

# O SER "TRABALHADOR DE ENFERMAGEM" E O SER "DOENTE": CONSIDERAÇÕES SOBRE O DESEMPENHO DE PAPÉIS SOCIAIS

Cilene Aparecida Costardi Ide \*

IDE, C.A.C. O ser "trabalhador de enfermagem" e o ser "doente": considerações sobre o desempenho de papéis sociais. *Rev. Esc. Enf. USP*, v. 25, n. 1, p. 103-112, abr. 1991.

*O texto identifica aspectos de papéis sociais específicos, desempenhados no hospital, ou seja, numa instituição total cujas características condicionam a existência de padrões peculiares de comportamento, socialmente determinados, a serem desempenhados por funcionários e doentes na tentativa de perpetuação do esquema institucional.*

UNITERMOS: *Instituições, recursos humanos e serviços. Exercício da enfermagem.*

## INTRODUÇÃO

A busca da compreensão das condições nas quais se desenvolve o exercício da Enfermagem hospitalar e, conseqüentemente, o processo do assistir-cuidar, dependeria tanto da análise da maneira como a Saúde grava na sociedade como, também, da identificação da intencionalidade dos sujeitos dessa prática enquanto agentes da organização do trabalho nesse âmbito institucional.

Nesse contexto, vale ressaltar que, apesar de reconhecermos a determinação social e histórica que condiciona uma realidade assistencial próxima ao caos, acreditamos na possibilidade da sua superação inclusive pela intervenção profissional intencional, caminhando no sentido da qualificação do cuidar. Cuidar entendido como processo coletivamente construído no interior das ações de saúde, que coloca face a face profissionais e clientes, configurando um processo de interação interpessoal desenvolvido dentro de "instituições totais", com características peculiares analisadas a seguir.

## 2. O HOSPITAL ENQUANTO INSTITUIÇÃO TOTAL

O hospital pode ser caracterizado como uma "instituição total", isto é, "um local de residência e trabalho, onde grande número de indivíduos, em situação semelhante, separados da sociedade mais ampla por considerável período de tempo, levam uma vida fechada e formalmente administrada" <sup>2</sup>. Para a obtenção de um sistema eficiente seriam utilizados

---

\* Enfermeira. Doutora do Departamento de Enfermagem Médico-Cirúrgica da EEUSP.

esquemas organizacionais pautados na interposição de barreiras à relação social, tanto ao grupo controlado (doentes) quanto ao grupo de supervisão (funcionários). A partir dessa concepção, são criados esquemas, cuja efetivação pressupõe "que todas as pessoas sejam tratadas da mesma forma e induzidas a desempenhar as mesmas tarefas, estando todas as atividades presas a horários rigorosos, quando uma atividade leva a outra, e toda a seqüência é imposta de cima para baixo por um sistema de regras formais e explícitas" <sup>2</sup>.

Vale salientar que esse esquema e as barreiras dele decorrentes não nascem casualmente; são, ao contrário, construções socialmente determinadas, constituindo sistemas que permitem aos membros de uma sociedade mecanizar a maior partes de suas ações pela imitação ativa da totalidade dos comportamentos valorizados <sup>3</sup>. Ao mesmo tempo que preservam padrões de comportamento, cerceiam a possibilidade de relacionamento interpessoal, configurando práticas de controle social manifestadas na forma de papéis, padrões e normas de conduta, perpetuadas apesar de toda a fragmentação, marginalização e alienação geradas. Como resultante, junto com a continuidade do Sistema sobreviveriam seres humanos com a sua identidade abalada em alguma fase desse processo, cristalizando uma forma manipulada e mecanizada de vivência de papéis sociais específicos, ou seja: o ser "trabalhador de enfermagem" e o ser "doente".

Nesse contexto, sob o prisma dos doentes, nada é capaz de retratar todo o sofrimento, desilusão, expectativas frequentemente frustradas, medo, ansiedade e outras emoções por eles vivenciadas, enquanto esperam a assistência. Nenhum argumento poderia caracterizar a impessoalidade do atendimento; as horas perdidas pelos doentes e acompanhantes em longas filas à procura de tratamento, muitas vezes invasivos e pouco resolutivos; o desencanto em face das barreiras interpostas entre usuários e profissionais; o desespero de perceber a própria piora ou a de seus familiares, sem entender o que se passa ao seu redor; a expressão de temor e fragilidade em relação às rotinas hospitalares, existentes muito mais para satisfação das expectativas institucionais do que para qualificação da assistência levam a cliente à decepção, evidente em sua face, à medida que percebe que o acesso ao Sistema muito pouco significou para sua qualidade de vida <sup>4</sup>.

