

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO

FLÁVIA PACHECO DE ARAÚJO

CIDADANIA E CUIDADO À SAÚDE E DE ENFERMAGEM
NA ÓTICA DOS USUÁRIOS HOSPITALIZADOS

RIO DE JANEIRO

2012

Flávia Pacheco de Araújo

CIDADANIA E CUIDADO À SAÚDE E DE ENFERMAGEM
NA ÓTICA DOS USUÁRIOS HOSPITALIZADOS

Tese de Doutorado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Ciências de Enfermagem, Escola de Enfermagem Anna Nery, Universidade do Rio de Janeiro, como parte dos requisitos necessários à obtenção do título de Doutor em Enfermagem.

Orientadora: Prof^a Dr^a Márcia de Assunção Ferreira

Rio de Janeiro
2012

Araújo, Flavia Pacheco de

Cidadania e cuidado à saúde e de enfermagem na ótica dos usuários hospitalizados / Flavia Pacheco de Araújo. – Rio de Janeiro: UFRJ / Escola de Enfermagem Anna Nery, 2012.

195 f.

Tese (Doutorado em Enfermagem) – UFRJ / Escola de Enfermagem Anna Nery, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, 2012.

Orientador: Prof^a Dr^a Márcia de Assunção Ferreira

1. Enfermagem. 2. Cuidados de Enfermagem. 3. Psicologia Social. 4. Cidadania. – Teses. I. Ferreira, Márcia de Assunção (Orient.). II. Universidade Federal do Rio de Janeiro, Escola de Enfermagem Anna Nery, Programa de Pós-Graduação, Enfermagem. III. Título.

CDD 613.62

Flávia Pacheco de Araújo

CIDADANIA E CUIDADO À SAÚDE E DE ENFERMAGEM
NA ÓTICA DOS USUÁRIOS HOSPITALIZADOS

Tese de Doutorado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Ciências de Enfermagem, da Escola de Enfermagem Anna Nery, Universidade do Rio de Janeiro, como parte dos requisitos necessários à obtenção do título de Doutor em Enfermagem.

Aprovada em

.....
Márcia de Assunção Ferreira, Prof^a Titular, EEAN/UFRJ

.....
Carla Ribeiro Guedes, Prof^a Dr^a, UFF

.....
Iraci dos Santos, Prof^a Dr^a, UERJ

.....
Antonio Marcos Tosoli Gomes, Prof. Dr., UERJ

.....
Marta Sauthier, Prof^a Dr^a, UFRJ

Suplentes

.....
Márcia Tereza Luz Lisboa, Prof^a Dr^a, UFRJ

.....
Enéas Rangel Teixeira, Prof. Dr., UFF

DEDICATÓRIA

Dedico esta pesquisa aos usuários do
Sistema de Saúde brasileiro.

AGRADECIMENTOS

Primeiramente a Deus, por estar constantemente iluminando e abençoando o meu caminho.

Aos meus pais, Ernani Araújo e Cirléia Pacheco, por me apoiarem e incentivarem sempre a dar este grande passo, além de estarem ao meu lado me encorajando nos momentos difíceis e me aplaudindo nos momentos de conquista, com sua sabedoria, discernimento e dedicação.

À minha irmã, Viviane Araújo, pelo amor, pela força, pelos aconselhamentos e pelos incentivos com carinho e dedicação.

Ao meu namorado, William Gismonti, pelo carinho, compreensão e apoio em muitos momentos.

À Prof^a Dr^a Márcia de Assunção Ferreira, por acreditar no meu potencial, pela oportunidade oferecida, pela orientação e, especialmente, pelo convívio harmonioso e de amizade nestes três anos de trabalho.

Aos integrantes da minha Banca de Tese, pelas contribuições que me proporcionaram crescimento, aprendizado e incentivo ao desenvolvimento da tese.

Às minhas queridas amigas Joyce Arimatea Branco e Priscilla Valladares Broca, pelo apoio, incentivo e amizade em todos os momentos.

À Fernanda da Silva Duarte (mestranda em enfermagem/EEAN) e ao Rodrigo Nogueira (Bolsista de Iniciação Científica/EEAN), pela colaboração e incentivo durante a realização da pesquisa, além do auxílio na coleta de dados.

A todos os amigos do NUCLEARTE, pelo incentivo, colaboração e apoio no desenvolvimento da tese.

Aos colegas professores do Departamento de Enfermagem Fundamental, pelo carinho, apoio, compreensão e incentivo ao longo do desenvolvimento dos trabalhos, culminando com a conclusão desta tese.

A todos os meus amigos que me apoiaram e prestigiaram sempre.

E a todos que aceitaram participar da pesquisa.

Muito obrigada!

“Liberdade, essa palavra
que o sonho humano alimenta:
que não há ninguém que explique,
e ninguém que não entenda”.
(Cecília Meireles)

ARAÚJO, Flávia Pacheco de. Cidadania e cuidado à saúde e de enfermagem na ótica dos usuários hospitalizados. Rio de Janeiro, 2012. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem Anna Nery, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2012.

Esta pesquisa tem como objeto a cidadania do usuário hospitalizado no cenário hospitalar, na vivência da hospitalização. Os objetivos foram: analisar as representações sociais (RS) de usuários hospitalizados sobre cidadania, descrevendo os seus elementos constitutivos; caracterizar as estratégias utilizadas pelos usuários para exercer a cidadania no cotidiano da assistência hospitalar; descrever as relações entre as ações/práticas de usuários frente aos cuidados dos quais participam e as RS sobre a cidadania; discutir as formas de exercício da cidadania dos usuários e suas relações com as práticas de cuidado de enfermagem por eles vivenciadas. Metodologia: o referencial teórico e metodológico é a Teoria das Representações Sociais (TRS). Os sujeitos foram 31 usuários hospitalizados no setor de clínica médica de um hospital público e federal, de ambos os sexos. As técnicas de produção dos dados foram: entrevistas semi-estruturadas; e observação participante. Foi realizado o perfil sócio-demográfico dos sujeitos, com análise estatística simples e percentual dos dados. Para o tratamento e análise dos dados foi aplicado o programa ALCESTE, desenvolvido por Reinert, que apresentou 77% de aproveitamento do corpus, sendo agrupado em três (3) classes lexicais. Também foi realizada análise de conteúdo temática de Bardin, sendo inserida no corpo da análise lexical. Assim, a classe 1, denominada o cotidiano da hospitalização, mostrou este cotidiano como cenário da produção de representações sociais sobre a cidadania, sendo representado por duas vertentes: uma relacionada a rotina de cuidados a saúde; e a outra remete aos hábitos destes usuários mediados por regras e normas pré-estabelecidas no ambiente hospitalar. A classe 2, denominada marcas da cidadania no cuidado à saúde, refere que a representação dos usuários sobre a cidadania se organiza em torno do direito à saúde face as dimensões do cuidado prestado no cenário hospitalar. Além disso, trazem a figura-tipo dos profissionais de saúde que respeitam mais e menos os seus direitos, bem como a sua atitude frente aos cuidados de saúde. Os aspectos gerenciais do setor hospitalar também são abordados, entretanto para estes aspectos os sujeitos não assumem um posicionamento fincando a cargo do governo a execução das mudanças necessárias. Já a classe 3, direitos como face da cidadania e a figura do cidadão, caracteriza os direitos civis, sociais e políticos como elementos constitutivos da representação da cidadania. Também foi verificado que o merecimento do direito reside na dependência do comportamento das pessoas no cotidiano, mas para uma parcela dos sujeitos não há grau de merecimento dos direitos, pois ancoram os seus discursos na igualdade entre as pessoas. Esta tese também caracteriza a presença da figura-tipo do cidadão. Considerações finais: Confirma-se a tese de que o hospital mantém-se como um ambiente de controle, onde os usuários hospitalizados apresentam uma liberdade regulada. E, com isso, estes usuários apresentam dificuldades em exercer sua cidadania neste ambiente. Logo, a autonomia dos usuários na atenção hospitalar, não se corporifica na vivência da hospitalização, e requer uma quebra de paradigmas no modelo de gestão e de atenção hospitalar, bem como um estímulo à consciência participativa e política dos usuários hospitalizados.

Palavras-chave: Enfermagem. Cuidados de Enfermagem. Psicologia Social. Cidadania.

ARAÚJO, Flávia Pacheco de. Cidadania e cuidado à saúde e de enfermagem na ótica dos usuários hospitalizados. Rio de Janeiro, 2012. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem Anna Nery, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2012.

This research has as object the user's citizenship hospitalized in the hospital scenario, in the hospitalization lived. The objectives were: analyze the social representations (RS) of hospitalized users on citizenship, describing their constitutive elements; characterize the strategies utilized by the users to exert the citizenship in the daily of the hospital assistance; describe the relations among the users' actions/ practices face the care of which they participate and the RS about the citizenship; discuss the forms of the citizenship exercise of the users and their relations with the nursing care practice lived by them. Methodology: the theoretical and methodological reference is Social Representations Theory (TRS). The subjects were 31 users hospitalized in the sector of medical clinic of a public and federal hospital, of both sexes. The techniques of data production were: semi-structured interviews; and participant observation. It was realized the subjects' social-demographic profile, with basic statistical analysis and data percentage. For the treatment and data analysis it was applied the ALCESTE program, developed by Reinert, who presented 77% of the corpus utilization, being grouped in three (3) lexical classes. It was realized Bardin's thematic content analysis, being placed in the lexical analysis corpus. Thus, the 1 class, named the daily of the hospitalization, showed this daily as scenario of the social representations on the citizenship, being represented by two issues: one related to the routine of care to health; and the other refers to the habits of these users mediated by rules and pre-established norms in the hospital environment. The 2 class, named marks of citizenship in the care to health, refers that these users' representation on the citizenship is organized around the right to health face the dimensions of the care given in the hospital scenario. Moreover, they bring the figure-type of health professionals who respect more and less their rights, as well as their attitude face the health care. The managerial aspects of the hospital sector are also approached; however for these aspects the subjects do not assume a positioning leaving to the government the implementation of the necessary changes. Already the class 3, rights like face of the citizenship and the figure of the citizen, characterize the civil, social and political rights, as constitutive elements of the citizenship representation. It was also verified that the merit of the right resides in the dependence of the persons' behaviors in the daily, but for a part of the subjects there is no degree of rights merit, as anchor their discourses to the equality among the persons. This thesis also characterizes the presence of the figure-type of the citizenship. Final considerations: It confirms the thesis that the hospital remains as a control environment, where the hospitalized users presented a regulated freedom. And, thus, these users present difficulties to exert their citizenship in this environment. Therefore, the users' autonomy in the hospital attention, is not embodied in the lived of the hospitalization, and demands a break away from paradigms in the management model and hospital attention, as well as a stimulus to the participative and political awareness of hospitalized users.

Keys words: Nursing. Nursing care. Psychology Social. Citizenship.

ARAÚJO, Flávia Pacheco de. Cidadania e cuidado à saúde e de enfermagem na ótica dos usuários hospitalizados. Rio de Janeiro, 2012. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem Anna Nery, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2012.

Esta pesquisa tiene como objeto la ciudadanía del usuario hospitalizado en el escenario hospitalario, en la vivencia de la hospitalización. Los objetivos fueron: analizar las representaciones sociales (RS) de usuarios hospitalizados sobre ciudadanía, describiendo los sus elementos constitutivos; caracterizar las estrategias utilizadas por los usuarios para ejercer la ciudadanía en el cotidiano de la atención hospitalaria; describir las relaciones entre las acciones/prácticas de usuarios frente a los cuidados de los cuales participan y las RS sobre la ciudadanía; discutir las formas de ejercicio de la ciudadanía de los usuarios y sus relaciones con las prácticas de cuidado de enfermería por ellos vivenciadas. Metodología: el referencial teórico y metodológico es la Teoría de las Representaciones Sociales (TRS). Los sujetos fueron 31 usuarios hospitalizados en el sector de clínica médica de un hospital público y federal, de ambos los sexos. Las técnicas de producción de los datos fueron: entrevistas semiestructuradas; y observación participante. Fue realizado el perfil sociodemográfico de los sujetos, con análisis estadística simple y porcentual de los datos. Para el tratamiento y análisis de los datos fue aplicado el programa ALCESTE, desarrollado por Reinert, que presentó 77% de aprovechamiento del corpus, siendo agrupado en tres (3) clases lexicales. También se ha realizado análisis de contenido temática de Bardin, siendo insertada en el cuerpo del análisis lexical. Así, la clase 1, denominada el cotidiano de la hospitalización, mostró este cotidiano como escenario de la producción de representaciones sociales sobre la ciudadanía, siendo representado por dos vertientes: una relacionada a la rutina de cuidados a salud; y la otra remete a los hábitos de estos usuarios mediados por reglas y normas preestablecidas en el ambiente hospitalario. La clase 2, denominada marcas de la ciudadanía en el cuidado a la salud, refiere que la representación de los usuarios sobre la ciudadanía se organiza en torno del derecho a la salud delante de la dimensiones del cuidado prestado en el escenario hospitalario. Además de eso, traen la figura-tipo de los profesionales de salud que respectan más y menos os sus derechos, así como la su actitud frente a los cuidados de salud. Los aspectos gerenciales del sector hospitalario también son abordados, sin embargo, para estos aspectos los sujetos no asumen un posicionamiento quedando a cargo del gobierno la ejecución de los cambios necesarios. Ya la clase 3, derechos como cara de la ciudadanía y la figura del ciudadano, caracteriza los derechos civiles, sociales y políticos como elementos constitutivos de la representación de la ciudadanía. También se ha verificado que el merecimiento del derecho reside en la dependencia del comportamiento de las personas en el cotidiano, pero para una parcela de los sujetos no ha grado de merecimiento de los derechos, ya que ancoran los sus discursos en la igualdad entre las personas. Esta tesis también caracteriza la presencia de la figura-tipo del ciudadano. Consideraciones finales: Se confirma la tesis de que el hospital se mantiene como un ambiente de control, donde los usuarios hospitalizados presentan una libertad regulada. Y, con eso, estos usuarios presentan dificultades en ejercer su ciudadanía en este ambiente. Logo, a autonomía de los usuarios en la atención hospitalaria, no se corporifica en la vivencia de la hospitalización, y requiere un rompimiento de paradigmas en el modelo de gestión y de atención hospitalaria, bien

como un estímulo a la consciencia participativa y política de los usuarios hospitalizados.

Palabras Claves: Enfermería. Atención de Enfermería. Psicología Social. Ciudadanía.

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	16
▪ Objeto de estudo	25
▪ Questões norteadoras	25
▪ Objetivos	25
▪ Contribuições da pesquisa	26
▪ Estrutura da tese	27
 1 PROCESSO DE CONSTRUÇÃO DA CIDADANIA	 29
 2 SAÚDE COMO DIREITO	 37
 3 O HOSPITAL COMO ESPAÇO DE CUIDADO EM SAÚDE	 45
 4 REFERENCIAL TEÓRICO E METODOLÓGICO	 56
4.1 A TEORIA DAS REPRESENTAÇÕES SOCIAIS E SUA APLICABILIDADE NESTA PESQUISA	56
4.2 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS	65
4.2.1 Dos sujeitos e do recorte espacial	65
4.2.2 Das técnicas de produção de dados aplicadas na tese ..	68
4.2.3 Das etapas de coleta de dados aplicadas na tese	68
4.2.4 Do tratamento e análise dos dados aplicados na tese	71
4.2.5 Dos cuidados éticos aplicados na tese	79
 5 CONDIÇÕES DE PRODUÇÃO DAS REPRESENTAÇÕES SOCIAIS	 80
5.1 CARACTERIZAÇÃO DO PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO	80
5.2 CARACTERIZAÇÃO DOS DADOS RELATIVOS À HOSPITALIZAÇÃO	91

(continua)

(continuação)

6	O COTIDIANO DA HOSPITALIZAÇÃO	99
7	O BINÔMIO CIDADANIA-CIDADÃO E SUA MARCA NO CUIDADO À SAÚDE	116
	7.1 CLASSE 2 – MARCAS DA CIDADANIA NO CUIDADO À SAÚDE	116
	❖ A Cidadania no Cuidado à Saúde inserida no cenário hospitalar	119
	❖ Mudanças no cenário hospitalar necessárias à proteção dos direitos dos usuários	134
	7.2 CLASSE 3 – DIREITO COMO FACE DA CIDADANIA E A FIGURA DO CIDADÃO	145
	❖ O direito como elemento central da cidadania	147
	❖ Gradientes de merecimento dos direitos e igualdade de direitos	154
	❖ Figura-tipo cidadão como elemento de representação social	159
8	CONSIDERAÇÕES FINAIS	165
	REFERÊNCIAS	176
	APÊNDICES	187
	A – Roteiro de entrevista semi-estruturada	188
	B – Roteiro de observação sistemática e participante	190
	C – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido	192
	ANEXOS	193
	A – Aprovação da pesquisa pelo CEP da EEAN / HESFA	194
	B – Aprovação da pesquisa pelo CEP do HUCFF/UFRJ	195

LISTA DE QUADROS

Quadro 1	Descrição dos elementos na linha de comando	73
Quadro 2	Nominação das classes	78
Quadro 3	Classificação da experiência de internação anterior e justificativa	93
Quadro 4	Lista de formas reduzidas com o X^2 relacionado e as formas completas associadas	102
Quadro 5	Lista de formas reduzidas com o X^2 relacionado e as formas completas associadas	118
Quadro 6	Lista de formas reduzidas com o X^2 relacionado e as formas completas associadas	146
Quadro 7	Figura do cidadão: características normativas e valorativas	163

LISTA DE FIGURAS

Figura 1	Dendograma de Classificação Hierárquica Descendente	75
Figura 2	Classificação Hierárquica Descendente	76
Figura 3	Distribuição das uce classificadas e número de palavras analisáveis por classe	77
Figura 4	Classificação Hierárquica Ascendente (CHA)	103
Figura 5	Esquema explicativo do cotidiano hospitalar, base para a construção de sentidos sobre a cidadania	115
Figura 6	Classificação Hierárquica Ascendente	119
Figura 7	Esquema explicativo da representação social da cidadania no cuidado à saúde	144
Figura 8	Classificação Hierárquica Ascendente	147
Figura 9	Processo cíclico entre cidadania, educação, reivindicação e direitos	153
Figura 10	Esquema explicativo da representação social da cidadania pelos usuários hospitalizados	164
Figura 11	Campo da representação social da cidadania pelos usuários hospitalizados, na vivência da hospitalização	173

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1	Distribuição percentual dos sujeitos por sexo	81
Gráfico 2	Distribuição percentual dos sujeitos por faixa etária	81
Gráfico 3	Distribuição percentual dos sujeitos por naturalidade	82
Gráfico 4	Distribuição percentual dos sujeitos por estado civil	83
Gráfico 5	Distribuição percentual dos sujeitos por religião	84
Gráfico 6	Distribuição percentual dos sujeitos por renda familiar	86
Gráfico 7	Distribuição percentual dos sujeitos por grau de escolaridade...	87
Gráfico 8	Distribuição percentual dos sujeitos por casa própria	88
Gráfico 9	Distribuição percentual dos sujeitos por carro próprio	89
Gráfico 10	Distribuição percentual dos sujeitos por município onde reside	90
Gráfico 11	Distribuição percentual dos sujeitos por tempo de internação...	91
Gráfico 12	Distribuição percentual dos sujeitos por hospitalização anterior	92
Gráfico 13	Distribuição percentual dos sujeitos por local de hospitalização anterior	92
Gráfico 14	Distribuição percentual dos sujeitos por presença de acompanhante	94
Gráfico 15	Distribuição percentual dos sujeitos por relação da equipe com o acompanhante	96
Gráfico 16	Distribuição percentual dos sujeitos que recebem visitas	97

INTRODUÇÃO

Esta pesquisa teve como motivação minha trajetória acadêmica e profissional, e configurar-se no território de minhas inquietações e indagações acerca da atenção à saúde, do cuidado de enfermagem, bem como do usuário no contexto da saúde e do cuidado.

Desde o curso de graduação, invisto nas pesquisas que abordam o cuidado de enfermagem, suas concepções e práticas. O primeiro projeto de pesquisa desenvolvido versou sobre concepções de enfermeiros acerca do cuidado de enfermagem¹. Os resultados mostraram que as concepções centravam-se nos seus aspectos técnicos e humanos, sendo que estes últimos reuniam características expressivas relacionadas à interação humana, como toques e gestos. Entretanto, a prática do cuidado de enfermagem evidenciava uma atenção centrada mais nas técnicas procedimentais do que na vertente humana do cuidado.

Estes resultados evidenciaram a complexidade existente no cuidado de enfermagem, e apontaram a necessidade de investimento em pesquisas que explorassem as concepções da clientela que recebem tais cuidados. Em outro nível de investigação, no mestrado, a pesquisa voltou-se para os usuários hospitalizados, buscando identificar os conteúdos que integravam suas concepções a respeito da humanização, à luz da Teoria das Representações Sociais (TRS), e assim, compreender sua ação/atitude frente à assistência à saúde e ao cuidado de enfermagem (ARAÚJO, 2009).

As representações sociais de usuários sobre a humanização foram objeto de discussão com base na Política Nacional de Humanização (PNH) e mostraram uma perspectiva política nas gestões governamental e institucional de saúde. Nesta perspectiva, os usuários abordaram os aspectos relacionados aos recursos humanos (quantitativo de profissionais), materiais e financeiros, à jornada de trabalho e à remuneração do profissional, que interfeririam no cuidado à saúde (ARAÚJO, 2009).

Para os usuários hospitalizados, os aspectos descritos anteriormente são de estrita responsabilidade dos gestores governamentais e/ou institucionais, e assim, como não têm participação ativa neste processo, apenas assumem o papel de

¹ ARAÚJO, F.P. de. As concepções e práticas de cuidado humano na assistência de enfermagem hospitalar. Relatório final. Programa de Iniciação Científica da FAPERJ. 2007. Orientadora: Profª Drª Márcia de Assunção Ferreira.

receptores de ações advindas do governo e das instituições de saúde, realizadas de maneira unidirecional, hierárquica e horizontal, levando-os a não aderirem ao perfil co-gestor preconizado pela PNH, o que pode significar uma cidadania tutelada, já que o termo *tutela* refere-se à direção da pessoa por outrem; proteção e amparo (FERREIRA, 2000). Assim, esta postura tutelada pode ser entendida como o exercício dos direitos sociais, no que tange à saúde, direcionados/orientados por outrem; neste caso, pelo governo e pela instituição de saúde.

A cidadania tutelada também foi verificada no âmbito institucional diante da maneira de cuidar pelos profissionais de saúde, já que não se caracterizava pelos usuários hospitalizados como uma via de mão dupla. Neste sentido, os usuários não exerciam o seu papel de coparticipante do cuidado (ARAÚJO, 2009).

Entretanto, as representações sociais dos sujeitos (usuários hospitalizados) sobre humanização atrelada ao cuidado de enfermagem, destacaram seus aspectos interpessoais, técnicos e científicos e, neste momento, deram indícios de que o exercício de sua cidadania ocorria por meio de reclamações e busca do cuidado, e do que se preconiza a PNH, que lhe é devido de direito (ARAÚJO, 2009).

Face ao exposto, o fenômeno cidadania está presente em políticas públicas como a PNH, no devir de cuidar do enfermeiro e no pensamento e ação dos usuários hospitalizados, os dois últimos verificados na pesquisa anteriormente citada.

A cidadania apresenta-se com um conceito multifacetado e complexo, já que compreende as dimensões dos direitos civis, políticos e sociais (PINSKY, 2008; CARVALHO, 2009). Deste modo, direitos civis compreendem o direito à liberdade de pensamento e ação, à vida, à apropriação de bens e à igualdade perante a lei; assim, seu aspecto fundamental é a liberdade de cada pessoa. Entretanto, os direitos políticos referem-se à participação da sociedade na vida política do país por meio de eleições, organização de partidos e lutas políticas (CARVALHO, 2009). Quanto aos direitos sociais, conforme aborda Carvalho (2009), abrangem a compreensão sobre os direitos à saúde, ao trabalho, à educação, à moradia, à aposentadoria e outros, tendo como objetivo primeiro a justiça social.

Em suma, os direitos civis permitem o convívio na sociedade, os direitos políticos permitem a participação na esfera governamental e os direitos sociais permitem a inserção dos indivíduos nos bens da coletividade (CARVALHO, 2009).

Nesta pesquisa, destaco os direitos sociais, especificamente o direito à

saúde, pela motivação do estudo amparar-se nas questões da atenção à saúde aos usuários, bem como na relação profissional e usuários durante o processo de cuidar.

Como abordado anteriormente, os resultados da dissertação de mestrado motivaram-me a desenvolver a pesquisa atual; no entanto, foi a minha trajetória profissional que se constituiu como pano de fundo desta motivação, já que durante a prática da docência no ambiente hospitalar e na vivência da dinâmica da atenção à saúde, em diversas instituições públicas ou privadas, como enfermeira fiscal², pude observar as condições precárias de atendimento aos usuários, quase sempre baseadas em relações frágeis, descompromissadas e sem resolutividade.

Outro fato observado correspondeu às péssimas condições estruturais e organizacionais em que os usuários estavam dispostos, exemplificadas por enfermarias superlotadas, ausência de leitos para a internação e de quantitativo profissional insuficiente para promover o cuidado à saúde.

Diante disso e da minha presença como enfermeira fiscal, os usuários demonstravam indignação e revolta, embora houvesse submissão não só a estas condições de cuidado para que pudessem receber o mínimo de atenção ao seu agravo, como também às condições estruturais e organizacionais supracitadas, de maneira geral, sem a busca efetiva de seus direitos de cidadão.

À época, os direitos dos usuários no Sistema Único de Saúde (SUS) eram violados de maneira sistemática, visto que havia uma carência de quantitativo profissional, principalmente nas grandes emergências, fazendo com que permanecessem sem a adequada atenção à saúde, ou seja, em ambientes desestruturados e incapazes de comportar o grande número de pacientes que aguardavam atendimento, enfrentando a dificuldade de conseguir uma internação face ao sistema de regulação de leitos na rede de saúde, a naturalidade com que os profissionais de saúde reagiam diante do caótico ambiente do cuidado que, em alguns casos, impedia a manutenção da privacidade do usuário e a interação humana, dentre outros aspectos observados.

Diante do exposto, os direitos dos usuários do SUS se pautam na proteção da dignidade humana, entendendo os usuários como seres de direitos a condição de saúde adequada com tratamentos resolutivos e compromissados e com atenção individualizada, pois o usuário configura-se sujeito do cuidado e coparticipante, além

²Atuação como Enfermeira fiscal do exercício profissional, nomeada pelo Conselho Regional de Enfermagem do Estado do Rio de Janeiro, no período de julho de 2010 a abril de 2011.

do direito ao acesso universal e igualitário às ações e serviços de saúde (BRASIL, 2007). Assim, cabe ao Estado garantir não somente o direito à saúde, como também proteger os direitos dos usuários do SUS.

Neste sentido, não é demais ressaltar que a Constituição Federal de 1988, em seu Artigo 196, garantiu a saúde como “um direito de todos e dever do Estado”, além de assegurar o acesso integral, universal e igualitário às ações em saúde por meio de um Sistema Único de Saúde (SUS), posteriormente amparado na Lei Orgânica do Sistema Único de Saúde – Lei nº 8.080 de 1990, que dispôs acerca das condições de proteção, promoção e recuperação da saúde da população, assim como sobre a organização e funcionamento dos serviços de saúde, responsabilizando seus gestores nas esferas federal, municipal e estadual pelo cumprimento do previsto em lei (BRASIL, 2007a; 2010).

Além disso, a participação social também está presente na Constituição Federal e na Lei 8.142, de 1990, que dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do sistema de saúde e sobre a transferência de recursos financeiros, assim permitindo que o espaço político torne-se ambiente de discussões das estratégias de efetivação do sistema de saúde (BRASIL, 2007a).

Sendo assim, no âmbito da saúde, o usuário assume o papel de protagonista, pois as ações e serviços são voltados para ele. Por outro lado, o termo *usuário* e o tema *cidadania* devem ser destacados nas políticas de saúde, como no caso da PNH, que tem o relevante papel de fazer valer os princípios do SUS, garantindo os direitos dos profissionais de saúde, dos gestores e, principalmente, dos usuários dos serviços (BRASIL, 2008).

Destaco a PNH por ser uma política que envolve todas as instituições de saúde, assim como seus profissionais e usuários, com o intuito de possibilitar um melhor atendimento à saúde, segundo os princípios de integralidade, universalidade e equidade propostos pelo SUS, favorecendo um ambiente de trabalho harmonioso para todos (BRASIL, 2008).

O termo *usuário* conduz à ideia de um indivíduo consumidor de bens e serviços da esfera pública; entretanto, este termo não pressupõe esta condição, como afirma Martins (2008), para quem o usuário é o sujeito ativo de ações em seu cotidiano, percebendo suas redes de relacionamentos, de significações e de pertencimento, além de refletir criticamente sobre a dinâmica de conflitos e embates presentes na esfera pública.

É importante considerar que as cenas do cotidiano hospitalar, ambiente em que se desenvolvem as ações públicas de saúde, apresentam níveis estruturais que formam redes de pertencimento diversificadas, como as redes sócio-humanas, estabelecidas no interior da sociedade civil; as redes sócio-institucionais, estabelecidas entre a sociedade civil e as organizações formais, como o Estado; e as redes sociotécnicas, estabelecidas no interior das organizações formais.

Diante do exposto, cabe destacar as redes sócio-institucionais, visto que a pesquisa em tela aborda como temática a cidadania dos usuários hospitalizados. Com isso, o ambiente hospitalar caracteriza-se como uma organização formal, e os usuários hospitalizados, como a sociedade civil. Dentro desta rede, as relações são mediadas pelo auto-respeito e movidas segundo a perspectiva do direito (MARTINS, 2008).

Em face desta discussão, o direito constitui-se como o pilar central das relações instituídas dentro de uma rede sócio-institucional; e ainda, os atores sociais envolvidos nesta relação no ambiente hospitalar, por exemplo, podem ser os usuários e os profissionais de saúde. Esta constatação evidencia o viés ético na relação entre instituição de saúde e sociedade civil, bem como entre profissional e usuário implicados nesta relação.

No ambiente hospitalar foi verificado que os usuários hospitalizados abordam o tema cidadania na esfera da saúde e no cuidado. As queixas da população por melhores condições de atendimento geraram a PNH, e reiteram o conhecimento dos usuários de saúde sobre este tema (BRASIL, 2008; ARAÚJO, 2009).

Atualmente, os meios de comunicação em massa, as mídias televisiva e escrita, abordam a cidadania como temática buscando solucionar problemas relacionados com educação, saúde, moradia, política e outros. Com isso, muitas vezes, os políticos substituem o povo pela palavra cidadania, ou seja, não é mais o povo que quer, e sim a “cidadania quer”; logo, a cidadania “caiu na boca do povo”, segundo Carvalho (2009, p.7).

Deste modo, a cidadania apresenta-se como tema de relevância para a prática social da enfermagem e para as políticas públicas, com vistas a um sistema de saúde e cuidado de enfermagem capazes de favorecer a construção e o exercício da mesma pelos usuários (ERDMANN et al., 2008). Sendo assim, a cidadania destaca-se como tema de debate nesta tese por primar pela inclusão da sociedade civil na esfera pública, já que o direito à saúde compõe o direito social da

cidadania, que prevê a inserção dos cidadãos nos bens coletivos, além de articular-se com a ética por tratar de direitos dos cidadãos no espaço da saúde.

A inclusão da sociedade civil na esfera pública pode ser alcançada pela participação da sociedade. Tal perspectiva de inclusão é originária do conceito de cidadania, por afirmar os direitos sociais, políticos ou civis dos indivíduos em comunidade social e política. Desta forma, indivíduos excluídos não participam da comunidade social e política, bem como tem os seus direitos de cidadania negados (FLEURY, 2002).

Como proposto, a participação da sociedade possibilita a inclusão social. Além disso, esta participação nas políticas públicas como, por exemplo, nas de saúde e, de modo restrito, no cuidado à saúde, integram os elementos que constituem o conceito de cidadania.

É importante destacar que o espaço político para a participação social das discussões das estratégias do sistema de saúde, a exemplo dos Conselhos de Saúde, não constitui espaço efetivo de “participação”, isto porque há uma relação de poder intransponível decorrente da legitimidade do saber técnico, que impede o representante da sociedade de interagir nas discussões (GUIZARDI; PINHEIRO, 2006; BRASIL, 2007a), e inviabiliza a materialização do exercício da cidadania, por não haver efetiva participação da sociedade nas discussões sobre as condições de saúde vigentes. Em decorrência, a sociedade continua à parte nas decisões governamentais sobre a saúde.

Arelado a isto, a definição de cidadania, de maneira completa, congrega as ideias de participação da sociedade, titularidade de direitos e de pertencimento a uma comunidade cívica (SOUKI, 2006). E nos resultados da dissertação, foi possível observar que os usuários entendem quais são os seus direitos na atenção à saúde, ou seja, que são titulares de direito, embora a participação dos mesmos na busca destes direitos não se efetive (ARAÚJO, 2009).

Com base no disposto, esta pesquisa-tese pretende acessar os conteúdos que integram os saberes sociais dos usuários hospitalizados sobre cidadania, no contexto de saúde de um hospital público e federal do Estado do Rio de Janeiro, bem como durante o processo de cuidar entre os profissionais de saúde, principalmente a equipe de enfermagem, e os usuários, além de caracterizar a prática social destes últimos. Destaca-se que a cidadania exercida por eles, principalmente no âmbito da saúde, resgata a efetivação do direito à saúde instituído

e legitimado.

Para a composição da problemática desta tese, foram realizadas buscas nas bases de dados LILACS com os descritores: *direito à saúde* ou *direito humano*; *direitos do paciente* ou *direitos dos pacientes*; e *participação cidadã* ou *participação do paciente*. Foram encontradas 11 pesquisas associadas a tais descritores, versando sobre a cidadania no contexto da saúde, participação social e comunitária, demandas dos usuários registradas em Ouvidoria e informação sobre a condição clínica ao paciente. Mas apenas 4 pesquisas foram selecionadas por se referirem ao objeto da tese e por terem como recorte temporal o período entre 2005 e 2011.

Este recorte temporal justifica-se pela implantação da PNH, já que o documento que norteou as estratégias de atuação na gestão e atenção à saúde, bem como delimitou o marco teórico, princípios e diretrizes, foi publicado em 2004. Destaca-se que em 2006 foi publicada a primeira edição da Carta dos Direitos dos Usuários da Saúde, servindo também como justificativa para este recorte.

A busca também foi realizada na base de dados MEDLINE com o recorte temporal de 6 anos (2005 a 2011) e com os mesmos descritores, permitindo encontrar 106 pesquisas. Destas, 34 foram selecionadas por abarcar o objeto de pesquisa proposto. Versavam sobre autonomia (10 pesquisas), direito (7), participação (6), consentimento informado (1), cuidado à saúde sob a perspectiva da dignidade humana e essência médica (2), tomada de decisão (4), cuidado que considera a cultura do paciente (1), informação ao paciente (1), responsabilidade do paciente (1) e autonomia e tomada de decisão do paciente (1).

Entretanto, quando se acrescentou o descritor *Psychology social* em ambas as bases de dados, não se encontrou pesquisa alguma. O acréscimo deste descritor foi essencial na busca realizada, visto que esta pesquisa utiliza como referencial teórico e metodológico a Teoria das Representações Sociais, e que o objeto de estudo da tese é a busca das representações sociais dos usuários hospitalizados sobre cidadania.

Acrescentando os descritores *enfermagem* e *cuidados de enfermagem*, na base de dados LILACS não foram encontradas pesquisas que atendessem ao tema em foco; mas, na base de dados MEDLINE, foram encontradas 2 pesquisas, sendo que uma já havia sido selecionada em busca anterior, e outra não atendia ao critério de inclusão no que tange ao recorte temporal (2005 a 2011).

O levantamento permitiu identificar que há uma lacuna nas publicações de

artigos que se referem à cidadania, em especial quando articuladas à enfermagem e à psicologia social. Assim sendo, foi preciso realizar uma busca manual de artigos que versassem sobre o tema para a composição da problemática da tese, além da utilização de livros clássicos, dissertações, teses e documentos do Ministério da Saúde.

No que tange à ciência da enfermagem, que envolve os conhecimentos científico, ético, estético e pessoal (WALDOW, 1998), o cuidado de enfermagem, em sua premissa, caracteriza-se por um olhar holístico do cliente, entendendo-o como um ser social e familiar, requerendo ações efetivas para o corpo físico, mental, emocional e espiritual diante de atividades procedimentais e humanas (WALDOW, 1998; WATSON, 2002). Esta atenção à subjetividade e à particularidade do outro aponta para uma premissa ética, ainda mais por requerer o bem-estar do cliente.

Estas questões que fundamentam a perspectiva ética do cuidado de enfermagem vinculam-se aos direitos dos usuários frente ao cuidado. Diante do conceito de cidadania pautado na noção de direitos, sejam eles civis, políticos ou sociais (OLIVEIRA; OLIVEIRA, 1996; BRASIL, 2007a), a cidadania apresenta uma articulação com a ética em saúde, por assegurar atendimento adequado ao usuário, bem como respeito à sua singularidade e subjetividade.

Para melhor explicar a articulação entre cidadania e ética, faz-se necessário retomar tais conceitos. A cidadania, como exaustivamente abordado, congrega os direitos civis, políticos e sociais, destacando-se o direito social ao falar de direito à saúde na sociedade brasileira, que caracteriza os direitos dos usuários à participação social, ao acesso universal e igualitário aos serviços, assistência resolutiva e outros aspectos. Estes direitos foram sancionados pelo Estado para que fossem cumpridos pela sociedade, com o intuito de promover a coesão social, pois, para Vázquez (2010), o direito e a moral assemelham-se pela possibilidade de manter esta coesão.

A ética refere-se à reflexão acerca do comportamento humano por meio da interpretação, discussão e problematização dos valores, princípios e regras morais, com o intuito de um convívio social coeso, sem determinar a maneira como as pessoas devem se comportar na vida (FORTES, 2004; VÁZQUEZ, 2010).

Para Vázquez (2010, p.31), o que a ética afirma sobre a “natureza ou fundamento das normas morais deve valer para a moral (...) que vigora de fato numa comunidade humana moderna”. Sendo assim, a cidadania determina, pela

constituição dos direitos dos cidadãos, a forma como os indivíduos devem se comportar. E como a ética estuda o comportamento do homem, a cidadania articula-se com a ética.

Além disso, a ética também se relaciona ao aspecto normativo das leis e determinações jurídicas, que se referem aos direitos instituídos pelo Estado, mesmo que deva evitar a sua redução a uma disciplina normativa (VÁZQUEZ, 2010).

Deste modo, esta tese contribui também para se pensar sobre a ética do cuidado de enfermagem, uma vez que tratará deste tema a partir das representações sociais dos usuários sobre a participação social de cada um no ambiente hospitalar, que é um dos elementos do conceito de cidadania, e seu exercício no cotidiano do cuidado hospitalar.

O tema *cidadania* fomenta discussões, principalmente no âmbito da saúde; entretanto, no que concerne à enfermagem, ainda é necessário maior aprofundamento teórico acerca do assunto, visando fundamentar melhor as questões que envolvem o cuidado.

Com base no que se discutiu até o momento, o problema desta investigação situa-se na questão acerca do que pensam os usuários sobre o exercício da sua cidadania, no que tange ao cuidado no contexto de hospitalização, espaço social em que, na maioria das vezes, são submetidos às ordens limitantes da instituição e do cuidado na relação profissional-usuário, mediante as possíveis formas de manipulação e poder.

Frente a isso, questiona-se como se dá este exercício, considerando tratar-se de um ambiente que pode ser moldado pelas relações hierárquicas e de poder durante o cuidado, afirmação que se baseia em Waldow (1998, p.71) quando diz que no hospital “o paciente (é) visto como alguém que deverá se comportar em um padrão predizível, seguindo orientações/ações ‘impostas’ e decididas pela equipe, bem como regulamentos da instituição”.

Face ao exposto, e como mencionado, esta tese foi originária do resultado da dissertação de mestrado que mostrou indícios da representação social da humanização com contornos da dimensão da cidadania. Logo, aprofundar o estudo sobre a cidadania do usuário no cuidado hospitalar, como prática social da enfermagem, abrangendo a compreensão da subjetividade e autonomia do mesmo, e a promoção de resolutividade das suas queixas no encontro enfermeiro-usuário, possibilitará nortear a prática do cuidado de enfermagem no que tange à cidadania.

E, para isso, é essencial conhecer o que o sujeito (usuário hospitalizado) pensa/entende sobre o que seja cidadania, e como ela se expressa no cuidado que lhe é prestado no ambiente hospitalar.

Assim, a problemática desta pesquisa está situada tanto no pensamento quanto na ação dos usuários face à cidadania no cuidado, pois o tema circula nos grupos sociais permitindo a formação de ideias, atitudes e práticas a respeito.

Neste sentido, é imprescindível conhecer os conteúdos que integram o pensamento dos usuários sobre a cidadania no cuidado, permitindo aprofundar o entendimento sobre esta temática. Logo, a tese em tela pretende acessar o senso comum deste grupo social sobre a cidadania no cuidado e, desta forma, compreender a sua prática frente ao mesmo, já que se refere à esfera subjetiva do conhecimento. E deste modo, possibilitar subsídios aos profissionais de saúde para que reflitam sobre a inclusão do cliente, sendo o “cogestor” do cuidado, contribuindo para a construção e defesa de sua cidadania.

Face ao exposto, determinou-se como **objeto de estudo** desta pesquisa, a cidadania do usuário no cenário hospitalar, na vivência da hospitalização. Este objeto foi explorado com base na Teoria das Representações Sociais; portanto, foram acessados os saberes sociais de usuários hospitalizados sobre a cidadania, seus elementos constitutivos, suas atitudes e ações frente a tal objeto e seu exercício no cenário hospitalar, quando de sua hospitalização.

Assim sendo, e considerando o objeto de estudo desta pesquisa, foram determinadas como **questões norteadoras**, as seguintes:

- O que pensam os usuários sobre a cidadania?
- Como se dá o seu exercício na vivência da hospitalização?
- Que estratégias utilizam e que práticas adotam para salvaguardá-la?
- Que relações podem se estabelecer entre as Representações Sociais da cidadania, seu exercício e as práticas de cuidado de enfermagem por eles vivenciadas?

Para responder a estas questões, foram estabelecidos como **objetivos**:

- Analisar as representações sociais de usuários hospitalizados sobre cidadania, descrevendo os seus elementos constitutivos;
- Caracterizar as estratégias utilizadas pelos usuários para exercer a cidadania no cotidiano da assistência hospitalar;

- Descrever as relações entre as ações/práticas de usuários frente aos cuidados dos quais participam e as Representações Sociais sobre a cidadania;
- Discutir as formas de exercício da cidadania dos usuários e suas relações com as práticas de cuidado de enfermagem por eles vivenciadas.

Contribuições da pesquisa

O objeto de pesquisa proposto traz implicações tanto para o campo da assistência (práticas de saúde e cuidado), quanto para o campo da gestão e das políticas públicas, abarcando uma gama de possibilidades de aplicação social. Articula a enfermagem com outra ciência, a psicossociologia, pois utiliza como referencial teórico e metodológico a Teoria das Representações Sociais. A aplicação desta teoria configurando-se em outra questão na defesa da justificativa e relevância do trabalho, pois esta teoria permite acessar o conhecimento dos usuários hospitalizados sobre cidadania, como também possibilita entender a prática social dos mesmos frente a um fenômeno que circula nas suas conversações cotidianas, e ocorre no ambiente de cuidado.

Deste modo, por acessar o pensamento dos usuários sobre o exercício da cidadania, que lhe é inerente de direito, além de suas práticas sociais, esta tese poderá servir como suporte teórico e prático aos profissionais de saúde, docentes e acadêmicos de enfermagem no delineamento de estratégias de inserção do sujeito no processo de cuidar e de gestão.

Pretende-se também que os resultados obtidos possam trazer contribuições para o Núcleo de Pesquisa de Fundamentos do Cuidado de Enfermagem (Nuclearte), a partir dos esforços envidados no sentido de articular as discussões em torno das três vertentes de área do Núcleo, em especial a do domínio da ética aplicada ao cuidado de enfermagem, visto que a cidadania está intrinsecamente ligada às questões práticas de cunho ético, e também considerando que se busca, junto aos usuários hospitalizados que vivenciam o cotidiano do ambiente hospitalar, aprofundar questões afeitas ao exercício da cidadania no cuidado que recebem neste ambiente, assim contribuindo para o pensamento crítico dos profissionais sobre esta prática de enfermagem.

Estrutura da tese

A fim de facilitar a leitura e o entendimento do leitor acerca do desenvolvimento da tese, esta foi subdividida em nove capítulos, conforme descrito a seguir:

Na Introdução apresenta-se a problemática, o objeto da pesquisa, bem como seus objetivos e contribuições.

No primeiro capítulo foi desenvolvida uma discussão acerca do processo de construção da cidadania ocidental, na perspectiva histórica do conceito conduzida aos dias de hoje, além da perspectiva da cidadania no Brasil, que apresenta particularidades.

No segundo, foi abordada a questão da saúde como direito na sociedade brasileira, destacando-se os marcos legais como a Constituição da República Federativa do Brasil de 1988 e a Lei 8.080 de 1990 e a Lei 8.142 de 1990. Como também, foi abordada a concepção de direitos articulados a ética e cidadania.

O terceiro capítulo abordou o hospital como espaço de cuidado em saúde, visto que é necessário entender os aspectos históricos da constituição dos hospitais, o modelo de atenção à saúde neste ambiente e a categoria de enfermagem inserida neste contexto, já que o cenário da pesquisa foi uma instituição hospitalar, os sujeitos foram usuários hospitalizados e, principalmente, este foi o contexto onde se investigou o objeto desta pesquisa-tese.

O quarto capítulo foi dedicado ao referencial teórico e metodológico da tese, qual seja, a Teoria das Representações Sociais (MOSCOVICI, 2012). Neste capítulo também foram abordados os procedimentos metodológicos descrevendo o cenário de pesquisa, os sujeitos da pesquisa, o procedimento da coleta de dados, o tratamento e a análise dos dados e os aspectos éticos implicados na pesquisa.

O quinto capítulo destinou-se à análise do perfil sociodemográfico dos sujeitos de pesquisa.

No sexto e sétimo capítulos, foram abordadas as análises dos dados obtidos com as entrevistas semiestruturadas e a observação participante, de acordo com o referencial da Teoria das Representações Sociais (TRS), as bases conceituais que estruturam a Política Nacional de Humanização (PNH) e o aporte teórico acerca do conceito de cidadania.

O oitavo capítulo apresenta as conclusões, em que foi caracterizado o Campo das Representações Sociais da Cidadania dos usuários hospitalizados e a

argumentação em defesa da tese de doutorado.

Finalizando, com as Referências, Apêndices e Anexos pertinentes ao estudo.

1 PROCESSO DE CONSTRUÇÃO DA CIDADANIA

A cidadania é um conceito histórico e assim, o seu sentido modifica-se na dependência do tempo e do espaço. Deste modo, como afirma Pinsky (2008), o conceito e a prática da cidadania estão se alterando ao longo dos últimos trezentos anos aproximadamente, sendo que este conceito pode ser entendido como a “expressão concreta do exercício da democracia” (PINSKY, 2008, p.10).

Assim, ser cidadão refere-se a ter direito à vida, à liberdade, à igualdade perante a lei, em suma, ter direitos civis e também políticos, como participar do destino da sociedade e votar, além de ter direitos sociais, que se referem à educação, ao trabalho e à saúde, dentre outros (PINSKY, 2008). Neste sentido, a cidadania perpassa a construção de direitos dos indivíduos em busca do melhor convívio social.

