

Takauti Saito, Danielle Yuri; Campos Pavone Zoboli, Elma Lourdes; Cabral Schweitzer, Mariana; Tanaka Maeda, Sayuri

USUÁRIO, CLIENTE OU PACIENTE? QUAL O TERMO MAIS UTILIZADO PELOS ESTUDANTES DE ENFERMAGEM?

Texto & Contexto Enfermagem, vol. 22, núm. 1, enero-marzo, 2013, pp. 175-183

Universidade Federal de Santa Catarina

Santa Catarina, Brasil

Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=71425827025>



*Texto & Contexto Enfermagem*,  
ISSN (Versão impressa): 0104-0707  
[texto&contexto@nfr.ufsc.br](mailto:texto&contexto@nfr.ufsc.br)  
Universidade Federal de Santa Catarina  
Brasil

## USUÁRIO, CLIENTE OU PACIENTE? QUAL O TERMO MAIS UTILIZADO PELOS ESTUDANTES DE ENFERMAGEM?<sup>1</sup>

*Danielle Yuri Takauti Saito<sup>2</sup>, Elma Lourdes Campos Pavone Zoboli<sup>3</sup>, Mariana Cabral Schweitzer<sup>4</sup>, Sayuri Tanaka Maeda<sup>5</sup>*

<sup>1</sup> Esta pesquisa foi realizada por meio do Programa Ensinar com Pesquisa, da Escola de Enfermagem (EE) da Universidade de São Paulo (USP).

<sup>2</sup> Acadêmica do Curso de Graduação em Enfermagem da EE/USP. Bolsista do Programa Ensinar com Pesquisa. E-mail: danielle.saito@usp.br

<sup>3</sup> Doutora em Saúde Pública. Professora Associado do Departamento de Enfermagem em Saúde Coletiva da EE/USP. E-mail: elma@usp.br

<sup>4</sup> Doutoranda em Enfermagem do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da USP. E-mail: marycabral101@usp.br

<sup>5</sup> Doutora em Enfermagem. Professora Associado do Departamento de Enfermagem da USP. E-mail: sayuri@usp.br

**RESUMO:** Este estudo objetivou identificar qual o termo mais utilizado pelos estudantes de enfermagem, usuário, cliente ou paciente, e também conhecer a compreensão do coletivo sobre cada termo. Estudo prospectivo, de corte quanti-qualitativo, realizado na Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, com os estudantes dos quatro anos do curso de Bacharel em Enfermagem. Foram abordados 215 alunos, dos quais 162 responderam e, destes, 60% utilizaram o termo usuário. Indiferentemente do termo a ser empregado na prática do cuidado, é importante ressaltar que os conceitos comuns de respeito à autonomia e serviço de saúde como um direito devem ser respeitados, da mesma forma que a relação desumana e a passividade devem ser deixadas de fora na relação dialógica que se pretende estabelecer entre os profissionais de saúde e o usuário-cliente-paciente.

**DESCRIPTORES:** Enfermagem. Bioética. Educação em enfermagem. Estudantes de enfermagem.

---

## USER, CLIENT OR PATIENT? WHICH TERM IS MORE FREQUENTLY USED BY NURSING STUDENTS?

**ABSTRACT:** The present study aimed to identify which term is more frequently used by nursing students - user, client or patient - and also to acknowledge the collective understanding of each term. This prospective, quantitative-qualitative research was conducted at the Nursing School of the University of São Paulo with students from all Nursing Baccalaureate years. From the 215 students approached by the study, 162 responded to the question. Of this number, 60% used the term "user" most frequently. Regardless the term employed in healthcare practice, it is important to highlight that the common concepts of autonomy and health service must be respected as a right, while the inhumane relationship and passiveness must be ousted in the dialogic relationship established between healthcare professionals and users-clients-patients.

**DESCRIPTORS:** Nursing. Bioethics. Education, nursing. Students, nursing.

---

## ¿USUARIO, CLIENTE O PACIENTE: A QUIÉN SE CUIDA COMO ESTUDIANTE DE ENFERMERÍA?

**RESUMEN:** Este estudio tuvo como objetivo identificar el término más utilizado por los estudiantes de enfermería: usuario, cliente o paciente, y también saber acerca de la comprensión colectiva de cada término. Estudio prospectivo, cuanti-cualitativo, elaborado en la Escuela de Enfermería, Universidad de São Paulo, con los estudiantes de los cuatro años del curso de Licenciatura en Enfermería. En total 215 estudiantes fueron abordados, 162 respondieron y de estos 60% utilizaran el término usuario. Independiente de cual término es empleado en la práctica de la atención es importante señalar que los conceptos comunes de autonomía y atención de salud como un derecho deben ser respetados, de la misma manera que la relación inhumana y la pasividad deben ser dejados de fuera en la relación dialógica que debe establecerse entre los profesionales y el usuario-cliente-paciente.