Esse mesmo contexto, analisado, agora, sob o prisma do trabalhador de enfermagem, também configura um contingente em franca deterioração da própria imagem profissional. Assim, uma prática vinculada ao cuidar, cuidar que envolve o desempenho de técnicas consideradas inclusive como "desgastantes, repulsivas, atemorizadoras" <sup>5</sup>, ainda em busca de um saber e um fazer que aliem competência técnica, consciência crítica e compromisso social, exercida predominantemente por mulheres, carregando todo um preconceito vinculado à sua origem e perpetuado pela desvalorização socialmente induzida do trabalho ferminino, prática considerada como subsidiária do saber-poder médico, desempenhada por diferentes categoriais enfraquecidas por conflitos de papéis também social-

mente induzidos e por um nível histórico de despolitização, todos sujeitos a condições de trabalho insatisfatórias, constituiria uma prática em persistente processo de crise. Comporia, por isso, um contingente ideal para assumir a sobrecarga de trabalho, realizado em condições cada vez mais inadequadas, com pouca reivindicação, contestação e capacidade de mudança <sup>4</sup>.

A síntese dessa interação coloca face a face contingentes de controlados (doentes) e controladores (funcionários), cujo relacionamento passa a se fundamentar no desempenho de papéis sociais embasados numa relação de dominação-submissão. Neste contexto, mecanismos de coerção e de defesa passam a ser utilizados por ambos os grupos, numa tentativa de manipulação de tensões, caracterizando mecanismos analisados a seguir.

### O SER "TRABALHADOR DE ENFERMAGEM": O GUARDIÃO DO SISTEMA

A análise deste papel social identifica, sob a ótica organizacional a cristalização de comportamentos desempenhados por empregados assalariados, com funções fragmentadas, padronizadas e adaptadas às diretrizes institucionais, utilizadas primordialmente para a legitimação da hierarquia do poder e, conseqüentemente, para o controle dos doentes. Assim, a rotina assistencial (controle de parâmetros hemodinâmicos, cuidados de higiene, desempenho de procedimentos específicos, dentre outras atividades) ocorreria num cenário com espaços físicos pré-determinados, com códigos de conduta explicitados e com um processo de disciplina voltado para o enquadramento de todos às regras institucionais <sup>4</sup>.

Ao mesmo tempo, sob a ótica psicológica, identifica-se uma prática em convívio constante e intenso com condições extremamente desgastantes e atemorizadoras, dentre as quais vale salientar: 1. o impacto direto da doença física sobre os profissionais; 2. os sentimentos e exigências desenvolvidas pelo doente e família, que veriam no profissional a antítese da sua situação; a tentativa dos mesmos de compartilharem com a equipe os sentimentos de depressão, ansiedade, medo, repulsa pela doença por eles vivenciados, o que amplia sua dependência ao invés de assumir sua participação no processo assistencial; o contato constante do profissional com o sofrimento e a morte, além da execução de tarefas consideradas muitas como repulsivas <sup>5</sup>.

A complexidade deste contexto de prática, duplamente pressionada, induziria o profissional à utilização de mecanismos peculiares utilizados, por um lado, para enquadrar a todos (mecanismos coercitivos) e, por outro lado, para se proteger de todos (mecanismos de defesa psíquica), conforme seqüência abaixo explicitado.