Em face desta discussão, é necessário abordar a construção ocidental da cidadania, que foi marcada por revoluções com vistas a legitimar os direitos dos indivíduos como cidadãos, garantindo-se-lhes que fossem efetivados, a exemplo das Revoluções Inglesa, Norte-americana e Francesa (PINSKY, 2008), cujas contribuições relevantes para a construção da cidadania atual serão destacadas a seguir.

A Revolução Inglesa ocorreu entre os anos de 1640 e 1688, amparando-se na perspectiva do saber científico, bem como no trinômio universalidade, individualidade e autonomia. Tal fato reside na mudança de visão de mundo que acompanhou a transição do feudalismo ao capitalismo na Europa centro-ocidental (MONDAINI, 2008). Esta nova visão de mundo permitia questionamentos sobre os princípios dos privilégios instituídos e a desigualdade entre os homens, percebida como natural e por vontade divina. E foi o questionamento acerca da desigualdade entre os homens que levou à transformação do citadino/súdito em citadino/cidadão (Op.cit., 2008). Neste sentido, o ser citadino vai além do ser homem porque envolve os direitos, e não somente os deveres. Assim, a Era dos deveres deu lugar à Era dos direitos (Op.cit., 2008).

Esta Revolução trouxe a perspectiva do homem como ser cidadão, em que pese a caracterização dos seus direitos, e deste modo, não mais podiam ser amparados na vontade divina, gerando a tentativa de desconstruir as perspectivas da desigualdade entre os indivíduos, e dos privilégios instituídos serem intrinsecamente relacionados com a Igreja.

A busca dos direitos aos cidadãos e a evolução da cidadania na Europa centro-ocidental ocorreram por meio de conflitos sociais acirrados, e culminaram na conquista de três conteúdos de direitos, sendo os civis no século XVIII, os políticos no século XIX, e os sociais no século XX (MONDAINI, 2008).

A conquista destes direitos durante os três últimos séculos se deu em conjunto com a constituição de novas formas de Estado e funções estatais, em uma relação dinâmica entre o indivíduo, a sociedade e o aparelho estatal (MONDAINI, 2008). Em face disso, a constituição dos direitos dos cidadãos partiu da mudança do pensamento das pessoas, individual e coletivamente, diante das transformações políticas e sociais no Estado, ensejando transformações que influenciaram diretamente na caracterização dos direitos dos indivíduos em sociedade.

Tal fato exemplifica a mobilidade do conceito e da prática de cidadania no decorrer dos séculos XVII, XVIII e XIX, pois com base nas mudanças de pensamento e atitudes da sociedade foi determinada a construção da cidadania. Diante disso, o ideário social no século XVII, principalmente por liberdade, conduziu à instituição dos direitos civis. Mas os grupos minoritários da sociedade, que eram excluídos das decisões políticas, buscavam participação política e, assim, no século XVIII, os direitos políticos passaram a ser legitimados. Os direitos sociais nasceram com a busca da sociedade por melhores condições de trabalho; entretanto, só foram efetivamente defendidos na Europa após as 1ª e 2ª Guerras Mundiais, com vistas a propiciar um estado de bem-estar social.

A Revolução Inglesa foi a primeira revolução burguesa, e como tal, iniciou o desenvolvimento dos direitos de cidadania no século XVII, dando origem ao primeiro país capitalista do mundo. Tinha como proposta um modelo de transição do feudalismo para o capitalismo industrial, em um primeiro momento de forma violenta (1640), e posteriormente (1688) de forma conciliatória (MONDAINI, 2008).

Esta Revolução permitiu mudanças na economia e na política. Na economia, ocorreu a preponderância da produção industrial sobre a agricultura, transportes mais rápidos e diversificados ao invés da precariedade dos meios de locomoção e a crise pautada na superprodução e baixa dos preços em substituição às periódicas crises de subsistência presentes no feudalismo. Já na política ocorreu a transição do Estado feudal para a Monarquia constitucional, com a estabilidade política sob a direção da classe burguesa, fortalecendo-a com o estabelecimento de relações internas com outras classes sociais, e de relações externas com outras

Nações (MONDAINI, 2008).

Certamente, a Revolução Inglesa não ocorreu de maneira simplista, e sim, baseada em lutas e conflitos acirrados, bem como em guerras. Foi cercada por problematizações críticas, caracterizadas por variadas classificações como: *incompleta*, pois a burguesia não conseguiu impor sua hegemonia e manteve a aristocracia como sócia majoritária; *impura*, por usar termos religiosos na condução da guerra; e *prematura*, por não traçar um desenvolvimento teórico pautado na experiência das suas lutas e aderir, posteriormente, ao banal empirismo da burguesia, e não ao marxismo revolucionário (MONDAINI, 2008).

A contribuição desta Revolução para o desenvolvimento da cidadania ampara-se na perspectiva da cidadania liberal, por meio do valor das liberdades individuais, bem como de suas várias formas de liberdades, sendo elas de pensamento, expressão, direito de ir e vir, tolerância religiosa, *habeas corpus* e privacidade. Isto se refere às liberdades civis que extrapolam uma classe social, o proletariado, caracterizando-se como uma conquista universal (MONDAINI, 2008).

Diante desta discussão, é possível verificar que esta Revolução apenas iniciou o processo de construção da cidadania, a partir da instituição de alguns direitos civis, sendo necessário continuar avançando, posto que estes direitos não se findam em si mesmos. Neste sentido, os direitos constituídos à época não abarcavam todos os indivíduos pertencentes à sociedade, bem como não supriam a necessidade política e social dos mesmos.

Nesta perspectiva, a cidadania liberal marcada na Revolução Inglesa, foi excludente por diferenciar os cidadãos ativos dos passivos, e ainda aqueles com posses dos sem posses. Assim, seu fundamento de todos serem iguais perante a lei requeria a inclusão dos despossuídos, o tratamento dos iguais como iguais, e os desiguais como desiguais, o que contextualizou a luta por igualdade política e social nos séculos posteriores (MONDAINI, 2008).

Mas foi a partir da Independência dos Estados Unidos da América do Norte, e também da Revolução Francesa, que a cidadania instaurou-se, pois estes dois eventos desestruturaram efetivamente a imagem do súdito centrada apenas nos deveres, e constituíram a imagem do cidadão como ser de direitos (PINSKY, 2008).

Isto evidencia o caráter processual da constituição da cidadania atual, já que se deu por uma sucessão de mudanças da sociedade e do Estado, com vistas a promover uma harmonia social pautada nos direitos dos cidadãos. Sendo assim, a

cidadania partiu de um ideal de liberdade em uma determinada Nação, replicado por outras em busca não só dos direitos civis como também, no decorrer dos séculos, direitos políticos e sociais, pois a sociedade entendia que estes eram seus de fato.

Cabe ressaltar que a constituição de direitos civis, políticos e sociais, nesta ordem, originou-se da tese de T. H. Marshall sobre a construção da cidadania na Inglaterra, que se tornou referência para os estudos cuja temática é cidadania (TAVOLARO; TAVOLARO, 2010).

Com base na discussão do caráter processual da constituição da cidadania atual, a Independência dos Estados Unidos possibilitou a prática da democracia pelos indivíduos implementando, na prática, o que se apresentava apenas no mundo das ideias na Europa (PINSKY, 2008). Este processo de independência objetivava a liberdade e a autonomia, diante da tirania da Grã-Bretanha com a adoção de leis restritivas como a do açúcar, da moeda e outras (KARNAL, 2008).

A independência dos Estados Unidos, sob o domínio da Grã-Bretanha, foi marcada por documentos como a Declaração de Independência, em 1776, que afirmava a igualdade entre os homens dotados de direitos inalienáveis como a vida, a liberdade e a busca da felicidade; a Constituição elaborada em 1787, que se caracterizou pela garantia do espaço do cidadão ao abordar o Legislativo, inicialmente com vistas a “salvaguardar mais eficiente contra o personalismo” (KARNAL, 2008, p. 142), o Executivo posteriormente, e o Judiciário somente no terceiro artigo desta Constituição, devido à desconfiança sobre a garantia dos direitos individuais e a possibilidade de um governo opressor, centralizado em uma capital nacional.

Além destes documentos, foram aprovadas as dez Emendas Constitucionais para garantir a liberdade individual definitivamente, com isso estabelecendo a liberdade de expressão, o direito do cidadão de portar armas, a necessidade de julgamentos com júri e abertos, a proibição de penas cruéis, em suma, consagrando a proeminência do indivíduo sobre o Estado (KARNAL, 2008). Entretanto, a liberdade e a cidadania estavam limitadas; a democracia restrita impedia que mulheres e brancos pobres votassem, e ainda, tinha instituída a escravidão (KARNAL, 2008).

A cidadania norte-americana também foi construída por novas legislações como o *Civil Rights Act*, em 1964, que repudiava qualquer discriminação de raça, sexo, cor, religião ou origem nacional. Mas ainda permaneceram as limitações

práticas acerca da igualdade racial, por exemplo, tornando a cidadania norte-americana “inclusiva para alguns e excludente para muitos” (KARNAL, 2008, p. 153).

Diante do exposto, verifica-se que os direitos dos cidadãos foram reconhecidos mediante normas e legislações, configurando-se a vertente normativa dos direitos que foram ampliados ao longo dos anos, no caso da Independência dos Estados Unidos, desde 1776 até 1964, confirmando que a normatividade dos direitos explicita a necessidade de constituir leis e normas para que os cidadãos sejam respeitados, assegurando que os mesmos sejam o fio condutor de um Estado.

Tanto a independência americana quanto a Revolução Francesa abordaram a questão dos direitos do homem e do cidadão (ODALIA, 2008), sendo que esta última foi marcada por lutas e combates a partir dos plebeus (como burgueses, médicos, advogados, baixo Clero e outros), excluídos de direitos e vantagens que eram voltadas apenas para os nobres e o alto Clero. O homem comum, denominado plebeu, era um suporte político e financeiro do rei e também dos nobres, pois o rei considerava os nobres e a aristocracia como inimigos capazes de tomarem o seu trono (ODALIA, 2008).

Assim, a busca da igualdade civil pelos homens que compunham a plebe, com o apoio de alguns integrantes do alto Clero e da nobreza, conduziu à Revolução Francesa, culminando com a convocação, pelo rei Luis XVI, de uma Assembleia Constituinte, responsável pela elaboração da Declaração dos Direitos do Homem e, posteriormente, de uma nova Constituição francesa (ODALIA, 2008).

A Revolução Francesa afirmava os direitos de liberdade, igualdade e fraternidade em uma perspectiva universal, sendo os direitos civis dos homens isentos qualquer tipo de distinção, independente do país, do povo e da etnia a que pertencesse (ODALIA, 2008). Sendo assim, possibilitou a inserção dos direitos civis do homem não só na realidade francesa, mas ampliou estes direitos a todas as sociedades do mundo; ou seja, o caráter universal dos direitos dos homens demonstrou aos indivíduos de outras sociedades a possibilidade de buscar e lutar, para que os seus direitos pudessem também ser constituídos e legitimados.

A Declaração dos Direitos do Homem, proclamada na Revolução Francesa, além de assegurar os direitos civis, restringe a ação do homem em não ter direito, em ofender e desobedecer ao que consta na lei; assim, a lei está em um patamar superior aos direitos da cidadania (ODALIA, 2008).

Infere-se, portanto, que as Revoluções Inglesa e Francesa, em conjunto com

a Independência dos Estados Unidos, caracterizaram os direitos civis do homem, restando fazer o mesmo em relação aos direitos políticos e sociais.

Com isso, a Europa centro-ocidental avançou na determinação dos direitos do cidadão, no que concerne aos direitos políticos, obtendo outra conquista à cidadania. A conquista dos direitos políticos ocorreu principalmente no século XIX, na medida em que grupos não pertencentes ao contexto político reivindicaram a sua participação efetiva no mesmo, por meio de conflitos, lutas e revoluções (DEMANT, 2008; MONDAINI, 2008).

No século XX, os direitos sociais emergem com os movimentos de operários e políticos, de forma direta ou indireta, devido às precárias condições de trabalho. Entretanto, os benefícios destes direitos estenderam-se para além dos direitos trabalhistas, indo ao encontro do reconhecimento da necessidade de amparo pelo Estado, pleno ou parcialmente, à enfermidade, ao idoso e ao desemprego.

Os direitos sociais foram impulsionados pelas 1ª e 2ª Guerras Mundiais como decorrência do compromisso assumido pelo Estado junto à população, visando a manutenção do bem-estar social após o fim destes conflitos. Porém, com o neoliberalismo vigente nos anos 80 e 90, ocorreu um retrocesso na questão dos direitos sociais, ou seja, os direitos já garantidos permaneceram, mas não houve avanços. De acordo com Singer (2008), para que isto aconteça, é preciso crescimento econômico e emprego.

A conquista da cidadania, com a delimitação dos direitos civis, políticos e sociais no contexto da história europeia ocidental, foi marcada por lutas, revoluções e guerras durante os séculos XVII a XX. Esta conquista possibilitou o entendimento sobre quem é o cidadão e o seu conceito sendo, de maneira geral, um indivíduo com direitos civis, sociais e políticos constituídos legalmente.

Cabe ressaltar que a cidadania não significa apenas direitos dos indivíduos constituídos em lei mas, primeiramente, a concepção de liberdade, participação, igualdade e outras. Isto é verificado com base nas conquistas durante estes quatro séculos de lutas, revoluções e guerras. Entretanto, também é verificado que, muitas vezes, estas conquistas foram marcadas por interesses, e não apenas pelo ideal do bem comum.

Na verdade, o termo *cidadania* foi criado na perspectiva da exclusão desde a Grécia clássica, onde ser cidadão era garantia de privilégios a uma minoria e eliminação da participação de uma maioria. Entretanto, o conceito de cidadania atual

é o de inclusão total, significando dizer que todos nós somos cidadãos (KARNAL, 2008).

Ao pensar em cidadania atualmente, as palavras que emergem são: direitos, inclusão e participação. Sendo assim, cidadania pode ser entendida como a legitimação dos direitos dos indivíduos para que sejam incluídos como cidadãos capazes de participar do destino de uma sociedade.

No Brasil, a construção da cidadania se deu de forma diferenciada daquela de outros países da Europa Ocidental e dos Estados Unidos. Teve início com os direitos sociais pelo alto poder do Executivo em um regime de governo ditatorial, pois os benefícios da população, no que tange à manutenção do bem-estar social, foram marcados em sua história por uma associação entre as diversas parcelas da população com o governo. Atualmente, os direitos sociais estão ainda mais fragilizados diante da perspectiva internacional de redução do Estado à provisão de benefícios e caracterização do bem-estar social (CARVALHO, 2009).

A implementação dos direitos sociais à sociedade por parte do Estado, esteve relacionada à tentativa do mesmo de manter os brasileiros como aliados de suas ações políticas, pois os políticos gestores do Estado transmitiam a imagem de serem beneficiadores e de terem benevolência. Entretanto, os direitos políticos eram sistematicamente suprimidos, ou seja, a sociedade não participava das decisões políticas e da condução do país. Deste modo, os indivíduos não eram entendidos como cidadãos face ao conceito estrito de cidadania.

Os direitos civis e políticos foram os últimos a serem conquistados com a democracia política, legitimando-se na Constituição Federal de 1988 que garantiu a ampliação do direito ao voto, além das especificidades sobre as eleições, partidos e outras questões (CARVALHO, 2009). Entretanto, ainda apresentam deficiências de conhecimento, extensão e garantias, além de serem inacessíveis à maior parcela da população.

Assim, estes direitos permitem a seguinte classificação dos cidadãos: os “doutores” compõem a primeira classe; são os privilegiados que se julgam estar acima das leis e conseguem defender seus direitos pelo seu poder e/ou pelo dinheiro; os “cidadãos simples”, os de segunda classe, são aqueles sujeitos ao rigor e benefício da lei; apresentam conhecimento de seus direitos civis, mas não têm meios para fazê-los valer; e os “elementos”, cidadãos de terceira classe, correspondem aos sujeitos majoritariamente analfabetos ou com nível fundamental

incompleto; assim, ignoram os seus direitos e sistematicamente os têm violado pelo governo, por outros cidadãos e pela polícia (CARVALHO, 2009).

No Brasil, os direitos civis, políticos e sociais que conceituam o ser cidadão, ainda apresentam fragilidades, necessitando do desenvolvimento da cidadania e de seu exercício, com vistas a alcançar integração social e a efetivação destes direitos (JAPIASSÚ; MARCONDES, 2008; PINSKY, 2008).

Deste modo, a temática cidadania ainda é latente na sociedade brasileira, em face da exclusão de várias parcelas da população à segurança pública, à adequada condição de moradia, ao emprego digno, à saúde, ao saneamento básico, dentre outros aspectos. Diante disso, é necessário ampliar as discussões sobre esta temática para que se possa mudar esta realidade e solidificar a cidadania na sociedade brasileira.

2 SAÚDE COMO DIREITO

O direito é “uma construção, um artefato humano” (BOBBIO, 2004, p. vii), e este artefato transforma-se em função “das necessidades da convivência coletiva” (Op.cit.). O direito está relacionado com a democracia e a harmonia social, já que a democracia permite o estabelecimento dos direitos. Sendo assim, a cidadania traz, em seu sentido amplo, a vertente do direito das pessoas, da democracia e da harmonia social. No que tange ao direito das pessoas, desdobra-se em direitos civis, políticos e sociais. Neste capítulo serão destacados os direitos sociais, especialmente o direito à saúde.

No Brasil, a saúde atualmente é um direito de toda a população, sendo uma marca dos direitos sociais (BRASIL, 2006). Assim, o direito à saúde é definido como:

Um direito que se estrutura não só como reconhecimento da sobrevivência individual e coletiva, mas como direito ao bem-estar completo e complexo, implicando as condições de vida articuladas biológica, cultural, social, psicológica e ambientalmente. (BRASIL, 2006, p. 18)

Deste modo, a saúde é entendida como um bem-estar coletivo e individual, e ainda, como um direito, além de se configurar um paradigma civilizatório da humanidade (BRASIL, 2006). No Brasil, o reconhecimento da saúde como um direito ocorreu por meio de um processo de conflito de concepções e movimentos sociais, com vistas a romper com as desigualdades e iniquidades nas relações sociais, bem como considerar as diferentes culturas e formas de cuidado ao ser humano (BRASIL, 2006).

Face ao exposto, o direito à saúde preconiza o reconhecimento dos indivíduos como cidadãos que, amparados no conceito de cidadania, são participantes dos direitos instituídos em lei. Neste sentido, o exercício da cidadania, no âmbito da saúde, pauta-se na participação dos cidadãos no processo de atenção e gestão da saúde, que é implementado pela ação do Estado e pelos atores sociais inseridos neste processo como, por exemplo, os profissionais de saúde, os usuários e os gestores.

A temática *saúde como direito* evidencia a necessidade de retomar ao movimento de Reforma Sanitária e ao processo de construção do Sistema Único de Saúde (SUS), tendo como perspectiva a Constituição Federativa do Brasil aprovada pelo Congresso Nacional em 1988.

Antes da aprovação da Carta Magna brasileira, o sistema de saúde vigente no

país era dividido em subsetores, a saber: o sistema previdenciário e o sistema de saúde pública. Ambos atuavam paralelamente, sem integração no planejamento e nas ações. O sistema previdenciário oferecia serviços ambulatoriais e hospitalares apenas aos trabalhadores contribuintes. Deste modo, havia a necessidade de um sistema que fosse universal, descentralizado e integrado (CÔRTEZ, 2000; BRASIL, 2006).

Tendo em vista a Constituição de 1988, considerada uma Constituição cidadã pelo reconhecimento de vários direitos de cidadania, a exemplo do direito à saúde (MATTOS, 2006), o referido texto legal preconizou um sistema de saúde com princípios de solidariedade social, universalidade do acesso à saúde e integralidade da atenção, além da participação da comunidade e da gestão participativa (CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE, 2003).

A inserção do direito à saúde na Constituição brasileira indicava um movimento político e social de reconfiguração do cenário da saúde, que até o momento não apresentava um caráter integrador e de inclusão da sociedade à assistência de saúde. Esta reconfiguração ocorreu por meio da reforma sanitária, que se amparou no posicionamento político e social a fim de defender a saúde como direito, a universalização do acesso aos serviços de saúde, um sistema único de saúde e a democratização do poder.

Deste modo, o movimento da Reforma Sanitária permitiu “construir no coletivo a ideia do direito democrático de todos à saúde (uma perspectiva de igualdade numa sociedade desigual)” (FEUERWERKER, 2005, p. 490), além de propor um ideário sanitário pautado no modelo de democracia, reconceitualização da saúde e da crítica às práticas hegemônicas de saúde. Este movimento determinou não apenas uma mudança no sistema de saúde brasileiro, mas trouxe nova perspectiva de condução do País nos aspectos civis, políticos e sociais, ao colocar o Estado como responsável pela garantia de assistência à saúde de toda a população, por ser este um direito, além de legitimar o Sistema Único de Saúde (SUS) que vigora até hoje.

Diante do exposto, a Constituição Federal de 1988 e a instituição do SUS permitiram “a garantia do direito à saúde e a configuração de uma política de proteção social em saúde” (BAPTISTA, 2007, p.29). Ao abordar ambas as questões, é necessário trazer à discussão a VIII Conferência Nacional de Saúde, realizada em 1986 e considerada um marco histórico da mudança na política pública de saúde já que, no debate sobre as novas propostas para a reconfiguração do sistema de

saúde, inseriu a participação da comunidade e dos profissionais de saúde. Esta Conferência aprovou a universalização da saúde e o controle social efetivo no que tange às práticas de saúde (BAPTISTA, 2007).

Conforme a definição do SUS na Constituição Federal de 1988, era necessário o desenvolvimento de leis que regulassem este sistema no que tange aos objetivos, princípios, atribuições, formas de financiamento e participação popular, entre outros aspectos. Deste modo, foi criada em 1990 a Lei 8.080, que dispõe sobre a regulamentação do SUS; no entanto, esta lei não abarcou algumas questões essenciais como financiamento do SUS, participação popular, organização da estrutura ministerial, da política de cargos e salários por meio do veto do presidente à época. E ainda naquele ano, passados alguns meses, foi aprovada a Lei 8.142, que regulamentou a participação popular e o financiamento de SUS, temas vetados anteriormente (BAPTISTA, 2007).

Em face disso, o direito à saúde foi definido constitucional e legalmente, garantindo à população brasileira a possibilidade de acesso aos serviços de saúde, visando a atenção à sua saúde. Este direito engloba o aspecto cidadão do usuário no âmbito da saúde, sendo que o exercício da sua cidadania está calcado nos elementos constitutivos do direito à saúde. Estes elementos congregam a participação do usuário na gestão e no cuidado em saúde, no acesso universal e integral aos serviços, no direito à informação, no respeito à subjetividade do usuário, a equidade na saúde, na autonomia do usuário, no ambiente adequado ao atendimento à saúde, entre outros aspectos dos serviços de saúde.

Assim sendo, o direito à saúde constituiu-se como direito de cidadania que, na sociedade contemporânea, é fator preponderante para a consolidação da saúde como direito e também como serviço. O direito da cidadania é efetivado na participação da sociedade civil, em conjunto com o poder do Estado, transformando sujeitos passivos em ativos, com vistas à construção de um sistema de saúde condizente com os seus princípios constituídos, como universalidade, integralidade da assistência, autonomia, igualdade da assistência, direito à informação, participação da comunidade, dentre outros (BRASIL, 1990; PINHEIRO, 2004; BRASIL, 2006).

Como verificado, a cidadania e seu exercício no âmbito da saúde são entendidos como direitos, e neste sentido há o destaque da vertente ética, pois a ética está imbricada nos direitos humanos que colocam o homem como objetivo final

das ações de saúde, e não como parte deste processo, sendo caracterizados como representativos da dignidade humana (BARATA, 2005). Portanto, a ética na saúde assume os contornos dos direitos que os usuários têm no que concerne às políticas de saúde.

Neste sentido, destaca-se a Bioética por relacionar-se especificamente à conduta ética na área da saúde, sendo seu conceito caracterizado pelo “estudo sistemático da conduta humana no âmbito das ciências da vida e da saúde” (PESSINI; BARCHIFONTAINE, 2002, p.30), pautando-se nos princípios da não maleficência, da beneficência, da autonomia, da justiça ou equidade.

Os direitos dos usuários nos serviços de saúde constituem a vertente ética da gestão e do cuidado em saúde, sendo definidos pelos direitos à saúde, que congregam os direitos sociais no Estado brasileiro. Com isso, é necessário garanti-los não apenas em caráter legal, mas efetivá-los concretamente no cerne da saúde.

Estes direitos no Brasil consideram os princípios da Bioética, bem como os princípios do SUS, como universalidade, integralidade e equidade. Deste modo, são direitos do usuário:

Receber um atendimento atencioso e respeitoso; a dignidade pessoal; o sigilo profissional; conhecer a identidade dos profissionais envolvidos em seu tratamento; obter informação clara, numa linguagem acessível, sobre o diagnóstico, tratamento e prognóstico; recusar tratamento e ser informado das possíveis consequências dessa atitude; reclamar sem sofrer qualquer represália. (ALVES et al., 2008, p. 243)

Com o objetivo de promover atitudes de mudança nas práticas de saúde e gestão, pautadas na autonomia e direito do cidadão, o Ministério da Saúde criou a Carta dos Direitos dos Usuários da Saúde, também levando em consideração o Artigo 196 da Constituição Federal e as Leis 8.080/90 e 8.142/90, anteriormente mencionados (BRASIL, 2007a). O teor do documento corrobora o entendimento do profissional acerca destes direitos, objetivando um atendimento pautado na ética.

Face ao exposto, o Brasil tem legitimado o direito à saúde, e especificamente, os direitos dos usuários; entretanto, há uma lacuna a ser preenchida entre estes e o seu exercício de cidadania / de direitos. Para tanto, é de suma importância que os cidadãos, principalmente os usuários dos serviços de saúde, participem das decisões no âmbito das políticas públicas, da gestão das instituições e do cuidado. Isto porque é com o exercício dos direitos que a cidadania se concretiza, visto que a formalização de leis e normas não garante a efetivação das mesmas perante os cidadãos. Tal afirmativa permite apenas destacar o caráter

fundamental do exercício dos direitos, sem com isso desprezar a importância da sua legitimação.

No entanto, o contexto histórico da construção política no Brasil, caracterizado como um Estado patrimonialista, autoritário e de pouca valorização do cidadão, deixou como legado ser o Estado o doador dos direitos dos cidadãos que, por sua vez, precisam reconhecer que são os titulares de direitos e adotar uma postura reivindicante para a materialização dos mesmos (MACHADO; PINHEIRO; GUIZARDI, 2010).

Este fato é destacado por Bobbio (2004) quando exprime a necessidade de se proteger os direitos. Quando abordamos a questão do direito e da postura reivindicante das pessoas para a materialização dos mesmos, o fenômeno cidadania se destaca, sendo esta alicerçada no bojo dos direitos civis, políticos e sociais. Sendo assim, pode-se dizer que a cidadania e o direito se estabelecem em uma relação de reciprocidade, visto que a cidadania se dá no momento em que os direitos são reconhecidos e efetivados, da mesma maneira que os direitos, para serem respeitados e praticados, requerem uma consciência cidadã / de cidadania.

Neste sentido, a tese em tela apresenta como inquietação da pesquisa a tímida postura reivindicante dos usuários hospitalizados, verificada na dissertação de mestrado realizada em um hospital universitário do Estado do Rio de Janeiro, bem como na prática profissional da autora como enfermeira fiscal e, atualmente, na prática docente.

Para a adoção de uma postura reivindicante, os usuários precisam entender o significado de democracia e dos caminhos para a concretização da cidadania (MACHADO; PINHEIRO; GUIZARDI, 2010). Mas estes caminhos podem ser árduos, face aos contextos histórico e político do Brasil. Sendo assim, os profissionais de saúde podem ser instrumentos facilitadores de inclusão dos usuários nas decisões no âmbito da saúde, seja no plano macropolítico, como nos espaços públicos das Conferências e Conselhos de Saúde, seja no micropolítico, como nas relações entre profissionais e usuários e entre usuários e gestores institucionais.

Neste sentido, a efetivação do direito à saúde perpassa a questão da democracia, pois esta possibilita a garantia do direito pelo Estado por meio da participação nos espaços públicos pelos cidadãos, como também os valores democráticos “sustentam a crença da liberdade e da igualdade, como requisitos básicos ao exercício democrático e à defesa da cidadania, cujos sujeitos sociais se

organizam para reivindicar direitos” (PINHEIRO; GUIZARDI; MACHADO; GOMES, 2010, p.19).

Diante disso, ao se organizarem para buscar os seus direitos mediante participação nos espaços públicos, os cidadãos vocalizam as suas demandas no âmbito da saúde, e caminham em direção ao direito à saúde que lhes foi conferido por lei e pela Constituição.

Deste modo, a democracia apresenta-se como um meio de permitir que as demandas de saúde da sociedade sejam explicitadas, com vistas a concretizar o direito à saúde. Sendo assim, a participação da sociedade ganha papel de destaque no exercício democrático do direito à liberdade para reivindicar os elementos constitutivos do direito que rege a saúde brasileira.

O direito à saúde, como um dos direitos sociais que compõem a cidadania, pode ser entendido como um direito humano, pois é um direito fundamental, antecessor de outros direitos, segundo a Convenção de 2000 do Comitê Internacional em Direitos Econômico, Social e Cultural (MACHADO; PINHEIRO; GUIZARDI, 2010). Em suma, o direito humano é inerente ao ser humano; ele antecede a organização política e não se finda na ação do Estado (TRINDADE, 1997).

Como direito humano, o direito à saúde está atrelado à existência humana, sendo o seu pilar central a defesa da vida. Para tanto, tratar o direito à saúde como essência do ser humano e protetor da vida, resgata o caráter ético da ação em saúde, seja na gestão ou no cuidado. Isto corrobora a relação que se estabelece entre cidadania e ética, visto que a cidadania abrange, também, os direitos sociais em saúde que, legitimados, conduzem à dignidade humana e à proteção da vida, que se refere aos mesmos princípios assumidos pela ética na saúde.

Pode-se perceber, portanto, que a questão ética perpassa a atenção à saúde, desde os espaços macro marcados pelas questões gerenciais das instituições de saúde, até os espaços micro marcados pelas relações profissionais-usuários.

O comportamento ético não se resume às ações aos indivíduos, mas exige ações voltadas também às comunidades em termos de responsabilidade social e ampliação dos direitos a cidadania, corroborando o pensamento de Koerich, Machado e Costa (2005, p. 108), os quais afirmam que “sem cidadania não há saúde”.

O cuidado assume papel relevante como valor de direito humano. Com isso,

destaca-se a pluralidade humana, a visibilidade dos e pelos sujeitos nos espaços públicos, e a inclusão na produção do comum, podendo a saúde ser vista como bem comum, na relação entre direito humano e direito à saúde (PINHEIRO, 2010).

Como já foi anunciado na Introdução desta tese, o cuidado de enfermagem, especificamente em sua premissa, caracteriza-se pelo olhar holístico ao usuário, entendendo-o como um ser social e familiar, requerendo ações efetivas para o corpo físico, mental, emocional e espiritual, diante de atividades procedimentais e humanas (WALDOW, 1998; WATSON, 2002). Esta atenção à subjetividade e à particularidade do outro aponta para uma premissa ética, ainda mais por compreender o usuário integralmente contribuindo assim para uma melhor condição de saúde.

Watson (2007) aborda o cuidado de enfermagem na perspectiva da alteridade, ou seja, para entender o outro, é necessário compreendê-lo como realmente é, a partir de suas diferenças. Esta atitude na produção do cuidado de enfermagem implica na efetivação da cidadania do usuário, e assim, há efetivação do direito à saúde no momento inter-relacional formado entre quem cuida e quem é cuidado.

A enfermagem assume não só o compromisso na defesa da cidadania na relação profissional-usuário, mas também esta deve se comprometer em defender os direitos que congregam a cidadania nos ambientes políticos, caracterizando a sua responsabilidade social com a saúde do Estado brasileiro.

A prática de enfermagem também está inserida nos contextos político, econômico e social. Desta maneira, aprender novos princípios sobre a participação política, na economia e na justiça relacionados aos direitos à saúde, é importante para a prática da enfermeira, com vistas a contribuir para que os indivíduos e grupos humanos possam cuidar de si mesmos. Desta forma, os enfermeiros têm uma responsabilidade social no que tange aos direitos dos usuários e seu posicionamento no mundo (CARVALHO, 2003; CARVALHO, 2004).

Pôr em prática estes princípios caracteriza a efetivação da cidadania do profissional, que não está dissociado do seu eu cidadão, até porque a saúde corresponde a “um fenômeno social de natureza essencialmente política”, conforme defende Di Lascio (1982) *apud* Carvalho e Castro (2006).

Diante do exposto, a enfermagem caracteriza-se também como uma prática social por preocupar-se com as condições de vida e de saúde dos indivíduos,

mediante sua inserção nos ambientes políticos em que são tomadas as decisões acerca da condução da saúde no país com sua participação crítica e reflexiva, além de interferir diretamente no processo saúde/doença dos indivíduos por meio do cuidado, e deste modo, a enfermagem pode ser capaz de propor e promover mudanças articuladas às necessidades de saúde destes indivíduos, que correspondem aos direitos como usuários do sistema de saúde.

Neste sentido, a prática do cuidado de enfermagem pautado nas premissas da cidadania, deve ter início nos cursos de ensino médio e de graduação, para que os profissionais da equipe de enfermagem realizem um cuidado voltado para os usuários segundo estas premissas, e busquem a inclusão dos mesmos na produção da saúde como bem comum.

3 O HOSPITAL COMO ESPAÇO DE CUIDADO EM SAÚDE

Este capítulo aborda a organização do hospital moderno, explicitando o seu contexto histórico, além de caracterizar o modelo assistencial durante este processo organizacional, culminando com o modelo biomédico e a perspectiva de um novo modelo pautado no holismo, na atenção e da gestão hospitalar no Brasil. É preciso também destacar a enfermagem e o cuidado de enfermagem, visto que o objeto de pesquisa desta tese enfoca este cuidado no cenário hospitalar.

O hospital é “uma organização complexa – atravessada por múltiplos interesses – que ocupa lugar crítico na prestação de serviços de saúde, lugar de construção de identidades profissionais com grande reconhecimento social” (FEUERWERKER; CECÍLIO, 2007, p. 966). Além disso, esta instituição no Brasil está em redefinição nas esferas pública e privada, no que tange ao seu papel e lugar na produção do cuidado, já que é necessário que este seja promovido com base na qualidade, integralidade, eficiência e controle de custos.

A complexidade da instituição hospitalar, tanto na atenção quanto na gestão, caracteriza-se como um desafio, tendo em vista a efetividade social almejada podendo ser adquirida por meio de ações convergentes com as necessidades da população.

Contextualizar a origem da instituição hospitalar possibilita compreender as suas mudanças ao longo da história e, assim, entender a sua conformação atual. Neste sentido, nos séculos XVII e XVIII, o hospital se insere no processo de alteração da organização estrutural, bem como no modelo assistencial. Neste período, ocorrem modificações na visão de mundo da sociedade, época em que o ser humano é percebido como força de trabalho custosa para as instituições de trabalho, sendo necessário preservar o corpo humano da doença.

Na Europa da Idade Média, o hospital não era voltado para a cura dos pacientes, nem sua concepção apresentava tal objetivo, mas sim, promovia assistência aos pobres enfermos, e as pessoas prestadoras desta assistência pretendiam a salvação, e não a cura do enfermo. Estas pessoas eram religiosas ou laicas, que exerciam como obras de misericórdia a referida assistência (FOUCAULT, 1979).

Até o século XVIII, a instituição hospitalar essencialmente prestava assistência aos pobres enfermos, visto que como pobres precisavam de assistência, e como enfermos apresentavam doenças, e então, tornavam-se perigosos devido à

possibilidade de propagação dos males que portavam (FOUCAULT, 1979).

Diante disso, o hospital não preconizava a cura, mas o alívio da dor e do sofrimento das pessoas sem recursos à assistência de saúde. Este ambiente era local de exclusão física e social de uma parcela da sociedade. A exclusão caracterizava-se também como social porque não era oferecido às pessoas um atendimento à saúde adequado às suas necessidades.

Sendo assim, o personagem destes hospitais era o pobre que estava em morte iminente, e não um doente em processo de cura. O compromisso assumido pelo cuidado aos pobres enfermos era desenvolvido pelo pessoal de enfermagem, já que prestava a assistência por meio de cuidados simples como higiene, cuidados com ferimentos, preparo de alimentos, lavagem de roupas e cuidado do ambiente, tendo como objetivo proporcionar o alívio da alma (ALMEIDA; ROCHA, 1989).

Assim, a prática de enfermagem tinha “como objetivo a expiação dos pecados e a salvação da alma do paciente e do seu assistente”, enquanto a prática médica dirigia-se “ao corpo, força de trabalho que é preciso recuperar devolvendo-lhe a saúde e/ou preservando-a” (ROCHA, 1989, p.11).

A enfermagem estava intimamente atrelada aos pressupostos da religião, distanciando-se do aspecto físico do cuidado ao enfermo. Significa dizer que se preocupava principalmente com as questões culturais e espirituais do enfermo e de si mesma, ao pensar que o pessoal de enfermagem buscava a salvação de sua alma.

No final do século XVIII, houve a idealização do hospital como instrumento terapêutico, partindo da consciência deste ser um ambiente propício para a cura dos enfermos, e para isso, a prática de assistência foi marcada pela visita e observação sistemática e comparada dos hospitais (FOUCAULT, 1979). O hospital, como instrumento terapêutico, possibilitou a inserção da prática médica que antes não era hospitalar, tendo como objetivo a recuperação do corpo e da saúde.

Diante disso, o hospital passa a integrar duas forças de trabalho: a de enfermagem, que age em benefício do sujeito com vistas à salvação de sua alma; e a da medicina, que busca o tratamento e a cura da doença que acomete o corpo físico do sujeito. A inserção da medicina na prática hospitalar faz com que a instituição deixe a vertente religiosa e caritativa e passe para outra, curativa, presente ainda hoje na atenção hospitalar; já a prática da enfermagem assumiu contornos profissionais.

A reorganização do hospital iniciou-se com a introdução da disciplina na maneira de conduzir as práticas empregadas, bem como em sua estrutura física. Isto porque a disciplina, conforme seu significado, permeia a organização espacial e de ação dos indivíduos (FOUCAULT, 1979).

Neste ínterim, a medicina adquiriu nova perspectiva no que tange à sua atuação prática, pois a cura da doença e do organismo passou a ser orientada também de acordo com o meio ambiente que o cliente ocupa, como o ar, a água, a temperatura, a dieta, a alimentação, dentre outros. Com isso, a referida “medicina do meio” percebe a doença como fenômeno natural do ser humano (FOUCAULT, 1979).

Portanto, a disciplina no ambiente hospitalar e a intervenção médica também voltada ao meio, permitiram a criação do hospital médico e terapêutico. Assim, o saber médico que estava circunscrito aos Tratados de Medicina até o século XVIII, passa a ocupar, neste momento, o ambiente do cuidado. O objeto do saber e da prática da medicina passa a ser o indivíduo, que pode ser observado, vigiado, conhecido e curado (ALMEIDA; ROCHA, 1989).

A transformação do hospital em um ambiente terapêutico com a inserção da prática médica modificou o modelo assistencial antes caritativo e voltado para salvação da alma, para um modelo objetivado na cura das doenças, pautada em uma concepção de que o meio que circunda o enfermo interfere no seu processo de restabelecimento. Desta forma, surge um novo modelo de assistência à saúde, que permeou o início da concretização da medicina na área hospitalar.

Além disso, a reformulação do hospital, pautada na disciplina e na hierarquia, deixou como legado a configuração hospitalar atual: um ambiente estruturado hierarquicamente, autoritário e centralizador, marcado por rotinas de cuidado com vistas ao tratamento e cura do corpo físico.

As transformações que o sistema capitalista introduziu, corroboraram a necessidade do corpo como força de trabalho, cabendo à medicina restaurá-lo. O modo de produção industrial-capitalista, que tinha como objetivo o lucro e o homem, conduziu as modificações na estrutura hospitalar, já que este ambiente interferia no doente, tornando-se uma intervenção terapêutica (FOUCAULT, 1992).

As estruturas hospitalares passaram por modificações que as transformaram em complexo médico-hospitalar com o intuito de curar as enfermidades, além de se constituir em ambiente de pesquisa e tratamento (ALMEIDA; ROCHA, 1989). Neste

sentido, a perspectiva da atenção hospitalar centrada no cuidado à doença tornou-se o foco destas instituições, confirmando e reiterando o cenário hospitalar como um ambiente voltado ao tratamento e cura. Conforme exposto anteriormente, o hospital é um ambiente que constrói identidades; partindo deste pressuposto, os profissionais de saúde inseridos neste contexto, internalizam este modelo de cuidado e o aplicam na prática.

Com a disciplinarização do hospital e a mudança do modelo assistencial médico, passou a ser confiado ao profissional médico gerir a disciplina hospitalar (FOUCAULT, 1979). O saber médico, nesta época, estava vinculado aos anseios das instituições hospitalares, que buscavam restabelecer a cura das doenças atrelada a uma preocupação com o ambiente que interfere neste processo. Aliado a isso, o contexto capitalista impõe que os indivíduos tenham o corpo, que é força de trabalho, isento de qualquer agravo.

Assim, o saber médico cristalizou-se no poder, estando no topo da hierarquia hospitalar, e deste modo, passa a coordenar as práticas hospitalares. Neste sentido, a prática da enfermagem, antes independente da prática médica, torna-se agora dependente dela (ALMEIDA; ROCHA, 1989).

Atualmente, a hierarquia hospitalar no Brasil ainda mantém na gestão, em geral, os profissionais médicos, que centralizam o poder técnico e burocrático nas mãos, e tendem a agir de maneira “disciplinadora, de ordenamento e controle dos processos de trabalho” (BRASIL, 2011, p.35).

A enfermagem, no momento da disciplinarização do hospital, estabelecida no interior das práticas médicas, é centrada na rígida divisão hierárquica, na rigorosa disciplina e no severo controle moral. Além disso, assume a organização do ambiente e os cuidados diretos ao paciente, à luz do novo saber da saúde (ALMEIDA; ROCHA, 1989).

Esta delimitação das práticas médica e de enfermagem no cenário hospitalar ocorre devido a este ambiente congregar duas categorias profissionais que apresentam como espaço social, o paciente. Como o modelo assistencial era o da “medicina do meio”, havia a necessidade de profissionais que se voltassem para o cuidado do ambiente, já que o cuidado ao corpo físico do indivíduo era o cerne das práticas médicas. Então, o cuidado do ambiente onde o paciente estava inserido, passou ser prática da enfermagem.

É importante destacar que a perspectiva de divisão hierárquica e de disciplina

orienta os processos de trabalho no hospital cenário de pesquisa. Conforme caracterizado no capítulo referente aos procedimentos metodológicos, a enfermagem, no referido hospital, está organizada em divisão, chefias de setor, chefias de serviço e em enfermeiros plantonistas assistenciais, em uma lógica hierárquica e disciplinadora das relações.

O processo de medicalização e reorganização do hospital possibilitou o nascimento da enfermagem moderna, que se fundamentava na necessidade de treinamento formal do pessoal hospitalar para que pudessem promover a assistência de enfermagem, além de disciplinar a conduta da enfermeira. Tal fato ocorreu para que os efeitos negativos do hospital fossem reduzidos (ALMEIDA; ROCHA, 1989).

A prática da enfermagem, com a inserção do modelo assistencial médico no hospital, passou a englobar funções que primavam pelo cuidado ao ambiente, com vistas a fornecer as condições necessárias ao restabelecimento do indivíduo. Além disso, o pessoal de enfermagem começa a apresentar em sua prática um rigor técnico e disciplinar por meio dos treinamentos realizados.

Face ao exposto, é preciso destacar a fundadora da Enfermagem Moderna, Florence Nightingale, quem na Inglaterra, em 1859, demonstrou que o cuidado ao ambiente é crucial à recuperação da saúde do ser humano, sendo este um conceito central em seus escritos. Ademais, conduziu o treinamento formal do pessoal de enfermagem (ALMEIDA; ROCHA, 1989).

As atividades de enfermagem neste período amparavam-se na implementação do modelo médico de assistência por meio de ações de auxílio e apoio, em detrimento do desenvolvimento de seu saber (ALMEIDA; ROCHA, 1989). Mas, nas últimas décadas do século XIX e nas primeiras do século XX, ocorreu o desenvolvimento da assistência médico hospitalar e também de enfermagem. Assim, a prática da enfermagem vai tornando-se complexa por meio de novos conhecimentos e técnicas (ROCHA, 1989).

Este desenvolvimento foi marcado pela racionalidade científica e pela filosofia de Descartes, que compreendia o ser humano como uma máquina formada por peças (partes do corpo humano). Ainda que esta filosofia tenha sido apresentada no século XVII, ganhou destaque somente no século XIX com o avanço da moderna medicina científica (CAPRA, 1982).

A medicina pautada no pensamento cartesiano, proposto por Descartes, amparou a assistência à saúde em um modelo denominado biomédico, que

caracteriza o ser humano como uma máquina, sendo a doença entendida como uma falha em uma de suas partes, cabendo ao médico intervir física e quimicamente nesta falha para que a máquina retorne ao seu estado de funcionamento normal (CAPRA, 1982).

Reside, então, nesta inserção da racionalidade científica na prática médica e de enfermagem, amparada pelo saber biomédico, o nascimento da cultura das práticas de saúde no cenário hospitalar no sentido de enfocar a doença/patologia em detrimento, muitas vezes, do sujeito, utilizando-se de intervenções físicas e químicas para que a cura do corpo possa ser obtida.

Enfim, o hospital que no século XVIII apresentava como modelo assistencial a “medicina de meio”, no século XIX passa a pautar sua atuação no modelo biomédico, centrado apenas na doença como uma avaria da máquina do corpo humano. Conforme exposto, este modelo influenciou tanto a medicina quanto a enfermagem na área hospitalar.

A enfermagem adaptou-se aos novos conhecimentos e técnicas para atender ao grande volume de serviços, que se originam do crescimento das instituições hospitalares, além de manterem a característica básica da prática de enfermagem (ALMEIDA; ROCHA, 1989). Isto demonstra que a enfermagem centrava o seu cuidado nas técnicas e procedimentos, amparada pelo modelo biomédico.

As tecnologias médicas passaram a ser introduzidas no campo do cuidado no cenário hospitalar como instrumentos de diagnóstico e técnicas mais sofisticadas de cirurgias. Neste sentido, os hospitais transformaram-se em centros de diagnóstico, terapia e ensino (CAPRA, 1982).

No século XX, surgiram as especializações médicas, permanecendo a perspectiva reducionista proposta pelo modelo biomédico. E o conhecimento científico da medicina avançou nos estudos da biologia molecular, tendo como grande avanço o desenvolvimento de medicamentos e vacinas (CAPRA, 1982).

Diante disso, neste século, começou o processo de medicalização da saúde, com a descoberta da penicilina em 1928, de antibacterianos e de alguns psicoativos na década de 50. A presença da medicalização no tratamento da doença no ambiente hospitalar reduziu o número de internações, mas esta também conduziu ao alto percentual de iatrogenias pelos efeitos colaterais dos medicamentos (CAPRA, 1982).

Na medida em que o saber biomédico se estabilizou como norteador das

práticas de atenção à saúde no cenário hospitalar, resta apenas desenvolver esta prática. E para isso, a pesquisa científica torna-se uma grande ferramenta, com vistas a possibilitar descobertas para o tratamento e cura das doenças, articulando a elas os recursos tecnológicos de diagnóstico.

