorda com aquilo que será capaz ou é possível de fazer;
 - aceitar as orientações, só às vezes, implica uma forma de rejeitar a autoridade e o paternalismo dos profissionais;
 - a conduta adotada, significa manter uma postura de questionamento frente à prática autoritária e paternalista, como uma forma de resistir a fazer algo que não responde às próprias necessidades: "muitas vezes a gente termina fazendo as coisas de acordo com o próprio sentido comum.". Isto propõe, a problemática de uma educação em saúde sem intencionalidade, que não responde aos requerimentos dos usuários, provocando situações de incerteza e insegurança, frente ao quefazer, com os problemas de sua saúde.

ENTREVISTA N°7

Dados de Identificação:

- 40 anos
- sexo feminino
- escolaridade: 2º grau
- ocupação: comerciante

- 3.- Se alguma vez, o/a Sr.(a), recebeu essas orientações sobre a sua saúde, a pessoa que as deu, perguntou a você antes, se as desejava receber?

- a) **Normalização**
• às vezes, eles (os profissionais) perguntam;
- b) **Inventário de categorias de base**
• idem à normalização;
- c) **Reagrupamento semântico**
• os profissionais, só às vezes, perguntam sobre o desejo de receber as orientações em saúde;
- d) **Inferência/Qualificação**
• os profissionais, só às vezes, perguntam sobre o desejo de receber orientações; isto quer dizer, que ela se depara com situações diferentes, nas quais nem todos os profissionais respeitam o direito de serem consultados, nem de expressar o que está precisando;
- a atuação dos profissionais se mostra autoritária e desrespeitosa, centrada basicamente em seus conhecimentos e não nas necessidades do usuário;
- a conduta dos profissionais faz denotar uma situação incerta e instável, na qual predomina a autoridade profissional, impedindo o livre direito de ser consultado, favorecendo uma participação passiva e sem autonomia, num ambiente que desrespeita seus direitos e sua liberdade.
- 4.- Caso não tenham lhe perguntado antes, se desejava receber essas orientações ou explicações, isso lhe desagradou? Como gostaria que fosse?
- a) **Normalização**
• não me desagrada quando os profissionais não perguntam antes sobre o desejo de receber orientações;
• seria melhor se eles sempre perguntassem;
• a gente tem que puxar a conversa, assim eles perguntam;
- b) **Inventário de categorias de base**
• idem à normalização;
- c) **Reagrupamento semântico**
• ela não se desagrada, quando os profissionais não perguntam antes, sobre o desejo de receber orientações;
• sente que seria melhor se eles sempre lhe perguntassem;
• acredita que é preciso puxar a conversa para que os profissionais lhe perguntem;
- d) **Inferência/Qualificação**
• ela não sente desagrado, quando os profissionais não lhe perguntam antes, se deseja receber orientações ou explicações. Acredita sim, que "seria melhor se eles sempre perguntassem". Para poder ter a oportunidade, sente que "a gente tem que puxar a conversa, assim eles perguntam", ou seja, tem que tentar buscar o momento e a possibilidade para perguntar;
- a prática autoritária e paternalista, por parte dos profissionais, desrespeita e inibe a autonomia, o exercício de perguntar, seu direito de ser educada e impede a possibilidade de experimentar sua liberdade. Os profissionais centram sua atenção em seu saber, não deixando a possibilidade de receber uma educação em saúde que favoreça a liberdade num ambiente aberto ao diálogo;
- ela faz notar que "seria melhor se eles sempre perguntassem", isto significa que reclamar a sua possibilidade de condições favoráveis para perguntar e perceber que "a gente tem que puxar a conversa, assim eles perguntam". Reclama, por outro lado, uma prática respeitosa que considere seu direito de ser educado, de ser escutado, a uma prática educativa com intencionalidade. A conduta autoritária e paternalista implica: deixá-la com dúvidas, inibir seu direito de perguntar, transmitindo-lhe uma sensação de ignorância, desconfiança e de insatisfação permanente;
- ela faz notar que "seria melhor se eles sempre perguntassem", isto significa, reclamar a sua possibilidade de condições favoráveis para perguntar e percebe que "a gente tem que puxar a conversa, assim eles perguntam". Reclama por outro lado, uma prática respeitosa que considere seu direito de ser educado, de ser escutado, a uma prática educativa com intencionalidade. A conduta autoritária e paternalista implica: deixá-la com dúvidas, inibir o direito de perguntar, transmitindo-lhe uma sensação de ignorância, desconfiança e de insatisfação permanente.
- 5.- Quando as pessoas dão essas orientações, deixam você à vontade, concedendo tempo para fazer perguntas ou tirar dúvidas?
- a) **Normalização**
• nem todos os profissionais concedem tempo para fazer perguntas ou tirar dúvidas;
• têm profissionais que fazem a consulta bem rápido;
• a gente não consegue fazer perguntas ou esclarecer dúvidas;
- b) **Inventário de categorias de base**
• nem todos os profissionais concedem tempo para fazer perguntas ou tirar dúvidas
• têm profissionais que fazem a consulta bem rápido;
* a gente não consegue fazer perguntas ou esclarecer dúvidas;

- c) **Reagrupamento semântico**
- sente que só alguns profissionais concedem tempo para fazer perguntas ou tirar dúvidas;
 - acredita que às vezes, pelo pouco tempo da consulta, não é possível fazer perguntas ou esclarecer dúvidas;
- d) **Inferência/Qualificação**
- quando os profissionais orientam, "nem todos deixam tempo", para fazer perguntas ou tirar dúvidas. Identifica como problema, a rapidez com que alguns profissionais fazem a consulta. Assim, "não consegue fazer perguntas, ou esclarecer dúvidas";
 - a consequência de uma atenção feita nessas condições, reafirma uma educação em saúde sem intencionalidade, incapaz de satisfazer às necessidades dos usuários. A conduta evitativa e coercitiva dos profissionais determina uma prática autoritária e paternalista, a qual limita a autonomia e a liberdade;
 - as características da prática profissional manifestam uma falta de disponibilidade para o diálogo, impossibilidade de perguntar e desrespeito pela sua dignidade. Adverte que "não consegue fazer perguntas, ou esclarecer dúvidas". Isto significa para ela: ficar com dúvidas, sentir insatisfação, desrespeito pelo seu direito de ser educado e pelas suas necessidades em saúde.
- 6.- Caso concedam ao/a Sr.(a) essa oportunidade, escutam suas perguntas e lhe concedem tempo para tirar suas dúvidas?
- a) **Normalização**
- os profissionais, só às vezes, escutam por causa do tempo;
- b) **Inventário de categorias de base**
- idem à normalização;
- c) **Reagrupamento semântico**
- os profissionais, só às vezes, dão oportunidade para escutar as perguntas; causa é a falta do tempo;
- d) **Inferência/Qualificação**
- os profissionais, só às vezes, escutam. Acha que o problema é a falta de tempo;
 - a conduta inconsistente e instável, de "só as vezes" escutar, continua manifestando uma prática autoritária e paternalista. As consequências já assinaladas em respostas anteriores, continuam apontando em direção a uma atenção que limita a autonomia e a liberdade do usuário;
 - ela atribui o problema à falta de tempo, colocando-a como uma causa externa que interfere no processo. Portanto, embora fosse isto um problema, pode-se fazer notar que a conduta global identificada nos profissionais permitem determinar uma prática educativa que apresenta condições desfavoráveis, capazes de interferir na satisfação de suas necessidades educativas em saúde.
- 7.- Você tem sentido, que as orientações que lhe foram dadas vão ao encontro do que você pensa ou quer?. O que você pensa disso?.
- a) **Normalização**
- às vezes eu não concordo com as orientações;
 - eu acho que elas (as orientações) não encaixam;
 - a minha opinião não bate com a deles;
 - muitas vezes não dá para entender as orientações, eu fico com dúvidas;
- b) **Inventário de categorias de base**
- às vezes eu não concordo com as orientações;
 - * eu acho que elas (as orientações) não encaixam;
 - * a minha opinião não bate com a deles;
 - muitas vezes não dá para entender as orientações, eu fico com dúvidas;
- c) **Reagrupamento semântico**
- ela, às vezes, não concorda com as orientações e a opinião dos profissionais;
 - ela sente que fica com dúvidas, porque não entende as orientações;
- d) **Inferência/Qualificação**
- só às vezes, as orientações que lhe foram dadas estão de acordo com sua forma de pensar. O problema que encontra é que "elas não encaixam; a minha opinião não bate com a deles; muitas vezes não dá para entender";
 - as orientações apresentam-se centradas no profissional, sendo autoritárias e paternalistas. Acredita que "elas não encaixam; a minha opinião não bate com a deles; muitas vezes não dá para entender". Isto determina uma falta de atenção pelas suas necessidades, a qual não é individualizada: "muitas vezes não dá para entender". Ela reclama o direito de compreender a orientação, de ter uma educação em saúde intencionada, que lhe ofereça alternativas de acordo com suas possibilidades. Ao mesmo tempo, faz notar a dificuldade de expressar as suas diferenças ("a minha opinião não bate com a deles");
 - a falta de concordância das orientações com sua forma de pensar, implicam para ela, ficar com dúvidas, com necessidades insatisfeitas e sentir a falta de oportunidades para tomar decisões sobre a sua saúde. Além disso, não é respeitada a sua individualidade, predominando o saber profissional, e ocorrendo uma contraposição entre "saber - ignorância".

8.- Se o/a Sr(a) não está de acordo com a orientação, os profissionais respeitam sua opinião e lhe concedem tempo suficiente para explicar suas razões?

a) **Normalização**

- não sei se eles respeitam e se concedem tempo para explicar as razões;
- em geral, eu concordo só às vezes com as orientações;
- quando eu não tenho concordado, não falo;
- eles (os profissionais) não dão confiança suficiente;
- eles (os profissionais) nem se centram nas necessidades da gente;

b) **Inventário de categorias de base**

- não sei se eles respeitam e se concedem tempo para explicar as razões;
- em geral, eu concordo só às vezes com as orientações;
- * quando eu não tenho concordado, não falo;
- * eles (os profissionais) não dão confiança suficiente;
- eles (os profissionais) nem se centram nas necessidades da gente;

c) **Reagrupamento semântico**

- ela não sabe se os profissionais respeitam diferenças de opinião, ou se concedem tempo para explicar as razões;
- ela concorda, só às vezes, com as orientações e não fala sobre suas diferenças de opinião com os profissionais, por falta de confiança;
- afirma que os profissionais não se centram em suas necessidades;

d) **Inferência/Qualificação**

- não sabe se os profissionais respeitam e dão tempo para explicar as razões. Concorda, só às vezes com as orientações e frente a um desacordo, "não falo... eles não dão confiança suficiente, nem se centram nas necessidades da gente";

• a consequência da conduta profissional se traduz numa comunicação unidirecional e coercitiva, dado que "eles não dão confiança suficiente"; o que dificulta poder comunicar-se, e expressar-se. Devido ao assinalado reconhece também, que "quando não tenho concordado não falo". Por outro lado, o desconhecimento, em relação a "se eles respeitam a opinião e concedem tempo para deixar explicar as razões"; está indicando a falta de vivências e de oportunidades, o que implica uma forma de desrespeitar a sua dignidade. Acrescentando assim, outro antecedente para denominar a prática profissional de paternalista e autoritária;

• a comunicação unidirecional e coercitiva que surge da conduta profissional, determina sua falta de confiança para estabelecer o diálogo, e dá conta de uma atenção, que não corresponde às suas características e necessidades individuais; "eles não dão confiança suficiente, nem se centram nas necessidades da gente". As orientações são feitas de forma impessoal, não favorecem o exercício de perguntar, ao serem coercitivas e inibem o livre direito de emitir uma opinião.

9.- O profissional da saúde pede sua ajuda e participação no momento de orientar-lhe, e dar-lhe explicações?.

a) **Normalização**

- eu só escuto, não tem outra forma de participar;
- os profissionais não pedem ajuda;
- eu gostaria de participar, até que seria melhor sempre que os profissionais dessem possibilidades;

b) **Inventário de categorias de base**

- eu só escuto, não tem outra forma de participar;
- * os profissionais não pedem ajuda;
- eu gostaria de participar, até que seria melhor sempre que os profissionais dessem

c) **Reagrupamento semântico**

- ela só escuta, percebe que não tem outra forma de participar, porque os profissionais não pedem ajuda;
- pensa que participar é melhor, sempre que os profissionais dêem possibilidades;

d) **Inferência/Qualificação**

- eu só escuto... não tem outra forma de participar... os profissionais não pedem ajuda; eu gostaria de participar, até que seria melhor, sempre que os profissionais dessem possibilidades.
- acredita que a única forma de participar é escutando, porque "os profissionais não pedem ajuda";

• a prática paternalista e autoritária traz como consequência, a inibição e a falta de possibilidades de participação; o que conduz a fomentar a passividade dos usuários. Acrescentam, "até que seria melhor, sempre que os profissionais dessem possibilidades". Reclamando assim, seu direito de receber uma prática educativa, mais intencionada e respeitosa;

• uma atenção só centrada na fala do profissional, significa, inibir sua liberdade e sua autonomia, acrescentando as possibilidades de passividade.

10.- Você aceita as orientações e explicações que lhe foram dadas?.

a) **Normalização**

- eu geralmente aceito,... é o jeito né;

b) **Inventário de categorias de base**

idem à normalização;

- c) **Reagrupamento semântico**
 • ela geralmente aceita, as orientações e explicações que lhe foram dadas;
- d) **Inferência/Qualificação**
 • ela aceita, sem questionamento, a forma autoritária e paternalista, na qual são entregues as orientações, acreditando que "é o jeito";
 • a conduta de aceitação, deixa transparecer a problemática de uma educação em saúde sem intencionalidade, a qual não responde aos requerimentos dos usuários, provocando situações de incerteza e insegurança, frente ao que fazer com os problemas da saúde.

ENTREVISTA Nº8

- 38 anos
- sexo masculino
- comerciante
- escolaridade: 4ª série

3.- Se alguma vez, o/a Sr.(a) recebeu essas orientações sobre a sua saúde, a pessoa que as deu, perguntou a você antes, se as desejava receber?

- a) **Normalização**
 • os profissionais não perguntam sobre o desejo de receber as orientações
 • eles só falam, decidindo o que orientar;
- b) **Inventário de categorias de base**
 • idem à normalização;
- c) **Reagrupamento semântico**
 • acredita que os profissionais não lhe perguntam sobre o desejo de receber as orientações;
 • os profissionais só orientam, decidindo o que orientar;
- d) **Inferência/Qualificação**
 • os profissionais não perguntam... "eles só falam"; o que significa que baseados em seu saber, decidem "o que orientar", sem considerar a opinião do usuário;
 • os profissionais decidirem o que orientar, demonstra uma conduta coercitiva e autoritária, na qual predomina seu conhecimento sobre as necessidades do usuário. Isto favorece uma prática educativa em saúde que inibe o exercício de perguntar e fomenta a passividade, a falta de autonomia e gera a impossibilidade do usuário de experimentar a sua liberdade, frente à tomada de decisões;
 • a conduta do profissional significa para o usuário, ficar com dúvidas e sentir inibido o seu direito de perguntar, num ambiente autoritário e com condições desfavoráveis, para satisfazer as suas necessidades, em relação às orientações em saúde;

4.- Caso não tenham lhe perguntado antes, se desejava receber essas orientações ou explicações, isso lhe desagradou? Como gostaria que fosse?

- a) **Normalização**
 • quando eles não perguntam não desagrada não;
 • os profissionais não precisam perguntar;
 • eu acho que o melhor é o que o médico fala
- b) **Inventário de categorias de base**
 • quando eles não perguntam não desagrada não;
 • os profissionais não precisam perguntar;
 • eu acho que o melhor é o que o médico fala;
- c) **Reagrupamento semântico**
 • não lhe desagrada que não perguntem;
 • pensa que os profissionais não precisam perguntar, especialmente o médico, pois considera sua opinião importante;
- d) **Inferência/Qualificação**
 • ela não sente desagrado quando os profissionais não lhe perguntam antes, se deseja receber orientações ou explicações. Pensa que "não precisam lhe perguntar... o melhor, é o que o médico fala". Atribuindo, desta forma, toda a autoridade, ao médico;
 • ela aceita a prática autoritária e paternalista, por parte dos profissionais. Considera a opinião do médico como a mais importante, fundamentando, desta forma, sua conformidade frente a não ser consultada sobre seus desejos em relação à prática educativa;

- a postura de aceitação, demonstra uma postura passiva, sem autonomia, na qual desconhece seus direitos de cidadãos deixando a sensação de absoluta entrega, só ao saber médico.

5.- Quando as pessoas dão essas orientações, deixam você à vontade, concedendo tempo para fazer perguntas ou tirar dúvidas?

a) Normalização

- quando as pessoas dão orientações, só às vezes, concedem tempo para fazer perguntas ou tirar dúvidas
- a gente tem que perguntar, tem que insistir no intento para não ficar com dúvidas;

b) Inventário de categorias de base

- idem à normalização;

c) Reagrupamento semântico

- os profissionais, só às vezes, concedem tempo para fazer perguntas ou tirar dúvidas
- ele pergunta e insiste em perguntar, para não ficar com dúvidas;

d) Inferência/Qualificação

- quando os profissionais orientam, alguns, às vezes, dão tempo para fazer perguntas ou tirar dúvidas. Acredita que para perguntar "tem que insistir no intento";

• a expressão "é relativo, tem alguns que sim... outros não", assinala uma prática que apresenta situações de desigualdade e inconsistência, no que se refere a permitir perguntar e resolver dúvidas, demonstrando uma conduta profissional, evitativa e coercitiva, que leva a uma prática autoritária e paternalista. O que traz como consequência, inibição da autonomia e da livre vontade de decidir, já que em todo momento, o profissional é quem decide;

• ele sente que "para não ficar com dúvidas, a gente tem que perguntar, tem que insistir no intento". As características da prática profissional deixam de manifesto a falta de disponibilidade para o diálogo e o desrespeito pela sua dignidade. As respostas são insuficientes. Isto significa: ficar com dúvidas, sentir insatisfação frente as suas necessidades e desrespeito pelo seu direito de ser educado em saúde.

6.- Caso concedam ao/a Sr.(a) essa oportunidade, escutam suas perguntas e lhe concedem tempo para tirar suas dúvidas?

a) Normalização

- todos os profissionais tem escutado as perguntas;

b) Inventário de categorias de base

- idem à normalização;

c) Reagrupamento semântico

- todos os profissionais o tem escutado;

d) Inferência/Qualificação

- acredita que todos os profissionais "tem escutado" suas perguntas. Esta postura de uma situação, aparentemente sem problemas, não concorda com suas respostas anteriores;

• a expressão "todos tem escutado", não é uma conduta espontânea e freqüente nos profissionais, dado que reconhece em respostas precedentes, que: "eles só falam... decidindo o que orientar... não precisam me perguntar... para não ficar com dúvidas a gente tem que perguntar". Isto reafirma a conduta autoritária e paternalista, já identificada na análise anterior, junto às respectivas consequências assinaladas;

• ele aceita o controle e a autoridade dos profissionais, demonstrando uma conduta ambígua, passiva e de aceitação; "para não ficar com dúvidas a gente tem que perguntar", é uma expressão que reclama seu direito de ser escutado e de receber respostas as suas necessidades. Então, ele parece estar entre, 'a aceitação do que lhe é apresentado e o desejo de uma mudança'.

7.- Você tem sentido, que as orientações que lhe foram dadas vão ao encontro do que você pensa ou quer?. O'que você pensa disso?.

a) Normalização

- em geral eu estou de acordo com as orientações, elas vão ao encontro do que penso ou quero
- não tem acontecido diferenças de opinião com os profissionais;
- penso que os profissionais sabem, especialmente, o médico;

b) Inventário de categorias de base

- em geral eu estou de acordo com as orientações, elas vão ao encontro do que penso ou quero;
- * não tem acontecido diferenças de opinião com os profissionais;
- penso que os profissionais sabem, especialmente, o médico;

c) Reagrupamento semântico

- ele concorda com as orientações, elas vão ao encontro do que pensa ou quer;
- ele pensa que os profissionais sabem, especialmente o médico;

- d) **Inferência/Qualificação**
- as orientações que lhe foram dadas refletem a sua forma de pensar, pois afirma que "não tem acontecido diferenças de opinião, com os profissionais";
 - sua opinião, a respeito de que as orientações concordam com sua forma de pensar, se contradiz com respostas anteriores, nas quais, primeiramente, reclama o direito de perguntar para não ficar com dúvidas e após aceita que os profissionais decidam o que orientar. Demonstrando assim, que sua postura tem uma mistura de aceitação e de desconforto, frente a uma conduta profissional, autoritária e paternalista;
 - as orientações se apresentam centradas no profissional, autoritárias e paternalistas. Sua postura de aceitação e de desconforto, às vezes, significa um alerta frente a um estado que leva à passividade, a permitir que o profissional decida, colocando toda a responsabilidade nele, "os profissionais sabem, especialmente o médico". Isto é, aceita a dicotomia entre "saber e ignorância".
- 8.- Se o/a Sr(a). não está de acordo com a orientação, os profissionais respeitam sua opinião e lhe concedem tempo suficiente para explicar suas razões?
- a) **Normalização**
- quando tem tido alguma diferença de opinião, só fica para mim;
 - não sei se eles respeitariam a opinião, ou se eles concederiam tempo para explicar as razões;
- b) **Inventário de categorias de base**
- idem à normalização;
- c) **Reagrupamento semântico**
- ele não comenta as diferenças de opinião
 - ele não sabe se os profissionais respeitariam a opinião, o se eles concederiam tempo para explicar as razões;
- d) **Inferência/Qualificação**
- não sabe se os profissionais respeitam e dão tempo suficiente para dar a explicar as razões. Se tiver alguma diferença de opinião... não a comunica referindo que "só fica para mim";
 - sua opinião identifica uma comunicação unidirecional, autoritária e paternalista, ao descrever que: "frente a alguma diferença de opinião... só fica para mim", leva-nos a entender a dificuldade de poder comunicar-se, e expressar-se. Por outro lado, seu desconhecimento em relação a "se eles respeitam a opinião e concedem tempo para deixar explicar as razões"; indicam a falta de vivências e de oportunidades, o que manifesta uma forma de desrespeito pela sua dignidade, acrescentando o aspecto coercitivo à comunicação;
 - as características da atenção profissional delimitam sua falta de confiança para estabelecer o diálogo, e dá conta de uma atenção, que não responde às suas características e necessidades individuais. As orientações são feitas, de forma impessoal, não favorecendo o exercício de perguntar e inibindo o livre direito de emitir uma opinião, "quando tem tido alguma diferença de opinião... só fica para mim".
- 9.- O profissional da saúde pede sua ajuda e participação no momento de orientar-lhe, e dar-lhe explicações?.
- a) **Normalização**
- às vezes eles deixam participar, depende do profissional;
 - eu gosto de participar;
- b) **Inventário de categorias de base**
- idem normalização;
- c) **Reagrupamento semântico**
- ele acredita que só às vezes os profissionais deixam participar;
 - ele gosta de participar;
- d) **Inferência/Qualificação**
- ele identifica que sua participação, depende das características do profissional;
 - as conseqüências de uma conduta profissional, que só às vezes permite a participação, denota uma inconsistência, que fomenta a prática autoritária e paternalista, favorecendo a passividade da intervenção do usuário;
 - a conduta passiva, que não é corrigida, incrementa as possibilidades de sua permanência. Uma atenção que não estimule a participação usuária, desrespeita os direitos a uma prática educativa com intencionalidade e a uma atenção digna e respeitosa.
- 10.- Você aceita as orientações e explicações que lhe foram dadas?.
- a) **Normalização**
- eu aceito, sempre no momento da consulta;
 - a gente só faz o que é possível;

- b) **Inventário de categorias de base**
 • idem à normalização;
- c) **Reagrupamento semântico**
 • ele aceita, sempre no momento da consulta, depois faz só o que é possível;
- d) **Inferência/Qualificação**
 • ela aceita só no momento da consulta, depois "a gente só faz o que é possível".
- busca a maneira de satisfazer as suas necessidades;
 - a conduta de aceitação, que leva a fazer depois só o que é possível, constata a problemática de uma educação em saúde sem intencionalidade, o qual não responde aos requerimentos dos usuários, provocando situações de incerteza e insegurança, frente aos problemas da saúde.
 - a conduta de aceitação, e depois fazer o que é possível, deixa ver a problemática de uma educação em saúde sem intencionalidade, que não responde, aos requerimentos dos usuários, provocando situações de incerteza e insegurança, frente aos problemas da saúde.

ENTREVISTA Nº9

Dados de Identificação:

- 22 anos
- sexo masculino
- estudante

3.- Se alguma vez, o/a Sr.(a) recebeu essas orientações sobre a sua saúde, a pessoa que as deu, perguntou a você antes, se as desejava receber?

- a) **Normalização**
 • os profissionais não perguntam sobre o desejo de receber as orientações;
 • eles decidem o que educar,
 • eles somente respondem em relação ao aspecto que, em particular, leva a consultar;
 • só respondem coisas pontuais da doença; as indicações são dadas nesse sentido;
 • eu acho que eles deveriam falar além da doença, porque isso vai contribuir para a tua saúde;
- b) **Inventário de categorias de base**
 • os profissionais não perguntam sobre o desejo de receber as orientações;
 • eles (profissionais) decidem o que educar;
 • eles (profissionais) somente respondem em relação ao aspecto que, em particular, leva a consultar;
 • os profissionais só respondem coisas pontuais da doença; as indicações são dadas nesse sentido;
 • eu acho que eles (profissionais) deveriam falar além da doença, porque isso vai contribuir para a tua saúde;
- c) **Reagrupamento semântico**
 • ele reconhece que os profissionais não perguntam sobre o desejo de receber as orientações;
 • acredita que os profissionais decidem o que educar, respondem só coisas pontuais da doença mas pensa que deveriam falar além da doença;
- d) **Inferência/Qualificação**
 • os profissionais não perguntam, porque se centram em seu conhecimento, em seu saber. Isto faz com que "eles decidam o que educar" de acordo somente com o seu ponto de vista, não considerando a opinião do usuário, limitando-se a responder só, "coisas pontuais da doença". Ele sente que "deveriam falar além da doença..., porque isso vai contribuir para a sua saúde";
- os profissionais decidirem o que orientar, tem como efeito a manifestação de uma conduta coercitiva e autoritária, na qual predomina seu conhecimento, não satisfazendo às necessidades do usuário. Isto favorece uma prática educativa em saúde que inibe o exercício de perguntar e fomenta a passividade, a falta de autonomia e gera a impossibilidade de experimentar a liberdade, frente à tomada de decisões;
 - a conduta do profissional significa para o usuário, ficar com dúvidas num ambiente autoritário e com condições desfavoráveis, para satisfazer as suas necessidades, em relação às orientações em saúde. Ele reclama seu direito de perguntar e de encontrar respostas pertinentes. Faz notar que uma orientação mais ampla, vai contribuir para melhorar a saúde.
- 4.- Caso não tenham lhe perguntado antes, se desejava receber essas orientações ou explicações, isso lhe desagradou? Como gostaria que fosse?
- a) **Normalização**
 • quando os profissionais não perguntam, não desagrada;
 • eu penso que poderiam perguntar;
 • eu acho que os profissionais deveriam perguntar antes de orientar e explicar;
 • em geral as pessoas devem perguntar para que eles (os profissionais) falem;
- b) **Inventário de categorias de base**
 • quando os profissionais não perguntam, não desagrada;

- eu penso que poderiam perguntar;
- * eu acho que os profissionais deveriam perguntar antes de orientar e explicar
- * em geral as pessoas devem perguntar para que eles falem;

c) **Reagrupamento semântico**

- não lhe desagrada que os profissionais não perguntem;
- ela pensa que os profissionais devem perguntar antes de orientar e explicar;
- percebe que as pessoas devem perguntar, para que os profissionais falem

d) **Inferência/Qualificação**

- ele não sente desagrado, quando não lhe perguntam antes, se deseja receber orientações ou explicações. No entanto, sente que "deveriam perguntar e dar explicações". Sua percepção é que "as pessoas tem que perguntar para que eles falem", isto é, tem que forçar a comunicação;

- a conduta profissional coercitiva favorece uma prática autoritária e paternalista, a que inibe o exercício de perguntar e desrespeita seu direito de ser educado. A referida prática não considera formas individuais e adequadas para orientar, desrespeitando e inibindo, desta forma, a autonomia e a possibilidade de experimentar a liberdade;

- a prática profissional, deixa-lhe o sentimento de insatisfação a respeito da forma de comunicar-se dos profissionais: "as pessoas têm que perguntar para que eles falem". Isto quer dizer, devem tentar aproximar-se deles e tomar uma postura mais ativa, para serem escutados, reclamando assim, seu direito a uma prática educativa intencionada, respeitosa, centrada nas suas necessidades.

5.- Quando as pessoas dão essas orientações, deixam você à vontade, concedendo tempo para fazer perguntas ou tirar dúvidas?

a) **Normalização**

- só às vezes eles dão tempo;
- a gente vai tirando as dúvidas enquanto eles estão escrevendo ou fazendo outras coisas, senão acaba a consulta;
- a gente tem que forçar as perguntas;
- os profissionais respondem só coisas pontuais da doença, penso que eles devem falar além da doença;

b) **Inventário de categorias de base**

- só às vezes eles dão tempo;
- a gente tem que forçar as perguntas;
- a gente vai tirando as dúvidas enquanto eles estão escrevendo ou fazendo outras coisas, senão acaba a consulta;
- os profissionais respondem só coisas pontuais da doença, penso que eles devem falar além da doença;

c) **Reagrupamento semântico**

- os profissionais só às vezes dão tempo;
- ele insiste em perguntar para não ficar com dúvidas;
- acredita que os profissionais respondem só coisas pontuais da doença, mas sente que devem falar além da doença

d) **Inferência/Qualificação**

- quando os profissionais orientam, só às vezes, dão tempo para fazer perguntas ou tirar dúvidas. Ele deve tomar uma atitude ativa a respeito, "tem que forçar as perguntas", senão acaba a consulta e fica com dúvidas;

- ele faz notar que nem sempre existem condições favoráveis para a prática educativa, que se mostra sem intencionalidade, inibindo a possibilidade de perguntar. Assinala a necessidade de insistir em perguntar, aproveitando os espaços de tempo possíveis, "em geral a gente vai tirando as dúvidas enquanto eles estão escrevendo ou fazendo alguma coisa, porque senão acaba a consulta". Isto reafirma as características de uma conduta evitativa e coercitiva dos profissionais, que determinam uma prática autoritária e paternalista, na qual os mesmos dominam a situação, inibindo a autonomia e a liberdade;

- a conduta profissional manifesta a falta de disponibilidade para o diálogo, o desrespeito pela sua dignidade pelo direito de perguntar. As respostas são insuficientes, "os profissionais respondem só coisas pontuais da doença: penso que eles devem falar além da doença". Desta forma, não respondem as suas necessidades, o que favorece ficar com dúvidas, insatisfação e desrespeito pelo seu direito de ser educado em saúde.

6.- Caso concedam ao/a Sr.(a) essa oportunidade, escutam suas perguntas e lhe concedem tempo para tirar suas dúvidas?

a) **Normalização**

- só às vezes escutam;
- outras, às vezes, falam rapidamente, faz isso ou aquilo, que não dá tempo para escutar;
- têm profissionais que são bem atenciosos e se preocupam muito, mas têm outros diferentes;
- eu não sei se é mal do hospital ou que é;
- a consulta se dá muito rápido, eu acho que o maior problema é o tempo;

b) **Inventário de categorias de base**

- só às vezes escutam;
- outras às vezes falam rapidamente, faz isso o aquilo, que não dá tempo para escutar;
- * tem profissionais que são bem atenciosos e se preocupam muito, mas tem outros diferentes;
- eu não sei se é mal do hospital ou que;
- * a consulta se dá muito rápido, eu acho que o maior problema é o tempo;

- c) **Reagrupamento semântico**
- só às vezes os profissionais escutam;
 - tem profissionais atenciosos e outros indiferentes;
 - ela acredita que o maior problema é a falta de tempo, o qual não permite aos profissionais escutar;
- d) **Inferência/Qualificação**
- os profissionais, só às vezes, escutam as perguntas e reconhece "que o maior problema é o tempo".
 - Só às vezes escutam... às vezes falam rapidamente, faz isso ou aquilo... a verdade é que alguns são muito atenciosos e se preocupam muito, não sei se é mal do hospital ou que... a consulta se dá muito rápido, eu acho que o maior problema é o tempo;
 - "só às vezes escutam", assinala outra manifestação de uma prática autoritária e paternalista, confirmando uma falta de disponibilidade para escutar, perguntar e dialogar. Todos estes aspectos já foram identificados em respostas anteriores, onde também foram apontadas suas conseqüências, as quais levam a confirmar uma prática que não permite a oportunidade de manifestar a autonomia e a liberdade;
 - ela faz a observação de que os profissionais "às vezes falam rapidamente, faz isso ou aquilo... a verdade é que alguns são muito atenciosos e se preocupam muito, não sei se é mal do hospital ou que... a consulta se dá muito rápido, eu acho que o maior problema é o tempo". Estes aspectos denotam condutas inconsistentes e desiguais, que lhe deixam a sensação de insatisfação, frente a uma prática educativa sem intencionalidade.
- 7.- Você tem sentido que as orientações que lhe foram dadas vão ao encontro do que você pensa ou quer?. O que você pensa disso?.
- a) **Normalização**
- só às vezes acontece que as orientações dadas vão ao encontro do que eu penso ou quero;
 - de acordo com o que a gente pensa, não temos conhecimento para debater;
 - eles (os profissionais) são os que sabem;
 - a gente só poderia debater coisas simples;
 - eu penso que os profissionais devem ter mais paciência e não esquecer às necessidades da gente;
- b) **Inventário de categorias de base**
- só às vezes acontece que as orientações dadas vão ao encontro do que eu penso ou quero;
 - de acordo com o que a gente pensa, não temos conhecimento para debater;
 - * só se poderiam debater coisas simples;
 - * eles (os profissionais) são os que sabem;
 - eu penso que os profissionais devem ter mais paciência e não esquecer às necessidades da gente;
- c) **Reagrupamento semântico**
- ele sente que, só às vezes, as orientações dadas vão ao encontro do que pensa ou quer;
 - percebe que tem conhecimento só para debater coisas simples com os profissionais, porque eles são os que sabem;
 - pensa que os profissionais devem ter mais paciência ao orientar e levar em conta as necessidades de cada um;
- d) **Inferência/Qualificação**
- os profissionais, só às vezes, escutam as perguntas e reconhece "que o maior problema é o tempo";
 - só às vezes escutam... às vezes falam rapidamente, faz isso ou aquilo... a verdade é que alguns são muito atenciosos e se preocupam muito, não sei se é mal do hospital ou que... a consulta se dá muito rápido, eu acho que o maior problema é o tempo;
 - "só às vezes escutam", assinala outra manifestação de uma prática autoritária e paternalista, confirmando uma falta de disponibilidade para escutar, perguntar e dialogar. Todos estes aspectos já foram identificados em respostas anteriores, onde também foram apontadas suas conseqüências, as quais levam a confirmar uma prática que não permite a oportunidade de manifestar a autonomia e a liberdade;
 - ela faz a observação de que os profissionais "às vezes falam rapidamente, faz isso ou aquilo... a verdade é que alguns são muito atenciosos e se preocupam muito, não sei se é mal do hospital ou que... a consulta se dá muito rápido, eu acho que o maior problema é o tempo". Estes aspectos denotam condutas inconsistentes e desiguais que lhe deixam a sensação de insatisfação, frente a uma prática educativa sem intencionalidade.
- 8.- Se o/a Sr(a) não está de acordo com a orientação, os profissionais respeitam sua opinião e lhe concedem tempo suficiente para dar a explicar suas razões?
- a) **Normalização**
- é difícil que aconteça alguma diferença com a orientação;
 - para a gente discordar, tem que ter maior conhecimento;
 - eles (os profissionais) têm o conhecimento;
 - eu não sei se eles respeitariam, uma diferença de opinião ou se concederiam tempo suficiente para explicar as razões;
- b) **Inventário de categorias de base**
- é difícil que aconteça alguma diferença com a orientação;
 - * para a gente discordar, tem que ter maior conhecimento

- eu não sei se eles respeitariam uma diferença de opinião ou se concederiam tempo suficiente para explicar as razões;
 - eles (os profissionais) têm o conhecimento;
- c) **Reagrupamento semântico**
- acredita que não é possível ter diferenças de opinião, porque isso requer ter maior conhecimento;
 - não sabe se os profissionais respeitam, uma diferença de opinião ou se concedem tempo suficiente para explicar as razões;
 - reconhece que os profissionais têm o conhecimento, por isso, não é possível ter diferenças de opinião com eles;
- d) **Inferência/Qualificação**
- não sabe se os profissionais respeitam e dão tempo para explicar as razões e sente que sua falta de conhecimento não lhe dá direito de discordar do profissional, porque "eles têm o conhecimento";
 - sua opinião assinala uma comunicação unidirecional e coercitiva, num ambiente autoritário e paternalista. Percebe o poder do profissional a partir do seu conhecimento, o que o impede de discordar, porque "eles têm o conhecimento". Isto então, lhe dificulta poder comunicar-se, e expressar-se. Seu desconhecimento em relação a "se eles respeitassem a opinião e concedessem tempo para deixar explicar as razões", está indicando a falta de vivências e de oportunidades, o que significa, o desrespeito pela sua dignidade;
 - as características presentes na comunicação dos profissionais determinam sua falta de confiança para estabelecer o diálogo, e dá conta de uma atenção, que não responde às suas características e necessidades individuais. As orientações são feitas de forma impessoal, não favorecendo o exercício de perguntar, inibindo o livre direito de emitir uma opinião.
- 9.- O profissional da saúde pede sua ajuda e participação no momento de orientar-lhe, e dar-lhe explicações?. Caso isso não ocorra, você gostaria de ajudar e participar?.
- a) **Normalização**
- os profissionais não pedem ajuda;
 - eu acho que só se dá fala e escuta, em função desse tempo curto que se tem nas consultas;
 - eu gostaria de participar;
- b) **Inventário de categorias de base**
- os profissionais não pedem ajuda;
 - * eu acho que só se dá fala e escuta, em função desse tempo curto que se tem nas consultas;
 - eu gostaria de participar;
- c) **Reagrupamento semântico**
- ele sente que os profissionais não pedem ajuda e acredita que a participação é passiva, devido ao tempo curto que se tem nas consultas;
 - ele gosta de participar;
- d) **Inferência/Qualificação**
- identifica uma participação passiva, na qual "só se dá a fala e a escuta". Atribui como causa, o "tempo curto que se tem nas consultas";
 - as conseqüências de uma conduta profissional, que não favorece à participação do usuário, denota a manifestação de uma conduta autoritária e paternalista, àquela que leva a desmotivar as intervenções durante a atenção, inibindo uma participação, autônoma e livre;
 - a falta de motivação para incentivar a participação, leva a fomentar condutas passivas, desrespeitando os direitos a uma prática educativa com intencionalidade e uma atenção digna e respeitosa.
- 10.- Você aceita as orientações e explicações que lhe foram dadas?.
- a) **Normalização**
- eu sempre aceito, mas nem todas às vezes a gente cumpre tudo;
- b) **Inventário de categorias de base**
- idem à normalização;
- c) **Reagrupamento semântico**
- ele sempre aceita as orientações e explicações que lhe foram dadas, mas nem sempre cumpre tudo;
- d) **Inferência/Qualificação**
- ela aceita sempre as orientações, "mas nem todas às vezes, a gente cumpre tudo". A conseqüência disso, é fazer só o que responde as suas necessidades e o que está a seu alcance, manifestando, assim, a insatisfação de condutas autoritárias e paternalistas dos profissionais, às que não direcionam, nem satisfazem, adequadamente seus requerimentos;
 - a conduta assinalada, leva-nos a entender a problemática que apresenta uma educação em saúde sem intencionalidade, que não responde aos requerimentos dos usuários, provocando situações de incerteza e insegurança, frente aos problemas da saúde.

ENTREVISTA N°10

Dados de Identificação:

- 29 anos
- sexo feminino
- ocupação: bancária

3.- Se alguma vez, o/a Sr.(a) recebeu essas orientações sobre a sua saúde, a pessoa que as deu, perguntou a você antes, se as desejava receber?

a) **Normalização**

- Até agora, só às vezes, me tem perguntado;

b) **Inventário de categorias de base**

- idem à normalização;

c) **Reagrupamento semântico**

- ela acredita que os profissionais, têm lhe perguntado só às vezes, sobre o desejo de receber as orientações;

d) **Inferência/Qualificação**

- os profissionais, só às vezes têm lhe perguntado; isto significa que não mantém uma conduta estável e uniforme em relação a respeitar o direito de decidir, sobre o desejo de receber orientações; impedindo-lhe de reconhecer essa situação como um direito;

• o resultado de uma atuação inconsistente, por parte dos profissionais, conduz a um estado de insatisfação, dado que se apresenta, uma atenção que parece autoritária e desrespeitosa, centrada basicamente no saber profissional, e não, nas necessidades do usuário;

• a conduta dos profissionais faz denotar uma situação incerta e instável na qual predomina a autoridade profissional, impedindo o livre direito de ser consultado, favorecendo uma participação passiva e sem autonomia. Isto, num ambiente que desrespeita seus direitos e sua liberdade.