### 3.1 A COERÇÃO

A análise do processo de hospitalização pressupõe a tentativa de caracterização da trajetória individual do paciente, que se inicia com o

ser e estar doente e que culmina com a inserção desse doente no sistema assistencial e tudo o que ele representa: a distância da família, dos amigos e da ocupação; o despojamento de direitos; a modificação de hábitos, na sua dimensão física-psíquica e social; a dependência de estranhos e, mais do que tudo, o cerceamento da liberdade e autonomia sobre o próprio corpo e a própria vida. Esse processo de enquadramento aos padrões institucionais se faz pela utilização de mecanismos coercitivos específicos, utilizados principalmente pela Enfermagem, desencadeados sequencialmente, configurando um contexto que culmina com a adaptação do doente como única forma de permanência no Sistema, abrangendo<sup>1</sup>:

- o ritual de iniciação: o início da despersonalização do doente. Por dependerem da internação, as pessoas se submetem a longos períodos de filas de espera, a um contraditório esquema de triagens, a um esquema de informações incompreensíveis e inacessíveis, enfim, a um atendimento insatisfatório. O objetivo deste processo seria quebrar as resistências individuais, tornando explícita a necessidade de mudança de comportamentos como pré-requisito para a institucionalização. Aqueles que conseguem ultrapassar as barreiras da tecno-burocracia, que têm nos profissionais da Enfermagem fiéis defensores, alcançam a internação, fase mais aprimorada de despersonalização. Uma vez internadas, as pessoas são despojadas de bens pessoais (documentos, jóias, objetos de uso, roupa) e do convívio com tudo e com todos que as identificam enquanto indivíduos, passando, agora, a desempenhar um papel específico: o **ser doente**. Perdem a identidade, passando a ocupar um leito hospitalar ganhando, por isso, um número e um diagnóstico como substitutivo do próprio nome.
- Ritual de ajustamento, ou seja, a aceitação de valores da instituição como seus. Prosseguindo com o processo de despersonalização, a prática coercitiva volta-se agora, para o enquadramento nas rotinas do hospital (horário de banho, de refeições, de visitas, de medicação, de controles), e na delimitação de espaços, que raras vezes ultrapassam o próprio leito, dentre outras formas de manipulação da identidade individual. Tais rotinas são veiculadas pelos profissionais, como sendo indispensáveis ao bem estar do doente e, conseqüentemente, ao do hospital. Assim, interesses institucionais e individuais se confundem, sendo obtido, como resultado, uma forma de cooperação tida como voluntária. Essa aderência às rotinas, por mais antinaturais que sejam, advêm tanto da paulatina perda da identidade pessoal, quanto da indução da dependência servil, da docilidade valorizada e recompensada. O doente é induzido a assumir o papel de coadjuvante no seu tratamento, que passa a ser monopólio dos profissionais. Cuidados com o próprio corpo passam a ser prestados por funcionários. Hábitos e ritmos individuais são abolidos em defesa de rotinas coletivas. Tempo e espaço são variáveis fora do controle individual, inviabilizando a possibilidade de cada um organizar o seu referencial de tempo no decorrer da hospitalização. Ao mesmo tempo, transferências de local são realizadas, desconsiderando-se o seu significado e a necessidade do autoreconhecimento dos espaços, considerados como próprios pelo do-

ente e acompanhantes. Informações são negadas sob o pretexto de se manter o sigilo, protegendo os profissionais do desgaste de compartilhar o saber e o fazer. Decisões são tomadas, muitas vezes à revelia, em decorrência da sua "ignorância". Penas, sutis ou não, são aplicadas como "incentivo à adaptação": redução ou supressão de visitas, proibição do acesso à recreação, proibição de licenças, dentre outras formas de coerção. Vale salientar que, muitas vezes, tais repreensões são estendidas ao grupo de doentes enquanto mecanismo capaz de induzir agora, o controle de todos sobre as ações individuais. Não por acaso, a síntese desse processo determina o surgimento de um paciente resignado, dependente, submisso e passivo.

- o ritual de isolamento: a família como instrumento de coerção. Além de ter o seu papel alterado na estrutura familiar, transformando-se num ser dependente e oneroso, o doente passa a ter o seu comportamento extremamente vigiado. A sua permanência por tempo mais prolongado ou uma resposta não positiva ao tratamento podem ser condições interpretadas pela família como um desajuste às regras e exigências do tratamento, um ato de rebeldia frente às expectativas institucionais, levando ao desencadeamento de recriminações ao invés de apoio. Outro artifício coercitivo no controle do contato com o mundo externo relaciona-se à proibição de qualquer vínculo com entes queridos. Retratos, presentes ou outras formas de recordação são proibidas. Assim, desencadeia-se uma lenta alienação do doente em relação às respectivas famílias rompendo, paulatinamente, vínculos emocionais com o passado.
- o processo de adaptação final: o submissão ao Sistema. Lentamente, a convivência sob normas rígidas de comportamento tidos como indispensáveis à permanência na instituição induz, não somente a assimilação do papel "ser doente" como também, a reprodução de tais valores. A despersonalização deverá caminhar da cópia à imitação das formas de controle exercido, agora, sobre outros doentes. Assim, completando o processo, o importante passa a ser a identidade com o Sistema, obtida pela aplicação sistematizada dos mecanismos de coerção analisados.