**DESCRIPTORES:** Enfermería. Bioética. Educación en enfermería. Estudiantes de enfermería.

## INTRODUÇÃO

Usuário, cliente ou paciente? As pessoas que acorrem aos serviços de saúde são, usualmente, designadas por estes três termos. Cada um tem sua especificidade e não se trata apenas de questão semântica, pois as denominações propiciam e induzem diferentes maneiras de olhar e compreender os objetos nomeados, ou como construímos a realidade.<sup>1</sup>

A relação profissional conota a ideia de que o paciente é sobretudo um cliente, ou seja, um usuário, um comprador de serviços, qualquer que seja o contexto em que é atendido.<sup>1</sup> Portanto, não há consenso nas concepções dos termos cliente, paciente e usuário nas relações da pessoa que utiliza o serviço de saúde e o profissional da área.

Dessa forma, é preciso atenção no uso das expressões, sendo necessário pontuar algumas diferenças, já que os três termos têm raízes diversas, ainda que usados como sinônimos. O termo paciente começou a ser utilizado no século XIV e está relacionado com a pessoa que tem paciência, sereno, conformado.<sup>2</sup>

A maioria dos profissionais considera o não envolvimento emocional como uma maneira de cuidar de si, ou seja, quanto mais próxima a relação paciente-enfermeiro, mais propício o profissional está para compartilhar os sentimentos com o paciente.<sup>3</sup> Além da ideia do termo paciente sugerir uma relação mais íntima, este também é o termo universalmente mais utilizado.

Entretanto, a sua utilização pode sugerir implicitamente uma posição passiva e hierarquicamente inferior em relação ao profissional, visto que a origem do termo refere-se à palavra *sufredor*, derivada do latim: *patiens*, de *patior*, que significa sofrer.<sup>4</sup>

Já o termo cliente procede do vocabulário próprio da economia liberal de mercado.<sup>1</sup> Marca o “exercício liberal” e/ou privado da atenção à saúde, implicando à pessoa que acorre aos serviços de saúde, em certa medida, o caráter de consumidor, e à saúde, a característica de um bem de consumo, não de direito social.<sup>5</sup>

O usuário é cada um daqueles que usam ou desfrutam de alguma coisa coletiva, ligada a um serviço público ou particular.<sup>6</sup> Assim, pode-se compreender o termo usuário como mais amplo, capaz de ultrapassar o ideário passivo ou liberal, que percebe a saúde como um bem de consumo regulado pelas leis de mercado, no sentido de avançar para uma concepção de saúde enquanto

direito humano e social, regulado pelas relações de cidadania.

Porém é claro que a utilização de um destes termos não elimina o uso dos demais. Diariamente, vivencia-se, nos serviços de saúde, a mescla dos três sem que os profissionais se deem conta do que representam, como se complementam ou se contrapõem.<sup>7-8</sup>

Todavia, na assistência à saúde, deve-se problematizar, de maneira contextualizada, a relação estabelecida com as pessoas que procuram os serviços, de modo a usar o conhecimento para o bem social, com justiça e cuidado. A Bioética implica a construção conjunta, de maneira deliberativa, de uma sabedoria prática. Assim, permite ampliar o discernimento da realidade por meio do confronto dialogado dos fatos e dos valores envolvidos nas relações com o usuário-cliente-paciente.<sup>9</sup>

Por isso, compreender o uso dos termos pode ser uma ferramenta para refletir sobre o cuidado, especialmente se essa reflexão iniciar durante a graduação, uma vez que os estudantes serão os futuros profissionais a utilizarem esses termos na prática.

Desse modo, devido à possibilidade do uso dos três termos, questiona-se: qual o termo mais utilizado pelos estudantes de enfermagem e qual a compreensão do coletivo dos estudantes sobre os termos? Para responder a essas perguntas, o presente estudo objetivou identificar qual o termo mais comumente usado pelos estudantes de enfermagem da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo (EENUSP) e também conhecer a compreensão destes estudantes quanto ao uso dos termos usuário, cliente e paciente.

## MÉTODO

Estudo prospectivo, de corte quantitativo e qualitativo, realizado na Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, com os estudantes dos quatro anos do curso de Bacharel em Enfermagem.

A coleta de dados ocorreu dentro e fora da sala de aula. Primeiramente, os alunos eram orientados sobre a pesquisa e os que aceitaram participar do estudo assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Em seguida, cada aluno recebia um envelope com a seguinte questão: “de quem você cuida em suas práticas como estudante de enfermagem?” Dentro do envelope, o aluno podia escolher, entre os três pedaços de papéis, do mesmo tamanho e formato, com os termos “usuário”, “cliente” e “paciente”,

qual era a sua resposta. E, no verso do papel selecionado pelo entrevistado, pedia-se para justificar o porquê da opção escolhida.

Para a abordagem e a entrega dos envelopes às turmas, devido a conflitos de horários e locais, tivemos a participação de importantes colaboradores, que, orientados sobre a pesquisa, ajudaram na coleta dos dados.

Os envelopes eram devolvidos junto com os TCLEs e o papéis assinalados pela justificativa eram retirados, identificados e cadastrados no software de análise de dados qualitativos e quantitativos Qualiquantisoft®. Para a identificação, o primeiro número representava o ano de graduação (1, 2, 3 ou 4) e os seguintes a sequência das respostas recebidas, por exemplo, aluno do segundo ano de graduação e décimo quarto respondente recebeu o número de identificação 214.