4.- Caso não tenham lhe perguntado antes, se desejava receber essas orientações ou explicações, isso lhe desagradou? Como gostaria que fosse?

a) **Normalização**

- quando os profissionais não perguntam antes de orientar, às vezes desagrada;
- eu gostaria que dessem tempo e segurança;
- eu gostaria que os profissionais fossem abertos;

b) **Inventário de categorias de base**

- quando os profissionais não perguntam antes de orientar, às vezes desagrada;
- eu gostaria que dessem tempo e segurança
- * eu gostaria que os profissionais fossem abertos;

c) **Reagrupamento semântico**

- sente que às vezes lhe desagrada, quando os profissionais não lhe perguntam antes sobre o desejo de receber as orientações;
- ela gosta que os profissionais lhe dêem tempo, segurança e que sejam mais abertos.

d) **Inferência/Qualificação**

- ela sente que, só às vezes, lhe desagrada, quando não lhe perguntam antes, se desejava receber orientações ou explicações. Identifica como problema a falta de tempo; "eu gostaria que dessem tempo e segurança". Faz notar, seu desejo de "que os profissionais sejam mais abertos";

• a consequência de uma prática coercitiva, autoritária e paternalista, centrada no saber dos profissionais não permite levar em conta as suas necessidades individuais. Ao contrário, desrespeita e inibe sua autonomia e sua possibilidade de experimentar a liberdade, num ambiente que oferece desconfiança e insegurança;

• a prática profissional lhe deixa a sensação de insatisfação, frente a uma instância educativa sem intencionalidade, que inibe seu direito de perguntar e ser escutado. A respeito ele coloca que "gostaria que dessem tempo e segurança... e que sejam mais abertos". Reclama assim, uma atenção que seja desenvolvida em condições que favoreçam sua liberdade e autonomia e que respeite seu direito de ser educado em saúde. As deficiências da atenção determinam que fique com dúvidas e com a percepção de ignorância e insegurança.

5.- Quando as pessoas dão essas orientações, deixam você à vontade, concedendo tempo para fazer perguntas ou tirar dúvidas?

a) **Normalização**

- os profissionais, nem sempre dão tempo, nem deixam à vontade;

b) **Inventário de categorias de base**

- idem à normalização;

- c) **Reagrupamento semântico**
 • os profissionais não sempre deixam à vontade e dão tempo para fazer perguntas ou tirar dúvidas;
- d) **Inferência/Qualificação**
 • quando os profissionais orientam, nem sempre, dão tempo para fazer perguntas ou tirar dúvidas. Assinalando que nem, tampouco, lhe deixam à vontade;
 • ela apresenta uma situação que responde às características de uma atenção autoritária e paternalista. Sentindo inibida a sua livre vontade de participar, perguntando as suas dúvidas;
 • uma prática profissional com essas características, lhe impedem o direito de perguntar, de dialogar, desrespeitando assim, seu direito de ser educado em saúde. O que para ela significa: ficar com dúvidas, sentir insatisfação frente as suas necessidades, já que prevalece o conhecimento e as decisões do profissional.
- 6.- Caso concedam ao/a Sr.(a) essa oportunidade, escutam suas perguntas e lhe concedem tempo para tirar suas dúvidas?
- a) **Normalização**
 • os profissionais, só às vezes, escutam as perguntas;
 • eu penso que o problema é a falta de tempo;
 • a gente fica com dúvidas;
 • eu insisto em perguntar;
- b) **Inventário de categorias de base**
 • os profissionais, só às vezes, escutam as perguntas;
 * eu penso que o problema é a falta de tempo;
 * a gente fica com dúvidas;
 • eu insisto em perguntar;
- c) **Reagrupamento semântico**
 • ela sente que os profissionais, só às vezes, escutam suas perguntas; pensa que o problema é a falta de tempo, por isto fica com dúvidas;
 • ela insiste em perguntar;
- d) **Inferência/Qualificação**
 • os profissionais, só às vezes, escutam, identificando como problema "a falta de tempo", o que causa dúvidas, tendo que insistir em perguntar;
 • "só às vezes escutam", reafirma uma prática autoritária e paternalista, já assinalada anteriormente. Evidencia-se a falta de abertura à fala do outro, inibindo-se o direito de perguntar e de dialogar. Os déficit e conseqüências foram indicados na análise das respostas anteriores, os quais coincidem em apontar a tendência de inibir a autonomia e a liberdade;
 • ela assinala como problema a falta de tempo, colocando-a como uma causa externa que interfere no processo. Dito fator, o qual faz notar que "a gente fica com dúvidas... mas eu insisto em perguntar", já foi indicado como problema, numa resposta anterior. Isto leva a demonstrar sua insatisfação, frente a uma prática educativa que apresenta condições desfavoráveis.
- 7.- Você tem sentido que as orientações que lhe foram dadas vão ao encontro do que você pensa ou quer?. O que você pensa disso?.
- a) **Normalização**
 • em geral, eu acho que as orientações tem combinado;
 • as explicações que eles (os profissionais) dão sempre encaixam;
 • eu fico tranqüila;
- b) **Inventário de categorias de base**
 • em geral, eu acho que as orientações tem combinado;
 • as explicações que eles (os profissionais) dão, sempre encaixam;
 * eu fico tranqüila;
- c) **Reagrupamento semântico**
 • acredita que as explicações dadas pelos profissionais sempre encaixam com sua forma de pensar, e isso a tranqüiliza;
- d) **Inferência/Qualificação**
 • as orientações que lhe foram dadas, refletem a sua forma de pensar, deixando-a tranqüila sobre isso;
 • sua opinião, sobre as orientações que concordam com sua forma de pensar, se contradiz com respostas anteriores, nas quais identifica situações de desconforto. Por exemplo: os profissionais, "só às vezes escutam (...), a gente fica com dúvidas (...), nem sempre dão tempo. Pode-se perceber então que, a conduta profissional, apresenta-se, autoritária e paternalista, centrada nos profissionais e em seu conhecimento, não combinando com sua resposta. Esta, encerra melhor, um sentimento de aceitação e resignação, ao que é recebido; "eu fico tranqüila", é outra manifestação de passividade frente a sua atenção em saúde;
 • sua passividade frente a não questionar possíveis diferenças de opinião com os profissionais, a coloca numa situação de aceitação e rechaço, as quais aparecem convivendo espontaneamente. Embora aceite o que está mal, desejando uma mudança. "As explicações que eles dão sempre encaixam, eu fico tranqüila". No entanto suas afirmações anteriores assinalam

o desejo de receber uma prática educativa com intencionalidade, que respeite suas características pessoais, que responda as suas necessidades e dúvidas.

8.- Se o/a Sr(a) não está de acordo com a orientação, os profissionais respeitam sua opinião e lhe concedem tempo suficiente para explicar suas razões?

a) Normalização

- nunca tem acontecido que eu não concorde com as orientações dadas pelos profissionais;
- se acontecesse, eu acho que eles aceitariam;
- penso que respeitariam a minha opinião e me dariam tempo para explicar;

b) Inventário de categorias de base

- nunca tem acontecido que eu não concorde com as orientações dadas pelos profissionais;
- penso que respeitariam a minha opinião e me dariam tempo para explicar;
- * se acontecesse que não concorde, eu acho que eles aceitariam;

c) Reagrupamento semântico

- ela reconhece concordar com as orientações dadas pelos profissionais;
- ela não sabe se respeitariam sua opinião e lhe dariam tempo para explicar;

d) Inferência/Qualificação

- não tem acontecido que os profissionais respeitem e dêem tempo para explicar as razões. Sente que "se acontecesse (...), eles aceitariam (...) e respeitariam a minha opinião e me dariam tempo para explicar";

9.- O profissional da saúde pede sua ajuda e participação no momento de orientar-lhe, e dar-lhe explicações?.

a) Normalização

- quase sempre eles falam, eu escuto;
- os profissionais não pedem ajuda;
- eu acho que está bem assim;

b) Inventário de categorias de base

- quase sempre eles falam, eu escuto;
- os profissionais não pedem ajuda;
- * eu acho que está bem assim;

c) Reagrupamento semântico

- reconhece uma participação passiva, ou seja, o profissional fala, ela escuta;
- assegura que os profissionais não pedem ajuda, acredita que está bem assim;

d) Inferência/Qualificação

- identifica uma participação passiva, na qual os profissionais "falam e eu escuto";
- as consequências de uma conduta profissional, que não favorece a participação do usuário, é uma manifestação profissional, autoritária e paternalista, àquela que inibe intervir de forma autônoma e livre;

• a falta de incentivo para participar, fomenta a presença de condutas passivas. O usuário torna-se dependente e cada vez mais passivo, "eu acho que está bem assim". Isto faz com que ele não se questione e não tome consciência da necessidade de reclamar seu direito a sua livre participação.

10.- Você aceita as orientações e explicações que lhe foram dadas?.

a) Normalização

- eu sempre aceito;
- eu acredito nos profissionais, eles são os que sabem, são atenciosos;

b) Inventário de categorias de base

- idem à normalização;

c) Reagrupamento semântico

- ela sempre aceita as orientações e acredita no conhecimento dos profissionais;

d) Inferência/Qualificação

- ela aceita sempre as orientações, fundamentando que, "acredito nos profissionais, eles são os que sabem... eles são atenciosos". A resposta denota uma atenção profissional, assertiva, respeitosa e que responde as suas necessidades. Mas, considerando suas respostas anteriores, pode-se fazer notar, que ela manifesta uma constante conduta passiva, à que a conduz, a aceitar uma vez mais, a atenção da forma em que esta é entregue;

• a conduta assinalada, leva a entender a problemática que apresenta uma educação em saúde sem intencionalidade. Neste caso, favorece situações de passividade, frente à participação, impedindo a autonomia e a livre vontade de decidir.

ENTREVISTA Nº11

Dados de Identificação:

- 50 anos
- sexo feminino
- dona de casa
- escolaridade: 4ª série

3.- Se alguma vez, o/a Sr.(a) recebeu essas orientações sobre a sua saúde, a pessoa que as deu, perguntou a você antes, se as desejava receber?

- a) **Normalização**
- eles (os profissionais) não perguntam
 - eles só dão a orientação que eles acham boa para a gente;
- b) **Inventário de categorias de base**
- idem à normalização;
- c) **Reagrupamento semântico**
- os profissionais não perguntam
 - afirma que os profissionais decidem o que orientar;
- d) **Inferência/Qualificação**
- os profissionais não perguntam, porque se centram em seu conhecimento, então, só "dão a orientação que eles acham boa para a gente", considerando assim, somente seu ponto de vista. A opinião do usuário denota não só sua preocupação, senão também inclui a de outras pessoas;
 - se os profissionais decidem o que orientar, permitem a manifestação de uma conduta coercitiva e autoritária, na qual predomina seu conhecimento, não satisfazendo às necessidades do usuário. Isto favorece uma prática educativa em saúde, a qual inibe o exercício de perguntar e fomenta a passividade, a falta de autonomia e gera a impossibilidade de experimentar a liberdade, frente à tomada de decisões;
 - a conduta do profissional significa para o usuário, ficar com dúvidas, num ambiente autoritário e de condições desfavoráveis, para satisfazer as suas necessidades em relação às orientações em saúde. Faz notar que uma orientação mais ampla vai contribuir para melhorar a saúde e reclama seu direito de perguntar, e de encontrar respostas pertinentes.

4.- Caso não tenham lhe perguntado antes, se desejava receber essas orientações ou explicações, isso lhe desagradou? Como gostaria que fosse?

- a) **Normalização**
- eu acho que está bem, que os profissionais não perguntem;
 - eles (os profissionais) sabem, não tem porque perguntar;
 - não lhe desagrada, que não lhe perguntem, porque já se acostumou;
- b) **Inventário de categorias de base**
- idem à normalização;
- c) **Reagrupamento semântico**
- sente que está bem, que os profissionais não perguntem;
 - acredita no conhecimento dos profissionais, acha que não precisam perguntar;
 - não lhe desagrada que os profissionais não lhe perguntem, porque já se acostumou;
- d) **Inferência/Qualificação**
- ela não sente desagrado quando os profissionais não lhe perguntam antes, se deseja receber orientações ou explicações. Aprova dita conduta, argumentando que "eles (os profissionais) sabem... não tem porque perguntar... não desagrada porque a gente já se acostumou";
 - ela aceita e não questiona a prática autoritária e paternalista, por parte dos profissionais. Sua conformidade está baseada no fato de atribuir autoridade aos profissionais, por causa de seus conhecimentos. Isto determinaria que eles "não têm porque perguntar";
 - ela demonstra uma postura passiva, sem autonomia. O saber profissional, eminentemente autoritário e paternalista, centrado preferentemente em seu saber, determina sua dependência. A expressão "não desagrada porque a gente já se acostumou", possibilita fundamentar o fato descrito. Isto lhe impossibilita descobrir suas possibilidades e direitos, frente a participar livremente e decidir sobre a sua saúde.

5.- Quando as pessoas dão essas orientações, deixam você à vontade, concedendo tempo para fazer perguntas ou tirar dúvidas?

- a) **Normalização**
- eles (os profissionais), deixam à vontade para perguntar e tirar dúvidas;
- b) **Inventário de categorias de base**
- idem à normalização;

- c) **Reagrupamento semântico**
 • ela acredita que os profissionais lhe deixam à vontade para perguntar e tirar dúvidas;
- d) **Inferência/Qualificação**
 • ela afirma que os profissionais lhe "deixam à vontade para perguntar e tirar dúvidas". Isto pode indicar que a atenção oferece a possibilidade para o diálogo, que as respostas são oportunas e que se pode perguntar à vontade;
- a consequência de uma atenção com essas características, leva a pensar que estamos frente a uma prática educativa em saúde, que respeita a autonomia e a livre vontade dela para perguntar. Mas, baseada na resposta anterior, pode-se dizer, que não é mesmo assim. Ela aceita, sem discutir uma atenção centrada no profissional, isto é, - em seu saber e em sua autoridade. Desta forma, demonstra uma atitude passiva, frente a uma prática que não respeita seu direito de ser educado, nem sua livre vontade;
- a conduta profissional significa para ela, aceitar uma conduta paternal e autoritária, desconhecendo seus direitos de cidadãos.
- 6.- Caso concedam ao/a Sr.(a) essa oportunidade, escutam suas perguntas e lhe concedem tempo para tirar suas dúvidas?
- a) **Normalização**
 • os profissionais, têm vezes que sim, escutam, e têm vezes que não;
- b) **Inventário de categorias de base**
 • idem à normalização;
- c) **Reagrupamento semântico**
 • percebe que os profissionais, só às vezes, escutam suas perguntas;
- d) **Inferência/Qualificação**
 • os profissionais, só às vezes, escutam as perguntas;
- "só às vezes, escutam as perguntas", corresponde a outra manifestação de uma prática autoritária e paternalista. Acrescentando-se também aqui, as características e as consequências já apontadas, na análise precedente; aquelas que resumem uma manifesta inibição à autonomia e à liberdade;
- as respostas anteriores permitem observar uma atitude passiva e de aceitação, dado que ela coloca expressões tais como: "eles sabem, não tem porque perguntar... decidem o que orientar... a gente já se acostumou". Sente, por outro lado que "eles deixam à vontade para perguntar e tirar dúvidas", mas, "só às vezes, escutam as perguntas". Isto demonstra que a comunicação não é efetiva, reclamando então, seu direito de ser escutada, seu direito a uma prática educativa respeitosa e com intencionalidade.
- 7.- Você tem sentido, que as orientações que lhe foram dadas vão ao encontro do que você pensa ou quer?. O que você pensa disso?.
- a) **Normalização**
 • às vezes, acontece que as orientações dadas não vão ao encontro do que eu penso ou quero;
 • a gente, às vezes faz coisas, outras vezes não;
 • às vezes a gente pensa diferente e fica com dúvidas;
 • eu sinto que os profissionais, não se importam com que a gente pensa da sua saúde;
- b) **Inventário de categorias de base**
 • às vezes, acontece que as orientações dadas vão ao encontro do que eu penso ou quero;
 * a gente, às vezes faz coisas, outras vezes não;
 * às vezes a gente pensa diferente e fica com dúvidas;
 • eu sinto que os profissionais, não se importam com que a gente pensa da sua saúde;
- c) **Reagrupamento semântico**
 • sente que, só às vezes, as orientações dadas vão ao encontro do que ela pensa ou quer, tem ocasiões em que ela muda a sua forma de pensar e fica com dúvidas;
 • percebe que os profissionais, não se importam com o que ela pensa da sua saúde;
- d) **Inferência/Qualificação**
 • só às vezes as orientações que lhe foram dadas concordam com sua forma de pensar. Ela acha que sua opinião difere da opinião dos profissionais e fica com dúvidas. Sente também, que eles "não se importam do que a gente pensa da sua saúde";
- a conduta profissional apresenta-se autoritária e paternalista, centrada nos profissionais e em seu conhecimento. Mas, apresenta uma contradição a respeito de situações identificadas anteriormente; ela acha que os profissionais, "sabem, e não tem porque perguntar", assumindo que isto não lhe desagrade. Então, manifesta assim, uma conduta de aceitação e de rechaço, em relação às condutas dos profissionais. Isto tem como consequência, uma postura que tende à passividade, a qual se movimenta num clima de falta de autonomia e de liberdade para tomar as decisões sobre a sua saúde;
- suas afirmações em relação a que as orientações, só às vezes concordam com sua forma de pensar, representam o desejo de receber uma prática educativa com intencionalidade, que respeite suas características pessoais e suas necessidades; "a gente, às vezes faz coisas, outras vezes não; às vezes a gente pensa diferente, então fica com dúvidas". Reclama também, a falta de

respeito pelo seu saber e pela consideração da sua experiência, a respeito acrescenta "eu sinto que os profissionais, não se importam com que a gente pensa da sua saúde".

8.- Se o/a Sr(a), não está de acordo com a orientação, os profissionais respeitam sua opinião e lhe concedem tempo suficiente para explicar suas razões?

a) **Normalização**

- só às vezes eu estou de acordo com a orientação dos profissionais;
- eu não sei, se eles respeitariam minha opinião;
- não sei, se eles (os profissionais) dão tempo para explicar as razões;
- em geral, eu calo a boca e não conto minhas diferenças, pela falta de confiança;

b) **Inventário de categorias de base**

- só às vezes eu estou de acordo com a orientação dos profissionais;
- * em geral, eu calo a boca e não conto minhas diferenças, pela falta de confiança;
- eu não sei, se eles respeitariam minha opinião;
- * não sei, se eles (os profissionais) dão tempo para explicar as razões;

c) **Reagrupamento semântico**

- percebe que, só às vezes, está de acordo com a orientação dos profissionais, e não comunica suas diferenças pela falta de confiança
- ela não sabe se os profissionais respeitariam sua opinião e lhe dariam tempo para explicar as razões;

d) **Inferência/Qualificação**

- não sabe se os profissionais, respeitam e dão tempo suficiente para dar a explicar as razões. Acredita que só às vezes, está de acordo com a orientação. Em geral, acrescenta que: "não conto minhas diferenças, pela falta de confiança";
- de acordo com as características assinaladas, pode-se dizer, que se apresenta uma atenção que privilegia uma falta de disponibilidade para o diálogo, favorecendo uma comunicação horizontal, na qual prevalece a opinião do profissional, a que inibe a liberdade de falar. Expressa que: "não conto minhas diferenças, pela falta de confiança". Por outro lado, destaca que "nem sei, se eles respeitassem a opinião e concedessem tempo para deixar explicar as razões", o que deixa notar, a falta de vivências e de oportunidades, manifestando uma forma de desrespeito pela sua dignidade;
- os aspectos apontados determinam sua falta de confiança para estabelecer o diálogo, e dão conta de uma atenção, que não responde às suas características e necessidades individuais. As orientações são feitas de forma impessoal, não favorecendo o exercício de perguntar, inibindo o livre direito de emitir uma opinião.

9.- O profissional da saúde pede sua ajuda e participação no momento de orientar-lhe, e dar-lhe explicações?.

a) **Normalização**

- os profissionais, só às vezes, pedem ajuda
- eu gostaria de ajudar e participar
- eu tento puxar a conversa e buscar o momento de participar
- nem sempre é possível;

c) **Inventário de categorias de base**

- os profissionais, só às vezes, pedem ajuda
- eu gostaria de ajudar e participar
- * eu tento puxar a conversa e buscar o momento de participar
- * nem sempre é possível;

c) **Reagrupamento semântico**

- reconhece que só às vezes, os profissionais pedem ajuda para participar;
- ela gosta de ajudar e participar, tenta puxar a conversa e buscar o momento, mas nem sempre é possível;

d) **Inferência/Qualificação**

- ela reconhece que sua participação acontece só às vezes. Isto porque "nem sempre é possível";
- as conseqüências de uma atenção profissional que favorece, só às vezes, a participação do usuário, é uma manifestação profissional, autoritária e paternalista, aquela que desmotiva e inibe intervir, de forma autônoma e livre;
- a falta de incentivo para participar, fomenta a presença de condutas passivas. O usuário torna-se dependente, e cada vez mais passivo, porque se depara com condições desfavoráveis. Neste caso, ela expressa: "eu tento puxar conversa sabe! e buscar o momento de participar". Mas esta conduta, num ambiente desmotivador, pode tender a desaparecer.

10.- Você aceita as orientações e explicações que lhe foram dadas?.

a) **Normalização**

- eu aceito no momento da consulta;
- depois eu faço só algumas coisas;

b) **Inventário de categorias de base**

- idem à normalização;

- c) **Reagrupamento semântico**
- ela aceita as orientações, no momento da consulta;
 - ela só faz algumas das orientações depois da consulta;
- d) **Inferência/Qualificação**
- ela aceita as orientações, só no momento da consulta e refere que: "depois faço só algumas coisas";
 - o que quer dizer que não respondem a sua realidade: isto tem como consequência, selecionar só aquilo que é possível, manifestando desta maneira, sua insatisfação frente às condutas autoritárias e paternalistas dos profissionais;
 - a conduta assinalada, dá a entender a problemática que apresenta uma educação em saúde sem intencionalidade, que não responde aos requerimentos dos usuários, provocando situações de incerteza e insegurança, frente aos problemas da sua saúde.

ENTREVISTA Nº12

Dados de Identificação:

- 36 anos
- sexo feminino
- ocupação: cuida de uma pessoa idosa
- escolaridade: 8ª série

3.- Se alguma vez, o/a Sr.(a) recebeu essas orientações sobre a sua saúde, a pessoa que as deu, perguntou você antes, se as desejava receber?

- a) **Normalização**
- eles (os profissionais) não perguntam sobre o desejo de receber as orientações sobre a saúde;
 - eles (os profissionais) só orientam de acordo com que eles acham que é bom para a gente;
- b) **Inventário de categorias de base**
- idem à normalização;
- c) **Reagrupamento semântico**
- ela afirma que os profissionais não perguntam sobre o desejo de receber as orientações para saúde; decidem o que orientar, de acordo com o que eles acham que é legal para cada usuário;
- d) **Inferência/Qualificação**
- os profissionais não perguntam, porque orientam de acordo com o que "eles acham que é legal para cada um", ou seja, centrados em seus conhecimentos decidem o que orientar;
 - os profissionais decidirem o que orientar, tem como efeito, a manifestação de uma conduta coercitiva, autoritária e paternalista, na qual predomina seu conhecimento, não satisfazendo às necessidades do usuário. Isto favorece uma prática educativa em saúde que inibe o exercício de perguntar e fomenta a passividade, a falta de autonomia e gera a impossibilidade de experimentar a liberdade, frente à tomada de decisões;
 - a conduta do profissional significa para o usuário, ficar com dúvidas, num ambiente autoritário e com condições desfavoráveis, para satisfazer as suas necessidades, em relação às orientações em saúde.
- 4.- Caso não tenham lhe perguntado antes, se desejava receber essas orientações ou explicações, isso lhe desagradou? Como gostaria que fosse?
- a) **Normalização**
- não desagrada que eles não perguntem;
 - eu gostaria que me perguntassem e que eles (os profissionais) dessem mais confiança, assim seria diferente;
 - a gente se sentiria mais tranqüila e melhor;
- b) **Inventário de categorias de base**
- não desagrada que eles não perguntem;
 - eu gostaria que me perguntassem;
 - eu gostaria que eles (os profissionais) dessem mais confiança, assim seria diferente;
 - * a gente se sentiria mais tranqüila e melhor;
- c) **Reagrupamento semântico**
- não lhe desagrada que os profissionais não perguntem;
 - ela gosta que lhe perguntem;
 - pensa que se os profissionais dessem mais confiança se sentiria mais tranqüila e melhor;
- d) **Inferência/Qualificação**
- ela não se sente em desagrado quando não lhe perguntam antes, se deseja receber orientações ou explicações. No entanto, pensa que "a gente se sentiria mais tranqüila e melhor", se os profissionais perguntassem e "dessem mais confiança";

- a consequência de uma conduta profissional coercitiva, autoritária e paternalista, inibe o seu exercício de perguntar e desrespeita seu direito de ser educada. A orientação em saúde se converte assim, numa instância que utiliza formas inadequadas para orientar, uma vez que desconhece as características individuais, limita sua autonomia e impossibilita experimentar a sua liberdade. Apresentando-se assim, uma dicotomia entre o saber profissional e a ignorância a que ficam expostos, ela e outros usuários;
 - ela sente que uma mudança de atitude profissional, a qual consiste em lhe fazer perguntar antes de ser orientada, e lhe dêem mais confiança, permitiria a mesma e a outros, sentirem-se mais tranquilos e melhores. Manifesta através disto, a necessidade de mudanças nas suas orientações em saúde. Reclama uma prática respeitosa que considere: de ser educada, seu direito de ser escutada, num ambiente tranquilo e personalizado.
- 5.- Quando as pessoas dão essas orientações, deixam você à vontade, concedendo tempo para fazer perguntas ou tirar dúvidas?
- a) **Normalização**
• os profissionais dão tempo, para fazer perguntas ou tirar dúvidas;
- b) **Inventário de categorias de base**
• idem à normalização;
- c) **Reagrupamento semântico**
• ela acredita que os profissionais lhe concedem tempo para fazer perguntas ou tirar dúvidas;
- d) **Inferência/Qualificação**
• ela afirma que os profissionais lhe "dão tempo... e deixam à vontade", para fazer perguntas ou tirar dúvidas. Sua afirmação revela uma atenção em saúde, que oferece condições quase ótimas;
- a consequência de uma atenção com essas características, indica que existem possibilidades para o diálogo e respostas oportunas e adequadas e respeito pelos direitos do usuário. Tendo desta forma, a oportunidade de experimentar a livre vontade de decidir, sobre a sua saúde. Mas retomando a resposta anterior, pode-se notar, que existe uma contradição e uma certa ambigüidade. Ela reconheceu, que lhe desagradava que os profissionais, "não lhe perguntem", sobre o desejo de receber orientações. Refere que, "gostaria que me perguntassem, e que eles dessem mais confiança, assim seria diferente, a gente se sentiria mais tranquila e melhor". Isto então, não concorda com uma postura profissional aberta e respeitosa de seus direitos, pelo contrário, denota uma tarefa educativa, sem intencionalidade, que não respeita seus direitos;
 - sua resposta dá para entender, um grau de aceitação à conduta profissional e um certo desconhecimento de seus direitos. Considerando a opinião anterior, pode-se afirmar que predomina a atitude paternalista do profissional.
- 6.- Caso concedam ao/a Sr.(a) essa oportunidade, escutam suas perguntas e lhe concedem tempo para tirar suas dúvidas?
- a) **Normalização**
• os profissionais escutam as perguntas;
- b) **Inventário de categorias de base**
• idem à normalização;
- c) **Reagrupamento semântico**
• ela acredita que os profissionais escutam suas perguntas;
- d) **Inferência/Qualificação**
• acredita que os profissionais "escutam suas perguntas". Isto aparece como uma situação, aparentemente sem problemas, no entanto, é contraditória com respostas anteriores;
- a sua afirmação, "sim escutam", não é uma conduta profissional manifestada com clareza nas respostas anteriores. Pelo contrário, caracteriza uma atenção paternalista e autoritária, a qual já tem sido apontada, durante a análise efetuada, junto também as suas consequências;
 - ela assume uma postura passiva, e de aceitação e só as vezes, faz consciente os problemas que lhe surgem, na hora da sua educação em saúde. Ela reconhece que os profissionais: a) "dão tempo" e "escutam"; b) "não desagrada que não perguntem"... eu gostaria que me perguntassem... que eles dessem mais confiança, assim seria diferente, a gente se sentiria mais tranquila e melhor; c) "decidem o que orientar". Pode-se observar que ao fazer uma comparação entre as opiniões, percebe-se uma certa contradição. Por um lado uma conduta de aceitação e por outro, está demonstrando seu desejo de uma mudança, especialmente na resposta assinalada com a letra b. Sua postura coloca-se, entre aceitar 'o que é ele recebe' ou esperar que aconteça, 'o que ela gostaria'.
- 7.- Você tem sentido, que as orientações que lhe foram dadas vão ao encontro do que você pensa ou quer?. O que você pensa disso?.
- a) **Normalização**
• só às vezes, eu estou de acordo;
• eu acho que a falta de confiança com os profissionais e a falta de tempo na consulta ajudam para que seja assim;
- b) **Inventário de categorias de base**
• idem à normalização;

- c) **Reagrupamento semântico**
- ela concorda só às vezes, com as orientações;
 - sente que a falta de confiança com os profissionais e a falta de tempo na consulta, favorecem seu desacordo com as orientações;
- d) **Inferência/Qualificação**
- só às vezes, as orientações que lhe foram dadas refletem a sua forma de pensar. Reconhece como problema "a falta de confiança dos profissionais, a falta de tempo na consulta";
 - as condutas profissionais, anteriormente assinaladas, fundamentam uma conduta eminentemente, autoritária e paternalista, centrada nos profissionais e em seu conhecimento. Ela identifica aspectos importantes, por exemplo: "falta de confiança com os profissionais, a falta de tempo na consulta". Isto tem como conseqüências, uma prática educativa sem intencionalidade, que favorece a passividade e a falta de autonomia e de liberdade para tomar as decisões sobre a sua saúde;
 - as afirmações em relação a que as orientações, só às vezes concordam com sua forma de pensar, estão significando, o desejo de receber uma prática educativa que respeite suas características pessoais, suas necessidades; seu saber, seu direito de perguntar e ser escutada.
- 8.- Se o/a Sr(a) não está de acordo com a orientação, os profissionais respeitam sua opinião e lhe concedem tempo suficiente para explicar suas razões?
- a) **Normalização**
- os profissionais nem sempre respeitam as opiniões;
 - os profissionais nem sempre dão tempo para explicar as razões
 - eles (os profissionais) acham que sempre estão certos;
- b) **Inventário de categorias de base**
- os profissionais nem sempre respeitam as opiniões;
 - * os profissionais nem sempre dão tempo para explicar as razões;
 - eles (os profissionais) acham que sempre estão certos;
- c) **Reagrupamento semântico**
- sente que os profissionais nem sempre respeitam as opiniões, nem dão tempo para explicar as razões;
 - acredita que os profissionais têm a segurança de estar sempre certos com as orientações;
- d) **Inferência/Qualificação**
- os profissionais, "nem sempre respeitam...nem sempre dão tempo para explicar as razões. Acha que a razão é, porque "eles acham que sempre estão certos";
 - as características da atenção profissional, estão indicando uma falta de confiança para estabelecer o diálogo. Isto é fundamentado pela seguinte expressão: "eles acham que sempre estão certos". Favorecendo uma prática autoritária e paternalista, a que inibe a autonomia e a possibilidade de experimentar a sua liberdade;
 - a comunicação unidirecional e coercitiva que surge dos aspectos especificados, dão conta de uma atenção, que não responde às suas características e necessidades individuais. As orientações são feitas de forma impessoal, não favorecendo o exercício de perguntar.
- 9.- O profissional da saúde pede sua ajuda e participação no momento de orientar-lhe, e dar-lhe explicações?. Caso isso não ocorra, você gostaria de ajudar e participar?.
- a) **Normalização**
- os profissionais não pedem ajuda;
 - eu gostaria de ajudar e participar;
 - eu penso que eles (os profissionais) devem dar mais possibilidades, motivar, e ajudar, para que a gente participe;
- b) **Inventário de categorias de base**
- idem à normalização;
- c) **Reagrupamento semântico**
- ela assegura que os profissionais não pedem ajuda;
 - ela gosta de ajudar e participar;
 - pensa que os profissionais devem dar mais possibilidades e motivar a participar;
- d) **Inferência/Qualificação**
- ela confirma que os profissionais não pedem ajuda para participar. Pensa que o problema está na falta de possibilidades e na não motivação, por parte dos profissionais;
 - a atenção centrada no profissional, traz como conseqüências, uma prática sem intencionalidade, que desrespeita os direitos do usuário. Manifestando condutas, autoritárias e paternalistas, que inibem a livre participação;
 - ela fica insatisfeita, frente a uma prática que não lhe dá possibilidades, a desmotiva e não lhe oferece a ajuda que precisa, a respeito expressa: "eles devem dar mais possibilidades, motivar a gente, ajudar para que a gente participe". Reclama assim, seu direito a ter condições favoráveis, para sua educação e atenção em saúde.

- 10.- Você aceita as orientações e explicações que lhe foram dadas?
- a) **Normalização**
- só às vezes aceito as orientações e explicações
 - têm orientações e explicações que estão muito longe da realidade da gente;
- b) **Inventário de categorias de base**
- idem à normalização;
- c) **Reagrupamento semântico**
- ela aceita, só às vezes as orientações e explicações
 - sente que têm orientações e explicações que não respondem a suas necessidades;
- d) **Inferência/Qualificação**
- ela aceita, só às vezes as orientações, e acredita que: "estão muito longe da realidade da gente". Isto é, não respondem a sua realidade, o que tem como consequência, satisfazer suas necessidades do jeito que lhe seja possível. Manifestando sua insatisfação frente às condutas autoritárias e paternalistas dos profissionais;
 - a conduta assinalada, dá a entender a problemática que apresenta uma educação em saúde sem intencionalidade, que não responde aos requerimentos dos usuários, provocando situações de incerteza e insegurança, frente aos problemas da saúde.

ENTREVISTA Nº13

Dados de Identificação:

- 39 anos
- sexo feminino
- dona de casa
- escolaridade: 2º grau

- 3.- Se alguma vez, o/a Sr.(a) recebeu essas orientações sobre a sua saúde, a pessoa que as deu, perguntou a você antes, se as desejava receber?
- a) **Normalização**
- os profissionais não perguntam, não costumam perguntar sobre o desejo de receber orientações
 - os profissionais só falam;
- b) **Inventário de categorias de base**
- idem à normalização;
- c) **Reagrupamento semântico**
- ela reconhece que os profissionais não perguntam, sobre o desejo de receber orientações;
 - os profissionais decidem o que orientar;
- d) **Inferência/Qualificação**
- os profissionais "não costumam perguntar, só falam". A referida opinião fundamenta uma postura profissional centrada em seus conhecimentos, a que os habilita e outorga o poder para decidir sobre às necessidades do usuário;
 - os profissionais decidirem o que orientar, tem como efeito a manifestação de uma conduta coercitiva e autoritária, na qual predomina seu conhecimento, não satisfazendo às necessidades do usuário. Isto favorece uma prática educativa em saúde que inibe o exercício de perguntar e fomenta a passividade, a falta de autonomia e gera a impossibilidade de experimentar a liberdade, frente à tomada de decisões;
 - a conduta do profissional significa para o usuário, ficar com dúvidas, num ambiente autoritário e com condições desfavoráveis, para satisfazer as suas necessidades, em relação às orientações em saúde. Ele reclama seu direito de perguntar e de encontrar respostas pertinentes. Faz notar que uma orientação mais ampla, vai contribuir para melhorar a saúde.
- 4.- Caso não tenham lhe perguntado antes, se desejava receber essas orientações ou explicações, isso lhe desagradou? Como gostaria que fosse?
- a) **Normalização**
- às vezes desagrada, quando os profissionais não perguntam sobre o desejo de receber orientações;
 - a gente se acostuma assim;
 - penso, que seria melhor se (os profissionais) perguntassem, assim ficaria mais segura e tranqüila e com vontade de perguntar;
- b) **Inventário de categorias de base**
- idem à normalização;

- c) **Reagrupamento semântico**
- acredita que, às vezes, lhe desagrada, quando os profissionais não perguntam sobre o desejo de receber orientações;
 - sente que se acostumou a que não lhe perguntem;
 - pensa que é melhor que lhe perguntem, isso dá segurança, tranquilidade e vontade de perguntar;
- d) **Inferência/Qualificação**
- ela, só às vezes, sente desagrado quando os profissionais não lhe perguntam antes, se deseja receber orientações ou explicações. Justifica sua resposta, argumentando que "a gente se acostuma assim". Mas reconhece que, se os profissionais "perguntassem... ficaria mais segura e tranqüila e com vontade de perguntar";
 - a prática profissional mostra-se autoritária e paternalista, desrespeitando desta forma, seu direito de perguntar, de ser educada e de decidir sobre a sua própria saúde. Isto, num ambiente que inibe a sua autonomia e impede experimentar a sua liberdade, e onde profissionais centram sua atenção em seu saber, e não nas necessidades dos usuários;
 - ela sente, "que seria melhor se perguntassem, assim... ficaria mais segura e tranqüila e com vontade de perguntar". Isto significa que reclama uma prática respeitosa, a qual considere seu direito: de ser educada, escutada, a uma prática educativa com intencionalidade. A conduta autoritária e paternalista favorece ficar com dúvidas e lhe inibe o direito de perguntar, o que a faz viver uma situação de desconfiança, de insatisfação permanente. A expressão, "a gente se acostuma assim", denota sua passividade, frente a condutas profissionais pouco efetivas.
- 5.- Quando as pessoas dão orientações sobre a sua saúde, deixam você à vontade, concedendo tempo para fazer perguntas ou tirar dúvidas?
- a) **Normalização**
- os profissionais, só as vezes, dão tempo e nem sempre tiram dúvidas;
- b) **Inventário de categorias de base**
- idem à normalização;
- c) **Reagrupamento semântico**
- ela sente que, só as vezes, os profissionais lhe deixam tempo para fazer perguntas e nem sempre tiram as dúvidas;
- d) **Inferência/Qualificação**
- quando os profissionais orientam, só às vezes, dão tempo para fazer perguntas ou tirar dúvidas, não favorecendo assim, a resolução de suas necessidades;
 - ela apresenta uma situação que corresponde às características de uma atenção autoritária e paternalista. A consequência, neste caso, é de ficar com dúvidas dado que "nem sempre tiram dúvidas";
 - o anterior manifesta, sua dificuldade de perguntar e de dialogar, desrespeitando assim, seu direito de ser educada em saúde. Isto significa para ela: ficar com dúvidas, sentir insatisfação frente as suas necessidades, numa situação na qual prevalece o conhecimento e as decisões do profissional.
- 6.- Caso concedam ao/a Sr.(a) essa oportunidade, escutam suas perguntas e lhe concedem tempo para tirar suas dúvidas?
- a) **Normalização**
- os profissionais nem sempre escutam;
 - eu acho que é por falta de tempo;
- b) **Inventário de categorias de base**
- os profissionais nem sempre escutam;
 - * eu acho que é por falta de tempo;
- c) **Reagrupamento semântico**
- ela adverte que os profissionais nem sempre escutam, devido à falta de tempo;
- d) **Inferência/Qualificação**
- os profissionais, só às vezes escutam, identifica como problema, a falta de tempo;
 - a prática autoritária e paternalista demonstra também aqui, outro de seus componentes, ao evidenciar que não existe uma atitude constante frente à abertura da fala do outro, inibindo desta maneira o direito de perguntar e de dialogar. Consequências e déficit já indicados em respostas anteriores. Os que apresentam, inibição à autonomia e à liberdade;
 - ela identifica como problema a falta de tempo, colocando-a como uma causa externa que interfere no processo. Provocando de alguma forma, sua insatisfação, frente a uma prática educativa que apresenta condições desfavoráveis.
- 7.- Você tem sentido, que as orientações que lhe foram dadas vão ao encontro do que você pensa ou quer?. O que você pensa disso?.
- a) **Normalização**
- nem sempre tenho sentido, que as orientações dadas combinam com minha forma de pensar;
 - às vezes a gente fica em dúvida;

- eu penso que não existe confiança para retomar a insistir na orientação;
- b) **Inventário de categorias de base**
- nem sempre tenho sentido, que as orientações dadas combinam com minha forma de pensar;
 - às vezes a gente fica em dúvida;
 - * eu penso que não existe confiança para retomar a insistir na orientação;
- c) **Reagrupamento semântico**
- ela sente que as orientações dadas não combinam com sua forma de pensar;
 - ela, às vezes, fica em dúvida, porque não sente confiança para insistir na orientação;
- d) **Inferência/Qualificação**
- só às vezes as orientações que lhe foram dadas concordam com sua forma de pensar. Reconhece como problema "a falta de confiança, para retomar a insistir na orientação";
 - as condutas profissionais, anteriormente assinaladas, fundamentam uma conduta eminentemente, autoritária e paternalista, centrada nos profissionais e em seu conhecimento. Ela identifica aspectos tais como: "falta de confiança para votar a insistir na orientação". Isto tem como conseqüências, uma prática educativa sem intencionalidade, que favorece a passividade, a falta de autonomia e de liberdade, para tomar as decisões sobre a sua saúde;
 - as afirmações em relação a que as orientações, só às vezes concordam com sua forma de pensar, significam, o desejo de receber uma prática educativa que respeite suas características pessoais, necessidades e dúvidas, seu saber, direito de perguntar e ser escutada.
- 8.- Se o/a Sr(a) não está de acordo com a orientação, os profissionais respeitam sua opinião e lhe concedem tempo suficiente para explicar suas razões?
- a) **Normalização**
- eles (os profissionais) nem sempre respeitam a opinião;
 - eles nem sempre dão tempo para explicar as razões
 - a gente acha que é melhor ficar calada, porque não tem confiança para falar;
 - eles (os profissionais) sempre tem a razão, apesar de não terem;
 - acho que eles (os profissionais) passam por cima;
 - eu penso que eles nem sempre respeitam e nem sempre concedem tempo para explicar as razões;
- b) **Inventário de categorias de base**
- eles (os profissionais) nem sempre respeitam a opinião;
 - * eles nem sempre dão tempo para explicar as razões;
 - * eu penso que eles não vão respeitar a opinião e que não vão conceder tempo para explicar as razões;
 - a gente acha que é melhor ficar calada, porque não tem confiança para falar;
 - eles (os profissionais) sempre tem a razão, apesar de não terem;
 - que eles (os profissionais) passam por cima;
- c) **Reagrupamento semântico**
- percebe que os profissionais nem sempre respeitam a opinião e nem sempre dão tempo para explicar razões;
 - sente que é melhor ficar calada, porque não tem confiança para falar;
 - acredita que os profissionais, sentem ter a razão e passam por cima dela;
- d) **Inferência/Qualificação**
- os profissionais, "nem sempre respeitam...nem sempre dão tempo para explicar as razões. Acha que os problemas são porque: "a gente acha que é melhor ficar calada, porque não tem confiança para falar, eles sempre tem a razão (...), nem sempre concedem tempo para explicar as razões";
 - as características da comunicação profissional estão indicando uma falta de confiança para estabelecer o diálogo, "a gente acha que é melhor ficar calada, porque não tem confiança para falar". A expressão: "eles sempre têm a razão", afirma a presença de uma prática autoritária e paternalista, que inibe a autonomia e a possibilidade de experimentar a sua liberdade;
 - a comunicação unidirecional e coercitiva que surge, dá conta de uma atenção, que não corresponde às suas características e necessidades individuais. As orientações são feitas de forma impessoal e não favorecem o exercício de perguntar, inibindo o livre direito de emitir uma opinião;
- 9.- O profissional da saúde pede sua ajuda e participação no momento de orientar-lhe, e dar-lhe explicações?.
- a) **Normalização**
- algumas vezes, eles (os profissionais) pedem colaboração;
 - eu não gosto de participar, está bem como está;
- b) **Inventário de categorias de base**
- idem à normalização;
- c) **Reagrupamento semântico**
- acredita que, só às vezes, os profissionais pedem a colaboração no momento de orientar;
 - ela não gosta de participar, acha que está bem assim;

- d) **Inferência/Qualificação**
- os profissionais, só às vezes pedem colaboração para participar. Reconhece que não gosta de participar, acreditando que sua atenção e educação para a saúde estão bem, como se apresentam;
 - a atenção centrada no profissional, a qual só às vezes, permite participar, traz como consequência, uma prática educativa que favorece a passividade, apresentando-se sem intencionalidade, desrespeitando os direitos do usuário, manifestando condutas, autoritárias e paternalistas, que inibem sua livre participação;
 - ela fica sem incomodar-se, dado que prefere e aceita manter uma conduta passiva. Isto se vê favorecido, pela atenção centrada no profissional, a qual leva a aumentar a sua passividade.
- 10.- Você aceita as orientações e explicações que lhe foram dadas?.
- a) **Normalização**
- sempre aceita as orientações, porque os profissionais sabem o que fazem;
- b) **Inventário de categorias de base**
- idem à normalização;
- c) **Reagrupamento semântico**
- ela sempre aceita as orientações e explicações que lhe foram dadas, porque acredita que os profissionais sabem o que fazem;
- d) **Inferência/Qualificação**
- sempre aceita as orientações, "porque os profissionais sabem o que fazem";
 - as consequências de aceitar as orientações ou explicações na hora da consulta, "porque os profissionais sabem o que fazem", implica aceitar de forma absoluta a autoridade e paternalismo dos profissionais, sem questionar a possibilidade de praticar sua autonomia e liberdade;
 - a conduta de aceitação, significa manter uma postura passiva que favorece a prática autoritária e paternalista, a qual impõe seu ponto de vista, sobre suas necessidades.