O saber da medicina preconiza o restabelecimento do agravo dos indivíduos; com isso, procura-se cada vez mais desenvolver tecnologias terapêuticas com o intuito de “atacar” a doença e extirpá-la do corpo humano. Neste processo, em conjunto com o saber médico, insere-se a indústria farmacêutica e de equipamentos hospitalares, tornando a assistência à saúde custosa.

No que tange à prática de enfermagem, no início deste século, esta enfatizava as tarefas e procedimentos, sem a preocupação com o conhecimento que amparasse a prática de enfermagem, devido ao aumento no número de tarefas dentro dos hospitais. Mas, após a II Guerra Mundial, com o intenso desenvolvimento científico-tecnológico na área da saúde, e especificamente na enfermagem, ocorreu o abandono das suas práticas baseadas na intuição e na experiência, agora substituídas por aquelas baseadas no saber da área médica (ALMEIDA; ROCHA, 1989; ROCHA, 1989).

A respeito da lógica assistencial amparada no saber biomédico, em conjunto com a modernidade na saúde e os avanços tecnológicos e científicos, o cuidado de enfermagem perde sua arte, o aspecto humano e seu conhecimento específico. Desta forma, atrelar o cuidado de enfermagem ao modelo assistencial da prática médica pressupõe uma falsa ideia de autonomia (WALDOW, 1998).

No entanto, o modelo biomédico não atende integralmente às demandas de saúde, já que requer não somente tratamento aos agravos, mas o entendimento do ser humano como um todo, muito além da soma de suas partes exigindo, então, uma compreensão das suas vertentes social, psicológica e cultural. Portanto, superar a dicotomia entre cuidado voltado para a doença e cuidado voltado para os aspectos subjetivos do indivíduo, é essencial para que se construa um modelo de atenção voltado para a qualidade da assistência.

Para Capra (1982), transcender o modelo conceitual da ciência médica requer uma mudança radical no cerne desta ciência, como também a reeducação da sociedade, que apresenta interiorizada a perspectiva do modelo biomédico. Partindo do exposto, este modelo conceitual poderá adotar o conceito de holismo na saúde, na teoria e na prática.

Entretanto, o conhecimento biomédico ainda ampara o conhecimento e as práticas de saúde, a gestão das instituições e a proposição das políticas públicas de saúde, o que evidencia a sua legitimidade em relação a outras formas de conhecimento que estão para além deste saber específico. Baseado nisso, o modelo biológico-cientificista (biomédico) predomina no conhecimento, no discurso e na prática dos profissionais de saúde, sendo um saber formalizado e legitimado pela ciência (CAMARGO JR., 2009).

Em face disso, a ciência médica precisa inserir em sua prática a visão holística do ser humano, entendendo que o cuidado em saúde não se limita apenas ao restabelecimento de uma parte do corpo com doença, e este precisa abarcar os aspectos subjetivos, sociais, culturais e éticos que circundam o cuidado. É preciso ter em mente que o processo de cuidar deve ser amparado em um conjunto de ações e comportamentos realizados com vistas a favorecer, melhorar ou manter a condição humana, entendendo o outro em sua completude (WALDOW, 1998).

Partindo desta discussão, o hospital reconfigurou seu modelo de atenção à saúde e de gerenciamento, centrando a atenção no modelo biomédico, e a gerência, na disciplina e no controle confiados aos profissionais médicos. Tendo como referência o modelo biomédico, que busca o tratamento e cura das doenças, esta instituição passou a ser cenário de aquisição de insumos materiais e tecnologias, com vistas a viabilizar os diagnósticos e atuar especificamente no combate às doenças. Para isso, foi necessário o desenvolvimento de pesquisas científicas que amparassem toda prática assistencial, fazendo emergir da sociedade expectativas relacionadas aos benefícios que a ciência traria.

Na realidade brasileira, a instituição hospitalar passou a ser objeto de reflexão e discussão com maior intensidade nos anos 90, pois a área hospitalar ficou à margem das discussões no interior do movimento sanitário, cujo auge ocorreu no final dos anos 70, que tinha como crítica o modelo médico-assistencial previdenciário (BARBOSA, 1997). De fato, ocorreram algumas iniciativas que trouxeram a área hospitalar e a saúde pública para o centro das discussões; entretanto, não apresentavam expressividade no sentido de assumir uma posição clara no bojo da Reforma Sanitária (BARBOSA, 1997).

O que se observa é que a área hospitalar permaneceu estática diante da movimentação na saúde pública, produzida pela Reforma Sanitária, e neste sentido, buscou-se reformular o sistema de saúde brasileiro. Mas o hospital, como parte

integrante deste sistema, ficou ao largo desta reforma.

Tal fato pode ser justificado por ser esta instituição tomada como vilã da crise do sistema de saúde (BARBOSA, 1997); entretanto, cabe questionar: como é possível reformular um sistema de saúde, se uma de suas partes integrantes é desconsiderada? Deste modo, o novo sistema de saúde brasileiro, Sistema Único de Saúde (SUS), marcado pela Reforma Sanitária, passará por crises durante o seu processo de evolução e desenvolvimento, e isto não só porque o hospital passa a ser foco de denúncias, como também pelas novas possibilidades para a qualidade assistencial e de gestão diante das inovações científicas e tecnológicas para a área hospitalar.

É válido destacar que foi em meio à constituição de um sistema único que integra ações e serviços públicos de saúde e da promulgação da Lei Orgânica de Saúde, em 1990, que o hospital ganhou espaço para reflexão acerca da gestão e das práticas adotadas em seu interior, com vistas à qualidade da assistência. Entretanto, mesmo com o SUS, o Brasil ainda não tem um modelo de atenção à saúde que atenda a demanda dos usuários. Os modelos assistenciais ainda são de caráter assistencialista e incapazes de responder às necessidades da população; obsoletos e curativistas, com profissionais despreparados no que tange à atuação com respeito aos direitos do usuário e de suas necessidades; centrados na figura do médico, mais voltados para a doença, resultando em que a única perspectiva de resolver os problemas de saúde é tratar medicamente a doença (CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE, 2003).

Além de serem modelos privatistas, que promovem redução salarial e péssimas relações de trabalho; desestimulam a implementação de alternativas assistenciais menos onerosas e não tão complexas, embora com reconhecida eficácia como, por exemplo, os tratamentos e as internações domiciliares, tornando-se um sistema de saúde fragmentado e com precária intersetorialidade (CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE, 2003).

E o ambiente hospitalar insere-se neste modelo assistencial, submerso em fragilidades, tanto na atenção à saúde quanto na gestão. Atualmente, a atenção hospitalar está voltada para a redução do usuário à sua doença, enquanto os profissionais, em geral, negligenciam as vertentes subjetiva e holística da atenção à saúde.

Esta condição da instituição hospitalar é o reflexo de um período de crise,

relacionado às questões *estruturais*, como baixa prioridade do governo, que limita a injeção de recursos, baixos salários, qualidade inadequada dos serviços e outras; a questões *organizacionais* devido à gestão descompromissada, escassez de recursos e outros; e, finalmente, a questões de caráter *individual*, com instabilidades dos gerentes em seus cargos e clima de desmotivação e descompromisso dos demais funcionários do hospital diante deste quadro (BARBOSA, 1997).

O debate atual a respeito da lógica de atenção e gestão dos hospitais está centrado na “busca por humanização, qualidade e menores custos e é nesse contexto que começa a ser construído um novo lugar para o hospital dentro da atenção à saúde”, segundo Feuerwerker e Cecílio (2007, p.966), como também na gestão.

A prática da atenção hospitalar, como já discutido, retrata a lógica biomédica, sendo necessário considerar a dimensão subjetiva da atenção ao usuário, pois há um empobrecimento desta dimensão no contexto hospitalar. Articulado a isso, está o fato de que a gestão precisa ter como pilar a gestão compartilhada, inserindo todos os sujeitos implicados neste processo (usuários, trabalhadores e gestores) promovendo relações entre estes sujeitos e dando-lhes empoderamento sobre sua vida e sobre o processo de saúde/doença. Neste sentido, a atenção e a gestão hospitalar devem estar articuladas para que as mudanças ocorram.

É importante frisar que a realidade precária dos hospitais conduziu, em 2000, à criação do Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar (PNHAH), com o intuito de promover uma atenção amparada no respeito à subjetividade, autonomia e protagonismo do usuário, dos trabalhadores e gestores, assim como seus direitos instituídos; e ainda comprometimento com a ambiência e melhores condições de trabalho para seus profissionais (DESLANDES, 2004).

Entretanto, como Programa, a busca por humanização da atenção e gestão ficou circunscrita aos serviços de saúde hospitalares, e a precariedade e os desafios mostraram-se presentes em todo sistema de saúde. O modelo assistencial reducionista, curativista, assistencialista e privatista perpassava todas as instituições de saúde, sendo necessário modificar este modelo de atenção à saúde nas instituições, como também a fragilidade da gestão, ou seja, era necessário algo que fosse transversal.

Assim, em 2003, foi formulada a Política Nacional de Humanização da Atenção e da Gestão em Saúde no SUS, e o PNHAH encerrou suas atividades, já

que propunha uma atenção pautada na autonomia, no protagonismo e no respeito à subjetividade dos usuários, dos profissionais e dos gestores de maneira transversal nas instituições de saúde. (DESLANDES, 2004).

Com isso, as instituições hospitalares precisam inserir na atenção e na gestão dos serviços de saúde, os princípios e diretrizes do SUS, com vistas a promover uma assistência à saúde atrelada às demandas da sociedade. Neste sentido, o modelo de saúde condutor das práticas de atenção à saúde nos serviços hospitalares, requer que contemple não apenas as demandas fisiopatológicas, como também as sociais, culturais, emocionais, espirituais e econômicos dos usuários, visto que interferem na saúde dos mesmos.

Além disso, é vital superar a gestão centrada na burocracia e no autoritarismo centralizador, a organização do trabalho por categorias profissionais, a segmentação do cuidado e a estrutura interna marcada por excessivo poder técnico-burocrático, colonizado em geral pela categoria médica. Para isso, a gestão precisa ser compartilhada, pautada na horizontalidade da estrutura organizacional, no diálogo e na interação, a fim de possibilitar a produção de consensos internos, na autonomia e no protagonismo dos sujeitos (BRASIL, 2011).

O hospital constitui-se um grande desafio na saúde pública, e enfocá-lo neste momento requer mobilização da cultura prática e gerencial construída ao longo dos anos, não sendo modificada rapidamente. Os esforços para esta mudança serão muitos, já que será preciso descaracterizar o que é consensual e inserir algo novo, que provocará inquietações e rearranjos.

4 REFERENCIAL TEÓRICO E METODOLÓGICO

4.1 A TEORIA DAS REPRESENTAÇÕES SOCIAIS E SUA APLICABILIDADE NESTA PESQUISA

Esta pesquisa é de natureza qualitativa, do tipo descritivo, e tem como referencial teórico e metodológico a Teoria das Representações Sociais (TRS) proposta por Serge Moscovici, em 1961, na França (2012).

Esta teoria é afiliada à corrente de pensamento sociopsicológico, e sempre esteve à margem da disciplina de psicologia social, marginalização esta que ocorreu devido ao entendimento de que o social ameaça a pureza da psicologia científica (DUVEEN, 2009).

As teorias hegemônicas da psicologia social preocupam-se unicamente com a análise dos processos psicossociais advindos dos indivíduos ou com os fenômenos psicossociais produzidos somente pela sociedade, e ainda caracterizam o indivíduo e a sociedade como sinônimos, no entanto, um constitui o outro. Assim, estas teorias ora aplicam uma epistemologia do sujeito puro (quando determinam o indivíduo como o único foco), ora aplicam a epistemologia do objeto puro (quando determinam a sociedade como foco principal) (GUARESCHI; JOVCHELOVITCH, 1995).

Entretanto, Moscovici estabelece uma ciência mista, com a combinação dos conceitos sociológicos e psicológicos, ao resgatar o conceito de representação caracterizando-o como foco da psicologia social do conhecimento (DUVEEN, 2009).

Nesse ínterim, a TRS permite a relação entre o sociológico e o psicológico, entendendo-os como necessários para a análise dos fenômenos psicossociais. E assim, “recupera um sujeito que, através de sua atividade e relação com o objeto-mundo, constrói tanto o mundo como a si próprio”, segundo Guareschi e Jovchelovitch (1995, p.19).

A TRS é denominada como uma maneira sociológica da psicologia social, que se diferencia da maneira psicológica da psicologia social (FARR, 1995). A psicologia social do conhecimento procura estudar o modo e a justificativa dos indivíduos para compartilharem o conhecimento, sendo capaz de formar uma única realidade. Desta forma, as ideias são postas em prática determinando o “poder das idéias”, que é o problema de estudo desta psicologia, segundo Moscovici (1990) *apud* Duveen (2009, p.8).

A Teoria das Representações Sociais foi criada com base nos conceitos de

representações individuais e coletivas desenvolvidas por Durkheim, que foi um dos formadores da sociologia moderna (FARR,1995). Moscovici apresenta pensamento contrário a estes conceitos, mesmo que os tenha como origem embrionária da TRS. Isto ocorre porque o conceito de representações individuais refere-se ao fenômeno em nível individual, que seria do campo da psicologia, e o de representações coletivas, ao fenômeno em nível coletivo, permitindo a manutenção da coesão da sociedade, sendo objeto da sociologia (FARR, 1995; DUVEEN, 2009).

O conceito de representações sociais defendido por Moscovici difere do conceito de representações coletivas, pois, neste último, o termo *coletivo* determina um caráter fixo e estático, enquanto o termo social garante a dinamicidade das representações formadas em um mundo moderno, caracterizadas pelas transformações das formas de criação coletiva (DUVEEN, 2009).

A modernidade modificou as formas de autoridade e legitimação do conhecimento por meio da ciência e também do senso comum, com grande influência das mais variadas maneiras de comunicação, que antes eram mediadas pela intervenção divina. Deste modo, a produção e circulação de ideias com a comunicação, permitiu a formação das representações sociais (DUVEEN, 2009).

As representações sociais podem ser caracterizadas tanto como uma teoria quanto como um fenômeno. É dita como teoria por oferecer conceitos articulados, que permitem compreender como os saberes sociais podem ser produzidos e transformados em processos comunicativos e de interação entre os indivíduos. Pode ser fenômeno por ser um conjunto de ideias, valores e práticas sociais sobre objetos sociais específicos, além dos processos sociais e de comunicação que são produzidos e reproduzidos (JOVCHELOVITCH, 2008).

As representações sociais apresentam como característica específica transformar ideias em experiências coletivas, e as interações, em comportamentos (MOSCOVICI, 2009). Deste modo, a Teoria das Representações Sociais (TRS) permite acessar os saberes sociais dos indivíduos e dos grupos sociais buscando entender como são produzidos, e assim, como intermediam as relações comunicativas e interativas.

A TRS “é uma teoria sobre os saberes sociais” e é interessada nos fenômenos das representações sociais que “compreende os saberes produzidos na, e pela vida cotidiana”, ou seja, procura desvelar como os saberes dos indivíduos e grupos sociais são produzidos no cotidiano (JOVCHELOVITCH, 2008, p.87).

A representação social é determinada pela produção dos saberes sociais de maneira compartilhada entre os indivíduos em um grupo social, e como não é saber estático, modula as práticas sociais destes sujeitos em seu cotidiano. Deste modo, “a representação social é sempre uma unidade do que as pessoas pensam e do modo como fazem” e ainda, compreende “o comportamento e a prática interativa de um grupo” (WAGNER, 1998, p.11).

Assim, o grupo social é o produtor das representações sociais, por meio do compartilhamento de ideias sobre objetos relevantes que possibilitam a prática social comum.

A relevância cultural e a espessura social dos objetos são essenciais para que as RS sejam construídas efetivamente. Sá (1998, p.48) afirma que a dificuldade em identificar previamente um fenômeno de representação social é a “possibilidade de um determinado objeto não ser socialmente representado por um dado grupo e que, não obstante, seus membros falem sobre tal objeto”.

Na tese em tela, o objeto *cidadania do usuário* no contexto hospitalar, na sua vivência de hospitalização, é identificado pela autora como um fenômeno de representação social por estar inserido nas conversações cotidianas dos usuários hospitalizados, pois cidadania é aqui caracterizada nas dimensões de liberdade, participação e igualdade dos indivíduos de uma sociedade, que são instituídas pelos direitos civis, sociais e políticos.

Deste modo, os usuários hospitalizados discursam sobre seus direitos, tanto no ambiente hospitalar quanto no cuidado prestado, o que foi verificado de maneira preliminar na dissertação de mestrado, como já mencionado na introdução desta tese. E ainda, este objeto é recorrente nos meios de comunicação em massa e na mídia televisiva e escrita, reavivando os elementos conceituais da cidadania nos âmbitos da política, da saúde e outros.

Na política, pode-se destacar a Constituição Federal que se pautou nos elementos conceituais da cidadania, elementos que estiveram presentes na VIII Conferência Nacional de Saúde, e estão na Lei Orgânica do Sistema Único de Saúde, além de recentemente contextualizar a Política Nacional de Humanização (BRASIL, 1990; 2007; 2008; 2010).

Tendo como destaque a saúde, ambiente em que esta tese se insere, a questão da cidadania se mantém ativa visto que o direito à saúde, que faz parte dos direitos sociais, não se concretiza, mesmo sendo legitimados e normatizados.

O grupo social (produtor de RS) desta pesquisa compôs-se por pessoas hospitalizadas, sendo caracterizado como nominal por ser formado por observadores externos, segundo critérios arbitrários (WAGNER, 1998). Isto quer dizer que os sujeitos desta pesquisa, os usuários hospitalizados do setor de clínica médica de um hospital universitário do município do Rio de Janeiro, formaram um grupo nominal, já que foi definido pela autora da pesquisa em tela sem a consciência dos membros (cada sujeito de pesquisa) deste grupo, diferentemente de um grupo reflexivo, que se caracteriza com a definição de um grupo, a partir da capacidade de seus membros em identificar os membros pertencentes ao seu próprio grupo (WAGNER, 1998).

A utilização de grupos nominais torna-se fonte de questionamento acerca da aplicação da TRS, pois esta deveria ser aplicada em pesquisas que estudassem as RS de grupos reflexivos. Entretanto, em seu primeiro estudo sobre representação social da psicanálise, Moscovici utilizou grupos nominais com a justificativa de estes apresentarem certa associação e interação entre seus membros, como também o fato de que a diversidade de grupos sociais da sociedade determinou a utilização do grupo nominal para acessar os diferentes estratos sociais, com o intuito de estudar o impacto e a disseminação da RS da psicanálise (WAGNER, 1998).

Deste modo, é possível estudar Representações Sociais por meio de um grupo nominal, no caso desta pesquisa os usuários hospitalizados, devido ao convívio uns com os outros adquirirem associação e interação entre si, permitindo o discurso e a comunicação intragrupos, possibilitando a criação das RS.

A construção da representação social não ocorre apenas por opiniões compartilhadas, mas os membros do grupo também precisam saber o conhecimento do seu grupo e dos outros grupos sociais, sendo esta a característica holomórfica da RS. A ausência da holomorfia caracteriza a falta de processos sociais em um grupo determinado e de identidade social, denominando esta representação como emancipada (WAGNER, 1998).

As representações emancipadas são determinadas quando os membros dos grupos sabem o seu comportamento social frente aos objetos sociais, e ainda como os seus coatores se comportam nas situações do cotidiano; deste modo, é determinada a interação social (WAGNER, 1998).

Reitera-se que o grupo social estudado nesta tese configura-se como um grupo nominal, pois se formou por um conjunto de usuários hospitalizados

classificados e organizados segundo critérios arbitrários em grupos.

Wagner (1998) defende que pode haver conversação dos membros objetos nos grupos nominais, mesmo que não seja ao mesmo tempo por todos os membros do grupo, mas em pequenos grupos, por isso não se veta a utilização destes grupos para estudar suas representações.

Os usuários hospitalizados, sujeitos da pesquisa, apresentaram como característica peculiar a interação uns com os outros dentro das enfermarias, e até mesmo com os usuários de outras enfermarias. Os usuários hospitalizados conversam entre si dividindo experiências e vivências; além disso, assumem relações de ajuda e confiança. Isto pode ser afirmado pela proximidade da pesquisadora com a instituição em que foi desenvolvida a pesquisa e, ainda, pela sua prática profissional, que observa estas articulações, relações e associações que os usuários geralmente assumem quando hospitalizados.

Assim, o grupo nominal de usuários hospitalizados pode ser fonte de produção das RS do objeto cidadania do usuário hospitalizado.

De acordo com a Teoria das Representações Sociais, há dois modos diferentes de conhecimento e comunicação, como o universo consensual e o reificado. Estes universos são separados e opostos (ARRUDA, 2002; MOSCOVICI, 2009). O universo consensual compõe-se por uma sociedade livre e igual, na qual cada membro tem a competência de discursar sobre os mais variados temas, como nascimento, morte, leis da ética em sociedade e outros, que circulam nos espaços populares (clubes, associações e bares). Diante da conversação entre os membros da sociedade, há a manutenção, a consolidação e o enriquecimento das relações sociais (MOSCOVICI, 2009).

Neste universo consensual, todos os membros da sociedade são denominados como “sábios amadores”, pela competência para opinar e discursar sobre vários temas. O pronome pessoal *nós* representa este universo, pois se refere à relação social, e caracteriza o pertencimento dos membros a um grupo social (ARRUDA, 2002; MOSCOVICI, 2009).

Este universo é determinado pela liberdade de pensamento e a comunicação no grupo social, por meio das relações sociais, como também a igualdade dos membros do grupo para discursar sobre os mais variados temas.

Entretanto, o universo reificado entende a sociedade composta por classes e papéis diferenciados e hierarquizados, e ainda há a desigualdade do direito à

palavra entre seus membros. Diante disso, a competência do discurso é adquirida e determinada pelo mérito do membro da sociedade; ou seja, a especialidade determina o grau de participação (ARRUDA, 2002; MOSCOVICI, 2009).

O universo reificado comporta regras e normas de comportamento para cada situação, de linguística e de informação, a ser repassada em determinado contexto. Deste modo, há uma organização que modula os seus membros, e prescrições globais que garantem unidade do grupo (ARRUDA, 2002; MOSCOVICI, 2009).

Partindo do exposto, a lógica estrutural do universo reificado é hierarquizada e desigual, já que os seus membros apresentam grau de participação segundo a sua especialidade. E ainda, é organizada conforme normas e regras de comportamento, linguística e informação. Com isso, pode-se verificar a diferença entre ambos os universos, que apresentam lógicas e organização que lhes são peculiares. O universo reificado pode ser compreendido pela ciência, enquanto o consensual é tratado pelas representações sociais (MOSCOVICI, 2009).

A ciência tornou-se uma importante fonte de conhecimento para a sociedade como “uma autoridade para legitimar e justificar decisões cotidianas e posições ideológicas”, conforme defende Wagner (1998, p.4). Deste modo, a ciência alimenta o senso comum, que pode ser compreendida como a “ciência tornada comum”, segundo Moscovici (2009, p.60). Assim, passa a fazer parte do cotidiano da sociedade, ou seja, do senso comum, que é o lugar de origem das representações sociais.

A pesquisa que apresenta como referencial a TRS elabora o seu objeto de pesquisa por meio do universo reificado da ciência, a partir dos fenômenos de representação social derivados do universo consensual (SÁ, 1998).

As representações sociais são formadas a partir de dois processos de pensamento, classificados como ancoragem e objetivação. A ancoragem permite que algo não familiar torne-se familiar; ou seja, ancorar ideias não conhecidas em lugares já comuns e familiares. E a objetivação é tornar algo abstrato em concreto, dando-lhe significação no mundo real e sendo tangível; ou seja, dar imagem a algo antes abstrato (MOSCOVICI, 2009).

A ancoragem é mediada pelo mecanismo de classificação e categorização. Os grupos sociais (indivíduos) classificam os objetos acerca do que eles são e do que não são. Imbricada nesta classificação, há a nomeação das características do objeto abordado, e deste modo são capazes de imaginar e representar o objeto. A

partir da classificação, formam-se os protótipos ou modelos que representam determinada classe (MOSCOVICI, 2009).

A categorização permite o posicionamento do objeto abordado em um dos paradigmas abrigados na memória dos membros dos grupos sociais, e assim estabelecer uma relação positiva ou negativa (MOSCOVICI, 2009).

No processo de objetivação, o objeto intangível e abstrato passa a ser materializado em imagens acerca da realidade. As imagens são formuladas devido à existência de uma realidade, e permitem a comunicação e a compreensão do grupo social (MOSCOVICI, 2009).

Estes dois processos de pensamento formam as RS, pois os indivíduos tornam um objeto estranho em familiar por meio de mecanismos de classificação e categorização, como também este objeto é materializado em imagens da realidade. Entretanto, como discutido anteriormente, a RS é um saber socialmente construído, e estes dois processos de pensamento permitem aos indivíduos falarem sobre o objeto abordado na conversação cotidiana dos grupos sociais, que configura a construção social do saber.

Partindo deste pressuposto, há alguns critérios que, em uma pesquisa à luz da TRS, caracterizam as representações sociais. Estes critérios, quando apontados dentro das pesquisas, são capazes de proporcionar credibilidade, pois estas representações não se basearão apenas em um consenso numérico, nem serão questionadas como representações singulares. Os critérios são: a) consenso funcional; b) de relevância; c) de prática; d) de holomorfose; e) de afiliação (WAGNER, 1998).

O critério de consenso funcional prevê a unidade de um grupo por meio das interações entre seus membros com a manutenção das representações e de seu objeto. Este é determinado por uma maioria qualificada e não numérica, e assim, o parasitismo social de algum membro do grupo não interferirá na prática do mesmo (WAGNER, 1998).

O de relevância já foi abordado anteriormente com a discussão sobre a relevância cultural do objeto cidadania na vivência da hospitalização para os usuários hospitalizados. Cabe ressaltar que Wagner (1998) afirma que um objeto é relevante quando modifica o comportamento dos indivíduos e do grupo. Deste modo, o objeto cidadania dos usuários hospitalizados pressupõe a mudança dos usuários por meio de sua participação.

Quando os usuários hospitalizados falam sobre seus direitos no ambiente hospitalar e no cuidado oferecido, atuam mais efetivamente na busca de melhorias na saúde e, especificamente, no cuidado. Observa-se diariamente, nos meios de comunicação em massa, reclamações dos usuários e busca pela melhoria do atendimento à saúde, principalmente quando reconhecem que seus direitos foram violados. Este fato foi verificado na pesquisa de dissertação de mestrado e serviu como inquietação para despertar o interesse em desenvolver esta tese.

O critério de prática é determinado pela participação de um número suficientemente grande de pessoas em um mesmo discurso e grupo reflexivo. Além disso, preconiza a equivalência entre pensamento e ação dentro da RS, pois não se pode entender o pensamento como o principal e a ação como secundária, ou o seu contrário; ou seja, pensamento e ação unidos formam a RS (WAGNER, 1998). Neste sentido, uma pesquisa à luz da TRS deverá apresentar a RS como a associação de pensamento e ação colocando-os em equivalência; caso contrário, infringirá o critério de prática.

O critério de holomorfose refere-se à capacidade de um membro do grupo social caracterizar o comportamento do outro membro do mesmo grupo, pois a representação social de um objeto determinado pressupõe que os membros de um grupo social apresentem os mesmos elementos constitutivos do conhecimento sobre este objeto (WAGNER, 1998). Assim, os elementos que integram a representação social sobre um objeto determinado, deverão estar presentes no conhecimento de todos os membros de um grupo social delimitado.

O critério de afiliação é a parte objetiva do critério de holomorfose e permite avaliar a veracidade da meta-informação de uma representação holomórfica (WAGNER, 1998).

Entretanto, os critérios já descritos não precisam ser aplicados todos em seu conjunto em uma pesquisa de RS; alguns destes podem estar presentes ou não, na dependência da condição de sociogênese da representação e de que função esta ocupa no e para o grupo (WAGNER, 1998).

As representações sociais podem ser estudadas por variadas abordagens, sendo aplicada nesta tese a abordagem processual desenvolvida por Denise Jodelet, que se aproxima daquela fundada por Moscovici no que tange à abordagem inicial da TRS. Entretanto, há outras abordagens, como a Teoria do Núcleo Central, proposta por um grupo de estudiosos (Claude Flament, Jean Claude Abric e outros),

e também a abordagem proposta por Wilhem Doise, na Escola de Genebra (ARRUDA, 2002; ARRUDA, 2002a).

A abordagem processual refere-se à preocupação com a gênese das representações sociais, assim como seus processos de elaboração e construção. A sua aplicabilidade possibilita considerar os aspectos constituintes da representação, como informações, imagens, crenças, valores, elementos culturais e outros, na análise das representações (ARRUDA, 2002).

Para Jodelet (2001), as representações sociais são conhecimentos socialmente construídos, que orientam a ação dos indivíduos e intervêm na identidade individual e social, como também na construção dos objetos.

Face ao referencial teórico, entende-se que os sujeitos de pesquisa construirão um conhecimento sobre a cidadania no cuidado, com implicações e contribuições ao cuidado do enfermeiro que orientará sua ação frente a este objeto. Deste modo, a aplicação deste referencial na abordagem já explicitada, permitirá o acesso ao conteúdo do conhecimento dos sujeitos sobre este objeto e o seu posicionamento (ação), possibilitando entender esta dinâmica, refletir sobre ela e, também, construir subsídios para intervir no cuidado de enfermagem, permitindo ao enfermeiro efetivamente construir com os clientes sua cidadania no processo de cuidar.

Neste sentido, as representações sociais, na abordagem processual, abarcam três dimensões, que são: a informação, a atitude e o campo da representação social (ARRUDA, 2002; ARRUDA, 2002a).

A dimensão da informação permite acessar o conhecimento sobre um determinado objeto construído pelo grupo. O sujeito remodela e caracteriza as informações repassadas em seu meio de relações interpessoais, não sendo apenas um receptáculo e processador de informações, mas também construtor de uma realidade exterior (ARRUDA, 2002a; SANTOS, 2009).

A dimensão da atitude tem a ver com o posicionamento do sujeito frente ao objeto. Deste modo, a atitude é uma terceira perspectiva entre o sujeito e o objeto, capaz de intervir nesta relação, ou seja, é uma “atitude com relação a um objeto” (SANTOS, 2009, p.56).

O campo da representação social é conformado por uma construção estruturada de significações, saberes e informações. Este abarca todas as expressões, ideias, valores e imagens que estão no discurso dos sujeitos sobre

um determinado objeto (ARRUDA, 2002).

4.2 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

4.2.1 Dos sujeitos e do recorte espacial

Os sujeitos foram trinta e um (31) usuários hospitalizados em setores de clínica médica de um hospital universitário no município do Rio de Janeiro, na faixa etária entre 20 e 89 anos.

A escolha dos sujeitos e do cenário se deu de acordo com os seguintes aspectos: a inquietação da tese em tela a partir da dissertação de mestrado, que teve como sujeitos de pesquisa, usuários hospitalizados no mesmo setor de internação eleito como cenário para esta tese; a possibilidade de se obter um quantitativo de sujeitos e cuidados realizados que dessem sustentabilidade numérica aos dados qualitativos, uma vez que a aproximação prévia realizada e a experiência já adquirida neste campo permitiram o conhecimento de seu cotidiano e da dinâmica de cuidar e dos cuidados lá realizados; a contribuição do estudo para a instituição, por servir como subsídio para reflexão da prática assistencial do enfermeiro e mudança de sua prática, já que esta tese tem por objetivo aprimorar o ensino e a pesquisa.

A inclusão e exclusão dos sujeitos obedeceram aos seguintes critérios: foram incluídos os usuários de ambos os sexos, internados nos setores eleitos para a realização da pesquisa, que estivessem orientados no tempo e espaço, com capacidade de expressão verbal preservada, e concordassem em participar da pesquisa. Os que não atenderam a estes critérios em seu conjunto foram excluídos da pesquisa.

Para desvelar o pensamento do grupo social, usuários hospitalizados, como também explicar e interpretar o seu sentido, é necessário caracterizar as condições de produção das representações sociais, como a cultura em que os sujeitos estão imersos, a comunicação inter e intragrupos, além da inserção socioeconômica e institucional (ARRUDA, 2002; ARRUDA, 2002a).

Deste modo, é importante destacar o ambiente institucional destes sujeitos de pesquisa e apresentar considerações gerais sobre o perfil dos usuários hospitalizados nos setores de clínica médica da referida instituição que, como foi explicitado, é um hospital universitário do município do Rio de Janeiro, tudo no sentido de poder compreender, explicar e interpretar as representações

que emergirem.

Este cenário de pesquisa é um ambiente de assistência, ensino e pesquisa científica. A assistência prestada requer qualidade, segundo os preceitos da ética e da humanização no atendimento, bem como está em consonância com o SUS e com o sistema suplementar.

No que tange à prática assistencial, realiza atendimentos ambulatoriais e especializados, além dos cirúrgicos de alta complexidade e de emergência. Tem como objetivo a capacitação e o estímulo de seus profissionais para que promovam uma atenção hospitalar adequada às particularidades e subjetividades dos clientes/pacientes.

A vertente do ensino promove cursos de residência médica e multiprofissional, além de possibilitar aos acadêmicos de vários cursos da área da saúde o desenvolvimento de suas habilidades e potencialidades clínicas, e ainda, permite a realização de pesquisas em suas dependências, contribuindo para a evolução e a transformação da ciência e da prática clínica.

Os recursos humanos deste hospital contam com a atuação de vários profissionais da área da saúde, área de apoio e setor administrativo, desde o ensino fundamental ao ensino superior. Logo, há a presença da equipe multidisciplinar de saúde no atendimento à clientela, como também de alunos de residência e acadêmicos dos mais variados cursos, e ainda funcionários administrativos e de apoio.

Nesta instituição, a equipe de enfermagem é regida pela divisão de enfermagem, que apresenta um grau hierárquico de comando. Com isso, esta divisão é a instância superior na enfermagem, passando por assessorias técnicas, seções, supervisão, secretaria e setor administrativo, culminado com os serviços de enfermagem, que são divididos em seis categorias: serviço de enfermagem de saúde da comunidade; de desenvolvimento; de internação clínica; de internação cirúrgica; de centro cirúrgico; e serviço de material esterilizado.

Nestes serviços de enfermagem, o processo hierárquico permanece, sendo a instância superior o chefe de serviço, e seu subordinado, o chefe de setor que, por sua vez, coordena a equipe de enfermagem que está no atendimento direto ao público.

Contudo, os profissionais apresentam autonomia em suas ações, são estimulados a buscar capacitação, como também estão inseridos em processos de

educação continuada proposta pela própria instituição.

Os vínculos empregatícios na equipe de enfermagem são diferenciados, visto que há profissionais contratados e concursados públicos, que são regidos pelo gestor da instituição, especificamente pela divisão de enfermagem; entretanto, todos os profissionais devem seguir as normas e diretrizes da instituição. Cabe ressaltar, a presença de auxiliares e técnicos de enfermagem originários de Curso de Extensão, que estão em aprendizado.

Os setores de clínica médica estão localizados no serviço de internação clínica. Há neste hospital três setores caracterizados como clínica médica (A, C e D), que apresentam um chefe de serviço, um chefe de setor e uma equipe de enfermagem para cada setor. A equipe de enfermagem é composta pelos enfermeiros assistenciais ou líderes, que são plantonistas e estão em contato direto com o usuário/paciente; enfermeiros diaristas, que trabalham de segunda à sexta-feira no período diurno; enfermeiros gerentes do cuidado, que primam pela qualidade assistencial prestada, assim como os auxiliares e técnicos de enfermagem.

Entretanto, no momento da realização da pesquisa, os setores C e D estavam fechados, sendo o C para obras de infraestrutura e o D interditado devido os problemas estruturais do referido hospital. Deste modo, o setor B que originalmente é voltado para clientes da clínica cirúrgica de proctologia e cirurgia geral, também estava sendo de clínica médica. Diante deste contexto, a pesquisa foi realizada nos setores de clínica médica A e B.

O setor A apresenta capacidade total para internação de 34 usuários, e o setor B, apesar de ser de clínica médica, também estava voltado para o atendimento das especialidades de endocrinologia e gastroenterologia. A capacidade total de internação do setor B é de aproximadamente 30 usuários.

Os usuários hospitalizados no setor de clínica médica, geralmente apresentam diagnósticos médicos diversos, e o grau de complexidade dos usuários frente aos cuidados de enfermagem varia de média a alta complexidade, exigindo dos profissionais maior quantitativo de horas para execução dos cuidados, cabendo destacar que a maioria dos usuários apresenta dependência parcial ou total da enfermagem.

A caracterização específica dos sujeitos da pesquisa, que foram os usuários hospitalizados no setor de clínica médica, compõe o instrumento de entrevista da

pesquisa em tela, já que esta caracterização se configura em condições de produção das Representações Sociais.

4.2.2 Das técnicas de produção dos dados aplicadas na tese

Os caminhos a serem percorridos pela pesquisa não pode ser desvinculado da teoria que o fundamenta (ARRUDA, 2002b). Deste modo, a aplicação da teoria requer que o pesquisador acesse profundamente a construção das representações sociais, e para isso, é importante utilizar múltiplas metodologias (ARRUDA, 2002).

Arruda (2002) afirma que as metodologias podem ser das mais variadas como entrevistas semiestruturadas, questionários, observações, pesquisa documental, tratamento de textos e também associação livre.

Nesta tese, foram utilizadas as técnicas de entrevistas semiestruturadas e a observação participante e sistemática com o objetivo de captar a elaboração do conhecimento dos sujeitos frente ao objeto de pesquisa, que é a cidadania no cuidado, visto que faz parte das condições de produção das representações sociais, como já descrito, a comunicação e a linguagem.

A observação participante permitiu a verificação das práticas sociais diante do fenômeno de representação no cotidiano dos sujeitos; além disso, contribuiu para que o discurso se assentasse na prática, com isso impedindo que fosse falacioso, conforme defende Jodelet (1986) *apud* Sá (1998).

4.2.3 Das etapas de produção de dados aplicadas na tese

Foi realizada a aproximação com o campo onde foram produzidos os dados, com vistas a que a pesquisadora se integrasse à dinâmica dos setores de clínica médica do hospital eleito para a realização desta pesquisa. Desta forma, julga-se que a interferência da pesquisadora, no que tange aos dados produzidos tanto na entrevista quanto na observação participante, foram reduzidos. Assim, os dados apreendidos foram mais fidedignos ao real pensamento dos sujeitos e à verdadeira prática dos mesmos frente ao fenômeno da cidadania no cuidado.

Para a produção efetiva dos dados, foi realizado o teste-piloto dos instrumentos com os usuários que não foram selecionados para a produção da pesquisa propriamente dita. Este teste teve como finalidade validar o instrumento de produção de dados. No entanto, foram tomados cuidados específicos no que tange à seleção do campo e de sujeitos que apresentassem características semelhantes aos

setores e sujeitos eleitos para a pesquisa. No caso presente, o teste ocorreu no mesmo campo que serviu de *lôcus* para a mesma, já que a rotatividade e as renovações frequentes dos usuários hospitalizados viabilizaram que assim fosse feito. As respostas obtidas não foram utilizadas como fonte de dados a serem analisados.

No que tange ao instrumento de entrevista, este foi composto de duas partes. Na primeira, estavam as questões de cunho mais objetivo, destinadas à captação dos dados sobre o perfil sociodemográfico dos sujeitos; na segunda parte, as questões abertas visando a exploração do objeto da pesquisa.

Como já discutido, para que pudesse acessar o pensamento dos sujeitos de pesquisa, assim como explicar e interpretá-los é necessário conhecer não só as condições de produção das representações sociais, como as sociodemográficas. Os sujeitos, ao pensarem sobre o objeto cidadania na vivência da hospitalização, fazem-no socialmente, e não sozinhos, a partir dos conhecimentos circulantes na sociedade, face à inserção sociocultural dos mesmos, segundo a TRS.

Deste modo, o perfil sociodemográfico constou de questões como sexo, geração, religião, classe social, origem demográfica entre outras, que marcam a identidade de grupo, articulando-se com as Representações Sociais do mesmo, como também de dados específicos, relativos à doença que motivou a internação; o tempo de internação; experiências anteriores com internação hospitalar; presença ou não de acompanhante durante a internação; e visita de familiares e amigos.

Para melhor entendimento do material verbal que foi gerado para exploração do objeto, faz-se importante destacar que as questões abordadas nas entrevistas versaram sobre os seguintes tópicos:

- a) A cidadania dos usuários no atendimento à saúde e no cuidado prestado pela enfermagem, e que elementos os usuários articulam para se fazer entender no ambiente hospitalar;
- b) O que os usuários recebem ou deveriam receber em termos de cuidados no hospital;
- c) O tratamento / cuidado no que tange aos direitos dos usuários dentro dos hospitais;
- d) O que é necessário para que estes usuários sejam respeitados nos hospitais e pelos profissionais;
- e) Quais profissionais respeitam mais ou menos estes direitos;

- f) O que modula a cidadania dos usuários no ambiente hospitalar;
- g) A enfermagem e o cuidado neste contexto;
- h) As perspectivas futuras do cuidado/atendimento à saúde nos hospitais.

Na técnica de entrevista semiestruturada, foram aplicados roteiros previamente elaborados (APÊNDICE A), conforme ocorreu também na aplicação da técnica de observação sistemática e participante (APÊNDICE B).

Todo o conteúdo produzido nas entrevistas foi registrado por gravação em fita magnética, com a autorização dos sujeitos (Resolução CNS-196/96); e o conteúdo da observação participante foi anotado em diário de campo.

Foram feitas trinta e uma (31) entrevistas com base nos critérios de inclusão e exclusão já descritos. O período de realização das entrevistas correspondeu a um mês, destacando-se as dificuldades para completá-las, tendo em vista os problemas estruturais do hospital cenário da pesquisa que conduziram à redução do quantitativo de usuários hospitalizados no setor de clínica médica em decorrência da diminuição do número de leitos disponíveis.

Deste modo, a ala D de todo hospital foi interditada, e assim o fechamento da unidade D, que também compreendia um dos setores de clínica médica do hospital cenário de pesquisa. As outras unidades B e A mantiveram o funcionamento, sendo que a unidade B concentrou as clínicas cirúrgicas, a neurologia e a clínica médica, enquanto a unidade A permaneceu apenas com a clínica médica.

A produção e a análise dos dados oriundos da observação participante ampararam-se nos princípios da *descrição densa* proposta por Geertz (1989). Esta metodologia de observação e registro implica que se aplique uma qualidade intelectual diferenciada, trazida pela competência interpretativa do pesquisador aos dados textuais produzidos, pela descrição fiel e pormenorizada do observado, pela interpretação dos sujeitos às suas ações e pela interpretação do próprio pesquisador ao que foi captado na observação. Do roteiro constaram tópicos com vistas à exploração de:

- a) cenas de cuidado ao usuário hospitalizado no que tange à prestação de atendimento, tecnologias implicadas, informações sobre todas as questões referentes à saúde (e sua extensão aos familiares e acompanhantes), cuidados que aliviem a dor e sofrimento, estímulo à autonomia do usuário, como também respeito à privacidade e conforto, individualidade e valores e bem-estar psicoemocional;
- b) cenas de cuidado aos usuários hospitalizados; se estes opinam, reclamam

e sugerem maneiras de cuidado, e ainda, se esta participação é aceita ou não pelos profissionais de saúde, principalmente pela equipe de enfermagem;

c) formas de relacionamento deles com os profissionais, principalmente com a equipe de enfermagem; identificação do usuário pelos profissionais e identificação dos profissionais aos usuários hospitalizados;

d) comportamentos e atitudes dos usuários frente aos tratamentos e cuidados; e de que maneira posicionam-se frente ao aceite ou não, pelos profissionais, de suas opiniões, reclamações e sugestões;

e) conversas dos usuários com eles mesmos, acompanhantes e os profissionais;

f) perspectiva crítica dos usuários sobre o ambiente de internação hospitalar, como limpeza, iluminação, aeração, mobiliário, equipamentos e outros;

g) comportamento e atitudes que os usuários assumem frente a este ambiente.

A observação participante realizou-se sem a necessidade de agendamento prévio com os sujeitos. Todos tomaram ciência do período que compreendeu a realização da etapa de aplicação das técnicas de produção dos dados, sabendo que neste a observação poderia ser feita nos mais variados horários.

4.2.4 Do tratamento e análise dos dados aplicados na tese

Para o tratamento e análise dos dados oriundos das entrevistas, foi aplicado um programa computacional desenvolvido para análise lexical, denominado ALCESTE (*Analyse Lexicale par Contexte d'un Ensemble de Segments de Texte*), desenvolvido por Max Reinert (1998). Este programa possibilita a conjugação de uma série de procedimentos estatísticos aplicados a um banco de dados textuais, que, nesta pesquisa, foi o texto proveniente da transcrição das entrevistas com vistas à análise do seu conteúdo à luz da TRS.

A fim de complementar a análise lexical, foram aplicadas as técnicas de análise de conteúdo temática para o tratamento, organização e interpretação dos dados propostas por Bardin (2010).

A análise de conteúdo temática apresenta o papel transversal, pois há o recorte das entrevistas por meio da projeção das categorias sobre o seu conteúdo. Além disso, considera a frequência dos temas retirados do conteúdo das entrevistas, e não a sua dinâmica e organização (BARDIN, 2010).

A articulação entre ambas as formas de análise dos dados possibilita a compreensão dos meandros dos discursos dos sujeitos de pesquisa. Nesta tese, a análise de conteúdo serviu para complementar a análise lexical realizada pelo ALCESTE.

A análise lexical do contexto de um conjunto de segmentos do texto, no caso, originário das entrevistas, permitiu fazer o rastreamento dos vestígios da atividade do sujeito-enunciador, organizados como mundo lexicais, os quais integram o discurso do sujeito. Deste modo, o ALCESTE permite a evidência dos mundos lexicais dos sujeitos, e estes mundos só podem ser entendidos por meio de contrastes ou complementaridade com outro mundo presente no banco de dados textual (NASCIMENTO; MENANDRO, 2006).

O objetivo da análise com o ALCESTE é “distinguir as classes de palavras que representam diferentes formas de discurso a respeito do tópico de interesse” (KRONBERGER; WAGNER, 2011, p. 427).

O material textual a ser submetido à análise lexical precisa ser preparado segundo as regras deste programa. No caso da pesquisa em tela, como citado, este material foi originário da transcrição das entrevistas, respeitando-se a dinâmica do diálogo bem como as expressões utilizadas pelos sujeitos.

A preparação do material textual foi realizada com a correção dos erros de grafia, exclusão dos erros ortográficos e manutenção, basicamente, dos sinais de ponto, vírgula e ponto e vírgula; além disso, foi utilizado o sinal *underline* para a conexão de palavras que requerem o uso do hífen e/ou palavras que precisaram ser analisadas conjuntamente, conforme o entendimento do pesquisador, como por exemplo, *distrito_federal*. Destaca-se que o texto fora digitado no programa Word, com fonte Courier, tamanho 10, e que as trinta e uma (31) entrevistas compuseram um único arquivo-texto.

Cada unidade de contexto inicial (u.c.i), que equivale à entrevista de um sujeito de pesquisa, foi precedida por linha de comando que informou o número de identificação do sujeito de pesquisa e algumas características consideradas relevantes, pela pesquisadora, para o delineamento da pesquisa com base no roteiro do perfil sociodemográfico.

As características eleitas foram: sexo; faixa etária; grau de escolaridade; tempo de internação; hospitalização anterior; local de hospitalização anterior; e se era profissional da área da saúde ou não, conforme consta no Quadro 1.