Após analisar a frequência e a média de participação dos alunos, foi utilizado o Discurso do Sujeito Coletivo (DSC)<sup>10</sup> com o propósito de construir uma concepção para cada termo usuário, cliente e paciente na visão do coletivo dos acadêmicos.

O DSC constitui uma técnica de organização de dados discursivos em pesquisa qualitativa que permite resgatar o estoque de representações que se tem sobre um determinado tema em um dado universo. A matéria-prima a ser trabalhada pelo DSC é o pensar, expresso de forma discursiva, de um conjunto de sujeitos, sobre certo assunto. Os discursos são submetidos a uma análise de conteúdo que se inicia com a decomposição destes nas principais ancoragens ou ideias centrais presentes em cada um individualmente e em todos reunidos, seguindo-se a uma síntese que visa à reconstituição discursiva da representação social.<sup>10</sup>

Os passos até a síntese nos DSCs incluem: 1º) ler algumas vezes o conjunto dos depoimentos coletados nas entrevistas; 2º) ler a resposta a cada pergunta em particular, marcando as expressões-chave selecionadas; 3º) identificar as ideias centrais de cada resposta; 4º) analisar todas as expressões-chave e ideias centrais, agrupando as semelhantes em conjuntos homogêneos; 5º) identificar e nomear a ideia central do conjunto homogêneo, que será uma síntese das ideias centrais de cada discurso; 6º) construir os DSC de cada quadro obtido na etapa anterior; e 7º) atribuir um nome ou identificação para cada um dos DSC.<sup>10</sup>

Expressão-chave é a transcrição literal de trechos ou segmentos, contínuos ou descontínuos, do discurso, que permitem o resgate do essencial

do conteúdo discursivo. Este momento da análise é crucial, pois a comparação das expressões-chave selecionadas com a integralidade do discurso e com as ideias centrais e a ancoragem permitem ao leitor julgar a pertinência da tradução dos depoimentos feita pelo pesquisador, o que imprime às expressões-chave o caráter de uma espécie de “prova discursivo-empírica” da veracidade da análise de conteúdo realizada.<sup>10</sup>

Ideia central é um nome ou expressão linguística que traduz o essencial do conteúdo discursivo explicitado pelos sujeitos. Revela e descreve o sentido e o tema de cada um dos depoimentos analisados, constituindo a síntese de um discurso ou de um grupo de discursos homogêneos.<sup>10</sup>

Dessa forma, para construir um DSC, faz-se necessário “discursivar”, isto é, ordenar com sequência as expressões-chave, de forma que os discursos tenham começo, meio e fim ou caminho do geral para o particular. A ligação entre as partes dos discursos ou parágrafos é feita pela introdução de conectivos, como logo, assim, então, enfim, dentre outros. Deve-se evitar a repetição de ideias, a não ser que retratem modos, expressões ou palavras distintas, ainda que semelhantes. As expressões particulares de sexo, idade, eventos ou doenças específicas devem ser eliminadas, num processo chamado de “desparticularização”.<sup>10</sup>

Esta pesquisa foi aprovada pela diretoria da Escola e também pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos (CEP/EEUSP) pelo processo 123/2010/CPq/EEUSP. Os alunos eram orientados sobre a pesquisa e assegurados quanto ao anonimato e a liberdade de participação no estudo. Foram também respeitados os preceitos éticos contidos na resolução CNS 196/96 do Ministério da Saúde.

## RESULTADOS

A coleta de dados foi realizada no segundo semestre do ano de 2010, quando foram abordados 215 alunos da Graduação da EE/USP. Destes, houve uma diferença entre o número de abordagens e o número de retorno em cada ano, assim descritos: entre os 60 alunos abordados do primeiro ano, 47 aceitaram realizar a entrevista; entre os 65 do segundo, 58 aceitaram; dentre os 45 do terceiro, 40 concordaram e, entre os alunos do quarto ano, 30 foram abordados e 17 aceitaram.

Em relação à pergunta de pesquisa, diferentes termos foram utilizados pelos alunos de cada ano de graduação, conforme descrito na tabela 1.

**Tabela 1 - Distribuição quantitativa do termo utilizado pelos acadêmicos de enfermagem da EEUSP, por ano de graduação**

Ano	1°	2°	3°	4°	Total
Paciente	15	16	10	5	46 (28%)
Cliente	2	10	6	2	20 (12%)
Usuário	30	32	24	10	96 (60%)
<b>Total</b>	<b>47</b>	<b>58</b>	<b>40</b>	<b>17</b>	<b>162 (100%)</b>

A partir dos dados organizados no *Qualiquantisoft®* para cada termo de resposta foi possível identificar cinco ideias centrais relacionadas à paciente, quatro para cliente e cinco para usuário. A apresentação destas ideias e seus equivalentes discursos coletivos seguem divididos por termo.