Ao encerrarmos este resumo das possibilidades de utilização da coerção torna-se relevante salientar que tais possibilidades funcionam dentro de limites. A influência dessas pressões sobre cada doente dependeria, tanto da eficiência da sua aplicação (organização, tempo e intensidade de exposição) como também, do preparo de cada pessoa para enfrentá-lo, ou seja, do grau de integração do indivíduo atingido, da sua capacidade de reagir, negando o Sistema, e da sua forma de organizar tal resistência. Vale esclarecer também, que mecanismos coercitivos são utilizados pelos defensores do Sistema, consciente e inconscientemente, a todos aqueles que se inserem à instituição. Nesse sentido, funcionários recém-admitidos passam por processos de despersonalização similares, na tentativa eficiente de torná-los dóceis à dominação dos que manipulam, inclusive, as práticas de saúde.

Por outro lado, o desempenho desse papel de controle social, apesar de institucionalmente validado, desenvolve-se num contexto de tensões extremas gerando, como reação, defesas organizacionais e psicológicas peculiares, ainda que às custas de cumplicidade ainda maior com a instituição, configurando comportamentos a serem explicitados a seguir.

### 3.2 MECANISMOS DE DEFESA PSÍQUICA

Dentre as técnicas de defesa psíquica utilizadas pela Enfermagem na sua interação com o cliente merecem destaque<sup>5</sup>: a fragmentação do relacionamento profissional/doente, prevenindo-se do contato direto e, e, conseqüentemente, da ansiedade decorrente, pela redução da assistência a tarefas estanques, dissociadas do todo; a despersonalização, categorização e negação da importância da pessoa que passa a ser tratada não pelo nome, mas pelo número do leito ou pela doença ou órgão doente (o fígado do leito 10, a pneumonia do leito 15); pela uniformização das condutas e dos doentes, gerando um atendimento determinado pela sua pertinência a uma categoria de doentes e minimamente pelos seus desejos e necessidades específicas; pelo distanciamento e negação de sentimentos garantidos pelas frequentes mudanças na escala de serviços, meio pelo qual se inviabiliza qualquer possibilidade de interação interpessoal.

Na esfera da organização do trabalho, um importante mecanismo de defesa psíquica contra a ansiedade relaciona-se à tentativa de eliminar decisões pelo ritual de desempenho de tarefas, minimizando as responsabilidades decorrentes pela fragmentação da assistência, pela repetição de técnicas cristalizadas, pelo adiamento das condutas retardadas pelo hábito de checagens repetidas, adiando a ação tanto quanto possível e envolvendo o maior número de profissionais na tomada de decisões e na revisão das ações<sup>5</sup>.

A diluição da responsabilidade sobre a ação pressupõe, ainda, o deslocamento das tarefas que implicam em decisão para instâncias superiores, configurando um desnível entre as tarefas executadas e a competência do executor; a idealização e a subestimação das possibilidades de desenvolvimento pessoal, embasadas na convicção de que a responsabilidade e a maturidade pessoais teriam um cunho vocacional corroborada pelo ensino formal; a resistência à mudança, ou seja, o temor da excursão ao desconhecido. Frente ao inédito havia um aumento da rigidez e uma reiteração do conhecido. “Até onde se pode observar, quanto maior a ansiedade, maior a necessidade de tal reafirmação, através de mecanismos que são, antes de mais nada, compulsão repetitiva”<sup>5</sup>. . . Essa postura inibiria “a capacidade para o pensamento criativo, simbólico, abstrato. Inibe igualmente o autoconhecimento e a compreensão”<sup>5</sup> e, com isso, a possibilidade de atuação consciente e transformadora no sentido de superar o desempenho desse papel social, caminhando rumo à interação interpessoal indispensável à qualificação do cuidar.