ENTREVISTA Nº14

Dados de Identificação:

- 36 anos
 - sexo feminino
 - dona de casa
 - escolaridade: 1ª série
- 3.- Se alguma vez, o/a Sr.(a) recebeu essas orientações sobre a sua saúde, a pessoa que as deu, perguntou a você antes, se as desejava receber?
- a) **Normalização**
- os profissionais não perguntam sobre o desejo de receber as orientações sobre a saúde;
 - eles só falam, eles são os que decidem o que orientar;
- b) **Inventário de categorias de base**
- idem à normalização;
- c) **Reagrupamento semântico**
- ela encontra que os profissionais não perguntam sobre o desejo de receber as orientações sobre a saúde;
 - ela percebe que os profissionais só falam, decidindo o que orientar;
- d) **Inferência/Qualificação**
- os profissionais não perguntam, porque se centram em seu conhecimento, em seu saber, isto faz com que "eles decidam o que educar", de acordo somente com o seu ponto de vista. Não consideram a opinião do usuário, prevalecendo, assim, o saber do profissional;
 - os profissionais decidirem o que orientar, tem como efeito a manifestação de uma conduta, coercitiva e autoritária, na qual predomina seu conhecimento, não satisfazendo as necessidades do usuário. Isto favorece uma prática educativa em saúde que inibe o exercício de perguntar e fomenta a passividade, a falta de autonomia e gera a impossibilidade de experimentar a liberdade, frente à tomada de decisões;
 - a conduta do profissional significa para o usuário, ficar com dúvidas num ambiente autoritário e com condições desfavoráveis, para satisfazer as suas necessidades, em relação às orientações em saúde. Ele reclama seu direito de perguntar e de encontrar respostas pertinentes, fazendo notar, que uma orientação mais ampla vai contribuir para melhorar a sua saúde.

4.- Caso não tenham lhe perguntado antes, se desejava receber essas orientações ou explicações, isso lhe desagradou? Como gostaria que fosse?

a) **Normalização**

- às vezes desagrada quando os profissionais não perguntam antes de receber as orientações;
- eu acho que é melhor que perguntem;
- a gente tem que puxar a conversa e perguntar para que eles prestem atenção;

b) **Inventário de categorias de base**

- idem à normalização;

c) **Reagrupamento semântico**

- ela sente que às vezes é desagradável que os profissionais não perguntem antes de dar as orientações;
- pensa que é melhor que perguntem;
- ela percebe que tem que puxar a conversa e perguntar para que os profissionais prestem atenção;

d) **Inferência/Qualificação**

- ela só às vezes, sente desgosto, quando os profissionais não lhe perguntam antes, se deseja receber orientações ou explicações. Acredita sim, "que é melhor que perguntem". Chama a atenção em relação a que "a gente tem que puxar a conversa, e perguntar para que eles prestem atenção", reconhecendo assim, um problema de comunicação;

• a prática profissional autoritária e paternalista, desrespeita e inibe sua autonomia, seu exercício de perguntar, seu direito de ser educada e impede a possibilidade de experimentar sua liberdade. Os profissionais centram sua atenção em seu saber, não deixam espaço à comunicação e fecham a possibilidade de receber uma educação em saúde que favoreça a liberdade, num ambiente aberto ao diálogo;

• ela destaca, "que é melhor que perguntem", e adverte por sua vez, que "a gente tem que puxar a conversa e perguntar para que eles prestem atenção". Isto quer dizer que, mesmo não sendo questionada, deve buscar a oportunidade e forçar a situação para ela poder perguntar. Apresenta-se desta forma, uma atenção que não respeita seu direito de ser educada, de ser escutada, recebendo uma prática educativa, sem intencionalidade. A conduta autoritária e paternalista favorece a aparição de dúvidas e inibe seu direito de perguntar, prevalecendo um grau de insatisfação permanente.

5.- Quando as pessoas dão essas orientações, deixam você à vontade, concedendo tempo para fazer perguntas ou tirar dúvidas?

a) **Normalização**

- só alguns profissionais deixam à vontade, concedendo tempo para fazer perguntas ou tirar dúvidas;

b) **Inventário de categorias de base**

- idem à normalização;

c) **Reagrupamento semântico**

- ela adverte que só alguns profissionais, concedem tempo para fazer perguntas ou tirar dúvidas;

d) **Inferência/Qualificação**

- só alguns profissionais, orientam e dão tempo para fazer perguntas ou tirar dúvidas;

• sua opinião identifica mais um aspecto da atenção autoritária e paternalista, já constatada anteriormente. A consequência disso, continua sendo outro fator no impedimento para praticar a livre vontade de participar e de receber a educação em saúde que está precisando;

• uma prática profissional, que lhe impede o direito de perguntar, de dialogar, desrespeita também seu direito de ser educado em saúde. O que significa para ela: ficar com dúvidas, sentir insatisfação frente as suas necessidades, dado que prevalece o poder e paternalismo do profissional.

6.- Caso concedam ao/a Sr.(a) essa oportunidade, escutam suas perguntas e lhe concedem tempo para tirar suas dúvidas?

a) **Normalização**

- Só alguns profissionais escutam;
- a gente tem que forçar as perguntas para não ficar com dúvidas;

b) **Inventário de categorias de base**

- idem à normalização;

c) **Reagrupamento semântico**

- ela acha que só alguns profissionais escutam;
- sente que tem que forçar as perguntas para não ficar com dúvidas;

d) **Inferência/Qualificação**

- os profissionais, só às vezes, escutam, mas ela toma uma atitude ativa e sente que "a gente tem que forçar as perguntas para não ficar com dúvidas";

- aparece aqui outra manifestação de uma prática autoritária e paternalista, demonstrando neste caso, a falta de disponibilidade para escutar, negando assim o direito de perguntar e de dialogar, aspectos estes, já identificados, em respostas anteriores. Somam-se então, as consequências já apontadas, na análise precedente, as quais podem resumir-se, como uma inibição à autonomia e à liberdade;
- ela reage, por meio de uma postura ativa, assinalando "a gente tem que forçar as perguntas para não ficar com dúvidas". Reclamando desta forma, seu direito de ser escutada, seu direito a uma prática educativa com intencionalidade.

7.- Você tem sentido, que as orientações que lhe foram dadas vão ao encontro do que você pensa ou quer?. O que você pensa disso?.

a) **Normalização**

- as orientações têm a ver com minha forma de pensar;

b) **Inventário de categorias de base**

- idem à normalização;

c) **Reagrupamento semântico**

- ela pensa que as orientações têm a ver com sua forma de pensar;

d) **Inferência/Qualificação**

- as orientações que lhe foram dadas concordam com sua forma de pensar. No entanto, isto é contraditório em relação a respostas anteriores;

- em respostas anteriores, ela assinalou que: "só alguns profissionais escutam (...), só alguns dão tempo para perguntar (...), eles decidem o que orientar", o que as vezes lhe desagradava. Embora tenha identificado estas diferenças, sente que, as orientações têm a ver, com sua forma de pensar. O que parece contraditório, porque esta última posição, assinala melhor, uma conduta de total aceitação às orientações dadas pelos profissionais, deixando a sensação de que não existem diferenças. Estas condutas profissionais têm como objetivo, uma prática educativa sem intencionalidade, que favorece a passividade, a falta de autonomia e de liberdade para tomar as decisões sobre a sua saúde, num ambiente, autoritário e paternalista, centrado nos profissionais e em seu conhecimento;

- as afirmações em relação a que as orientações concordam com sua forma de pensar, apesar de identificar problemas, significam a falta de oportunidade de participar de uma prática educativa crítica e intencionada, capaz de resolver suas dúvidas; a que lhe ofereça, a possibilidade de que sejam respeitadas, suas características pessoais, suas necessidades, seu saber, seu direito de perguntar e ser escutada.

8.- Se o/a Sr(a) não está de acordo com a orientação, os profissionais respeitam sua opinião e lhe concedem tempo suficiente para explicar suas razões?

a) **Normalização**

- não tem acontecido que eu não esteja de acordo com as orientações;
- geralmente, eu não comento com o profissional, as diferenças, de opinião que eu possa ter;
- eu não sei se eles respeitam minha opinião e concedem tempo para explicar as razões;

b) **Inventário de categorias de base**

- não tem acontecido que eu não esteja de acordo com as orientações;
- geralmente, eu não comento com o profissional, as diferenças, de opinião que eu possa ter;
- eu não sei se eles respeitam minha opinião e concedem tempo para explicar as razões;

c) **Reagrupamento semântico**

- acredita que não tem acontecido que ela esteja em desacordo com as orientações;
- não comenta as diferenças de opinião com os profissionais;
- não sabe se os profissionais respeitam sua opinião e lhe concedem tempo para explicar as razões;

d) **Inferência/Qualificação**

- não tem acontecido, que ela não esteja de acordo com as orientações. Geralmente, não comenta com o profissional suas diferenças de opinião. Desconhece por sua vez, se eles respeitam sua opinião e concedem tempo para explicar as razões;

- as características da comunicação estão dando a entender uma falta de confiança para estabelecer o diálogo, "eu não comento com o profissional as diferenças de opinião, que eu possa ter". A expressão, "nem sei, se eles respeitam a opinião e concedem tempo para deixar explicar as razões", está indicando a falta de vivências e de oportunidades, o que expõe uma forma de desrespeito pela sua dignidade. Isto manifesta atitudes autoritárias e paternalistas;

- a comunicação utilizada pelos profissionais, unidirecional e coercitiva, dá conta de uma atenção, que não responde às suas características e necessidades individuais. As orientações são feitas de forma impessoal e não favorecem o exercício de perguntar.

9.- O profissional da saúde pede sua ajuda e participação no momento de orientar-lhe, e dar-lhe explicações?.

a) **Normalização**

- às vezes eles permitem participar;
- eu tento buscar a possibilidade;

- b) **Inventário de categorias de base**
• idem à normalização;
- c) **Reagrupamento semântico**
• sente que às vezes os profissionais permitem participar;
• ela tenta buscar a possibilidade de participação;
• ela gosta de participar;
- d) **Inferência/Qualificação**
• os profissionais, só às vezes, permitem participar, ela tenta participar;

• a atenção centrada no profissional, a qual só às vezes permite participar, traz como consequência, uma instância educativa que favorece a passividade. Pode-se assegurar que uma atenção, que mantém as características de uma prática sem intencionalidade, desrespeitosa dos direitos do usuário e desmotivadora, num ambiente autoritário e paternalista, tende a diminuir e inibir o interesse por intervir;

• ela, neste caso, é ativa e tenta "buscar a possibilidade" de participar. Reclama assim, sua possibilidade de ter acesso a uma prática motivadora, que favoreça sua livre participação.
- 10.- Você aceita as orientações e explicações que lhe foram dadas?.
- a) **Normalização**
• só às vezes não aceito, porque eu faço do meu jeito;
- b) **Inventário de categorias de base**
• idem à normalização;
- c) **Reagrupamento semântico**
• ela aceita as orientações e explicações que lhe foram dadas, só às vezes, porque decide fazer do seu jeito;
- d) **Inferência/Qualificação**
• aceita, só às vezes, as orientações; reconhece ter tido problemas, por não acreditar nelas;

• o fato de não acreditar nas orientações lhe trouxe como consequência, graves problemas, sendo assim, expressa: "fui prejudicado por causa disso". Ela se questiona sobre o risco de não crer nas orientações, embora persista em aceitá-las só às vezes. Assinalando assim, que as condutas paternalistas e autoritárias não lhe deixam satisfeito;

• sua conduta manifesta a necessidade de ter a possibilidade de praticar sua autonomia e liberdade e de receber uma orientação consistente, sem questionamento, para agir de forma segura.

ENTREVISTA Nº15

Dados de Identificação:

- 48 anos
- sexo masculino
- ocupação: comerciante
- escolaridade: 2º grau

- 3.- Se alguma vez, o/a Sr.(a) recebeu essas orientações sobre a sua saúde, a pessoa que as deu, perguntou a você antes, se as desejava receber?
- a) **Normalização**
• espontaneamente não acontece, que os profissionais perguntem;
• você chega e eles perguntam o que está acontecendo com você, você conta, você se abre, você fala;
• então baseado naquilo (o que você fala) eles (os profissionais) vão dando as orientações;
• até agora não me lembro de alguém que alguma vez tenha perguntado, você quer que eu lhe fale claramente de algo ou lhe dê orientações; isso não acontece;
- b) **Inventário de categorias de base**
• espontaneamente não acontece, que os profissionais perguntem;
• até agora não me lembro de alguém que alguma vez tenha perguntado, você quer que eu lhe fale claramente de algo o lhe dê orientações; isso não acontece;
* você chega e eles perguntam o que está acontecendo com você; você conta, você se abre, você fala;
• baseado naquilo (o que você fala) eles (os profissionais) vão dando as orientações;
- c) **Reagrupamento semântico**
• espontaneamente não acontece, que os profissionais perguntem sobre o desejo de receber as orientações;
• os profissionais dão as orientações, baseados naquilo que acontece a cada um;
- d) **Inferência/Qualificação**
• ele enfatiza, na sua conduta de comunicar-se, "você chega, e eles perguntam o que está acontecendo com você... você conta, você se abre, você fala... então baseado naquilo, eles vão dando as orientações". Mas reconhece: "não me lembro de alguém

que alguma vez tenha me perguntado, - você quer que eu lhe fale claramente de algo, ou lhe dê orientações - isso não acontece". Os profissionais, neste caso, lhe dão as orientações, baseados naquilo que lhe acontece no momento e implicitamente respondem as suas necessidades do momento;

- a abertura do usuário frente a comunicar-se efetivamente, favorece uma resposta, por parte do profissional, que embora se limite só ao assunto particular do momento, lhe deixa aparentemente satisfeito. Mas aparece a sensação de que poderia ser diferente se eles lhe perguntassem, porque assim poderia receber uma orientação mais ampla;

- o usuário percebe que a orientação seria diferente se fosse perguntado. Ele descreve uma conduta profissional que sempre tem apresentado as mesmas características, isto é, ninguém se preocupou antes perguntar-lhe. A conduta profissional se mostra paternalista, delimitando até onde pode-se perguntar, desrespeitando o direito de ser escutado.

4.- Caso não tenham lhe perguntado antes, se desejava receber essas orientações ou explicações, isso lhe desagradou? Como gostaria que fosse?

a) **Normalização**

- não me desagradou que os profissionais não perguntassem;
- penso que seria melhor que perguntassem;
- em geral, a gente tem que puxar a conversa, para que seja mais fácil falar com os profissionais;

b) **Inventário de categorias de base**

- idem à normalização;

c) **Reagrupamento semântico**

- sente que quando os profissionais não perguntam, não desagrada;
- pensa que seria melhor se perguntassem;
- ele tenta conversar para que seja mais fácil para falar com os profissionais;

d) **Inferência/Qualificação**

- ele não sente desagradado quando os profissionais não lhe perguntam antes, se deseja receber orientações ou explicações. Pensa, "que seria melhor que perguntassem". Identifica como um problema geral, que "a gente tem que puxar a conversa, para que seja mais fácil falar com os profissionais";

- apresenta-se uma prática profissional autoritária e paternalista, que desrespeita e inibe a autonomia do exercício de perguntar, do direito de ser educado e impede a possibilidade de experimentar a liberdade. Os profissionais demonstrando uma falta de disponibilidade para o diálogo, "a gente tem que puxar a conversa, para que seja mais fácil falar com os profissionais", não deixando a possibilidade de receber uma educação em saúde, que favoreça a liberdade, num ambiente aberto e respeitoso;

- ele assinala que "seria melhor que perguntassem; por outro lado, refere que "a gente tem que puxar a conversa, assim eles perguntam". Denuncia desta forma, a falta de possibilidades para que sejam levadas em consideração suas opiniões e decisões e a falta de disponibilidade para o diálogo. Reclama uma prática respeitosa que considere: seu direito de ser educado, escutado, de uma prática educativa com intencionalidade. Ele demonstra uma atitude ativa, que favorece a sua comunicação e a busca da satisfação das suas necessidades.

5.- Quando as pessoas dão orientações sobre a sua saúde, deixam você à vontade, concedendo tempo para fazer perguntas ou tirar dúvidas?

a) **Normalização**

- os profissionais, deixam à vontade e dão tempo para fazer perguntas ou tirar dúvidas;
- eu puxo a conversa, para que seja mais fácil, o diálogo com os profissionais e não ficar com dúvidas;

b) **Inventário de categorias de base**

- idem à normalização;

c) **Reagrupamento semântico**

- percebe que os profissionais deixam a vontade e dão tempo para fazer perguntas ou tirar dúvidas;
- ele puxa a conversa para que seja mais fácil o diálogo com os profissionais, e não ficar com dúvidas;

d) **Inferência/Qualificação**

- ele diz que lhe "deixam à vontade e eles dão tempo". Mas, parece que isto não é espontâneo, entanto que, ele observa, que deve puxar a conversa para que seja mais fácil o diálogo;

- ele utiliza a expressão "eu puxo a conversa", tanto na resposta anterior, como na atual. No primeiro caso, observa que é, "para que seja mais fácil falar com os profissionais" no segundo para "não ficar com dúvidas". Em ambas situações revela-se o mesmo problema: 'a falta de possibilidades para dialogar'. O que responde a outra das características de uma atenção já identificada, como autoritária e paternalista;

- a conduta ativa que ele adota como consequência da atenção profissional significa a busca de uma oportunidade para comunicar-se. Desta maneira tenta satisfazer, seu direito de diálogo, seu direito de receber respostas oportunas, num meio que não favorece uma prática educativa intencionada e personalizada.

- 6.- Caso concedam ao/a Sr.(a) essa oportunidade, escutam suas perguntas e lhe concedem tempo para tirar suas dúvidas?
- a) **Normalização**
• os profissionais, sempre escutam;
- b) **Inventário de categorias de base**
• idem à normalização;
- c) **Reagrupamento semântico**
• ele acredita que os profissionais, sempre escutam suas perguntas;
- d) **Inferência/Qualificação**
• acredita que os profissionais "sempre escutam suas perguntas". Isto, aparece como uma situação, aparentemente sem problemas, no entanto, é contraditória com respostas anteriores;
- a afirmação, "sim escutam", não é uma conduta permanente nos profissionais, dado que reconhece em respostas precedentes, que: "em geral a gente tem que puxar a conversa". Por outro lado, acrescenta que não lhe desagrada quando perguntam, mas "que seria melhor se lhe perguntassem" e insiste que tem que "puxar a conversa para que seja mais fácil falar com o profissional". Isto dá para compreender, que a disposição para escutar não está sempre presente, reafirmando uma conduta autoritária e paternalista, que inibe a autonomia e liberdade;
- ele assume uma postura ativa, no sentido de reagir e de atuar, motivando um diálogo e reclamando seu direito de praticar sua autonomia e de ser respeitado.
- 7.- Você tem sentido que as orientações que lhe foram dadas vão ao encontro do que você pensa ou quer?. O que você pensa disso?.
- a) **Normalização**
• eu acho que todas as explicações ou orientações que eles (os profissionais) têm me dado, sempre têm estado relacionadas como o assunto, com os problemas da gente;
• as orientações sempre tem concordado com minha forma de pensar;
- b) **Inventário de categorias de base**
• eu acho que todas as explicações ou orientações que eles (os profissionais) tem me dado, sempre têm estado relacionadas com o assunto, com os problemas da gente;
* as orientações sempre têm concordado com minha forma de pensar;
- c) **Reagrupamento semântico**
• ele pensa que as orientações sempre têm concordado com sua forma de pensar;
- d) **Inferência/Qualificação**
• acredita que os profissionais "sempre escutam suas perguntas". Isto aparece como uma situação, aparentemente sem problemas, no entanto, é contraditória com respostas anteriores;
- a afirmação "sim escutam", não é uma conduta permanente nos profissionais, dado que reconhece em respostas precedentes, que: "em geral a gente tem que puxar a conversa". Por outro lado, acrescenta que não lhe desagrada quando não lhe perguntam, mas "que seria melhor se lhe perguntassem" e insiste que tem que puxar "a conversa para que seja mais fácil falar com o profissional". Isto dá para compreender, que a disposição para escutar não está sempre presente, reafirmando uma conduta autoritária e paternalista, que inibe a autonomia e liberdade;
- ele assume uma postura ativa, no sentido de reagir e de atuar motivando um diálogo; como reclamando seu direito ao diálogo, seu direito de praticar sua autonomia , seu direito de ser respeitado.
- 8.- Se o/a Sr(a) não está de acordo com a orientação, os profissionais respeitam sua opinião e lhe concedem tempo suficiente para explicar suas razões?
- a) **Normalização**
• não tem acontecido que eu não esteja de acordo com a orientação;
• eu não lembro de diferenças de opinião;
• não sei se respeitam a opinião, nem se concedem tempo para explicar as razões;
• eu penso que é necessário que a gente participe e que seja mais ativa, para facilitar a atenção;
- b) **Inventário de categorias de base**
• não tem acontecido que eu não esteja de acordo com a orientação;
* eu não lembro de diferenças de opinião;
• não sei se respeitem a opinião, nem se concedam tempo para explicar as razões;
• eu penso que é necessário que a gente participe e que seja mais ativa, para facilitar a atenção;
- c) **Reagrupamento semântico**
• reconhece que sempre concorda com as orientações, não lembra de diferenças de opinião com os profissionais;
• não sabe se os profissionais respeitam a opinião e se concedem tempo para explicar as razões;
• ele acha necessário uma participação mais ativa da sua parte, durante a consulta, para facilitar a atenção do profissional;

- d) **Inferência/Qualificação**
- não tem acontecido que ele não concorde com as orientações. Não sabe se respeitem a opinião, nem se concedam tempo para explicar as razões. Propõe como alternativa à problemática apontada, "que a gente participe e que seja mais ativa, para facilitar a atenção";
 - a opinião dá conta de uma conduta do usuário, de aceitação às propostas dos profissionais (aspecto já observado em respostas anteriores). No entanto, pode-se dizer, que as características da comunicação por ele indicadas, apresentam aspectos próprios de uma prática autoritária e paternalista. Em relação à expressão, "nem sei, se eles respeitem a opinião e concedam tempo para deixar explicar as razões", leva a identificar a falta de vivências e de oportunidades, o que revela uma forma de desrespeito pela sua dignidade;
 - a conduta profissional caracterizada por uma comunicação unidirecional e coercitiva, determina sua falta de confiança para estabelecer o diálogo, e dá conta de uma atenção, que não responde às suas características e necessidades individuais. De fato, ele adverte: "que a gente participe e que seja mais ativa, para facilitar a atenção". Reclamando assim, seu direito a uma prática educativa intencionada e que respeite os seus direitos.
- 9.- O profissional da saúde pede sua ajuda e participação no momento de orientar-lhe, e dar-lhe explicações?. Caso isso não ocorra, você gostaria de ajudar e participar?.
- a) **Normalização**
- os profissionais não pedem ajuda;
 - a participação é mais bem passiva, às vezes é diálogo, às vezes monólogo por parte do profissional;
 - pela forma de fazer as consultas não tem outro jeito;
 - eu penso que seria melhor participar;
- b) **Inventário de categorias de base**
- idem à normalização;
- c) **Reagrupamento semântico**
- acredita que os profissionais não pedem ajuda;
 - reconhece uma participação mais bem passiva;
 - considera que não existe a possibilidade de outra forma de orientação, no momento aceita como está;
 - ele pensa que é melhor participar;
- d) **Inferência/Qualificação**
- ela afirma que "a participação é mais bem passiva", porque os profissionais, "não pedem ajuda e participação";
 - a atenção paternalista e autoritária centrada no profissional, se manifesta, numa falta de disponibilidade para o diálogo. Às vezes é "diálogo, às vezes monólogo". Isto tem como consequência, uma instância educativa que favorece a passividade, levando a uma prática sem intencionalidade, desmotivadora que não respeita os direitos do usuário;
 - uma participação passiva, significa não ter a possibilidade de expressar o que se quer, isto é, não ter o direito e a possibilidade de intervir e atuar livremente.
- 10.- Você aceita às orientações e explicações que lhe foram dadas?.
- a) **Normalização**
- eu aceito, só às vezes, as orientações;
 - algumas vezes eu já pulei e também foi prejudicado por causa disso;
 - eu tive problemas graves por não acreditar nas orientações e explicações dadas;
- b) **Inventário de categorias de base**
- eu aceito, só às vezes, as orientações;
 - algumas vezes eu já pulei e também foi prejudicado a causa disso;
 - * eu tive problemas graves por não acreditar nas orientações e explicações dadas;
- c) **Reagrupamento semântico**
- ele aceita, só às vezes, as orientações;
 - ele reconhece que teve problemas graves, por não acreditar nas orientações e explicações entregues;
- b) **Inferência/Qualificação**
- aceita, só às vezes, as orientações; reconhece ter tido problemas, por não acreditar nelas;
 - o fato de não acreditar nas orientações lhe trouxe como consequência, graves problemas. Expressa: "fui prejudicado por causa disso". Ele se questiona em relação ao risco de não crer nas orientações, embora persista em aceitá-las só às vezes. Assinalando assim, que as condutas paternalistas e autoritárias, não lhe deixam satisfeito;
 - sua conduta manifesta a necessidade de ter a possibilidade de praticar sua autonomia e liberdade e de receber uma orientação consistente, sem questionamento, para agir de forma segura.

ENTREVISTA Nº16**Dados de Identificação:**

- 26 anos
- sexo masculino
- ocupação: celador
- escolaridade: 1º grau

3.- Se alguma vez, o/a Sr.(a) recebeu essas orientações sobre a sua saúde, a pessoa que as deu, perguntou a você antes, se as desejava receber?

a) **Normalização**

- os profissionais não perguntam sobre o desejo de receber as orientações
- os profissionais só orientam;

b) **Inventário de categorias de base**

- idem à normalização;

c) **Reagrupamento semântico**

- ele assinala que os profissionais não perguntam sobre o desejo de receber as orientações;
- ele sente que os profissionais, decidem o quê orientar;

d) **Inferência/Qualificação**

- os profissionais não perguntam, porque se centram em seu conhecimento, em seu saber, isto faz com que "eles decidam o que educar"; de acordo somente com seu ponto de vista;
- os profissionais decidirem o que orientar, tem como efeito a manifestação de uma conduta coercitiva e autoritária, na qual predomina seu conhecimento, não satisfazendo as necessidades do usuário. Isto favorece uma prática educativa em saúde que inibe o exercício de perguntar e fomenta a passividade, a falta de autonomia e gera a impossibilidade de experimentar a liberdade, frente à tomada de decisões;

• a conduta do profissional significa para o usuário, ficar com dúvidas, num ambiente autoritário e com condições desfavoráveis, para satisfazer as suas necessidades, em relação às orientações em saúde.

4.- Caso não tenham lhe perguntado antes, se desejava receber essas orientações ou explicações, isso lhe desagradou? Como gostaria que fosse?

a) **Normalização**

- quando os profissionais não perguntam, antes de orientar, às vezes desagrada;
- eu gostaria que eles (os profissionais) perguntassem;
- seria melhor que perguntassem, a gente faria as coisas certas;
- a gente, às vezes, erra, assim a gente já sabe;
- se os profissionais explicassem direitinho a gente se sentiria mais segura;

b) **Inventário de categorias de base**

- quando os profissionais não perguntam, antes de orientar, às vezes desagrada;
- eu gostaria que eles (os profissionais) perguntassem;
- * seria melhor que perguntassem, a gente faria as coisas certas;
- * a gente, às vezes, erra, assim a gente já sabe;
- * se os profissionais explicassem direitinho a gente se sentiria mais seguro;

c) **Reagrupamento semântico**

- ele acha desagradável quando, às vezes, os profissionais não perguntam antes de orientar; gosta que lhe perguntem;
- sente que se os profissionais perguntassem, faria as orientações certas e se sentiria mais seguro;

d) **Inferência/Qualificação**

- ele às vezes, sente desagrado, quando os profissionais não lhe perguntam antes, se deseja receber orientações ou explicações. Reconhece que "gostaria que eles perguntassem". Desta maneira, "a gente faria as coisas certas... assim se sentiria mais seguro";

• ele enfrenta uma prática autoritária e paternalista, que desrespeita e inibe a sua autonomia, seu direito de ser educado e lhe impede experimentar a sua liberdade. A orientação entregue, não responde as suas necessidades. Ele sente que se fosse perguntado, poderia tomar as suas decisões "a gente faria as coisas certas... assim se sentiria mais seguro". Assinala assim, as dificuldades que apresenta uma educação em saúde sem intencionalidade, centrada só no saber profissional;

• ele sente a necessidade, de que se respeitem a suas opiniões e decisões, fazendo a seguinte observação: "seria melhor se eles sempre perguntassem". Sente que se isto acontecesse, ele e outros usuários fariam "as coisas certas, às vezes a gente erra... assim a gente já sabe... se explicassem direitinho a gente se sentiria mais seguro". Reclama assim, uma prática educativa respeitosa que considere seu direito de ser educado, de ser escutado, seu direito a uma prática educativa com intencionalidade. A conduta autoritária e paternalista favorece nele a aparição de dúvidas, inibe o direito de perguntar e transmite a sensação de insegurança, ignorância e insatisfação.

5.- Quando as pessoas dão essas orientações, deixam você à vontade, concedendo tempo para fazer perguntas ou tirar dúvidas?

a) **Normalização**

- às vezes eles (os profissionais) estão com vontade e dão tempo para fazer perguntas ou tirar dúvidas;
- outras vezes eles (os profissionais) só respondem coisas pontuais;
- a gente fica com mais de alguma dúvida, tem que insistir em perguntar;

b) **Inventário de categorias de base**

- às vezes eles (os profissionais) estão com vontade e dão tempo para fazer perguntas ou tirar dúvidas;
- outras vezes eles (os profissionais) só respondem coisas pontuais;
- * a gente fica com mais de alguma dúvida, tem que insistir em perguntar;

c) **Reagrupamento semântico**

- os profissionais, às vezes, deixam perguntar à vontade e dão tempo para fazer perguntas ou tirar dúvidas;
- ele fica com dúvidas quando os profissionais respondem coisas pontuais, sente que tem que insistir em perguntar;

d) **Inferência/Qualificação**

- quando os profissionais orientam, só às vezes, dão tempo para fazer perguntas ou tirar dúvidas, porque eles nem sempre estão com vontade;
- a conduta instável e inconsistente, apresentada pelos profissionais, favorece uma atenção autoritária e paternalista, a qual já foi assinalada anteriormente. A manifestação das frases: "só respondem coisas pontuais... a gente fica com mais de alguma dúvida... a gente tem que insistir em perguntar", corresponde à situação que caracteriza a conduta apontada;
- a prática profissional impede, tanto a ele como a outros usuários, o direito de perguntar, de dialogar e de ser educado em saúde. Favorecendo, tal como foi mencionada na análise da pergunta anterior, a aparição de dúvidas, a sensação de insegurança, ignorância e de insatisfação.

6.- Caso concedam ao/a Sr.(a) essa oportunidade, escutam suas perguntas e lhe concedem tempo para tirar suas dúvidas?

a) **Normalização**

- alguns profissionais escutam, outros não;
- a gente percebe que não escutam totalmente, porque eles continuam fazendo outra coisa;
- ninguém pode fazer duas coisas ao mesmo tempo;
- como tentar fazer perguntas, fico todo enrolado;

b) **Inventário de categorias de base**

- alguns profissionais escutam, outros não;
- * a gente percebe que não escutam totalmente, porque eles continuam fazendo outra coisa;
- * ninguém pode fazer duas coisas ao mesmo tempo;
- * como tentar fazer perguntas, fico todo enrolado;

c) **Reagrupamento semântico**

- acha que só alguns profissionais escutam;
- eles sente que os profissionais não escutam, porque continuam fazendo outra coisa, o que dificulta fazer perguntas;

d) **Inferência/Qualificação**

- os profissionais, só às vezes escutam, identificando como problema: a falta de atenção, "a gente percebe que não escutam totalmente... porque eles continuam fazendo outra coisa... ninguém pode fazer duas coisas ao mesmo tempo... então como tentar fazer perguntas... fico todo enrolado";
- a prática evitativa, autoritária e paternalista, demonstra aqui, outro de seus componentes, ao evidenciar que não existe abertura à fala do outro. Inibindo desta maneira o direito de perguntar e de dialogar, conseqüências e déficit já identificados em respostas anteriores, as que manifestam, inibição à autonomia e à liberdade;
- as condições desfavoráveis que apresenta a prática educativa, lhe deixam com dúvidas e lhe provocam, insegurança e desconfiança, "eles continuam fazendo outra coisa... ninguém pode fazer duas coisas ao mesmo tempo... então como tentar fazer perguntas... fico todo enrolado".

7.- Você tem sentido, que as orientações que lhe foram dadas vão ao encontro do que você pensa ou quer?. O que você pensa disso?

a) **Normalização**

- eu acho que, às vezes, as orientações não têm muito a ver, com o que eu penso ou quero;
- eu simplesmente não ligo;
- a gente já sabe que não é aquilo que a gente queria, que não responde às necessidades... e que não vai dar certo;
- a gente não dá linha e depois faz o que pode;

b) **Inventário de categorias de base**

- eu acho que, às vezes, as orientações não têm muito a ver, com o que eu penso ou quero;
- * eu simplesmente não ligo;
- a gente já sabe que não é aquilo que a gente queria, que não responde às necessidades... e que não vai dar certo
- * a gente não dá linha e depois faz o que pode;

- c) **Reagrupamento semântico**
- sente que, às vezes, as orientações não têm muito a ver, com o que ele pensa ou quer;
 - ele acha que quando as orientações não têm muito a ver, simplesmente não liga, porque já sabe que não é aquilo que queria e que não responde as suas necessidades;
- d) **Inferência/Qualificação**
- só às vezes as orientações que lhe foram dadas concordam com sua forma de pensar. Reconhece como problema "que não responde às necessidades da gente... e que não vai dar certo (...), não dá linha e depois faz o que pode";
 - as condutas profissionais, anteriormente assinaladas, fundamentam uma conduta eminentemente, autoritária e paternalista, centrada nos profissionais e em seu conhecimento. Ele identifica que as orientações: "não respondem às necessidades da gente". Isto tem como consequências, uma prática educativa sem intencionalidade, que favorece a passividade e a falta de autonomia e de liberdade para tomar as decisões sobre a sua saúde;
 - as afirmações em relação às orientações, só às vezes concordam com sua forma de pensar, significam o desejo de receber uma prática educativa que respeite: suas características pessoais, suas necessidades e dúvidas, seu saber, seu direito de perguntar e ser escutado. Ele afirma que quando percebe, "que não é aquilo que a gente queria (...), não dá linha e depois faz o que pode. Isto é, termina fazendo só aquilo que é possível ser feito.
- 8.- Se o/a Sr(a) não está de acordo com a orientação, os profissionais respeitam sua opinião e lhe concedem tempo suficiente para explicar suas razões?
- a) **Normalização**
- às vezes os profissionais respeitam a opinião e concedem tempo suficiente para explicar as razões, mas depende da situação;
 - se na hora a gente está nervosa, não vai falar;
 - se a gente está calma, a gente vai falar, vou até discutir e vou falar algumas coisas para ele;
 - a gente, às vezes, fica quieto, nem sempre, mas às vezes a gente fica quieto;
 - não dá para fazer o contrário, mas tem que tentar;
 - o profissional aceita a discussão, quando ele acha que está certo, de acordo com seu ponto de vista, ou então ele desliga;
 - isto é como um jogo, porque a situação vai depender das possibilidades de falar;
- b) **Inventário de categorias de base**
- às vezes os profissionais respeitam a opinião e concedem tempo suficiente para explicar as razões, mas depende da situação;
 - o profissional aceita a discussão, quando ele acha que está certo, de acordo com seu ponto de vista, ou então, ele desliga;
 - * se na hora a gente está nervosa, não vai falar;
 - * se a gente está calma, a gente vai falar, vou até discutir e vou a falar algumas coisas para ele;
 - * isto é como um jogo, porque a situação vai depender das possibilidades de falar;
 - não dá para fazer o contrário, mas tem que tentar;
 - * a gente, às vezes, fica quieto, nem sempre, mas às vezes a gente fica quieto;
- c) **Reagrupamento semântico**
- às vezes os profissionais respeitam a opinião e concedem tempo suficiente para explicar as razões;
 - o profissional aceita a discussão, só quando acha que está certo, de acordo a seu ponto de vista;
 - reconhece que a sua opinião, depende das possibilidades que tenha para falar;
 - sente que tem que tentar fazer diferente, para não ficar quieto;
- d) **Inferência/Qualificação**
- só às vezes, tem acontecido, que ele não esteja de acordo com as orientações, o que depende da situação da consulta. Isto, de acordo com ele, determina as possibilidades de participação, "se a gente está calma a gente vai falar". Por outro lado, destaca o seguinte: "o profissional aceita a discussão quando ele acha que está certa... de acordo com o seu ponto de vista ou então ele desliga".;
 - a opinião fundamenta uma conduta do usuário que questiona e reclama seu direito de ser escutado, respeitado e educado em saúde, num ambiente aberto ao diálogo. Ele refere que: "se na hora a gente está nervosa... a gente não vai falar... se a gente está calma a gente vai falar... eu vou até discutir, e eu vou falar algumas coisas para ele". Pode-se perceber que as características da comunicação apresentam, neste caso, aspectos próprios de uma prática autoritária e paternalista. O usuário adverte que "o profissional aceita a discussão quando ele acha que está certa... de acordo com o seu ponto de vista, ou então ele desliga também, isto é, como um jogo... porque a situação vai depender das possibilidades de falar";
 - a comunicação unidirecional e coercitiva que surge da conduta profissional, determina sua falta de confiança para estabelecer o diálogo e dá conta de uma atenção, que não responde às suas características e necessidades individuais. Assinala que em condições favoráveis, "eu vou falar algumas coisas para ele... a gente às vezes fica quieto... e não dá para fazer o contrário... mas tem que tentar". Desta forma, ele se coloca numa atitude ativa, reclamando seu direito de participar.
- 9.- O profissional da saúde pede sua ajuda e participação no momento de orientar-lhe, e dar-lhe explicações?.
- a) **Normalização**
- a gente escuta, eles falam;
 - eles não apresentam outra alternativa, então fazer o que;
 - a gente está acostumada assim;
 - eu não gostaria de mudar;

- b) **Inventário de categorias de base**
- a gente escuta, eles falam;
 - eles não apresentam outra alternativa, então fazer o que!;
 - * a gente está acostumada assim;
 - * eu não gostaria de mudar;
- c) **Reagrupamento semântico**
- a participação é passiva, ele escuta, os profissionais falam;
 - reconhece que não existe outra alternativa e está acostumado assim, por isso ele aceita como está;
- d) **Inferência/Qualificação**
- ela assinala uma atenção passiva, na qual "a gente escuta e eles falam"; os profissionais não apresentam outra alternativa;
 - a atenção paternalista e autoritária, centrada no profissional, se manifesta numa situação de só escutar. O que determina uma passividade, frente à instância educativa durante a atenção em saúde. Isto se vê favorecido, por uma prática sem intencionalidade, desmotivadora que não respeita os direitos do usuário;
 - a participação passiva, significa aceitar o que lhe é oferecido, dado que os profissionais "não apresentam outra alternativa". Esta situação, leva-a a não querer mudar e pensar que "a gente está acostumada assim", colocando-se assim, numa postura de absoluta passividade.
- 10.- Você aceita as orientações e explicações que lhe foram dadas?.
- a) **Normalização**
- eu só às vezes aceito as orientações;
 - se a gente acha que está certo, aceita;
 - se a gente acha que está errado a gente vai fazer uma nova pergunta, para poder entender;
 - a gente vai fazer o que acha que está mais certo e se desliga da orientação entregue;
- b) **Inventário de categorias de base**
- eu só às vezes aceito as orientações;
 - * se a gente acha que está certo, aceita;
 - * a gente vai fazer o que acha que está mais certo e se desliga da orientação;
 - se a gente acha que está errado a gente vai fazer uma nova pergunta, para poder entender;
- c) **Reagrupamento semântico**
- ela aceita as orientações, só às vezes, quando acha que está certa;
 - se a orientação não está clara, faz só aquilo que acha que é certo para ela;
- d) **Inferência/Qualificação**
- aceita, só às vezes as orientações; reconhece que senão concorda, "a gente vai fazer o que acha que está mais certo";
 - ela se questiona pelo fato de aceitar as orientações; a consequência disso, é que se não é convincente, "se desliga da orientação entregue", ou seja, decide fazer só aquilo que pode, de acordo com as suas necessidades, desafiando o autoritarismo e paternalismo profissional.
 - sua conduta manifesta a necessidade de ter a possibilidade de praticar sua autonomia e liberdade e de receber uma orientação consistente, sem questionamento, para agir de forma segura.