## Paciente

### *Paciência na espera do atendimento*

*Paciente é aquele que espera, ou seja, que deve ter paciência e esperar por ações e intervenções dos profissionais de saúde. Muitas vezes, a demora para ser atendido é tão grande que haja paciência.*

### *Pessoa doente que precisa de cuidado*

*Paciente é a pessoa que necessita de cuidados especiais e amparo, por um período curto, médio ou longo. É alguém que se encontra internado, com fragilidade e necessidade de cuidado individualizado, pois cada pessoa se fragiliza de uma forma e enfrenta a situação de uma forma particular.*

### *Humanização, vínculo e respeito no cuidado*

*Paciente dá a impressão de uma palavra com uma conceitualidade íntima e respeitosa. Exemplifica claramente certo grau de vínculo e respeito, deixando a relação mais humanizada e sem associações com a instituição, ou seja, nos revela uma interação mais próxima e não de prestação de serviço.*

### *Denominação tradicional*

*Paciente é a denominação convencional mais comum e antiga. É o termo que mais lembra o contexto hospitalar. É o modo usado na graduação e durante os estágios, assim nos apropriamos disso de tanto ouvirmos esse termo.*

## *Pessoa passiva ao tratamento*

*Paciente caracteriza o indivíduo como passivo a qualquer atuação, não se colocando diante da realidade com sua opinião. Parece referir a alguém que só recebe ordens e indicações, ou seja, alguém não muito ativo quanto a sua própria saúde e recuperação. Lembra o passado onde a pessoa era totalmente dependente. Retira da pessoa atendida seu direito de agir, exprimir suas vontades; parece obrigado a aceitar o que lhe é imposto, sem debater, criticar. Assim, dá a entender que não tem atitudes, pensamentos, crenças, tornando-se um objeto de trabalho.*

## Cliente

### *Atualidade*

*Cliente é a denotação atual, a forma mais moderna de se denominar a pessoa que utiliza o serviço de saúde.*

### *Sempre se paga pela saúde*

*Cliente é aquele que usa um serviço ou mercadoria pela qual pagou. Independente de o serviço ser público ou particular, o cidadão paga pelo serviço de saúde, seja pagando convênio, ou pagando impostos.*

### *Comercialização positiva da saúde*

*A profissão de enfermagem é um trabalho onde há relação entre um prestador de serviços e um cliente, então, se entende que ele paga por esta prestação de serviço. É um comprador, mesmo [o serviço] não sendo diretamente remunerado. Cliente mantém o vínculo prestador de serviço versus consumidor desse serviço. Todo tipo de cuidado e atenção é uma troca de valores e custos, onde a autonomia [do cliente] deve ser mantida, tendo seus direitos e deveres; participando da construção e melhora desse serviço; emitindo sua opinião, reclamações e sugestões a respeito dele, além de suas idéias e pensamentos, que devem ser considerados nos programas de avaliação de qualidade de assistência. Cliente força a tratar melhor a pessoa que está ali, porque a assistência deve estar voltada a quem atendemos, tendo paciência para prestar assistência humanizada, porque é seu direito receber cuidado de qualidade e o profissional tem o dever de oferecer atenção integrada a ele.*

### *Comercialização negativa da saúde*

*Cliente parece estar mais relacionado a algo comercial, relacionado a relações de troca só, que não envolve sentimentos. É um termo muito frio, que retira*



a humanização do atendimento, o sentido humano que ocorre durante a prática. Banaliza a questão da saúde, tornando-a mercadoria. Passa a impressão de um indivíduo que está pagando de forma particular pelo serviço de saúde, onde o hospital é o fornecedor e o comprador desse serviço é o cliente. Remete a lucros, ou seja, é um termo “privatizado”, voltado apenas para interesses comerciais, como se os cuidados fossem vendidos. Mesmo que sugira maior autonomia, há uma conotação de que a pessoa recebe os cuidados só quando tem dinheiro; e quando tem, deve ser atendido com todas as vontades.

## Usuário

### *Cuidado integral*

Usuário inclui não somente o cuidado biológico, mas também o psicossocial. Engloba o indivíduo em todas as suas dimensões, em seu momento doente ou saudável, independentemente da presença ou não de uma doença. Inclui a família e os potenciais de desgaste e fortalecimento. Podendo ser a pessoa que recebe um tratamento curativo, preventivo ou para promoção de saúde/educação em saúde.

### *Integra cliente e paciente*

Usuário é o termo mais adequado para a pessoa que utiliza os serviços hospitalares. Usuário é o paciente e o cliente ao mesmo tempo.

### *Exclusão das ideias de passividade e do mercantilizar da saúde, não inferiorizando o doente*

Usuário não denota um cuidado passivo, ou que demonstra submissão igual o termo paciente, e nem uma relação estritamente comercial, com fundo capitalista, tornando a saúde como mercadoria, como o termo cliente. O [termo] usuário não inferioriza o doente com possíveis significados da palavra. Uma vez que usuário remete à ideia de que a pessoa que procura o serviço de saúde tem autonomia sobre sua própria saúde, tem o poder de escolha, devendo se considerar suas decisões e vontades. A pessoa pode e deve questionar métodos e motivos dos tratamentos aos quais é submetida, além de poder optar pela forma como acontecerá seu atendimento/tratamento.