Estes seriam os principais mecanismos de defesa psíquica utilizados pela Enfermagem para reagir à manipulação exercida pela instituição

sobre os indivíduos e pelos indivíduos uns sobre os outros, cabendo, agora, deslocar a análise para o outro ator desta relação tão distorcida, ou seja, o "ser doente".

#### 4. O "SER DOENTE": A DOCILIDADE COMO RESPOSTA À COERÇÃO

O processo de induzir o doente a renunciar à maturidade torna-se relevante na medida em que agrega ações desenvolvidas por funcionários, pelas defesas psicológicas do próprio indivíduo e por seus companheiros. Como consequência emergem comportamentos mais característicos da infância ou da adolescência<sup>1</sup>. Uma vez destituído do seu eu, o doente tende a perder a responsabilidade e o poder de decisão sobre si próprio e sobre tudo o que lhe diz respeito. Formas infantis de satisfação passam a se fazer presentes, na maioria das vezes vinculadas às necessidades básicas: alimentação, sono e repouso. A vivência limita-se ao presente imediato, desvinculado de um passado que lhe foi negado e de perspectivas futuras que fogem da sua alçada. Relações interpessoais tornam-se cada vez mais frágeis na medida em que a aderência ao papel progride às custas da despersonalização.

A negação em assumir responsabilidades frente ao próprio tratamento seria outro passo para a desintegração da personalidade enquanto expressão do enfraquecimento e de descontrole de sua vida. A projeção seria outro instrumento de defesa capaz de transferir para outros a razão de ser do seu comportamento infantilizado<sup>1</sup>.

Ao mesmo tempo, o anonimato passa a ser valorizado na medida em que significa uma abstenção do processo decisório, uma diluição como tentativa de passar despercebido, representando ao mesmo tempo, uma segurança relativa e a desistência da própria personalidade<sup>1</sup>. Finalizando esse caminho de negação do eu torna-se imprescindível a aderência aos estereótipos institucionalmente valorizados: o do doente calmo, acessível, dócil. Assim, por mecanismos redutores, sejam eles de cunho coercitivo ou defensivos, o resultado final se caracteriza pela relação entre seres fragmentados e profundamente infelizes. Entretanto, esse processo não é definitivo e nem unidirecional, cabendo às pessoas a opção pela escolha entre a passividade ou a luta, a resistência no caminho de graus de integração mais elevados, cabendo, agora, a explicitação de outras perspectivas rumo ao desafio das regras, da superação desses papéis sociais, da integração efetiva e afetiva de seres humanos circunstancialmente localizados em posições distintas, porém nunca hierarquizadas, no processo assistencial.

#### 5. UM NOVO MODELO DE ORGANIZAÇÃO DO PROCESSO DE TRABALHO NO ÂMBITO DA ENFERMAGEM

Se somos capazes de compreender as linhas gerais em que uma instituição se pauta para amoldar comportamentos, passamos a ser capazes de intencionalmente caminhar no sentido da superação dos limites

que nos são impostos. Mais uma vez vale enfatizar que o homem é muito mais do que o conjunto de seus papéis uma vez que estes jamais esgotam o comportamento humano em sua totalidade. “Assim como não existe nenhuma relação social inteiramente alienada, tampouco há comportamentos humanos que se tenham cristalizado absolutamente em papéis”<sup>3</sup>.

A partir desta convicção é possível resgatar o espaço da nossa intencionalmente, superando a concepção de um modelo de prática que transforma a todos em serem domesticados, inteiramente passíveis de aceitarem os mecanismos de manipulação dos esquemas pré-estabelecidos. Surge, nesta dimensão, a força da ação dos atores sociais — funcionários e doentes — no engajamento pela superação, tanto dos sentimentos de impotência frente à força do Sistema, como também, da postura crítico-reprodutivista que considera tal contexto materialmente determinado e, portanto, com caráter reinterativo.

Como síntese, vale agora, identificar perspectivas para a transformação desse padrão distorcido de prática. Esse movimento deverá ser fruto de uma nova concepção e organização das ações de saúde, redefinida, inclusive no interior das relações que caracterizam as interações interpessoais que ocorrem no espaço institucional. Conquistá-la, portanto, torna-se atribuição de todos, funcionários e usuários do Sistema.