Quadro 1 – Descrição dos elementos na linha de comando

Símbolo	Legenda	Descrição / observação
Suj	Sujeito de pesquisa	O número correspondente ao sujeito de pesquisa refere a ordem em que foi entrevistado e a identificação do sujeito.
Sex	Sexo do sujeito de pesquisa	Pode ser feminino (fem) ou masculino (masc)
Id	Idade do sujeito de pesquisa	20 a 39 anos = 1; 40 a 59 anos = 2; 60 a 79 anos = 3; ≥ a 80 anos = 4
Esc	Grau de escolaridade	an = analfabeto fc = ensino fundamental completo; fi = ensino fundamental incompleto; mc = ensino médio completo; mi = ensino médio incompleto; sc = ensino superior completo; si = ensino superior incompleto.
psaud	Profissionais de saúde	Sim = 1; Não = 2.
Tem	Tempo de internação	Até 1 semana = 1; De 2 a 3 semanas = 2; Acima de 3 semanas = 3.
Hosp	Hospitalização anterior	Sim = s; Não = n
Loc	Local de internação anterior	Hospital cenário de pesquisa = 1; Outro da rede pública = 2; Outro da rede privada = 3; Hospital cenário de pesquisa e outros = 4; Sem internação anterior = 5

Fonte: Produção da pesquisadora.

A preparação do *corpus* é importante por permitir que o programa ALCESTE execute adequadamente as suas etapas de análise. Diante do conjunto de u.c.i, ou seja, *corpus* de análise, o programa promove a divisão deste *corpus* em unidades de contexto elementar (uce).

Assim, em uma análise padrão, este programa reconhece as u.c.i e, posteriormente, divide o material textual em u.c.e, que são segmentos de texto dimensionados de acordo com o tamanho do *corpus*, respeitada a pontuação (CAMARGO, 2005).

A aplicação desta análise na tese seguiu as suas etapas principais (CAMARGO, 2005; NASCIMENTO; MENANDRO, 2006; KRONBERGER; WAGNER, 2011), sendo elas:

1ª Etapa) Leitura do texto e cálculo dos dicionários: o programa, nesta etapa, prepara o *corpus* reconhecendo as u.c.i com a primeira segmentação do texto, pesquisa o vocabulário e redução das palavras e, assim, cria o dicionário de formas reduzidas. O *corpus* de análise desta tese sofreu todas as operações descritas, podendo caracterizar as palavras que apresentam apenas função e as que apresentam conteúdo, já que estas últimas permitiram, sobretudo, o trabalho do programa ALCESTE;

2ª Etapa): Cálculo das matrizes de dados e classificação das uce. Nesta etapa são classificadas as uce e é aplicado o método de classificação hierárquica descendente, com vistas à obtenção de uma classificação final. É importante destacar que para a obtenção das uce, utiliza-se o teste de qui-quadrado, que mede a relação existente entre as palavras e sua classe. Neste sentido, as uce são definidas para cada classe em função do valor do qui-quadrado, e deste modo, quanto maior o seu valor para uma determinada classe, revela o seu grau de importância para a construção da mesma. No caso desta tese, a forma reduzida tom (refere-se a toma, tomando, tomar, tomei, tomo, tomou) relacionada à Classe 1, apresenta um valor de qui-quadrado 123, e revela a sua grande importância para a caracterização desta classe;

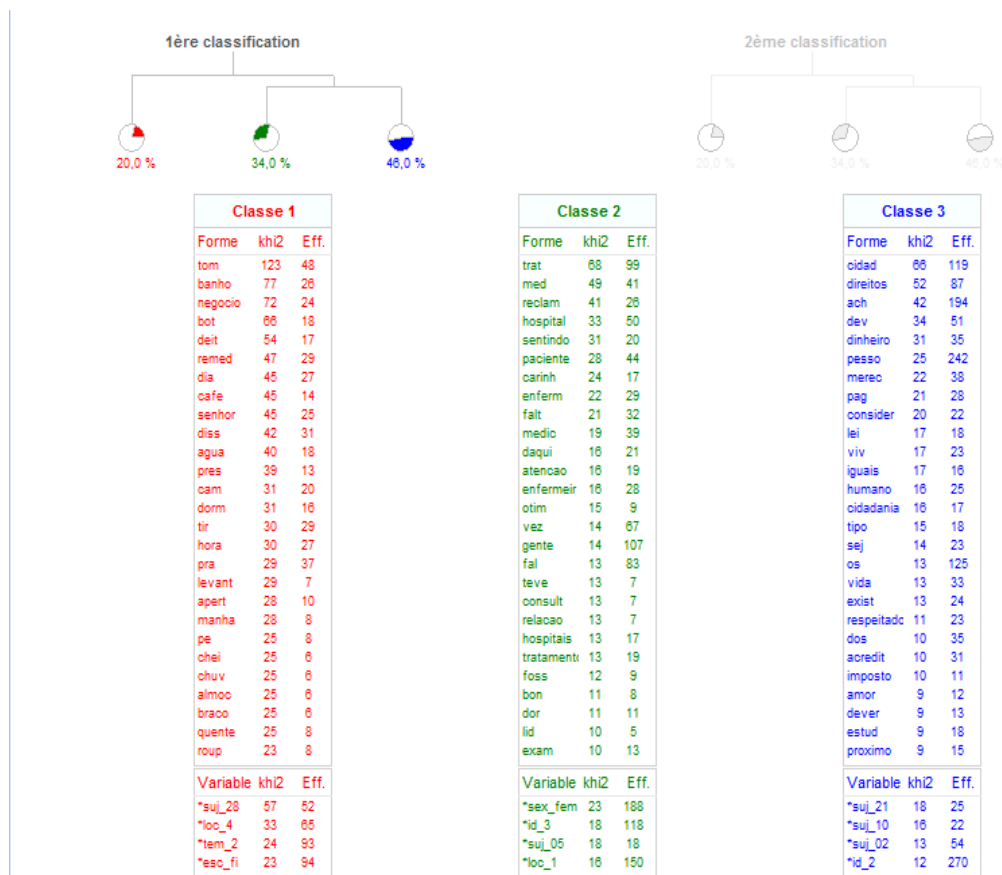
3ª Etapa) Descrição das classes de uce: na etapa precedente, ocorreu a obtenção das classes de uce; e nesta etapa, o programa ilustra o Dendograma da Classificação Hierárquica Descendente (Figura 1), além de fornecer a descrição das classes em relação ao seu vocabulário e suas variáveis, e a análise fatorial correspondente;

4ª Etapa) Cálculos complementares: esta etapa pode ser caracterizada como uma continuação da precedente, e fornece as uce mais características de uma classe, bem como a classificação hierárquica ascendente para cada classe. Esta classificação permite o estudo das relações das palavras intraclasse.

Em resumo, a análise lexical aplicada pelo ALCESTE, em que o material textual produzido pela transcrição das entrevistas fora submetido, nesta tese baseou-se na caracterização dos mundos lexicais no discurso dos sujeitos de pesquisa já que os mesmos, ao falarem sobre a temática cidadania no cuidado, deixaram suas marcas. Estas marcas são identificadas por esta análise por meio da distinção entre as classes de palavras que se referem a diferentes maneiras de discurso. Assim, este programa busca a atividade dos sujeitos enunciadore

do discurso.

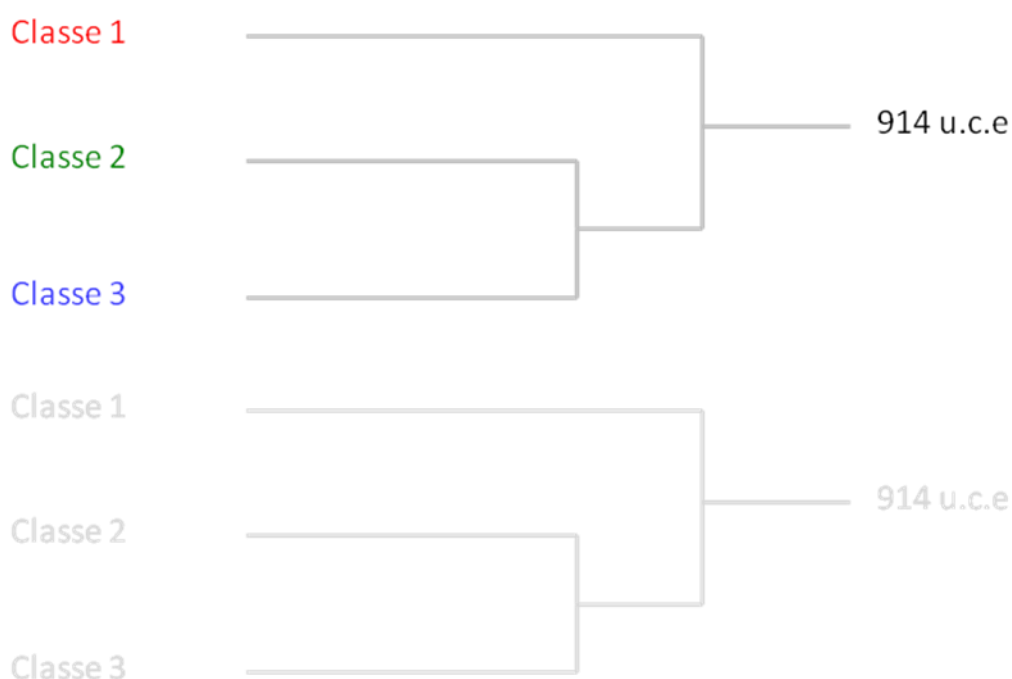
Figura 1 – Dendrograma da Classificação Hierárquica Descendente



Fonte: Relatório ALCESTE.

O programa ALCESTE gerou um *corpus* composto por trinta e uma (31) uci, sendo classificadas novecentos e quatorze (914) unidades de contexto elementares (uce) perfazendo setenta e sete por cento (77%) de aproveitamento, sendo estas agrupadas em três (3) classes lexicais.

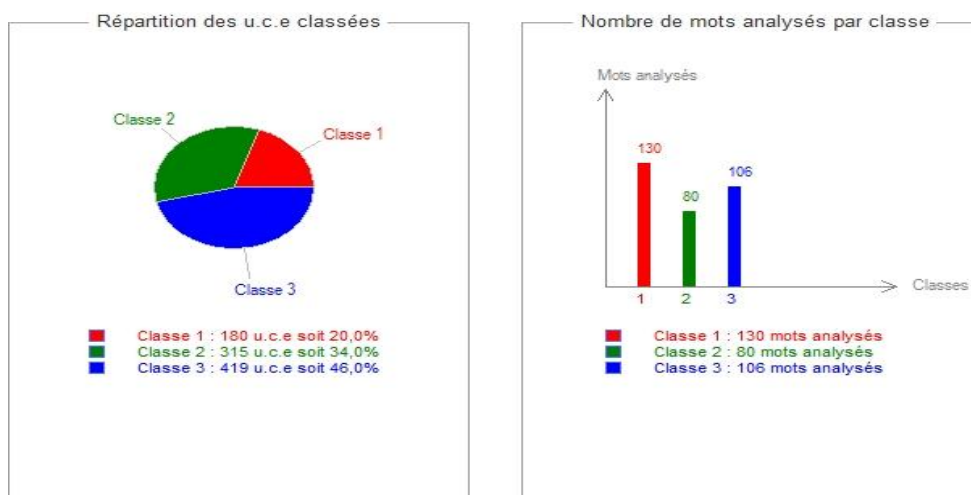
Diante da Classificação Hierárquica Descendente (Figuras 1 e 2), verifica-se que o *corpus* foi dividido em dois *subcorpus* (1ª partição) já se obtendo a Classe 1; e, em um segundo momento, o segundo *subcorpus* foi dividido (2ª partição) resultando na obtenção das Classes 2 e 3.

Figura 2 – Classificação Hierárquica Descendente

Fonte: Relatório ALCESTE.

A Classe 1 apresenta 180 uce, perfazendo 20% do total de uce classificadas e 130 palavras analisadas. Esta classe refere-se ao cotidiano do usuário hospitalizado. A Classe 2 apresenta 315 uce, perfazendo 34% do total, com 80 palavras analisadas, e congregando questões do atendimento à saúde no ambiente hospitalar. E a Classe 3 apresenta 419 uce, perfazendo 46% do total, com 106 palavras analisadas, abordando objetivamente a questão dos direitos e deveres dos cidadãos (Figura 3).

Figura 3 – Distribuição das uce classificadas e número de palavras analisáveis por classe



Fonte: Relatório ALCESTE.

A interpretação das classes obtidas com a análise pode ser feita de três maneiras, e a utilização de uma não requer a exclusão de outra. São estas as maneiras de interpretação: - observação da lista de palavras ou da lista de uce que lhes são específicas (esta baseia-se no conteúdo); - baseado no funcionamento das classes devido ao dinamismo do percurso discursivo; - baseado na representação, já que as classes formam um sistema (NASCIMENTO; MENANDRO, 2006).

Com base nisso, o processo interpretativo do material oferecido pelo programa é uma atividade do sujeito pesquisador, e este programa, por sua vez, apenas permite a visualização geral dos dados de pesquisa por meio de uma organização dos mesmos.

A interpretação dos resultados da análise do ALCESTE amparou-se no referencial teórico desta tese, como também no conteúdo das três classes obtidas através da observação das palavras correspondentes a cada classe, além das uce relacionadas, com vistas a compreender seus sentidos e significados, e assim contribuir para a análise das RS que emergirem do discurso dos sujeitos.

Com a observação da lista de palavras e uce de cada classe, foi possível nomeá-las, conforme descrito no Quadro 2, a seguir.

Quadro 2 – Nomenclatura das classes

Classes	Nomenclaturas
Classe 1	O cotidiano da hospitalização
Classe 2	Marcas da cidadania no cuidado à saúde
Classe 3	Direitos como face da cidadania e a figura do cidadão

Fonte: Produção da Pesquisadora.

Os capítulos referentes à análise e discussão dos dados foram organizados segundo a dinâmica de partição realizada pelo programa ALCESTE.

Deste modo, o Capítulo VI abordou a Classe 1, denominada “ O cotidiano da hospitalização” por ter sido a primeira a ser formada. Esta classe apresenta as palavras com o maior qui-quadrado, que corresponde a uma maior coerência interna, pois denota a forte relação entre as palavras e a construção da classe. Este dado demonstra a relevância desta classe, corroborado pelo fato de a mesma não ter sofrido outra partição e ser a primeira a ser formada.

No Capítulo VII, “O binômio Cidadania-Cidadão e sua marca no cuidado à saúde”, foram abordadas as Classes 2 e 3 originárias da segunda partição realizada pelo programa. Destaca-se que a Classe 3 apresentou o maior número de uce, sendo 46% do total, fazendo com que se tornasse a mais significativa.

A Classe 2 denomina-se “Marcas da cidadania no cuidado à saúde” por caracterizar a questão da cidadania, no que tange ao direito à saúde e, especificamente, ao cuidado no ambiente hospitalar. E a Classe 3 foi nomeada como “Direitos como face da cidadania e a figura do cidadão”, já que traz os direitos e os deveres como dois polos da cidadania, além de caracterizar a figura do cidadão.

A análise de conteúdo realizada foi inserida no corpo da análise lexical realizada pelo ALCESTE, já que a análise proveniente do programa serviu para um mapeamento mais geral do *corpus*, e a análise de conteúdo possibilitou uma especificação dos dados.

Os dados sobre o perfil sociodemográfico foram organizados em gráficos e sofreram análise estatística por percentual, sendo apresentados no Capítulo V desta tese. Entretanto, alguns foram organizados em tabela demonstrando a quantidade de ocorrência dos dados referidos.

Os dados da observação participante foram inseridos no corpo da análise dos dados, como exemplificação dos achados nos depoimentos decorrentes das entrevistas semi-estruturadas.

4.2.5 Dos cuidados éticos aplicados na tese

Os cuidados éticos determinados pela Resolução nº 196/96 do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 1996) foram atendidos, com especial destaque para o encaminhamento do projeto aos Comitês de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem Anna Nery/Hospital Escola São Francisco de Assis (EEAN/HESFA) sob protocolo nº 057/2011 e do Hospital Universitário Clementino Fraga Filho / UFRJ, sob protocolo nº 105/11, que foi o hospital cenário da pesquisa. Ambos os Comitês aprovaram a realização da pesquisa, conforme ANEXOS A e B, respectivamente.

Antes da produção dos dados, a pesquisadora apresentou-se aos sujeitos e forneceu-lhes explicações necessárias sobre a pesquisa. Todos foram consultados e esclarecidos quanto à participação voluntária, e posteriormente assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APÊNDICE C). O anonimato foi garantido a cada um através da respectiva identificação por meio de códigos alfanuméricos para os trechos das entrevistas referentes à análise de conteúdo, e também, por este código associado a elementos que se constituíram nas linhas de comando, sendo a uci, uce e o qui-quadrado de cada segmento de texto extraído da análise lexical.

Os dados alfanuméricos apresentam os seguintes significados: **U** corresponde ao usuário hospitalizado, sujeito da pesquisa; **f** (feminino) ou **m** (masculino) correspondem ao sexo do sujeito da pesquisa; e a ordem em que as entrevistas ocorreram foi determinada pela utilização de um algarismo arábico (1, 2...31).

5 CONDIÇÕES DE PRODUÇÃO DAS REPRESENTAÇÕES SOCIAIS

A caracterização do perfil sociodemográfico e das questões relativas à hospitalização dos sujeitos de pesquisa, compõe as condições de produção das Representações Sociais elaboradas pelos sujeitos socialmente, considerando o contexto social e cultural em que estão inseridos, assim possibilitando conhecer a movimentação do seu pensamento no grupo.

Para isso, foram analisados os dados acerca das questões afetas às características sociais, econômicas e demográficas dos sujeitos, bem como aquelas relacionadas com a vivência/experiência da hospitalização, provenientes do roteiro de entrevista desta pesquisa.

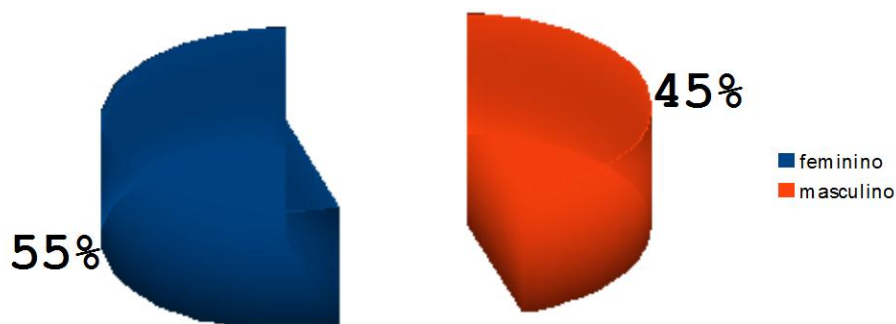
5.1 CARACTERIZAÇÃO DO PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO

Quanto à distribuição por sexo, observa-se no Gráfico 1, a seguir, que a maioria destes (17 = 55%) era do sexo feminino e 14 (45%), do sexo masculino.

O percentual elevado de sujeitos do sexo feminino está relacionado com a distribuição da população residente no Estado do Rio de Janeiro, onde há um maior número de pessoas do sexo feminino, segundo o Caderno de Informações da Saúde (DATASUS, 2009).

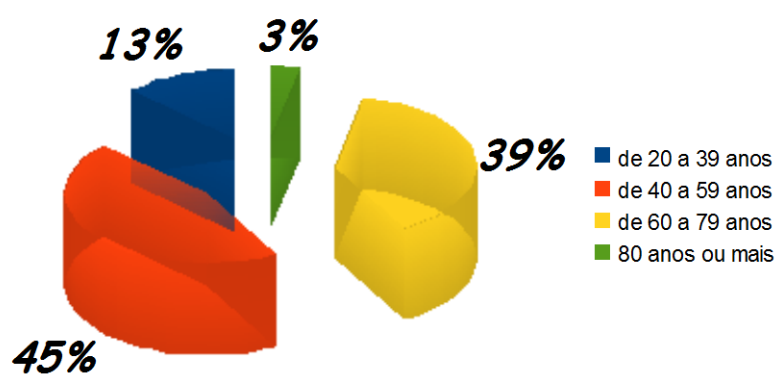
O Censo demográfico de 2010 (IBGE, 2011) constatou menor participação da população masculina na área urbana, em comparação com a área rural, o que pode ser justificado pelo fato de a atividade principal nesta área ser o trabalho na terra, que se configura como atividade predominantemente masculina. Face a isso, o maior percentual de usuários hospitalizados do sexo feminino, de certa forma, reflete a maior participação desta população no Estado do Rio de Janeiro, e também na área urbana do país.

Gráfico 1 – Distribuição percentual dos sujeitos por sexo



Fonte: Produção da pesquisadora.

Gráfico 2 - Distribuição percentual dos sujeitos por faixa etária



Fonte: Produção da pesquisadora.

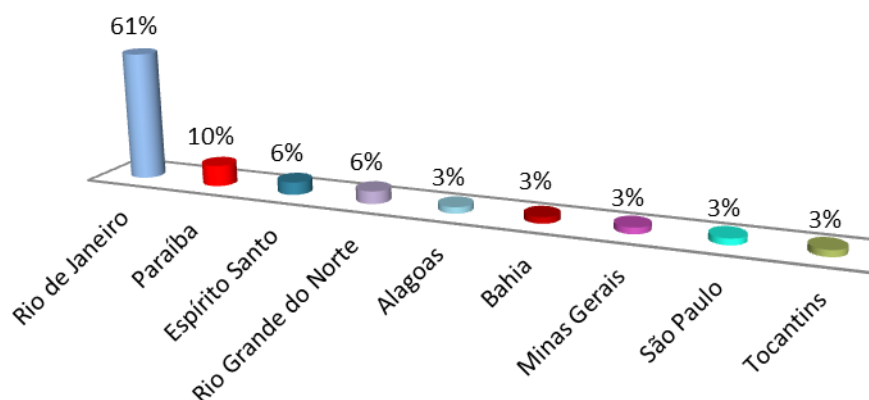
O Gráfico 2 evidencia que o quantitativo majoritário dos sujeitos concentra-se na faixa etária entre 40 e 59 anos (45%). Além disso, é possível identificar um percentual elevado de usuários em fase adulta (20 a 59 anos) que estão hospitalizados (IBGE, 2010a), que corresponde a 58% (somatório de 13% e 45%).

Entretanto, os idosos apresentam expressividade no que tange ao percentual (42%) de participação destes sujeitos na pesquisa (somatório de 39% e 3%).

Esta expressividade de idosos refere-se ao grande quantitativo destes sujeitos internados na clínica médica do hospital que serviu de cenário da pesquisa em tela, visto que a distribuição percentual de internação e mortalidade para idosos está associada às causas mais frequentes de doenças do aparelho circulatório, respiratório, digestivo e de neoplasias, que foram as mesmas informadas pelos sujeitos de pesquisa como motivo de internação, segundo o DATASUS (2009) e o IBGE (2010a).

Tanto a população idosa sofreu crescimento quanto a população adulta, e associado à redução do número de crianças e adolescentes, ocorreu uma alteração radical no perfil demográfico do país, suscitando a necessidade de discussões a respeito dos serviços médicos não somente para os idosos, mas também voltados para os adultos (BGE, 2009a; 2010a).

Gráfico 3 - Distribuição percentual dos sujeitos por naturalidade



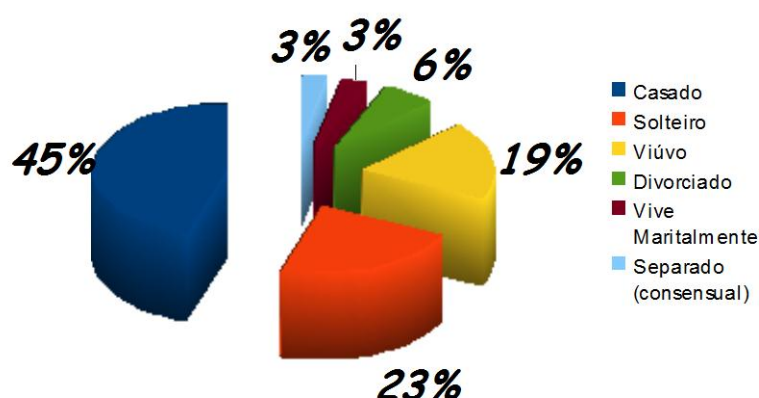
Fonte: Produção da pesquisadora.

Com relação à distribuição por naturalidade, 23 (73%) sujeitos eram naturais da região Sudeste, com frequência majoritária localizada no Rio de Janeiro (19 = 61%); 7 (22%) eram da região Nordeste, oriundos da Paraíba (10%), Rio Grande do Norte (6%); Alagoas (3%) e Bahia (3%); apenas 1 (3%) procedia da região Norte (Tocantins).

Diante deste gráfico, é possível observar a região Nordeste com percentual expressivo da naturalidade dos sujeitos de pesquisa, evidenciando os deslocamentos populacionais ocorridos entre os anos 60 e 80 do campo para a cidade, sendo as áreas de atração ou de imigração os estados de São Paulo e Rio de Janeiro. Destaca-se que dentro da região Sudeste, os deslocamentos também aconteciam, tendo como áreas de expulsão ou emigração os estados do Espírito Santo e Minas Gerais (OLIVEIRA; ERVATTI; O'NEILL, 2011).

Baseado nisso, o Estado do Rio de Janeiro caracteriza-se pelos deslocamentos populacionais no país para áreas com maiores oportunidades de emprego, mesmo que esta tendência tenha diminuído nos dias de hoje com o desenvolvimento das áreas ditas de expulsão.

Gráfico 4 - Distribuição percentual dos sujeitos por estado civil



Fonte: Produção da Pesquisadora.

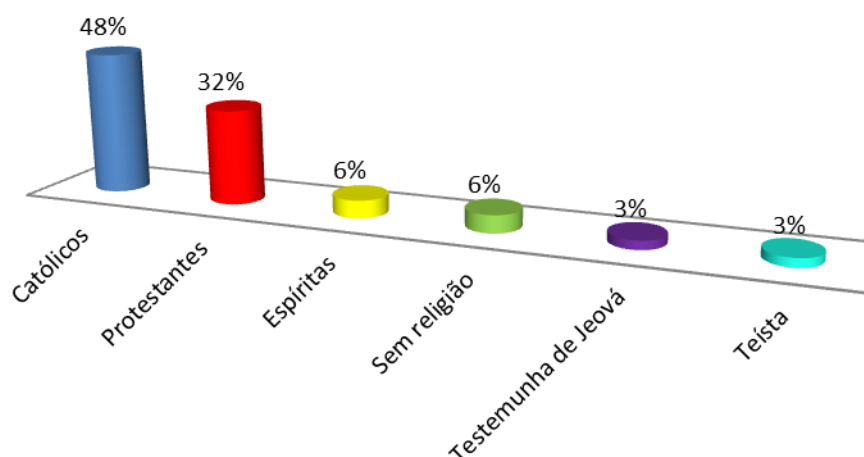
Com relação à distribuição por estado civil, o percentual majoritário correspondeu aos sujeitos de pesquisa com estado civil de casados (13 = 45%).

O volume elevado de casamentos concentrou-se na década de 70 com decréscimo até a década de 90; entretanto, a partir de 2003, houve uma retomada da elevação do número de casamentos (IBGE, 2010b).

A retomada deste volume é atribuída ao melhor acesso aos serviços da Justiça, à formalização das uniões consensuais, à oferta de casamentos coletivos e aos recasamentos (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2010b).

Neste sentido, mesmo que os casamentos tenham sofrido uma queda na década de 90, este ainda se mantém impulsionando a elevação, o que justifica o percentual majoritário deste gráfico centrado em sujeitos casados.

Gráfico 5 - Distribuição percentual dos sujeitos por religião



Fonte: Produção da Pesquisadora.

Com relação à distribuição por religião, 15 sujeitos (48%) eram católicos; 10 (32%) protestantes; 2 (6%) eram espíritas e 2 (6%) não tinham religião; os dois restantes eram testemunha de Jeová (1 = 3%) e ateu (1 = 3%).

A religião constitui-se como um fator para a compreensão do comportamento das pessoas, principalmente em relação à saúde e à doença, sendo necessário caracterizá-la em pesquisas que tem como teoria e método as representações sociais.

A religião pode assumir o papel de amparo das pessoas enfermas para o enfrentamento da doença, bem como nortear o comportamento frente à saúde. As religiões que têm como base o Cristianismo, como retratado nesta pesquisa, podem contribuir para que as pessoas tratem a doença como uma punição, e a saúde como bênção divina, conforme o pensamento antigo. Entretanto, o pensamento acerca da saúde e da doença pode oscilar entre este, antigo, e o que está vinculado à modernidade, sendo a saúde uma disposição orgânica saudável (PAIVA, 2007).

A Tabela 1 e os Gráficos 6, 7, 8, e 9, a seguir, objetivaram caracterizar a condição socioeconômica dos sujeitos desta pesquisa.

Tabela 1 – Profissão/Ocupação dos sujeitos participantes da pesquisa

Profissão/Ocupação	Quantidade de Ocorrência	Percentual
Artesã	01	4%
Auxiliar de creche	01	4%
Autônomo	01	4%
Auxiliar de manutenção	01	4%
Advogado	01	4%
Balconista	01	4%
Barbeiro	01	4%
Cuidadora de idosos	01	4%
Costureira	01	4%
Copeiro	01	4%
Dona de casa	03	12%
Doméstica	03	12%
Desenhista	02	8%
Despachante	01	4%
Fisioterapeuta	01	4%
Pedreiro	01	4%
Publicitário	01	4%
Segurança	01	4%
Técnico de enfermagem	02	8%

Fonte: Produção da Pesquisadora.

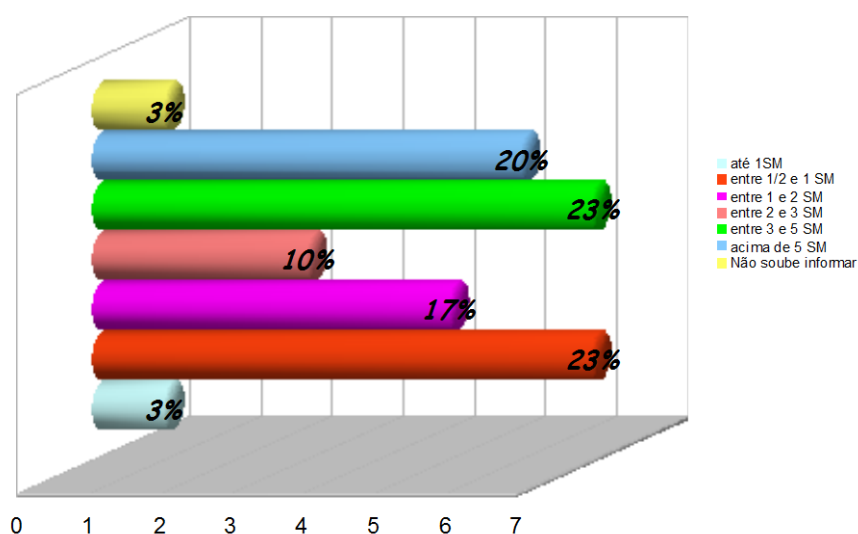
A estratificação social e ocupacional permite compreender a inserção socioeconômica do indivíduo em sociedade; sendo assim, indivíduos na condição de grande proprietário, posição de comando, direção ou com especialização técnica superior, apresentam maior rendimento e escolaridade mais elevada. Entretanto, aqueles com ocupações com baixo *status*, como autônomos e empregadas domésticas, apresentam remuneração e escolaridade mais baixa (JANNUZZI, 2003). Deste modo, a maioria dos sujeitos desta pesquisa (6 = 24%) exercem atividades domésticas, remuneradas ou não, e diante disso são inseridas no último grupo da

estratificação sócio-ocupacional que reflete o perfil socioeconômico baixo da maioria dos sujeitos de pesquisa.

Este ramo ocupacional absorve uma parcela expressiva de mão de obra feminina (IBGE, 2001), sendo também observado na pesquisa em tela.

Dos sujeitos de pesquisa que não compõem a Tabela 01 referente à profissão/ocupação, 04 (67%) declararam ser aposentados, 1 (17%) declarou ser estudante e 1 (17%) declarou não ter profissão / ocupação.

Gráfico 6 - Distribuição percentual dos sujeitos por renda familiar



Fonte: Produção da Pesquisadora.

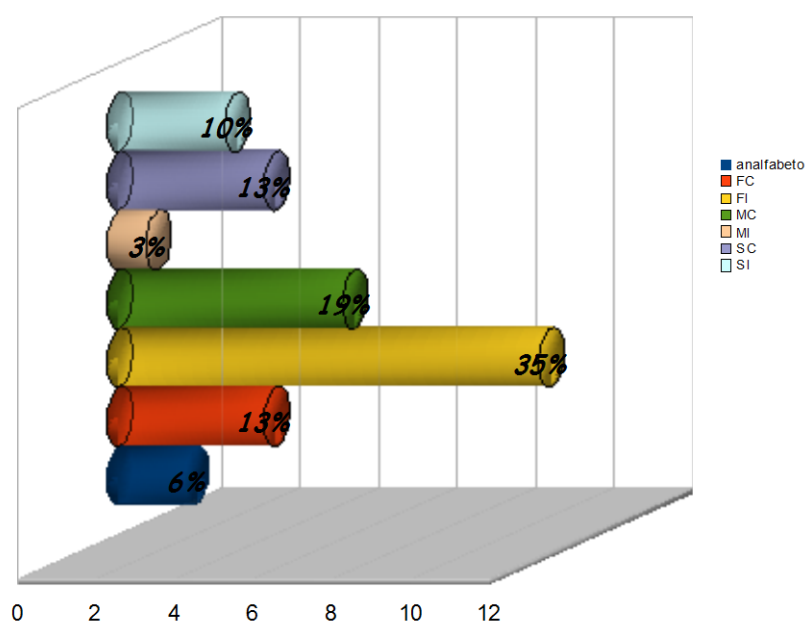
Com relação à distribuição por renda familiar, 7 sujeitos (23%) percebem de meio a 1 salário mínimo; 7 (23%), de 3 a 5 salários mínimos; 6 (20%), acima de 5 salários mínimos; 5 (17%), de 1 a 2 salários mínimos; 1 (3%) percebe até meio salário mínimo e 1 (3%) não soube informar.

Pode-se verificar neste gráfico que os sujeitos, em geral, estão concentrados em dois polos: os que têm renda familiar muito baixa, em torno de meio a 1 salário mínimo, e aquelas cuja renda familiar oscila em torno de 3 a 5 salários mínimos.

Isto demonstra o perfil dos usuários hospitalizados situado em uma condição econômica desfavorável, especialmente pelo percentual de usuários com renda familiar de meio a um salário mínimo, o que interfere nas condições de vida do indivíduo. Sendo assim, este orçamento familiar imputa muitas dificuldades em manter este rendimento durante todo o mês (IBGE, 2010c).

A renda familiar também tende a influenciar na relação idade/série e na inserção dos indivíduos no sistema educacional; deste modo, 32% apenas dos adolescentes estão no ensino médio no caso da população mais pobre, mas 78% destes mais ricos estão no ensino médio. Além disso, o analfabetismo está presente em 16,4% de indivíduos que vivem com meio salário mínimo de renda familiar (IBGE, 2010a).

Gráfico 7 - Distribuição percentual dos sujeitos por grau de escolaridade



Fonte: Produção da Pesquisadora.

No que tange ao grau de escolaridade dos sujeitos, ocorreu predominância do ensino fundamental incompleto (11 sujeitos = 35%); entretanto, oscilou entre analfabetos, (2 sujeitos = 6%) e ensino superior completo (4 sujeitos = 13%), com destaque para o ensino médio completo, que abrangeu 6 sujeitos (19%).

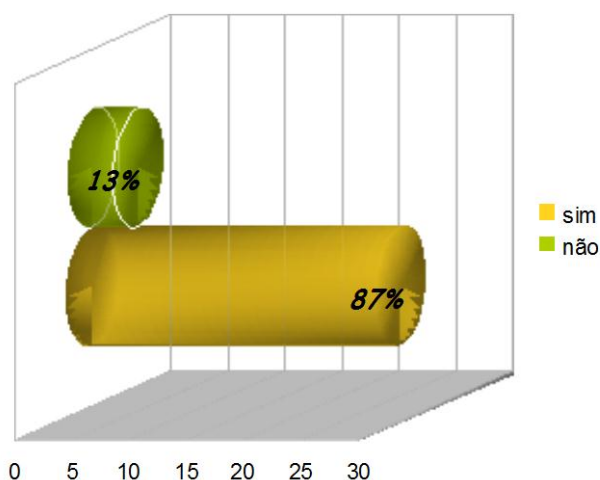
Este percentual elevado de sujeitos com ensino fundamental incompleto corrobora a média de anos de estudo do país em 2009, que se apresentava abaixo da conclusão do ensino fundamental. Este indicador, quando analisado em função da renda familiar, caracteriza que tanto os 20% mais ricos quanto os 20% mais pobres estão abaixo do esperado, tendo apenas a conclusão da educação básica (IBGE, 2010a).

A média de anos de estudo aqui referenciada corresponde às pessoas de 25 anos ou mais, estando de acordo com a faixa etária dos sujeitos de pesquisa, exceto um sujeito que declarou ter 24 anos.

Partindo do exposto, há uma defasagem educacional brasileira, visto que o esperado para esta faixa etária era apresentar o ensino médio completo, conforme os 19% dos sujeitos entrevistados.

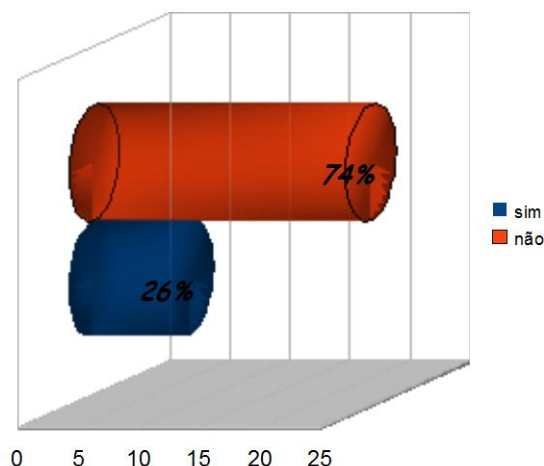
A baixa escolaridade pode influenciar no conhecimento acerca do objeto cidadania na vivência da hospitalização, pois, segundo Rocha (2000) e Carvalho (2009), o conhecimento acerca dos direitos que compõem a cidadania está relacionado ao acesso das pessoas à educação, que é uma difusora de informações e conhecimentos.

Gráfico 8 - Distribuição percentual dos sujeitos por casa própria



Fonte: Produção da Pesquisadora.

Gráfico 9 - Distribuição percentual dos sujeitos por carro próprio



Fonte: Produção da Pesquisadora.

No que se refere à casa própria, 27 sujeitos (87%) afirmativamente, ao contrário de 4 sujeitos (13%). E quanto à posse de veículos, 23 sujeitos (74%) disseram não ter carro e 8 sujeitos (26%) informaram tê-lo.

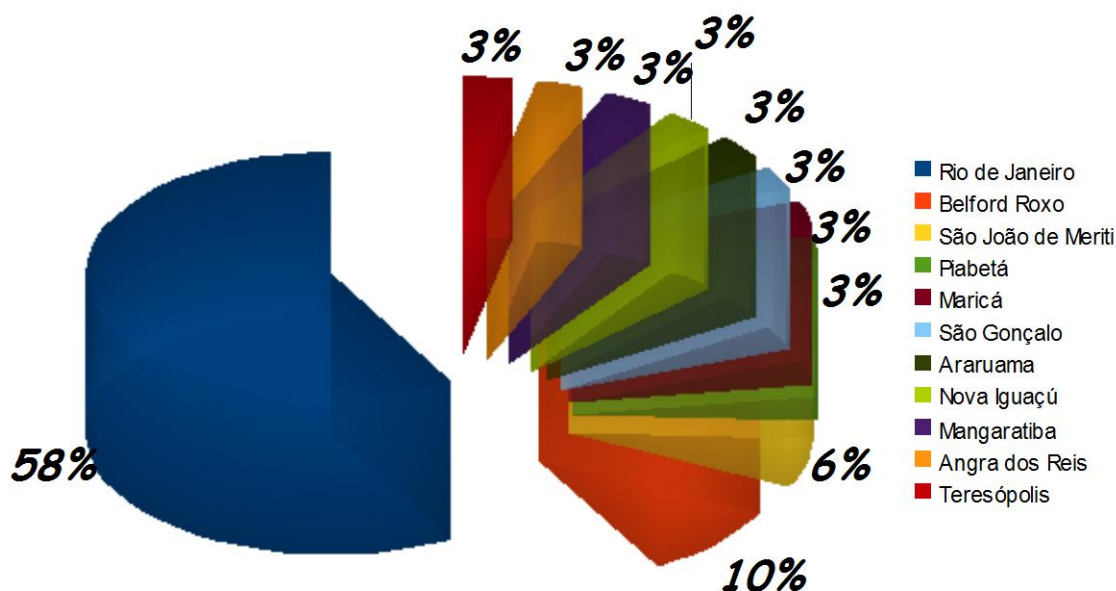
As questões relacionadas à propriedade habitacional referem-se a um dos indicadores das condições de habitabilidade, e neste sentido, o percentual majoritário de sujeitos de pesquisa com casa própria corrobora a realidade brasileira caracterizada pelo Censo demográfico de 2010 (IBGE, 2011). Diante disso, os sujeitos de pesquisa apresentam domicílio próprio e permanente, o que lhe confere segurança em termos de moradia.

Neste sentido, há uma heterogeneidade a respeito da renda familiar; entretanto, há homogeneidade em relação ao grau de escolaridade, que é baixo (ensino fundamental incompleto), o que impacta na inserção ocupacional dos sujeitos de pesquisa, com consequência no rendimento familiar, bem como na posse de bens materiais, como o carro.

Em resumo, entender o contexto social e econômico em que os sujeitos estão inseridos permite compreender como estes constroem suas realidades, tendo como premissa que as Representações Sociais não são cópias da realidade, e sim

uma tradução feita pelo sujeito, que é ativo e criativo neste processo (ARRUDA, 2002; ALBA, 2011).

Gráfico 10 - Distribuição percentual dos sujeitos por município onde reside



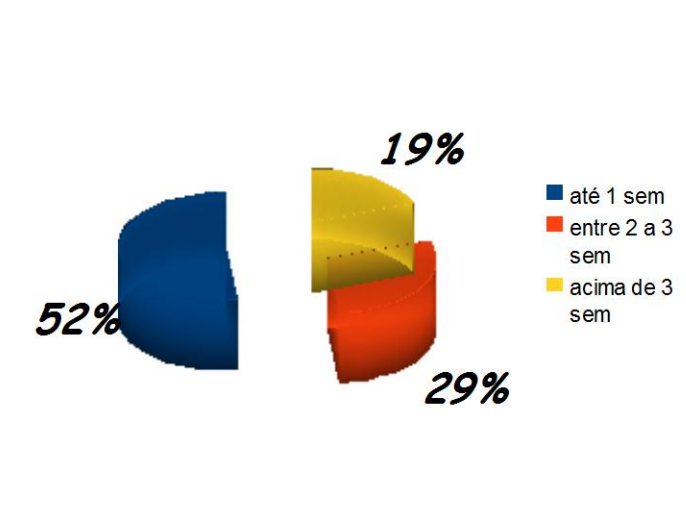
Fonte: Produção da Pesquisadora.

Com relação à distribuição por município onde reside, 18 sujeitos (58%) residem no município do Rio de Janeiro; 3 (10%), no município de Belford Roxo; 2 (6%) no município de São João de Meriti; e os oito restantes residem nos municípios de Piabetá, Maricá, São Gonçalo, Araruama, Nova Iguaçu, Mangaratiba, Angra dos Reis e Teresópolis, 1 (3%) em cada município.

Cabe destacar o somatório dos sujeitos não residentes no município do Rio de Janeiro, que corresponde a 13 sujeitos (40%), o que demonstra a expressividade quantitativa de usuários que buscam serviços de saúde fora do município onde residem. Isto pode resultar do maior número de estabelecimentos de saúde com internação estar situado no município do Rio de Janeiro (mais de 50), bem como os outros municípios não disporem de estabelecimentos com internação e especializados capazes de suprir as necessidades de suas populações (IBGE, 2010d).

5.2 CARACTERIZAÇÃO DOS DADOS RELATIVOS À HOSPITALIZAÇÃO

Gráfico 11 - Distribuição percentual dos sujeitos por tempo de internação



Fonte: Produção da pesquisadora.

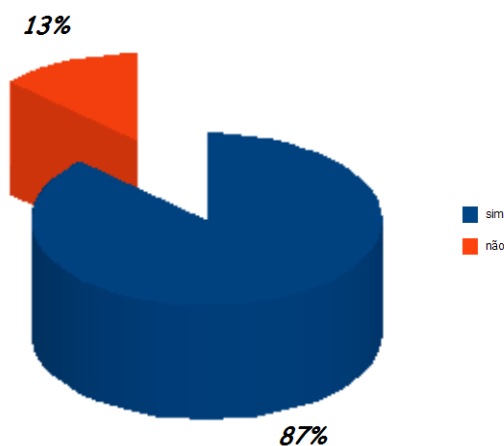
Como verificado, a maioria dos sujeitos (15 = 52%) apresenta tempo de internação de até uma semana.

A média de permanência na clínica médica no Estado do Rio de Janeiro é de 8,3 dias (DATASUS, 2009), o que denota que os usuários hospitalizados na instituição que serviu de cenário para esta pesquisa apresentam uma permanência abaixo da média estadual. Isto pode ser justificado pelos problemas estruturais do referido hospital.

Os sujeitos da pesquisa apresentaram como motivo de internação questões que compreendem comprometimento cardiopulmonar, renal, hepático, neurológico e outros, como os seguintes exemplos: hipertensão arterial; doença pulmonar obstrutiva crônica (DPOC); asma; tuberculose; infecção urinária; disfunção renal; cirrose hepática; hepatite; acidente vascular cerebral; doença de Cronh; e outros, além das neoplasias.

No Estado do Rio de Janeiro, segundo informações coletadas no DATASUS (2009), há maior índice de internações para a faixa etária de 20 a 65 anos ou mais por doenças do aparelho circulatório, respiratório, digestivo e neoplasias. Deste modo, foi constatado que a maioria dos motivos de internação declarados pelos sujeitos de pesquisa relacionava-se a estas doenças, corroborando os dados provenientes do DATASUS.

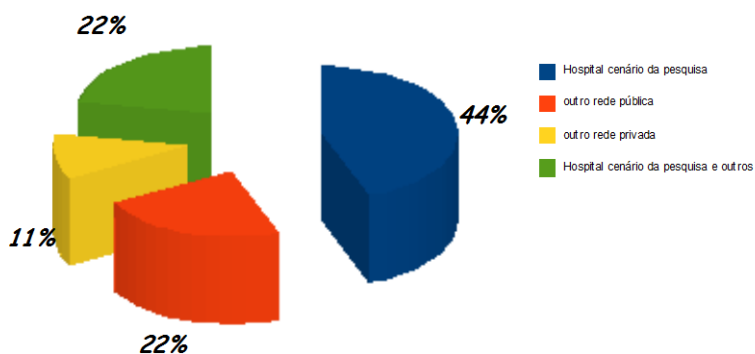
Gráfico 12 - Distribuição percentual dos sujeitos por hospitalização anterior



Fonte: Produção da pesquisadora.

A maioria dos sujeitos (27 = 87%) relatou experiência de internação anterior, ao contrário de 4 sujeitos (13%) apenas, que não relataram esta experiência.

Gráfico 13 - Distribuição percentual dos sujeitos por local da hospitalização anterior



Fonte: Produção da pesquisadora.

Dentre os sujeitos que já foram hospitalizados, os mesmos o fizeram em diversos hospitais, como o hospital cenário da pesquisa caracterizado por 12 sujeitos (44%), rede privada caracterizado por 3 sujeitos (11%), outro da rede pública caracterizado por 6 sujeitos (22%), e o hospital cenário da pesquisa e outros caracterizado por 6 sujeitos (22%).