### *Serviço de saúde como direito de cidadania*

Usuário mostra o direito da população de usufruir dos sistemas de saúde de modo mais igualitário. O serviço de saúde é um direito do ser humano e dever

do Estado. Deve-se usufruir, quando necessário, tudo que lhe é permitido. Usuário é aquele que usufrui dos recursos que o sistema de saúde tem para oferecer, tanto hospital como UBS, independente se estes são públicos ou privados. Portanto, remete a qualquer indivíduo, independente da condição de pagante ou não, que utiliza o serviço de saúde. Afinal, em qualquer nível de atenção, a pessoa está usando um serviço.

## Usuário de drogas

Usuário lembra aqueles que utilizam drogas e outras substâncias.

## DISCUSSÃO

Após a organização dos dados, foi possível discutir a diferença de participação dos alunos na pesquisa e também elementos do Discurso do Sujeito Coletivo, a partir da reflexão promovida pela Bioética Deliberativa.

A evidência de mais alunos do primeiro ano participarem da pesquisa em comparação com alunos do quarto ano pode ter relação com o momento diferente destes coletivos.<sup>11-12</sup> No primeiro ano, o acadêmico encontra-se em um processo de desvelo do mundo universitário, está animado com o sucesso do vestibular e com a liberdade recém-adquirida. Já ao final do curso, o aluno tende a encontrar-se sobrecarregado e fatigado pelos trabalhos finais e pela busca de sua inserção no mercado de trabalho.

A justificativa apresentada pelos alunos para o uso de cada termo tem várias implicações que remetem ao meio ambiente ideológico deste coletivo.<sup>10</sup> Lefèvre destaca que o “imaginário pode ser considerado um meio ambiente ideológico que, da mesma forma que o meio ambiente físico, afeta, necessariamente e difusamente, todos os indivíduos”.<sup>10:32</sup> Assim, é importante reconhecer a complexidade que envolve o uso de cada termo para melhor compreender cada escolha.

Ao relacionar o termo paciente com paciência na espera do atendimento, pode-se refletir sobre o que existe na imaginação do coletivo quando se pensa em atendimento em saúde, pois tanto no serviço público quanto no privado pode-se encontrar desrespeito pelo cumprimento do horário das consultas, dos exames, das cirurgias, das visitas, etc. Pesquisas que discutem ética e bioética,<sup>13</sup> direitos e deveres<sup>14</sup> apresentam a dificuldade do empoderamento do cidadão e também a falta de estímulo (pessoal e público) para mudar essa re-

alidade que não favorece o desenvolvimento da cidadania nos serviços de saúde.

Em consonância com essa situação, o coletivo, ao justificar o uso de paciente por esta ser a denominação tradicional de pessoa doente, que precisa de cuidado, e passiva ao tratamento, também faz refletir como o pensamento crítico é desenvolvido nos ambientes de ensino. Diferentes autores<sup>15-16</sup> defendem que uma ideia reducionista do processo saúde-doença compromete um processo de ensino problematizador e dialógico. Assim, discutir a integralidade e a visão ampliada de cuidado<sup>16</sup> pode ajudar a desenvolver a criticidade dos acadêmicos de enfermagem e, nesse caso, o repensar destas justificativas.

De toda forma, quando os alunos relacionam o termo aos conceitos de humanização, vínculo e respeito no cuidado, é possível perceber o desenvolvimento dos preceitos do Sistema Único de Saúde (SUS), adentrando o ambiente acadêmico, assim como fora desejado no momento da publicação do HumanizaSUS: Política Nacional de Humanização.<sup>17</sup>

Outro termo justificado pelos alunos foi cliente, por ser um vocábulo da atualidade, que recentemente foi adequado para os sistemas de saúde. Às vezes ainda há confusão no seu uso, mas foi interessante identificar que a consciência de que sempre se paga pela saúde está bem desenvolvida nos acadêmicos. Afinal, é essencial caracterizar o SUS não como um serviço grátis, mas como um serviço de usufruto da população, que exige comprometimento com o orçamento público.<sup>18</sup>

Esse termo também destacou a dualidade da comercialização da saúde. Pelo aspecto positivo, vale ressaltar o maior comprometimento tanto do profissional quanto do cliente com o seu cuidado.<sup>18-19</sup> Todavia, só a mudança do termo não significa mudança de comportamento, e tem que se cuidar para que não seja adotada a concepção negativa de cliente, que pode ser de “um simples consumidor individual dos serviços oferecidos pelo Estado”.<sup>20:6</sup>

Ainda, alguns autores usam ambos os termos cliente/paciente em seus estudos, seja com diferenciação<sup>19</sup> ou não,<sup>21-22</sup> enquanto outros justificam a não utilização do termo cliente pela sua origem histórica, relacionada aos conceitos de vassalo, protegido de alguém.<sup>18,23</sup>

No surgimento do termo cliente, há uma estreita ligação com a teoria da qualidade total dos serviços. Nos setores de manufatura, a expressão aparece associada à inovação da teoria gerencial,

especialmente quando a prática administrativa redefine a forma de tratamento das pessoas, resgatando-as da condição de meros ‘recursos’ humanos para serem vistas como potencial nuclear e complexo das organizações.<sup>24</sup>

A maioria dos alunos (60%) escolheu o termo usuário, e justificaram a escolha pela capacidade do termo integrar os conceitos de cliente e paciente, visando à exclusão das ideias de passividade e do mercantilizar da saúde, não inferiorizando o doente.