ENTREVISTA Nº17

Dados de Identificação:

- 30 anos
- sexo feminino
- dona de casa
- escolaridade: 8ª série

3.- Se alguma vez, o/a Sr.(a), recebeu essas orientações sobre a sua saúde, a pessoa que as deu, perguntou a você antes, se as desejava receber?

- a) **Normalização**
- os profissionais espontaneamente não perguntam;
 - eles (profissionais) vão orientando conforme passa a consulta;
 - eles (profissionais) orientam de acordo com o que eles consideram que é bom para a gente;
- b) **Inventário de categorias de base**
- os profissionais espontaneamente não perguntam;
 - eles (profissionais) vão orientando conforme passa a consulta
 - eles orientam de acordo com o que eles consideram que é bom para a gente;

- c) **Reagrupamento semântico**
- ela considera que os profissionais não lhe perguntam;
 - ela afirma que os profissionais orientam de acordo com o que eles consideram necessário;
- d) **Inferência/Qualificação**
- ela identifica que os profissionais não perguntam espontaneamente sobre o desejo de receber orientações, porque "eles vão orientando conforme passa a consulta... decidindo, o que consideram que é bom para a gente". Direcionando desta forma, a orientação só sob o seu ponto de vista;
 - a conduta do profissional evitativa, coercitiva, traz como resultado, o predomínio do saber do profissional sobre as suas verdadeiras necessidades. Favorecendo assim, uma prática predominantemente paternalista e autoritária, que inibe o exercício de perguntar, a autonomia e a possibilidade de experimentar a sua liberdade;
 - a conduta do profissional significa para ela, ficar com dúvidas e sentir inibido o direito de perguntar. Enfrentando-se às condições desfavoráveis, num ambiente paternalista e autoritário, que impede a manifestação da expressão da sua vontade.
- 4.- Caso não tenham lhe perguntado antes, se desejava receber essas orientações ou explicações, isso lhe desagradou? Como gostaria que fosse?
- a) **Normalização**
- quando os profissionais não perguntam, não me desagradou
 - mas seria interessante que eles (os profissionais) perguntassem;
 - eu gostaria que me perguntassem;
 - eles (os profissionais) devem dar a oportunidade de participar, de perguntar, ser mais abertos, assim a gente se sente mais segura;
 - a gente também deve tentar ser mais ativa;
- b) **Inventário de categorias de base**
- quando os profissionais não perguntam, não me desagradou;
 - mas seria interessante que eles (os profissionais) perguntassem;
 - * eu gostaria que me perguntassem;
 - eles (os profissionais) devem dar a oportunidade de participar, de perguntar, ser mais abertos, assim a gente se sente mais segura;
 - a gente também deve tentar ser mais ativa;
- c) **Reagrupamento semântico**
- não lhe desagrada que os profissionais não perguntem;
 - ela gosta que lhe perguntem;
 - ela considera que os profissionais, devem dar a oportunidade de participar e de perguntar, ser mais abertos, isso lhe dá segurança;
 - ela sente que também deve ser mais ativa;
- d) **Inferência/Qualificação**
- ela não sente desagrado, quando os profissionais não lhe perguntam antes, se deseja receber orientações ou explicações. Revela que "seria interessante se eles perguntassem". Identifica nesta conduta, a possibilidade de sentir "vontade de perguntar, eles devem dar a oportunidade de participar, de perguntar, ser mais abertos... assim a gente se sente mais segura... a gente também deve tentar ser mais ativa". Apresenta uma conduta de aceitação frente ao fato de que não lhe perguntem e por outro lado, se interessa em que lhe perguntem, argumentando aspectos positivos dessa possibilidade;
 - a prática autoritária e paternalista demonstrada pelos profissionais, desrespeita e inibe a sua autonomia, sua liberdade, seu exercício de perguntar, sua participação e seu direito de receber uma educação em saúde intencionada. Favorece por sua vez, a aparição de condutas passivas e inseguras, junto a uma sensação de desconfiança e insatisfação;
 - ela expressa que "seria interessante se eles perguntassem". Isto significaria, para ela, sentir-se animada para perguntar, "mais segura... e mais ativa". Adverte, desta forma, a necessidade de ter uma prática respeitosa que considere seu direito: de ser educada, de ser escutada, a uma prática educativa com intencionalidade. Sente a falta de orientações em saúde que lhe dêem segurança e lhe permitam participar.
- 5.- Quando as pessoas dão essas orientações, deixam você à vontade, concedendo tempo para fazer perguntas ou tirar dúvidas?
- a) **Normalização**
- os profissionais, dão tempo para fazer perguntas ou tirar dúvidas;
- b) **Inventário de categorias de base**
- idem á normalização;
- c) **Reagrupamento semântico**
- ela percebe que os profissionais, lhe concedem tempo para fazer perguntas ou tirar dúvidas;
- d) **Inferência/Qualificação**
- ela afirma que os profissionais lhe concedem tempo para fazer perguntas ou tirar dúvidas. Mas isto se contradiz com a resposta anterior, na qual ela reclama a possibilidade de participar e de perguntar;

• a consequência de uma atenção já identificada, autoritária e paternalista, denota nesta resposta, ambigüidade e incongruência. Ela expõe situações tais como: "espontaneamente não perguntam... orientam de acordo com o que eles consideram que é bom... eles devem dar a oportunidade de participar, de perguntar, ser mais abertos... assim a gente se sente mais segura". Sua percepção, de que "dão tempo", se aproxima mais, a uma resposta de aceitação e de falta de consciência de seus direitos;

• a conduta profissional lhe transmite um certo grau de ambigüidade, reclama seus direitos em respostas anteriores. Inclusive refere-se à necessidade de que "deve tentar ser mais ativo"; e finalmente, aceita a situação sem questioná-la.

6.- Caso concedam ao/a Sr.(a) essa oportunidade, escutam suas perguntas e lhe concedem tempo para tirar suas dúvidas?

a) **Normalização**

• sempre eles (os profissionais) escutam;

b) **Inventário de categorias de base**

• idem à normalização;

c) **Reagrupamento semântico**

• ela acha que os profissionais, sempre a escutam;

d) **Inferência/Qualificação**

• acredita que os profissionais, "sempre escutam" suas perguntas. Esta situação, aparentemente favorável, não é congruente com respostas anteriores;

• em respostas anteriores, ela coloca que os profissionais lhe "dão tempo... não desagrada que não lhe perguntem". Expressando também que "seria interessante se eles perguntassem", pois isso, lhe significaria, sentir-se animada a perguntar, "mais segura... e mais ativa", advertindo desta forma, a necessidade de ter uma prática respeitosa que considere seu direito: de ser educada, de ser escutada, a uma prática educativa com intencionalidade. Sente a falta de orientações em saúde que lhe dêem segurança e lhe permitam participar. Pode-se então afirmar, que a disposição dos profissionais para escutar não está sempre presente, ao contrário, reafirma uma conduta autoritária e paternalista, que leva a limitar a autonomia e a liberdade;

• ela assume uma postura de aceitação, na qual faz consciente sua necessidade de ser levada em conta e de satisfazer suas necessidades na educação em saúde, assumindo "que deve tentar ser mais ativa".

7.- Você tem sentido, que as orientações que lhe foram dadas vão ao encontro do que você pensa ou quer?. O que você pensa disso?.

a) **Normalização**

- as orientações dadas encaixam, com minha forma de pensar, ou querer;
- eu acho que os profissionais são os que sabem;
- a gente precisa da sua opinião;
- o que eles ensinam têm um fundamento que a gente não tem, e tem que aceitar;
- as decisões da saúde da gente devem ser tomadas pelos profissionais;
- eu acredito neles (os profissionais);
- a gente não tem argumentos para discutir a opinião, especialmente a do médico;

b) **Inventário de categorias de base**

- as orientações dadas encaixam, com minha forma de pensar ou querer;
- eu acho que os profissionais são os que sabem;
- * o que eles ensinam têm um fundamento que a gente não tem, e tem que aceitar;
- * a gente não tem argumentos para discutir a opinião, especialmente a do médico;
- * a gente precisa da sua opinião;
- as decisões da saúde da gente devem ser tomadas pelos profissionais;
- eu acredito neles (os profissionais);

c) **Reagrupamento semântico**

- ela acha que as orientações dadas encaixam com sua forma de pensar ou querer;
- ela reconhece que os profissionais têm o fundamento, eles sabem, sua opinião é importante e não pode ser discutida, especialmente a do médico;
- ela acredita que os profissionais são os que devem tomar as decisões em saúde;

d) **Inferência/Qualificação**

• as orientações que lhe foram dadas, sempre combinam com sua forma de pensar, porque acha "que os profissionais são os que sabem, a gente precisa da sua opinião... o que eles ensinam têm um fundamento que a gente não tem... então, tem que aceitar";

• considerando, suas apreciações anteriores, em geral ela mantém uma postura de aceitação e de rechaço. Ela percebe, por um lado, "que os profissionais lhe dão tempo e escutam, não sente desagrado caso não lhe perguntem e aceita que os profissionais decidam o que orientar". Mostra uma postura de total passividade ao, assinalar que "os profissionais são os que sabem, a gente precisa da sua opinião... o que eles ensinam têm um fundamento que a gente não tem... então, tem que aceitar (...),...a gente não tem argumentos para discutir a opinião, especialmente a do médico". Contrária a tudo isso, gostaria por outro lado, que lhe perguntassem, que lhe dessem "a oportunidade de participar", e espera profissionais "mais abertos", porque assim a

gente se sente mais segura. Então, sua resposta se coloca melhor, num estado intermediário, numa situação de autoritarismo e paternalismo;

• apesar de expor uma educação em saúde deficitária, assinala "não ter argumentos para discutir a opinião especialmente a do médico". Esta postura expressa uma falta de questionamento de sua parte, denotando uma conduta passiva e de aceitação. Por outro lado, espera uma mudança; o que significa, reclamar implicitamente, seu direito de participar, dar opiniões, ter uma educação em saúde, com intencionalidade, que lhe dê mais segurança.

8.- Se o/a Sr(a) não está de acordo com a orientação, os profissionais respeitam sua opinião e lhe concedem tempo suficiente para explicar suas razões?

a) **Normalização**

- não tem acontecido que eu não esteja de acordo com a orientação;
- eu acho que se acontecesse, do jeito que eles são, não sei se aceitariam;
- é difícil que a gente arrume argumentos para não aceitar o que eles dizem;
- eu não tenho certeza se eles respeitariam a opinião ou se dariam tempo para explicar as razões;

b) **Inventário de categorias de base**

- não tem acontecido que eu não esteja de acordo com a orientação;
- * é difícil que a gente arrume argumentos para não aceitar o que eles dizem;
- eu não tenho certeza se eles respeitariam a opinião ou se dariam tempo para explicar razões
- * eu acho que se acontecesse, do jeito que eles são, não sei se aceitariam;

c) **Reagrupamento semântico**

- ela concorda com a orientação, pensa que é difícil ter argumentos para não acreditar naquilo que os profissionais dizem;
- ela não tem certeza se eles respeitariam a opinião ou se dariam tempo para explicar as razões;

d) **Inferência/Qualificação**

- não tem acontecido que os profissionais respeitem uma diferença de opinião; expressa que se acontecesse, "do jeito que eles são"... não sabe se aceitariam, nem "se dariam tempo para explicar as razões";

• sua opinião denota uma comunicação unidirecional e coercitiva. Em relação a que respeitem uma diferença de opinião, diz: "do jeito que eles são... não sei se aceitariam (...), é difícil que a gente arrume argumentos para não aceitar o que eles dizem". Isto fundamenta uma conduta autoritária e paternalista da parte dos profissionais, o que lhe faz pensar que não tem "certeza se eles respeitariam a opinião ou se dariam tempo para explicar as razões". Em relação a esta última expressão, pode-se identificar, a falta de vivências e de oportunidades, o que revela uma forma de desrespeito pela sua dignidade.

• as características da atenção, profissional determinam sua falta de confiança para estabelecer o diálogo, e da conta de uma atenção, que não responde às suas características e necessidades individuais. As orientações são feitas de forma impessoal, não favorecendo ao exercício de perguntar e inibindo o livre direito de emitir uma opinião.

9.- O profissional da saúde pede sua ajuda e participação no momento de orientar-lhe, e dar-lhe explicações?.

a) **Normalização**

- minha participação, consiste só em escutar;
- eu acho que está bem assim, não precisa ser de outra forma;
- eles (os profissionais) respondem minhas perguntas;

b) **Inventário de categorias de base**

- minha participação, consiste só em escutar;
- * eu acho que está bem assim, não precisa ser de outra forma;
- eles (os profissionais) respondem minhas perguntas;

c) **Reagrupamento semântico**

- ela acha que sua participação consiste só em escutar, que está bem assim, porque os profissionais são os que sabem ;
- afirma que os profissionais respondem as suas perguntas;

d) **Inferência/Qualificação**

- ela assinala uma atenção passiva, que "consiste só em escutar". Aceita desse jeito, porque sente que os profissionais respondem suas perguntas;

• em respostas anteriores ela já se mostrou aceitando as condutas paternalistas e autoritárias dos profissionais. Desta forma, diz encontrar as respostas, isto é, não tem consciência da sua autonomia e das suas possibilidades de manifestar uma conduta, na qual tome sua própria decisão;

• a participação passiva, significa aceitar o que se lhe é oferecido sem questionar-se. Acrescenta que "não precisa ser de outra forma", encontrando-se satisfeita, porque respondem suas perguntas.

10.- Você aceita as orientações e explicações que lhe foram dadas?.

a) **Normalização**

- eu sempre aceito as orientações e explicações que me foram dadas;
- eu acredito, plenamente, na palavra dos profissionais, especialmente na fala dos especialistas;

- b) **Inventário de categorias de base**
 • idem à normalização;
- c) **Reagrupamento semântico**
 • ela sempre aceita as orientações e explicações que lhe foram dadas,
 • ela acredita plenamente na palavra dos profissionais, principalmente na fala dos especialistas;
- d) **Inferência/Qualificação**
 • sempre aceita as orientações, porque "acredito plenamente na palavra dos profissionais, especialmente na fala dos especialistas";
 • ao aceitar as orientações ou explicações na hora da consulta, porque acredita na palavra dos profissionais, implica tomar de forma absoluta a autoridade e paternalismo dos mesmos. Isto confirma as condutas passivas manifestadas por ela, em respostas anteriores, as quais refletem a falta de oportunidades, para praticar sua autonomia e liberdade;
 • a conduta de aceitação, significa manter a postura passiva, a que favorece a prática autoritária e paternalista, a qual impõe seu ponto de vista, sobre suas necessidades.

ENTREVISTA Nº18

Dados de Identificação:

- 26 anos
- sexo masculino
- ocupação: segurança
- escolaridade: 1ª série

3.- Se alguma vez o/a Sr.(a) recebeu essas orientações sobre a sua saúde, a pessoa que as deu, perguntou a você antes, se as desejava receber?

- a) **Normalização**
 • eles (os profissionais) não perguntam sobre o desejo de receber orientações;
 • eles (os profissionais) decidem o que orientar;
 • eles (os profissionais) orientam em relação às moléstias que a gente tem;
 • não tem acontecido que eles se preocupem em perguntar antes;
 • a gente está acostumada assim;
- b) **Inventário de categorias de base**
 • eles (os profissionais) não perguntam sobre o desejo de receber orientações;
 * não tem acontecido que eles se preocupem em perguntar antes;
 • eles (os profissionais) decidem o que orientar;
 * eles (os profissionais) orientam em relação às moléstias que a gente tem;
 * a gente está acostumada assim;
- c) **Reagrupamento semântico**
 • ele percebe que os profissionais não perguntam sobre o desejo de receber orientações;
 • ele acredita que está acostumado, que os profissionais decidam o que orientar;
- d) **Inferência/Qualificação**
 • os profissionais não perguntam, porque se centram em seu conhecimento, em seu saber, "eles decidem o que educar"; limitando a orientação só "às moléstias que a gente tem". Demonstra assim, uma atitude de passividade e de aceitação ao reconhecer que "a gente está acostumada assim";
 • os profissionais decidirem o que orientar, tem como efeito a manifestação de uma conduta autoritária, paternalista e também coercitiva, dado que controla e limita a orientação só às moléstias do momento. Por outro lado, predomina seu conhecimento, sobre as necessidades do usuário. Isto favorece uma prática educativa em saúde, que inibe o exercício de perguntar e fomenta a passividade, a falta de autonomia e gera a impossibilidade de experimentar a liberdade, frente à tomada de decisões;
 • a conduta do profissional significa para o usuário, ficar com dúvidas, num ambiente autoritário, paternalista e com condições desfavoráveis, para satisfazer as suas necessidades, em relação às orientações em saúde. Limitando desta forma, sua liberdade para tomar decisões e colocar em prática sua autonomia.
- 4.- Caso não tenham lhe perguntado antes, se desejava receber essas orientações ou explicações, isso lhe desagradou? Como gostaria que fosse?
- a) **Normalização**
 • quando os profissionais não orientam, não desagrada;
 • eu acho que seria melhor se eles perguntassem o que a gente quer, e depois eles orientassem;
 • a gente tem que sentir que também pode intervir;
 • os profissionais se motivariam a perguntar;

- b) **Inventário de categorias de base**
- quando os profissionais não orientam, não desagrada
 - eu acho que seria melhor se eles perguntassem o que a gente quer, e depois eles orientassem;
 - a gente tem que sentir que também pode intervir
 - * os profissionais se motivariam a perguntar;
- c) **Reagrupamento semântico**
- ele acredita que quando os profissionais não orientam, não desagrada;
 - ele acha que é melhor que os profissionais perguntem e escutem, o que cada um quer;
 - ele sente a necessidade de intervir, para facilitar e motivar os profissionais a perguntar;
- d) **Inferência/Qualificação**
- ele não sente desagrado, quando os profissionais não lhe perguntam antes, se deseja receber orientações ou explicações. Assinala "que seria melhor se eles perguntassem o que a gente quer... e depois eles orientassem". Percebe a necessidade de "que a gente sinta que também pode intervir... assim os profissionais se motivariam a perguntar". Apresenta-se assim, uma dicotomia entre não sentir-se desagrado por não ser consultado previamente e o desejo de ser perguntado. No primeiro caso, pode dever-se a que sempre recebeu orientações em condições pouco favoráveis. No segundo caso, ele faz notar os benefícios de uma mudança;
 - a prática autoritária e paternalista, identificada nos profissionais, desrespeita e inibe a sua autonomia, a sua liberdade e seu direito de ser educado, tendo como consequência, a aparição de dúvidas, a inibição do direito de perguntar e de participar. Os profissionais centrados em seu saber, não oferecem as possibilidades de uma educação em saúde, que se desenvolva num ambiente aberto e dialógico;
 - ele afirma "que seria melhor se eles perguntassem o que a gente quer... e depois eles orientassem". Reclama assim, a sua possibilidade de emitir uma opinião e de decidir sobre a sua saúde. Destaca a necessidade de "que a gente sinta que também pode intervir... assim os profissionais se motivariam a perguntar". Isto quer dizer, que à medida que ele consiga falar e participar, estará também incentivando a comunicação com o profissional. Demanda por sua vez, uma prática respeitosa que considere seu direito: de ser educado, de ser escutado, a uma prática educativa com intencionalidade.
- 5.- Quando as pessoas dão essas orientações, deixam você à vontade, concedendo tempo para fazer perguntas ou tirar dúvidas?
- a) **Normalização**
- eu acho que só as vezes, os profissionais, me deixam tempo para fazer perguntas ou tirar dúvidas;
 - eu puxo as perguntas e insisto em perguntar;
- b) **Inventário de categorias de base**
- idem à normalização;
- c) **Reagrupamento semântico**
- ele adverte que só as vezes, os profissionais, lhe deixam tempo para fazer perguntas ou tirar dúvidas;
 - ele tenta e insiste em perguntar;
- d) **Inferência/Qualificação**
- quando os profissionais orientam, só às vezes, dão tempo para fazer perguntas ou tirar dúvidas, eles devem insistir em perguntar;
 - as características apontadas na resposta, colocam outro fator favorecedor da atenção autoritária e paternalista, já assinalada anteriormente. Suas consequências seguem sendo uma declaração a falta de respeito pelo usuário e a inibição de sua autonomia e liberdade;
 - a prática profissional assinalada, lhe impossibilita, perguntar, dialogar e ser educado em saúde. Ele destaca "eu puxo as perguntas e insisto em perguntar". No mesmo caso da análise da resposta anterior, pode-se identificar sua necessidade de uma prática respeitosa que considere seu direito: de ser educado, de ser escutado, a uma prática educativa com intencionalidade.
- 6.- Caso concedam ao/a Sr.(a) essa oportunidade, escutam suas perguntas e lhe concedem tempo para tirar suas dúvidas?
- a) **Normalização**
- sempre eles (os profissionais) escutam;
- b) **Inventário de categorias de base**
- idem à normalização;
- c) **Reagrupamento semântico**
- ele acredita que os profissionais sempre escutam suas perguntas;
- d) **Inferência/Qualificação**
- acredita que os profissionais "escutam suas perguntas". Isto aparece como uma situação, aparentemente sem problemas, no entanto é contraditória com respostas anteriores;
 - a afirmação de respostas anteriores "eu puxo as perguntas e insisto em perguntar... eles decidem o que orientar", leva a compreender, que a disposição para escutar não está sempre presente. Elas reafirmam a conduta autoritária e paternalista, já identificada, cujas consequências, são a inibição da autonomia e da liberdade;

• ele assume uma postura de aceitação, mas destaca anteriormente a necessidade de "que a gente sinta que também pode intervir... assim os profissionais se motivariam a perguntar". Percebendo assim, que se ele e outros tivessem a oportunidade de participar, poderiam melhorar a comunicação com o profissional. Isto faz com que demande, uma prática que considere seu direito: ao diálogo, de ser escutado, a uma prática educativa com intencionalidade, ao exercício da autonomia e à liberdade para atuar.

7.- Você tem sentido, que as orientações que lhe foram dadas vão ao encontro do que você pensa ou quer?. O que você pensa disso?.

a) **Normalização**

eu acho que sim, combina, não tem acontecido o contrário, pelo menos até agora;

b) **Inventário de categorias de base**

• idem à normalização;

c) **Reagrupamento semântico**

• ela adverte que as orientações que lhe foram dadas vão ao encontro do que pensa ou quer;

d) **Inferência/Qualificação**

• Eu acho que sim, combina, não tem acontecido o contrário... pelo menos até agora, as orientações que lhe foram dadas, concordam com sua forma de pensar, porque acha que "não tem acontecido o contrário";

• considerando suas apreciações anteriores, em geral ela mostra uma postura de aceitação e de rechaço. Por um lado, sente que os profissionais, - às vezes lhe dão tempo, sempre lhe escutam, não sente desagrado senão lhe perguntam e aceita que os profissionais decidam o que orientar -. Por outro lado, contrária a tudo isso, - sente a necessidade de intervir, e insiste em perguntar para não ficar com dúvidas - Então sua resposta se coloca melhor num estado intermediário, numa situação de aceitação e rechaço ao autoritarismo e paternalismo, dos profissionais;

• esta situação intermediária, significa e implica uma falta de questionamento da sua parte; a respeito das orientações em saúde, denotando uma conduta passiva e de aceitação. No entanto, ela espera uma mudança. O que significa, que reclama implicitamente, seu direito de participar, de opinar, de ter uma educação em saúde, com intencionalidade, que lhe dê mais segurança.

8.- Se o/a Sr(a) não está de acordo com a orientação, os profissionais respeitam sua opinião e lhe concedem tempo suficiente para explicar suas razões?

a) **Normalização**

• as orientações tem haver com minha forma de pensar;

• eu não tenho diferenças de opinião com os profissionais;

• se chegasse a acontecer alguma diferença de opinião, não sei se eles respeitariam e se dessem tempo para explicar;

b) **Inventário de categorias de base**

• eu não tenho diferenças de opinião com os profissionais;

* as orientações tem haver com minha forma de pensar;

• se chegasse a acontecer alguma diferença de opinião, não sei se eles respeitariam e se dessem tempo para explicar;

c) **Reagrupamento semântico**

• acha que não tem diferenças de opinião com os profissionais;

• ele não sabe se frente a alguma diferença de opinião, os profissionais respeitariam e dariam tempo para explicar;

d) **Inferência/Qualificação**

• não tem acontecido que os profissionais respeitem uma diferença de opinião; porque "as orientações tem haver com minha forma de pensar". Desconhece, se respeitariam e dariam tempo para explicar";

• a conduta profissional demonstra uma comunicação unidirecional e coercitiva. Isto fundamenta, o autoritarismo e paternalismo, o que lhe faz sentir que se chegasse a acontecer alguma diferença de opinião, não sabe se lhe respeitariam e dariam tempo para explicar;

• as características dos profissionais determinam sua falta de confiança para estabelecer o diálogo, assinalando uma atenção que não dá resposta às suas características e necessidades individuais. As orientações são feitas de uma maneira impessoal, não favorecendo o exercício de perguntar, inibindo o livre direito de emitir uma opinião.

9.- O profissional da saúde pede sua ajuda e participação no momento de orientar-lhe, e dar-lhe explicações?.

a) **Normalização**

• só às vezes eles pedem ajudar para participar;

• em geral eles falam, eu escuto;

• alguns (profissionais) deixam interromper para tirar dúvidas, outros não;

• a gente se acomoda, não molesta, está bem assim;

• não existe outro jeito;

- b) **Inventário de categorias de base**
- só às vezes, eles pedem ajuda para participar;
 - em geral eles falam, eu escuto;
 - alguns (profissionais) deixam interromper para tirar dúvidas, outros não;
 - * a gente se acomoda, não molesta, está bem assim;
 - não existe outro jeito;
- c) **Reagrupamento semântico**
- os profissionais, só às vezes, pedem ajudar para participar; porque em geral, eles falam eu escuto;
 - os profissionais, falam e eu escuto, só alguns deixam interromper para tirar dúvidas;
- d) **Inferência/Qualificação**
- ela assinala uma atenção passiva, porque só às vezes, os profissionais pedem ajuda para participar, "em geral, eles falam, eu escuto";
 - a postura profissional, paternalista e autoritária, favorece uma atitude passiva, a que tem como consequência, a manifestação de uma conduta de aceitação, frente às características da atenção; sem questionar-se, a inibição da sua autonomia e da sua liberdade;
 - a participação passiva, significa aceitar o que se lhe oferece, acreditando que: "a gente se acomoda... não molesta, está bem assim... não existe outro jeito". Reafirmando aqui, sua postura de que o profissional decida por ela.
- 10.- Você aceita as orientações e explicações que lhe foram dadas?.
- a) **Normalização**
- eu sempre aceito as orientações;
 - eu não questiono o que eles (os profissionais) falam;
 - tudo o que eles (os profissionais) falam e orientam, para a gente está bem, faz bem para saúde;
- b) **Inventário de categorias de base**
- eu sempre aceito as orientações;
 - eu não questiono o que eles (os profissionais) falam;
 - * tudo o que eles (os profissionais) falam e orientam, para a gente está bem, faz bem para a saúde;
- c) **Reagrupamento semântico**
- ele sempre aceita as orientações;
 - não questiona o que os profissionais falam, encontra que eles estão certos;
- d) **Inferência/Qualificação**
- sempre aceita as orientações entregues pelos profissionais, porque diz: "eu não questiono o que eles falam";
 - a postura de não questionar o que os profissionais falam, lhe faz tomar de forma absolutas a autoridade e paternalismo. Argumenta que: "tudo o que eles falam e orientam para a gente está bem, faz bem para a gente... para a saúde da gente". Este último, pode significar, uma conduta profissional favorável; mas considerando as condutas passivas manifestadas por ele, em respostas anteriores, pode-se afirmar que confirmam, sua falta de oportunidades para praticar sua autonomia e liberdade;
 - a conduta de aceitação, significa, manter a postura passiva, a que favorece a prática autoritária e paternalista, a qual impõe seu ponto de vista, sobre suas necessidades. Sem deixar a possibilidade, de expor sua livre vontade de decidir.

ENTREVISTA Nº19

Dados de Identificação:

- 60 anos
- sexo feminino
- dona de casa
- escolaridade: 5ª série

- 3.- Se alguma vez o/a Sr.(a) recebeu essas orientações sobre a sua saúde, a pessoa que as deu, perguntou a você antes, se as desejava receber?
- a) **Normalização**
- os profissionais, espontaneamente, não perguntam sobre o desejo de receber as orientações;
 - eles (os profissionais) decidem o que orientar;
 - a gente tem que perguntar, é ruim ficar com dúvidas;
 - eu não fico tranquila, até que eles respondam minhas dúvidas;
- b) **Inventário das categorias de base**
- eles (os profissionais) não perguntam, decidem que orientar;
 - * os profissionais, se centram no concreto, orientam de acordo com o que eles consideram necessário;
 - a gente tem que perguntar, não ficar com dúvidas;

- c) **Reagrupamento semântico**
- os profissionais não perguntam; decidem que orientar;
 - ela pergunta, não gosta de ficar com dúvidas;
- d) **Inferência/Qualificação**
- ela identifica que os profissionais, só as vezes perguntam sobre o desejo de receber orientações, porque "eles só se centram na coisa específica que a gente está sentindo nesse momento... muito em concreto... eles decidem". Predominando desta forma, somente o ponto de vista profissional, de acordo com o que consideram necessário; mas ela faz notar sua característica pessoal de perguntar, "é ruim ficar com dúvidas";
 - a conduta do profissional traz como resultado, o alerta dela para enfrentar a conduta paternalista do profissional, o qual consiste em buscar o caminho para satisfazer as suas verdadeiras necessidades, reclamando seu direito de autonomia e a possibilidade de experimentar a sua liberdade;
 - a conduta do profissional significa para ela: ser mais ativa para não ficar com dúvidas, ou seja, reclamar e fazer valer seu direito de perguntar e envolver em sua opinião também a outros, "a gente tem que perguntar... e insistir... senão fica com dúvidas... é ruim ficar com dúvidas... eu não fico tranquila.. viu!!.. até que eles contestam". Reclama e faz efetivo seu direito de participar, como uma maneira de satisfazer as suas necessidades. Desta forma, tenta colocar sua opinião, num ambiente em que não favorece espontaneamente, dita alternativa.
- 4.- Caso não tenham lhe perguntado antes se desejava receber essas orientações ou explicações, isso lhe desagradou? Como gostaria que fosse?
- a) **Normalização**
- quando eles (os profissionais) não orientam, não desagrada;
 - a gente tem que perguntar;
 - eu faço muitas perguntas;
 - eu gosto de saber tudo o que é necessário, o porque das coisas;
 - eles deixam perguntar;
 - as respostas dos profissionais, as vezes não são tão completas, nem tão boas;
 - a gente tem direito de mudar de profissional;
- b) **Inventário das categorias de base**
- quando eles (os profissionais) não orientam, não desagrada;
 - a gente tem que perguntar;
 - * eu faço muitas perguntas;
 - * gosto de saber tudo o que é necessário, o porque das coisas;
 - * eles deixam perguntar;
 - as respostas dos profissionais, às vezes, não são tão completas, nem tão boas;
 - a gente tem direito de mudar de profissional;
- c) **Reagrupamento semântico**
- não desagrada que os profissionais não orientem;
 - ela gosta de perguntar para saber o porque das coisas;
 - às vezes as respostas, não são tão completas, nem tão boas;
 - a gente tem o direito de mudar de profissional;
- d) **Inferência/Qualificação**
- ela não sente desagrado, quando os profissionais não lhe perguntam antes, se deseja receber orientações ou explicações. Justifica sua conduta, pelo fato de ser uma pessoa ativa e refere que: "faço muitas perguntas... porque eu gosto de saber o que eu vou tomar.. saber efeitos colaterais... eu gosto que me perguntem" Reconhece que os profissionais lhe deixam perguntar, e quando, "as respostas não são tão completas, nem tão boas... então se é preciso, eu mudo de profissional... a gente tem direito";
 - ela busca a forma de satisfazer suas necessidades educativas, mantendo uma postura ativa. Embora a prática profissional seja autoritária e paternalista, ela não se deixa ameaçar e busca a forma de praticar, sua autonomia e liberdade;
 - a conduta ativa e comprometida com a sua saúde, lhe faz obter benefícios, satisfazendo as suas necessidades. Numa prática educativa que se apresenta sem intencionalidade, ela consegue impor seus direitos, "eu gosto que me perguntem, gosto de perguntar tudo o que for necessário, o porque das coisas... busco o espaço". Isto é, abre a sua possibilidade e se isso não for possível, porque "às vezes é mais difícil... e as respostas não são tão completas, nem tão boas... então se é preciso, eu mudo de profissional... a gente tem direito".
- 5.- Quando as pessoas dão essas orientações, deixam você à vontade, concedendo tempo para fazer perguntas ou tirar dúvidas?
- a) **Normalização**
- eu busco a possibilidade, tento buscar respostas as minhas dúvidas;
 - eu não gosto de dúvidas, busco as respostas, tento dialogar;
 - tem me ajudado muito (buscar as respostas, tentar dialogar), sei que para as outras pessoas a coisa é mais complicada;
- b) **Inventário das categorias de base**
- eu tento buscar respostas para minhas dúvidas;
 - * eu busco a possibilidade

- * eu não gosto de dúvidas; busco as respostas
- * tentar dialogar, tem me ajudado muito;

c) **Reagrupamento semântico**

- ela busca respostas às dúvidas, tenta dialogar, não gosta de ficar com dúvidas;

d) **Inferência/Qualificação**

- quando os profissionais orientam, só às vezes, dão tempo para fazer perguntas ou tirar dúvidas. Ela busca as possibilidades de encontrar respostas "isso é já uma coisa minha";
- os profissionais mantêm uma atenção autoritária e paternalista. Ela combate esta situação, demonstrando um grande interesse em participar, em reclamar seus direitos de diálogo e de ouvir respostas oportunas;
- a prática profissional não impede sua participação. Enfatiza seus esforços por buscar a possibilidade de perguntar, "porque só às vezes me dão tempo; eu tento buscar respostas às minhas dúvidas.... eu não gosto de dúvidas.... eu busco as respostas... eu tento dialogar... isso é já uma coisa minha". Ela mesma faz notar, que isto corresponde a uma característica pessoal, tentando assim, tomar suas decisões em saúde e defendendo sua liberdade.

6.- Caso concedam ao/a Sr.(a) essa oportunidade, escutam suas perguntas e lhe concedem tempo para tirar suas dúvidas?

a) **Normalização**

- os profissionais, às vezes, escutam;

b) **Inventário de categorias de base**

- idem à normalização;

c) **Reagrupamento semântico**

- ela encontra que os profissionais, só às vezes escutam;

d) **Inferência/Qualificação**

- os profissionais, "só às vezes, escutam", as perguntas. Mas de acordo com as respostas anteriores, ela toma uma atitude ativa e sempre insiste em perguntar suas dúvidas;
- aparece aqui outra manifestação de uma prática autoritária e paternalista, demonstrando a falta de disponibilidade para escutar, negando assim o direito de perguntar e de dialogar, aspectos identificados em respostas anteriores. Somam-se então, as conseqüências já apontadas, na análise precedente, as que se podem resumir, numa inibição à autonomia e à liberdade;
- ela demonstra uma postura muito ativa e comprometida, assinalando em respostas anteriores que "eu sempre estou insistindo em perguntar minhas dúvidas". Reclamando desta forma, seu direito de ser escutada e seu direito a uma prática educativa com intencionalidade.

7.- Você tem sentido que as orientações que lhe foram dadas vão ao encontro do que você pensa ou quer?. O que você pensa disso?.

a) **Normalização**

- até hoje, tem acontecido só pequenas diferenças, que têm sido solucionadas;
- a gente não tem que aceitar tudo;
- os profissionais sabem, minha experiência também ajuda;
- a gente tem muito que dizer, só que eles têm o conhecimento;
- a gente troca experiências, assim tem que ser, acho que é mais fácil;

b) **Inventário das categorias de base**

- a gente não tem que aceitar tudo;
- * tem acontecido só pequenas diferenças, que têm sido solucionadas;
- os profissionais sabem, minha experiência também ajuda;
- * a gente tem muito que dizer, só que eles têm o conhecimento;
- * a gente troca experiências, assim tem que ser, acho que é mais fácil;

c) **Reagrupamento semântico**

- ela não aceita tudo, e acredita que as pequenas diferenças acontecidas têm sido solucionadas;
- reconhece o valor da sua experiência, junto ao conhecimento dos profissionais;

d) **Inferência/Qualificação**

- as orientações que lhe foram dadas concordam com sua forma de pensar. Ela afirma que "a gente não tem que aceitar tudo...os profissionais sabem...minha experiência também (...), a gente tem muito que dizer";
- sua opinião, em relação a que as orientações concordam só às vezes, com sua forma de pensar, está baseada, numa postura ativa que ela assume: "a gente não tem que aceitar tudo... os profissionais sabem... minha experiência também ajuda". Ela se coloca em todo momento, defendendo sua autonomia, o que lhe abre as possibilidades de participar livremente e decidir sobre sua saúde;
- a postura pessoal de defesa de seus direitos, significa para ela, fazer valer sua experiência, e colocar limites às orientações. "a gente não tem que aceitar tudo...os profissionais sabem... minha experiência também ajuda não é!". Valoriza antes de tudo,

seu conhecimento, reconhecendo a possibilidade de uma troca dele junto aos profissionais e acrescenta "assim tem que ser...eu acho que é mais fácil".

8.- Se a Sra. não está de acordo com a orientação, os profissionais respeitam sua opinião e lhe concedem tempo suficiente para explicar suas razões?

a) **Normalização**

- se eles respeitam a opinião como tal, não sei;
- até agora não tem acontecido, que eu não esteja de acordo com as orientações;
- eu pergunto frente às diferenças, e eles (os profissionais) respondem, não tenho problemas com isso;

b) **Inventário das categorias de base**

- idem à normalização;

c) **Reagrupamento semântico**

- ela desconhece se os profissionais respeitam a sua opinião e lhe concedem tempo para explicar suas razões;
- ela concorda com as orientações;
- ela, frente as diferenças de opinião pergunta, sente que não tem problemas com isso;

d) **Inferência/Qualificação**

- não sabe se os profissionais, respeitam uma diferença de opinião, porque em geral, ela concorda. Faz ressaltar que "frente as diferenças eu pergunto... e eles respondem (...). Eles não dão tempo suficiente para mim". Consegue desta forma, uma comunicação efetiva, tomando um papel ativo, frente a sua atenção;

• ela consegue comunicar-se, dada sua conduta ativa, a qual lhe permite intervir, participar e perguntar, embora, desconheça se os profissionais respeitam, como tal, suas diferenças de opinião. Dessa forma, busca um espaço, referindo que "eles dão tempo suficiente para mim". No entanto, seu desconhecimento em relação a não saber se respeitam uma diferença de opinião, leva a identificar, a falta de vivências e de oportunidades, o que revela, uma forma de desrespeito pela sua dignidade;

• a conduta profissional, demonstra explicitamente, uma abertura a sua fala, o que unido a suas características pessoais, favorecem à comunicação, satisfazendo suas necessidades. Implícitamente, não fica claro, que eles respeitem sua diferença de opinião.