Na TRS a tônica está em como os sujeitos constroem suas representações a partir de suas experiências, de suas afiliações a grupos diferentes, da posição que ocupam na estrutura social, de seus conhecimentos formais e informais. (ALBA, 2011, p.400)

Amparado nesta afirmação, o percentual elevado dos sujeitos da pesquisa com experiência de hospitalização anterior, sendo esta no hospital cenário de pesquisa, em sua maioria, denota que estes, ao construírem suas representações acerca do objeto desta pesquisa, fizeram-no amparados na sua experiência sobre o processo de hospitalização.

Os motivos de internação anterior são diversos, como: portar o vírus da imunodeficiência adquirida (HIV); Diabetes Mielitus; febre (sem causa descrita pelo sujeito de pesquisa); hemorragia; anemia; câncer; comprometimento cardiovascular (não informado pelo sujeito de pesquisa); hipertensão arterial; pneumonia; DPOC; asma; derrame pleural; tuberculose; transplante de fígado; cirrose hepática; comprometimento hepático (não informado pelo sujeito de pesquisa); comprometimento renal (não informado pelo sujeito de pesquisa); infecção urinária; doença de Cronh; úlcera duodenal; hérnia; trombose venosa profunda; lesão em membros inferiores; perda da mobilidade dos membros inferiores; por procedimentos cirúrgicos; procedimentos diagnósticos (exames); quimioterapia e acidente.

O Quadro 3, a seguir, caracteriza a experiência de internação anterior pelos sujeitos da pesquisa que a tiveram, além de mostrar a justificativa dos mesmos quando classificavam a experiência como ótima ou boa e ruim e/ou regular.

Quadro 3 – Classificação da experiência de internação anterior e a justificativa

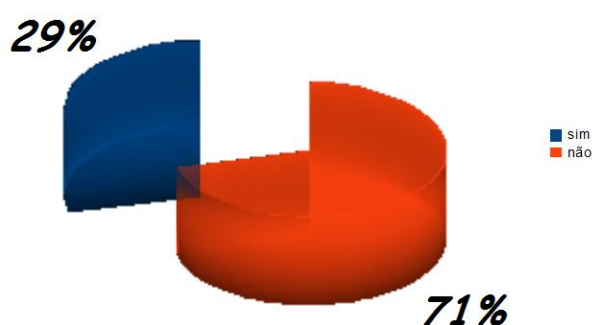
Experiência de Internação Anterior	Quantidade de Ocorrência	Justificativas
Ótima	03	Bom tratamento/atendimento; boas informações prestadas; e pouco tempo de internação.
Boa	12	
Ruim	11	Falta de materiais; Superlotação; não estar bem; tratamento médico ineficiente; modificação do cotidiano; solidão; estar longe de casa; e medo da doença
Regular	02	

Fonte: Produção da Pesquisadora.

O hospital promove uma separação da pessoa hospitalizada e o seu cotidiano, que confirma a sua identidade e sua própria existência. Sendo assim, a inserção da rede social e familiar (visitas e acompanhantes) do usuário no interior do hospital, possibilita ao mesmo aproximar-se do seu eu e potencializar a retomada de si (BRASIL, 2007b).

Neste sentido, os Gráficos 14, 15 e 16 configuram a relação estabelecida entre a instituição hospitalar, os visitantes/acompanhantes e o usuário hospitalizado. Os gráficos 14 e 15 abordam a presença do acompanhante e a sua relação com a equipe de saúde. Já o Gráfico 16, trata do recebimento de visitas pelo usuário hospitalizado.

Gráfico 14 - Distribuição percentual dos sujeitos por presença de acompanhante



Fonte: Produção da pesquisadora.

Com relação ao gráfico referente à distribuição percentual por presença de acompanhante, dos 31 sujeitos de pesquisa, 9 (29%) tinham acompanhante e afirmaram gostar, cada qual com sua justificativa: a) por confiança; b) ter alguém para conversar; c) caso haja alguma necessidade, tem alguém para ajudar; d) ter companhia; e) por distrair; f) dar atenção; g) para não ficar só; h) para ter sossego.

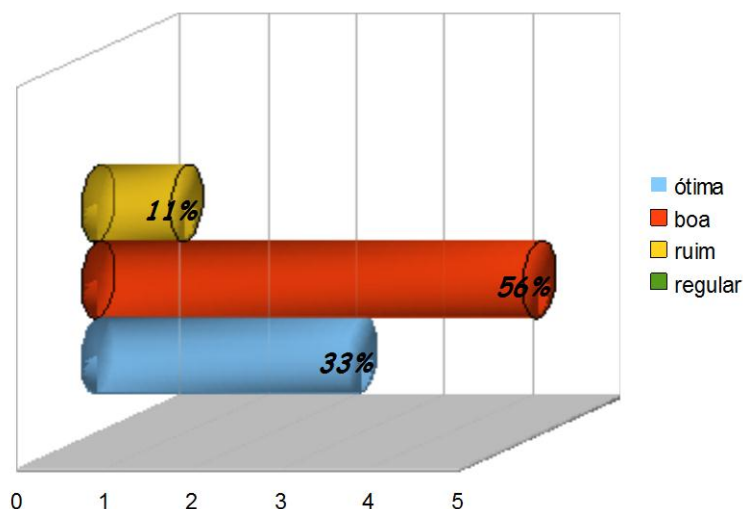
Dentre os 22 sujeitos (71%) que não tinham acompanhante, 11 (50%) disseram que gostariam de ter e 11 (50%) afirmaram o contrário. Os primeiros apresentaram como justificativas a necessidade de ter o acompanhante para ajudar quando precisar, para não estressar a enfermeira, para conversar, para dar paz e pela intimidade com o acompanhante; enquanto os que não gostariam, alegaram como justificativa não ver motivo para ter acompanhante nem para estar

acompanhado por outras pessoas na enfermaria, por estar bem, por receber ajuda das pessoas, por estar em uma enfermaria, pelo fato de a família ter livre acesso ao hospital e para não causar incômodo ao acompanhante.

No referido hospital cenário de pesquisa, em geral, o direito ao acompanhante refere-se aos casos previstos em lei, qual seja, pessoas com idade igual ou superior a 60 anos, crianças e adolescentes. Entretanto, foi observada a presença de acompanhante junto aos usuários não pertencentes a estes grupos, o que demonstra tendência a certa flexibilização por parte da instituição, dependendo de critérios preestabelecidos face às condições de saúde do usuário.

A PNH traz o direito ao acompanhante como estratégia essencial para produzir saúde e aumentar a autonomia do usuário hospitalizado e sua rede social e familiar. Além disso, o acompanhante proporciona segurança, confiança, aumento da autoestima, vigilância e ajuda ao usuário, consideradas ferramentas capazes de contribuir para a reabilitação da saúde. Entretanto, a estrutura dos ambientes de internação desconsideram a importância da presença de visitas e acompanhantes, o que é evidenciado pela ausência e/ou precariedade dos ambientes voltados para a permanência dos mesmos na instituição hospitalar (BRASIL, 2007b), fato observado pela pesquisadora, considerando que o hospital em questão não dispunha de mobiliário adequado para acolhê-los ou acomodá-los com um mínimo de conforto, contribuindo para dificultar a sua inserção no cotidiano hospitalar e para o isolamento do convívio social dos usuários hospitalizados.

Gráfico 15 - Distribuição percentual dos sujeitos por relação da equipe com o acompanhante



Fonte: Produção da pesquisadora.

Este gráfico mostra que dos 9 sujeitos (29%) que tinham acompanhante, 5 (56%) referiram a relação com ele como boa; 3 (33%) disseram ser ótima e 1 (11%) que era ruim. Destaca-se que não tendo sido classificada a relação como regular, esta não obteve percentual.

A maioria dos sujeitos classificou a relação como boa ou ótima devido ao fato de a equipe tratar bem o acompanhante, manter uma descontração e demonstrar amizade, promover bom tratamento de saúde, dar atenção aos acompanhantes e ter disposição para ajudar.

O sujeito da pesquisa que classificou como ruim, afirmou que a equipe se posiciona de maneira indiferente ao acompanhante.

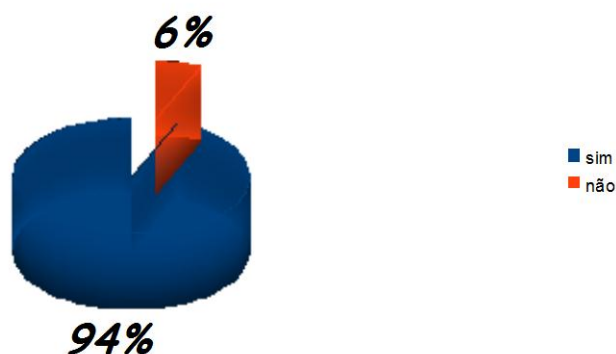
Sabe-se que o acolhimento da rede social e familiar pela equipe de saúde é necessário para que tanto o usuário hospitalizado quanto os visitantes e/ou acompanhantes sintam-se integrados ao cotidiano hospitalar, com a sua autonomia, seu protagonismo e singularidades assegurados e respeitados (BRASIL, 2007b; SZARESKI; BEUTER; BRONDANI, 2010).

No entanto, a relação entre a equipe de saúde e os visitantes/acompanhantes podem se constituir como entraves no cotidiano do cuidado hospitalar, caso esta a

equipe passe a vê-los como um fardo a mais, uma “demanda que precisa ser contida” por normas e rotinas institucionais, além da dificuldade em compreender o papel dos mesmos junto aos usuários hospitalizados (SZARESKI; BEUTER; BRONDANI, 2010, p. 5; BRASIL, 2007b). Mas a “presença do acompanhante é importante para manter o elo entre o doente hospitalizado e o seu cotidiano familiar e social” (SZARESKI; BEUTER; BRONDANI, 2010, p.718), e assim, os profissionais precisam compreender esta presença como uma maneira de contribuir para o restabelecimento do usuário hospitalizado sendo, portanto, uma atitude de cuidado e de cidadania.

Cabe ressaltar que a presença de acompanhantes / visitantes precisa estar em acordo com o usuário hospitalizado, respeitando seus desejos e autonomia (BRASIL, 2007b). Neste sentido, o direito ao acompanhante e à visita aberta, pressupõe, tanto da instituição hospitalar quanto dos profissionais de saúde, uma atitude deliberada e ponderada, considerando sempre o sujeito hospitalizado neste processo.

Gráfico 16 - Distribuição percentual dos sujeitos que recebem visitas



Fonte: Produção da pesquisadora.

No que se refere ao recebimento de visita de amigos e familiares, 29 sujeitos (94%) afirmaram receber visitas, enquanto apenas 2 (6%) disseram não recebê-las. Os que recebem afirmaram que se sentem bem, com ânimo, protegidos, alegres e relaxados, enquanto os que não recebem apresentaram como justificativa a distância entre o local de moradia e o hospital, além do pouco tempo de internação.

No hospital em tela, a visita apresenta horários estipulados no período da tarde de segunda a sexta-feira, diferentemente do que ocorre aos sábados e domingos. Destaca-se, porém, que a maioria dos sujeitos não soube informar com exatidão os horários da visitação.

A visita aberta proposta pela PNH tem como objetivo

ampliar o acesso dos visitantes às unidades de internação, de forma a garantir o elo entre o paciente, sua rede social e os diversos serviços da rede de saúde, mantendo latente o projeto de vida do paciente. (BRASIL, 2007b, p.3)

Neste sentido, restringir o horário de visita resulta em interferência na relação do sujeito/usuário com o convívio social e familiar, considerado essencial à manutenção da sua identidade, sentido e significado da própria existência, já que ele é destituído destes laços no momento da hospitalização.

6 O COTIDIANO DA HOSPITALIZAÇÃO

Este capítulo apresenta os dados referentes à Classe 1, além de interpretá-los e discuti-los amparados no referencial teórico da TRS.

A Classe 1 é compreendida por 180 unidades de contexto elementares, que correspondem a 20% do total das classificadas. Foram analisadas 130 palavras e o corte pelo qui-quadrado (X^2), baseado no Dendograma da Classificação Hierárquica Descendente (CDH) foi com palavras com o X^2 igual ou superior a 25. Os dendogramas servem como guias para a análise da relação entre as palavras e a classe (CAMARGO, 2005).

A análise desta Classe teve como sustentação a lista de formas reduzidas mais características e relevantes da classe associadas a suas formas completas, em função do valor do X^2 (Quadro 4), bem como da lista de uce específicas à classe, que contextualizam as palavras dando-lhes sentido e significados.

Além disso, a Classificação Hierárquica Ascendente (CHA) também serviu de base para a análise, já que pôde ser verificada a relação entre as palavras intraclasse (Figura 4). Assim, foi possível inferir que os sujeitos de pesquisa abordaram questões sobre o cotidiano da hospitalização em relação à rotina de cuidados à saúde, originária da vivência da hospitalização e da experiência da assistência, que modulam os hábitos dos usuários, sendo estes reconstruídos no cenário hospitalar.

Destaca-se o perfil do grupo social do qual emerge tal representação, sendo este composto por usuários hospitalizados que apresentam experiência prévia de internação no hospital cenário da pesquisa, e também em outros (*loc_4), estando hospitalizados no período de 2 a 3 semanas (*temp_2) e apresentando ensino fundamental incompleto (*esc_fi).

A representação social é a representação de um objeto para um sujeito/grupo social. Deste modo o perfil do grupo social caracteriza quem são estes sujeitos que apresentam tal representação sobre o objeto estudado.

Diante do exposto, o processo de produção das representações sociais perpassa compreender quem é o grupo social, entendido como sujeito das representações, já que estas são construídas coletivamente (MAZZOTI; CAMPOS, 2011).

A psicologia social estuda os fenômenos sociais amparados na inserção do homem na sociedade, e também a sua vivência neste mundo como sujeito social e

coletivo (SPINK, 2009).

No que tange à cidadania, esta autora (Op.cit.) afirma que a contribuição da psicologia social reside no processo de construção do cidadão, que está situado no mundo vivido e na construção histórica deste fenômeno, cidadania, na sociedade.

Neste sentido, os sujeitos trazem o cotidiano dos usuários hospitalizados para reconstruírem a sua história, e a partir disso, refletirem sobre seus direitos e sobre a cidadania. Este cotidiano é constituído por rotinas de cuidados mediadas por uma negociação pessoalizada, bem como por normas pactuadas entre usuários hospitalizados, profissionais de saúde e instituição hospitalar, normas estas que modulam os hábitos destes usuários no cenário hospitalar desde o momento da hospitalização.

O cotidiano traduz-se como campo de produção das representações sociais; sendo assim, apresenta racionalidade própria e mobiliza afetos. A racionalidade do cotidiano, bem como sua sensibilidade, são amparadas por um pragmatismo que ocorre na relação entre indivíduos pertencentes a determinado cenário, palco do cotidiano, com vistas à sobrevivência social (ARRUDA, 2009).

É na vivência deste lugar que adquirimos experiência quanto ao conhecimento a ser mobilizado, ao objeto vivenciado e em relação aos membros do grupo que mantêm interação. Para Arruda (2009), o pensamento cotidiano tem como essência as representações sociais; o cotidiano é o cenário de sua produção, que se constitui diante dos casos e experiências, que podem ser generalizados como recurso à semelhança (ARRUDA, 2009).

Esta discussão acerca do cotidiano e o pensamento cotidiano articulado à representação social justifica a existência desta classe que aborda a vivência do cotidiano da hospitalização, bem com a sua relevância para a caracterização de representações sociais acerca do objeto estudado. Sendo assim, é no cotidiano da hospitalização que os usuários compartilham o conhecimento, ativam experiência sobre o objeto de representação, mobilizam afetos que podem ser expressos por atitudes, além de afirmarem a sua identidade como pertencente ao grupo.

Neste sentido, os sujeitos trazem o cotidiano da hospitalização na vivência da hospitalização e na experiência da assistência, bem como nos hábitos reconstruídos, com vistas a construir sentidos sobre a cidadania neste contexto e, deste modo, falar sobre este fenômeno no cenário hospitalar; ou seja, trazer este cotidiano possibilita construir a representação da cidadania no cenário hospitalar

pelos usuários hospitalizados.

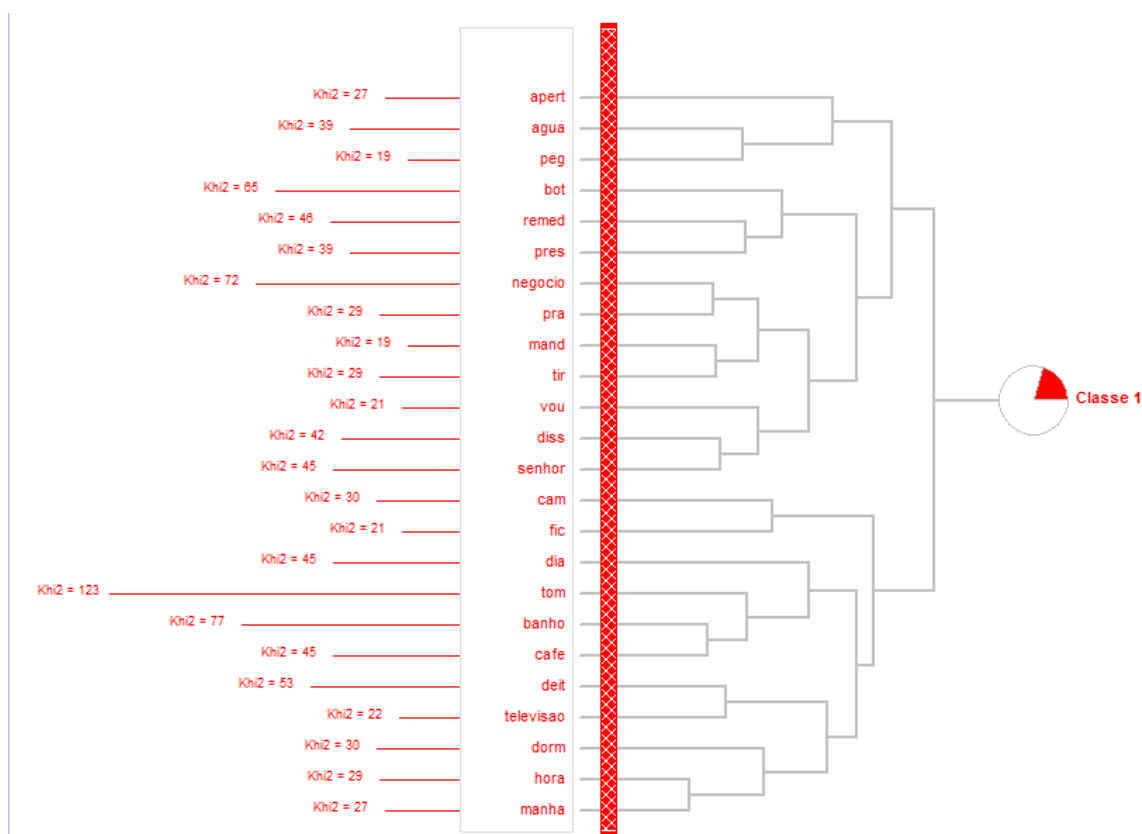
Os discursos dos sujeitos no que tange à rotina de cuidados traziam, em geral, no interior da uce as seguintes palavras ilustrativas: negócio (negocio; $X^2=72$); remédio (remed; $X^2=47$); e pressão (pres; $X^2=39$). Além dos verbos botar (bot; $X^2=65$) e tirar (tir; $X^2=29$).

Estes vocábulos ilustrativos compõem o mesmo grupo na árvore da CHA, onde há relação entre as formas reduzidas bot (relacionada às conjugações do verbo botar), remed (relacionada às variações da palavra remédio) e pres (relacionada principalmente à palavra pressão), podendo ser interpretadas sob a perspectiva da ação rotineira dos cuidados à saúde prestados pelos profissionais, assim como da relação entre as formas negócio (relacionado, na uce, às tecnologias aplicadas no cuidado à saúde, por exemplo: termômetro, acesso venoso periférico e swab), mand (relacionado às conjugações do verbo mandar) e tir (relacionado às conjugações do verbo tirar).

Quadro 4 – Lista de formas reduzidas com o X² relacionado e as formas completas associadas

Formas Reduzidas	X ²	Forma Completa
tom	123	tom, toma, tomar, tomei, tomo, tomou
banho	77	Banho
negocio	72	Negócio, negócios
bot	66	Bota, botam, botar, botaram, botava, boto, botou
deit	54	Deitada, deitado, deitar, deitei, deitou
remed	47	Remedinho, remédio, remédios
dia	45	Dia, dias
cafe	45	Café, cafezinho
agua	40	Água
pres	39	Presa, preso, pressão
cam	31	Cama, camas, caminha
dorm	31	Dorme, dormir, dormirem, dormiu
tir	30	Tira, tiram, tirar, tiraram, tirou
hora	30	Hora, horas
apert	28	Aperta, apertam, apertaram, apertei, aperto
manha	28	Manhã
pe	25	pé

Fonte: Relatório ALCESTE.

Figura 4 - Classificação Hierárquica Ascendente (CHA)

Fonte: Relatório ALCESTE.

Face ao exposto, quando hospitalizados, os usuários são submetidos às rotinas hospitalares, essenciais ao restabelecimento e à cura, ou até mesmo para impossibilitar a progressão do agravo à saúde.

Os segmentos de textos dos discursos dos usuários hospitalizados contidos nas uce a seguir, exemplificam esta interpretação:

Aí tiram a pressão, estou tomando remédio pra pressão, botam aquele negócio aqui para ver a temperatura. Eu só pergunto como e que tá, eles dizem trinta e cinco, trinta e seis e digo graças a Deus que eu não tenho nada.

(Um28; uci nº 28; uce nº 1060 $X^2=43$)

Chegou aí e, botou o soro aqui, me deu outro remédio aqui e aqui, e me botou até calça plástica em mim, fica lá assim, mas, tudo bem, é bacana.

(Um23; uci nº 23; uce nº 875 $X^2=27$)

A minha pressão deu treze por oito de madrugada, aí a outra veio tirar pela manhã, eu perguntei e ela disse treze por sete e eu digo: tá boa.

(Um28; uci nº 28; uce nº 1061 $X^2=30$)

Eu boto isso aqui pra não urinar na roupa, porque na noite passada aquilo encheu, eu fui enfiar por aqui, como estava cheio caiu tudo em cima de mim. Eles atendem prontamente, eles vêm e limpam a gente. Ficamos igual a criança.

(Um28; uci n° 28; uce n° 1090 $X^2 = 23$)

Eles correm de cama em cama, apertam um, apertam outro, botam um aparelho aqui para tirar a pressão, botam outro aqui pra ver os negócios da febre.

(Um28; uci n° 28; uce n° 989 $X^2 = 22$)

Com a leitura destes segmentos de texto, pode-se verificar que os discursos trazem, na descrição da rotina de cuidados à saúde implementada pelos profissionais, a marca da representação social sobre o processo saúde/doença centrada na perspectiva do corpo sadio e corpo doente (OLIVEIRA, 2011), já que o motivo da hospitalização se refere a algum comprometimento do corpo físico e a rotina de cuidados se justifica pela busca da saúde, ou seja, pela recuperação deste corpo.

Então, a vivência da hospitalização permite que os sujeitos da pesquisa tenham um discurso centrado no cotidiano do ambiente hospitalar que, para o grupo social em questão, é marcado pela rotina de cuidados à saúde. Cabe ressaltar que este grupo social tem em seu perfil um tempo de internação entre duas e três semanas, além de uma experiência prévia de hospitalização; sendo assim, este ambiente hospitalar torna-se familiar ao apresentar uma espessura social, por ser objeto de discussões pela população e pelas mídias, tanto televisiva quanto escrita, o que possibilita aos sujeitos da pesquisa trazerem, no bojo do discurso sobre a cidadania, o cotidiano da hospitalização.

Além disso, o hospital é concebido como um ambiente destinado ao tratamento dos agravos à saúde, presente no imaginário social dos sujeitos, e apresenta um modelo de gestão baseado em padronização e controle (SPINK, 2009; CAMPOS; AMARAL, 2007), sendo a padronização manifestada por meio das rotinas, protocolos e fluxos de cuidado, cujo objetivo é o tratamento clínico do usuário.

Face ao exposto, a instituição hospitalar impõe uma rotina de cuidados que atende aos usuários hospitalizados “em massa”, conforme afirma Gomes et al (2008a, p.639). Atrelado a isso, estas rotinas são compostas por ações fragmentadas realizadas por diferentes trabalhadores, o que caracteriza ações “conta-gotas”, e assim, conduz a uma espera angustiante pelo usuário hospitalizado (SANT’ANNA, 2000, p. 13).

Com isso, é possível observar que esta rotina de cuidados, característica do cotidiano hospitalar, configura-se como uma linha de produção, o que faz articular ao modelo taylorista de produção para otimização da produtividade, conforme o depoimento do sujeito Um28 (uce nº 989). Esta rotina de cuidados pode contribuir para a despersonalização do usuário hospitalizado, além de caracterizar a imposição das normas e regras hospitalares e as práticas assistenciais ancoradas no modelo biomédico, que apresenta reconhecida importância frente ao cuidado do usuário no sistema de saúde brasileiro.

Segundo Nations e Gomes (2007, p. 2109), os pacientes “são submetidos à imposição autoritária de normas, regras e poder hegemônico, como em outros hospitais públicos do Brasil”. Diante disso, os usuários hospitalizados trazem o cotidiano na figura das normas e rotinas hospitalares, pois fazem parte da vivência da hospitalização, e a partir das mesmas, suas necessidades físicas podem ser atendidas. Estas necessidades, declaradas pelos mesmos e contidas na Classe 1, remetem a técnicas/procedimentos inseridos no cuidado, como verificação de pressão e temperatura, administração de medicamentos, troca de roupa de cama e outros.

Para Nations e Gomes (2007), as necessidades cotidianas dos usuários hospitalizados estão relacionadas ao banho, alimentação, troca de curativo, mudança de decúbito e aplicação de injeção no horário prescrito. Entretanto, precisam estar articuladas aos aspectos relacionais e subjetivos do cuidado, configurando-se como primordial para os usuários hospitalizados. Para os autores (Op.cit.), o profissional tecnicamente proficiente é aquele prestativo (com interesse e disponibilidade), que imprime gentileza e delicadeza na execução das tarefas e com prontidão para agir.

Com a reflexão acerca do modelo de gestão e cuidado aplicado nos hospitais, observa-se a necessidade de articular a padronização das condutas profissionais com as particularidades de cada caso e a singularidades do usuário. Para isso, a implementação do modelo de gestão compartilhada e o cuidado focado não somente na clínica do usuário, mas também no sujeito que apresenta determinada doença, permitirá superar o trabalho clínico padronizado apresentado nos hospitais (CAMPOS; AMARAL, 2007; BRASIL, 2009a).

Diante disso, quando o cuidado à saúde não atende as necessidades do usuário hospitalizado promove descontentamento e gera, muitas vezes,

reivindicações. Entretanto, uma parcela dos usuários hospitalizados assume uma postura submissa, deixando de exigir seus direitos, como exemplificado nos segmentos de textos das uce a seguir:

Tem soro e tem um outro, que é pra, esqueço o nome daquele. E o médico disse: você não vai tomar mais nada. Aí fiquei com aquele troço pendurado aqui quatro dias, chamei a enfermeira: enfermeira, por favor, a senhora tira esse negócio que esta aqui colada na minha carne, que meu braco esta doendo e o médico mandou tirar e ela não tirou não.

(Um28; uci n° 28; uce n° 1078 $X^2= 47$)

Depois de quatro dias: doutor, o cara não tirou aqui o que o senhor mandou. É uma borrachinha que enfia pra colocar o líquido, dói pra burro. Aí ele falou com uma magrinha, uma pretinha que disse: _olha, eu vou tirar hoje, e eu disse:_graças a Deus que eu vou me livrar, aí tirou, porque você estar com um negócio aqui, um corpo estranho.

(Um28; uci n° 28; uce n° 1079 $X^2 = 27$)

Eu fiquei dezessete dias na emergência, eu estava com um negócio no meu braço, aqui, tudo por causa do soro, oito horas da manhã levantei, chamei a enfermeira para vir tirar para eu subir e fazer hemodiálise, ela não tirou.

(Uf22; uci n° 22; uce n° 827 $X^2= 22$)

Estes segmentos caracterizam que os sujeitos fazem julgamentos acerca do atendimento que está sendo prestado pelos profissionais de saúde, segundo suas necessidades e expectativas.

A relação estabelecida entre o usuário e o profissional de saúde é mediada pela negociação entre as necessidades que apresenta e os cuidados necessários ao seu atendimento, com base no saber científico dos profissionais. A aceitação desta negociação possibilita a caracterização da ação profissional como cuidado e ação terapêutica, e ainda, o grau de satisfação dos usuários (OLIVEIRA, 2011).

Nos discursos aqui exemplificados, observa-se que na relação entre os profissionais e os usuários pode haver um hiato; ou seja, as ações produzidas pelos profissionais não correspondem às esperadas pelos usuários. Neste sentido, cabe discutir de que maneira esta relação negociada entre estes dois atores sociais pode ter como resultado final a satisfação do usuário diante da implementação do cuidado e/ou ação terapêutica.

O diálogo, tendo como eixo norteador a participação, pode vir como estratégia para impedir a criação deste hiato. Esta estratégia deve ser adotada não somente entre o profissional e o usuário, para que o profissional entenda as

necessidades e expectativas do usuário e este compreenda a justificativa da conduta adotada pelo profissional, mas também entre os profissionais, para que ajam segundo a mesma linha de cuidado, mas considerando os objetivos de cada profissão ou especialidade.

Esta questão é abordada pela Política Nacional de Humanização (PNH), visto que traz a participação, que pode ser pautada no diálogo/comunicação, como um dos elementos centrais, tanto na gestão quanto na produção do cuidado (BRASIL, 2008).

Neste sentido, o diálogo/comunicação no cotidiano hospitalar serve como fonte de acesso à informação pelos usuários hospitalizados, permitindo a autonomia e a corresponsabilidade no cuidado prestado, sendo estas questões afetas à ética e à cidadania, e assim, inseridas na PNH como constituintes de suas premissas.

Em pesquisas realizadas em hospitais gerais cujos sujeitos foram pacientes e familiares, a informação oriunda da relação entre os profissionais de saúde e os usuários e sua rede social, tanto acerca do tratamento clínico e diagnóstico quanto das rotinas hospitalares, são essenciais para gerar segurança e satisfação (CASTILLO et al., 2007; LUCCHESI et al., 2008).

Além disso, a informação possibilita a autonomia e o empoderamento do usuário nas decisões sobre a sua vida e saúde, sendo uma questão ética e de cidadania, pois o acesso à informação é um direito dos que utilizam o serviço de saúde, e por meio desta poderá participar das práticas de atenção à saúde e da gestão, bem como deliberar a respeito de si (BRASIL, 2007a; GOMES et al., 2008b).

O processo comunicativo nas práticas de atenção e gestão tem papel importante, visto que possibilita a valorização da dimensão subjetiva e social dos sujeitos implicados neste processo (usuários, gestores e profissionais), contribuindo para construir a autonomia e o protagonismo dos mesmos, além de propiciar a corresponsabilidade destes neste processo (DESLANDES; MITRE, 2009).

Para estes autores (2009), o processo comunicativo pauta-se na inclusão dos sujeitos detentores de capital de conhecimentos distintos, que apresentam sua fala como reconhecidamente válida.

Com isso, é possível caracterizar o encontro entre dois ou mais sujeitos, que podem ser o profissional e o usuário hospitalizado, e neste momento haver uma troca dialógica a partir do reconhecimento mútuo de saberes, legitimando a

autonomia, o protagonismo e a corresponsabilidade na produção do cuidado articulado com a cidadania no cenário hospitalar.

Entretanto, este cenário, conforme abordado anteriormente, é marcado por uma cultura médica que orienta as práticas dos profissionais e remete às desigualdades entre os profissionais e os usuários hospitalizados no processo comunicativo, sendo as falas legítimas e autorizadas para os primeiros, e desqualificadas para os segundos, além de retratar a hierarquia das falas entre os profissionais (DESLANDES; MITRE, 2009).

No entanto, o desafio proposto é:

reconhecimento, aprendizagem e negociação com o outro que não é nosso espelho, mas um outro imbuído do tríplice estatuto de: indivíduo-detentor de direitos; sujeito-detentor de capacidades de autonomia para fazer escolhas; pessoa-detentor de estoque cultural que lhe confere uma identidade de referência no seu grupo social de pertencimento. (DESLANDES; MITRE, 2009, p.647)

Neste sentido, o processo comunicativo requer o encontro de um sujeito (profissional) com o outro sujeito (usuário), permeado por atitudes éticas e cidadãs que consideram os direitos e a cultura de ambos os implicados neste processo.

No que tange à produção do cuidado, a clínica ampliada, que é um conceito-ferramenta da PNH, ressalta a importância da autonomia do usuário e a valorização da sua subjetividade, bem como lança a questão da equipe de referência, sendo equipes de interprofissões e interespecialidades com objetivos e finalidades comuns para o atendimento ao usuário (BRASIL, 2008; PASCHE, 2010).

Esta clínica busca “construir modos para haver uma co-responsabilização do clínico e do usuário” (CAMPOS; AMARAL, 2007, p.853), tendo também como alicerce a comunicação/diálogo, além do preparo técnico e científico do profissional, que norteia o cuidado à saúde.

Nos discursos dos sujeitos emergem questões referentes à experiência da assistência nos serviços hospitalares, como a assistência prestada, o tempo de espera para atendimento, o risco de infecção e outros fatores, com base nos segmentos de texto da uce a seguir:

Era uma pessoa pegando infecção, morrendo uma atrás da outra, só via passando defunto, você chega para ser atendido demora mais de dez horas para ser atendido, eu mesmo cheguei um dia lá era dez horas, fui sair de lá era duas horas da manhã.

(Um17; uci nº 17; uce nº 681, X²=23)

Na UPA onde eu fui passando mal, no Hospital Albert Schweitzer em Realengo, eu cheguei lá passando mal, eles fizeram só exame de sangue, não, urina, aí o exame de urina não deu quase nada, eles botaram um remédio qualquer ali um para tomar.

(Uf13; uci nº 13; u.e nº 540 $X^2 = 22$)

Conforme o exposto, as condições dos serviços hospitalares continuam com carência tanto na gestão quanto na atenção à saúde do usuário, visto que a atenção à saúde prestada em uma instituição de saúde é reflexo da gestão implementada, não se podendo desarticular gestão da atenção e vice-versa. Diante disso, para prestar uma atenção à saúde com efetividade, e de acordo com as necessidades dos usuários, é necessário reformular todo o modelo de atenção e de gestão, que deva ser centrado, como já abordado, na cogestão, na valorização dos sujeitos implicados neste processo (usuário, profissional de saúde e gestor), na autonomia e no respeito às subjetividades, além de considerar o preparo técnico e científico do profissional de saúde.

Esta reformulação é proposta pela PNH que preconiza a sua implementação em todas as instituições de saúde brasileiras, incluindo a instituição hospitalar, com vistas a ser uma via de efetivação do SUS, de acordo com os seus princípios de integralidade, universalidade e equidade (BRASIL, 2008).

A reformulação do modelo de atenção requer uma mudança cultural, ou seja, “uma reforma cultural” como afirmam Campos e Amaral (2007, p.853). Isto porque os profissionais de saúde, em sua maioria, estão inseridos em uma prática clínica tradicional, arraigada no cotidiano profissional, sendo necessário recodificar a lógica desta prática que será baseada na inserção do usuário e de trabalhadores de todas as profissões de saúde, com vistas a uma prática “clínica ampliada” (Op.cit.).

Para isso, também é necessário uma mudança cultural dos gestores a fim de que a gestão caminhe em conjunto com a atenção à saúde, pois, somente com a atenção e a gestão articuladas haverá serviços de saúde adequados.

Marková (2007) *apud* Alaya (2011, p.267) afirma que “o compartilhamento de esquemas culturais e ações com outrem pertencente a um mesmo contexto cultural leva à elaboração comum de uma realidade sob a forma de experiências semelhantes”.

A concepção da cultura na Teoria das Representações Sociais (TRS) aponta que as representações são caracterizadas como formas simbólicas, que apresentam

em sua conformação ações e manifestações verbais que permitem aos indivíduos comunicarem-se, partilhando informações. Para compreender a concepção da cultura integralmente, é necessário considerar o funcionamento dos grupos sociais e as instituições como elementos essenciais de interpretação da manifestação cultural. Deste modo, a interpretação da manifestação cultural depende do sistema de representações ligadas às relações sociais que o amparam (MAZZOTTI; CAMPOS, 2011).

Os profissionais de saúde já construíram e ainda partilham o conhecimento sobre a prática clínica centrado no modelo tradicional (focado na doença, dividido segundo as especialidades médicas, e com ausência de comunicação entre as profissões e especialidades e também com os usuários), o que se tornou uma manifestação cultural da prática clínica hospitalar. Neste sentido, é necessário entender a cultura e a forma de interpretação de sua manifestação, segundo a TRS, com vistas à reformulação cultural do modelo, principalmente, de atenção à saúde nos serviços de saúde hospitalares, permitindo elucidar as dificuldades de mudanças deste modelo de atenção.

Em suma, somente a elucidação do sistema de representações que embasam a manifestação cultural deste grupo social possibilitará uma intervenção, com vistas a ter a prática clínica ampliada como modelo de atenção à saúde de forma concreta.

Esta reforma cultural, no que se refere à relação dos profissionais com os usuários de saúde, coloca a questão da cidadania em destaque, pois os usuários, ao se posicionarem como sujeitos ativos no contexto hospitalar, farão com que seja reconfigurada a lógica da relação entre estes dois atores sociais. Neste momento, então, os usuários assumirão o papel de cidadãos e/ou de executores da cidadania.

Como explicitado anteriormente, este Capítulo apresenta como ideia-síntese o cotidiano da hospitalização que é constituído pela rotina dos cuidados à saúde, que modulam os hábitos dos usuários hospitalizados no cenário hospitalar.

Os hábitos dos usuários hospitalizados estão presentes no bojo da discussão acerca do cotidiano da hospitalização, e esta interpretação foi caracterizada a partir da análise da lista de formas reduzidas, e suas palavras relacionadas, pertencentes a esta classe, em articulação com os sentidos que as mesmas assumem no interior da uce, bem como da análise da Classificação Hierárquica Ascendente (CHA), e algumas formas reduzidas serviram como

elementos ilustrativos desta interpretação, sendo elas: tom ($X^2=123$); banho ($X^2=77$); café ($X^2=45$); e dorm ($X^2=31$). Estas formas foram as mais significativas, tendo como parâmetro o qui-quadrado (Quadro 4 e Figura 4).

Os sujeitos da pesquisa assumem um agir diário baseado nos modos de pensar e expressar adquiridos no contexto hospitalar limitados pelas regras que este contexto apresenta, como horários para higiene corporal, para alimentação, entre outras, ou seja, pela rotina de cuidados.

Os segmentos dos textos apresentados a seguir retratam os hábitos dos usuários hospitalizados, sujeitos desta pesquisa, no contexto hospitalar que adquirem uma nova lógica de pensamento e expressão que os conduzem no agir na vida diária hospitalar.

Meu dia, meu dia está bem, graças a deus está bem. Hoje eu acordei era mais de oito horas, aí quando acordei, aí esfriei o corpo, fui para o banheiro, tomei um banho, troquei de roupa, aí deu nove horas veio o café, subiu o café, tomei o café já, aí depois vim me deitar um pouquinho aqui.

(Uf4; uci nº 4; uce nº 157 $X^2=67$)

Eu durmo dez horas, quando da dez horas, onze horas eu vou tomar banho pra dormir.

(Uf22; uci nº 22; uce nº 811 $X^2=26$)

Tem dia que é bom. Hoje por exemplo demorei muito para tomar banho, vim tomar banho quase meio-dia, uma hora da tarde ainda estava tomando banho.

(Uf1; uci nº1; uce nº 1 $X^2=21$)

Assim, os sujeitos abordam o cotidiano no cenário hospitalar e caracterizam a reconstrução de seus hábitos neste cenário, que compreende uma série de “normas pactuadas” entre usuários, profissionais de saúde e instituição, que regem as relações, além de diferenças de poder e hierarquia.

Sendo assim, a rotina de cuidados, em conjunto com as normas pactuadas, influenciam os hábitos dos usuários hospitalizados, e estes os reconstroem frente a este cenário hospitalar, entendendo a posição que ocupam nesta estrutura social. Estes hábitos, que podem ser caracterizados como “hábitos hospitalares”, tornam-se, então, o produto da obediência às normas e às rotinas de cuidados que, neste cenário, objetivam o tratamento e a cura das doenças.

Como foi dito, a hospitalização do indivíduo conduz à ruptura brusca com seu cotidiano, submetendo-o a uma vida normatizada e regrada no interior do cenário hospitalar. Trata-se, portanto, de um processo de ação que marca a vida do

indivíduo, pois promove mudanças subjetivas resultantes da vivência da hospitalização (BELLATO; CARVALHO, 2002; ESPINHA; AMATUZZI, 2008; MOREIRA; MESQUITA; MELO, 2010).

Neste sentido, a vivência da hospitalização pelo usuário é marcada por uma tensão entre os hábitos cotidianos construídos durante a sua trajetória de vida, amparada em uma bagagem social e cultural e as normatizações, regras e rotinas hospitalares, que requerem a reconstrução destes hábitos no momento da sua inserção no cenário hospitalar. Isto mostra que o sujeito tenderá a reconstruí-los quando hospitalizado por enveredar em um ambiente cuja estrutura social e cultural lhe é própria.

Entretanto, mesmo que os usuários hospitalizados não internalizem ou compreendam estas normatizações e rotinas impostas, ou seja, não adquiram novos hábitos, cumprem-nas por obrigação (ESPINHA; AMATUZZI, 2008). Isto ocorre porque, ao adentrar no ambiente hospitalar, os indivíduos são separados do seu mundo constituído por sua família, sua residência, seu bairro, seu trabalho, seus amigos, e “começa a experimentar um constante desfazer de suas certezas e identidades” (SANT’ANNA, 2000, p. 13). É quando ele percebe que, “afinal, sua internação decorre de um ato de renúncia” (SPINK, 2009, p. 145).

Com isso, ele passa à condição de usuário hospitalizado, separado da sua vida que construía a sua identidade. Entretanto, sua inserção na vida hospitalar mediada por rotinas de cuidados, normas e novos hábitos, possibilita que reconstrua a própria identidade, o que lhe permite se situar melhor neste novo universo, corroborando o pensamento de Moscovici (2012, p. 45) no sentido de que, para a TRS, o sujeito “conforme organiza ou aceita o real se situa no universo social e material” (MOSCOVICI, 2012, p. 45).

Segundo Spink (2009), a reconstrução da identidade do usuário hospitalizado, ou melhor, a sua reconquista e redefinição, relaciona-se com os planos de construção da experiência hospitalar. Assim, no momento em que o atendimento não se configura uma urgência (segundo plano), o usuário busca sua singularidade e particularidade por meio da dimensão relacional do cuidado como titular de direitos, e também a sua identidade. Além disso, o usuário busca a sua autonomia como forma de redefinir a sua identidade, sendo o terceiro plano de construção da experiência hospitalar que caracteriza a relação entre a instituição e o usuário (Op.cit.).

Complementando a análise Alceste, com base na análise de conteúdo, foi possível verificar que a relação interpessoal e a convivência são aspectos essenciais no cotidiano dos usuários hospitalizados, que podem integrar os elementos constitutivos do pensamento acerca da cidadania no cenário hospitalar. Neste sentido, a ausência desta relação e da convivência, como por exemplo, pela precaução de contato e o isolamento respiratório, que são medidas de prevenção da disseminação de micro-organismos patogênicos no ambiente hospitalar, gera um isolamento social impositivo pelo cuidado à saúde e, desta forma, exclui e rotula o usuário hospitalizado.

Esta exclusão e este rótulo, determinados pelo cuidado à saúde deste usuário, não lhe assegura a cidadania; ao contrário, coloca-o em posição de menos cidadão, conforme se depreende dos depoimentos a seguir:

O isolamento era um quartinho pequeno, um banheiro, sozinha, não botava nem a cabeça para fora, com uma máscara na boca, chegava num ponto que não podia nem vê gente porque não podia passar para cá, ficou suspeitando que eu estava com tuberculose, o doutor suspeitando, aí me trancaram, eram duas portas para chegar no quarto.

(Uf4)

Infelizmente dentro de uma instituição hospitalar, principalmente, em uma grande deste porte que tem KPC, uma MARSA, que não sei das quantas, não sei o que, a pessoa mesmo ela se sente até menos cidadão, menos até em função dela está vestida com capote, que está diferenciando, ela está com o prontuário envolto em um saco plástico que está diferenciando, vai chegar lá vai ter que limpar onde ela acabou de fazer o, acabou o exame, ainda tem que tirar tudo para tatar álcool gel, isso que a pessoa se sente bastante diminuída, embora seja para o seu próprio bem, tanto dela quanto do outro.

(Um9)

Deste modo, o cuidado dito terapêutico aplicado a estes usuários, pode contribuir para a dificuldade de se reconhecer como cidadão diante da exclusão de relação interpessoal e da convivência com outras pessoas que lhe é imposta.

A dinâmica de inclusão/exclusão de pessoas doentes retrata a relação entre a sociedade e a instituição hospitalar, tendo como exemplificação a lepra e a doença mental, doenças que levam à exclusão de seus portadores do convívio social (SPINK, 2009).

Partindo do exposto, e de acordo com os depoimentos supracitados, a instituição hospitalar reproduz em seu interior a exclusão do convívio social de

peessoas doentes com outras, diante do potencial contágio, sendo esta exclusão tanto física quanto simbólica (com sinais e símbolos identificadores).