Assim, corrobora com a dinâmica atual das políticas de saúde e de ensino de saúde<sup>25</sup> de desenvolver a autonomia e o empoderamento do cidadão, ao mesmo tempo que estimula o senso crítico e reflexivo dos profissionais em um movimento a favor das discussões promovidas pela bioética.<sup>26</sup> Dessa forma, permite o cuidado integral do indivíduo que busca o serviço de saúde, comprometido com os conceitos defendidos pelo SUS de universalidade e a compreensão do serviço de saúde como direito e cidadania.

Pode-se entender integralidade em saúde a partir de “três ideais inter-relacionados: enxergar o paciente como um todo, e não apenas como portador de uma doença específica; integrar ações preventivas com ações curativas; e integrar todos os níveis operacionais de atenção à saúde (primário, secundário e terciário)”,<sup>18:1</sup> visto que é por meio de um compromisso responsável de cuidado que se pode respeitar e promover a autonomia, a cidadania e a saúde para todos.<sup>26</sup>

A participação popular e o controle social, um dos pilares do SUS, conferem dupla dimensão à autonomia do usuário. Uma, a dimensão clínica, diz respeito à sua capacidade de tomar decisões nas situações que afetam sua vida, saúde e bem-estar. Outra, a dimensão política, implica participar das decisões concernentes às políticas de saúde e organização dos serviços.

Assim, a universalidade do sistema de saúde supõe a participação dos cidadãos nas decisões político-administrativas do setor saúde. Isso implica reconhecer que, no âmbito político, os profissionais devem comportar-se como assessores e os políticos como gestores, reservando-se aos usuários dos serviços o poder para as tomadas de decisões.<sup>27</sup>

Em relação à conotação usuário de drogas, pode-se entender como a difusão prévia desse contexto negativo do termo, na sociedade, ainda influencia o discurso desse sujeito coletivo. Ao mesmo tempo, desperta a dúvida de como esses

alunos são incentivados a questionar modismos tradicionais da sociedade.

Da mesma forma, pode-se questionar se a simples mudança na utilização do termo para designar de quem se cuida nos serviços de saúde realmente gera uma verdadeira transformação na relação de cuidado que se instala entre os acadêmicos de enfermagem e o cliente-paciente-usuário.

É necessário, portanto, despertar nos acadêmicos a criatividade natural dos jovens, o estímulo às ideias originais e à consciência de que a detecção de lacunas no conhecimento de determinada área podem apontar para necessidades e prioridades de investigação.<sup>28</sup>

Deve-se buscar relações menos autoritárias e verticais entre professores e alunos para promover a horizontalização do cuidado entre profissional e cliente-paciente-usuário, configurando-se assim o binômio participação-colaboração.<sup>29</sup>

A Bioética aposta e contribui para a transformação dessa postura, pois mostra que as relações cotidianas estão cercadas e revestidas de verdades transitórias. Por isso, além da aquisição de habilidades e de conhecimentos, os acadêmicos têm de aprender a agir com humildade, tolerância e respeito ao pluralismo moral da sociedade, a fim de construir relações clínicas pautadas pela responsabilidade compartilhada em um clima deliberativo.

As profissões de saúde, entre elas a enfermagem, têm de passar das atitudes beligerantes ou neutras para a deliberativa. A atitude deliberativa é tolerante, mas não toma toda posição como neutra. Compreende que há valores que merecem ser defendidos e realizados na atenção à saúde, enquanto outros devem ser evitados. A aceitação ou rejeição tem de ser justificada criticamente.<sup>29</sup>

As práticas de cuidado acontecem na vida real, cotidiana, como construção complexa, partilhada e constante, em uma espiral hermenêutico-dialética entre as convicções, os valores, os fatos, as circunstâncias e as consequências. Desse modo, o futuro profissional de saúde deve saber e desejar dialogar com o outro para encontrar cursos de ação que não sejam extremos ou trágicos para lidar com problemas, mas prudentes e sábios.<sup>9</sup>

O profissional que age com base na responsabilidade compartilhada justifica atos, escolhas e seus impactos para vida. E justifica-os depois de interligar obrigações, convicções, o que deveria fazer, os valores que deveria realizar. Faz isso considerando as circunstâncias, o contexto e as consequências previsíveis de seus atos e de suas opções.<sup>9</sup>

A responsabilidade na Bioética Deliberativa é tomada, grandemente, em seu sentido fenomenológico. Ou seja, aproxima-se da capacidade de 'dar respostas', de 'responder por': "the phenomenological senses of responsibility might be closer to a problematic of answerability than one of accountability ... responsibility first needs to be taken as a kind of response, as being assigned to a call".<sup>31:18</sup> Neste sentido, a responsabilidade é, então, uma resposta e não se baseia, como dizia Kant, em uma iniciativa espontânea.<sup>30</sup>