9. - O profissional da saúde pede sua ajuda e participação no momento de orientar-lhe, e dar-lhe explicações?. Caso isso não ocorra, você gostaria de ajudar e participar?.

a) **Normalização**

- eu busco o momento de participar;
- eu não gosto de ficar só escutando, escutar é ruim;
- são poucos os profissionais que motivam;
- a gente tem que buscar a possibilidade de participação;
- a gente não deve ficar com dúvidas;
- a gente tem que perguntar;
- a gente tem que estar ativa;
- a gente volta para casa sem saber nada e com raiva, se não perguntar;

b) **Inventário de categorias de base**

- eu busco o momento de participar;
- a gente tem que buscar a possibilidade;
- * tem que perguntar;
- * busco o momento de participar;
- * estar ativa e buscar a possibilidade;
- a gente não tem que ficar com dúvidas;
- * não tem que ficar com dúvidas, volto sem saber, fico com raiva;
- não gosto de escutar;

c) **Reagrupamento semântico**

- ela é ativa, porque gosta de participar;
- não gosta de ficar com dúvidas e voltar com dúvidas;
- não gosta só de escutar;

d) **Inferência/Qualificação**

- ela acha que os profissionais, só às vezes, pedem ajuda, "em geral são poucos os que motivam"; mas ela faz muito ênfase na sua participação;

• embora a postura profissional, seja paternalista, ela refere que: "eu não gosto sabe... de estar só escutando... é ruim". A consequência disso é que ela busca sua possibilidade de participar de forma autônoma e livre, ainda que em situações adversas;

• ela enfrenta a falta de oportunidades para participar, responsabilizando-se o tempo todo por ela mesma: "eu não gosto sabe... de estar só escutando (...), a gente tem que buscar a possibilidade... não deve ter dúvidas, tem que perguntar... estar ativa... senão... a gente volta sem saber nada". Sua fala tem mais haver com ela, numa situação na qual se perguntava pelas condutas profissionais.

10.- Você aceita, as orientações e explicações que lhe foram dadas?.

a) **Normalização**

- eu não aceito, já me chamaram atenção por fumar pela minha própria saúde;
- os profissionais (no caso de não atender as orientações), nem devem-se incomodar;
- os profissionais estão me orientando a respeito ao que me faz mal;
- eu não faço (as orientações);
- parte de um entendimento da minha parte, não do profissional;
- eles orientam, eles sabem;
- eu tenho consciência de que bem não faz;
- eu faço errado porque quero, ninguém tem que se molestar com isso, porque a decisão é pessoal;
- eu sei que o cigarro me faz mal, gosto do cigarro;

b) **Inventário de categorias de base**

- eu não aceito;
 - * já me chamaram atenção por fumar, pela minha própria saúde;
 - * eu não faço;
- parte de um entendimento da minha parte, não do profissional;
 - * eu tenho consciência de que bem, não faz;
- * eu faço errado porque quero, ninguém tem que se molestar com isso, porque a decisão é pessoal;
 - * eu sei que o cigarro me faz mal, gosto do cigarro;
- os profissionais me orientam a respeito ao que me faz mal;
 - * nem devem-se incomodar;
- * eles orientam, eles sabem;

c) **Reagrupamento semântico**

- não aceita as orientações;
- ela assume sua responsabilidade frente ao que faz;
- reconhece nas orientações, o conhecimento dos profissionais;

d) **Inferência/Qualificação**

- ela não aceita as orientações, acredita que "parte de um entendimento da minha parte, não do profissional, porque eles orientam, sabem que eu também tenho consciência de que bem não faz". Ela se responsabiliza por suas condutas em saúde e reclama o direito para que sejam considerados seu conhecimento e sua opinião;
- a conduta ativa e responsável que ela manifesta tem como consequência, fazer valer sua autonomia e a sua livre vontade de decidir, em relação a sua saúde;
- a conduta anterior significa, acreditar nas suas possibilidades e pedir aos profissionais que sejam respeitados seus direitos e suas decisões; "eu sei que estou fazendo errado, porque eu quero... mais ninguém tem que se molestar por isso... porque a decisão, é minha... é pessoal eu faço mal porque eu quero... Eu sei que o cigarro me faz mal... mais fazer o que!! eu gosto do cigarro;

ENTREVISTA Nº20

Dados de Identificação:

- 59 anos
- sexo masculino
- aposentado
- escolaridade: 2º grau incompleto

3.- Se alguma vez, o/a Sr.(a), recebeu essas orientações sobre a sua saúde, a pessoa que as deu, perguntou a você antes, se as desejava receber?

a) **Normalização**

- espontaneamente, não perguntam sobre o desejo de receber as orientações ;
- a orientação vai se dando, conforme a gente fala;
- eles (os profissionais) vão orientando de acordo com o que eles pensam;
- eu acho que se eles (os profissionais) perguntassem antes a gente receberia o que realmente está precisando;
- às vezes eles falam coisas que são importantes, em saúde tudo é importante;
- a gente não está tão disposta a escutar tudo;
- eu gostaria que eles se centrassem em meus problemas, assim pode ser melhor;

b) **Inventário de categorias de base**

- espontaneamente, não perguntam sobre o desejo de receber as orientações
- a orientação vai se dando, conforme a gente fala;
- * eles (os profissionais) vão orientando de acordo ao que eles pensam;
- eu acho que se eles (os profissionais) perguntassem antes a gente receberia o que realmente está precisando;
 - * às vezes eles falam coisas que são importantes, em saúde tudo é importante;
 - * a gente não está tão disposta a escutar tudo;
- eu gostaria que eles se centrassem em meus problemas, assim pode ser melhor;

- c) **Reagrupamento semântico**
- ele acredita que os profissionais não perguntam sobre o desejo de receber as orientações;
 - ele afirma que os profissionais decidem o que orientar, de acordo com o que eles pensam;
 - acha que se os profissionais perguntam, permitem centrar-se nos problemas e naquilo que se precisa e se está disposto a escutar;

- d) **Inferência/Qualificação**
- ele identifica que os profissionais espontaneamente não perguntam sobre o desejo de receber orientações, porque "a orientação vai se dando conforme a gente fala... vão orientando de acordo com o que eles pensam". Ressalta que se lhe perguntassem, ela e outras pessoas, poderiam receber aquilo que estão precisando e escutar o que "está disposta a escutar";

- a conduta do profissional manipulativa, coercitiva, assinala o predomínio do saber do profissional sobre as necessidades dele e de outros usuários. Explicitamente, reconhece "que em saúde tudo é importante... mas nem sempre a gente está tão disposta a escutar tudo... eu gostaria que eles se centrassem em meus problemas... assim pode ser melhor". Isto demonstra, uma prática autoritária e paternalista, a que inibe o exercício de perguntar, a autonomia e a possibilidade de experimentar a sua liberdade;

- a conduta do profissional autoritária e paternalista, implica para ele, receber uma orientação deficiente que não responde a seus interesses e necessidades, ficar com dúvidas e sentir inibido o direito de perguntar. Percebe que poderia ser diferente, se lhe perguntassem, dado que assim, "a gente receberia o que realmente está precisando... às vezes eles falam coisas que são importantes". Destaca assim, a possibilidade de ter a oportunidade de decidir por si mesmo, o que está disposto a escutar, a respeito da sua saúde.

- 4.- Caso não tenham lhe perguntado antes, se desejava receber essas orientações ou explicações, isso lhe desagradou? Como gostaria que fosse?

- a) **Normalização**
- quando os profissionais não orientam, às vezes desagrada, depende do estado de ânimo da gente;
 - eu gostaria de dialogar;
 - eu gostaria de perguntar, e que me perguntem;
 - eu gostaria de chegar a um acordo entre o profissional e eu, assim eles sabem o que eu quero e não perdem tempo;
 - eu sei que o maior problema é o tempo;
 - a gente precisa de uma atenção especial;
 - as explicações devem ser mais lentas;
 - a gente já não tem a memória tão boa;
 - a gente é diferente uma da outra, deve ser tratada diferente;

- b) **Inventário de categorias de base**
- quando os profissionais não orientam, às vezes desagrada depende do estado de ânimo da gente
 - eu gostaria dialogar
 - eu gostaria chegar a um acordo entre o profissional e eu, assim eles sabem o que eu quero e não perdem tempo;
 - eu sei que o maior problema é o tempo;
 - * a gente precisa de uma atenção especial
 - * as explicações devem ser mais lentas
 - * a gente já não tem a memória tão boa
 - * a gente é diferente uma da outra, deve ser tratada diferente;

- c) **Reagrupamento semântico**
- às vezes lhe desagrada quando os profissionais não orientam, segundo seu estado de ânimo;
 - ele gosta de dialogar com o profissional, perguntar e que lhe perguntem para chegar a um acordo e saber o que ele quer;
 - ele acha que embora os profissionais tenham pouco tempo precisa ser tratado, diferente das outras pessoas;
 - acredita que é importante que os profissionais conheçam suas necessidades;

- d) **Inferência/Qualificação**
- ele sente às vezes desagrado, quando não lhe perguntam antes, se deseja receber orientações ou explicações, "depende do estado de ânimo da gente". Mas sua tendência é "dialogar, perguntar... e que me perguntem, chegar a um acordo... entre o profissional e eu... então assim eles sabem o que eu quero e eles não perdem tempo". Identifica como problema a falta de tempo, o que implica, receber uma atenção deficitária, "a gente precisa de uma atenção especial... as explicações devem ser mais lentas, a gente já não tem a memória tão boa... é diferente uma da outra... deve ser tratada diferente";

- a conduta profissional coercitiva favorece uma prática autoritária e paternalista, a que inibe o livre exercício de perguntar e desrespeita seu direito de ser educado. Os profissionais, centram sua atenção em seu saber, não considerando a forma adequada, para orientar-lhe de acordo com as suas características individuais, desrespeitando e inibindo, desta forma, sua autonomia e sua possibilidade de experimentar a liberdade;

- a prática profissional autoritária e paternalista, lhe deixa o sentimento de insatisfação frente a suas orientações em saúde. Ele reclama uma prática respeitosa que considere seu direito: de ser educado, de ser escutado, a uma prática educativa em saúde que tenha uma intenção. Destaca que "a gente precisa de uma atenção especial... as explicações devem ser mais lentas, a gente já não tem a memória tão boa... a gente é diferente uma da outra... deve ser tratada diferente". Estas deficiências se traduzem em dúvidas, inibem seu direito de perguntar, impossibilitam o recebimento de respostas oportunas e permitem a aparição de sentimentos de ignorância e desconfiança;

5.- Quando as pessoas dão essas orientações, deixam você à vontade, concedendo tempo para fazer perguntas ou tirar dúvidas? escutam suas perguntas?

a) **Normalização**

- eu pergunto sempre, minhas dúvidas;
- às vezes as explicações chegam, outras vezes não;
- nem todos (os profissionais) estão dispostos a deixar à vontade, por causa do tempo;
- eu acho importante que eles (os profissionais) conheçam do início o que a gente está precisando, isso evita problemas e mal entendidos;

b) **Inventário de categorias de base**

- eu pergunto sempre, minhas dúvidas;
- * às vezes as explicações chegam, outras vezes não;
- nem todos (os profissionais) estão dispostos a deixar à vontade, por causa do tempo;
- eu acho importante que eles (os profissionais) reconheçam do início o que a gente está precisando, isso evita problemas e mal entendidos;

c) **Reagrupamento semântico**

- ele pergunta sempre suas dúvidas, mas nem sempre encontra resposta;
- acha que os profissionais nem sempre estão dispostos a deixar a vontade, por causa do tempo;
- adverte que é importante que os profissionais, conheçam suas necessidades desde início da consulta;

d) **Inferência/Qualificação**

- quando os profissionais orientam, nem sempre, dão tempo para fazer perguntas ou tirar dúvidas. Assinalando que o problema é, que "nem todos estão dispostos a deixar a vontade, por causa do tempo".

• os problemas da atenção autoritária e paternalista, acrescentam-se por causa do pouco tempo, que ele detecta nas consultas,;

• ele destaca uma postura ativa, "pergunto sempre, minhas dúvidas... às vezes as explicações chegam, outras vezes não. Isto quer dizer, que nem sempre encontra respostas oportunas, as suas necessidades. Acrescenta que é "importante que eles conheçam do início o que a gente está precisando... isso evita problemas e mal entendidos". Ressaltando assim, a importância de favorecer o exercício de perguntar e de individualizar a prática educativa.

6.- Caso concedam ao/a Sr.(a) essa oportunidade, escutam suas perguntas e lhe concedem tempo para tirar suas dúvidas?

a) **Normalização**

- a maioria das vezes os profissionais escutam;
- às vezes o tempo é limitado e isto dificulta a conversa, interrompe;
- a gente fica insatisfeita;

b) **Inventário de categorias de base**

- a maioria das vezes os profissionais escutam;
- às vezes o tempo é limitado e isto dificulta a conversa, interrompe;
- * a gente fica insatisfeita;

c) **Reagrupamento semântico**

- ele percebe que às vezes os profissionais escutam;
- sente que às vezes o tempo é limitado, o que dificulta e interrompe a conversa, deixando-o insatisfeito;

d) **Inferência/Qualificação**

- os profissionais "só às vezes, escutam"; ele identifica como problema a falta de tempo. "às vezes o tempo é limitado e isto dificulta a conversa, interrompe... a gente fica insatisfeita";

• aparece aqui outra manifestação de uma prática autoritária e paternalista, demonstrando neste caso, a falta de disponibilidade para escutar, negando assim o direito de perguntar e de dialogar, aspectos identificados em respostas anteriores. Somam-se então, as consequências já apontadas, na análise precedente, as que se podem resumir, numa inibição à autonomia e à liberdade;

• a falta de tempo na hora da consulta lhe faz sentir, dificuldade para "conversar", e lhe deixa "insatisfeito". Isto abre possibilidades às dúvidas, reafirmando uma prática educativa sem intencionalidade.

7.- Você tem sentido, que as orientações que lhe foram dadas vão ao encontro do que você pensa ou quer?. O que você pensa disso?.

a) **Normalização**

- às vezes tem acontecido que as orientações dadas vão ao encontro do que eu penso ou quero;
- eu acho que a causa principal está na impossibilidade de que a gente consiga expressar tudo o que quer;
- sempre ficam coisas que não são bem entendidas, que a gente não sabe como explicar, falta paciência, não sei!;
- às vezes minha experiência diz o contrário;
- eu fico confundido porque eu também acredito no conhecimento dos profissionais, não sei!
- eu procuro informação em outro lugar... jornais, TV e família;

b) **Inventário de categorias de base**

- às vezes tem acontecido que as orientações dadas vão ao encontro do que eu penso ou quero;
- eu acho que a causa principal está na impossibilidade de que a gente consiga expressar tudo o que quer;
- * sempre ficam coisas que não são bem entendidas, que a gente não sabe como explicar, falta paciência, não sei!
- às vezes minha experiência diz o contrário;
- * eu fico confuso porque eu também acredito no conhecimento dos profissionais, não sei!;
- eu procuro informação em outro lugar... jornais, TV e família;

c) **Reagrupamento semântico**

- percebe que às orientações às vezes não vão ao encontro do que pensa ou quer;
- encontra que as diferenças com as orientações, se produz pela dificuldade de expressar o que se quer, pela falta de explicação, de tempo e de paciência dos profissionais;
- acredita, que às vezes sua experiência se contradiz como conhecimento dos profissionais, o que lhe produz confusão;
- ele procura mais informação noutros lugares, como jornais, TV e família;

d) **Inferência/Qualificação**

• só às vezes as orientações que lhe foram dadas concordam com sua forma de pensar. Reconhece que a causa do problema "está na impossibilidade de que a gente consiga expressar tudo o que quer... sempre ficam coisas que não são bem entendidas, que a gente não sabe como explicar... falta paciência!! (...), eu fico confuso porque eu também acredito no conhecimento dos profissionais (...). Eu procuro informação em outro lugar... jornais, TV e família";

• as conseqüências das condutas anteriormente assinaladas, fundamentam uma conduta autoritária e paternalista, centrada nos profissionais e em seu conhecimento. Ele pensa que as orientações não respondem às suas necessidades, nem a de outros usuários. Isto tem como conseqüências, uma prática educativa sem intencionalidade e insuficiente; a que inibe a autonomia e a liberdade para tomar as decisões sobre a sua saúde;

• as afirmações em relação a que as orientações, só às vezes concordam com sua forma de pensar, significam, o desejo de receber uma prática educativa mais ativa, assertiva e intencionada. Que seja capaz de respeitar suas características pessoais, suas necessidades e dúvidas, seu saber, seu direito de perguntar e ser escutado. Ele expressa a "impossibilidade de que a gente consiga expressar tudo o que quer... sempre ficam coisas que não são bem entendidas, que a gente não sabe como explicar". Isto favorece, o aparecimento de dúvidas, sensação de insatisfação e confusão. Os profissionais demonstram condutas inconsistentes, que levam a desconfiar, "eu fico confuso porque eu também acredito no conhecimento dos profissionais... Eu procurei informação em outro lugar... jornais, TV e família. Dessa forma, busca possibilidades fora, para suprir as deficiências.

8.- Se o/a Sr(a) não está de acordo com a orientação, os profissionais respeitam sua opinião e lhe concedem tempo suficiente para explicar suas razões?

a) **Normalização**

- eu acho que às vezes eles respeitam, acredito que sim;
- acredito que também dão tempo para explicar as razões, pelo menos parece que assim fosse;
- não tem acontecido muitas vezes, que respeitem a opinião e dêem tempo para explicar as razões;
- não todos (os profissionais) estão dispostos a escutar uma coisa assim;
- a gente tem direito de tentar, pelo menos eu penso que é um direito;
- * eu não me sinto bem ficando quieto;

b) **Inventário de categorias de base**

- eu acho que às vezes eles respeitam, acredito que sim;
- * acredito que também dão tempo para explicar as razões, pelo menos parece que assim fosse;
- * não tem acontecido muitas vezes, que respeitem a opinião e dêem tempo para explicar as razões;
- nem todos (os profissionais) estão dispostos a escutar uma coisa assim;
- * a gente tem direito de tentar, pelo menos eu penso que é um direito;
- eu não me sinto bem ficando quieto;

c) **Reagrupamento semântico**

- acredita que, só às vezes, os profissionais respeitam a opinião e dão tempo para explicar as razões;
- percebe que nem todos os profissionais estão dispostos a escutar diferenças de opinião;
- ele sente o direito de tentar colocar e de que respeitem sua opinião, não gosta de ficar quieto;

d) **Inferência/Qualificação**

• os profissionais, só às vezes respeitam e dão tempo para explicar as razões. Sente que "nem todos estão dispostos a escutar uma coisa assim, mas a gente tem direito de tentar";

• a conduta profissional lhe oferece dúvidas, "às vezes eles respeitam... acredito que sim... e também que dão tempo para explicar as razões... pelo menos parece que assim fosse". Isto da a entender, uma certa dificuldade de poder comunicar-se, e expressar-se. Ele reclama seu direito de participar, de praticar sua autonomia, de ser escutado. Expressa que "a gente tem direito de tentar... pelo menos eu penso que é um direito", destacando assim, características de uma atenção paternalista;

• frente às condutas dos profissionais, adota uma postura ativa, "eu não me sinto bem ficando quieto". O que favorece a busca de possibilidades de falar com o profissional, embora ele tenha dúvidas, em relação a que respeitem suas diferenças, de opinião e lhe dêem tempo, para explicar suas razões. Isto de alguma forma, lhe faz sentir um grau de desconfiança e de insegurança.

9.- O profissional da saúde pede sua ajuda e participação no momento de orientar-lhe, e dar-lhe explicações?. Caso isso não ocorra, você gostaria de ajudar e participar?.

a) **Normalização**

- às consultas são muito rápidas, não dão tempo para participar;
- geralmente a gente só escuta;
- às vezes dá para interromper, outras vezes não, depende de muitas circunstâncias;
- em algumas consultas, com a enfermeira, a gente pode falar um pouco mais, especialmente nas reuniões grupais;
- eu gostaria de participar, penso que os profissionais devem motivar;
- eu tento participar, ser ativo, não ficar quieto;

b) **Inventário de categorias de base**

- às consultas são muito rápidas, não dão tempo para participar;
- geralmente a gente só escuta;
- * às vezes dá para interromper, outras vezes não, depende de muitas circunstâncias;
- em algumas consultas, com a enfermeira a gente pode falar um pouco mais, especialmente nas reuniões grupais;
- eu gostaria de participar, penso que os profissionais devem motivar;
- * eu tento participar, ser ativo, não ficar quieto;

c) **Reagrupamento semântico**

- ele sente que o tempo destinado para as consultas não permite participar;
- ele reconhece que geralmente só escuta, e que pode participar dependendo das circunstâncias e da confiança que outorgue o profissional;
- acredita que em reuniões grupais, com a enfermeira, pode falar um pouco mais;
- ele gosta de participar, pensa que os profissionais devem motivar;
- ele tenta participar, ser ativo e não ficar quieto;

d) **Inferência/Qualificação**

- ele acha que os profissionais, "não dão tempo para participar (...) as consultas são muito rápidas (...), depende de muitas circunstâncias";

• a postura profissional paternalista, favorece em geral, a uma participação passiva, com a exceção da enfermeira, com a qual "a gente pode falar um pouco mais... especialmente nas reuniões grupais, tem-se essa possibilidade";

• ele reconhece seu gosto por participar, argumenta que "os profissionais devem motivar... eu tento participar, ser ativo, não ficar quieto". Isto favorece sua motivação por manter a possibilidade de manifestar sua autonomia e sua livre vontade, ainda num meio adverso.

10.- Você aceita as orientações e explicações que lhe foram dadas?.

a) **Normalização**

- ele adverte que só às vezes, aceita as orientações e explicações que lhe foram dadas
- eu faço e decido fazer, só aquilo que é possível;

b) **Inventário de categorias de base**

- idem à normalização;

c) **Reagrupamento semântico**

- ele aceita, só às vezes, as orientações e explicações que lhe foram dadas;
- ele decide fazer só aquilo que é possível ;

d) **Inferência/Qualificação**

- aceita, só às vezes, as orientações, porque "eu faço e decido fazer, só aquilo que é possível"; a decisão de fazer só aquilo que é possível, tem como consequência, buscar as suas próprias possibilidades, de acordo com seus requerimentos. Desta forma, não considera como tal, as condutas autoritárias e paternalistas do profissional;

• sua conduta manifesta a necessidade de ter a oportunidade de praticar sua autonomia e liberdade, e de receber uma orientação consistente e individualizada, com confiança, para agir desta forma segura.

II- ENTREVISTAS GRUPO IDOSOS

ENTREVISTA N.º 1

Dados de Identificação:

- 71 anos
- sexo feminino
- dona de casa
- escolaridade: 4ª série

3.- Se alguma vez, o/a Sr.(a) recebeu essas orientações sobre a sua saúde, a pessoa que as deu, perguntou a você antes, se as desejava receber?

- a) **Normalização**
• os profissionais não perguntam, só falam;
- b) **Inventário de categorias de base**
• idem à normalização;
- c) **Reagrupamento semântico**
• quando os profissionais orientam, não perguntam, só falam.

4.- Caso não tenham lhe perguntado antes, se desejava receber essas orientações ou explicações, isso lhe desagradou? Como gostaria que fosse?

- a) **Normalização**
• não desagrada que os profissionais não perguntem;
• penso que deveriam perguntar;
• se os profissionais perguntassem, sentiria mais vontade para perguntar;
- b) **Inventário de categorias de base**
• idem à normalização;
- c) **Reagrupamento semântico**
• não lhe desagrada que os profissionais não perguntem;
• pensa que os profissionais deveriam perguntar;
• percebe que se os profissionais perguntassem, motivariam a perguntar.

5.- Quando as pessoas dão essas orientações, deixam você a vontade, concedendo tempo para fazer perguntas ou tirar dúvidas?

- Reagrupamento semântico**
• quando os profissionais orientam, dão tempo para fazer perguntas ou tirar dúvidas.

6.- Caso concedam ao/a Sr.(a) essa oportunidade, escutam suas perguntas e lhe concedem tempo para tirar suas dúvidas?

- Reagrupamento semântico**
• ela acredita que os profissionais escutam suas perguntas.

7.- Você tem sentido, que as orientações que lhe foram dadas vão ao encontro do que você pensa ou quer?. O que você pensa disso?.

- Reagrupamento semântico**
• ela acha que as orientações dadas vão ao encontro do que pensa ou quer.

8.- Se o/a Sr(a) não está de acordo com a orientação, os profissionais respeitam sua opinião e lhe concedem tempo suficiente para dar a explicar suas razões?

- a) **Normalização**
• não acontece que eu não esteja de acordo com a orientação;
• se eu não estivesse de acordo com a orientação, acho que eles aceitariam as diferenças e respeitariam minha opinião;
• penso que concederiam tempo para explicar as razões;
- b) **Inventário de categorias de base**
• idem à normalização;
- c) **Reagrupamento semântico**
• ela concorda com a orientação;
• acha que respeitariam sua opinião, se tivesse alguma diferença com os profissionais;
• pensa que concederiam tempo para explicar as razões;

9.- O profissional da saúde pede sua ajuda e participação no momento de orientar-lhe e dar-lhe explicações?. Caso isso não ocorra, você gostaria de ajudar e participar?.

- a) **Normalização**
- os profissionais não pedem ajuda e participação;
 - eu não gostaria, acho bem assim;
 - a gente não se sente à vontade, nem tem confiança para participar;
- b) **Inventário de categorias de base**
- os profissionais não pedem ajuda e participação;
 - eu não gostaria, acho bem assim;
 - * a gente não se sente à vontade, nem tem confiança para participar;
- c) **Reagrupamento semântico**
- os profissionais não pedem participação no momento de orientar;
 - ela não de gosta participar, aceita como tem acontecido até agora;
 - ela não se sente à vontade, nem tem confiança para participar;
- 10.- Você aceita as orientações e explicações que lhe foram dadas?
- a) **Normalização**
- eu aceito todas as orientações e explicações dadas;
 - eu estou de acordo com tudo;
 - eu acho que os profissionais, são os que sabem;
- b) **Inventário de categorias de base**
- eu aceito todas as orientações e explicações dadas;
 - * eu estou de acordo com tudo;
 - eu acho que os profissionais, são os que sabem;
- c) **Reagrupamento semântico**
- ela aceita e concorda com todas as orientações e explicações entregues;
 - ela encontra que os profissionais, são os que sabem.

ENTREVISTA Nº2

Dados de Identificação:

- 60 anos
- sexo feminino
- escolaridade: 4ª série
- ocupação: confecções

- 3.- Se alguma vez, o/a Sr.(a) recebeu essas orientações sobre a sua saúde, a pessoa que as deu, perguntou a você antes, se as desejava receber?

Reagrupamento semântico

- ela sente que os profissionais, só às vezes perguntam sobre o desejo de receber as orientações;

- 4.- Caso não tenham lhe perguntado antes, se desejava receber essas orientações ou explicações, isso lhe desagradou? Como gostaria que fosse?

a) **Normalização**

- quando os profissionais não perguntam, desagrada;
- eu acho que seria melhor que sempre perguntem;

b) **Inventário de categorias de base**

- idem à normalização;

c) **Reagrupamento semântico**

- ela sente desagradado, quando os profissionais não lhe perguntam;
- ela gosta que lhe perguntem sobre o desejo de receber orientações;

- 5.- Quando as pessoas dão essas orientações, deixam você à vontade, concedendo tempo para fazer perguntas ou tirar dúvidas?

Reagrupamento semântico

- ela acredita que os profissionais, só às vezes, lhe deixam tempo para fazer perguntas ou tirar dúvidas.

- 6.- Caso concedam ao/a Sr.(a) essa oportunidade, escutam suas perguntas e lhe concedem tempo para tirar suas dúvidas?

a) **Normalização**

- os profissionais nem sempre escutam;
- às vezes a gente muda de idéia na conversa, e acaba o tempo;

- a gente pergunta a eles (profissionais) só aquilo que está ao alcance nesse momento;
- eu tenho também poucas perguntas para fazer, porque não gosto de perguntar;

b) **Inventário de categorias de base**

- nem sempre escutam;
- às vezes a gente muda de idéia na conversa, e acaba o tempo;
- * a gente pergunta a eles (profissionais) só aquilo que está ao alcance nesse momento;
- eu tenho também poucas perguntas para fazer, porque não gosto de perguntar;

c) **Reagrupamento semântico**

- ela percebe que os profissionais nem sempre escutam;
- sente que não tem tempo suficiente para perguntar à vontade;
- reconhece que tem poucas perguntas a fazer, porque não gosta de perguntar;

7.- Você tem sentido, que as orientações que lhe foram dadas vão ao encontro do que você pensa ou quer?. O que você pensa disso?.

a) **Normalização**

- eu acho que nem sempre as orientações combinam;
- às vezes eles ensinam coisas que não estão ao alcance da gente;
- eles (os profissionais) nunca consideram a experiência da gente;

b) **Inventário de categorias de base**

- eu acho que nem sempre as orientações combinam;
- às vezes eles ensinam coisas que não estão ao alcance da gente;
- * eles (os profissionais) nunca consideram a experiência da gente;

c) **Reagrupamento semântico**

- ela adverte que as orientações nem sempre combinam com sua forma de pensar;
- ela acredita que as orientações não respondem às suas necessidades e os profissionais não consideram sua experiência;

8.- Se o/a Sr(a) não está de acordo com a orientação, os profissionais respeitam sua opinião e lhe concedem tempo suficiente para explicar suas razões?

a) **Normalização**

- quando eu não estou de acordo com a orientação, eu deixo para mim e não comento;
- não existe confiança suficiente;
- eu não sei, se eles respeitam minha opinião;
- eu não sei, se eles concedem tempo para explicar as razões;
- os profissionais sentem estar certos, por causa do seu conhecimento;

b) **Inventário de categorias de base**

- quando eu não estou de acordo com a orientação eu deixo para mim, e não comento;
- não existe confiança suficiente;
- eu não sei, se eles respeitam minha opinião;
- eu não sei, se eles concedem tempo para explicar as razões;
- os profissionais sentem estar certos, por causa do seu conhecimento;

c) **Reagrupamento semântico**

- ela adverte que quando não está de acordo com as orientações, não comenta o desacordo, por falta de confiança;
- ela tem dúvida se os profissionais respeitam sua opinião e lhe concedem tempo para explicar as razões;
- percebe que os profissionais sentem estar certos, por causa do seu conhecimento;

9.- O profissional da saúde pede sua ajuda e participação no momento de orientar-lhe e dar-lhe explicações?. Caso isso não ocorra, você gostaria de ajudar e participar?.

a) **Normalização**

- o profissional não pede cooperação no momento de orientar;
- eu só escuto;
- a gente se sente bem, acho legal assim;

b) **Inventário de categorias de base**

- o profissional não pede cooperação no momento de orientar;
- eu só escuto;
- * a gente se sente bem, acho legal assim;

c) **Reagrupamento semântico**

- ela adverte que os profissionais não lhe pedem cooperação, no momento da consulta;
- ela só escuta, se sente bem assim.

- 10.- Você aceita as orientações e explicações que lhe foram dadas?.
- a) **Normalização**
- eu só às vezes aceito, porque acho que nem tudo o que falam, está ao alcance da gente;
 - só que eu não comento o que eu não faço;
- b) **Inventário de categorias de base**
- idem à normalização;
- c) **Reagrupamento semântico**
- ela, só às vezes, aceita as orientações, acha que nem tudo está a seu alcance;
 - ela não comenta aquilo que não faz,

ENTREVISTA Nº3

Dados de Identificação:

- 82 anos
- sexo feminino
- escolaridade: 4ª série
- dona de casa

- 3.- Se alguma vez, o/a Sr.(a) recebeu essas orientações sobre a sua saúde, a pessoa que as deu, perguntou a você antes, se as desejava receber?
- a) **Normalização**
- eles (os profissionais) não perguntam;
 - eles não estão preocupados com isso, talvez por falta de tempo;
 - eles só deixam perguntar em relação à doença que eles acham;
 - às vezes a gente já sabe sobre aquilo;
 - eu acho que, principalmente, não há tempo para ensinar algo mais;
- b) **Inventário de categorias de base**
- eles (os profissionais) não perguntam;
 - * eles não estão preocupados com isso, talvez por falta de tempo;
 - * eu acho que, principalmente, não há tempo para ensinar algo mais;
 - eles só deixam perguntar em relação à doença que eles acham;
 - * a gente, às vezes, já sabe sobre aquilo;
- c) **Reagrupamento semântico**
- ela acredita que os profissionais não perguntam e nem se preocupam em perguntar, por falta de tempo;
 - acha que só se pode perguntar o assunto concreto da doença;
- 4.- Caso não tenham lhe perguntado antes, se desejava receber essas orientações ou explicações, isso lhe desagradou? Como gostaria que fosse?.
- a) **Normalização**
- eu sinto que é desagradável, que não perguntem;
 - seria melhor se perguntassem;
- b) **Inventário de categorias de base**
- idem à normalização;
- c) **Reagrupamento semântico**
- ela sente que é desagradável que não perguntem;
 - ela acredita que é melhor que os profissionais perguntem;
- 5.- Quando as pessoas dão essas orientações, deixam você à vontade, concedendo tempo para fazer perguntas ou tirar dúvidas?
- Reagrupamento semântico**
- ela adverte que os profissionais lhe concedem tempo para fazer perguntas ou tirar dúvidas;
- 6.- Caso concedam ao/a Sr.(a) essa oportunidade, escutam suas perguntas e lhe concedem tempo para tirar suas dúvidas?
- a) **Normalização**
- eu acredito que nem sempre escutam;
 - às vezes estão até conversando com outros, enquanto atendem;
 - alguns são mais dedicados que outros;
- b) **Inventário de categorias de base**
- eu acredito que nem sempre escutam;
 - às vezes estão até conversando com outros, enquanto atendem;
 - * alguns são mais dedicados que outros;

- c) **Reagrupamento semântico**
- ela acredita que os profissionais nem sempre escutam;
 - ela acredita que tem alguns profissionais mais dedicados, e outros, às vezes, até conversam enquanto atendem.
- 7.- Você tem sentido, que as orientações que lhe foram dadas vão ao encontro do que você pensa ou quer?. O que você pensa disso?.
- a) **Normalização**
- as orientações sempre vão ao encontro do que eu penso e quero
 - eu penso que os profissionais devem encaminhar e resolver os problemas de saúde da gente;
- b) **Inventário de categorias de base**
- idem à normalização;
- c) **Reagrupamento semântico**
- ela sempre concorda com as orientações;
 - ela acredita que os profissionais devem encaminhar e resolver os problemas de saúde;
- 8.- Se o/a Sr(a) não está de acordo com a orientação, os profissionais respeitam sua opinião e lhe concedem tempo suficiente para explicar suas razões?
- a) **Normalização**
- não acontece que os profissionais respeitem a opinião, porque eles sentem ter a razão, por causa do conhecimento;
 - a gente não tem como não concordar;
 - eles (os profissionais) não explicariam o desacordo;
 - eles (os profissionais) não respeitam a opinião;
 - eles (os profissionais) não dão tempo para explicar as razões;
 - a enfermeira, é a única diferente, ela, às vezes, sabe entender um desacordo, é a melhor;
 - ela (a enfermeira) explica muito bem como cuidar-se, acho muito importante, até que poderiam fazer mais reuniões com grupo de idosos, desse jeito;
- b) **Inventário de categorias de base**
- eles (os profissionais) não respeitam a opinião;
 - eles sentem ter a razão, por causa do conhecimento_
 - * a gente não tem como não concordar;
 - * eles não explicariam o desacordo;
 - eles (os profissionais) não dão tempo para explicar as razões;
 - a enfermeira, é a única diferente, ela, às vezes, sabe entender um desacordo, é a melhor;
 - * ela (a enfermeira) explica muito bem como cuidar-se, acho muito importante, até que poderiam fazer mais reuniões a grupo de idosos, desse jeito.
- c) **Reagrupamento semântico**
- os profissionais não respeitam a opinião, nem não dão tempo para explicar as razões;
 - os profissionais por seu conhecimento, sentem ter a razão, nesse caso não é impossível concordar com eles;
 - ela encontra que a enfermeira é diferente porque sabe entender um desacordo e explica como cuidar-se.
- 9.- O profissional da saúde pede sua ajuda e participação no momento de orientar-lhe, e dar-lhe explicações?. Caso isso não ocorra, você gostaria de ajudar e participar?
- a) **Normalização**
- eles não pedem ajuda e participação;
 - geralmente, eu só escuto;
 - acho que está bem assim;
 - eles têm muitas pessoas para atender;
- b) **Inventário de categorias de base**
- eles não pedem ajuda e participação;
 - * eles têm muitas pessoas para atender;
 - geralmente, eu só escuto;
 - * acho que está bem assim;
- 10.- Você aceita as orientações e explicações que lhe foram dadas?.
- a) **Reagrupamento semântico**
- os profissionais não pedem ajuda e participação, porque têm muitas pessoas que atender;
 - ela só escuta, se conforma com uma participação passiva;
- b) **Inventário de categorias de base**
- idem à normalização;
- c) **Reagrupamento semântico**
- ela aceita, só às vezes, as orientações e explicações dadas;

- ela decide depois o que fazer;
- acha que as orientações não respondem a suas necessidades.

ENTREVISTA Nº4

Dados de Identificação:

- 69 anos
- sexo masculino
- aposentado
- escolaridade: 1ª série

3.- Se alguma vez, o/a Sr.(a) recebeu essas orientações sobre a sua saúde, a pessoa que as deu, perguntou a você antes, se as desejava receber?

a) Normalização

- os profissionais não perguntam antes, sobre o desejo de receber as orientações;
- eles (os profissionais) só falam e resolvem;

b) Inventário de categorias de base

- idem à normalização;

c) Reagrupamento semântico

- ele encontra que os profissionais não perguntam;
- ele adverte que os profissionais só falam, resolvendo o que orientar.

4.- Caso não tenham lhe perguntado antes, se desejava receber essas orientações ou explicações, isso lhe desagradou? Como gostaria que fosse?

a) Normalização

- a verdade é que não desagrada que os profissionais não perguntem;
- penso que poderiam perguntar;
- não incomoda;

b) Inventário de categorias de base

- a verdade é que não desagrada que os profissionais não perguntem;
- * não incomoda;
- penso que poderiam perguntar;

c) Reagrupamento semântico

- ele não se sente desagradado quando os profissionais não lhe perguntam antes de orientar, não lhe incomoda;
- ele gosta que lhe perguntem.

5.- Quando as pessoas dão orientações sobre a sua saúde, deixam você à vontade, concedendo tempo para fazer perguntas ou tirar dúvidas?

a) Normalização

- os profissionais concedem tempo para fazer perguntas ou tirar dúvidas;
- os profissionais dão atenção;

b) Inventário de categorias de base

- os profissionais concedem tempo para fazer perguntas ou tirar dúvidas;
- * os profissionais dão atenção;

c) Reagrupamento semântico

- ele acredita que os profissionais lhe concedem tempo para fazer perguntas ou tirar dúvidas, são atenciosos.

6.- Caso concedam ao/a Sr.(a) essa oportunidade, escutam suas perguntas e lhe concedem tempo para tirar suas dúvidas?

Reagrupamento semântico

- ele sente que os profissionais, escutam suas perguntas.

7.- Você tem sentido, que as orientações que lhe foram dadas vão ao encontro do que você pensa ou quer?. O que você pensa disso?.

a) Normalização

- eu acho que nunca tive problemas com isso;
- as orientações combinam com o que eu estou sentindo;

b) Inventário de categorias de base

- eu acho que nunca tive problemas com isso;
- * as orientações combinam com o que eu estou sentindo;

- c) **Reagrupamento semântico**
 • ele percebe que as orientações concordam com sua forma de pensar ou querer.
- 8.- Se o/a Sr(a) não está de acordo com a orientação, os profissionais respeitam sua opinião e lhe concedem tempo suficiente para explicar suas razões?
- a) **Normalização**
 • nunca aconteceu que tivesse alguma diferença de opinião com eles (os profissionais);
 • eu sempre tenho sentido que eles (os profissionais) respeitam minha opinião;
 • eles (os profissionais) dão tempo para explicar;
 • eu penso que o conhecimento dos profissionais é muito importante, especialmente o do médico;
- b) **Inventário de categorias de base**
 • nunca aconteceu que tivesse alguma diferença de opinião com eles (os profissionais);
 • eu sempre tenho sentido que eles (os profissionais) respeitam minha opinião;
 * eles (os profissionais) dão tempo para explicar;
 • eu penso que o conhecimento dos profissionais é muito importante, especialmente o do médico;
- c) **Reagrupamento semântico**
 • ele sente que os profissionais respeitam sua opinião e lhe concedem tempo para explicar as razões;
 • reconhece não ter tido diferenças de opinião com os profissionais;
 • ele pensa que o conhecimento dos profissionais é muito importante, especialmente o do médico.
- 9.- O profissional da saúde pede sua ajuda e participação no momento de orientar-lhe, e dar-lhe explicações?. Caso isso não ocorra, você gostaria de ajudar e participar?.
- a) **Normalização**
 • eu participo só escutando, acho que está bem assim;
 • eu não gosto de incomodar, fico à vontade, é meu jeito;
 • eu não mudaria;
 • os profissionais não pedem ajuda, nem motivam a participar;
 • eles (os profissionais) deveriam dar mais possibilidades;
- b) **Inventário de categorias de base**
 • eu participo escutando, acho que está bem assim;
 * eu não gosto de incomodar, fico à vontade, é meu jeito;
 • não mudaria;
 • os profissionais não pedem ajuda, nem motivam a participar;
 * eles (os profissionais) deveriam dar mais possibilidades;
- c) **Reagrupamento semântico**
 • aceita uma participação passiva, só escutando;
 • não participa, porque não gosta de incomodar, fica à vontade assim;
 • os profissionais não pedem ajuda, nem motivam a participar, deveriam dar mais possibilidades;
- 10.- Você aceita as orientações e explicações que lhe foram dadas?.
- Reagrupamento semântico**
 • ele aceita as orientações e explicações que lhe foram dadas, só quando concorda com elas.