Entretanto, um sujeito da pesquisa, ao falar acerca do objeto de estudo, traz as questões afetas ao cotidiano da vida pessoal, ou seja, fora do contexto hospitalar, conforme o segmento de texto contido na uce a seguir:

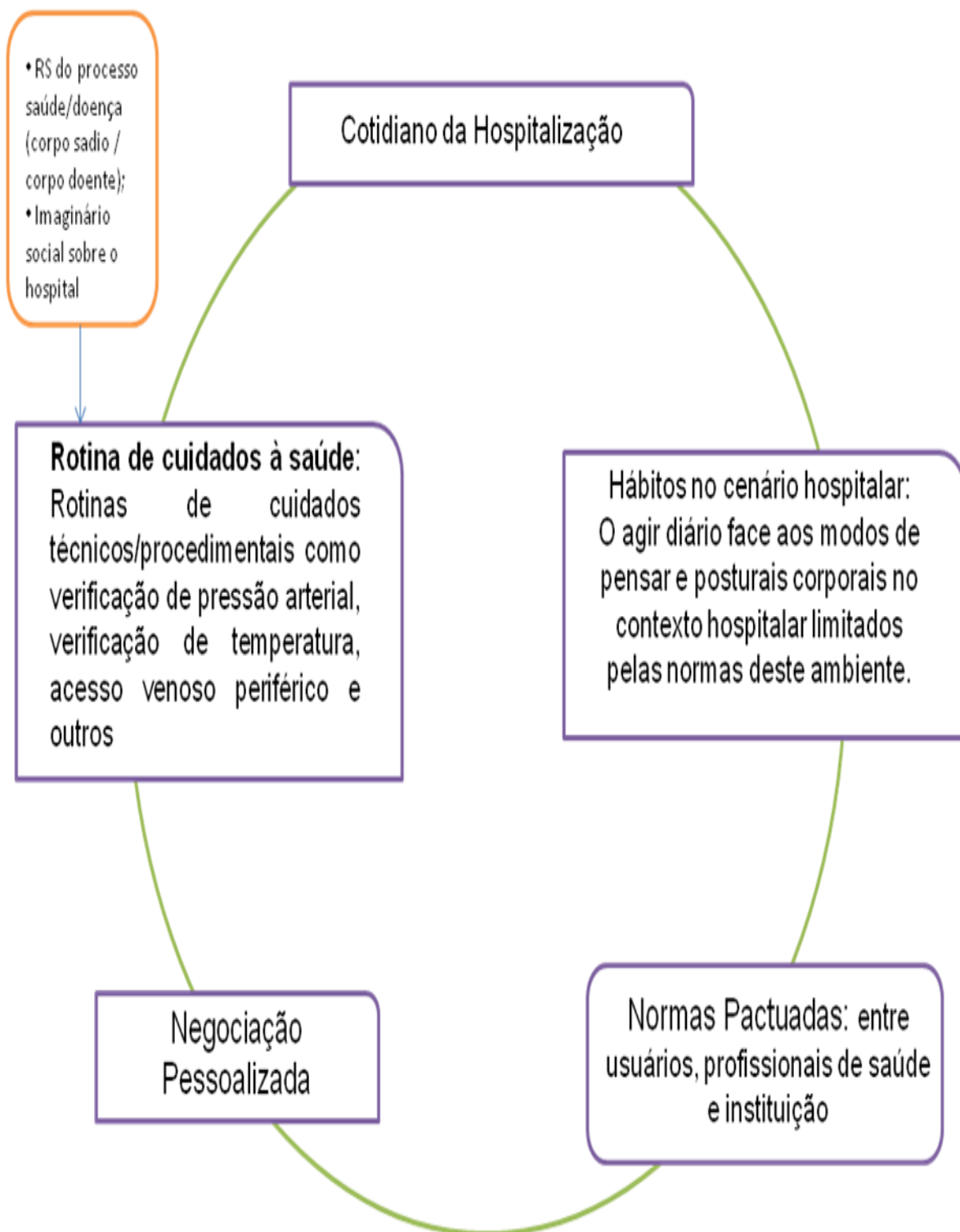
Faço o possível para não chegar em casa bêbado para não perturbar minha mãe, nem minha irmã, nem minha sobrinha, ninguém, ou seja, chegou, deitou, dormiu, acorda no dia seguinte que está muito bom.

(Um9; uci n° 9; uce n° 320 X²=30)

Este sujeito, ao abordar o objeto do estudo remete às questões do cotidiano de vida fora do contexto hospitalar, podendo-se inferir que, mesmo sendo um usuário hospitalizado e inserido no contexto em questão, não se reconhece como um membro do grupo de usuários hospitalizados. Este pensamento pode estar relacionado a uma grade de leitura acerca do objeto, centrada em outro grupo de pertença: o dos profissionais de saúde, já que o mesmo é técnico de enfermagem.

A Figura 5, apresentada a seguir, resume o cotidiano hospitalar que é marcado por rotinas de cuidados amparados em uma negociação pessoalizada, bem como por normas e regras pactuadas entre a instituição, profissionais de saúde e usuários hospitalizados, que assim modulam os hábitos destes usuários no cenário hospitalar.

Figura 5 – Esquema explicativo do cotidiano hospitalar, base para a construção de sentidos sobre cidadania



7 O BINÔMIO CIDADANIA-CIDADÃO E SUA MARCA NO CUIDADO À SAÚDE

Este Capítulo trata da representação que os usuários hospitalizados apresentam sobre a cidadania na vivência da hospitalização e a sua marca no cuidado, além de ser constituído pelas Classes 2 e 3, oriundas da análise lexical realizada pelo programa ALCESTE.

Conforme foi exposto no Capítulo 4, estas classes são originárias da segunda partição do *corpus*, pois o que as mantiveram unidas na primeira partição amparava-se na temática cidadania, presente em ambas as classes. Entretanto, esta temática se referia a perspectivas diferenciadas, e neste sentido, a segunda partição permitiu a formação da Classe 2, que aborda a cidadania no cuidado à saúde durante a hospitalização, e da classe 3, que traz o binômio cidadania-cidadão pelos usuários hospitalizados.

A psicologia social, para o fenômeno cidadania, possibilita contribuir no processo de construção do cidadão que reside no mundo vivido e na construção histórica deste fenômeno na sociedade, conforme abordado no Capítulo 6 (SPINK, 2009).

Com isso, a construção das representações sociais da cidadania pelos usuários hospitalizados se dá a partir da vivência do mundo do hospital/hospitalização; e com base nisso, os sujeitos da pesquisa, ao falarem deste objeto de estudo, trouxeram as marcas da cidadania no cuidado à saúde durante a hospitalização (Classe 2) e na relação estabelecida entre cidadania, direito e cidadão (Classe 3).

No entanto, as representações sociais também são construídas com base nas “permanências culturais inscritas no imaginário social de uma sociedade” sobre o fenômeno cidadania (SPINK, 2009, p.194).

7.1 CLASSE 2 - MARCAS DA CIDADANIA NO CUIDADO À SAÚDE

Esta Classe apresenta 315 unidades de contexto elementares, que perfazem 34% do total das classificadas, além de conter 80 palavras analisáveis. O corte do X^2 (qui-quadrado) gerado pelo programa, tendo como referência o Dendograma de Classificação Hierárquica Descendente (Figura 1), deu-se com palavras de X^2 igual ou maior que 13.

O perfil do grupo de usuários hospitalizados correspondente a esta classe; refere-se aos sujeitos do sexo feminino (*sex_fem), ao local de internação anterior,

que é o hospital cenário de pesquisa (*loc_1), e à faixa etária circunscrita entre 60 a 79 anos (*id_3).

Como observado pela caracterização do perfil do grupo social, este é composto, majoritariamente, por idosas na faixa etária de 60 a 79 anos. A população idosa no Brasil está em crescimento, sendo esta a que mais consome os serviços de saúde, incluindo as internações hospitalares mais frequentes (GÓIS; VERAS, 2010). Atrelado a isso, as mulheres procuram mais pelos serviços buscando o atendimento de saúde, em comparação aos homens (PINHEIRO et al., 2002). O local de hospitalização anterior, por ser o hospital cenário desta pesquisa, ratifica o conhecimento destes sujeitos sobre o cuidado à saúde prestado nesta instituição hospitalar, o que possibilita a comunicação acerca do cuidado prestado sob o prisma da cidadania.

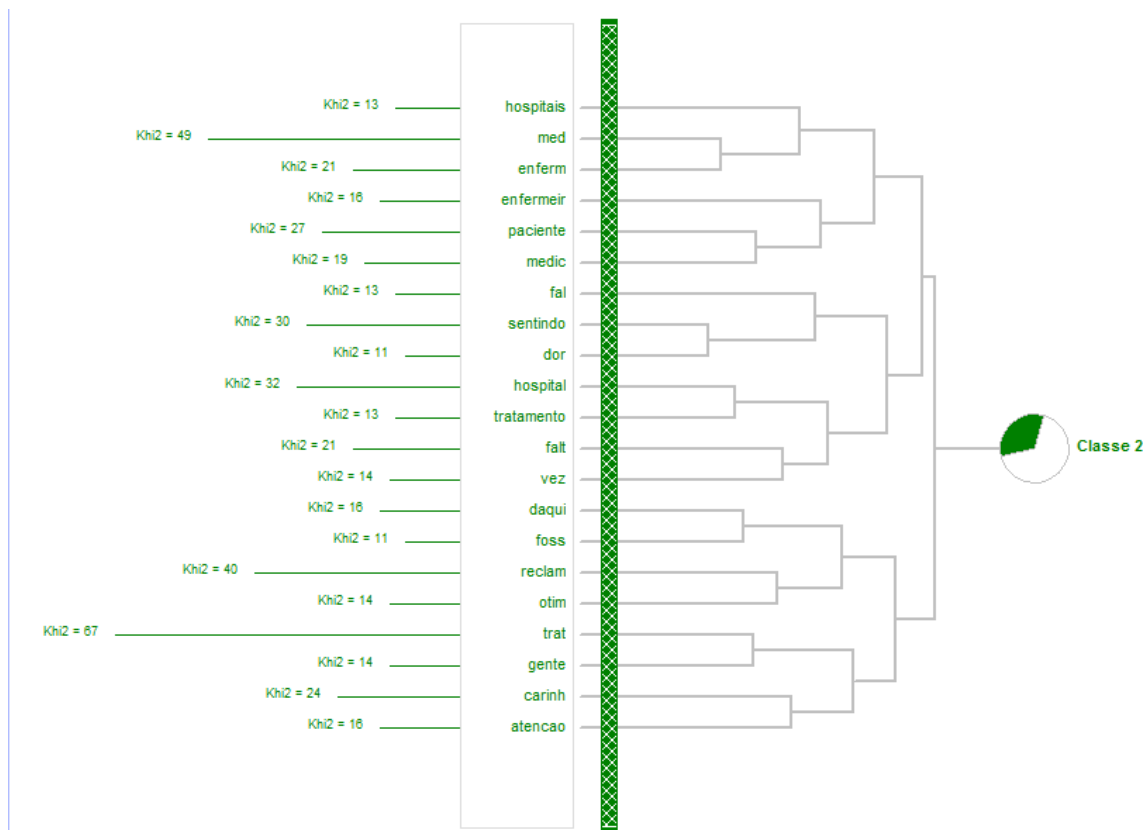
A Classe 2 refere-se às marcas que a cidadania deixa no cuidado à saúde durante o processo de hospitalização, especificamente na vivência e/ou experiência deste processo. Esta ideia-síntese foi considerada com base nas palavras destacadas com maior qui-quadrado, que apresentam maior representatividade intraclasses, tais como: tratada/tratar; médicos; reclamação; bem; hospital; sentindo; paciente; carinho; enfermagem/enfermeiros; e falta, associadas às ucs específicas desta classe (Quadro 5).

Também foi baseada na interpretação da Classificação Hierárquica Ascendente (Figura 6), que permitiu a visualização de dois grandes grupos temáticos intraclasses, um dos quais articulando o trinômio enfermeiro-paciente-médico e o saber fazer no contexto hospitalar, objetivado na técnica/procedimento, além dos fatores gerenciais influenciadores; enquanto o outro se refere à dimensão relacional e subjetiva presente, necessária ao cuidado à saúde e caracterizado pelas palavras tratar, gente, atenção e carinho. Há como questão transversal a estes dois grandes grupos, a cidadania sob o enfoque do direito à saúde.

Quadro 5 – Lista de formas reduzidas com o X² relacionado e as formas completas associadas

Formas Reduzidas	X²	Forma Completa
trat	68	Trata, tratada, tratado, tratam, tratando, tratar, trataram
med	49	Médicos, medo
reclam	41	Reclamação, reclamando, reclamar
hospital	33	Hospital, hospitalar
sentindo	31	Sentindo
paciente	28	Paciente, pacientes
carinh	24	Carinho
enferm	22	Enfermagem, enfermeiros
falt	21	Falta, faltando, falte
medic	19	Médica, medicação, medicina, médico
atenção	16	Atenção
enfermeir	16	Enfermeira, enfermeiras, enfermeiro
otim	15	Ótima, ótimas, otimismo, ótimo
gente	14	Gente
fal	13	Fala, falam, falando, falar, falava, falei, falo, falou
consult	13	Consulta, consultada
relação	13	Relação
hospitais	13	Hospitais

Fonte: Relatório ALCESTE.

Figura 6 – Classificação Hierárquica Ascendente

Fonte: Relatório ALCESTE.

❖ A Cidadania no Cuidado à Saúde inserida no cenário hospitalar

Os sujeitos da pesquisa, ao falarem sobre a cidadania, trazem elementos concernentes ao direito à saúde, como o direito de serem respeitados como usuários dos serviços de saúde, de serem cuidados e, ainda, de terem direito aos recursos, tanto materiais quanto humanos, para a atenção à saúde com qualidade, pois estes recursos influenciam no cuidado.

Isto remonta à perspectiva do direito à saúde, marcada nas ações políticas vigentes desde a promulgação da Constituição Federal e da Lei Orgânica de Saúde, podendo destacar a PNH. Atualmente, busca-se a efetivação deste direito que está incluído nos direitos sociais de que trata a cidadania, por parte da sociedade, que é a usuária dos serviços de saúde.

Assim, os sujeitos lançam mão dos direitos sociais, na figura do direito à saúde, para abordar o fenômeno cidadania face ao objeto desta pesquisa.

Sendo assim, no caso do cuidado hospitalar, ao trazerem a perspectiva positiva e negativa deste cuidado tendo como fio condutor a cidadania, os sujeitos

da pesquisa oportunizam a efetivação concreta deste direito.

Os sujeitos abordam em seus discursos, diante da sua experiência e/ou vivência no cuidado durante o processo de hospitalização, a presença da técnica/procedimento na prática do cuidado atrelada às suas necessidades, o que caracteriza a efetivação concreta da cidadania no contexto hospitalar, conforme os segmentos de texto a seguir:

É bom não estou sentindo dor, o resto está tudo bem, estou sendo bem atendido, os enfermeiros são excelentes, então não tenho nada que reclamar não, estou achando ótimo.

(Um16; uci nº 16; uce nº 622 $X^2=23$)

Fizeram tudo certinho, socorreram ela. Tudo bem. Pisar no calo é quando a gente está sentindo alguma dor e fica esperando. Até então não. Até então quando eu preciso rapidinho eles vêm. Tem nada de errado não.

(Uf1; uci nº1; uce nº 19 $X^2=20$)

Eles estão me tratando de acordo com as necessidades da doença, eu não tenho nada que falar sobre o atendimento que eu tenho recebido pelos médicos e pelas enfermeiras.

(Um28; uci nº28; uce nº 1068 $X^2=9$)

Eu me entendo bem realmente com eles, eles sempre me tratam bem, me atendem bem, colaboram. PARA VOCÊ ATENDER BEM É O QUE, É COMO? cuidar bem do paciente, fazer todo o atendimento da rotina, o paciente pede e ele prontamente socorre, às vezes, a amizade com algumas enfermeiras.

(Um12; uci nº12; uce nº 500 $X^2=11$)

Para estes sujeitos, a cidadania no contexto hospitalar organiza-se em torno da implementação da técnica/procedimento no processo de cuidar, que apresenta como objetivo fim o cuidado ao corpo físico, com vistas à extirpação da doença/agravo que acomete este corpo. Deste modo, o cuidado ao corpo físico torna-se um elemento constituinte do direito à saúde, especialmente no contexto hospitalar e, conseqüentemente, da cidadania.

O direito à saúde abarca em seu conceito, dentre outros itens, a garantia de proteção, promoção e recuperação da saúde aos usuários dos serviços de saúde por parte do Estado (MATTOS, 2010), e para esse fim o cuidado com contorno técnico/procedimental, destacado nos depoimentos, apresenta seu grau de importância, norteador por um saber-fazer centrado no conhecimento biomédico.

Ressalta-se que o direito à saúde no Brasil é amplo e sua efetivação torna-se complexa, visto que se caracteriza por condições de vida e de saúde dignas,

considerando questões de trabalho, moradia, alimentação, educação, lazer, e também saúde universal, equitativa e igualitária a toda população (CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE, 1986; MATTOS, 2010). Deste modo, a questão do direito à saúde está sendo tratada nesta tese a partir de um de seus itens conceituais, qual seja, a atenção à saúde nos serviços hospitalares.

A reflexão acerca da inserção do conhecimento biomédico na saúde envolvendo os atores sociais que a compõe (usuários, profissionais e gestores), possibilita ensaiar uma relação entre produção e difusão deste conhecimento e a representação da cidadania para estes sujeitos, usuários hospitalizados.

Neste sentido, o conhecimento biomédico, sustentáculo das práticas de saúde principalmente nos serviços hospitalares, difundido pelas profissões da área da saúde, desenvolve-se pela abordagem científica e tecnológica servindo de insumo para a saúde pública.

Para Camargo Jr. (2010, p.64-65) “a produção e difusão do conhecimento biomédico são um insumo tão essencial para a saúde pública quanto os insumos materiais tradicionais, como vacinas e remédios”.

Da mesma maneira que o conhecimento biomédico ampara os saberes, as práticas dos profissionais de saúde e as ações em saúde pública por meio da produção e difusão deste conhecimento, este também é veiculado na mídia, e compõe as conversas cotidianas, especialmente nos serviços de saúde. Com isso, seus usuários discursam a respeito dos elementos constitutivos deste conhecimento, que enfoca o cuidado à doença/patologia, sendo então objeto do cuidado.

Esta discussão remete ao papel que as informações assumem na construção do saber dos indivíduos. Para Clémence, Green e Courvoisier (2011), os meios de comunicação de grande difusão, como a imprensa, possibilitam atrair a atenção dos sujeitos para um evento, e assim, para as descobertas científicas. Estas descobertas científicas, presentes na mídia televisiva e escrita, muitas vezes está relacionada ao conhecimento biomédico, ou seja, na descoberta de maneiras de tratamento e de cura para as doenças, como novos remédios, vacinas, dentre outras, como verificado no depoimento a seguir, após a análise de conteúdo:

Tem um remédio para o câncer, todo mundo fica feliz, por que a maioria do povo está canceroso, mas não tem cura, mas eles estão desenvolvendo um meio de fazer um remédio para a cura do câncer, para a cura da AIDS e outras coisas mais, e isso vem das pesquisas que eles fazem, da união que eles têm. O brasileiro está tendo muita consideração com isso no mundo, por que eles estão descobrindo coisas que lá fora não sabem, nem americanos nem nada.

(Um28)

Atrelado a isso está a realidade vivida pelos usuários da atenção hospitalar, sendo o hospital um ambiente historicamente caracterizado como voltado ao tratamento e cura de doenças/patologias, concepção arraigada no imaginário social o que contribui para a caracterização da técnica/procedimento presente no cuidado como um direito diante do objeto de pesquisa, e assim, como um elemento constituinte da cidadania no contexto hospitalar.

Pode-se destacar um trecho da uce nº 1068 supracitada, em que o sujeito de pesquisa imprime valor ao cuidado voltado para as necessidades da doença, e que pode ser objetivado na técnica/procedimento: *“Eles estão me tratando de acordo com as necessidades da doença”*. Deste modo, este trecho reafirma o saber destes sujeitos amparado no conhecimento biomédico que circula neste grupo social.

Pasche (2010, p.110) refere que a relação de uma resposta específica a uma doença específica permitiu “à medicina uma eficácia que até então ela não conhecera, ofertando soluções relativamente simples a problemas de estruturas complexas, o que lhe imprimiu alto grau de legitimidade social e política”.

Para a Organização Mundial da Saúde (2010), o hospital precisa apresentar características de manejo de eventos agudos, eficiência no atendimento para que o mesmo seja terapêutico, apresentar alternativas de tratamento, propiciar um ambiente adequado aos usuários e condições melhores de trabalho aos profissionais, bem como outras questões gerenciais e de cuidado, com vistas a torná-lo mais eficiente.

Desta forma, o objetivo fim do serviço hospitalar é o atendimento dos sujeitos em suas necessidades clínicas, além das subjetivas e sociais que os integram, e de considerar os profissionais de saúde inseridos neste contexto de serviço.

No entanto, a instituição hospitalar não corporifica, nos serviços prestados, os direitos dos usuários dos serviços de saúde de serem atendidos diante da necessidade de cuidados à saúde, conforme a uce e a unidade de registro a seguir:

Eu não posso reclamar não, sempre tive meus direitos respeitados, às vezes uma coisa ou outra a gente vê nos jornais alguém que não teve o seu direito de ser pelo menos atendido, socorrido no momento de dificuldade em uma porta do hospital.

(Uf7; uci nº 7; uce nº 253 X²=8)

Quando fazem pouco, você chega no lugar, as pessoas fazem vir não sei quantas vezes, fazem até pouco de você. Não te dá atenção.

(Uf19)

Com base nestes segmentos de texto, verifica-se novamente o papel dos meios de comunicação na difusão das informações, que contribuem para a construção das representações sociais.

A questão apontada nos discursos destes sujeitos é afeta à dificuldade de acesso aos serviços de saúde que os usuários enfrentam, e também ao direito de receber o cuidado do qual necessita. Assim, esta dificuldade de acesso aos serviços hospitalares impacta diretamente na dimensão social podendo gerar insatisfação e aumento de pressões sociais e políticas por mudança desta lógica impressa nestes serviços (BRASIL, 2011).

Para Mattos (2010) o cuidado à saúde caracteriza-se como condição de vida digna. E dignificar a vida dos indivíduos consiste em proteger os elementos constitutivos do direito à saúde. Para isso, a PNH mostra-se como um modo de fazer não somente uma política abstrata, mas como prerrogativa concreta, tanto na gestão quanto na atenção à saúde.

A legitimação dos direitos sociais preconiza a garantia de condições de vida digna para a sociedade. Entretanto, esta legitimação é insuficiente para que estes direitos se efetivem, sendo necessário buscar protegê-los, conforme aborda Bobbio (2004).

A dimensão subjetiva e relacional imbricada no cuidado também é verificada nos discursos dos sujeitos, pois, mesmo quando abordavam a técnica/procedimento, faziam menção à prontidão, questão subjetiva e relacional percebida como qualificadora do cuidado, conforme mencionado anteriormente na uce nº 19.

Esta dimensão subjetiva/relacional pode ser verificada também nos segmentos de texto a seguir:

Dessa vez todos respeitam muito, muito mesmo, digo por experiência própria. Não são capazes de tratar a gente com diferença, todos tratam todo mundo muito bem, isso eu observo em todos eles, médicos como te trata, trata você com todo carinho e respeito.

(Uf5; uci nº 5; uce nº 203 $X^2=12$)

Aqui os médicos, os enfermeiros tratam com carinho, tratam como se você fosse da família, eu acho o jeito deles assim de falar com a gente aqui, se importa com a gente, se a gente está bem se não está.

(Um17; uci nº 17; uce nº 682 $X^2=15$)

No Brasil, a relação estabelecida entre usuários, sua rede social e familiar e o hospital, ocorre por meio de pouca participação no processo de cuidar, no acesso à informação, como também de uma assistência impessoal e fragmentada (BRASIL, 2011). Deste modo, busca-se superar esta lógica da atenção hospitalar mediante aplicação de seus princípios de transversalidade, indissociabilidade entre a produção de saúde e produção de sujeitos, protagonismo, coresponsabilização e autonomia dos sujeitos (BRASIL, 2008).

Diante do exposto, é preciso assumir um compromisso com o sujeito doente, de acordo com sua singularidade, responsabilização sobre os usuários, um compromisso ético por meio da busca à autonomia dos usuários, da escuta, da criação de vínculos e afetos, do diálogo e do respeito à diferença (BRASIL, 2009a).

Logo, o cuidado se organiza em torno não somente da técnica/procedimento, cujo enfoque é a doença, mas também em torno da dimensão subjetiva e relacional, que recoloca o sujeito na posição de destaque.

Esta última qualifica a prática dos profissionais como cuidado, por entender que o mesmo ocorre na relação entre o cuidador e o ser cuidado, pela interação entre ambos (WALDOW, 1998). E a aceitabilidade dos usuários em relação ao desempenho profissional e dos serviços prestados depende das valorizações subjetivas destes, articuladas à adaptação do cuidado aos seus desejos, expectativas e valores (OLIVEIRA, 2011).

Ferreira (2010) afirma que os atos/operações realizados pelos profissionais, são objetivados como cuidado mediante a interação que estes estabelecem com os usuários. Partindo deste pressuposto, os atos/operações quando não articulados à dimensão subjetivo/relacional do cuidado, geram insatisfação e reclamações, conforme os segmentos de texto a seguir:

Mas eu vejo a reclamação das pessoas em muitos hospitais aí os profissionais não é legal não, então que eles não tratam bem, são pessoas que não têm paciência com o outro, essas coisas todas.

(Uf11; uci n° 11; uce n° 450 X²=9)

A pessoa que é bruta, nem fala, teve um dia que a moça estava aqui, a gente estava falando, na cara da outra, não era paciente, eu que era paciente, e apagou a luz e foi embora, a gente ficou no escuro e ela podia falar alguma coisa.

(Uf20; uci n° 20; uce n° 770 X²=9)

A tomada de posição de um indivíduo, membro de um grupo, em relação ao contexto social em que está inserido, articulado aos valores sociais envolvidos, configura a atitude (DOISE, 2001). Neste sentido, ao assumirem esta posição, diante da ausência da dimensão subjetiva/relacional do cuidado na atenção hospitalar, bem como na relação com os usuários e sua rede social e familiar, os sujeitos evidenciam o valor que atribuem a esta dimensão do cuidado.

Para uma melhor compreensão, os valores existem no mundo social, e se caracterizam na relação com o homem, entendido como ser social. Deste modo, os valores existem “*pelo* homem e *para* o homem” (VÁZQUEZ, 2010, p.147). Assim, o valor atribuído pelos sujeitos ao caráter subjetivo/relacional do cuidado, foi estabelecido na relação entre esta dimensão e os usuários hospitalizados, como seres sociais.

É verificada, nestes discursos, a figura dos profissionais que respeitam menos os direitos dos usuários, daqueles que são “brutos”, impacientes e não mantêm diálogo. Isto remete aos traços pessoais que caracterizam a figura/imagem dos profissionais que respeitam menos os direitos, e correspondem aos elementos figurativos das representações sociais da cidadania destes usuários hospitalizados na vivência da hospitalização. Assim, nas representações “as ideias estão ligadas às imagens e vice-versa” (SEMIN, 2001, p.208). Isto é exemplificado também nos depoimentos a seguir a partir da análise de conteúdo:

Vocês no meio de vocês, vocês sentem, na adianta dizer para mim porque eu sei que é, vocês sentem que tem pessoas mais nariz em pé do que vocês próprios.

(Uf2)

Hoje já é uma baguncinha, já é uma baguncinha, hoje já não tem até respeito à hierarquia, não sei porque você não convive, mas o respeito à hierarquia era sim senhora, não senhora (...).

(Um9)

Qualquer um, qualquer profissão tem o bom e o mau profissional, que está ali só pelo dinheiro e não pelo amor à profissão, como todas as profissões tem.

(Uf7)

Tem profissionais aí que são muito mal educados no tratar dos pacientes e já tem outros não, a educação deles faz com que você fique cativo a ele porque ele te trata de uma maneira tão bem (...).

(Um16)

Com ignorância, dando grito nos pacientes.

(Um17)

Agem com frieza com desprezo, mas hoje já mudou muito também, isso aí antigamente era pior, aqui eu não posso reclamar de nada a maior parte delas, tem algumas que ainda não se conscientizaram disso.

(Uf24)

Aliado a isso, a figura dos profissionais de saúde também remete aos cuidados de cunho técnico empregados na prática da atenção à saúde. Esta interpretação foi possível por meio da análise de conteúdo, conforme depoimentos a seguir:

Não fazem nada, não cuidam direito. Não cuidar direito é não tratar direito, não dar a medicação direito na hora certa, não trocar as fraldas, não dar a comadre quando se pede, tirar quando tem que tirar, tem lugar que você fica com a comadre presa embaixo de você, gritando enfermeira, enfermeira, passa horas, e você faz xixi umas dez vezes ali e não vem ninguém.

(Uf3)

Os profissionais técnicos. Os técnicos de enfermagem. Porque eu vejo. Eu vejo a displicência, a forma como trabalham em relação aos colegas. Displicentemente. Não estão nem aí, fazem por fazer.

(Uf6)

O profissional que foge da ética, que existe mesmo na profissão, o profissional que negligencia, esse pessoal é realmente muito mal que vê as dificuldades do paciente não da assistência, eles podendo, às vezes, por um motivo qualquer, por interesse deles, o profissional que está envolvido, envolve o paciente e, por exemplo, em experimentos, em pesquisas; não sei como é que é isso hoje, se ainda esta assim; e esse tipo de coisa, para benefício próprio as vezes deixa de dar o atendimento que possa estarem necessitado, para atender um outro que vai beneficiá-lo de alguma forma.

(Um12)

O cuidado na vertente técnica, entendido como um dos elementos da representação sobre a cidadania no cenário hospitalar, no que tange ao respeito dos direitos dos usuários hospitalizados, foi também caracterizado na observação participante. Neste sentido, o técnico de enfermagem realizou a aplicação de medicamento subcutâneo sem uso de luva de procedimento e, em outro momento, outro profissional de enfermagem, durante a troca de nutrição enteral, empregou o cuidado na vertente subjetiva, com manutenção de conversa com o usuário e carinho. Entretanto, na execução da técnica procedimental, não respeitou algumas etapas, deixando no chão da enfermaria os materiais retirados (equipo e bolsa de nutrição enteral). Diante disso, a técnica, na execução dos procedimentos de enfermagem, em alguns momentos, não é impressa no cuidado de enfermagem, o que é entendido pelos usuários hospitalizados como falta de respeito aos seus direitos.

Os profissionais que respeitam mais os direitos dos usuários hospitalizados, também estão relacionados com a vertente técnica e relacional do cuidado, sendo exemplificados nos depoimentos que se seguem:

Eu acho que mais humana, pessoa mais humana, a pessoa que tem mais o coração aberto, uma pessoa que acredita que Deus existe sabe, que você está aqui porque está permitindo, porque Ele te deu a vida, não foi teu pai e tua mãe que te deu a vida, foi Deus que te deu a vida.

(Uf2)

Tratam bem, tratam com educação, tratam direito, fazem a obrigação deles.

(Uf3)

É o que eu estou te falando, tem uns que chegam e trabalham com vontade, mostram o que veio fazer, já outros não, o que era para fazer não fazem.

(Uf8)

(...) a saber cuidar do doente, a saber se dirigir ao doente, o que é que você quer, não, pois não senhor o que é que você deseja, entendeu, isso aí, então nós fomos moldados desta forma (...).

(Um9)

Falam normal com o pessoal. Fala calmo.

(Um17)

Com certeza, uns são mais humanos, respeitam os direitos que sabem que os pacientes têm direitos, que eles não estão ali fazendo favor, eles estão cumprindo deveres, recebendo o dinheiro, estamos nos hospitais federais estão recebendo o que é nosso, nós é que pagamos todos os direitos deles, todos os salários, então eles têm obrigação.

(Uf24)

Com mais técnica, mais apurada, bem mais, bem feito, não fez por fazer.

(Uf6)

Com isso, atrelada à figura do profissional de saúde que respeita mais ou menos os direitos dos usuários hospitalizados, está a figura do bom e do mau profissional de saúde, como exemplificado no depoimento a seguir:

O bom profissional é aquele que gosta do que faz primeiramente e se prontifica a cumprir todos os requisitos que aquela profissão exige dele, por exemplo, o enfermeiro, o médico, exige uma dedicação ao paciente, muito estudo, atualização sempre, um bom profissional vai procurar isso. O mau nem tanto, deixará as coisas de lado, não será tão atualizado, não será tão dedicado, terá, tem tendência maior de mau humor para atender os pacientes.

(Uf7)

Face ao exposto, no que diz respeito à atenção à saúde, é necessário que haja a inclusão dos sujeitos e de sua rede social e familiar no cuidado baseado em valores de respeito à subjetividade e proteção dos direitos dos usuários, sendo esta inclusão um direito de cidadania. Inserir o sujeito no cuidado da atenção hospitalar e primar pela relação entre ele e o profissional de saúde, se traduz na efetivação da cidadania do usuário. Enquanto se focar somente a doença como objeto do cuidado, conforme a lógica da atenção hospitalar vigente na maioria das instituições, a cidadania do usuário continuará apenas normatizada, mas não concretizada. O desafio é “resgatar a integralidade do cuidado ao indivíduo” (BRASIL, 2011, p.12).

Os sujeitos, em seus discursos, reafirmaram a necessidade de articulação entre a técnica/procedimento e a dimensão subjetiva/relacional no cuidado, possibilitando a sua integralidade, conforme depoimentos a seguir:

Eu me refiro bem atendido e tanto no tratar das pessoas, o tratamento delas é excelente e o hospitalar também tem sido ótimo.

(Um16; uci nº 16; uce nº 623 X²=13)

Hospitalar assim os remédios na hora certa são tudo em cima do horário certo. Remédio. O atendimento das enfermeiras que são excelentes, o tratamento delas em si e com muito carinho, e importante para gente como paciente.

(Um16; uci n° 16; uce n° 624 X²=18)

Eu realmente eu não acho, porque aqui eles tratam a gente com todo carinho, respeito, alimentação e tudo muito organizado, tudo no horário, tudo muito respeitado, aí eu não tenho o que falar, isso já é uma coisa que não combina comigo.

(Uf5; uci n° 5; uce n° 201 X²=14)

Diante da cidadania no cenário hospitalar, na vivência da hospitalização, a representação sobre este objeto apresenta, como um dos elementos constituintes, o cuidado em suas vertentes técnicas e relacionais, conforme exposto na discussão anterior.

Neste sentido, o cuidado de enfermagem está imbricado nos discursos dos sujeitos acerca da cidadania no cenário hospitalar. Estes sujeitos articulam a cidadania e o cuidado por meio das vertentes que o integram: a relacional e a técnica (WATSON, 2002; FERREIRA, 2005; WATSON, 2007) já que, quando presentes na prática do cuidado, corporificam a responsabilidade cidadã da profissão de enfermagem. Deste modo, a parcialidade do cuidado de enfermagem com a ausência de implementação de uma de suas vertentes, não caracteriza a cidadania implicada no cuidado.

Neste sentido, a cidadania no cenário hospitalar é marcada pelo cuidado na dimensão técnica/procedimental e na subjetiva/relacional, visto que o usuário considera-se cidadão quando estão presentes no cuidado as vertentes técnicas e relacionais.

Mas cabe ressaltar que a cidadania do usuário não se concretiza apenas na mudança da lógica da atenção; para isso, faz-se necessário uma mudança também na gestão, já que ambas são indissociáveis. Se pensarmos apenas por um viés, apresentando um pensamento dicotomizado, manteremos as dificuldades marcadas no sistema de saúde sem conseguirmos solucioná-las, já que para isso é necessário compreendermos a sua complexidade.

Assim, a não-cidadania, para os sujeitos desta pesquisa, reside nas fragilidades gerenciais, tanto governamentais quanto institucionais, e do cuidado na vertente relacional, conforme os seguintes depoimentos:

Olha uma falta de estrutura assim, médico. As pessoas que vivem em uma renda baixa têm que se locomover para poder ir ao médico, chega ali ele não tem o dinheiro de passagem, mostra aquele passe, aí se aquele passe não estiver na validade, eles falam coisas absurdas (...).

(Uf2)

Mas por isso que eu estou falando, o doente ele se sente, às vezes, cidadão dependendo do tratamento da equipe (...) porque se a equipe chegar eu estiver em cima da cama, e eu tenho lá um problema qualquer que está me dando diarreia, desandando a torto e a direito, toda hora, aí eu estou lá meio que desmaiado, meio aqui meio lá (...) estou ouvindo que alguém está me chamando de cagão o tempo todo, e é uma coisa que ninguém queira, que ninguém goste (...) aí é por isso que eu estou falando, que ele pode sentir, mas o que faz ele se sentir cidadão, geralmente, é a equipe, no caso a equipe de enfermagem, principalmente.

(Um9)

(...) mas assim o que a gente percebe é um empenho da classe médica, mas tem certas limitações assim de ordem material que acaba afetando o atendimento, eu não sei até que ponto, mas eu acho que, por exemplo, quando vim aqui tinha um vazamento ali no banheiro, eu pedi que fosse arrumado (...).

(Um10)

(...) às vezes o paciente vem, ele é obrigado a mudar de tratamento no hospital, ele está assim na assistência, às vezes, ele é recusado, às vezes ele não tem consciência, se vai no hospital municipal (...) não sabe quem cuida daquele hospital se é município, se é estado, quem é o responsável por aquilo ali, então não tem essa consciência, às vezes, se ele vai buscar um remédio que não tem, ele culpa o governo que talvez não é o responsável pela distribuição daquela medicação, então ainda falta muita informação para o povo.

(Um12)

Quando não podem ajudar, ficam mais deitados e não podem ajudar; então eu acho que eles não se sentem cidadãos.

(Uf27)

Observa-se, diante disso, que a condição de não-cidadania apresenta uma relação assimétrica com a de cidadania para os sujeitos desta pesquisa. A cidadania é mediada na relação entre o profissional de saúde e o usuário, e neste sentido, pode haver uma negociação entre ambos para que a cidadania seja assegurada. Diante do exposto, a cidadania no cenário hospitalar é assegurada por meio das relações interpessoais, o que retoma a perspectiva da cidadania valorativa, discutida por Veloso (2006) e Veloso e Ferreira (2007) em sua dissertação de mestrado.

E para que no cenário hospitalar a situação de não-cidadania seja revertida, será preciso um comprometimento das gestões governamental e institucional, além da implementação do cuidado na vertente relacional na atenção hospitalar.

Neste sentido, a cidadania pode estar circunscrita em determinado cenário e com isso, há uma cidadania no cenário hospitalar voltada para os usuários que vivenciam este processo de hospitalização. Sendo assim, o indivíduo é cidadão na dependência do espaço em que está inserido, com base na representação dos sujeitos de pesquisa, e isto evidencia a ampliação do conceito de cidadania, visto que está relacionada não somente ao tempo e ao espaço, mas também a um determinado cenário que, neste caso, é o hospitalar, dentro de uma sociedade em um mesmo momento histórico, social e político.

Isto corrobora a alteração que o conceito e prática de cidadania vem sofrendo no interior dos Estados-nacionais, que pode ser em decorrência da abertura maior ou menor do Estatuto dos Cidadãos, ou pelo grau de participação política de diferentes grupos e/ou diante dos direitos sociais e proteção social oferecidos pelo Estado, segundo Pinsky (2008).

Destaca-se o depoimento de um dos sujeitos que revela a relação entre a cidadania e doença, sendo assim a doença influencia na condição cidadã do usuário hospitalizado como um fator limitante.

Eu acho que não, por que eles com a doença acarretam um sentimento aqui dentro da pessoa que ele se acha desprezado. Estando nessa situação e pensa que daí ele não vai sair e dá aquele recalque na pessoa e ele se sente assim mal, como que está faltando alguma coisa.

(Um 28)

Além disso, neste cenário, a cidadania é entendida na perspectiva da aceitabilidade do cuidado prestado pelo profissional de saúde ao usuário hospitalizado, já que este assume uma postura passiva e submissa para ser considerado cidadão pelo outro que, neste caso, é o profissional de saúde.

(...) só dele aceitar as coisas é uma cidadania, tem gente que é rebelde, às vezes, ele está sendo cuidado e está sendo rebelde, aí está fugindo um pouco das características, então, a gente para ser cidadão a gente tem que aceitar para ser aceito.

(Um16)

Eu acho que tem que começar principalmente também pelos pacientes porque tem pacientes que, às vezes, são rebeldes, então não faz as coisas direito com os agentes de saúde, com ignorância, eu acho que não é assim, achando assim que está aqui, que eles estão trabalhando se sente obrigado a fazer as coisas para a gente na hora que quer, se sente aquela obrigação, não é assim (...).

(Uf14)

A cidadania reside também na passividade como estratégia de inclusão, e partindo do exposto, o conceito de cidadania tem como um de seus elementos fundamentais a inclusão, servindo como mola propulsora para a busca dos direitos dos cidadãos. No entanto, no cenário hospitalar a inclusão do usuário hospitalizado pode ser assegurada a partir da passividade/aceitabilidade, isto é, a cidadania é fruto da inclusão advinda da passividade/aceitabilidade sendo, portanto, uma cidadania consentida.

Historicamente, o conceito de cidadania associa-se à participação popular, visto que sua construção foi mediada por lutas e embates de indivíduos engajados neste processo de construção e de busca por direitos. Neste sentido, o conceito e a prática de cidadania ganham um tom de participação popular na busca por direitos e na efetivação destes, o que não foi verificado na análise da representação dos sujeitos desta pesquisa, pois, mesmo que discorram sobre a necessidade de participação concreta na busca dos direitos no cenário hospitalar, na prática, não assumem uma posição participativa para que sejam entendidos como cidadãos, e então, titulares de direitos.

Isto foi verificado tanto nos depoimentos dos sujeitos supracitados, a partir da análise de conteúdo, quanto na observação participante, em que uma usuária hospitalizada paraplégica necessitava de água; entretanto, a garrafa de água estava vazia, bem como a garrafa e o copo estavam longe da usuária, e no momento que a técnica de enfermagem trouxe a água e lhe ofereceu após ser solicitado pela pesquisadora, a usuária não esboçou atitude alguma frente ao ocorrido, apenas reclamou acerca da sua dependência junto aos profissionais de enfermagem, que não estão disponíveis quando necessita.

O direito à saúde, parte integrante dos direitos sociais, requer que seja concretizado, e não somente seja objeto de reflexão e discussão. Em face disso, os sujeitos de pesquisa enunciam em seus discursos os direitos dos usuários hospitalizados, segundo a análise de conteúdo.

Trazer no bojo da discussão sobre cidadania os direitos dos usuários hospitalizados demonstra o tom de especificação do direito; sendo assim, o direito dos usuários hospitalizados aprofunda a tutela dos direitos que não é mais voltado ao cidadão de forma genérica, mas aos usuários que vivenciam o processo de hospitalização.

A Carta de Direitos dos Usuários nos Serviços de Saúde compreende os

direitos e deveres destes usuários, independente de sua especificidade; assim os usuários são tratados de forma genérica. Mas o que os sujeitos de pesquisa elaboraram dizem respeito aos seus direitos enquanto hospitalizados que, embora convergindo com os direitos traçados pela Carta de Direitos, assume os contornos do processo de hospitalização.

Os direitos enunciados são: direito de ser tratado com respeito; direito de ser abordado de acordo com sua particularidade; direito à visita médica periódica; direito à privacidade; direito à informação sobre a doença e tratamento; direito ao conforto e segurança; direito à escolha; direito ao tratamento digno; direito à medicação; direito ao cuidado subjetivo; direito ao leito de internação; direito de expressão; e direito de realizar exames diagnósticos.

Os depoimentos que se seguem são a exemplificação do exposto:

Eu tenho direito à medicação, todos os exames possíveis, eu acho que eu tenho direito à medicação, alimentação, é que mais, é exames, acho que é só (...) eles tem direito a um leito, eu acho que os direitos deles são esses, está dentro de uma caminha deitadinho, sendo cuidado, não pelos corredores do hospital, naquelas cadeiras sentados, outros no chão como a gente vê na televisão.

(Uf3)

A todos aqueles de bom tratamento, um tratamento digno, correto, atenção, medicação, visita periódica de médico, chega a ser com tanta constância que vira e mexe estão perguntando, como está, está bom, se torna até amigos.

(Uf6)

(...) aqui eu estou bem atendida, mas o conforto, o conforto, que também seria um direito do paciente, aqui exatamente eu não tenho, travesseiro eu tenho que trazer de casa, não tem cobertores e o lugar é frio, deveria ter se é um, e o paciente também precisa estar confortável no seu leito. O banheiro digno (...).

(Uf7)

Eles teriam mais se o hospital pudesse oferecer umas condições tão boas quanto de um hospital particular, é um direito que ele tem. Condições de atendimento, condições de atendimento, de ter o suporte laboratorial, o suporte de infra-estrutura, o suporte de equipamentos (...).

(Um 10)

(...) eu sou respeitado, senhor nós vamos fazer isso, não sei o que, agora se você não quiser a gente não faz, eu sei que aqui, mas eu não conheço afundo a cartilha dos direitos e deveres do doente. Desde da comunicação, de você falar qual é a medicação que você está tomando, aquela medicação, às vezes, a pessoa pergunta para que serve, eu falava serve para isso, isso e aquilo, se a pessoa não quer é respeitado também o não querer (...).

(Um9)

Aqui eu tenho sim, porque todos tratam bem aqui, todos os médicos, os enfermeiros, todos, todos, até aquele moço que leva a gente na cadeira, vai fazer um exame respeita. É dar atenção, falar sempre, falar com as pessoas, é isso.

(Um17)

Olha, direito de dizer sim, de dizer não, de aceitar algumas coisas, de não aceitar outras e por aí.

(Um31)

O depoimento abaixo, destacado pela análise lexical, também aborda os direitos dos usuários hospitalizados:

O direito de ter um tratamento, de ser bem tratado, de ter o tratamento adequado ao que preciso. POR QUE O SENHOR ACHA QUE TEM SEUS DIREITOS RESPEITADOS? Porque eu, sempre que precisei, tive e tenho tudo isso que te falei.

(uci nº 30; uce nº 1153 X²=10)

Assim, a representação da cidadania por este grupo de usuários hospitalizados vem se configurando em torno do direito que os usuários possuem na vivência da hospitalização, que é legitimado, mas muitas vezes não efetivado.

❖ **Mudanças no cenário hospitalar necessárias à proteção dos direitos dos usuários**

Diante dos direitos dos usuários hospitalizados e sobre a cidadania no cenário hospitalar, enunciados pelos sujeitos de pesquisa, estes elencaram as possíveis maneiras de intervir neste cenário, para que os seus direitos sejam protegidos, e então, a sua cidadania seja assegurada.

As mudanças apresentam dois enfoques, sendo eles: na atenção à saúde e na gestão. Na atenção à saúde, é necessário que haja informação prestada pelo profissional acerca da dinâmica hospitalar, da doença e seu tratamento, humanidade, compreensão, empatia, respeito, bom humor, amor, dedicação e carinho no atendimento e capacitação técnica do profissional de saúde. Isto é observado nos depoimentos a seguir:

Só melhorar o atendimento das pessoas. Muito fraco. Ser melhor.

(Uf19)

Eu acho que teria que ter mais informação a respeito do tratamento de cada pessoa. Porque a gente não vai, não é sem informação daquilo que nos cerca, daquilo que nos é dado o direito, nós temos que ter conhecimento.

(Um21)

Porque tem hospital que os pessoal são melhor que do que outros, tem mais paciência, porque tem hospital aí que a gente vai os pessoal, às vezes, trata a gente com mau humor, sem educação, sem nada, graças a deus ainda não vi isso não, mas eu vejo a reclamação das pessoas em muitos hospitais aí os profissionais não é legal não, então que eles não trata bem, são pessoas que não tem paciência com o outro essas coisas todas.

(Uf11)

Bem o cuidado aqui é muito bom, muito pouca diferença, somente com relação como eu te falei de algum dos técnicos, de alguns técnicos como lá na emergência, aquela emergência é tenebrosa (...). Tem uns lá grosseiros demais, demais, não respeitam o teu estado, não estão nem aí. Parecem que são máquinas e falam, ficam de conversa, falando besteira perto do paciente, aquelas comadres. Acho horrível isso.

(Uf6)

E na gestão, os problemas correspondem às filas para acesso ao serviço de saúde, à demora no atendimento, à escassez de recursos humanos, à precariedade da limpeza, à superlotação/falta de espaço, às péssimas condições de trabalho, à precariedade da estrutura hospitalar, à ventilação e à refrigeração deficientes nas enfermarias, à ausência/baixa qualidade e manutenção dos recursos materiais, ao mobiliário deteriorado, à falta de roupa e de chuveiro elétrico.

Estas questões gerenciais são exemplificadas nas seguintes unidades de registros e uce:

Assim diferente, eu não sei, bem isso aqui realmente merece uma obra, uma pintura nos móveis já existentes (...).

(Uf6)

Tem a questão do conforto, embora tenha essas janelas grandes ter uma ventilação maior porque esquenta, mais em relação ao conforto (...) aqui tem um desperdício grande de água, todas as bicas vazão água, o chuveiro, a bica da pia e a bicada pia do banheiro ficam caindo água o dia todo, isso é um desperdício dinheiro (...).

(Uf7)

A marcação de consulta não adianta reclamar porque tem, médico tem pra caramba, mas acontece que a população parece que aumentou e a população hospitalar aumentou, então é aquilo mesmo você marca para uma hora e cinco horas da tarde você sai, é o dia inteiro que você perde vindo aqui.

(Um9)

Olha esta ficando precário, limpeza está ficando, está ficando jogado mesmo, falta de material, material simples (...).