Nesse complexo jogo de interesses, caberá aos clientes a prerrogativa de continuidade na luta pela garantia dos interesses da maioria da população, no sentido de conquistar o acesso a uma assistência quantitativa e qualitativamente satisfatória, superando os mecanismos de controle social vigente. Nesta luta, todos os canais existentes de representação devem ser utilizados. Ao mesmo tempo, vale, mais uma vez, ressaltar a convicção de que sem o engajamento da Enfermagem ao projeto de qualificação das ações de saúde, essa mudança não se dará, pois é esta profissão que dá estrutura ao sistema assistencial como um todo.

Nesse sentido, caberá aos trabalhadores de enfermagem a coragem de se tornarem sujeitos instituintes de uma nova ordem, capaz de superar o desempenho de papéis que se antepõem aos direitos dos clientes, lutando:

- pela plena institucionalização do Sistema Único de Saúde, colaborando na transposição das barreiras induzidas e perpetuadas com a intenção de torná-lo inviolável;
- pela democratização das práticas de saúde enquanto intervenção específica no processo saúde-doença;
- pela explicitação de compromissos, transformando e perfil institucional, direcionando-o às expectativas, possibilidades e necessidades do doente, caminhando rumos às expectativas dos movimentos sociais organizados;
- enfim, pela organização de um processo de trabalho voltado, não às expectativas dos dirigentes e sim às necessidades da clientela, refutando as relações de poder que desqualificam o cuidado.

Assim, a prática da Enfermagem será inovadora se viabilizar uma nova divisão técnica de desempenho, no qual o enfermeiro efetivamente se fará presente enquanto atuação direta junto ao doente. Tal prática, compartilhada com as demais categorias da profissão, viabilizará um trabalho em equipe que, até o momento, não ultrapassou os limites do discurso. À medida que o cuidar passa ao domínio de todos os trabalhadores da Enfermagem, estabelecendo uma relação de complementaridade e não de substituição ou sobreposição de mão-de-obra, uma nova dimensão de qualidade estaria sendo acrescida ao contexto vigente, viabilizando, inclusive, um reposicionamento de profissionais e clientes frente às técnicas de manipulação vigentes.

Uma perspectiva complementar às demais diz respeito à luta por reivindicação de âmbito trabalhista, priorizando conquistas na jornada de trabalho; fixação de um piso salarial adequado; redimensionamento na relação entre cliente e equipe e entre as diferentes categorias que a constituem; possibilidade de aprimoramento profissional; garantia institucional de condições estruturais necessárias ao desempenho das atividades, dentre outras aspirações. Concomitante, essa prática, deverá recuperar o nível de responsabilidade individual perante o trabalho desenvolvido, interrompendo o contexto de impunidade que alimenta a alienação vigente.

Como última consideração vale salientar que essa transformação, mais do que uma proposta assistencial, pressupõe um compromisso de toda a sociedade. Cabe a todos a reversão de um projeto que faz da exacerbação da desigualdade social e da manipulação de personalidade a sua marca registrada. Este é, mais do que uma utopia, um compromisso rumo à superação da situação de crise, organizacional e existencial, que caracteriza a nossa prática assistencial.

IDE, C.A.C. Nursing worker being and the "patient being": considerations about their social roles. *Rev. Esc. Enf. USP*, v. 25, n. 1, p. 103-112, apr. 1991.

*This paper concerns about social roles developed in a hospitalar institution in wich there are some specific behaviors patterns, socialy determined that patients and staff must follow, in a attempt to perpetuate the institutional pattern.*

UNITERMS: *Facilities, manpower and services. Nursing functions.*

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. BETTELHEIM, B. **O coração informado: autonomia na era da massificação.** Rio de Janeiro, Paz e Terra, 1985.
2. GOFFMAN, E. **Manicômios, prisões e conventos.** São Paulo, Perspectiva, 1974.
3. HELLER, A. **O cotidiano e a história.** Rio de Janeiro, Paz e Terra, s. d.
4. IDE, C.A.C. **Fundamentos e perspectivas para a questão da formação e utilização da força de trabalho na enfermagem.** São Paulo, 1989. 316 p. Tese (Doutorado) — Faculdade de Educação, Universidade de São Paulo.
5. MENZIES, I. **O funcionamento das organizações como sistemas sociais de defesa contra a ansiedade.** São Paulo, Escola de Administração de Empresas da F.G.V. s. d. Mimeografado.

Recebido em 12/06/90