ENTREVISTA N.º 5

Dados de Identificação:

- 69 anos
- sexo masculino
- aposentado
- escolaridade: sem educação

- 3.- Se alguma vez, o/a Sr.(a) recebeu essas orientações sobre a sua saúde, a pessoa que as deu, perguntou a você antes, se as desejava receber?
- a) **Normalização**
 • os profissionais não perguntam, sobre o desejo de receber as orientações;
 • eles sabem o que fazer;
- b) **Inventário de categorias de base**
 • idem à normalização;
- c) **Reagrupamento semântico**
 • ele adverte que os profissionais não perguntam;
 • ele reconhece que os profissionais sabem o que fazem, não tem porque perguntar.

4.- Caso não tenham lhe perguntado antes, se desejava receber essas orientações ou explicações, isso lhe desagradou? Como gostaria que fosse?

a) **Normalização**

- às vezes chateia, que os profissionais não perguntem sobre o desejo de receber orientações;
- eu acho que poderiam perguntar;

b) **Inventário de categorias de base**

- idem à normalização;

c) **Reagrupamento semântico**

- ele às vezes, sente desgosto quando não lhe perguntam sobre o desejo de receber orientações;
- ele prefere que lhe perguntem.

5.- Quando as pessoas dão orientações sobre a sua saúde, deixam você à vontade, concedendo tempo para fazer perguntas ou tirar dúvidas?

Reagrupamento semântico

- ele acredita que os profissionais lhe deixam perguntar e tirar dúvidas;

6.- Caso concedam ao/a Sr.(a) essa oportunidade, escutam suas perguntas e lhe concedem tempo para tirar suas dúvidas?

a) **Normalização**

- os profissionais escutam;
- eu acho que o maior problema é a falta de tempo para perguntar;

b) **Inventário de categorias de base**

- idem à normalização;

c) **Reagrupamento semântico**

- ele percebe que os profissionais escutam sua perguntas;
- ele adverte que o maior problema é a falta de tempo para perguntar;

7.- Você tem sentido que as orientações que lhe foram dadas vão ao encontro do que você pensa ou quer?. O que você pensa disso?.

a) **Normalização**

- quase sempre concordo; as orientações dadas vão ao encontro do que penso ou quero;
- o médico e a enfermeira tratam o problema de saúde que a gente está sentindo, eles sabem;

b) **Inventário de categorias de base**

- quase sempre concorda, que as orientações dadas vão ao encontro do que penso ou quero;
- * o médico e a enfermeira tratam o problema de saúde que a gente está sentindo, eles sabem;

c) **Reagrupamento semântico**

- concorda com as orientações, porque o médico e a enfermeira tratam o problema de saúde que sente, acredita no conhecimento deles;

8.- Se o/a Sr(a) não está de acordo com a orientação, os profissionais respeitam sua opinião e lhe concedem tempo suficiente para explicar suas razões?

a) **Normalização**

- a gente não sente o direito de dizer ao médico ou a outros profissionais algum desacordo;
- não sei se eles respeitariam minha opinião;
- não tenho como saber se eles respeitariam minha opinião, nem se dariam tempo para explicar as razões;

b) **Inventário de categorias de base**

- a gente não sente o direito de dizer ao médico ou a outros profissionais algum desacordo;
- não sei se eles respeitariam minha opinião;
- eu não tenho como saber se eles respeitariam minha opinião, nem se dariam tempo para explicar as razões;

c) **Reagrupamento semântico**

- ele não sente o direito de manifestar algum desacordo com os profissionais;
- ele não sabe se respeitam sua opinião, nem se concedam tempo para explicar as razões;

9.- O profissional da saúde pede sua ajuda e participação no momento de orientar-lhe, e dar-lhe explicações?. Caso isso não ocorra, você gostaria de ajudar e participar?.

a) **Normalização**

- geralmente não pedem ajuda e participação no momento de orientar, acha que está bem assim;
- eu não gostaria de participar;

- b) **Inventário de categorias de base**
• idem à normalização;
- c) **Reagrupamento semântico**
• ele reconhece e aceita que não podem ajuda e participação no momento de orientar-lhe;
• ele não gosta de participar;
- 10.- Você aceita as orientações e explicações que lhe foram dadas?.
- a) **Normalização**
• eu sempre aceito as orientações e explicações dadas;
• eu já disse que eles sabem;
- b) **Inventário de categorias de base**
• eu sempre aceito as orientações e explicações dadas;
* eu já disse que eles sabem;
- c) **Reagrupamento semântico**
• ele sempre aceita as orientações, porque os profissionais sabem;

ENTREVISTA N.º 6

Dados de Identificação:

- 73 anos
- sexo masculino
- aposentado
- escolaridade: 2ª série

- 3.- Se alguma vez, o/a Sr.(a) recebeu essas orientações sobre a sua saúde, a pessoa que as deu, perguntou a você antes, se as desejava receber?
- a) **Normalização**
• os profissionais não perguntam sobre o desejo de receber as orientações;
• os profissionais decidem o que orientar;
- b) **Inventário de categorias de base**
• idem à normalização;
- c) **Reagrupamento semântico**
• ele acredita que os profissionais não perguntam;
• ele adverte que os profissionais decidem o que orientar.
- 4.- Caso não tenham lhe perguntado antes, se desejava receber essas orientações ou explicações, isso lhe desagradou? Como gostaria que fosse?
- a) **Normalização**
• quando os profissionais não orientam, desagrada;
• eu sinto o direito de ser educado;
• eu gostaria que me perguntassem;
• se os profissionais perguntassem, a gente sentiria que tem a possibilidade de perguntar e tirar as dúvidas;
- b) **Inventário de categorias de base**
• idem à normalização;
- c) **Reagrupamento semântico**
• se os profissionais não orientam, desagrada
• ele gosta que lhe perguntem;
• ele sente o direito de ser educado;
• ele pensa que se o profissional pergunta, ele também se sente no direito de perguntar e tirar dúvidas;
- 5.- Quando as pessoas dão orientações sobre a sua saúde, deixam você à vontade, concedendo tempo para fazer perguntas ou tirar dúvidas?
- a) **Normalização**
• os profissionais só às vezes eles deixam perguntar e tirar dúvidas;
• eu acho que uma razão, é a falta de tempo;
- b) **Inventário de categorias de base**
• idem à normalização;
- c) **Reagrupamento de categorias de base**
• ele sente que os profissionais, só às vezes lhe deixam perguntar e tirar dúvidas;

- ele acha que uma razão que impede tirar às dúvidas, é o fator tempo;

6.- Caso concedam ao/a Sr.(a) essa oportunidade, escutam suas perguntas e lhe concedem tempo para tirar suas dúvidas?

Reagrupamento semântico

- ele sente que os profissionais escutam suas perguntas

7.- Você tem sentido que as orientações que lhe foram dadas vão ao encontro do que você pensa ou quer?. O que você pensa disso?.

a) **Normalização**

- nem sempre, as orientações dadas vão ao encontro do penso ou quero;
- eu acho que o dono do corpo é cada um, e cada um sabe o que sente;
- eu depois decido o que fazer;

b) **Inventário de categorias de base**

- nem sempre, as orientações dadas vão ao encontro do penso ou quero
- eu acho que o dono do corpo é cada um, e cada um sabe o que sente
- * eu depois decido o que fazer

c) **Reagrupamento de categorias de base**

- acredita que nem sempre as orientações dadas concordam com ele;
- acha que cada um é o dono do seu corpo e sabe o que sente, podendo decidir o que fazer;

8.- Se o/a Sr(a). não está de acordo com a orientação, os profissionais respeitam sua opinião e lhe concedem tempo suficiente para explicar suas razões?

a) **Normalização**

- têm profissionais que respeitam a opinião e concedem tempo para explicar as razões;
- têm outros (profissionais) com os quais a gente não se atreve a colocar a própria opinião;
- eles (os profissionais) sentem que porque têm o conhecimento, são donos da razão;

b) **Inventário de categorias de base**

- têm profissionais que respeitam a opinião e concedem tempo para explicar as razões;
- tem outros (profissionais) com os quais a gente não se atreve a colocar a própria opinião;
- * eles (os profissionais) sentem que porque têm o conhecimento, são donos da razão;

c) **Reagrupamento de categorias de base**

- ele afirma que só alguns profissionais respeitam a opinião e concedem tempo para explicar as razões;
- ele adverte que têm profissionais que se sentem donos da razão, por causa de seu conhecimento;

9.- O profissional da saúde pede sua ajuda e participação no momento de orientar-lhe, e dar-lhe explicações?.

a) **Normalização**

- os profissionais não pedem ajuda;
- a gente não se sente com segurança para intervir;
- eu gostaria de ajudar e participar;

b) **Inventário de categorias de base**

- os profissionais não pedem ajuda;
- eu gostaria de ajudar e participar;
- * a gente não se sente com segurança para intervir;

c) **Reagrupamento de categorias de base**

- ele percebe que os profissionais não pedem ajuda;
- ele gosta de ajudar e participar, mas não se sente com segurança para intervir;

10.- Você aceita as orientações e explicações que lhe foram dadas?.

a) **Normalização**

- às vezes a gente aceita;
- outras vezes, a gente não aceita e faz só o que pode, decidindo o que fazer;
- as orientações nem sempre tem haver com a gente, elas são irrealis;
- eu não falo, e fico calado;

b) **Inventário de categorias de base**

- às vezes a gente aceita;
- outras vezes, a gente não aceita e faz só o que pode, decidindo o que fazer;
- * eu não falo, e fico calado;
- as orientações nem sempre tem haver com a gente, elas são irrealis;

- c) **Reagrupamento de categorias de base**
- ele aceita, só às vezes, as orientações;
 - ele decide o que fazer, de acordo com o que pode;
 - ele não comunica suas diferenças de opinião aos profissionais;
 - ele adverte que as orientações não respondem às suas necessidades, são irreais.

ENTREVISTA N.º 7

Dados de Identificação:

- 69 anos
- sexo masculino
- aposentado
- escolaridade: 1ª série

3.- Se alguma vez, o/a Sr.(a) recebeu essas orientações sobre a sua saúde, a pessoa que as deu, perguntou a você antes, se as desejava receber?

- a) **Normalização**
- os profissionais não perguntam sobre o desejo de receber as orientações;
 - os profissionais só falam;

- b) **Inventário de categorias de base**
- idem à normalização;

- c) **Reagrupamento semântico**
- ele afirma que os profissionais não perguntam sobre o desejo de receber as orientações;
 - ele acredita que os profissionais só falam, decidindo o que orientar;

4.- Caso não tenham lhe perguntado antes, se desejava receber essas orientações ou explicações, isso lhe desagradou? Como gostaria que fosse?

- a) **Normalização**
- quando os profissionais não perguntam antes, pelo desejo de receber orientações ou explicações, desagrada;
 - eu gostaria que os profissionais se acostumassem a perguntar;
 - * eu gostaria que motivassem a perguntar;

- b) **Inventário de categorias de base**
- idem à normalização;

- c) **Reagrupamento semântico**
- ele sente que é desagradável, que não lhe perguntem antes de ser orientado;
 - ele gosta que os profissionais lhe perguntem e que motivem a perguntar;

5.- Quando as pessoas dão orientações sobre a sua saúde, deixam você à vontade, concedendo tempo para fazer perguntas ou tirar dúvidas?

- a) **Normalização**
- eles (os profissionais) deixam perguntar ou tirar dúvidas;
 - o pouco tempo, muitas vezes, impede perguntar à vontade;

- b) **Inventário de categorias de base**
- idem à normalização;

- c) **Reagrupamento semântico**
- ele adverte que os profissionais lhe concedem tempo para fazer perguntas ou tirar dúvidas;
 - ele percebe que, muitas vezes, não pode fazer perguntas à vontade, devido ao pouco tempo;

6.- Caso concedam ao/a Sr.(a) essa oportunidade, escutam suas perguntas e lhe concedem tempo para tirar suas dúvidas?

Reagrupamento semântico

- ele acredita que os profissionais sempre escutam suas perguntas;

7.- Você tem sentido que as orientações que lhe foram dadas vão ao encontro do que você pensa ou quer?. O que você pensa disso?

- a) **Normalização**
- sempre concorda com o que estou sentindo;
 - eu não tenho diferenças com as orientações;

- b) **Inventário de categorias de base**
- sempre concorda com o que estou sentindo;
 - * eu não tenho diferenças com as orientações;

- c) **Reagrupamento semântico**
 • ele concorda e não tem diferenças com as orientações;
- 8.- Se o/a Sr(a) não está de acordo com a orientação, os profissionais respeitam sua opinião e lhe concedem tempo suficiente para explicar suas razões?
- a) **Normalização**
 • não tem acontecido que eu não esteja de acordo com as orientações;
 • até agora, nunca tentei colocar minha opinião;
 • eu acho que seria muito feio contradizer as indicações dos profissionais, especialmente a do médico;
 • prefiro calar e simplesmente não fazer aquilo com o que eu não concordo;
 • cada um sabe o que pode fazer;
- b) **Inventário o de categorias de base**
 • não tem acontecido que eu não esteja de acordo com as orientações;
 * até agora, nunca tentei colocar minha opinião;
 • eu acho que seria muito feio contradizer as indicações dos profissionais, especialmente a do médico;
 • prefiro calar e simplesmente não fazer aquilo com o que eu não concordo;
 • cada um sabe o que pode fazer;
- c) **Reagrupamento semântico**
 • ele não sabe se respeitam sua opinião, porque nunca tentou colocá-la;
 • ele sente que não pode contradizer as indicações, principalmente as do médico;
 • ele prefere calar frente às diferenças e simplesmente não fazer aquilo com o qual ele não concorda;
 • sente que ele pode decidir o que fazer;
- 9.- O profissional da saúde pede sua ajuda e participação no momento de orientar-lhe, e dar-lhe explicações?. Caso isso não ocorra, você gostaria de ajudar e participar?
- Reagrupamento semântico**
 • ele adverte que, só às vezes, os profissionais pedem ajuda e participação, sentindo que esteja bem assim;
- 10.- Você aceita, as orientações e explicações que lhe foram dadas?.
- a) **Normalização**
 • eu não aceito as orientações;
 • eles (os profissionais) pedem coisas que a gente não entende, ou não gostaria de fazer assim;
 • eu não comento com eles, aquilo que não faço;
- b) **Inventário de categorias de base**
 • idem 'a normalização;
- c) **Reagrupamento semântico**
 • ele não aceita as orientações, porque lhe pedem para fazer o que não entende ou não gostaria de fazer;
 • não comenta com os profissionais, aquilo que não faz.

ENTREVISTA N.º 8

Dados de Identificação:

- 75 anos
- sexo masculino
- aposentado
- escolaridade: 2º grau incompleto

- 3.- Se alguma vez, o/a Sr.(a) recebeu essas orientações sobre a sua saúde, a pessoa que as deu, perguntou a você antes, se as desejava receber?
- a) **Normalização**
 • os profissionais não perguntam antes, sobre o desejo de receber as orientações;
 • os profissionais geralmente só falam e decidem o que orientar;
- b) **Inventário de categorias de base**
 • idem à normalização;
- c) **Reagrupamento semântico**
 • os profissionais não perguntam antes;
 • os profissionais, a maioria das vezes só falam, decidindo o que orientar;
- 4.- Caso não tenham lhe perguntado antes, se desejava receber essas orientações ou explicações, isso lhe desagradou? Como gostaria que fosse?

- a) **Normalização**
- quando os profissionais não perguntam sobre o desejo de receber as orientações, desagrada;
 - penso que sempre é melhor participar, a pessoa se sente melhor;
 - eu prefiro que me perguntem;
 - eu acho que a coisa seria diferente se os profissionais perguntassem, converssem com a gente e dessem mais confiança;
 - se os profissionais perguntassem, a gente poderia ser mais ativa e se atreveria também a perguntar;
- b) **Inventário de categorias de base**
- quando os profissionais não perguntam sobre o desejo de receber as orientações, desagrada;
 - penso que sempre é melhor participar, a pessoa se sente melhor;
 - eu prefiro que me perguntem;
 - eu acho que a coisa seria diferente se os profissionais perguntassem, converssem com a gente e dessem mais confiança;
 - * se os profissionais perguntassem, a gente poderia ser mais ativa e se atreveria também a perguntar;
- c) **Reagrupamento semântico**
- ele acha desagradável que não lhe perguntem sobre o desejo de receber as orientações;
 - ele se sente melhor participando;
 - prefere que lhe perguntem;
 - sente que se motivaria a perguntar mais seria mais ativo, se os profissionais lhe perguntassem, converssem e lhe dessem confiança;
- 5.- Quando as pessoas dão orientações sobre a sua saúde, deixam você à vontade, concedendo tempo para fazer perguntas ou tirar dúvidas?
- Reagrupamento semântico**
- ele acredita que os profissionais lhe deixam fazer perguntas ou tirar dúvidas;
- 6.- Caso concedam ao/a Sr.(a) essa oportunidade, escutam suas perguntas e lhe concedem tempo para tirar suas dúvidas?
- Reagrupamento semântico**
- ele acredita que os profissionais escutam suas perguntas, em poucas oportunidades;
- 7.- Você tem sentido que as orientações que lhe foram dadas vão ao encontro do que você pensa ou quer?. O que você pensa disso?
- a) **Normalização**
- nem sempre as orientações dadas vão ao encontro do que eu penso ou quero;
 - especialmente o médico, ele só olha a doença atual e não pensa se é possível fazer o que ele diz;
 - o médico não se dá o tempo para investigar mais em frente;
- b) **Inventário de categorias de base**
- nem sempre as orientações dadas vão ao encontro do que eu penso ou quero;
 - especialmente o médico, ele só olha a doença atual e não pensa se é possível fazer o que ele diz;
 - * o médico não se dá o tempo para investigar mais em frente;
- c) **Reagrupamento semântico**
- ele reconhece que não sempre concorda com as orientações;
 - o médico, centra as orientações só na doença, não considera as necessidades atuais ou futuras.
- 8.- Se o/a Sr(a) não está de acordo com a orientação, os profissionais respeitam sua opinião e lhe concedem tempo suficiente para explicar suas razões?
- a) **Normalização**
- quando eu não estou de acordo com a orientação, eles (os profissionais) não respeitam a opinião;
 - é preferível calar e guardar a opinião;
 - embora a gente esteja de acordo com eles, (os profissionais) não entenderiam;
- b) **Inventário de categorias de base**
- quando eu não estou de acordo com a orientação, eles (os profissionais) não respeitam a opinião;
 - é preferível calar e guardar a opinião;
 - * embora a gente esteja de acordo com eles, (os profissionais) não entenderiam;
- c) **Reagrupamento semântico**
- os profissionais não respeitam a opinião;
 - ele percebe que frente a um desacordo é preferível calar e guardar a opinião, pois os profissionais não lhe entenderiam;
- 9.- O profissional da saúde pede sua ajuda e participação no momento de orientar-lhe, e dar-lhe explicações?. Caso isso não ocorra, você gostaria de ajudar e participar?.
- a) **Normalização**
- eles nem sempre deixam participar;
 - a gente não fica à vontade, não se sente com confiança de interromper;
 - eu gostaria de participar, faz se sentir melhor;

- b) **Inventário de categorias de base**
- eles nem sempre deixam participar;
 - * a gente não fica à vontade, não se sente com confiança de interromper;
 - eu gostaria de participar, faz se sentir melhor;
- c) **Reagrupamento semântico**
- ele acredita que os profissionais nem sempre deixam participar;
 - ele não se sente com confiança nem à vontade para participar;
 - ele gosta de participar, acha que isso faz sentir-se melhor;
- 10.- **Você aceita as orientações e explicações que lhe foram dadas?**
- a) **Normalização**
- eu aceito, só às vezes, as orientações e explicações dadas;
 - nem sempre é bom o que eles (os profissionais) pedem que a gente faça;
 - eu acho que, às vezes, as orientações são difíceis de cumprir;
- b) **Inventário de categorias de base**
- eu aceito, só às vezes;
 - * nem sempre é bom o que eles (os profissionais) pedem que a gente faça;
 - eu acho que, às vezes, as orientações são difíceis de cumprir;
- c) **Reagrupamento semântico**
- ele aceita, só às vezes as orientações, porque não acredita que sejam boas e são difíceis de cumprir.

ENTREVISTA N.º 9

Dados de Identificação:

- 67 anos
- sexo masculino
- aposentado
- escolaridade: 2º grau incompleto

- 3.- Se alguma vez, o/a Sr.(a) recebeu essas orientações sobre a sua saúde, a pessoa que as deu, perguntou a você antes, se as desejava receber?
- a) **Normalização**
- eles (os profissionais) não costumam perguntar antes;
 - eles (os profissionais) só falam;
- b) **Inventário de categorias de base**
- idem à normalização;
- c) **Reagrupamento semântico**
- ele adverte que os profissionais não perguntam;
 - ele assinala que os profissionais só falam e decidem o que orientar;
- 4.- Caso não tenham lhe perguntado antes, se desejava receber essas orientações ou explicações, isso lhe desagradou? Como gostaria que fosse?
- a) **Normalização**
- quando os profissionais não perguntam sobre o desejo de receber as orientações ou explicações, às vezes desagrada;
 - têm dias que a gente está mais sensível, é aí quando se sente mais;
 - a gente se inibe de falar, se eles (os profissionais) perguntassem a gente se abre, então pode perguntar e sentir-se a vontade;
 - eu acho que sempre seria melhor perguntar antes;
- b) **Inventário de categorias de base**
- quando os profissionais não perguntam sobre o desejo de receber as orientações ou explicações, às vezes desagrada;
 - a gente se inibe de falar, se eles (os profissionais) perguntassem a gente se abre, então pode perguntar e sentir-se a vontade;
 - * tem dias que a gente está mais sensível, é aí quando se sente mais;
 - eu acho que sempre seria melhor perguntar antes;
- c) **Reagrupamento semântico**
- quando os profissionais não perguntam, às vezes desagrada;
 - pensa que se os profissionais perguntassem, poderia se abrir, perguntar e ficar a vontade;
 - percebe que é melhor, que os profissionais perguntem;
- 5.- Quando as pessoas dão orientações sobre a sua saúde, deixam você à vontade, concedendo tempo para fazer perguntas ou tirar dúvidas?

- a) **Normalização**
 • só alguns profissionais deixam perguntar e tirar dúvidas, a causa é o tempo;
 • eu acho que muitas vezes, os profissionais nem se preocupam em conhecer às verdadeiras necessidades da gente;
- b) **Inventário de categorias de base**
 • idem à normalização;
- c) **Reagrupamento semântico**
 • ele acredita que só alguns profissionais lhe deixam perguntar e tirar dúvidas, a causa é o tempo;
 • ele acha que os profissionais, muitas vezes, não conhecem às suas necessidades;
- 6.- Caso concedam ao/à Sr.(a) essa oportunidade, escutam suas perguntas e lhe concedem tempo para tirar suas dúvidas?

Reagrupamento semântico

- ele percebe que os profissionais, só às vezes, escutam suas perguntas;
- 7.- Você tem sentido, que as orientações que lhe foram dadas vão ao encontro do que você pensa ou quer?. O que você pensa disso?.

- a) **Normalização**
 • eu acho que vão sempre ao meu encontro;
 • a gente, às vezes pensa diferente;
 • para não incomodar, melhor ficar calado;

- b) **Inventário de categorias de base**
 • idem à normalização

- c) **Reagrupamento semântico**
 • ele adverte que nem sempre as orientações concordam com sua forma de pensar,
 • ele, frente às diferenças de opinião, às vezes, fica calado para não incomodar;

- 8.- Se o/a Sr(a) não está de acordo com a orientação, os profissionais respeitam sua opinião e lhe concedem tempo suficiente para explicar suas razões?

- a) **Normalização**
 • não acontece que os profissionais respeitem a opinião e concedam tempo para explicar as razões;
 • eu, geralmente só escuto, não discuto o que eles falam;
 • os profissionais só escutam aquilo que estão a fim de escutar;

- b) **Inventário de categorias de base**
 • idem à normalização;

- c) **Reagrupamento semântico**
 • ele acha que os profissionais não respeitam a opinião e nem concedem tempo para explicar as razões;
 • ele, geralmente só escuta, não discute sua opinião com os profissionais;
 • ele percebe que os profissionais só escutam aquilo que estão a fim de escutar;

- 9.- O profissional da saúde pede sua ajuda e participação no momento de orientar-lhe e dar-lhe explicações?. Caso isso não ocorra, você gostaria de ajudar e participar?

- a) **Normalização**
 • geralmente não participo, só escuto;
 • eu já disse que é melhor assim, na verdade, o médico e a enfermeira são os que sabem, então para que incomodar;

- b) **Inventário de categorias de base**
 • idem à normalização;

- c) **Reagrupamento semântico**
 • ele não participa, só escuta;
 • ele não gosta de participar, encontra que está bem assim, o médico e a enfermeira são os que sabem;

- 10.- Você aceita as orientações e explicações que lhe foram dadas?

Reagrupamento semântico

- ele aceita as orientações e explicações que lhe foram dadas, só quando acha que é possível fazer o que os profissionais dizem.

ENTREVISTA N.º 10

Dados de Identificação:

- 63 anos
- sexo masculino
- aposentado
- escolaridade: sem educação

- 3.- Se alguma vez, o/a Sr.(a) recebeu essas orientações sobre a sua saúde, a pessoa que as deu, perguntou a você antes, se as desejava receber?
- a) **Normalização**
- os profissionais não perguntam sobre o desejo de receber as orientações;
 - eu acho que é por causa do tempo;
- b) **Inventário de categorias de base**
- idem à normalização;
- c) **Reagrupamento semântico**
- os profissionais não perguntam sobre o desejo de receber as orientações;
 - ele sente que o fator tempo, impede os profissionais, perguntar, sobre o desejo de receber as orientações;
- 4.- Caso não tenham lhe perguntado antes, se desejava receber essas orientações ou explicações, isso lhe desagradou? Como gostaria que fosse?
- a) **Normalização**
- quando os profissionais não orientam, desagrada;
 - seria melhor ter a possibilidade de perguntar;
 - eu sinto que tenho que puxar a conversa, para que eles (os profissionais) falem;
- b) **Inventário de categorias de base**
- quando os profissionais não orientam, desagrada;
 - seria melhor ter a possibilidade de perguntar;
 - eu sinto que tenho que puxar a conversa, para que eles (os profissionais) falem;
- c) **Reagrupamento semântico**
- quando os profissionais não orientam, desagrada;
 - ele gosta de ter a possibilidade de perguntar;
 - sente que tem que puxar a conversa, para facilitar a comunicação com os profissionais;
- 5.- Quando as pessoas dão orientações sobre a sua saúde, deixam você à vontade, concedendo tempo para fazer perguntas ou tirar dúvidas?
- a) **Normalização**
- a gente só pode fazer algumas perguntas, quando é possível interromper;
 - em geral eles não deixam tempo para perguntar;
 - depende do profissional, têm alguns que deixam;
 - eu penso que o maior problema é o curto tempo da consulta;
- b) **Inventário de categorias de base**
- a gente só pode fazer algumas perguntas, quando é possível interromper;
 - em geral eles não deixam tempo para perguntar;
 - * depende do profissional, têm alguns que deixam;
 - eu penso que o maior problema é o curto tempo da consulta;
- c) **Reagrupamento semântico**
- ele percebe que pode fazer algumas perguntas, só quando é possível interromper;
 - ele adverte que só alguns dos profissionais deixam tempo para perguntar;
 - ele assinala que o maior problema é o curto tempo da consulta;
- 6.- Caso concedam ao/a Sr.(a) essa oportunidade, escutam suas perguntas e lhe concedem tempo para tirar suas dúvidas?
- Reagrupamento semântico**
- ele acredita que os profissionais escutam suas perguntas;
- 7.- Você tem sentido que as orientações que lhe foram dadas vão ao encontro do que você pensa ou quer?. O que você pensa disso?.
- a) **Normalização**
- as orientações dadas não vão ao encontro do que eu penso ou quero;
 - não é possível dizer aos profissionais porque eles não entenderiam;
 - têm coisas que a gente percebe diferente a eles e aí, a coisa é difícil;
 - a gente não tem confiança para discutir;
 - eu não sei como fazer;
- b) **Inventário de categorias de base**
- as orientações dadas não vão ao encontro do que eu penso ou quero;
 - não é possível dizer aos profissionais, porque eles não entenderiam;
 - * têm coisas que a gente percebe diferente a eles e aí, a coisa é difícil;
 - * a gente não tem confiança para discutir;
 - * eu não sei como fazer;

- c) **Reagrupamento semântico**
- as orientações nem sempre, concordam com a forma de pensar ou querer;
 - ele se sente inseguro, porque existem percepções diferentes, falta de entendimento e falta de confiança com os profissionais;
- 8.- Se o/a Sr(a) não está de acordo com a orientação, os profissionais respeitam sua opinião e lhe concedem tempo suficiente para explicar suas razões?
- a) **Normalização**
- eu nunca falei das minhas diferenças;
 - eu acho que eles não gostariam das diferenças;
 - eu prefiro ficar calado e não comentar, por falta de confiança;
- b) **Inventário de categorias de base**
- idem à normalização;
- c) **Reagrupamento semântico**
- ele não sabe se respeitam sua opinião, porque nunca falou de suas diferenças;
 - ele acha que os profissionais não gostam de escutar diferenças de opinião;
 - ele pensa que por falta de confiança, não pode comentar suas diferenças de opinião e por isso, fica melhor calado e não faz comentários;
- 9.- O profissional da saúde pede sua ajuda e participação no momento de orientar-lhe e dar-lhe explicações?. Caso isso não ocorra, você gostaria de ajudar e participar?.
- a) **Normalização**
- em geral, não pedem ajuda e participação;
 - eu participo, só quando a enfermeira motiva a perguntar ou convida a fazer alguma atividade;
 - eu gosto de participar;
- b) **Inventário de categorias de base**
- idem à normalização;
- c) **Reagrupamento semântico**
- ele acredita que os profissionais, em geral, não pedem ajuda e participação;
 - ele reconhece que só é possível participar em atividades organizadas e motivadas pela enfermeira;
 - ele gosta de participar;
- 10.- Você aceita as orientações e explicações que lhe foram dadas?
- a) **Normalização**
- eu, só às vezes, aceito todas as orientações;
 - a gente tem o direito de não acreditar em tudo o que eles (os profissionais) falam;
 - eu penso que os profissionais não consideram as necessidades da gente;
- b) **Inventário de categorias de base**
- idem à normalização;
- c) **Reagrupamento semântico**
- ele só às vezes aceita as orientações;
 - ele sente o direito de não acreditar em tudo o que os profissionais falam;
 - ele pensa que os profissionais não consideram as suas necessidades;

PROCESSO DE INFERÊNCIA/QUALIFICAÇÃO
ENTREVISTAS GRUPO IDOSOS

3.- **Inferência/Qualificação (respostas entrevistas N°:1-3-4-6-7-8-9-10)**

- os usuários identificam que os profissionais não perguntam sobre o desejo de receber orientações, porque baseados em seu saber: "só falam; resolvem e decidem o que orientar. Um deles opina que não tem porque perguntar, dado que "eles sabem o que fazer". Identificam também como causa, o pouco tempo dedicado à consulta. A respeito referem, que "talvez pela falta de tempo, eles só deixam perguntar em relação à doença que eles acham... Às vezes a gente já sabe sobre aquilo; "difícilmente pode se perguntar algo mais, além da doença... não há tempo para ensinar algo mais ". Ele reclama seu direito de perguntar e de encontrar respostas pertinentes. Faz notar que uma orientação mais ampla vai contribuir para melhorar a saúde. Confirmando, dessa forma, a falta de possibilidades de perguntar, além do problema concreto que leva a consultar, não considerando a opinião do usuário, direcionando desta forma, a orientação só a seu ponto de vista.

- a conduta do profissional se torna assim, evitativa e coercitiva, o que traz como consequência, o predomínio do saber do profissional sobre as necessidades do usuário. Isto favorece, uma prática autoritária e paternalista, a que inibe o exercício de perguntar e leva a fomentar a passividade, a falta de autonomia e a impossibilidade de experimentar a liberdade, frente a tomada de decisões.

- para os usuários, a conduta do profissional significa, ficar com dúvidas e sentir inibido o direito de perguntar, num ambiente autoritário e com condições desfavoráveis, para satisfazer as suas necessidades, em relação às orientações em saúde.

3.- **Inferência/Qualificação (respostas entrevistas: N°2)**

- os profissionais, só às vezes lhe tem perguntado; isto quer dizer, que eles não mantêm uma conduta estável e uniforme, frente a respeitar o direito de decidir sobre o desejo de receber orientações. O que lhe impede reconhecer essa situação como um direito. Neste caso, se repete também a problemática anteriormente indicada.

- as consequências e o significado da conduta do profissional para o usuário, seguem manifestando uma conduta pouco favorável, a sua autonomia e a sua livre vontade de decidir sobre a saúde, repetindo-se a problemática antes assinalada.

4.- **Inferência/Qualificação (respostas entrevistas: N°2-3-6-7-10)**

- sentem desagrado*, quando não lhe perguntam antes, se desejam receber orientações ou explicações. Sentem que gostariam, que lhes perguntassem e acreditam que isto é um *problema*, porque:

- "nos temos o direito de ser educados... se os profissionais perguntassem a gente sentiria que tem a possibilidade de perguntar e tirar dúvidas";

- "a gente tem que puxar a conversa, para que eles falem, senão não dá certo"; eles não motivam a "gente a perguntar";

- apresentam-se aqui também, condutas profissionais, autoritárias e paternalistas, as que têm como *consequências*: a inibição do exercício de perguntar e o desrespeito ao direito de receber educação em saúde. Os profissionais centram seu quefazer nos seus conhecimentos, o que inibe a autonomia e a livre vontade de expressar-se. Isto se pode observar, através das expressões: "nós temos o direito de ser educados... se os profissionais perguntassem a gente sentiria que tem a possibilidade de perguntar e tirar dúvidas... a gente tem que puxar a conversa, para que eles falem, senão não dá certo".

- a prática profissional *implica*, um importante grau de insatisfação frente às orientações em saúde, denotando falta de disponibilidade para o diálogo e coerção, ao não entregar respostas oportunas, deixando a quem recebe a orientação, a sensação de ignorância, desconfiança e dúvidas... a gente tem que puxar a conversa... eles não motivam a gente a perguntar" Percebe-se o reclamo pelo direito de serem educados e ser escutados em saúde.

4.- **Inferência/Qualificação (respostas entrevistas: N°1-4)**

- não sentem desagrado*, quando não lhe perguntam antes, se desejam receber orientações ou explicações. *Identificam* que:

- "se perguntassem a gente se sentiria com mais vontade de perguntar";

- "poderiam perguntar, mais não incomoda";

- a prática profissional autoritária e paternalista, tem como *consequências*, neste caso, a aparição de condutas passivas, "poderiam perguntar, mais não incomoda", assinala-se também, a necessidade de serem escutados, "se perguntassem a gente se sentiria com mais vontade de perguntar".

- a conduta profissional *implica* para os usuários então, a geração de condutas passivas. Eles reclamam, implicitamente, seu direito de serem escutados, deixando sentir a falta de orientações em saúde, as quais transmitam segurança.

4.- **Inferência/Qualificação (respostas entrevistas: N°5-8)**

- reconhecem que às vezes *desagrada...* e *chateia*, quando não lhe perguntam antes, se desejam receber orientações ou explicações. *Identificam* que: "tem dias que a gente está mais sensível... se sente mais... porque a gente se inibe de falar, se eles perguntassem a gente se abre". Ambos sentem, que seria melhor se lhes perguntassem antes, sobre o desejo de receber orientações ou explicações.

- as *consequências* da prática autoritária e paternalista, centrada no saber dos profissionais, corresponde a aspectos já assinalados anteriormente.

- a prática profissional deixa a sensação de insatisfação, dúvidas e insegurança; frente a uma instância educativa sem intencionalidade, que inibe o direito de perguntar e ser escutado. Reclamam assim, uma atenção que seja desenvolvida em condições que favoreçam, a liberdade e autonomia e que respeitem o direito de ser educados em saúde.

5.- **Inferência/Qualificação (respostas: N°1-3-4-5-7-8)**

- os profissionais "deixam à vontade e dão tempo". Esta afirmação vem de usuários que apresentam duas posturas diferentes:

observa-se nas entrevistas: N°1-4 e 5, que os usuários mostram uma conduta, em geral, passiva e de aceitação, o que combina com sua resposta. Isto é, não se desagradam se não lhes perguntam e acreditam que eles podem decidir sobre a sua saúde, porque eles sabem o que fazer.

- no caso das entrevistas N°3-7 e 8, os usuários reconhecem em respostas anteriores, que os profissionais não perguntam porque "não há tempo para ensinar algo mais"; "o pouco tempo impede perguntar à vontade"; "a coisa seria diferente se os profissionais (...) conversaram com a gente". O que se contradiz com a afirmação de que "os profissionais deixam perguntar à vontade e dão tempo".

• pode-se observar, então, que se repete a falta de disponibilidade para dialogar, por parte dos profissionais. O que responde a outra das características de uma atenção já identificada, como autoritária e paternalista.

- a conduta profissional transmite, então, um grau de ambigüidade e de insatisfação, que não é explícito. A comunicação com os profissionais não é tão óbvia, como parece.

5. **Inferência/Qualificação (respostas N°2-6-9)**

- quando os profissionais dão orientações, só às vezes, dão tempo para fazer perguntas ou tirar dúvidas. Acreditam que o problema é que "o pouco tempo da consulta, não deixa fazer perguntas ou tirar dúvidas".

• as características da atenção dos profissionais, determinam também aqui, uma prática autoritária e paternalista. Características já identificadas anteriormente.

- tempo é um fator que interfere, porque "não deixa fazer perguntas ou tirar dúvidas". Reclamam dessa forma, o direito à dialogicidade e seu direito de escutar respostas oportunas.

5. **Inferência/Qualificação (resposta N°10)**

- quando os profissionais dão orientações, não dão tempo para fazer perguntas ou tirar dúvidas, porque "a gente só pode fazer perguntas, quando é possível interromper... o maior problema é o tempo curto da consulta".

• as características da atenção dos profissionais, determinam também aqui, uma prática autoritária e paternalista, e as conseqüências correspondem às já identificadas, anteriormente.

- o significado para o usuário, é a falta de possibilidades de ser escutado, o que implica ficar com dúvidas e não satisfazer as suas necessidades, a respeito da educação em saúde.

6.- **Inferência/Qualificação (respostas N°1-4-5-7-9-10)**

- acreditam que os profissionais, "escutam suas perguntas". Isto aparece como uma situação, que aparenta normalidade, embora seja contraditória com respostas anteriores. Nelas identificam que: "os profissionais não perguntam só falam"; "a gente tem que puxar a conversa, para que eles falem". Isto afirma, que a disposição para escutar não está sempre presente. Pelo contrário, reafirma a conduta autoritária e paternalista, já identificada, somando-lhe as conseqüências, previstas, que se resumem em: dificultar vivências de autonomia e liberdade.

- eles assumem uma postura passiva, de aceitação e ambígua, na qual só às vezes, fazem consciente suas necessidades na educação em saúde. Assumindo, sem criticar, o que foi feito até agora.

6. **Inferência/Qualificação (respostas N°2-3-6-8)**

- os profissionais, só às vezes, escutam as perguntas. Frente a esta resposta, os usuários, identificam que: "às vezes a gente muda de idéia na conversa... e acaba o tempo, então (...) acaba perguntando, só aquilo que está ao alcance nesse momento"; "às vezes, estão até conversando com outros enquanto atendem".

• aparece aqui, outra manifestação de uma prática autoritária e paternalista.

- o problema da falta de tempo e a falta de atenção, significam, que não lhe permitem abertura as suas falas. Demonstrando, neste caso, a falta de disponibilidade para escutar, negando assim, o direito de perguntar e de dialogar. Isto abre possibilidades às dúvidas, reafirmando uma prática educativa sem intencionalidade, aspectos já, identificados em respostas anteriores.

7.- **Inferência/Qualificação (respostas N°1-3-4-5-7)**

- os usuários afirmam que as orientações que lhes foram dadas, sempre combinam com suas formas de pensar. Embora considerando suas apreciações anteriores, todos coincidiram em referir que os profissionais "resolvem o que orientar", ou seja, eles sempre têm aceitado, o que diz o profissional.
- a aceitação da conduta paternalista e autoritária, faz identificar uma manifestação da passividade dos usuários, frente a sua atenção.
- as afirmações em relação a que as orientações, concordam com suas formas de pensar, significam, a falta de oportunidade de participar de uma prática educativa, crítica e intencionada, a qual lhes ofereça, a possibilidade de que se respeitem as características pessoais, as necessidades, o saber individual e o direito de perguntar e ser escutado.

7.- **Inferência/Qualificação (respostas N° 2-6-8-9)**

- "as orientações dadas, só às vezes, combinam com a forma de pensar". Identificam como problema, que os profissionais, "às vezes ensinam coisas que não estão ao alcance da gente... eles nunca consideram a experiência da gente"; "acho que o dono do corpo é cada um, e cada um sabe o que sente"; "especialmente o médico, ele só olha a doença atual... e não pensa se é possível fazer o que ele diz"; "a gente às vezes pensa diferente, então para não incomodar, melhor ficar calado".
- apresenta-se uma conduta profissional, autoritária, paternalista e coercitiva, onde prevalece seu conhecimento, oferecendo uma prática educativa sem intencionalidade e sem limites éticos.
- o anterior significa, que os usuários reclamam seu direito de decidirem por si mesmos, de serem escutados, de participarem e de que sejam consideradas as suas necessidades.