(Um12)

A coisa que não tem no hospital é um chuveiro elétrico assim, porque as outras coisas está tudo bem, só um banho frio que as meninas tem que se desdobrar para fazer uma água quente para gente tomar banho (...).

(Uf15)

Tem muita coisa nos hospitais que podia ser diferente, por exemplo, limpeza, a limpeza, tem hospitais muito sujos, existe muita gente largada nos corredores dos hospitais, em cima de máquinas, no chão às vezes.

(uci n° 16; uce n° 650 $X^2=9$)

O hospital não tem nada diferente. É um hospital. O que poderia melhorar nos hospitais seria ter mais enfermeiros e enfermeiras, e a medicação que nesse hospital aqui não tem, às vezes falta o material e isso é necessário num hospital.

(uci n° 29; uce n° 1142 $X^2=9$)

Eu falo pelo o que vejo na televisão e não pelo o que eu vi. Mas o que a gente vê na televisão e isso, os hospitais todos precisando de médico.

(uci n° 1; uce n° 16 $X^2=14$)

Os fatores gerenciais correspondem à ausência de recursos materiais e humanos, bem como à superlotação e limpeza hospitalar. Para Waldow (1998), as condições externas ao processo de cuidar, do qual resulta o cuidado, como estrutura, ambiente, recursos humanos, materiais, administrativos e outros, influenciam este processo, modulando a ocorrência ou não do cuidado. Neste sentido, a presença destes fatores pode impossibilitar a execução do cuidado a que o usuário tem direito.

Estes fatores mantêm relações com a macropolítica que se constitui como um dos vieses dos problemas na área da saúde. Pasche (2010) critica a polarização mantida entre a macro e a micropolítica no campo da saúde, por demonstrar para a sociedade que os problemas sanitários são oriundos da falta de recursos e dificuldades de gestão constituintes da macropolítica.

De fato, os problemas sanitários decorrem da esfera macropolítica, mas

também da micropolítica, sendo necessário atuar em ambas as esferas para, assim, qualificar o sistema de saúde brasileiro.

Para este autor (Op.cit.), a valorização da macropolítica possibilita a criação de um ambiente favorável ao abastecimento de recursos materiais e humanos no sistema de saúde, que não necessariamente garanta e defenda a vida e dignifique o trabalho.

Ainda que a macropolítica oriente as ações voltadas ao sistema de saúde, estas continuam aquém das necessidades dos usuários. Isto pode ser inferido diante dos discursos dos sujeitos, ao trazerem a falta de profissionais de saúde (médicos e profissionais da equipe de enfermagem) e a falta de materiais (como os medicamentos).

Para que o hospital promova efetividade social (BRASIL, 2011) por meio da gestão e da atenção em saúde, é necessário que a macro e a micropolítica orientem as ações voltadas ao sistema de saúde, já que ambas ainda são fontes de problemas a serem solucionados.

A questão da superlotação dos hospitais, como abordado no discurso da uce nº 650, é uma problemática nas instituições hospitalares, e se configura como um problema de ordem mundial quando associado aos serviços hospitalares de urgência e emergência. A superlotação nas unidades de internação, com a ausência de leitos disponíveis, é a principal causa da superlotação dos serviços de urgência e emergência dos hospitais, contribuindo para uma baixa efetividade da assistência prestada e para o aumento do índice de mortalidade nos referidos serviços, pelo atraso do diagnóstico e tratamento. Os usuários apresentam um aumento no tempo de permanência nestes serviços contribuindo para que haja uma saturação dos leitos dos serviços de urgência e emergência, bem como a acomodação destes usuários nos corredores dos hospitais (BITTENCOURT; HORTALE, 2009).

Bittencourt e Hortale (2009) fizeram uma revisão sistemática a respeito das intervenções realizadas nos serviços hospitalares de urgência e emergência para minimizar o problema da superlotação nestes serviços, e encontraram intervenções de cunho processual, como instituição de corrida de leitos nos serviços de emergência hospitalar e requisição de leitos hospitalares por este serviço, melhoria da rotatividade nos atendimentos laboratoriais e radiologia, instituição de protocolos clínicos - operacionais e outros, e estruturais como expansão do número de leitos, implantação da unidade de atendimento a pacientes críticos e de unidades de

observação de usuários hospitalizados e aqueles aguardando diagnóstico, dentre outros; entretanto, existem poucos estudos sobre esta temática, bem como teses e dissertações, concluindo pela necessidade de mais estudos para possibilitar a compreensão das causas e maneiras de intervir neste problema.

Nesta consideração, a PNH propôs um dispositivo chamado acolhimento com classificação de risco voltado para os serviços de urgência/emergência, com vistas a atender os usuários de maneira adequada, considerando o grau de gravidade ou potencial de agravamento, bem como o grau de sofrimento do usuário por meio de protocolos de classificação, e assim, possibilitar maior agilidade do atendimento (BRASIL, 2009b).

O acolhimento é uma das diretrizes da PNH com o intuito de aproximar-se do outro no cotidiano dos serviços de saúde e produção da vida, além de possibilitar a inclusão do outro como uma atitude ética (BRASIL, 2009b).

Deste modo, esta diretriz e este dispositivo constituem-se como estratégias para atenção adequada e ágil dos usuários que recorrem aos serviços de urgência e emergência, capazes de produzir saúde, e também vida. Entretanto, é necessária uma atuação coordenada entre todos os setores da instituição hospitalar, com o comprometimento de profissionais e de gestores na atenção e na gestão, para que a atenção à saúde produza efetivamente saúde e vida.

Outra questão apontada pelos sujeitos foi o ambiente e sua manutenção, inclusive no que tange à limpeza, que também são objetos de atenção da PNH (BRASIL, 2007c). Uma das diretrizes desta política é a ambiência, que aborda o ambiente como instrumento facilitador das relações sociais e interações, além de proporcionar conforto.

Ao refletir acerca do conforto na diretriz ambiência, torna-se óbvio que a limpeza possibilita a promoção de conforto, já que esta diretriz exalta a relação dos sujeitos com os elementos do ambiente como cheiro, iluminação, som e outros, e neste sentido, o mau cheiro produzido pela falta de limpeza gera desconforto. Outro aspecto importante é o fato de a limpeza do ambiente ser uma das estratégias de proteção contra infecções hospitalares, isto porque o ambiente hospitalar é um grande reservatório de patógenos, deixando seus usuários, funcionários e visitantes mais suscetíveis à contaminação, segundo o Manual de Microbiologia Clínica para o Controle de Infecção em Serviços de Saúde da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (2004).

Sobre esta temática, pode ser destacado o texto de Florence Nightingale (1989) que aborda a influência do ambiente na recuperação dos sujeitos face ao agravo/doença, bem como as condições que o organismo precisa para não adoecer, a exemplo da limpeza e da ventilação ambiental, ambos necessários à recuperação da saúde dos usuários hospitalizados.

A produção de dados foi realizada no mês de dezembro, que integra o verão, e foram observadas reclamações dos usuários hospitalizados pela falta de estrutura hospitalar em manter o ambiente das enfermarias ventilado, visto que em algumas os ventiladores inexistiam ou estavam danificados; o insulfilme das janelas estava rasgado; e algumas janelas, por estarem danificadas, impediam a sua abertura, tudo interferindo tanto no restabelecimento dos usuários quanto no exercício profissional dos trabalhadores que atuam na instituição.

Observa-se, portanto, o desrespeito ao direito dos usuários hospitalizados no que tange à atenção à saúde. Foram destacadas as situações a serem modificadas, e para isso, estes sujeitos assumiram uma atitude participativa, por meio de conversa com os profissionais de saúde e com a direção do hospital, de reclamação e cobrança por melhores condições ambientais, de denúncia (principalmente pela família) e de briga, agressividade e discussão, como pode ser observado nos depoimentos a seguir:

Eles denunciam, abre a boca e botam a boca no trombone, a família principalmente. Eles falam com as autoridades (...) é eles falam lá para diretoria do hospital (...).

(Uf3)

Com agressividade, aí começam a reclamar, começam a responder e sejam até agressivos.

(Uf14)

Eles se revoltam, tem discussão, às vezes bate-boca, muitos saem até no braço.

(Uf19)

Cobrar, cobrar, exigir e não se calar.

(Um21)

Então é aquele negócio que eu falei para você, respeita porque sabe o direito de cada um. Aí nego fica, fica bravo. Ele fala asneira para caramba, fala besteira.

(Um23)

A observação participante contribuiu para reafirmar este papel participativo do usuário hospitalizado na relação com o profissional de saúde, que se destaca pela sua maior frequência. Foi observado que um usuário hospitalizado e seu familiar cobraram da técnica de enfermagem a limpeza do extensor de duas vias do acesso venoso periférico, que apresentava sangue em seu interior. A limpeza, então, foi realizada pela profissional responsável pelo cuidado do usuário hospitalizado.

Outra questão observada foi a ausência de informação sobre o estado de saúde dos usuários, como os sinais vitais, e também sobre a medicação a ser administrada, situação que ocorreu com diversos usuários e profissionais de enfermagem (técnicos e auxiliares de enfermagem). É preciso ter claro que a ausência de informação infringe o direito do usuário, que precisa buscá-la sistematicamente. Entretanto, alguns usuários não se posicionaram de maneira participativa e, assim, assumiram uma atitude de impotência, submissão, obediência e frustração, calando por medo diante da desigualdade de poder e diferença de posições entre usuários e profissionais de saúde. Com isso, apenas lamuriavam-se entre os seus pares, como demonstram os seguintes depoimentos:

Eu faço que não estou vendo, ignoro. Ignoro, porque, bem eles estão trabalhando no trabalho deles, estão tentando salvar a nossa vida e mesmo eles se tratar mal nós temos que aceitar.

(Um17)

Eu acho que eles devem ficar muitos felizes de terem os direitos respeitados, agora quando não, a pessoa se sente mal, se sente frustrada conforme você vê em jornais, pessoas que morrem na fila do INSS, quer dizer tanta coisa que torna se difícil.

(Um18)

(...) porque hoje em dia a pessoas calando é pior, então tem que, porque tudo na conversa se resolve, então se a pessoa está se achando muito coisa, conversa, explica, tem tudo e fica, daí para frente o atendimento seja melhor.

(Uf8)

Bem, no meu caso eu fico quieta e em muitos casos aqui que eu vejo eu fico quieta. Por medo, por eu estar aqui em uma posição que eu não estou bem de saúde e todo mundo está bem saúde, eles, eu não, então se eu for arranjar uma guerra, eu já estou em um lugar que eu tenho que ser cuidada, eu vou arranjar uma guerra para que, eu tenho medo de está arranjando uma guerra e passa e fica pior, então eu escuto sim, mas fica para mim.

(Uf13)

Em relação aos aspectos gerenciais, observou-se que os sujeitos não assumem um posicionamento participativo visto que, para eles, o Governo dispõe das ferramentas necessárias para promover as mudanças nestes aspectos. Sendo assim, os sujeitos não possuem uma consciência participativa nas decisões governamentais, o que pode ser verificado nos depoimentos a seguir:

(...) eu acho que tem um pouco de culpa dos hospitais e um pouco de culpa dos governantes, porque os governantes tinham que cuidar mais dos hospitais porque é uma das coisas que os governantes tinham que se preocupar muito era com hospitais e educação, no caso as três coisas educação, saúde e segurança, que nós não temos.

(Um16)

Os governantes deviam dar mais atenção aos hospitais, é como se diz, aplicar mais na saúde.

(Um26)

Poderia ser diferente, dizem que metem a mão, como metem a mão, como tem miserável, explicar tal, tal, está acontecendo isso, é uma pouca vergonha e os doentes sofrendo por aí na porta, caindo, morrendo, enquanto o governo não tomar uma atitude mesmo, é capital para colocar besteira tem, para a saúde e para a educação não tem nada, o que vai se fazer?

(Um25)

Organização, limpeza, tudo; na realidade a palavra em português bem claro é poderia se roubar menos e administrar melhor, porque poderia ser muito melhor poderia sim, poderia, não é impossível, é a falta da vontade política, vontade de fazer que não deixa que a coisa funcione direito, que poderia ser muito bom.

(Um12)

O que poderia melhorar nos hospitais seria ter mais enfermeiros e enfermeiras, e a medicação que nesse hospital aqui não tem, as vezes falta o material e isso é necessário num hospital. Essas mudanças ocorreriam se os governos ajudassem os hospitais.

(Um29)

POR QUE A SENHORA ACHA QUE TODO MUNDO TEM QUE TER OS SEUS DIREITOS RESPEITADOS? *Se precisar o governo deveria dar direito a todo mundo. O QUE A SENHORA ACHA QUE O GOVERNO NÃO FAZ? Muita coisa. Na educação, na saúde, em vez de eles estarem fazendo coisa para carnaval, copa do mundo, eles deviam olhar mais para saúde e educação.*

(Uf19)

A delimitação da responsabilidade de mudança nos fatores gerenciais que modulam a garantia do direito dos usuários no cenário hospitalar centrada no governo, ou seja, no Estado, caracteriza a construção histórica da cidadania no

Brasil, onde os direitos sociais foram implantados durante o período ditatorial em que o Legislativo estava fechado ou era somente decorativo. Isto possibilitou um fascínio pelo Executivo que incumbiu a este o poder de modificar as realidades da sociedade, e esta cultura pode ser denominada estadania, que é a valorização do Estado (CARVALHO, 2009).

Os sujeitos indicaram as possíveis atitudes a que os usuários precisam recorrer como reclamação, conversa com os profissionais e denúncia, destacando a reivindicação por meio do âmbito jurídico, para que seus direitos sejam respeitados no cenário hospitalar. Esta estratégia de busca dos direitos pela via do judiciário refere-se à judicialização da saúde, questão que pode ser verificada nos depoimentos a seguir:

Tem que ir para a justiça, só isso. É claro que sim, igual a mim, quando eu vou lá que eu não tenho remédio, meus remédios todos caros, aqui tem, lá não tem, são quatro remédios, de cem reais, duzentos reais, como eu fiz, fui na justiça, eles me deram.

(Uf20)

Acho que seria uma questão de momento, questão de oportunidade, eu iria correr atrás dos direitos, iria buscar os direitos, através do poder judiciário, que tivesse à altura de atender.

(Um21)

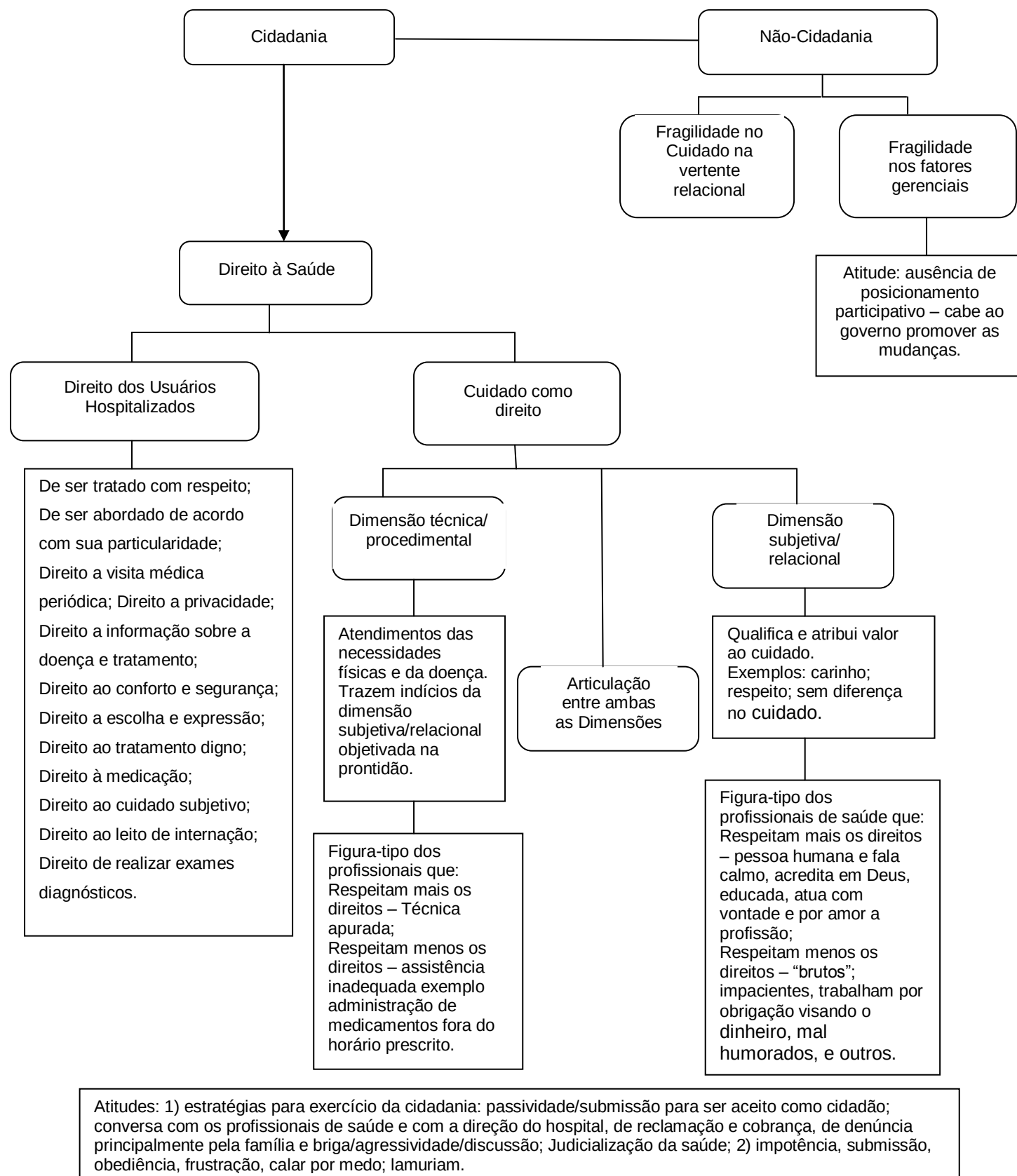
A judicialização da saúde apresenta-se como instrumento de efetivação do direito à saúde, já que os usuários hospitalizados, ao entenderem que seus direitos não foram assegurados, acionam o Estado judicialmente para garantir que seus direitos sejam respeitados.

Neste sentido, a privação dos cidadãos aos serviços de saúde dos quais necessitam, conduz ao acionamento do Estado pela via judicial (Ministério Público), que se torna uma arena de luta contra a desresponsabilização do Estado de suas obrigações com o direito à saúde da população, além de caracterizar a fragilidade do diálogo entre gestores e profissionais de saúde com os usuários (MATTOS, 2010). E deste modo, o Ministério Público (MP) torna-se um espaço de construção e efetivação da cidadania dos usuários dos serviços de saúde, visto que atua em prol do direito da coletividade a partir de casos concretos na vida social. Entretanto, os usuários, em sua maioria, desconhecem as maneiras de acessar o direito à saúde via MP, além de desconhecerem o próprio direito, conforme já discutido (CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE, 2003).

Em resumo, estes sujeitos, membros de um grupo social, representam a cidadania no cuidado à saúde no contexto hospitalar ao trazerem tanto as dimensões técnicas/procedimentais quanto subjetiva/relacionais no cuidado, e a articulação entre ambas. Os fatores gerenciais também são percebidos como influenciadores no processo de cuidar, e assim, necessários para a atenção à saúde no ambiente hospitalar com qualidade. Ao fazerem referência à dimensão subjetiva/relacional do cuidado, caracterizam a figura-tipo dos profissionais de saúde que respeitam menos os direitos dos usuários, além desta dimensão ser qualificadora do cuidado, e quando ausente, gerar reclamação e insatisfação. Deste modo, em seus discursos, os sujeitos abordam questões afetas ao direito à saúde quando caracterizam as representações sociais da cidadania no cenário hospitalar.

A Figura 7, a seguir, resume a representação social da cidadania no cuidado à saúde, que enfatiza os direitos dos usuários hospitalizados, bem como a sua atitude frente à ausência de proteção destes direitos. Além de trazer a influência dos fatores gerenciais para a garantia da cidadania no cenário hospitalar.

Figura 7 – Esquema explicativo da representação social da cidadania no cuidado à saúde



7.2 CLASSE 3 – DIREITO COMO FACE DA CIDADANIA E A FIGURA DO CIDADÃO

Esta classe é composta por 419 unidades de contexto elementares, que perfazem 46% do total das classificadas, além de conter 106 palavras analisáveis. O corte do X^2 gerado pelo programa, tendo como referência o Dendograma de Classificação Hierárquica Descendente, deu-se com palavras de X^2 igual ou maior que 10.

O perfil do grupo de usuários hospitalizados correspondente a esta classe refere-se a sujeitos com faixa etária entre 40 e 59 anos (*id_2).

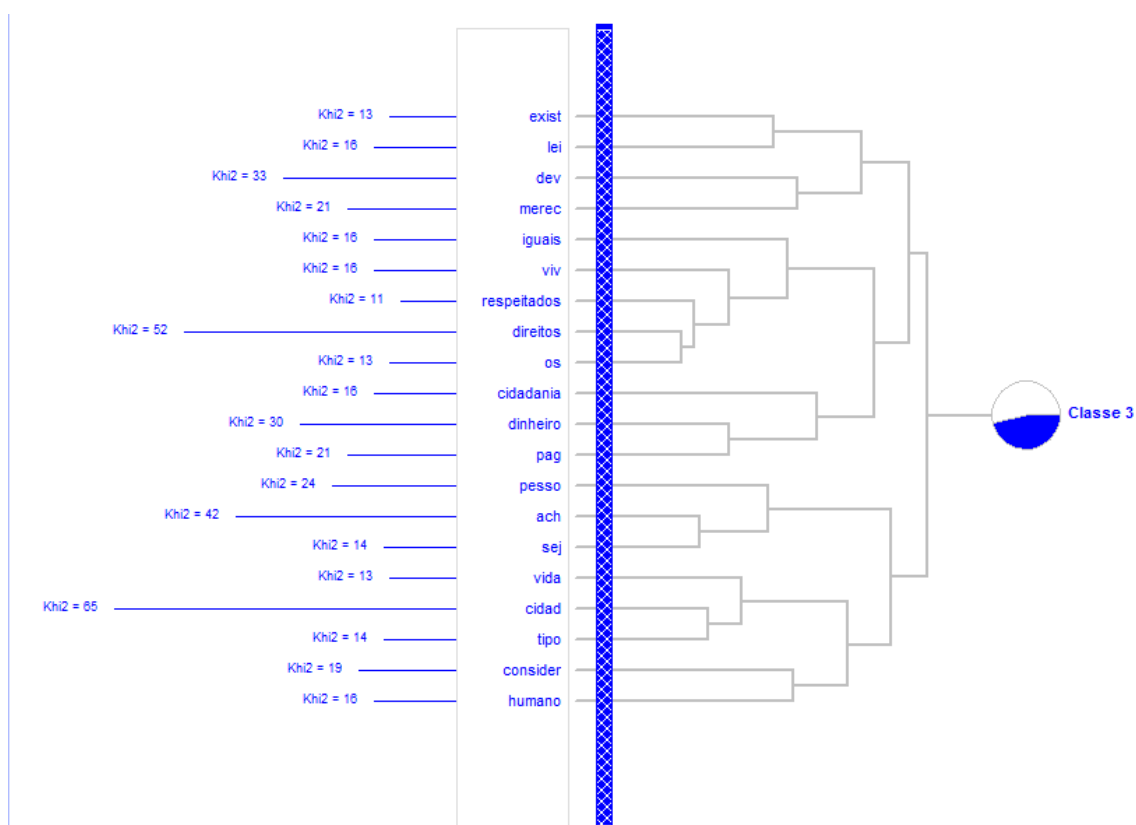
Esta classe organiza-se em torno da cidadania, sendo enfocada na perspectiva dos direitos, que conformam o seu conceito fazendo alusão àquilo que consideram como direito das pessoas, e a respeito do merecimento destes direitos pelas pessoas. Além disso, foi caracterizada a figura do cidadão e a do não-cidadão.

A referida interpretação foi realizada a partir da análise das palavras pertencentes a esta classe contextualizadas pelas u.c.e, associada à análise da Classificação Hierárquica Descendente (CHA) (Quadro 6 e Figura 8).

Quadro 6 – Lista de formas reduzidas com o X² relacionado e as formas completas associadas

Formas Reduzidas	X²	Forma Completa
ciudad	66	Cidadão, cidadão, cidadão, cidade
direitos	52	Direitos
ach	42	Acha, acham, achando, achar, acho
dev	34	Deva, deve, devem, dever, deveres, devia, deviam, devo
dinheiro	31	Dinheiro
peesso	25	Pessoa, pessoal, pessoas
merec	22	Mereça, merece, merecem, merecemos, merecer, merecia
pag	21	Paga, pagamos, pagando, pagar, pago
consider	20	Considera, consideração, considerada, considerado, consideram
lei	17	Lei, leio, leis
viv	17	Vive, vivem, viver, vivo
iguais	17	Iguais
humano	16	Humano, humanos
cidadania	16	Cidadania
tipo	15	Tipo, tipos
sej	14	Seja, sejam
vida	13	Vida, vidas
exist	13	Existam, existe, existem, existentes, existir, existo
respeitados	11	Respeitados
acredit	10	Acredita, acreditar, acredito
imposto	10	Imposto, impostos

Fonte: Relatório ALCESTE.

Figura 8 – Classificação Hierárquica Ascendente

Fonte: Relatório ALCESTE.

A cidadania, cujo enfoque se dá na perspectiva dos direitos, é evidenciada nas formas reduzidas que ilustram esta interpretação, sendo elas: direitos ($X^2=52$); dinheiro ($X^2=31$); merec ($X^2=22$); iguais ($X^2=17$); viv ($X^2=17$); cidadania ($X^2=16$); e respeitados ($X^2=11$).

❖ O direito como elemento central da cidadania

Os usuários hospitalizados, ao falarem a respeito da cidadania, trouxeram a questão do direito como elemento central da representação social da cidadania. Neste sentido, fizeram alusão ao que consideravam como direito que, em geral, o situa na vertente civil e social, considerando questões afetas à liberdade da pessoa e à sua participação nos bens da coletividade, sendo eles: direito à vida; direito a viver com dignidade; direito de ser respeitado; direito de viver com saúde (direito à saúde); direito à liberdade (“de fazer tudo”); direito de realizar o que almeja e direito de cumprir com os deveres. Isto é exemplificado nos depoimentos a seguir:

Só de você viver já uma é cidadania, viver com saúde, dignidade, respeitar os direitos dos outros é cidadania para mim eu acho que é, como por exemplo, respeitar o filho, o parente em si, eu acho uma pessoa como qualquer uma outra pessoa.

(Um16; uci n° 16; uce n° 634 X²=12)

Sim, sim tem os direitos de ser respeitados, e tem os direitos de respeitar também, é o mesmo direito, de ser respeitado e respeitar as pessoas também.

(Uf15; uci n° 15 uce n° 600 X²=11)

Então eles são respeitados. O SENHOR ACHA QUE TEM SEUS DIREITOS RESPEITADOS? tenho. conforme eu tenho os meus direitos respeitados, conforme eu tenho também o direito de respeitar o próximo.

(Um29; uci n° 29; uce n° 1127 X²=11)

Eu acredito que do mesmo modo que eu vivo, as outras pessoas também tem o mesmo direito de viver, de cumprir com os deveres, de fazer de tudo também.

(Um18; uci n° 18; uce n° 696 X²=10)

O conceito de cidadania desdobra-se em **direitos** civis, políticos e sociais. A palavra direito está destacada para caracterizar a relação direta entre direito e cidadania. Como foi referido, a cidadania foi historicamente alicerçada na busca pelos direitos das pessoas como cidadãos, e não mais titulares apenas de deveres como súditos de um soberano (PINSKY, 2008).

Deste modo, trazer a questão do direito no bojo do discurso sobre cidadania, remete ao processo histórico de construção da cidadania e seu conceito, entendendo-se que isto está presente na representação dos sujeitos sobre este objeto, conforme aponta Spink (2009), quando afirma que a construção histórica da cidadania é um dos elementos que amparam a formação do cidadão.

No entanto, o direito político é representado pelo voto para os sujeitos de pesquisa, e deveria garantir a obtenção de benefícios oferecidos pelo Estado, segundo a análise de conteúdo. Este benefício requerido é pessoal, e não em prol da coletividade, conforme a maior frequência de aparição desta temática.

Neste sentido, a cidadania na perspectiva do direito político está centrada na relação do “toma lá, dá cá”, em que os indivíduos dão o voto ao político na expectativa de que, eleito, ele venha a sanar suas necessidades pessoais. Entretanto, a cidadania preconiza a abrangência dos direitos aos cidadãos, não sendo o direito “pessoalizado”. Isto pode ser observado nos seguintes depoimentos:

Acho que o próprio governador, o presidente. Eles poderiam fazer mais pra gente, por que nós votamos e acaba que fica assim desse jeito. Eles deveriam fazer, nos ajudar, por que eles contam com o nosso voto.

(Um29)

Chegar no final dos quatro anos você ir lá e votar por obrigação, porque eu sei que se eu não for lá votar, eu vou pagar uma taxa mínima para o estado, mas você não quer dar este tipo de mole para o estado, porque o estado não abre graça para você de jeito nenhum, se você vai tentar uma aposentadoria você não consegue fácil, nada disso, então a gente fica indignada com tudo isso, porque a gente quer botar uma pessoa lá em cima, e aquela pessoa fica com aquele abuso de poder, quer te roubar, as leis são muito conturbadas, então, para mim assim nunca foi cidadania (...).

(Uf2)

Entretanto, os sujeitos Um9 e Um10 caracterizaram o direito político de acordo com o conceito de cidadania, que se refere à participação no governo para o bem da coletividade:

(...) aí fulano precisa fazer uma vaquinha para consertar a ponte, porque eu moro lá uma área meio rural, então gera uma vaquinha para consertar uma ponte, a tá tchau, mas fulano você não vai participar da vaquinha, eu não, não uso essa ponte não passo por aí, isso aí não é essa pessoa que participa, não é aquela pessoa que participa, não, não, eu votei errado, eu votei errado, não era para eu ter votado na Dilma, mas votei, não tinha coisa melhor, mas é, então aí eu votei errado porque na hora lá me deu uma loucura, votei porque você pediu, porque fulano pediu, mas agora me arrependo.

(Um9)

(...) então, isso é uma soma de cada um, quer dizer, isso na verdade vai dar uma questão, que é extremamente a essência da cidadania, que é a consciência na hora de votar para que essas pessoas que forem eleitas pudessem realmente mudar porque isso deve ser mudado lá no Congresso, no Senado (...) então, é preciso que o cidadão entenda que ele precisa de colocar lá, através do voto, pessoas que realmente tenham condição de fazer isso.

(Um10)

Diante dos resultados desta pesquisa, verificou-se também que direitos específicos como aqueles voltados para os deficientes físicos e os idosos, segundo a análise de conteúdo, compuseram a representação dos sujeitos sobre a cidadania na vivência da hospitalização.

Este fato retrata a quarta etapa de construção do Estado democrático caracterizada por Bobbio (2004, p. XI), que é a etapa de especificação, e esta etapa coloca o direito em plano de especificidade, ou seja, “passar a cuidar do ser

em situação”.

(...) a mesma coisa daqui, respeitador, trata muito os idosos, eu gosto demais (...). Delicado aqui para os idosos, para todo mundo, dá banho nos idosos que não podem levantar, botam no banheiro, eles tratam muito bem no cuidar de idoso, de idoso e tudo.

(Uf4)

Cidadão, é tanta coisa, é a pessoa idosa do sistema único de saúde, a pessoa da passagem grátis, a pessoa que é deficiente físico (...).

(Uf20)

Olha muitos cadeirantes andam por aí e reclamam muito que não tem, mas eu como não saio de casa para mim está bom, eu não saio, eu não trabalho. Fico em casa, me tratam bem. É a rua, asfalto. Às vezes, eles querem trabalhar e a rua está toda esburacada. É estacionamento na calçada, essas coisas que ouço na televisão.

(Uf1)

Os direitos dos cidadãos, aqueles reconhecidos pelo Estado, atualmente precisam ser protegidos visto que a sociedade, em sua maioria, não tem acesso aos mesmos (BOBBIO, 2004). Assim, os sujeitos também trazem o direito pelo viés da sua proteção e garantia de acesso por parte da sociedade. Isso pode ser verificado nos seguintes segmentos de textos presentes na uce:

A sua cidadania esta sendo prejudicada porque você tem esse direito, sabe como é que é, de realizar os seus objetivos, você trabalha, estuda, você paga para trabalhar, paga para estudar, então você faz um investimento.

(Um10; uci n° 10; uce n° 412 X²=15)

Porque eu acho também que a gente tinha que ter mais direitos diante de tantos impostos, de tudo que a gente merece uma qualidade de vida melhor, eu vejo assim, porque nem todos tem acesso e todos deveriam ter, essa e a minha maneira de pensar.

(Uf24; uci n° 24; uce n° 884 X²=15)

Para Bobbio (2004, p.23), a proteção dos direitos do homem é um problema político, não mais filosófico, pois “quando se trata de passar à ação, ainda que o fundamento seja inquestionável, começam as reservas e as oposições”.

No Brasil, os direitos são garantidos constitucionalmente; ou seja, é dever do Estado oferecer à sociedade brasileira os direitos sociais (direito à saúde, educação, trabalho, moradia e outros) e políticos, e também garantir os direitos civis (BRASIL, 2010).

Entretanto, os cidadãos, mesmo sendo titulares destes direitos, para ter acesso a eles, com destaque para os direitos sociais que integram o discurso dos sujeitos, precisam recorrer ao serviço privado, para que tenham condições dignas de vida, conforme evidenciado na uce nº412.

A construção da cidadania no Brasil foi às avessas, tendo como referência o modelo inglês, já que o direito social precedeu os outros direitos, e esta configuração teve como consequência a valorização do poder Executivo, ficando a cargo do Estado o poder de “repressor e cobrador de impostos” e de “distribuidor paternalista de empregos e favores” (CARVALHO, 2009, p.221).

Deste modo, os sujeitos centralizam no Estado o poder de beneficiar a sociedade com os serviços, o que caracteriza a permanência cultural brasileira arraigada no imaginário social destes sujeitos. Para eles o “Estado cobra impostos e, em troca, oferece aos cidadãos uma série de serviços” (NAVES, 2008, p.566). Esta questão é evidenciada na uce nº 884, na qual fica evidente que, diante de tantos impostos, o Estado deveria oferecer mais direitos às pessoas.

No entanto, na medida em que o Estado tem o dever de garantir os direitos sociais, visto que este está relacionado ao papel do Estado, isto não pode ser entendido como uma postura paternalista e assistencialista. Este dever do Estado tem como princípio a justiça social (CARVALHO, 2009).

Diante do exposto, há uma reformulação da lógica trazida por Naves (2008) quando, baseada no discurso dos sujeitos, pois o Estado cobra impostos, não oferece adequadamente os serviços aos cidadãos, e estes precisam recorrer ao serviço privado para poder obtê-los. Esta lógica, porém, não se estende a todos os cidadãos, pois há aqueles que não dispõem de recursos financeiros para recorrer ao serviço privado, permanecendo à margem da sociedade.

Em suma, os direitos das pessoas não são protegidos, reafirmando o problema político destacado por Bobbio (2004). Sendo assim, apesar de os sujeitos reconhecerem que todas as pessoas integrantes de uma sociedade são titulares de direitos, a partir do preceito de igualdade, observa-se que há uma desigualdade nesta titularidade pelo poder aquisitivo; e neste sentido, o dinheiro pode configurar-se como um caminho para a garantia dos direitos, como verificado nos segmentos de texto a seguir:

Porque vai até, o que eles podem fazer, o que eles podem fazer, eles fazem, o que eles podem comprar, eles compram, mas e os pobres, não, eu acho que os direitos deveriam ser iguais.

(Uf13; uci nº 13; uce nº 539 X²=13)

Tem gente que tem dinheiro, outros já tem pouco, já não tem nada, então eu acho que isso aí seria válido, eu acho que todo mundo devia ter os seus direitos iguais.

(Uf14; uci nº 14; uce nº 580 X²=13)

Embora seja gratuito isso não devia ser justificativa para que eles não tivesse o melhor atendimento, ou seja, não faz sentido, aí esse cidadão se sente lesado porque, é o seguinte, eu sou mal atendido porque eu não tenho dinheiro.

(Um10; uci nº 10; uce nº 407 X²=10)

Você consegue quando você tem dinheiro, se você não tem você é esquecido, aí você só é cidadão se tiver dinheiro, aí não tem como. Você não é cidadão só se estiver dinheiro, eu acho que os direitos são iguais para todos.

(Uf2)

A desigualdade de direitos alicerçada na divisão socioeconômica da sociedade brasileira caracteriza a tensão no interior do Estado que, constitucionalmente, preconiza a igualdade de direitos e deveres entre os cidadãos.

Neste sentido, foi evidenciado tanto pela análise lexical quanto pela análise de conteúdo, que a reivindicação dos direitos e a educação (informação / conhecimento), são estratégias que os indivíduos precisam acionar para que tenham a possibilidade de acesso àqueles direitos e, assim, assegurar sua cidadania, visto que a desigualdade de direitos conforma-se como realidade na sociedade, e isto pode ser verificado nos depoimentos a seguir:

Eu acho que todo mundo merece respeito, e eu acho que todo mundo deveria tentar cometer consciência e pensar desta forma, as pessoas deveriam ter mais acesso a educação para não ficar nessa baixa estima, achando, não sabendo os direitos que tem.

(Um12; u.c.i nº 12; u.c.e nº 456 X²=13)

Apesar de a justiça existir, o pobre dificilmente consegue o que a justiça promete, tem hora que o pobre lesado ele não pode nem pagar uma passagem, aí ele não pode, e também lhe é negado, porque quando sabem que ele não tem os conhecimentos necessários, negam, é negado para ele os seus direitos, a gente ver.

(Um21)

Primeiro que ele tem que ter o conhecimento do direito, que a maioria não tem, eu não posso cobrar uma coisa que eu não sei (...).

(Um9)

(...) isso para mim seria mais educação de ter assim um ego, um desejo realizado, mas para o jovem é necessário porque para você levar consciência com tudo que você é é isso.

(Uf24)

Não se sentem cidadão por vezes é por falta de estudo e, muitas das vezes, é a maneira de ser tratado também. Influenciam porque uma pessoa que não tem estudo ele chega no lugar e ele não consegue se expressar, não tem educação para se comunicar, é você fala até o que ele não fala, e muitos são analfabetos que não sabem nem assinar o nome.

(Um26)

As duas estratégias citadas são interligadas, visto que a reivindicação é dependente da educação como forma de conhecimento / informação sobre os direitos e suas vias de acesso, sendo este um processo cíclico (Figura 9).

A relação entre a educação como fonte conhecimento acerca dos direitos que constituem a cidadania foi evidenciada em outra pesquisa sobre este objeto, ao mostrar que o comportamento das pessoas em relação ao exercício dos direitos civis, políticos e sociais, bem como ao conhecimento dos direitos em si, estão associados ao nível de escolaridade (CARVALHO, 2009).

Figura 9 – Processo cíclico entre cidadania, educação, reivindicação e direitos



Fonte: Produção da pesquisadora.

❖ Gradientes de merecimento dos direitos e igualdade de direitos

O saber dos sujeitos acerca dos direitos que integram a cidadania dos indivíduos, constrói-se por vias contrárias, já que o direito é concebido na perspectiva da igualdade e à luz do merecimento, ou seja, o indivíduo é merecedor de direitos na medida em que os seus atos associam-se às normas morais da sociedade.

O merecimento do direito está centrado na pessoa, na dependência do seu comportamento no cotidiano, conforme segmentos de texto a seguir:

Eu acho que todos têm, mas tem muitas pessoas que fazem por merecer isso, de não ter os direitos respeitados, mas isso aí e por ela mesmo, ela mesmo procura não ter esse direito respeitado.

(Uf2; uci nº 2; uce nº 95 X²=25)

É de acordo com o que você recebe, você dá aquilo que você recebe, você não dá amor, carinho para sua mãe, para todo mundo, é de acordo com o que você ganha dela, não é, eu acho que a mesma coisa somos nós cidadãos com os médicos, com qualquer pessoa.

(Uf2; uci nº; uce nº 79 X²=9)

O lugar ao sol é o seguinte e sempre conseguir aquilo que ele pretende fazer, você ser sempre respeitado e respeitar. O SENHOR ACHA QUE EXISTE ALGUÉM QUE MERECE MAIS E ALGUÉM QUE MERECE MENOS? Existe. Cada um tem que fazer por merecer.

(Um26; uci nº 26; uce nº 949 X²=9)

Deste modo, os discursos mostram que na dependência do comportamento da pessoa, a mesma pode ter ou não o direito respeitado, caracterizando o direito por meio da reciprocidade. Este merecimento do direito associado ao comportamento da pessoa enuncia a questão moral como norteadora destes discursos.

Diferente do direito, a moral relaciona-se ao conjunto de normas e regras estabelecidas em uma dada sociedade, que amparam as ações dos indivíduos. Estas ações podem ou não convergir para as normas e regras morais, sendo ações positivas e negativas, respectivamente (VÁZQUEZ, 2010). Neste sentido, para estes sujeitos, o respeito ao direito se dá na dependência da violação, ou não, das normas morais por um indivíduo. O direito não é voltado a todos, mas aos indivíduos que o merecem, e sendo assim, o direito é um valor.

Evidencia-se na uce nº 79 a reciprocidade sustentada no esquema

explicativo centrado na relação de amor e carinho entre mãe e filho que, para este sujeito, se assemelha à relação entre o profissional de saúde e o usuário hospitalizado. Neste sentido, a relação entre o profissional e o usuário é regulada pela perspectiva moral, caracterizando a moral como norteadora dos julgamentos e atos dos sujeitos, entretanto a atenção à saúde impressa pelo profissional deve partir da premissa ética, calcada nos direitos e deveres tanto dos profissionais quanto dos usuários, que amparam o seu exercício profissional.

Diante do merecimento do direito, há gradientes que caracterizam os indivíduos como não merecedores de direitos, aqueles que merecem menos direitos e aqueles que merecem mais direitos, segundo a análise de conteúdo temática. Cada gradiente de merecimento do direito corresponde a tipos de indivíduos, sendo eles: - os que merecem mais: as pessoas com boa vontade, os trabalhadores, os que respeitam o direito do outro e a pessoa honesta; - os que merecem menos: as pessoas que se preocupam com a vida alheia, que desfazem do outro, que roubam e que cometem fraudes, que não respeitam o direito do outro, os corruptos e os que se acham melhores que o outro; - os que não merecem: a pessoa com má vontade, agressiva, que trata mal, mal educada, que não ajuda o outro, que transgride a lei (exemplo, o estuprador), que tem desamor, que não se arrepende de seus atos e o bêbado.

Os depoimentos a seguir exemplificam esta interpretação:

Tem gente que não merece não. Pessoas que não gosta de ajudar ninguém, mau educada, para mim eu acho isso, não gosta de ajudar ninguém, faz, às vezes, as coisas pode até fazer, mas com má vontade, aí não pode ser uma pessoa respeitada para mim (...) Pois é quem merece menos, esses que são muito rompantes, não quer nem saber, a pessoa está numa coisa precisando eles não estão nem aí, aí eu acho que não merece. Esses que eu estou falando, atende o outro de boa vontade e de tudo, acho que esses merecem.

(Uf11)

Há com certeza, tem pessoas que por questões sentimentais, merecem um pouco mais que outros. Por exemplo, aquele trabalhador que é uma pessoa certa, correta que trabalha, luta para viver; então não tem como você comparar um pessoa dessa, com uma pessoa que rouba, que faz maracutaia, claro que tem que merecer mais, ele merece mais (...).

(Um12)

Se tem alguém que não merece, eu acho que seria um desses homens que não tem lei, estuprador, acho que esse aí não merecia, porque se ele faz as coisas erradas é porque ele não tem amor nem a si nem as pessoas, para ter amor ao próximo a pessoa primeiramente tem que se amar a si própria, se ele faz uma coisa dessa é porque ele não tem respeito, então ele não tem que ser respeitado, então eu acho assim.

(Uf14)

É aquele cara honesto, trabalhador. É aquele que, por exemplo, corrupto, merece menos, porque é corrupto (...) E aquele fora da lei, é um corrupto, é um cara assim sem moral.

(Um26)

Ficar na cadeia, agora soltam direto por aí. Acho que quando há um bom comportamento e a pessoa não procura voltar aquela vida pregressa que ele tinha, aí ele recebe vitória na vida dele.

(Um28; uci nº 28; uce nº 1044 X²=10)

O discurso do sujeito referente à uce nº 1044 remete à pergunta se existe alguém que não mereça ter o direito respeitado, e sua resposta traz a questão da pessoa criminosa, aquela que infringe a lei, mas que deve ter o seu direito respeitado somente quando se arrepender dos atos cometidos.

O ato criminal associa-se tanto à esfera do direito quanto da moral; na primeira, porque a criminalidade converge para a violação das normas jurídicas, e na segunda, porque se refere à violação das normas morais (VÁZQUEZ, 2010).

Entretanto, o discurso deste sujeito está centrado na esfera moral porque ele constrói seu pensamento segundo as normas morais da sociedade, e não apresenta em seu discurso traços da esfera do direito, enquanto normas jurídicas.

O respeito ao direito, neste caso, é determinado pelo merecimento, o que contradiz os preceitos que amparam a cidadania, sendo a liberdade e igualdade, destinados a todos os integrantes de uma sociedade (PINSKY, 2008).

Entretanto, uma parcela dos sujeitos afirma que não há grau de merecimento em relação ao direito das pessoas, visto que todos são cidadãos com igualdade de direitos, independente da pessoa (“pobre ou rica”, “branca ou preta”, “gorda ou magra” entre outras características pessoais), bem como do seu comportamento na sociedade, conforme consta nos depoimentos a seguir:

TEM ALGUÉM QUE MEREÇA MAIS OU QUE MEREÇA MENOS? *Não acho que todos merecem igual, muito igual mesmo, por isso, pelo o que eu estou te dizendo, porque todos são iguais, nos somos todos cidadãos, todos nós merecemos uma qualidade de vida melhor.*

(Uf24; uci nº 24; uce nº 903 X²=22)

VOCÊ ACHA QUE TEM UMA PESSOA QUE MEREÇA MAIS E UMA QUE MEREÇA MENOS? *Acho que não. Não tem ninguém que mereça mais que mereça menos, acho que preto, pobre, qualquer um tem que ter o mesmo direito, nós temos os mesmos direitos.*

(Uf27; uci nº27; uce nº 974 X²=20)

Eu entendo assim quando tem, são respeitados, tratam direito como deveriam ser tratados a todos. DIREITO, O QUE? direitos iguais, todos os direitos iguais, tanto faz se é branco se é preto, gordo ou magro, tipo assim entendeu?

(Uf8; uci nº 8; uce nº 292 X²=15)

O SENHOR ACHA QUE TEM ALGUÉM QUE MEREÇA MAIS, OU ALGUÉM QUE MEREÇA MENOS TER OS SEUS DIREITOS RESPEITADOS? *Não, quanto a mérito, eu não acho, porque não é a camada social, assim penso eu, que favorece a si mesmo, a cada pessoa, já que o direito existe, a cidadania existe, os direitos são iguais para todos.*

(Um21; uci nº 21; uce nº 800 X²=15)

O SENHOR ACHA QUE EXISTA ALGUMA PESSOA QUE NÃO TENHA, QUE NÃO MEREÇA TER OS SEUS DIREITOS RESPEITADOS? *Não, todos tem o direito. POR QUE O SENHOR ACHA QUE TODOS TEM? Porque todos nós somos humanos, somos cidadãos, somos iguais perante a lei, perante Deus.*

(Um21; uci nº 21; uce nº 799 X²=9)

O estado democrático de direito é caracterizado pela perspectiva dos cidadãos como titulares de direitos, e não somente de deveres. Para a construção deste estado, Bobbio (2004) refere-se a quatro etapas, e dentre elas há a generalização (segunda etapa), que tem como princípio a igualdade e a não discriminação. Neste sentido, o estado democrático de direito considera a igualdade dos direitos dos indivíduos como cidadãos, excluindo toda forma de discriminação.