O essencial é a manifestação da realidade, a revelação das coisas. A experiência originária do ser humano é prévia a qualquer iniciativa do eu ou do sujeito. Encontramo-nos com as coisas, que aparecem de surpresa ante nossa consciência. Assim, as coisas se impõem a nós sem nenhuma intervenção ativa de nossa parte. Por isso, mais do que 'posição' das coisas pela consciência, como difunde o idealismo, temos que falar em 'imposição'. A realidade se revela e, ao revelar-se, nos impõe. A realidade tem um 'poder' sobre nós, o "poder do real", princípio e fundamento do fenômeno que Zubiri denomina "religação". A realidade tem poder sobre nós, ata-nos, reata-nos. Queiramos ou não, estamos reatados ou unidos ao poder do real, que impõe sobre nós sua tríplice condição de poder: "último", "possibilitante" e "impelente". O poder do real funda-nos, possibilita-nos e nos impele. Assim, o poder da realidade trata-se de um poder possibilitante, na dialética "poder-possibilidade". Também é um poder impulsionador na medida em que nos lança adiante, obriga-nos a viver por e a partir das coisas reais, a partir da realidade. Essa "religação conforma o fundamento da obrigação moral, de promover os poderes positivos e evitar os negativos".<sup>30:25</sup>

Há de se provocar o reconhecimento dessa obrigação e um processo reflexivo e responsável para a construção dos poderes positivos, como defendido pela Bioética Deliberativa, desde muito cedo na formação dos futuros profissionais de saúde. Com os resultados deste estudo, considera-se que uma das vias para desencadear tal processo é a participação dos estudantes em projetos de pesquisa, seja como bolsistas do Programa Institucional de Bolsas de Iniciação Científica ou do Programa Ensinar com Pesquisa, ou ainda, como voluntários nas reuniões de Grupos de Pesquisa, pois pesquisar não deixa de ser oportunidade para tomar a realidade, ao mesmo tempo, como fonte (imposição), possibilidade (de transformação) e motivação que nos impele a seguir.



Uma vez que o processo ensino-aprendizagem-reflexão constitui-se como processo cíclico e contínuo que demanda a percepção da realidade com o complexo fenômeno saúde-doença de forma integral e compreensiva, a possibilidade de incluir-se na pesquisa durante a formação inicial viabiliza para o estudante o construir dessa educação ampliada e reflexiva. Dessa forma, esta prática poderá ser repetida pelo futuro enfermeiro no cuidado da Enfermagem, fomentando a integração do ensino, da pesquisa e da assistência quando este estiver em sua vida profissional. Estaria aí o germe da tão necessária translação?

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

O termo mais usado pelos acadêmicos foi usuário, todavia, indiferentemente do termo a ser empregado na prática do cuidado, é importante ressaltar que os conceitos comuns de respeito à autonomia e serviço de saúde como um direito devem ser considerados. Da mesma forma, a relação desumana e a passividade devem ser deixadas de fora na relação dialógica que se pretende estabelecer entre os profissionais de saúde e o usuário-cliente-paciente.

Este trabalho deve contribuir no sentido de fazer pensar, refletir com atenção, perceber o que está por trás (assim como a justificativa que estava escrita no papel) do imaginário de cada pessoa quando decide adotar um dos termos usuário-cliente-paciente na relação de cuidado com o outro e consigo mesmo, ao se perceber como indivíduo-profissional de saúde.

Para finalizar, é fundamental destacar o crescimento pessoal e acadêmico despertado pela realização desta pesquisa, na vida do acadêmico-bolsista-pesquisador participante desse estudo, ainda hoje capaz de utilizar os três diferentes termos no seu processo de cuidado, mas com certeza sempre se questionado sobre o porquê da escolha.