7.- **Inferência/Qualificação (resposta entrevista N°10)**

- as orientações que lhe foram dadas, não combinam com sua forma de pensar. "Não é possível dizer aos profissionais, porque eles não entenderiam. Têm coisas que a gente percebe diferente a eles".
- a conduta paternalista faz com que o profissional decida o que orientar, oferecendo uma prática centrada só em seus conhecimentos, e não nas suas necessidades; determinando uma educação em saúde, sem intencionalidade, sem limites éticos, inadequada e incompleta e impedindo que as orientações, possam ir ao encontro do que pensa ou quer.
- reclama seu direito de participar, de que sejam consideradas suas necessidades e de receber uma prática educativa em condições favoráveis, as quais lhe permitam, respostas oportunas e o direito à dialogicidade; "a gente não tem confiança para discutir... eu não sei como fazer".

8.- **Inferência/Qualificação (respostas entrevistas N°1-4)**

- os profissionais respeitam e dão tempo para dar a explicar as razões. Isto porque, um dos usuários, percebe que "o conhecimento dos profissionais é muito importante, especialmente o do médico"; u outro sente, que sempre está de acordo com as orientações e se acontecesse alguma diferença, percebe que "eles aceitariam as diferenças e respeitariam a sua opinião".
- os usuários, assumem uma atitude passiva e de aceitação, frente à conduta eminentemente paternalista dos profissionais.
- apresenta-se uma atenção que privilegia uma falta de disponibilidade para o diálogo, favorecendo uma comunicação horizontal, na qual prevalece a opinião do profissional. Isto significa, inibir a liberdade de falar e expressar diferenças de opinião, fomentando condutas, passivas e dependentes de parte dos usuários.

8.- **Inferência/Qualificação (respostas entrevistas N.° 2-5-10)**

- os usuários não sabem se os profissionais, respeitam e dão tempo para dar a explicar as razões. Expressam que: "quando eu não estou de acordo com a orientação eu deixo para mim, e não comento... não existe confiança suficiente... os profissionais sentem estar no certo, por causa do conhecimento"; "a gente não sente o direito de dizer um desacordo... não sei se eles respeitariam minha opinião não tenho como saber"; "eu nunca falei das minhas diferenças... acho que eles não gostariam.... eu prefiro ficar calado e não comentar... isto por falta de confiança".
- a consequência da conduta profissional, se traduz, numa comunicação unidirecional e coercitiva, aparece como causa, a falta de confiança de comunicar desacordos e diferenças, o que dificulta poder comunicar-se, e expressar-se; "eu deixo para mi, e não comento"; "eu prefiro ficar calado e não comentar". Por outra parte, o desconhecimento, em relação a "se eles respeitem a opinião e concedam tempo para deixar explicar razões"; está indicando a falta de vivências e de oportunidades, o que implica uma forma de desrespeitar a dignidade. Manifestando-se assim, outro antecedente para denominar á prática profissional, de paternalista e autoritária.

- a comunicação unidirecional e coercitiva que surge da conduta profissional, determina sua falta de confiança para estabelecer o diálogo, e da conta de uma atenção, que não responde às suas características e necessidades individuais. Os profissionais, não dão confiança suficiente, nem se centram nas necessidades dos usuários. As orientações são feitas em forma impessoal, não favorecem o exercício de perguntar e inibem o livre direito de emitir uma opinião.

8.- Inferência/Qualificação (respostas entrevistas N° 3-6-7-8-9)

- não tem acontecido, que os usuários não estejam de acordo com as orientações, porque: "os profissionais sentem ter a razão por causa do conhecimento... eles não explicariam o desacordo; a enfermeira, às vezes sabe entender um desacordo; "tem profissionais, com os quais a gente não se atreve a colocar a própria opinião, eles sentem que porque tem o conhecimento são donos da razão"; "os profissionais não respeitariam a opinião, embora a gente esteja certa... não entenderiam"; "isto não acontece porque eu geralmente só escuto, não discuto o que eles falam; os profissionais só escutam aquilo que estão afim de escutar"; "até agora nunca tentei colocar minha opinião... seria muito feio, contradizer as indicações dos profissionais, especialmente a do médico, prefiro calar e simplesmente, não fazer aquilo com ou que não concordo".
- as condutas profissionais, reafirmam a postura autoritária e paternalista dos profissionais, o que determina como consequência, assumir uma atitude passiva e de aceitação, frente à autoridade que lhes outorga o poder do conhecimento. "sentem ter a razão por causa do conhecimento"; "sentem que porque tem o conhecimento são donos da razão"; "não respeitariam a opinião, embora a gente esteja certa... não entenderiam"; "só escutam aquilo que estão afim de escutar".
- as características assinaladas, apresentam uma atenção que privilegia o saber profissional. Realçando uma falta de disponibilidade para o diálogo e favorecendo uma comunicação horizontal. Isto significa, inibir a liberdade de falar especialmente frente ao médico; "embora a gente esteja certa... não entenderiam"; "só escutam aquilo que estão afim de escutar"; "prefiro calar e simplesmente, não fazer aquilo com ou que não concordo".

9.- Inferência/Qualificação (respostas N° 1-2-3-4-5-6-9-10)

- os profissionais, não pedem ajuda nem permitem participação no momento de orientar, ao respeito os usuários acham que: "está bem assim... a gente não se sente a vontade, nem tem confiança para participar"; "eu só escuto... acho legal assim"; "eu só escuto, acho que está bem assim, porque eles tem muitas pessoas que atender"; "está bem assim, não gostaria de participar"; "a gente participa só, quando a enfermeira motiva a perguntar ou convida alguma atividade"; participo só escutando... acho que está legal, eu não gosto de incomodar... eu meu jeito"; "na verdade o médico e a enfermeira são os que sabem... então, para que incomodar"; "a gente, não se sente com segurança para intervir".
- a falta de oportunidades para participar, tem como resultado uma conduta passiva de parte dos usuários. Eles concordam em dizer que "está bem assim"; a falta de confiança aparece uma vez mais, como uma ameaça frente à atenção. Confirmando desta maneira, uma conduta profissional, autoritária e paternalista, que limita, e inibe suas possibilidades. percebe-se uma participação, passiva na qual os profissionais falam, os usuários escutam. Isto tem como consequência, aceitar as orientações entregues, o que favorece o ambiente paternalista e autoritário, e agudiza o problema da dependência fazendo que a passividade aumente.
- a participação passiva, significa sentir insatisfação e frustração, no intento de participar e aceitar o paternalismo/autoritarismo do profissional, exacerbando a falta de consciência e a importância de reclamar os direitos de uma participação livre e autônoma.

9.- Inferência/Qualificação (respostas N° 7-8)

- os profissionais, só às vezes pedem ajuda para participar no momento de orientar. Apresentam-se duas opiniões diferentes, uma delas aceita essa forma de participação, "está bem assim"; a outra refere que, "a gente não fica a vontade, não se sente com confiança de interromper".
- as consequências, de uma conduta profissional, que só às vezes permite a participação, denota uma inconsistência, que fomenta a prática autoritária e paternalista, favorecendo a passividade e a dificuldade da intervenção do usuário. No caso assinalado, evidencia-se a passividade de um dos usuários versus o reclamo do outro, pelas condições desfavoráveis para participar.
- a falta de motivação por favorecer a participação, significa incrementar condutas negativas frente à mesma. Uma atenção, que não estimule a participação usuária, desrespeita os direitos de uma prática educativa com intencionalidade e uma atenção digna e respeitosa.

10.- Inferência/Qualificação (respostas N° 1-5)

- aceitam as orientações ou explicações entregues pelos profissionais. Ambos coincidem em identificar que aceitam porque "os profissionais são os que sabem".
- as consequências de aceitar as orientações ou explicações na hora da consulta, implicam manifestar seu total acordo frente à prática autoritária e paternalista, a qual impõe seu ponto de vista, sobre suas necessidades.

10.- Inferência/Qualificação (Nº 2-3-6-10)

- os usuários só às vezes aceitam as orientações, porque: "acho que nem tudo o que eles falam, está ao nosso alcance"; "as orientações não respondem as minhas necessidades"; "as orientações nem sempre tem haver com minhas necessidades, são irreais"; as orientações são difíceis de cumprir".
- as conseqüências de aceitar só às vezes as orientações na hora da consulta, está implicando, não considerar a autoridade e o paternalismo profissional em forma absoluta.
- a conduta de só às vezes aceitar, significa, manter uma postura de questionamento frente à prática autoritária e paternalista, é uma forma de resistir-se a fazer algo que não responde às próprias necessidades. Isto propõe a exigência de uma educação em saúde com intencionalidade, a qual responda, e respeite os requerimentos dos usuários.

10.- Inferência/Qualificação (respostas Nº 4-9)

- aceitam as orientações sempre que concordem com elas. Isto é, "só quando é possível fazer o que eles dizem".
- a afirmação anterior, tem como conseqüência, fazer só o que responde as suas necessidades e que está a seu alcance. Manifestando a insatisfação de condutas autoritárias e paternalistas, dos profissionais que não direcionam, nem satisfazem, adequadamente seus requerimentos.

10.- Inferência/Qualificação (resposta Nº7)

- ele não aceita as orientações, acha que os profissionais "pedem coisas que a gente não entende e que não gostaria de fazer assim... eu não comento com eles, o que não faço".
- ele manifesta uma conduta ativa, a que tem como conseqüência, fazer valer sua autonomia, e a sua livre vontade de decidir, em relação a sua saúde. Embora, ele não tenha a confiança suficiente para comentar o que não faz.
- o anterior significa, acreditar nas suas possibilidades e reclamar de que sejam respeitados seus direitos e suas decisões.

IV.- ENTREVISTAS GRUPO DIABETES

ENTREVISTA N.º 1

Dados de Identificação:

- 35 anos
- sexo feminino
- dona de casa
- 1º grau completo

3.- Se alguma vez, o/a Sr.(a), recebeu essas orientações sobre a sua saúde, a pessoa que as deu perguntou, a você antes, se as desejava receber?

a) **Normalização**

- os profissionais não perguntam sobre o desejo de receber as orientações;
- os profissionais embora, não perguntem, explicam direitinho o que a gente precisa para a doença;

b) **Inventário de categorias de base**

- idem à normalização;

c) **Reagrupamento semântico**

- ela adverte que os profissionais não perguntam;
- ela acha que embora os profissionais não perguntem, lhe explicam direitinho o que precisa para a sua doença.

4.- Caso não tenham lhe perguntado antes, se desejava receber essas orientações ou explicações, isso lhe desagradou? Como gostaria que fosse?

a) **Normalização**

- quando os profissionais não orientam às vezes desagrada;
- eu gostaria que me perguntassem, para sentir mais confiança de fazer as perguntas que eu preciso, em relação à doença;
- eu acho que a gente tem que ser ativa e também perguntar, assim os profissionais se sentem motivados a perguntar e falar;

b) **Inventário de categorias de base**

- idem à normalização;

c) **Reagrupamento semântico**

- ela acredita que às vezes se sente desagrada, quando os profissionais não orientam;
- ela gosta que lhe perguntem, sente mais confiança na hora da consulta;
- ela percebe que tem que adotar uma atitude ativa e também perguntar, assim, os profissionais podem-se motivar a perguntar e falar.

5.- Quando as pessoas dão essas orientações, deixam você a vontade, concedendo tempo para fazer perguntas ou tirar dúvidas?

a) **Normalização**

- os profissionais dão tempo;
- eles esperam que a gente faça perguntas para poder dar as respostas;

b) **Inventário de categorias de base**

- idem à normalização;

c) **Reagrupamento semântico**

- os profissionais dão tempo;
- ela reconhece que motivam a fazer perguntas e estão dispostos a responder.

6.- Caso concedam ao/a Sr.(a) essa oportunidade, escutam suas perguntas e lhe concedem tempo para tirar suas dúvidas?

a) **Reagrupamento semântico**

- ela acha que os profissionais só às vezes, escutam as suas perguntas;

7.- Você tem sentido, que as orientações que lhe foram dadas vão ao encontro do que você pensa ou quer?. Que você pensa disso?.

a) **Normalização**

- às vezes tem coisas que não encaixam e eu não compreendo;
- muitas vezes as orientações não estão ao alcance do que a gente pode fazer;
- eles (os profissionais) acham que a gente vai mudar de um dia para outro e de acordo com o que eles falam;

b) **Inventário de categorias de base**

- idem à normalização;

c) **Reagrupamento semântico**

- ela sente que tem coisas que não concordam com sua forma de pensar ou querer;
- ela reconhece que muitas vezes as orientações não estão ao seu alcance;
- pensa que os profissionais, não dão tempo para as mudanças e consideram só sua própria opinião.

8.- Se o/a Sr(a). não está de acordo com a orientação, os profissionais respeitam sua opinião e lhe concedem tempo para dar a explicar suas razões?

a) **Normalização**

- não é possível que respeitem a opinião, porque não existe a confiança para dizer um desacordo;
- às vezes é muito difícil falar, então é melhor ficar calada e guardar para se mesma;
- eu tampouco sei se eles respeitariam a opinião, ou se eles dariam tempo para dar a explicar razões;

b) **Inventário de categorias de base**

- eu tampouco sei se eles respeitariam a opinião ou se eles dariam tempo para dar a explicar razões;
- não é possível que respeitem a opinião, porque não existe a confiança para dizer um desacordo;
- * às vezes é muito difícil falar, então é melhor ficar calada e guardar para se mesma;

c) **Reagrupamento semântico**

- ela desconhece se os profissionais respeitam a opinião e dão tempo para dar a explicar razões;
- ela sente que não tem confiança para comunicar um desacordo, por isso prefere ficar calada.

9.- O profissional da saúde pede sua ajuda e participação no momento de orientar-lhe, e dar explicações?. Caso isso não ocorra, você gostaria de ajudar e participar?.

a) **Normalização**

- o profissional não pede cooperação no momento de orientar;
- a gente só escuta;
- eu gostaria de participar, penso que é bom;
- eu não me sento a vontade para participar;

b) **Inventário de categorias de base**

- o profissional não pede cooperação no momento de orientar;
- a gente só escuta;
- eu gostaria de participar, penso que é bom;
- * eu não me sento a vontade para participar;

c) **Reagrupamento semântico**

- ela adverte que o profissional não pede cooperação no momento de orientar;
- ela só escuta;
- ela gosta de participar, mais não se sente a vontade.

10.- Você aceita, as orientações e explicações que lhe foram dadas?.

a) **Normalização**

- não sempre é possível aceitar as orientações e explicações;
- tento cumprir o melhor que pode;
- às vezes, as orientações não tem nada a ver com as necessidades da gente;

b) **Inventário de categorias de base**

- não sempre é possível aceitar as orientações e explicações;
- às vezes, as orientações não tem nada a ver com as necessidades da gente;
- * eu tento cumprir o melhor que posso;

c) **Reagrupamento semântico**

- ela não sempre aceita as orientações;
- ela sente que às vezes as orientações não combinam com suas necessidades, mais tenta cumprir.

ENTREVISTA Nº 2

Dados de Identificação:

- 71 anos
- sexo masculino
- aposentado
- escolaridade: 4ta. série

3.- Se alguma vez, o/a Sr.(a), recebeu essas orientações sobre a sua saúde, a pessoa que as deu perguntou, a você antes, se as desejava receber?

a) **Normalização**

- os profissionais não perguntam;
- eles (os profissionais) ensinam espontaneamente, de acordo ao que eles acham que a gente precisa;

b) **Inventário de categorias de base**

- idem à normalização;

- c) **Reagrupamento semântico**
- ele adverte que os profissionais não perguntam;
 - ele sente que os profissionais são os que decidem o quê orientar.
- 4.- Caso não tenham lhe perguntado antes, se desejava receber essas orientações ou explicações, isso lhe desagradou? Como gostaria que fosse?
- a) **Normalização**
- não desagrada que eles não perguntem;
 - acho que a gente já se acostumou assim;
 - até poderia ser interessante se eles perguntassem;
- b) **Inventário de categorias de base**
- não desagrada que eles não perguntem;
 - acho que a gente já se acostumou assim;
 - * até poderia ser interessante se eles perguntassem;
- c) **Reagrupamento semântico**
- ele não se incomoda quando os profissionais não lhe perguntem antes, sobre o desejo de receber orientações;
 - ele percebe que já se acostumou a que não lhe perguntem e acha que poderia ser interessante que lhe perguntassem.
- 5.- Quando as pessoas dão essas orientações, deixam você a vontade, concedendo tempo para fazer perguntas ou tirar dúvidas?
- Reagrupamento semântico**
- ele acredita que os profissionais lhe concedem tempo para fazer perguntas ou tirar dúvidas.
- 6.- Caso concedam ao/a Sr.(a) essa oportunidade, escutam suas perguntas e lhe concedem tempo para tirar suas dúvidas?
- Reagrupamento semântico**
- ele acha que os profissionais sempre escutam suas perguntas.
- 7.- Você tem sentido, que as orientações que lhe foram dadas vão ao encontro do que você pensa ou quer?. Que você pensa disso?.
- a) **Normalização**
- as orientações, vão ao encontro do que eu penso ou quero, sempre tem concordado;
 - neste caso acho que a gente só pode confiar nos profissionais;
 - eles (os profissionais) são os que sabem;
- b) **Inventário de categorias de base**
- as orientações, vão ao encontro do que eu penso ou quero, sempre tem concordado;
 - neste caso acho que a gente só pode confiar nos profissionais;
 - * eles (os profissionais) são os que sabem;
- c) **Reagrupamento semântico**
- ele sempre tem concordado com as orientações dadas pelos profissionais;
 - ele confia nos profissionais, porque acredita que eles são os que sabem.
- 8.- Se o/a Sr(a). não está de acordo com a orientação, os profissionais respeitam sua opinião e lhe concedem tempo para dar a explicar suas razões?
- a) **Reagrupamento semântico**
- ele acredita que os profissionais sempre respeitam sua opinião e lhe dão tempo para explicar razões, lhe deixam a vontade.
- 9.- O profissional da saúde pede sua ajuda e participação no momento de orientar-lhe, e dar explicações?. Caso isso não ocorra, você gostaria de ajudar e participar?.
- a) **Normalização**
- no caso da diabetes eles sempre permitem que a gente participe, e pergunte à vontade, fica bem assim;
 - tem outros em medicina geral, que nem sempre permitem;
- b) **Inventário de categorias de base**
- idem à normalização;
- a) **Reagrupamento semântico**
- ele sempre participa à vontade nas consultas de diabetes;
 - ele acha que nas consultas de medicina geral, nem sempre permitem.
- 10.- Você aceita, as orientações e explicações que lhe foram dadas?.
- a) **Normalização**
- a gente tem que aceitar o que eles (profissionais) falam, tem que fazer direitinho;

- se eu não fizesse tudo, então para que assistir à consulta, não precisaria;

b) **Inventário de categorias de base**

- idem à normalização;

a) **Reagrupamento semântico**

- ele aceita e faz tudo o que é orientado;
- acredita na fala dos profissionais, senão, não precisaria assistir à consulta.

ENTREVISTA Nº 3

Dados de Identificação:

- 23 anos
- sexo masculino
- autoelétrica
- escolaridade: 2º grau completo

3.- Se alguma vez, o/a Sr.(a), recebeu essas orientações sobre a sua saúde, a pessoa que as deu perguntou, a você antes, se as desejava receber?

a) **Normalização**

- só ensinam, não perguntam;
- no meu caso, eles já me conhecem, então, educam o que eu preciso, eles resolvem o que educar;

b) **Inventário de categorias de base**

- idem à normalização;

c) **Reagrupamento semântico**

- ele acredita que os profissionais não perguntam, sobre o desejo de receber orientações;
- ele percebe que os profissionais resolvem o que educar.

4.- Caso não tenham lhe perguntado antes, se desejava receber essas orientações ou explicações, isso lhe desagradou?. Como gostaria que fosse?

a) **Normalização**

- não desagrada que os profissionais não perguntem;
- eu não tenho problema com isso;
- eu acho que é, pelo fato do tempo de tratamento, está bem assim;
- a gente já se acostumou;

b) **Inventário de categorias de base**

- não desagrada que os profissionais não perguntem;
- * eu não tenho problema com isso;
- eu acho que é, pelo fato do tempo de tratamento, está bem assim;
- * a gente já se acostumou;

c) **Reagrupamento semântico**

- não lhe desagrada que os profissionais não perguntem;
- pensa que pelo tempo de tratamento, se acostumou a que não lhe perguntem.

5.- Quando as pessoas dão essas orientações, deixam você a vontade, concedendo tempo para fazer perguntas ou tirar dúvidas?

a) **Reagrupamento semântico**

- ele acredita que os profissionais lhe deixam a vontade, para fazer perguntas ou tirar dúvidas.

6.- Caso concedam ao/a Sr.(a) essa oportunidade, escutam suas perguntas e lhe concedem tempo para tirar suas dúvidas?

a) **Reagrupamento semântico**

- ele sente que os profissionais escutam suas perguntas.

7.- Você tem sentido, que as orientações que lhe foram dadas vão ao encontro do que você pensa ou quer?. Que você pensa disso?.

a) **Normalização**

- eu só às vezes concordo com as orientações;
- a gente fica um pouco em dúvida;
- têm assuntos que a gente fica meio assim, desorientado;
- a gente vai sempre tentando conviver durante algum determinado tempo, com aquele balanço;
- não sei se é certo o que eles dizem ou não;
- eu vou tentando descobrir se tinham razão;

- b) **Inventário de categorias de base**
- eu só às vezes concordo com as orientações;
 - * a gente fica um pouco em dúvida;
 - * têm assuntos que a gente fica meio assim, desorientado;
 - a gente vai sempre tentando conviver durante algum determinado tempo, com aquele balanço;
 - * não sei se é certo o que eles dizem ou não;
 - * eu vou tentando descobrir se tinham razão;
- c) **Reagrupamento semântico**
- ele só às vezes concorda com as orientações, fica um pouco em dúvida e desorientado;
 - ele tenta comprovar e descobrir se os profissionais tinham a razão, do que lhe explicaram.
- 8.- Se o/a Sr(a). não está de acordo com a orientação, os profissionais respeitam sua opinião e lhe concedem tempo para dar a explicar suas razões?
- a) **Normalização**
- sim aceitam diferenças, e respeitam a opinião da gente;
 - eles (os profissionais), dão tempo para explicar as razões;
 - eles (os profissionais), já mudaram um tratamento que eu falei, me fazia mal;
 - eles aceitam o lado do paciente;
- b) **Inventário de categorias de base**
- sim aceitam diferenças e respeitam a opinião da gente;
 - * eles (os profissionais), dão tempo para explicar as razões;
 - eles (os profissionais), aceitam o lado do paciente;
 - * eles já mudaram um tratamento que eu falei, me fazia mal;
- c) **Reagrupamento semântico**
- os profissionais respeitam a opinião e dão tempo para explicar as razões;
 - ele acredita que os profissionais estão do lado do paciente;
- 9.- O profissional da saúde pede sua ajuda e participação no momento de orientar-lhe, e dar explicações?. Caso isso não ocorra, você gostaria de ajudar e participar?.
- a) **Normalização**
- os profissionais pedem cooperação no momento de orientar;
 - os profissionais sabem explicar e escutar;
- b) **Inventário de categorias de base**
- idem à normalização;
- c) **Reagrupamento semântico**
- ele acha que os profissionais pedem cooperação no momento de orientar;
 - ele acredita que os profissionais sabem explicar e orientar;
- 10.- Você aceita, as orientações e explicações que lhe foram dadas?.
- a) **Normalização**
- eu aceito tudo, por causa da minha doença;
 - eu tenho que acreditar na fala dos profissionais;
- b) **Inventário de categorias de base**
- eu aceito tudo, por causa da minha doença;
 - eu tenho que acreditar na fala dos profissionais;
- c) **Reagrupamento semântico**
- ele sente que tem que aceitar tudo, e acreditar na fala dos profissionais, por causa da sua doença.

ENTREVISTA N.º 4

Dados de Identificação:

- 55 anos
- sexo masculino
- ocupação: vigia
- escolaridade: 4ª.série

- 3.- Se alguma vez, o/a Sr.(a), recebeu essas orientações sobre a sua saúde, a pessoa que as deu perguntou, a você antes, se as desejava receber?

- a) **Reagrupamento semântico**
 • ele percebe que só às vezes perguntam, por causa do tempo.
- 4.- Caso não tenham lhe perguntado antes, se desejava receber essas orientações ou explicações, isso lhe desagradou? Como gostaria que fosse?
- a) **Normalização**
 • não desagrada que os profissionais não perguntem;
 • seria melhor que os profissionais perguntassem;
 • se os profissionais perguntassem, a gente se sentiria a vontade também de perguntar;
- b) **Inventário de categorias de base**
 • não desagrada que os profissionais não perguntem;
 * seria melhor que os profissionais perguntassem;
 • se os profissionais perguntassem, a gente se sentiria a vontade também de perguntar;
- c) **Reagrupamento semântico**
 • ele acha que não lhe desagrada que os profissionais não perguntem, mas pensa que é melhor que perguntem;
 • ele acredita que se os profissionais perguntam, facilitam que se sinta a vontade também de perguntar;
- 5.- Quando as pessoas dão essas orientações, deixam você a vontade, concedendo tempo para fazer perguntas ou tirar dúvidas?
- a) **Normalização**
 • eles deixam à vontade, para fazer perguntas e também tirar dúvidas;
 • eu não sou muito de fazer perguntas;
- b) **Inventário de categorias de base**
 • idem à normalização;
- b) **Reagrupamento semântico**
 • ele adverte que os profissionais dão tempo para fazer perguntas e tirar dúvidas;
 • ele reconhece que não gosta muito de perguntar.
- 6.- Caso concedam ao/a Sr.(a) essa oportunidade, escutam suas perguntas e lhe concedem tempo para tirar suas dúvidas?
- a) **Reagrupamento semântico**
 • ele acredita que os profissionais, sempre escutam.
- 7.- Você tem sentido, que as orientações que lhe foram dadas vão ao encontro do que você pensa ou quer?. Que você pensa disso?.
- a) **Normalização**
 • não sempre as orientações combinam;
 • sinto que às vezes, eles (os profissionais), pedem coisas que estão longe do alcance da gente que não tem nada a ver com o que a gente precisa;
- b) **Inventário de categorias de base**
 • idem à normalização;
- c) **Reagrupamento semântico**
 • ele concorda com as orientações dadas pelos profissionais;
 • ele sente que às vezes, as orientações não respondem a suas necessidades.
- 8.- Se o/a Sr(a). não está de acordo com a orientação, os profissionais respeitam sua opinião e lhe concedem tempo para dar a explicar suas razões?
- a) **Normalização**
 • não tem acontecido até agora que os profissionais respeitem a opinião e concedem tempo para dar a explicar razões;
 • se acontecesse, eu não sei se os profissionais respeitariam a diferença de opinião, nem se dariam tempo para explicar;
 • eu não tentaria discutir com eles, não me sinto no direito de fazer isso.
- b) **Inventário de categorias de base**
 • não tem acontecido até agora que os profissionais respeitem a opinião e concedem tempo para dar a explicar razões;
 * se acontecesse, eu não sei se os profissionais respeitariam a diferença de opinião, nem se dariam tempo para explicar;
 • eu não tentaria discutir com eles, não me sinto no direito de fazer isso;
- c) **Reagrupamento semântico**
 • ele não sabe se os profissionais respeitem sua diferença de opinião, nem se lhe concedam tempo para explicar razões;
 • ele não tenta discutir com os profissionais, não sente o direito de fazer-lho;
- 9.- O profissional da saúde pede sua ajuda e participação no momento de orientar-lhe, e dar explicações?. Caso isso não ocorra, você gostaria de ajudar e participar?.

- a) **Normalização**
- eles (os profissionais), deixam participar;
 - eu gosto de participar;
- b) **Inventário de categorias de base**
- idem à normalização;
- c) **Reagrupamento semântico**
- ele acredita que os profissionais lhe deixam participar;
 - ele gosta de participar.
- 10.- Você aceita, as orientações e explicações que lhe foram dadas?.
- a) **Normalização**
- eu não sempre faço tudo;
 - às vezes dá vontade de fazer o contrario, embora seja prejudicial;
 - a gente tem que suportar uma carga de indicações e orientações, que são cansativas;
 - eu depois, decido o que fazer;
- b) **Inventário de categorias de base**
- eu não sempre faço tudo;
 - às vezes dá vontade de fazer o contrario, embora seja prejudicial;
 - * a gente tem que suportar uma carga de indicações e orientações, que são cansativas;
 - eu depois, decido o que fazer;
- c) **Reagrupamento semântico**
- ele reconhece que não sempre faz tudo;
 - ele sente às vezes o desejo de não cumprir devido à carga que significam as orientações e indicações;
 - ele depois da consulta, decide o que fazer.

ENTREVISTA Nº 5

Dados de Identificação:

- 32 anos
- sexo feminino
- ocupação: ciências contábeis
- escolaridade: superior incompleta

- 3.- Se alguma vez, o/a Sr.(a), recebeu essas orientações sobre a sua saúde, a pessoa que as deu perguntou, a você antes, se as desejava receber?
- a) **Normalização**
- normalmente só falam, não perguntam se eu quero;
 - eu acho que desde o momento que você decide fazer o tratamento, tem que estar disposto a ouvir;
 - eles estão preparados para isso, tem que ouvir a realidade;
 - se eu não vou ouvir, como é que eu vou fazer meu tratamento;
 - a pesar que eu acho que muitas vezes a gente sabe, e não segue as orientações;
- b) **Inventário de categorias de base**
- normalmente só falam, não perguntam se eu quero;
 - eu acho que desde o momento que você decide fazer o tratamento, tem que estar disposto a ouvir;
 - eles estão preparados para isso, tem que ouvir a realidade;
 - se eu não vou ouvir, como é que eu vou fazer meu tratamento;
 - a pesar que eu acho que muitas vezes a gente sabe, e não segue as orientações;
- a) **Reagrupamento semântico**
- os profissionais só falam, não perguntam;
 - ela sente que deve estar disposta a ouvir, para seguir as orientações;
 - os profissionais estão preparados para ouvir;
 - ela adverte que tem pessoas que embora sabendo, não seguem as orientações.
- 4.- Caso não tenham lhe perguntado antes, se desejava receber essas orientações ou explicações, isso lhe desagradou? Como gostaria que fosse?
- a) **Normalização**
- quando os profissionais não perguntam antes, sobre o desejo de receber orientações, desagrada;
 - eu gostaria que os profissionais me perguntassem, sobre o desejo de receber orientações;
 - quando os profissionais não perguntam, não terminam sabendo que é o que cada um quer;
 - eles (os profissionais) orientam somente coisas pontuais, nem consideram as necessidades;
 - eles (os profissionais) também deveriam deixar um espaço para responder assuntos da saúde de forma ampla, em relação a problemas que eu poderia ter, ao rim ou o coração
 - eles nunca entram noutra assunto, além da doença
 - eu gostaria, ter mais tempo para perguntar e mais liberdade para ficar a vontade

- b) **Inventário de categorias de base**
- quando os profissionais não perguntam antes, sobre o desejo de receber orientações, desagrada;
 - eu gostaria que os profissionais me perguntassem, sobre o desejo de receber orientações;
 - eles (os profissionais) não terminam sabendo que é o que cada um quer;
 - eles (os profissionais) orientam somente coisas pontuais, nem consideram as necessidades;
 - * eles também deveriam deixar um espaço para responder assuntos da saúde de forma ampla, em relação a problemas que eu poderia ter, em relação ao rins ou o coração;
 - * eles nunca entram noutro assunto, além da doença;
 - eu gostaria, ter mais tempo para perguntar e mais liberdade para ficar a vontade;
- c) **Reagrupamento semântico**
- ela sente desagrado, quando os profissionais não lhe perguntam sobre o desejo de receber orientações, prefere que lhe perguntem;
 - ela sente que quando os profissionais não perguntam, não podem saber o que ela quer;
 - ela acredita que os profissionais devem orientar em forma ampla, além da doença e não só referir-se a problemas pontuais;
 - ela gosta de ter mais tempo para perguntar e de sentir mais liberdade para ficar a vontade.
- 5.- Quando as pessoas dão orientações sobre a sua saúde, deixam você a vontade, concedendo tempo para fazer perguntas ou tirar dúvidas?
- a) **Reagrupamento semântico**
- ela acredita que os profissionais lhe concedem tempo para fazer perguntas ou tirar dúvidas.
- 6.- Caso concedam ao/à Sr.(a) essa oportunidade, escutam suas perguntas e lhe concedem tempo para tirar suas dúvidas?
- b) **Reagrupamento semântico**
- ela acredita que os profissionais escutam suas perguntas.
- 7.- Você tem sentido, que as orientações que lhe foram dadas vão ao encontro do que você pensa ou quer?. Que você pensa disso?.
- a) **Normalização**
- o médico sempre me dizia, que eu poderia ter um problema de visão, problemas de trombozes ou amputação;
 - porque eu não acreditava o fato de ser diabético;
 - eu pensava que jamais aconteceria comigo;
 - então hoje digo, que foi preciso que acontecesse realmente para eu acreditar;
 - agora acostumo a ler bastante sobre o assunto para estar informada;
 - quando você consulta com o profissional é mais uma conversa e confirmação de aquilo que é lido;
 - eu busco informações noutro lugar;
 - acho que realmente as orientações vêm ao meu encontro, com as próprias idéias no meu caso;
 - a gente na consulta, não resolve tudo.
- b) **Inventário de categorias de base**
- o médico sempre me dizia, que eu poderia ter um problema de visão, problemas de trombozes ou amputação;
 - * porque eu não acreditava o fato de ser diabético;
 - * eu pensava que jamais aconteceria comigo;
 - * então hoje digo, que foi preciso que acontecesse realmente para eu acreditar;
 - agora acostumo a ler bastante sobre o assunto para estar informada;
 - * quando você consulta com o profissional é mais uma conversa e confirmação de aquilo que é lido;
 - * eu busco informações noutro lugar;
 - * acho que realmente as orientações vêm ao meu encontro, com as próprias idéias no meu caso;
 - a gente na consulta, não resolve tudo;
- c) **Reagrupamento semântico**
- ela não acredito nos problemas que poderia ter tido, devido a sua doença, até que lhe acontecerem;
 - ela sente que concorda com as orientações, porque ela se informa antes da sua doença noutro lugar, confirma suas idéias participando durante a consulta;
 - ela sente que a consulta não dá para resolver tudo;
- 8.- Se o/a Sr(a). não está de acordo com a orientação, os profissionais respeitam sua opinião e lhe concedem tempo para dar a explicar suas razões?
- a) **Reagrupamento semântico**
- ela acredita que só alguns profissionais podem aceitar, respeitar e conceder tempo para explicar razões.
- 9.- O profissional da saúde pede sua ajuda e participação no momento de orientar-lhe, e dar explicações?. Caso isso não ocorra, você gostaria de ajudar e participar?.
- a) **Normalização**
- sempre pedem ajuda e participação;
 - eu também gosto de participar;

- b) **Inventário de categorias de base**
 • idem à normalização;
- c) **Reagrupamento semântico**
 • ela adverte que os profissionais lhe pedem ajuda e participação no momento da orientação;
 • ela gosta de participar.
- 10.- Você aceita, as orientações e explicações que lhe foram dadas?.
- a) **Normalização**
 • eu aceito, escuto a orientações no momento da consulta;
 • depois, eu faço só aquilo que posso fazer;
 • a gente aceita mas não faz como é orientada;
 • eu acho que os profissionais, não se colocam no lugar das pessoas;
- b) **Inventário de categorias de base**
 • eu aceito, escuto a orientações no momento da consulta;
 • depois, eu faço só aquilo que posso fazer;
 - a gente aceita, mas não faz como é orientada;
- c) **Reagrupamento semântico**
 • ela aceita as orientações no momento da consulta;
 • ela depois da consulta não executa como é orientada;
 • ela percebe que os profissionais, não se colocam no lugar das pessoas.

ENTREVISTA N° 6

Dados de Identificação:

- 63 anos
- sexo feminino
- dona de casa
- escolaridade: 2º grau.

- 3.- Se alguma vez, o/a Sr.(a), recebeu essas orientações sobre a sua saúde, a pessoa que as deu perguntou, a você antes, se as desejava receber?
- a) **Normalização**
 • eles (os profissionais) não perguntam sobre o desejo de receber orientações;
 • eles (os profissionais) orientam só aquilo que encontram que é melhor;
- b) **Inventário de categorias de base**
 • idem à normalização;
- c) **Reagrupamento semântico**
 • ela adverte que os profissionais não perguntam sobre o desejo de receber orientações;
 • ela percebe que os profissionais, decidem o que orientar.
- 4.- Caso não tenham lhe perguntado antes, se desejava receber essas orientações ou explicações, isso lhe desagradou? Como gostaria que fosse?
- a) **Normalização**
 • quando os profissionais não orientam, não desagrada;
 • eu preferiria e seria bom que eles perguntassem, isso daria mais confiança no momento da orientação;
 • se os profissionais perguntassem a gente poderia ter menos dúvidas, se sentir mais tranqüila;
- b) **Inventário de categorias de base**
 • quando os profissionais não orientam, não desagrada;
 • eu preferiria e seria bom que eles perguntassem, isso daria mais confiança no momento da orientação;
 • se os profissionais perguntassem a gente poderia ter menos dúvidas, se sentir mais tranqüila;
- c) **Reagrupamento semântico**
 • ela sente que quando os profissionais não orientam, não desagrada;
 • ela prefere que lhe perguntem;
 • ela pensa que se os profissionais perguntam, se sente com menos dúvidas, com mais confiança e tranqüilidade.
- 5.- Quando as pessoas dão essas orientações, deixam você a vontade, concedendo tempo para fazer perguntas ou tirar dúvidas?
- a) **Reagrupamento semântico**
 • ela sente que só às vezes, os profissionais lhe concedem tempo para fazer perguntas ou tirar dúvidas
- 6.- Caso concedam ao/a Sr.(a) essa oportunidade, escutam suas perguntas e lhe concedem tempo para tirar suas dúvidas?.

- a) **Normalização**
- parece que escutaram, a gente percebe que não escutam totalmente;
 - eles fazem outras coisas enquanto a gente fala;
- b) **Inventário de categorias de base**
- parece que escutaram, a gente percebe que não escutam totalmente;
 - * eles fazem outras coisas enquanto a gente fala;
- c) **Reagrupamento semântico**
- ela percebe que só às vezes escutam, porque não prestam atenção, fazendo outras coisas;
- 7.- Você tem sentido, que as orientações que lhe foram dadas vão ao encontro do que você pensa ou quer?. Que você pensa disso?.
- a) **Normalização**
- eu concordo só às vezes com as orientações;
 - a gente depois faz o que pode fazer;
 - em algumas ocasiões, têm profissionais mais abertos então, eles se acercam ao caminho da gente.
- b) **Inventário de categorias de base**
- idem à normalização;
- c) **Reagrupamento semântico**
- ela concorda só às vezes, com as orientações;
 - ela faz depois o que pode fazer;
 - ela reconhece que tem profissionais que se aproximam a suas necessidades.
- 8.- Se o/a Sr(a), não está de acordo com a orientação, os profissionais respeitam sua opinião e lhe concedem tempo para dar a explicar suas razões?
- a) **Normalização**
- não tem acontecido que eu não esteja de acordo com a orientação;
 - a gente não chega a esse ponto da conversa;
 - frente a um desacordo, eu calo a boca, não sinto confiança;
 - eu não sei se eles respeitariam a opinião, nem se dariam tempo para explicar;
- b) **Inventário de categorias de base**
- não tem acontecido que eu não esteja de acordo com a orientação;
 - * a gente não chega a esse ponto da conversa;
 - frente a um desacordo, eu calo a boca, não sinto confiança;
 - eu não sei se eles respeitariam a opinião, nem se dariam tempo para explicar;
- c) **Reagrupamento semântico**
- ela sempre está de acordo com a orientação;
 - ela não comenta nada na frente de um desacordo, porque não sente confiança;
 - ela não sabe se os profissionais respeitariam um desacordo, nem se dariam tempo para explicar;
- 9.- O profissional da saúde pede sua ajuda e participação no momento de orientar-lhe, e dar explicações?. Caso isso não ocorra, você gostaria de ajudar e participar?.
- a) **Normalização**
- em geral eles falam a gente escuta;
 - nas reuniões grupais com a enfermeira é possível fazer alguma coisa;
 - participar faz bem, a orientação fica mais clara e agradável;
- b) **Inventário de categorias de base**
- idem à normalização;
- c) **Reagrupamento semântico**
- ela aceita uma participação passiva, na qual só escuta;
 - ela reconhece que é possível participar, nas reuniões grupais com a enfermeira;
 - ela gosta de participar, acha que assim a orientação fica mais clara e agradável.
- 10.- Você aceita, as orientações e explicações que lhe foram dadas?.
- a) **Normalização**
- eu aceito só no momento da consulta;
 - depois a gente decide o que fazer;
 - eu sinto que as orientações muitas vezes não tem nada a ver com as necessidades da gente;
- b) **Inventário de categorias de base**
- idem à normalização;

- c) **Reagrupamento semântico**
- ela aceita as orientações só, no momento da consulta;
 - ela depois decide o que fazer;
 - ela sente que as orientações muitas vezes não tem nada a ver com suas necessidades.

ENTREVISTA Nº7

Dados de Identificação:

- 45 anos
- sexo masculino
- aposentado
- escolaridade: 5ta.série

- 3.- Se alguma vez, o/a Sr.(a), recebeu essas orientações sobre a sua saúde, a pessoa que as deu perguntou, a você antes, se as desejava receber?

Reagrupamento semântico

- ele acredita que os profissionais, lhe perguntam sobre o desejo de receber orientações;

- 4.- Caso não tenham lhe perguntado antes, se desejava receber essas orientações ou explicações, isso lhe desagradou? Como gostaria que fosse?

a) **Normalização**

- quando os profissionais não perguntam antes sobre o desejo de receber orientações ou explicações, não desagrada;
- até agora, a gente não teve problemas, eu aceito como está;
- olha, tem sido muito bom com a gente, eles sabem o que orientar;
- eles não tem porque perguntar;

b) **Inventário de categorias de base**

- quando os profissionais não perguntam antes sobre o desejo de receber orientações ou explicações, não desagrada;
- até agora, a gente não teve problemas, eu aceito como está;
- * olha, tem sido muito bom com a gente, eles sabem o que orientar;
- * eles não tem porque perguntar;

c) **Reagrupamento semântico**

- ele não se desagrada quando os profissionais não lhe perguntam;
- ele acredita que os profissionais sabem o que orientar, não tem porque perguntar;

- 5.- Quando as pessoas dão essas orientações, deixam você a vontade, concedendo tempo para fazer perguntas ou tirar dúvidas?

a) **Normalização**

- os profissionais sempre, dão tempo;
- eu tenho orientações grupais, o que ajuda a gente a aprender mais e melhor;

b) **Inventário de categorias de base**

- idem à normalização;

c) **Reagrupamento semântico**

- ele percebe que os profissionais sempre, lhe dão tempo para fazer perguntas ou tirar dúvidas;
- ele adverte que tem orientações grupais, o que lhe ajuda a aprender mais e melhor.

- 6.- Caso concedam ao/a Sr.(a) essa oportunidade, escutam suas perguntas e lhe concedem tempo para tirar suas dúvidas?

Reagrupamento semântico

- ele acredita que os profissionais sempre escutam.

- 7.- Você tem sentido, que as orientações que lhe foram dadas vão ao encontro do que você pensa ou quer?. Que você pensa disso?.

a) **Reagrupamento semântico**

- ele sente que sempre concorda com as orientações entregadas pelos profissionais, porque tem o conhecimento.

- 8.- Se o/a Sr(a), não está de acordo com a orientação, os profissionais respeitam sua opinião e lhe concedem tempo para dar a explicar suas razões?

a) **Normalização**

- em geral eu acredito que eles não gostariam que não concordasse com a orientação;
- não sei se eles respeitariam, nem se concedam tempo para explicações;
- eles estão para informar e orientar;
- eu não posso decidir sobre a minha saúde porque eu não tenho a experiência deles, nem os conhecimentos;

- se eu assisto aos programas então, eu dou espaço para eles e eles dão a informação correta;
- b) **Inventário de categorias de base**
- em geral eu acredito que eles não gostariam que não concordasse com a orientação;
 - não sei se eles respeitariam, nem se concedam tempo para explicações;
 - eu não posso decidir sobre a minha saúde porque eu não tenho a experiência deles, nem os conhecimentos;
 - * eles estão para informar e orientar;
 - * se eu assisto aos programas então, eu dou espaço para eles e eles dão a informação correta;
- c) **Reagrupamento semântico**
- ele acredita que os profissionais não gostariam, desacordos com a orientação;
 - ele não sabe se eles respeitam uma diferença de opinião ou se concedam tempo para explicações;
 - ele sente que não tem direito de decidir sobre sua saúde, porque os profissionais tem o conhecimento e experiência e dão a informação e orientação.
- 9.- O profissional da saúde pede sua ajuda e participação no momento de orientar-lhe, e dar explicações?. Caso isso não ocorra, você gostaria de ajudar e participar?.
- a) **Normalização**
- eles (os profissionais), deixam a vontade;
 - eu gosto de participar, eu faço coisas, eu repito;
- b) **Inventário de categorias de base**
- idem à normalização;
- c) **Reagrupamento semântico**
- ele acha que os profissionais lhe deixam a vontade para participar;
 - ela gosta de participar.
- 10.- Você aceita, as orientações e explicações que lhe foram dadas?.
- a) **Normalização**
- eu aceito às vezes, só as orientações, que tem a ver com meu quadro;
 - eu não aceito as orientações que não correspondem com meu quadro;
 - tem coisas muito exigentes é difíceis de fazer;
- b) **Inventário de categorias de base**
- ele aceita às vezes, só as orientações, que tem a ver com meu quadro;
 - * eu não aceito as orientações que não correspondem com meu quadro;
 - tem coisas muito exigentes é difíceis de fazer;
- c) **Reagrupamento semântico**
- ele aceita às vezes só as orientações, que tem a ver com seu quadro;
 - ele acredita que tem orientações, muito exigentes é difíceis de fazer.

ENTREVISTA N° 8

Dados de Identificação:

- 47 anos
- sexo masculino
- ocupação: segurança
- escolaridade: 1° grau

3.- Se alguma vez, o/a Sr.(a), recebeu essas orientações sobre a sua saúde, a pessoa que as deu perguntou, a você antes, se as desejava receber?

- a) **Normalização**
- os profissionais às vezes, perguntam e outras eles só orientam;
 - a gente tem que perguntar para não ficar com dúvidas;
- b) **Inventário de categorias de base**
- idem à normalização;
- c) **Reagrupamento semântico**
- ele adverte que os profissionais só às vezes, perguntam e outras vezes eles só orientam;
 - ele sente que tem que perguntar para não ficar com dúvidas.

4.- Caso não tenham lhe perguntado antes, se desejava receber essas orientações ou explicações, isso lhe desagradou? Como gostaria que fosse?

- a) **Normalização**
- quando eles (os profissionais) não perguntam antes sobre o desejo de receber as orientações, não desagrada;
 - eu tenho que aceitar que eles (os profissionais) não perguntem;

- a gente não tem como reclamar;
- eles (os profissionais) sabem, o que a gente precisa então, está bem assim;

b) **Inventário de categorias de base**

- quando eles (os profissionais) não perguntam antes sobre o desejo de receber as orientações, não desagrada;
- eu tenho que aceitar que eles não perguntem;
- * a gente não tem como reclamar;
- * eles (os profissionais) sabem, o que a gente precisa, então, está bem assim;

c) **Reagrupamento semântico**

- ele não sente desagrado quando os profissionais não perguntam sobre o desejo de receber as orientações;
- ele sente que tem que aceitar que não lhe perguntam, porque os profissionais são os que sabem.

5.- Quando as pessoas dão essas orientações, deixam você a vontade, concedendo tempo para fazer perguntas ou tirar dúvidas?

a) **Reagrupamento semântico**

- ele acha que os profissionais lhe concedem tempo para fazer perguntas ou tirar dúvidas.

6.- Caso concedam ao/a Sr.(a) essa oportunidade, escutam suas perguntas e lhe concedem tempo para tirar suas dúvidas?

a) **Normalização**

- eu acho que às vezes os profissionais escutam;
- eu acho que por falta de tempo, a gente não pode perguntar a vontade;

b) **Inventário de categorias de base**

- idem à normalização;

c) **Reagrupamento semântico**

- ele acredita que só as vezes os profissionais escutam suas perguntas;
- ele percebe que por falta de tempo, a gente não pode perguntar a vontade.

7.- Você tem sentido, que as orientações que lhe foram dadas vão ao encontro do que você pensa ou quer?. Que você pensa disso?.

a) **Normalização**

- eu acho que às vezes tem muitas coisas que eu não entendo, parece que não sempre combina;
- eu acredito nos profissionais;
- eles (os profissionais) sabem, então não podem existir desacordos;

b) **Inventário de categorias de base**

- eu acho que às vezes tem muitas coisas que eu não entendo, parece que não sempre combina;
- eu acredito nos profissionais;
- * eles (os profissionais) sabem, então não podem existir desacordos;

c) **Reagrupamento semântico**

- ele sente que não sempre as orientações concordam com sua forma de pensar ou querer;
- ele acredita no conhecimento dos profissionais, não podem existir desacordos porque eles são os que sabem;

8.- Se o/a Sr(a). não está de acordo com a orientação, os profissionais respeitam sua opinião e lhe concedem tempo para dar a explicar suas razões?

a) **Normalização**

- se eu não estou de acordo com a orientação eu falo, às vezes eles (os profissionais) não gostam;
- eu acho que eles não respeitam e não dão tempo para explicar razões.

b) **Inventário de categorias de base**

- idem à normalização;

c) **Reagrupamento semântico**

- ele costuma comunicar seus desacordos com os profissionais;
- ele percebe que os profissionais, não respeitam as diferenças de opinião e não dão tempo para explicar razões.

9.- O profissional da saúde pede sua ajuda e participação no momento de orientar-lhe, e dar explicações?. Caso isso não ocorra, você gostaria de ajudar e participar?.

a) **Normalização**

- os profissionais só às vezes, pedem ajuda e participação;
- eu gosto de participar;
- os profissionais às vezes, não se colocam no lugar da gente;
- tem muitas coisas que eu não sei;
- eles não sempre entendem que a gente não entende tudo;
- só escuto e depois pergunto o que eu posso perguntar;
- tem muitas coisas que eu não sei;

- b) **Inventário de categorias de base**
- os profissionais só às vezes, pedem ajuda e participação;
 - * eu gosto de participar;
 - * os profissionais às vezes, não se colocam no lugar da gente;
 - * tem muitas coisas que eu não sei;
 - * eles não sempre entendem que a gente não entende tudo;
 - só escuto e depois pergunto o que eu posso perguntar;
 - * tem muitas coisas que eu não sei;
- c) **Reagrupamento semântico**
- ele encontra que os profissionais só às vezes, pedem ajuda e participação;
 - ele gosta de participar, mas sente que não sabe como, só escuta e logo pergunta só aquilo que é possível;
 - ele sente que os profissionais não se colocam em seu lugar.
- 10.- Você aceita, as orientações e explicações que lhe foram dadas?.
- a) **Normalização**
- às vezes aceito, às vezes não;
 - tem coisas que a gente não gosta, que não está a seu alcance;
 - a gente não faz e faz só aquilo que pode;
- b) **Inventário de categorias de base**
- às vezes aceito, às vezes não;
 - tem coisas que a gente não gosta, que não está a seu alcance;
 - * a gente não faz e faz só aquilo que pode;
- c) **Reagrupamento semântico**
- ele só às vezes aceita as orientações e explicações que lhe foram dadas;
 - ele faz só aquilo que pode e deixa de lado o que não gosta, ou que não está a seu alcance.

ENTREVISTA N°9

Dados de Identificação:

- 42 anos
- sexo feminino
- ocupação: empregada doméstica
- escolaridade: 1° grau

- 3.- Se alguma vez, o/a Sr.(a), recebeu essas orientações sobre a sua saúde, a pessoa que as deu perguntou, a você antes, se as desejava receber, o ele só oriento ?
- a) **Normalização**
- eles (os profissionais) só orientam;
 - eles não precisam perguntar especialmente o médico;
 - eles sabem e têm certeza que a gente não pode estar questionando o que eles queiram orientar;
- b) **Inventário de categorias de base**
- eles (os profissionais) só orientam;
 - eles não precisam perguntar;
 - * eles sabem e têm certeza que a gente não pode estar questionando o que eles querem orientar;
- c) **Reagrupamento semântico**
- ela acha que os profissionais só orientam;
 - ela acredita que os profissionais não precisam perguntar, porque eles são os que sabem e eles têm certeza que não serão questionados
- 4.- Caso não tenham lhe perguntado antes, se desejava receber essas orientações ou explicações, isso lhe desagradou?. Como gostaria que fosse?
- a) **Normalização**
- quando os profissionais não perguntam antes sobre o desejo de receber as orientações, não desagrada;
 - eles (os profissionais) sabem;
 - eles não têm porque perguntar, porque estão sempre certos;
 - está bem assim, eles (os profissionais) não podem errar;
 - a gente não pode questionar, porque é para a minha saúde;
 - a gente tem que dizer que sim;
- b) **Inventário de categorias de base**
- quando os profissionais não perguntam antes sobre o desejo de receber as orientações, não desagrada;
 - eles (os profissionais) sabem;
 - * eles não têm porque perguntar, porque estão sempre certos;

- * está bem assim, eles (os profissionais) não podem errar;
- a gente não pode questionar, porque é para a minha saúde;
- * a gente tem que dizer que sim;

- c) **Reagrupamento semântico**
- ela não se sente desagradada quando os profissionais não lhe perguntam;
 - ela acredita que os profissionais não têm que perguntar porque eles sabem não podem errar, eles dominam a situação;
 - ela assegura que não pode questionar, que tem que aceitar, porque é para o seu bem.
- 5.- Quando as pessoas dão essas orientações, deixam você a vontade, concedendo tempo para fazer perguntas ou tirar dúvidas?
- a) **Normalização**
- eu não pergunto nada;
 - eles deixam perguntar;
 - eu só pergunto quando não dá para entender;
 - eu só escuto, porque eles falam sempre o que a gente precisa, eles falam claro e explicam direito;
- b) **Inventário de categorias de base**
- eu não pergunto nada;
 - * eles deixam perguntar;
 - * eu só pergunto quando não dá para entender;
 - eu só escuto, porque eles falam sempre o que a gente precisa, eles falam claro e explicam direito;
- c) **Reagrupamento semântico**
- ela só escuta, e pergunta somente quando não dá para entender;
 - ela sente que os profissionais permitem perguntar, respondem claro e lhe explicam o que precisa.
- 6.- Caso concedam ao/a Sr.(a) essa oportunidade, escutam suas perguntas e lhe concedem tempo para tirar suas dúvidas?
- a) **Reagrupamento semântico**
- ela percebe que os profissionais escutam suas perguntas
- 7.- Você tem sentido, que as orientações que lhe foram dadas vão ao encontro do que você pensa ou quer?. Que você pensa disso?.
- a) **Normalização**
- eles (os profissionais) sempre acertam com meu problema;
 - eu não tenho diferenças com eles;
 - não tem acontecido diferenças;
- b) **Inventário de categorias de base**
- eles (os profissionais) sempre acertam com meu problema;
 - * eu não tenho diferenças com eles;
 - * não tem acontecido diferenças;
- c) **Reagrupamento semântico**
- acredita que as orientações concordam com ele, porque os profissionais respondem aos seus problemas.
- 8.- Se o/a Sr(a). não está de acordo com a orientação, os profissionais respeitam sua opinião e lhe concedem tempo para dar a explicar suas razões?
- a) **Normalização**
- eu não tenho diferenças com eles (os profissionais);
 - não tem acontecido diferenças;
 - eu falaria se acontecessem diferenças;
 - se fosse um médico o outro profissional legal aceitariam as diferenças e respeitariam;
 - eu sei de alguns profissionais que não aceitam, nem respeitam;
 - até agora nunca aconteceu, nunca aconteceu;
 - que eles concedam tempo vai depender do profissional;
- b) **Inventário de categorias de base**
- eu não tenho diferenças com eles (os profissionais);
 - * não tem acontecido diferenças;
 - * eu falaria se acontecessem diferenças;
 - se fosse um médico o outro profissional legal aceitariam as diferenças e respeitariam;
 - * eu sei de alguns profissionais que não aceitam, nem respeitam;
 - até agora nunca aconteceu, nunca aconteceu;
 - que eles concedam tempo vai depender do profissional;
- c) **Reagrupamento semântico**
- ele acredita não ter diferenças de opinião com os profissionais, percebe que se acontecessem diferenças, as comunicaria;
 - ele não sabe se os profissionais aceitam, respeitem e concedam tempo para dar a explicar razões;

- 9.- O profissional da saúde pede sua ajuda e participação no momento de orientar-lhe, e dar explicações?. Caso isso não ocorra, você gostaria de ajudar e participar?.
- a) **Normalização**
- eu não gosto muito de participar;
 - eu prefiro escutar;
 - na hora da consulta os profissionais deixam perguntar e participar;
 - eu não gosto de participar;
- b) **Inventário de categorias de base**
- eu não gosto muito de participar;
 - * eu não gosto de participar;
 - * eu prefiro escutar;
 - * na hora da consulta os profissionais deixam perguntar e participar;
- c) **Reagrupamento Semântico**
- ela não gosta de participar, aceita ser passiva;
 - ela percebe que os profissionais deixam participar.
- 10.- Você aceita, as orientações e explicações que lhe foram dadas?.
- a) **Normalização**
- eu sempre faço tudo;
 - eu acredito na fala dos profissionais, senão não adianta ir até a consulta;
- b) **Inventário de categorias de base**
- idem à normalização;
- c) **Reagrupamento semântico**
- ela aceita todas as orientações e explicações;
 - ela acredita na fala dos profissionais, acha que por isso assiste à consulta.

ENTREVISTA N°10

Dados de Identificação:

- 67 anos
- sexo masculino
- aposentado
- escolaridade: 2º grau

- 3.- Se alguma vez, o/a Sr.(a), recebeu essas orientações sobre a sua saúde, a pessoa que as deu perguntou, a você antes, se as desejava receber, o ele só oriento?
- a) **Normalização**
- eles (os profissionais), não perguntam;
 - eles (os profissionais), só orientam de acordo à doença da gente;
 - a gente não tem participação;
 - na verdade eles decidem de acordo com o que eles consideram necessário, segundo eles;
- b) **Inventário de categorias de base**
- eles (os profissionais), não perguntam;
 - eles (os profissionais), só orientam de acordo à doença da gente;
 - * a gente não tem participação;
 - * na verdade eles decidem de acordo com o que eles consideram necessário, segundo eles;
- c) **Reagrupamento semântico**
- ele adverte que os profissionais não perguntam;
 - ele acredita que os profissionais decidem o quê orientar e não consideram sua participação.
- 4.- Caso não tenham lhe perguntado antes, se desejava receber essas orientações ou explicações, isso lhe desagradou? Como gostaria que fosse?
- a) **Normalização**
- quando os profissionais não perguntam antes pelo desejo de receber orientações, não desagrada;
 - a gente sempre acredita nos profissionais;
 - eu gosto desse jeito, prefiro que eles não perguntem;
- b) **Inventário de categorias de base**
- quando os profissionais não perguntam antes pelo desejo de receber orientações, não desagrada;
 - a gente sempre acredita nos profissionais;
 - * eu gosto desse jeito, prefiro que eles não perguntem;

- c) **Reagrupamento semântico**
- ele sente que não lhe desagrada que os profissionais não perguntem;
 - ele acredita e aceita a maneira de fazer dos profissionais;
 - ele prefere que não lhe perguntem, sobre o desejo de receber orientações;
- 5.- Quando as pessoas dão essas orientações, deixam você a vontade, concedendo tempo para fazer perguntas ou tirar dúvidas?
- a) **Reagrupamento semântico**
- ele adverte que os profissionais lhe concedem tempo para fazer perguntas ou tirar dúvidas.
- 6.- Caso concedam ao/a Sr.(a) essa oportunidade, escutam suas perguntas e lhe concedem tempo para tirar suas dúvidas?
- b) **Reagrupamento semântico**
- ele acredita que os profissionais escutam suas perguntas
- 7.- Você tem sentido, que as orientações que lhe foram dadas vão ao encontro do que você pensa ou quer?. Que você pensa disso?.
- a) **Reagrupamento semântico**
- ele percebe que as orientações combinam com ele e não mudaria nada.
- 8.- Se o/a Sr(a). não está de acordo com a orientação, os profissionais respeitam sua opinião e lhe concedem tempo para dar a explicar suas razões?
- a) **Normalização**
- geralmente não tenho diferenças com eles (os profissionais);
 - eu não sei como ficaria isso;
 - eu não sei se eles (os profissionais) respeitariam nem se concedam tempo para dar a explicar razões;
- b) **Inventário de categorias de base**
- geralmente não tenho diferenças com eles;
 - eu não sei se eles respeitariam nem se concedam tempo para dar a explicar razões;
 - * eu não sei como ficaria isso;
- c) **Reagrupamento semântico**
- ele não tem diferenças de opinião com os profissionais;
 - ele não sabe se os profissionais respeitam sua opinião, nem se lhe concedam tempo para dar a explicar razões.
- 9.- O profissional da saúde pede sua ajuda e participação no momento de orientar-lhe, e dar explicações?. Caso isso não ocorra, você gostaria de ajudar e participar?.
- a) **Normalização**
- eles pedem ajuda no caso da colocação da insulina e nas reuniões grupais;
 - mas, em geral eu só gosto de escutar;
 - na consulta eu pergunto só o que é necessário, não gosto de perguntar muito;
 - eu prefiro não participar, eu não me sinto a vontade;
- b) **Inventário de categorias de base**
- eles pedem ajuda no caso da colocação da insulina e nas reuniões grupais;
 - mas, em geral eu só gosto de escutar;
 - * na consulta eu pergunto só o que é necessário, não gosto de perguntar muito;
 - * eu prefiro não participar, não me sinto a vontade;
- c) **Reagrupamento semântico**
- ele acredita que os profissionais pedem ajuda e participação no momento de orientar e dar explicações;
 - ele não gosta de participar, prefere só escutar.
- 10.- Você aceita, as orientações e explicações que lhe foram dadas?.
- a) **Normalização**
- sempre aceito e faço tudo, para isso a gente consulta;
 - antes eu não fazia, deixei tudo água abaixo agora, depois que eu tive muitos problemas;
 - controlo a dieta e sigo as indicações agora está tudo bem;
- b) **Inventário de categorias de base**
- sempre aceito e faço tudo, para isso a gente consulta;
 - antes eu não fazia, deixei tudo água abaixo agora, depois que eu tive muitos problemas;
 - controlo a dieta e sigo as indicações, agora está tudo bem;
- c) **Reagrupamento semântico**
- ele sente que tem que fazer tudo, para isso consulta;
 - ele acredita que se evita problemas seguindo as indicações e orientações.

PROCESSO DE INFERÊNCIA/QUALIFICAÇÃO
ENTREVISTA GRUPO DIABETES
 (respostas entrevistas N°:1-2-3-5-6-9-10)

3.- Se alguma vez, o/a Sr.(a), recebeu essas orientações sobre a sua saúde, a pessoa que as deu perguntou, a você antes, se as desejava receber?

- Os profissionais não perguntam sobre o desejo de receber orientações porque eles: "ensinam de acordo com o que acham que a gente precisa"; "resolvem o que educar"; "normalmente só falam, não perguntam se eu quero", "embora não perguntem... explicam direito o que a gente precisa"; "só orientam, mas não precisam perguntar, especialmente o médico... a gente não pode estar questionando o que eles querem orientar"; "eles decidem de acordo com o que eles consideram necessário";
- a conduta do profissional se apresenta, evitativa e coercitiva, o que traz como consequência, o predomínio do saber do profissional sobre as necessidades do usuário. Isto manifesta uma prática autoritária e paternalista, a que inibe o exercício de perguntar, e leva a fomentar a passividade; pode-se observar através da seguinte expressão "embora não perguntem... explicam direito o que a gente precisa"; não precisam perguntar, especialmente o médico... a gente não pode estar questionando o que eles querem orientar". Justifica-se desta forma, a conduta paternalista dos profissionais, o que leva à falta de autonomia e inibe a livre vontade de decidir sobre a saúde;
- a conduta do profissional significa para os usuários, ficar com dúvidas e sentir inibido o direito de perguntar, num ambiente autoritário e com condições desfavoráveis para satisfazer as suas necessidades em relação às orientações em saúde.

Inferência/Qualificação (resposta entrevista N°4-7-8)

- os profissionais, só às vezes perguntam. A causa, da "falta de tempo"; e porque sentem, que é preciso "perguntar para não ficar com dúvidas";
- esta conduta instável por parte dos profissionais leva a fomentar uma prática educativa autoritária e paternalista, a que tem como consequências o predomínio do saber profissional sobre as necessidades dos usuários, desrespeitando o direito à dialogicidade e de receber respostas oportunas, inibindo a autonomia e a livre vontade de decidir sobre a saúde;
- a conduta do profissional significa para os usuários, ficar com dúvidas e sentir inibido o direito de perguntar, ambas manifestações de condutas pouco favoráveis, à autonomia e à livre vontade de decidir sobre a saúde.

4.- Caso não tenham lhe perguntado antes, se desejava receber essas orientações ou explicações, isso lhe desagradou? Como gostaria que fosse?

Inferência/Qualificação (resposta entrevista: N°5)

- sente desgosto quando os profissionais não lhe perguntam antes, se desejam receber orientações ou explicações. Gostariam que lhe perguntassem e acham que isto é um problema, porque: "quando não perguntam, não terminam sabendo o que é que cada um quer... orientam somente coisas pontuais; eles nunca entram noutra assunto... além da doença, nem consideram as necessidades";
- a opinião fundamenta a expressão de uma atitude profissional autoritária e paternalista, a que tem como consequências: a inibição de perguntar e a falta de respostas oportunas;
- a prática profissional implica, um importante grau de insatisfação frente as orientações em saúde, denotando falta de disponibilidade para o diálogo, e coerção, ao não entregar respostas oportunas, deixando a quem recebe a orientação, a sensação de ignorância, desconfiança e dúvidas.

Inferência/Qualificação (respostas N°2-3-4-6-7-8-9-10)

- não sentem desgosto, quando não lhe perguntam antes, se desejam receber orientações ou explicações. Identificam que: "a gente já se acostumou assim"; "não tenho problemas com isso, eu acho que é pelo fato do tempo de tratamento... está bem assim, a gente já se acostumou"; "se perguntassem a gente se sentiria com mais vontade de perguntar"; se perguntassem, isso daria mais confiança... a gente poderia ter menos dúvidas e se sentir mais tranqüila"; "eles sabem o que orientar... eles não tem porque perguntar"; "eles sabem o que a gente precisa... então está bom assim"; "eles estão sempre certos... a gente não pode questionar"; "eu gosto desse jeito ... eu prefiro que não perguntem";
- as expressões dos usuários levam a fundamentar uma prática profissional eminentemente paternalista, o que determina que identifiquem que "eles não têm porque perguntar". Pode-se observar como consequências, a manifestação em geral de condutas passivas e de aceitação plena à palavra do profissionais, especialmente pelo fato de eles padecem de uma doença crônica.
- a conduta profissional implica para os usuários então, a geração de condutas passivas e sem autonomia, limitando o direito da livre vontade de decidir sobre a sua saúde. Isto é fundamentado através das seguintes opiniões: "a gente já se acostumou assim"; "não tenho problemas com isso"; "eles não têm porque perguntar"; "eles estão sempre certos... a gente não pode questionar"; "eu gosto desse jeito". Por outra parte, dois usuários expõem que: se os profissionais perguntassem, "a gente se sentiria com mais vontade de perguntar"; e "isso daria mais confiança... a gente poderia ter menos dúvidas e se sentir mais tranqüilo". Neste caso eles, mesmo assim, que dizem não sentir desgosto, quando não lhe perguntam antes, estão reclamando seu direito de perguntar e ser perguntados.

Inferência/Qualificação (resposta entrevista N°1)

- às vezes desagrada quando os profissionais não perguntam antes, sobre o desejo de receber orientações ou explicações. Ela refere que gostaria que lhe perguntassem, "para sentir mais confiança de fazer as perguntas que eu preciso, em relação à doença... acho que a gente tem que ser mais ativa".
 - as conseqüências da prática autoritária e paternalista apontam para aspectos já mencionados anteriormente.
 - a prática profissional apresenta uma prática educativa sem intencionalidade, que lhe deixa insatisfeita, com dúvidas e com desconfiança, inibindo o direito de perguntar e ser escutado. Reclamam uma atenção que seja desenvolvida em condições que favoreçam, a liberdade e autonomia e que respeite seu direito de receber educação em saúde. Coloca também a responsabilidade nela, ao sentir que deve ser mais ativa, para conseguir seu objetivo.
- 5.- Quando as pessoas dão essas orientações, deixam você a vontade, concedendo tempo para fazer perguntas ou tirar dúvidas?**

Inferência/Qualificação (respostas entrevistas: N°1-2-3-4-5-7-8-9-10)

- os profissionais "deixam a vontade e dão tempo". Esta afirmação apresenta duas posturas diferentes:
- as opiniões dos usuários das entrevistas, N°2-3-7-8-9-10 manifestam uma conduta em geral passiva e de aceitação, o que combina com a resposta, por eles assinaladas: não se sentem desagradados se não lhes perguntam e acham que os profissionais podem decidir sobre a sua saúde, porque eles estão sempre certos;
- no caso das entrevistas N°1-4-5 os usuários adotam uma postura mais ativa; e de participação, reconhecem em respostas anteriores: que é preciso ser mais ativo, que os profissionais perguntem e ter mais tempo para perguntar, assim se sentiriam com liberdade, para ficar à vontade;
- pode-se dizer, que a afirmação, "deixam à vontade e dão tempo", tem como conseqüência a aceitação dos usuários de uma conduta paternalista por parte dos profissionais. Reflete implicitamente a demonstração de condutas ativas e passivas por parte dos usuários, os que aceitam sem questionar-se a falta de disponibilidade para dialogar, por parte dos profissionais;
- a conduta profissional transmite um grau de ambigüidade e de insatisfação dos usuários que eles não explicitam. A comunicação com os profissionais é do tipo horizontal, o que significa, um predomínio do seu saber, inibindo a autonomia e a liberdade dos usuários para decidir sobre a própria saúde.

Inferência/Qualificação (resposta entrevista: N°6)

- quando os profissionais dão orientações, só às vezes, dão tempo para fazer perguntas ou tirar dúvidas. Identifica como problema "a falta de tempo" durante a consulta.
 - a atenção dos profissionais, mostra-se também, neste caso, autoritária e paternalista. Esta responde a características e conseqüências, já identificadas anteriormente.
 - a falta de tempo, significa junto com as características da prática profissional, a presença e vivência de uma instância educativa, sem intencionalidade que não satisfaz as suas necessidades, inibindo suas possibilidades de participação.
- 6.- Se dão ao/à Sr.(a), essa oportunidade, escutam suas perguntas?.**

Inferência/Qualificação (respostas N°2-3-4-5-6-7-9-10)

- os profissionais "escutam as perguntas". Esta afirmação é contraditória com respostas anteriores. Nelas aparecem afirmações tais como: "os profissionais só ensinam, não perguntam"; "se os profissionais perguntassem, a gente se sentiria à vontade também para perguntar". "quando os profissionais não perguntam, terminam não sabendo o quê cada um quer"; "eu só escuto, porque eles falam o que a gente precisa". Isto afirma, que a disposição para escutar não é uma conduta que se revele espontaneamente, reafirmando a postura profissional autoritária e paternalista, já identificada, anteriormente;
- as afirmações assinaladas denotam uma atitude dos usuários passiva, de aceitação e ambígua, embora eles implicitamente reclamem seu direito de ser escutados.

Inferência/Qualificação (respostas entrevistas N°1-8)

- os profissionais, só às vezes, escutam as perguntas. Eles identificam que a causa principal é "a falta de tempo";
- a falta de tempo, implica não poder proporcionar uma atenção adequada e completa, o que tem como conseqüências a presença de condições desfavoráveis que assinalam uma falta de disponibilidade para escutar, negando o direito de perguntar e de dialogar. Isto significa, ficar com dúvidas, reafirmando uma prática educativa sem intencionalidade e desrespeitosa.

Inferência/Qualificação (respostas entrevistas N°2-7-9-10)

- as orientações que lhes foram dadas sempre combinam com suas formas de pensar. Eles fundamentam que: "a gente só pode confiar nos profissionais... são eles os que sabem"; "eles têm o conhecimento"; "sempre acertam com meu problema... não tem acontecido diferenças"; "as orientações combinam comigo... eu já não mudaria nada".

- a aceitação da conduta paternalista dos profissionais, faz identificar uma manifestação da passividade dos usuários frente a sua atenção.
- a conduta de aceitação exposta, significa a falta de oportunidade de participar de uma prática educativa, crítica e intencionada, que ofereça instâncias na qual se respeitem: as características pessoais, as necessidades; o saber individual e o direito de perguntar e ser escutado.

7.- **Você tem sentido, que as orientações que lhe foram dadas vão ao encontro do que você pensa ou quer?. Que você pensa disso?.**

Inferência/Qualificação (respostas entrevistas N°1-3-4-5-6-8)

- as orientações dadas, só às vezes combinam com a forma de pensar. Os usuários expressam que: "às vezes têm coisas que não encaixam e eu não compreendo... eles acham que a gente vai mudar de um dia para outro e de acordo com o que eles falam"; "não sei se é certo o que eles dizem ou não... e eu vou tentando descobrir se tinham razão"; "sinto que às vezes, eles pedem coisas que estão longe do alcance da gente"; "na consulta a gente não resolve tudo"; "têm profissionais mais abertos... eles se acercam ao caminho da gente";
 - as expressões emitidas pelos usuários orientam a fundamentar uma instância educativa que caracteriza e reafirma uma conduta profissional, autoritária, paternalista e coercitiva, na qual prevalece seu conhecimento, o que significa, desrespeitar os direitos e necessidades dos usuários.
- 8.- **Se o/a Sr(a), não está de acordo com a orientação, os profissionais respeitam sua opinião e lhe concedem tempo para dar a explicar suas razões?**

Inferência/Qualificação (respostas entrevista N°1)

- os profissionais não respeitam e não dão tempo para dar a explicar as razões. Refere que "não é possível, porque não existe a confiança para dizer um desacordo... é melhor ficar calada e guardar para si mesma";
- a consequência desta falta de oportunidade, denota as características de uma prática educativa sem intencionalidade, que desrespeita os direitos do usuário de receber uma educação em saúde personalizada e digna. Reafirmando o já assinalado, respeito a condutas profissionais autoritárias e paternalistas;
- ela faz notar seu desconforto e argumenta sua dificuldade de poder expressar-se, "às vezes é muito difícil falar, então é melhor ficar calada". Isto significa, enfrentar-se a condições que inibem seu direito à dialogicidade, e de escutar respostas oportunas. Deixando-a, com dúvidas e com suas necessidades educativas insatisfeitas.

Inferência/Qualificação (respostas entrevistas N°2-3)

- os profissionais respeitam e dão tempo para dar a explicar as razões. Em ambos casos os usuários apresentam respostas que demonstram, um grau importante de passividade e aceitação frente às orientações em saúde. O que também concorda com o que resposta à pergunta formulada. Aparecem manifestações tais como: "eles ensinam... de acordo ao que eles acham que a gente precisa, a gente já se acostumou assim"; "não desagrada que eles não perguntem"; "sempre escutam", "sempre dão tempo", "as orientações sempre têm concordado";
- as consequências da atenção paternalista recebida pelos usuários, fomentam uma atitude passiva e de aceitação, assumidas por eles, o que se fundamenta através dos depoimentos, anteriormente indicados;
- o anterior apresenta uma atenção que privilegia uma falta de disponibilidade para o diálogo, favorecendo uma comunicação horizontal, na qual prevalece a opinião do profissional. Isto significa, inibir a liberdade de falar e expressar diferenças de opinião, fomentando condutas passivas e dependentes por parte dos usuários.

Inferência/Qualificação (respostas entrevistas N°5-8)

- os profissionais, não respeitam e não dão tempo para dar a explicar as razões. Frente a isso, acreditam que: "se eu não estou de acordo com a orientação, eu falo... às vezes eles não gostam"; "o problema é que eles só expõem seu ponto de vista e isso, eu não gosto";
- seus depoimentos direcionam a fundamentar uma postura profissional autoritária e paternalista que se apresenta como característica da atenção profissional, as consequências disso, é uma sensação de insatisfação onde reclamam seus direitos a ser escutados e respeitados; "às vezes eles não gostam"; "o problema é que eles só expõem seu ponto de vista";
- isto significa, colocar-se numa postura ativa reclamando seus direitos, e rejeitando de alguma forma o paternalismo e autoritarismo profissional.

Inferência/Qualificação (respostas entrevistas N°4-6-7-9-10)

- os usuários não sabem se os profissionais respeitam e dão tempo para dar a explicar as razões. Revelam que: "isto não tem acontecido até agora... eu não tentaria discutir com eles... não me sinto no direito de fazer isso"; "isto não tem acontecido, porque a gente não chega a esse ponto da conversa, frente a um desacordo eu calo a boca"; "em geral eu acredito que não gostariam que eu não concordasse com a orientação... eu não posso decidir sobre a minha saúde, porque eu não tenho a experiência deles nem seus conhecimentos"; "geralmente eu não tenho diferenças com eles, então, não sei como ficaria isso";
- a consequência da conduta profissional autoritária e paternalista se demonstra através de uma comunicação unidirecional e coercitiva, o que se manifesta, nas seguintes expressões: "eu não tentaria discutir com eles"; "frente a um desacordo eu calo a boca"; "eu não posso decidir sobre a minha saúde". O que leva a adotar uma postura passiva e de aceitação ao paternalismo e autoridade profissional.
- as consequências anteriores significam e estabelecem uma falta de disponibilidade para o diálogo, o que manifesta uma atenção desrespeitosa que inibe o direito de decidir sobre a saúde e empobrecem a autonomia do usuário.

9.- O profissional da saúde pede sua ajuda e participação no momento de orientar-lhe, e dar explicações?. Caso isso não ocorra, você gostaria de ajudar e participar?.

Inferência/Qualificação (resposta entrevista N°1)

- os profissionais não pedem ajuda nem permitem participação no momento de orientar. Ela acha, que: "a gente só escuta, mas eu gostaria de participar, penso que é bom... o problema é que não me sinto à vontade para participar";
- ela em seu depoimento se contradiz, por uma parte, identifica uma situação deficitária e por outra, reconhece, que embora tivesse essa possibilidade, não participaria;
- sua participação passiva, na qual os profissionais falam e ela escuta, se vê fomentada pelas características da atenção profissional, às que ao não motivá-la trazem como consequência, a manifestação da sua passividade;
- a participação passiva significa aceitar o paternalismo/autoritarismo do profissional, exacerbando a falta de consciência e a importância de reclamar seus direitos a uma participação livre e autônoma.

Inferência/Qualificação (respostas entrevistas N°2-3-4-5-7-9-10)

- os profissionais pedem ajuda para participar no momento de orientar. Referem que: "sabem explicar e escutar"; "deixam participar"; "deixam à vontade". Outras duas opiniões assinalam: "eu não gosto muito de participar.. eu prefiro escutar"; "eu não gosto de participar porque, não me sinto à vontade";
- a consequência de favorecer a participação leva implícita a possibilidade de oferecer uma prática educativa com intencionalidade, à que permite ao usuário, tomar as suas decisões em relação a sua saúde;
- embora todos aceitem que lhes permitam participar, dois deles, preferem adotar uma atitude passiva. As razões que expõem são: um porque não gosta e outro porque não se sente bem participando, isto pode indicar e significar, que a motivação não é suficiente, ou que as formas utilizadas não são adequadas às características pessoais.

Inferência/Qualificação (respostas entrevistas N°6-8)

- os profissionais só às vezes pedem, ajuda para participar no momento de orientar. Isto devido a que: "em geral eles falam e a gente escuta"; com exceção das reuniões grupais com a enfermeira"; "às vezes eles não se colocam no lugar da gente... não entendem que a gente não entende tudo";
- as consequências de uma conduta profissional, que só às vezes permite a participação, faz notar uma inconsistência, na atenção de alguns profissionais. O que fomenta a prática autoritária e paternalista, favorecendo a passividade e dificultando a intervenção espontânea dos usuários;
- os depoimentos têm como significado chamar a atenção respeito a ter a possibilidade de vivenciar uma prática educativa intencionada, individualizada e dirigida à satisfação das necessidades de cada um deles. A sua vez, assinala-se uma exceção de participação, no caso das reuniões grupais com a enfermeira.

10- Você aceita, as orientações e explicações que lhe foram dadas?.

Inferência/Qualificação (respostas entrevistas N°1-5-6)

- os usuários não aceitam as orientações, referem que "às vezes as orientações não têm nada a ver com as necessidades da gente"; "a gente aceita só no momento da consulta, mas não faz como é orientada... em geral eu acho que os profissionais, não se colocam no lugar das pessoas"; " eu sinto que as orientações, muitas vezes não tem nada a ver com aquilo que a gente pensa ou quer";
- eles expõem um reclamo à forma de como são feitas as orientações, o que tem como consequência, uma prática educativa sem intencionalidade, não direcionada;

- o anterior significa, receber orientações que não resolvem suas dúvidas pessoais e que ao não ser individualizada, deixam um importante grau de insatisfação nas suas necessidades. É possível observá-lo nas seguintes expressões: "as orientações muitas vezes, não têm nada a ver com aquilo que a gente pensa o quer"; "a gente aceita só no momento da consulta, mas não faz como é orientada... os profissionais, não se colocam no lugar das pessoas". Este último depoimento, assinala além, a falta de confiança para transmitir diferenças de opinião.

Inferência/Qualificação (respostas entrevistas N°2-3-9-10)

- os usuários sempre aceitam as orientações. Eles consideram que: "se não fizesse tudo... então para que ir consultar"; "por causa da minha doença... eu tenho que acreditar em tudo"; "sempre faço tudo, eu acredito na fala dos profissionais"; "sempre aceito e faço tudo... para isso a gente consulta";
- os depoimentos assinalam uma conduta passiva e de aceitação, a que tem como consequência, a falta de questionamento da fala dos profissionais permitindo que eles tomem as decisões sobre a sua saúde; "por causa da minha doença... eu tenho que acreditar em tudo". O que significa, aceitar o paternalismo profissional.

Inferência/Qualificação (respostas entrevistas N°4-7-8)

- os usuários só às vezes aceitam as orientações, porque: "às vezes dá vontade de fazer o contrário, embora seja prejudicial... a gente tem que suportar uma carga de indicações e orientações que são cansativas"; "têm coisas muito exigentes e difíceis de fazer"; tem orientações que a gente não gosta, que não estão a seu alcance";
- as consequências de aceitar só às vezes as orientações, implica tomar uma atitude pessoal, "então a gente... faz só aquilo que pode fazer". Tomando só em parte a autoridade e o paternalismo profissional.
- a conduta de só às vezes aceitar, significa, manter uma postura de questionamento frente à prática autoritária e paternalista, fazendo só aquilo que é possível, de acordo às próprias possibilidades. Isto exige delinear, processos educativos em saúde com intencionalidade, os quais respondam e respeitem os requerimentos dos usuários.