## REFERÊNCIAS

1. Soar Filho EJ. A interação médico-cliente. *Rev Ass Med Brasil*. 1998 Jan-Mar; 44(1):35-42.
2. Houaiss A. *Dicionário da língua portuguesa* Houaiss. Rio de Janeiro (RJ): Instituto Antonio Houaiss, 2009.
3. Amestoy SC, Schwartz E, Thofern MB. A humanização do trabalho para os profissionais de enfermagem. *Acta Paul Enferm*. 2000 Oct-Dez; 19(4):444-9.
4. Sermo latinus glossarium. [página na Internet]. [acesso 2011 Jun 30]. Disponível em: <http://www.sermolatinus.pro.br/glossario.htm>
5. Gracia D. Ética y vida: estudios de bioética n ° 2: Bioética clínica. Santa Fé de Bogotá (CO): El Buho; 1998.
6. Ferreira ABH. Novo Aurélio século XXI: o dicionário da língua portuguesa. 3ª ed. Rio de Janeiro (RJ): Nova Fronteira, 1999.
7. Leitão LRG. Não basta apenas ouvir, é preciso escutar. *Rev Saúde em Debate* 1995 jun; (47):46-9.
8. Goulart FA. Movimentos sociais, cidadania e saúde. Anotações pertinentes à conjuntura atual. *Rev Saúde em Debate*. 1993 Jun (39):53-7.
9. Zoboli ELCP. Deliberação: leque de possibilidades para compreender os conflitos de valores na prática clínica da atenção básica [tese livre-docência]. São Paulo (SP): Universidade de São Paulo, Escola de Enfermagem; 2010.
10. Lefèvre F, Lefèvre AMC, Teixeira JJV, organizadores. O Discurso do Sujeito Coletivo: uma nova abordagem metodológica na pesquisa qualitativa. Caxias do Sul (RS): EDUCS; 2000.
11. Jorge MSB. Situações vivenciadas pelos alunos de enfermagem, durante o curso, no contexto universitário, apontadas como norteadores de crises. *Rev Esc Enferm USP*. 1996 Jan-Abr; 30(1):138-48.
12. Mauro MYC, Santos CC, Oliveira MM, Lima PT. O estresse e a prática de enfermagem: quando parar e refletir? Uma experiência com os estudantes de enfermagem. *Acta Paul Enferm*. 2000; 13(esp II):44-8.
13. Koerich MS, Machado RR, Costa E. Ética e bioética: para dar início à reflexão. *Texto Contexto Enferm*. 2005 Jan-Mar; 14(1):106-10.
14. Lanzoni GMM, Lino MM, Schweitzer MC, Albuquerque GL. Direitos dos usuários da saúde: estratégias para empoderar agentes comunitários de saúde e comunidade. *Rev RENE*. 2009 Oct-Dez; 10(4):145-54.
15. Lüdke L. Formação de docentes para o SUS: um desafio sanitário e pedagógico [dissertação]. Itajaí (SC): Universidade Vale do Itajaí, Mestrado Profissionalizante em Saúde e Gestão do Trabalho; 2009.
16. Schweitzer MCS. Estilos de pensamento em educação em enfermagem: uma análise da produção científica das regiões Norte, Nordeste e Centro-oeste do Brasil [dissertação]. Florianópolis (SC): Universidade Federal de Santa Catarina, Programa de Pós-Graduação da em Enfermagem; 2010.
17. Ministério da Saúde (BR). Política Nacional de Humanização – HumanizaSUS. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2004.
18. Ferraz OLM. De quem é o SUS?. Folha de São Paulo [online], 2007 Dez 20 [acesso 2011 Jun 28]; Opinião. Disponível em <http://www2.warwick.ac.uk/fac/soc/law/staff/academic/ferraz/press/artigofolhasus.pdf>
19. Filho EJS. A interação médico-cliente. *Rev Ass Med Brasil*. 1998; 44(1):35-42.

20. Martins MF. Uma “catarsis” no conceito de cidadania: do cidadão cliente à cidadania com valor ético-político. *Rev Ética*. 2000 jul-dez; 2(2):106-18.
21. Melles AM, Zago MMF. Análise da educação de clientes/pacientes na literatura brasileira de enfermagem. *Rev Latino-Am. Enfermagem*. 1999 Dez; 7(5):85-94.
22. Bittar DB, Pereira LV, Lemos RCA. Sistematização da assistência de enfermagem ao paciente crítico: proposta de instrumento de coleta de dados. *Texto Contexto Enferm*. 2006 Out-Dez; 15(4):617-28.
23. Silva MA. Quem realmente é o cliente?. *Portal Administradores* [online]. 208 Ago 28 [acesso 2011 Jun 28]. Disponível em: <http://www.administradores.com.br/informe-se/artigos/quem-realmente-e-o-cliente/24783/>
24. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão (BR). Secretaria de Gestão. Prêmio Qualidade do Governo Federal: instrumento de avaliação da gestão pública: ciclo 2000. Brasília (DF): Ministério do Planejamento, 2000.
25. Therrien SMN, Guerreiro MGS, Moreira TMM, Almeida MI. Projeto Político-Pedagógico: concepção, construção e avaliação na enfermagem. *Rev Esc Enferm USP* [online]. 2010 [acesso 2011 Jun 28]; 44(3):679-86. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v44n3/18.pdf>
26. Zoboli ELCP. Bioética e atenção básica: para uma clínica ampliada, uma bioética clínica amplificada. *O Mundo da Saúde*. 2009;33(2):195-204.
27. Cortina A. Ética aplicada y democracia radical. 2ª ed. Madri (ES): Tecnos; 1997.
28. Trevizan MA, Mendes IAC. Iniciação científica: modalidade de incentivo à pesquisa em enfermagem. *Rev Gaúcha Enferm*. 1991 [acesso 2011 Jun 28];12(2):33-38.. Disponível em: <http://gepecopen.eerp.usp.br/files/artigos/Artigo46fin.pdf>
29. Gracia D. Como arqueros al blanco: estúdios de bioética. Madrid (ES): Triacastela; 2004.
30. Raffoul F. The origins of responsibility. Bloomington (US): Indiana University Press; 2010.