Esta discussão revela que os sujeitos, ao abordarem a questão da inexistência de merecimento sobre o respeito ao direito, convergem para o princípio de igualdade, característico do estado de direito, bem como para o conceito de cidadania.

O Brasil se configura um estado democrático de direito, uma vez que na Constituição de 1988 contém as quatro etapas citadas por Bobbio (2004), que são:

positivação, generalização, internacionalização e especificação. Mesmo constituindo-se em estado de direito, há desigualdade nos direitos que excluem as pessoas, deixando-as à margem deles, tendo a agressividade como um indício de atitude da sociedade, entendendo atitude como um posicionamento em um dado contexto social a partir de processos avaliativos realizados pelo indivíduo, sendo uma das dimensões das representações sociais (DOISE, 2001; ARRUDA, 2009; JESUINO, 2011). Isto pode ser verificado na seguinte uce:

Porque não foi respeitado os direitos deles. O SENHOR ACHA QUE ALGUÉM MEREÇA E OUTRO QUE MEREÇA MENOS? Não acho que todos são iguais. POR QUE? Porque acontece o seguinte, a pessoa que está marginalizada, essa pessoa não tendo o direito assegurado ela fica até mais agressiva e tudo, já aquele que é mais assistido, ele já tem uma outra ideia, é feito uma outra coisa.

(Um18; uci nº 18; uce nº 710 X²=9)

Isto caracteriza a defasagem entre a norma e a prática efetiva no campo dos direitos. Para Bobbio (2004, p. 72), “a defasagem é ainda mais intensa precisamente no campo dos direitos sociais”. Entretanto, no Brasil há uma precariedade maior a respeito do conhecimento, extensão e garantia do direito civil (CARVALHO, 2009). Ambas as afirmações, articuladas aos depoimentos dos sujeitos, reforçam a ausência da efetivação dos direitos, o que demonstra a fragilidade da cidadania brasileira, considerando os direitos que a compõem.

Para Carvalho (2009), a desigualdade de direitos é caracterizada como um novo câncer, em comparação com a afirmativa de José Bonifácio ao referir-se à escravidão. Significa dizer que a desigualdade impossibilita a constituição de uma sociedade democrática. Diante disso, a atitude de agressividade emerge como uma forma, talvez, de demonstrar a indignação das pessoas. Entretanto, para mudar esta realidade, os cidadãos precisam tomar consciência do poder de sua participação no governo, evitando assim a atitude de “esquizofrenia política” (CARVALHO, 2009, p.224), em que as pessoas desprezam os políticos, mas continuam votando neles com vistas ao benefício pessoal.

Em relação à saúde, os sujeitos afirmam que não há grau de merecimento, apenas que os cuidados estão relacionados às necessidades do usuário, como no seguinte depoimento:

EXISTEM PESSOAS QUE MEREÇAM TER MAIS DIREITOS E OUTROS MEREÇAM TER MENOS DIREITOS? *Não. Eu acho que todos merecem igualmente, a não ser aquele que esteja em piores condições realmente deve receber uma atenção maior, mas, de um maneira geral, a atenção tem que ser para todos.*

(Uf6; uci nº 6; uce nº 229 X²=12)

Deste modo, os profissionais de saúde atuam na prática do cuidado com base no merecimento dos usuários, já que este cuidado deve ser voltado a todos por direito. Sendo assim, a atenção à saúde dos sujeitos depende dos cuidados de que carecem.

❖ **Figura-tipo do cidadão como elemento de representação social**

Como já exposto, a cidadania também é abordada na figura do cidadão e seu contrário, delimitando as suas características. Neste momento, a questão dos deveres emerge nos discursos dos sujeitos.

Para esta interpretação foram observadas as seguintes formas reduzidas associadas às palavras completas contextualizadas na u.c.e: cidad (X²=65); ach (X²=42); pesso (X²=25); consider (X²=20); tipo (X²=15); sej (X²=14); e vida (X²=13).

Assim, os segmentos de texto a seguir denotam esta interpretação:

O SENHOR ACHA QUE OS PACIENTES ELES SE SENTEM CIDADÃOS? *acredito que sim. POR QUE O SENHOR ACHA? porque são trabalhadores fazem as coisas toda direitinho, acredito que sejam realmente cidadãos, cumprem com os deveres deles, então é uma coisa que realmente é um cidadão.*

(Um18; uci nº 18; uce nº 691 X²=17)

Eu acho isso. AQUI NO HOSPITAL O SENHOR SE ACHA CIDADÃO? Eu me considero um cidadão porque eu não roubo, não mato, não engano ninguém, não estupro ninguém, sou honesto com a minha esposa.

(Um28; uci nº 28; uce nº 1055 X²=11)

QUE DEVERES ASSIM O SENHOR FALA? CITE UM EXEMPLO. *Por exemplo, as contas que a pessoa tem a pagar, contas a receber, então isso eu acho que vem a ser um cidadão, ter amor à pátria, acredito que seja isso.*

(Um18; uci nº 18; uce nº 694 X²=10)

Eu acho que uma pessoa para ser cidadã, é preciso que ela reconheça os seus direitos, e pratique os seus deveres, isso, direitos e deveres, direitos seus e de todos que os cercam.

(Um21; uci nº 21; uce nº 785 X²=10)

O QUE É QUE A SENHORA PENSA SOBRE O QUE É SER CIDADÃO? *É ser uma pessoa feliz, querer uma coisa, ter dinheiro para comprar.* QUE MOTIVOS A SENHORA ACHA QUE A SENHORA TEM, QUE FAZEM A SENHORA SER CIDADÃ? *Eu sou uma pessoa honesta, eu acho que a honestidade é tudo na vida.*

(Uf22; uci nº 22; uce nº 818 X²=10)

Eu não sei te dizer mais do que isso. QUE CARACTERISTICAS TEM UM CIDADÃO? *Um cidadão é honesto, e cumpridor dos seus deveres. As pessoas olham e sabem que aquele é um cidadão. E uma pessoa que não engana ninguém, cumprir os seus tratos direitinhos.*

(Um28; uci nº 28; uce nº 994 X²=10)

Diante dos depoimentos dos sujeitos, verifica-se a figura tipo do cidadão e do não cidadão. A figura do cidadão apresenta dois enfoques, sendo um normativo e outro valorativo. O normativo é amparado nos direitos e deveres legitimados, como por exemplo, direito de possuir condições econômicas e de ser cumpridor de deveres; no que concerne ao valorativo, atrela-se ao caráter do indivíduo e àquilo que é bom e positivo, como honestidade, ser “de bem”, ser correto e outras (Quadro 7).

Para melhor elucidação, normativo refere-se ao que estabelece a norma (FERREIRA, 2000), e assim é “constituído pelas normas e regras de ação e pelos imperativos que enunciam algo que deve ser” (VÁZQUEZ, 2010, p.63). Deste modo, foram destacadas nos discursos dos sujeitos as características afetas aos direitos e deveres. E valorativo refere-se ao caráter do homem, relacionando-se ao que é bom, útil e positivo. Além disso, para umas concepções, o valor remete àquilo que traz felicidade, e do ponto de vista ético, ele é o fundamento da moral (JAPIASSÚ; MARCONDES, 2008).

O não-cidadão caracteriza-se como o contrário do cidadão: aquele que infringe as normas e leis, o indivíduo cerceado, o que não possui características pessoais associadas à figura do cidadão. Esta figura é objetivada na imagem do estuprador, da pessoa que mata e engana.

Os elementos figurativos do cidadão e do não-cidadão contêm imagens, como, por exemplo, a imagem do trabalhador como cidadão e do estuprador como não-cidadão, e estas também são refletidas em metáforas, como “andar com a vida no prumo” referindo-se ao indivíduo-cidadão. Estes elementos compõem a representação social da cidadania na figura do cidadão.

Conforme Veloso (2006, p. 114) por mais que a norma iguale os indivíduos

como cidadãos, a diferença entre eles se dá a partir do julgamento moral capaz de afirmar, e também de negar, a condição do indivíduo como cidadão. Neste sentido, “as pessoas não são, mas sim tornam-se cidadãos”.

Destaca-se na uce nº 994 um trecho do discurso em que afirma que a “pessoa cidadã” é reconhecida como tal mediante as características próprias definidoras da sua condição cidadã.

Um dos motivos que conduz à formação da representação é possibilitar uma forma de interação social, que se concretizará no desejo de se identificar e ser identificado, ou não, pelo grupo como um dos seus membros (ARRUDA, 2009). Pertencer a um grupo e ser reconhecido como membro integrante, permite a interação social e constitui-se como uma das formas de construir a representação social, visto que esta é construída a partir de um conhecimento elaborado socialmente. Neste sentido, a interação social relaciona-se ao caráter social da representação.

A “pessoa cidadã” apresenta características que a fazem pertencer ao grupo de cidadãos e a ser reconhecida como seu membro; deste modo, o grupo social de cidadãos apresenta características próprias que o diferem de outros grupos, que são passíveis de serem identificadas.

Estas características próprias sustentam a presença de um indício de estereótipo acerca da condição, ou não, de cidadão, que pode ser verificada através da aparência, conforme a uce destacada. Deste modo, o estereótipo constitui-se como características e traços de personalidade construídos socialmente por um grupo, amparado por valores comuns capazes de conferir identidade a um grupo, bem como caracterizar as suas diferenças frente ao outro.

Neste sentido, o discurso destacado, ao traçar a figura do cidadão, e consequentemente o seu contrário, definindo as características próprias do cidadão, traz indícios da presença do estereótipo de cidadão. O estereótipo facilita a comunicação entre os membros de um grupo ou comunidade, e também possibilita a coesão social e a acentuação do sentimento de pertença ao articular os valores comuns ao grupo em oposição ao outro (BERTING, 2001).

Partindo do exposto, falar da figura do cidadão a partir do seu estereótipo torna-se simples, eliminando a possibilidade de redundância, já que o pensamento acerca de determinado objeto é dado de forma clara e objetiva.

Os sujeitos discursam sobre o objeto cidadania por meio da figura do

cidadão, tornando-a algo concreto e palpável, e assim pode-se inferir a representação destes sujeitos sobre a cidadania. A análise de conteúdo foi feita para que pudesse complementar a análise realizada pelo programa ALCESTE, visto que este não apreendeu algumas questões importantes para a interpretação dos dados.

Sendo assim, pode-se verificar com esta análise que os sujeitos relacionaram a cidadania à função social, já que este elemento temático obteve a maior frequência de aparição. Neste sentido, os sujeitos resgataram as atividades laborais que compuseram a vida social, a ajuda ao outro, tanto no cenário hospitalar quanto fora deste, e a participação na comunidade como elementos característicos da figura do cidadão. Isto pode ser verificado nos depoimentos a seguir:

Eu sou cidadão porque de certa forma, eu agora apesar de estar aposentado por invalidez, eu já trabalhei, eu tenho toda a minha documentação, eu voto, eu tenho a minha documentação, eu tenho a minha identidade, eu já trabalhei legalmente, eu não transgredi lei nenhuma, eu me acho mais do que outros, eu me acho cidadão sim.

(Um12)

É porque o trabalho voluntário é uma coisa assim que a pessoa está fazendo para cidadania, eu acho que para as pessoas tipo fazendo para toda as pessoas tipo uma ajuda, isso é uma coisa para ajudar.

(Uf27)

Cidadão é aquele que tá ali forte pra tudo. Ele tem que seguir. Eu trabalho, faço meu serviço, coisa e tal, tenho minhas responsabilidades.

(Um29)

Não sei te dizer, por enquanto estou inválida. Não estou podendo ajudar ninguém e não estou podendo fazer nada por ninguém. Estou precisando de ajuda.

(Uf1)

Além disso, foram constatados indícios acerca das tipologias de cidadão, conforme depoimentos a seguir:

Sou, sou graças a Deus, um cidadão de primeira classe. Porque honra os compromissos, não sou daqueles de levar vantagem em tudo, chegar atrasado, podendo chegar atrasado, e tendo qualquer coisa, eu chego atrasado, mas nada impede de eu depois compensar esse atraso (...) Depende, como eu disse o cidadão classe A ele tem o direito respeitado e ele respeita aquele direito, ele agradece, ele respeita, ele sabe conviver com aquele direito que foi dado a ele, com aquela liberdade.

(Um9)

As coisas que você apresenta, um bom cidadão, não sei se isto tem haver com a história, mas eu gosto de, por exemplo, onde eu moro das coisas certinha, eu gosto de deixar tudo certinho, se alguém precisa de mim eu estou sempre pronta a ajudar, enfim, as vezes quando alguém precisa de alguma coisa, dinheiro, comida, eu tiro do meu até, reparto, então isso é ser cidadão (...).

(Uf13)

Diante disso, no interior do grupo de cidadãos, há diferentes tipos de cidadãos sendo objetivados pelas seguintes expressões: “cidadão de primeira classe”; “cidadão classe A”; e “bom cidadão”. Estas tipologias apresentam características específicas.

Esta análise corrobora a pesquisa de Veloso (2006), que também verificou que os usuários da atenção primária de saúde, ao construírem o pensamento acerca da cidadania, trazem a figura do cidadão classificando-o em tipologias, sendo o mais e o menos cidadãos, o bom *versus* o mau cidadão e o cidadão e o não-cidadão.

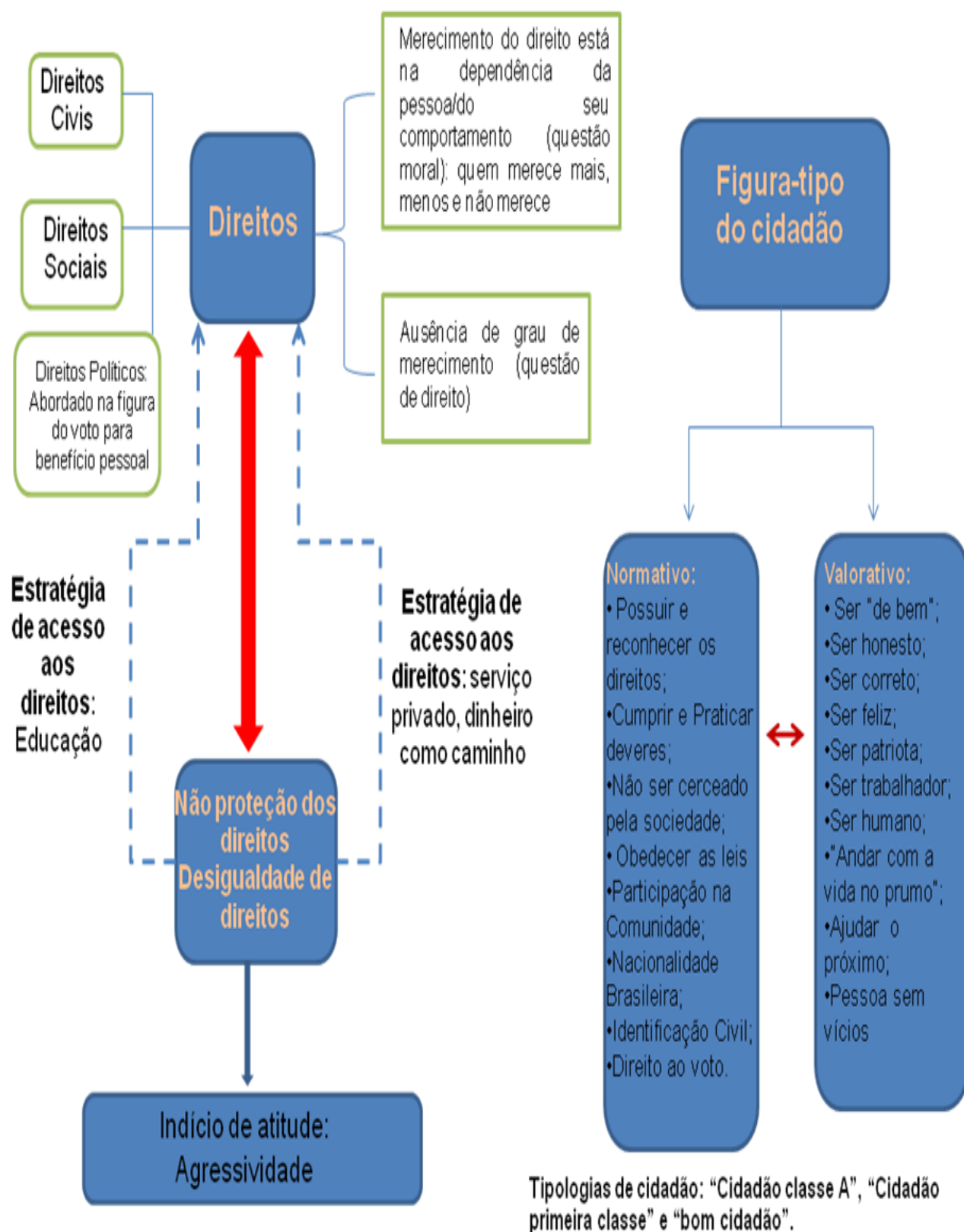
O Quadro 7 é explicativo da figura-tipo do cidadão.

Quadro 7 – Figura do cidadão: características normativas e valorativas

Características normativas	Características valorativas
Reconhecer direitos e praticar deveres	Ser “de bem”
Cumprir os deveres	Ser honesto
Possuir direitos	Ser trabalhador
Não ser cerceado pela sociedade	Ser correto
Obedecer as leis	Ser honesto com a esposa
Identificação civil	Ser feliz
Nacionalidade brasileira	Ser patriota
Com direito ao voto	“Andar com a vida no prumo”
Participação na comunidade	Ser humano
xxxxx	Ajudar o próximo
xxxxx	Aquele que trabalha
xxxxx	Sem vícios

Fonte: Produção da Pesquisadora.

Figura 10 – Esquema explicativo da representação social da cidadania pelos usuários hospitalizados



8 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Esta pesquisa-tese acessou os saberes sociais dos usuários hospitalizados sobre a cidadania na vivência da hospitalização, entendendo a cidadania como um fenômeno de relevância social por estar presente no cotidiano, mobilizando saberes e modulando as práticas.

Para acessar os saberes dos usuários hospitalizados sobre a cidadania na vivência da hospitalização, era preciso saber o que estes pensavam sobre este objeto, e de que maneira exerciam a cidadania no cotidiano do cuidado hospitalar, incluindo o cuidado de enfermagem. Os resultados da pesquisa mostraram que os sujeitos, ao abordarem o objeto de pesquisa, trouxeram o cotidiano da hospitalização, cenário da produção das representações sociais, tendo o pensamento cotidiano como sua essência.

A Teoria da Representação Social busca os saberes sociais dos indivíduos e de seu grupo, que são elaborados no cotidiano. Neste sentido, conhecer este cotidiano permite compreender o cenário que é fonte da representação social.

Este cenário, o cotidiano da hospitalização, é representado por duas vertentes, sendo uma relacionada com a rotina de cuidados à saúde, realizada pelos profissionais de saúde, e a outra, que remete aos hábitos que compreendem a maneira de agir e pensar em um determinado contexto mediado por uma liberdade regulada por regras e normas preestabelecidas deste contexto.

O perfil dos sujeitos que compõem este grupo social apresenta como características: tempo de internação de duas a três semanas, experiência prévia de internação no hospital cenário desta pesquisa e outros, além do ensino fundamental incompleto.

A rotina de cuidados à saúde que os sujeitos referem é marcada pelos procedimentos rotineiros e protocolares, específicos do contexto de internação hospitalar, como verificação de pressão arterial, punção venosa periférica, e verificação de temperatura, dentre outros.

Neste sentido, ao construírem seu pensamento a partir deste cotidiano de hospitalização, que é cenário da representação social da cidadania, trazendo a rotina dos cuidados à saúde pautada nos procedimentos, os sujeitos resgatam o elemento corpo sadio e corpo doente, que integra a representação do processo saúde/doença, bem como o imaginário social sobre o hospital centrado em um ambiente que trata e cura.

Tanto a representação do processo saúde/doença, na perspectiva do corpo sadio e do corpo doente, quanto o imaginário social sobre o hospital, sustentam a construção do pensamento deste grupo social acerca do objeto da pesquisa a partir do cotidiano hospitalar, que tem como um dos elementos constitutivos a rotina de cuidado à saúde. Além disso, os sujeitos de pesquisa submetem passivamente seus corpos aos procedimentos que compõem a rotina de cuidado diária.

A implementação desta rotina de cuidados pode não convergir para as necessidades e expectativas dos usuários hospitalizados, configurando, neste momento, um hiato entre os cuidados prestados e as necessidades e expectativas dos sujeitos. Diante deste hiato, os sujeitos assumem uma atitude reivindicatória na relação profissional-usuário. A representação social apresenta como uma das suas dimensões, a atitude, que se refere à tomada de posição do indivíduo frente àquilo que o afeta, e assim, possibilita compreender o comportamento do grupo social e de seus membros no cotidiano.

Conforme supracitado, o hábito no contexto hospitalar faz parte do pensamento construído por este grupo social sendo, neste sentido, elemento constitutivo da representação acerca do cotidiano hospitalar. Desta forma, os sujeitos assumem um agir que se expressa por posturas corporais e modos de pensar adquiridos no contexto hospitalar, limitados pelas normas desta instituição, que culminam com o agir diário, ou seja, ações diárias como, por exemplo, horário em que tomam o café da manhã, em que tomam banho, momento em que acordam ou dormem, e como passam o dia (deitados, dormindo ou em outras ações).

Logo, este grupo social traz como pano de fundo o pensamento acerca do cotidiano da hospitalização, a fim de poder construir a representação social da cidadania, e somente a partir deste pensamento, caracterizar os elementos desta representação no cenário hospitalar.

A representação social da cidadania apresenta como elementos constitutivos as marcas deixadas pela cidadania no cuidado à saúde e o binômio cidadania-cidadão e a figura-tipo do cidadão e seu contrário.

No que tange às marcas da cidadania no cuidado à saúde, a representação dos usuários sobre a cidadania se organiza em torno do direito à saúde face aos cuidados prestados no cenário hospitalar.

Os sujeitos lançam mão das dimensões técnica/procedimental e subjetiva/relacional, e também da articulação de ambas para caracterizar a

efetivação do direito à saúde no cenário hospitalar e, conseqüentemente, da cidadania.

Quando os sujeitos abordam a dimensão técnica/procedimental do cuidado como elemento constituinte do saber acerca da cidadania no cenário hospitalar, fazem-no amparados no conhecimento biomédico, o qual se difunde na sociedade através da mídia televisiva e escrita, que caracterizam a dimensão da informação da representação social, bem como pela vivência da hospitalização, visto que é neste cenário que a interação entre profissionais de saúde e usuários faz com que este conhecimento circule e componha o saber destes sujeitos, permitindo que os mesmos considerem a dimensão técnica/procedimental referente ao saber fazer, como parte integrante do direito à saúde neste cenário hospitalar, e seja elemento da representação social da cidadania.

Este conhecimento biomédico enfoca o cuidado ao corpo físico, ou seja, a doença/patologia, que se traduz como objeto de cuidado/tratamento, sendo produzido e retroalimentado pela racionalidade científica. A ciência, elemento do universo reificado, serve como fonte de conhecimento para o senso comum, passando a fazer parte do cotidiano. Neste sentido, o conhecimento biomédico advindo da racionalidade científica, tornou-se comum para os sujeitos, sendo justificativa e legitimando tomadas de posição e decisões no cotidiano do cuidado à saúde.

Além disso, o imaginário social a respeito do hospital contribui para que a representação do objeto de estudo se organize em torno da dimensão técnica/procedimental do cuidado.

A construção histórica do hospital foi marcada por um ambiente amparado por um modelo de atenção à saúde que visa o cuidado do corpo físico, com vistas à restauração de partes acometidas pela doença, ou seja, marcado pelo tratamento e cura de doenças. Entretanto, esta dimensão de cuidado pode não ser acessível à sociedade como um todo, conforme os resultados da pesquisa. Isto é observado pelos meios de comunicação em massa, como a televisão e os jornais, e estes se constituem em fonte de produção das representações, pois permitem que os indivíduos obtenham informações acerca da realidade, e assim, possam falar do que está sendo discutido, compartilhando conhecimentos dentro do seu grupo de pertença.

Os direitos à saúde, e deste modo os de cidadania, são legitimados, porém

não são efetivados ou protegidos. Estes sujeitos destacam que os usuários têm direito ao cuidado à saúde, enfim, direito à saúde.

A dimensão subjetiva e relacional do cuidado também integra os elementos que constituem a representação social dos sujeitos sobre a cidadania. Esta dimensão qualifica o cuidado como tal, visto que este ocorre entre quem cuida e o ser cuidado, sendo a partir das valorizações subjetivas dos usuários que ocorre a aceitabilidade do desempenho profissional, bem como do serviço de saúde.

Neste sentido, os sujeitos atribuem valor à dimensão subjetiva e relacional do cuidado, e assim, a figura do profissional que respeita menos os direitos dos usuários está centrada nesta dimensão, sendo assim considerados aqueles profissionais “brutos”, impacientes, que não dialogam, que atuam por obrigação valorizando o dinheiro; enquanto os que respeitam mais são aqueles educados, humanos, que atuam com vontade e com amor à profissão.

No que tange à dimensão técnica/procedimental do cuidado, a figura-tipo dos profissionais que respeitam mais ou menos os direitos dos usuários hospitalizados, perpassa a qualidade e a habilidade técnica dos profissionais.

O cuidado na atenção hospitalar deve primar pela articulação das dimensões técnico/procedimental e subjetiva/relacional, para que garanta uma qualidade do serviço hospitalar prestado, e assim efetive o direito à saúde, e de cidadania aos usuários. Neste sentido, os sujeitos afirmam que a articulação destas duas dimensões são essenciais para o cuidado no cenário hospitalar, com qualidade e voltado às suas necessidades.

Na relação entre profissional e usuário, diante do cuidado prestado não convergir para as necessidades e expectativas, os sujeitos exercem sua cidadania por meio de reclamações, conversa, cobrança e outras atitudes. Entretanto, em geral, submetem-se a estes cuidados por obediência, impotência e passividade, dentre outras causas.

Está presente na representação dos usuários acerca do objeto de estudo a influência dos fatores gerenciais no cuidado, como falta de recursos materiais e humanos, limpeza e superlotação no cenário hospitalar, sendo estes fatores um direito, e as questões macropolíticas e micropolíticas, que devem ser articuladas, com vistas a possibilitar um serviço de saúde hospitalar adequado tanto para os usuários quanto para os trabalhadores e gestores.

Diante da precariedade e/ou ausência dos fatores gerenciais, os sujeitos da

pesquisa não apresentam atitude participativa, cabendo ao governo a promoção de mudanças.

Os direitos são os elementos constitutivos da representação da cidadania na vivência da hospitalização, que conformam o conceito da mesma; entretanto, os sujeitos enfatizam os direitos civis e sociais em seus discursos, considerando como direitos, sendo direito de viver, de ser respeitado, à saúde, à liberdade e de cumprir com os deveres.

Estes ancoram esta representação na construção social do fenômeno cidadania na sociedade, que residiu na figura dos direitos, entendendo-se o homem como cidadão, sujeito de direitos.

Na medida em que a figura do direito emerge na representação dos sujeitos, a proteção destes se faz presente; neste sentido, a representação social da cidadania organiza-se em torno do reconhecimento dos direitos associado à sua proteção. Assim, a cidadania não se corporifica na ausência de um desses elementos.

Retomando a questão do que os sujeitos consideram como direito, estes trazem o direito político na figura do voto para benefício pessoal. Isto pode ser interpretado pela permanência cultural presente no imaginário social dos sujeitos da dimensão política situar-se na relação pessoal, e não pela participação e representatividade política.

Foi verificado que há uma fragilidade do exercício da cidadania, pois apenas foram caracterizados indícios de um posicionamento dos sujeitos diante da não proteção dos direitos por parte do Estado. Tal fato pode ser sustentado na construção histórica da cidadania no Brasil, que traz o direito social como base da cidadania e assim, a valorização do poder Executivo em distribuir serviços à sociedade brasileira. Como estes sujeitos centram, principalmente, a cidadania na figura do direito civil e social, isto pode retratar a não consciência da aplicabilidade e importância de sua participação nas ações políticas.

Deste modo, a lógica que se estabelece reside na cobrança de impostos pelo Estado, sendo que este deveria oferecer serviços adequados à sociedade; porém, como não o faz, os cidadãos são levados a recorrer aos serviços do setor privado, o que se constitui claramente em alternativa que emergiu dos discursos dos sujeitos, alternativa esta que a sociedade adota para ter acesso aos direitos, lançando mão do dinheiro para concretizá-lo, enquanto aqueles que não podem recorrer ao

dinheiro permanecem à margem destes mesmos direitos.

Os resultados oriundos da pesquisa mostraram também que o merecimento do direito reside na dependência do comportamento das pessoas no cotidiano, ou seja, centrado na pessoa; entretanto, para uma parcela dos sujeitos, não há grau de merecimento dos direitos, pois ancoram os seus discursos na igualdade entre as pessoas, que remete ao direito diferente da outra lógica do merecimento, qual seja, à questão moral.

O pensamento construído sobre o merecimento centrado na pessoa, na dependência do comportamento das pessoas, é sustentado na questão moral que parte de um processo avaliativo (julgamento) amparado nas normas morais da sociedade, caracterizando o direito na lógica da reciprocidade, ou seja, as pessoas fazem por merecer ter o direito. Neste sentido, ao assumir uma conduta adequada às normas morais da sociedade, o indivíduo torna-se merecedor de ter os seus direitos respeitados, e vice-versa. Todavia, é importante destacar que a igualdade de direitos que sustenta a construção do pensamento de uma parcela dos sujeitos, das pessoas todas, em seu conjunto, determina que as mesmas sejam titulares de direitos, independente de suas características pessoais e/ou de seus comportamentos.

A educação aparece na representação dos sujeitos como alternativa de acesso aos direitos, uma maneira de intervenção com vistas a permitir que as pessoas conheçam os seus direitos, e assim, possam buscá-los para que sejam efetivados e protegidos. A educação, neste caso, configura-se como informação, ou seja, uma possibilidade de acesso à informação. Entretanto, se é a informação uma estratégia importante no conhecimento e no exercício da cidadania, esta não está circunscrita ao âmbito da educação nas salas de aulas, podendo se corporificar nos ambientes dos serviços de saúde, nos veículos de comunicação em massa e nas organizações comunitárias, dentre outras.

No que concerne à saúde, a informação sobre a cidadania e seu exercício pode estar na relação entre os profissionais e usuários, contribuindo para que os usuários conheçam quais são os seus direitos e, deste modo, possam exigí-los e exercê-los.

A construção do pensamento acerca do objeto desta pesquisa permite que se traga à tona a figura do cidadão e do seu contrário. É no momento em que os sujeitos objetivam a representação da cidadania na figura do cidadão que a

perspectiva dos deveres ganha espaço. A figura do cidadão é composta por características normativas e valorativas. As normativas relacionam-se ao cumprimento dos deveres e de ser titular e reconhecer os seus direitos, enquanto as valorativas estão inseridas no comportamento das pessoas na sociedade, sendo considerado cidadão a pessoa honesta, correta, “de bem”, patriota, dentre outras características.

Caso estas características não estejam presentes, em seu conjunto, em um indivíduo, este não é considerado cidadão, e sim um não-cidadão. A respeito disso, a pessoa cidadã é reconhecida como tal pelas características que possui, havendo indícios de estereótipo do cidadão.

Diante da representação da cidadania pelos usuários na vivência da hospitalização, é importante que a relação entre profissionais de saúde e usuários seja mediada pelo diálogo, com vistas a articular os cuidados que necessitam de ser implementados e as necessidades e expectativas dos usuários, tornando o diálogo uma estratégia que assegure a cidadania no cuidado.

O diálogo poderá garantir a cidadania no cuidado no momento em que haja respeito à autonomia e ao protagonismo do usuário, consideração do outro como titular de direitos, compreensão da legitimidade do saber do outro, além do entendimento de que o cuidado é produzido na relação entre dois sujeitos, e com isso, ambos devem ser corresponsáveis no processo de cuidar.

Neste sentido, a atitude do diálogo imbricada nestes elementos permite ao usuário perceber que é o sujeito do cuidado, bem como sentir-se valorizado e, mais que isso, incluído e participante do processo de atenção, o que retoma o conceito de cidadania.

Destaca-se que o diálogo, como estratégia, está previsto na PNH; deste modo, esta tese reafirma a necessidade de que o mesmo seja implementado na relação usuário-profissional de saúde, em especial no hospital cenário de pesquisa, o que permite contribuir para o cuidado à saúde prestado nesta instituição.

Além disso, a pesquisadora, como docente de enfermagem, poderá incluir em conteúdos teóricos e, principalmente, na prática do cuidado de enfermagem, o diálogo como elemento crucial no processo comunicativo que considera os saberes dos sujeitos implicados neste processo, podendo ser os profissionais de saúde e os usuários. A troca de saberes entre estes dois sujeitos propicia a autonomia e o protagonismo dos mesmos, além de efetivar a corresponsabilização na produção do

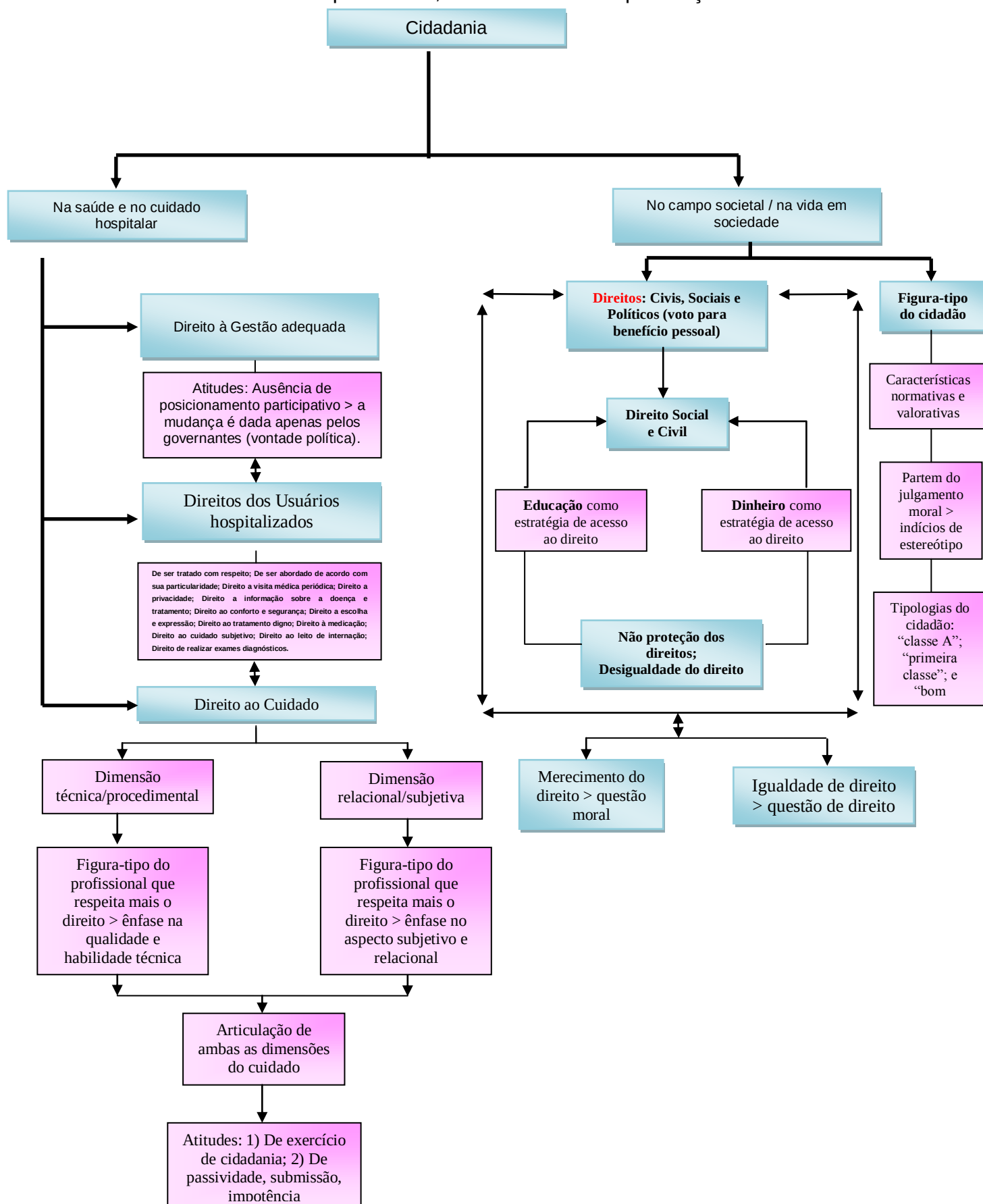
cuidado. Partindo do exposto, os profissionais de enfermagem poderão, desta maneira, proteger os direitos dos usuários e também os de cidadania.

Arelado a isso, reforça a importância em articular as dimensões técnico/procedimental e subjetivo/relacional no cuidado à saúde, para que o direito à saúde seja efetivado, garantindo, com isso, a cidadania dos usuários. Neste sentido, os resultados discutidos à luz da TRS, que sustentam esta tese, contribuem para as reflexões e práticas no cenário hospitalar, com vistas à reformulação do modelo de atenção à saúde, pois parte dos usuários a necessidade desta reformulação e o atendimento de suas necessidades nos serviços hospitalares.

No que tange à representação social da cidadania pelos os usuários hospitalizados, a educação em saúde vem como uma estratégia de intervenção para que os profissionais de saúde possam contribuir para o conhecimento dos sujeitos, não só como titulares de direitos, mas também como conhecedores destes direitos, e caracterizar a participação destes nas ações políticas, principalmente, aquelas situadas no âmbito da saúde, visto que estes não inserem a questão da participação como um direito.

Face ao exposto, as representações sociais dos usuários hospitalizados, na vivência da hospitalização sobre a cidadania, compuseram um conjunto hierarquizado de elementos que deu origem ao Campo das Representações Sociais da Cidadania, caracterizado no esquema a seguir (Figura 11).

Figura 11 – Campo da representação social da cidadania pelos usuários hospitalizados, na vivência da hospitalização



Portanto, com o amparo no campo da RS como descrito na figura 11, sustenta-se que assegurar a cidadania dos usuários, especialmente daqueles hospitalizados, configura-se uma tarefa desafiadora e requer posicionamentos transformadores por todos integrantes de uma sociedade. Isto porque para exercer e assegurar a cidadania no cenário hospitalar, objeto desta tese, é necessário reconstruir o conceito e a prática de cidadania da sociedade brasileira. Este conceito e esta prática, evidenciados nesta tese, demonstram uma fragilidade da consciência participativa, bem como uma cidadania alicerçada no caráter e no comportamento moral dos indivíduos, fazendo com que a cidadania seja buscada no plano das relações interpessoais, com vistas ao direito pessoalizado. Assim, para estes sujeitos, a cidadania ganha um tom pessoal, de benefício próprio, mesmo que haja alguns indícios de pensamentos acerca da cidadania amparados no direito coletivo/grupal.

Face ao exposto, confirma-se a tese de que o hospital mantém-se como um ambiente disciplinador e de controle por meio de normas e regras norteadoras da atenção à saúde e de gestão. Deste modo, os usuários hospitalizados apresentam uma liberdade regulada, e com isso, apresentam dificuldades em exercer sua cidadania, tanto por este espaço social hostil quanto pela fragilidade participativa e política dos mesmos. Assim, os saberes sociais dos usuários sobre cidadania se conforma na figura do direito, mas sua ação, ou seja, o exercício da cidadania encontra-se deficiente no cenário hospitalar.

Logo, a autonomia dos usuários na atenção hospitalar, com vistas à defesa da cidadania dos mesmos nos serviços de saúde, de acordo com a PNH, não se corporifica na vivência da hospitalização, já que requer uma quebra de paradigmas no modelo de gestão e atenção hospitalar, bem como um estímulo à consciência participativa e política dos usuários deste cenário, entendendo-se que são potenciais promotores de mudanças.

A partir da mudança do modelo de gestão e de atenção, o ambiente hospitalar poderá potencializar o exercício da cidadania caso seja amparado na liberdade das pessoas, com direitos de escolha, de condução de sua vida e de tomada de decisões.

No entanto, é possível também que ações e práticas sejam delineadas pelos profissionais de saúde, com o intuito de garantir a autonomia dos usuários para viabilizar a cogestão do cuidado, sendo estratégias oriundas do cotidiano do

cuidado. Para isso, essas ações e práticas precisam pressupor a inclusão dos usuários hospitalizados no processo de cuidar e no gerenciamento do cuidado, que pode ser através da manutenção do diálogo/comunicação, aproximação/acolhimento do outro e observação e reconhecimento das suas subjetividades, em seu conjunto.

Esta tese contribui para o setor hospitalar, por caracterizar o que os sujeitos entendem sobre cidadania no cuidado e como a exercem no cenário hospitalar, já que se busca que sejam eles autônomos e participativos no seu processo saúde/doença e nas questões gerenciais dos serviços de saúde. Assim, verificar que os usuários hospitalizados na vivência da hospitalização, ainda apresentam dificuldades para exercerem sua autonomia e serem participativos na atenção à saúde e na gestão, caracteriza a necessidade de manter um olhar contínuo a este setor de saúde, bem como contribui para o conhecimento da Enfermagem, pois permite trazer para o cuidado as questões afetas à proteção da cidadania e do direito, que amparam o exercício da profissão como elemento fundamental e transversal às especificidades da mesma.

REFERÊNCIAS

AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA. **Manual de microbiologia clínica para o controle de infecção em serviços de saúde**. 1 ed. Brasília: ANVISA, 2004.

ALAYA, D. B. Abordagens filosóficas e a teoria das Representações Sociais. In: ALMEIDA, A. M. de O.; SANTOS, M. de F. de S.; TRINDADE, Z. A. (Org.). **Teoria das Representações sociais**: 50 anos. Brasília: Technopolitik, 2011. [Cap. A teoria das Representações Sociais, p. 261-282]

ALBA, M. Representações Sociais e memória coletiva: uma releitura. In: ALMEIDA, A. M. de O.; SANTOS, M. de F. de S.; TRINDADE, Z. A. (Org.). **Teoria das Representações sociais**: 50 anos. Brasília: Technopolitik, 2011. [Cap. Teoria das Representações Sociais e seus campos de articulação e aplicação, p. 393-432]

ALMEIDA, M. C. P. de; ROCHA, J. S. Y. **O saber da enfermagem e sua dimensão prática**. 2 ed. São Paulo: Cortez, 1989.

ALVES, P. C. et al. A percepção das enfermeiras acerca da sua atuação ante os direitos dos clientes. **Rev Esc Enfermagem USP**, São Paulo, v. 42, n. 2, p. 242-248, jun. 2008.

ARAUJO, F. P. de. **As Representações Sociais da humanização**: implicações para o cuidado de enfermagem. 2009. 208f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Escola de Enfermagem Anna Nery, UFRJ, Rio de Janeiro, 2009.

ARRUDA, A. Teoria das representações sociais e teorias de gênero. **Cadernos de Pesquisa**, São Paulo, n.117, p.127-147, nov. 2002.

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

ARRUDA, A. Meandros da teoria: a dimensão afetiva das representações sociais. In: ALMEIDA, A. M. de O.; JODELET, D. (Org.). **Representações sociais**: interdisciplinaridade e diversidade de paradigmas. Brasília (DF): Thesaurus, 2009.

BAPTISTA, T. W. de F. História das Políticas de Saúde no Brasil: a trajetória do direito à saúde. In: MATTA, G. C.; PONTES, A. L. de M (Org.). **Políticas de saúde**: organização e operacionalização do Sistema Único de Saúde. Rio de Janeiro: EPSJV/Fiocruz, 2007.

BARATA, R. B. Ética e epidemiologia. **História, Ciências, Saúde**, Rio de Janeiro, v. 12, n.3, p. 735-753, set/dez, 2005.

BARBOSA, P. R. Gestão em saúde: o desafio dos hospitais como referência para inovações em todo sistema de saúde. In: FLEURY, S. (Org.). **Saúde e democracia**: a luta do CEBES. São Paulo: Lemos Editorial, 1997.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. Lisboa: Edições 70, 2010.

BELLATO, R.; CARVALHO, E. C. O compartilhar espaço/tempo entre pessoas doentes hospitalizadas. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v.10, n. 2, p. 151-156, mar/abr, 2002.

BERTING, J. Identités collectives et images de l'autre: lês pièges de la pensée collectiviste. **Hermes**, Paris, v. 30, n. 41, p. 41-58, 2001.

BITTENCOURT, R. J.; HORTALE, V. A. Intervenções para solucionar a superlotação nos serviços de emergência hospitalar: uma revisão sistemática. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 7, p. 1439-1459, jul. 2009.

BOBBIO, N. **A era dos direitos**. Rio de Janeiro: Elsevier, 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. **Atenção hospitalar**. Brasília (DF): Ministério da Saúde, 2011.

BRASIL. Senado Federal. Secretaria Especial de Editoração e Publicações. Subsecretaria de edições técnicas. **Constituição da República Federativa do Brasil**: texto consolidado até a Emenda Constitucional nº 66, de 13 de julho de 2010. Brasília, 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **Clínica ampliada, equipe de referência e projeto terapêutico singular**. 2 ed., Brasília: Ministério da Saúde, 2009a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **Acolhimento e classificação de risco nos serviços de urgência**. Brasília: Ministério da Saúde, 2009b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **HumanizaSUS**: documento base para gestores e trabalhadores do SUS. 4 ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Carta dos direitos dos usuários da saúde**. 2 ed., Brasília: Ministério da Saúde, 2007a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **HumanizaSUS**: visita aberta e direito ao acompanhante. 2 ed., Brasília: Ministério da Saúde, 2007b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **HumanizaSUS**: ambiência. Brasília: Ministério da Saúde, 2007c.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. **A construção do SUS**: histórias da Reforma Sanitária e do Processo participativo. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

BRASIL. Congresso Nacional. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, 19 set. 1990.

CAMARGO, B. V. ALCESTE: um programa informático de análise quantitativa de dados textuais. In: MOREIRA, A. S. P.; CAMARGO, B. V.; JESUINO, J. C.; NÓBREGA, S. M. da (Org.). **Perspectivas teórico-metodológicas em representações sociais**. João Pessoa (PB): Editora Universitária (UFPB), 2005.

CAMARGO JR., K. R. de. A filosofia da atenção à saúde. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. de (Org.). **Razões públicas para a integralidade em saúde: o cuidado como valor**. 2. ed. Rio de Janeiro: IMS/UERJ: CEPESC: ABRASCO, 2009.

_____. Medicalização, conhecimento e o complexo médico-industrial. In: PINHEIRO, R.; LOPES, T. C. (Org.). **Ética, técnica e formação: as razões do cuidado como direito à saúde**. 1. ed. Rio de Janeiro: IMS/UERJ: CEPESC: ABRASCO, 2010.

CAMPOS, G. W. de S.; AMARAL, M. A. do. A clínica ampliada e compartilhada, a gestão democrática e redes de atenção como referenciais teórico-operacionais para a reforma do hospital. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 4, p. 849-859, jul/ago. 2007.

CAPRA, F. **O Ponto de Mutação** - A Ciência, a Sociedade e a Cultura Emergente. São Paulo: Cultrix, 1982.

CARVALHO, V. de. Enfermagem Fundamental – predicativos e implicações. **Revista Latino-americana Enfermagem**, Ribeirão Preto, v.11, n.5, p. 664-671, set/out., 2003.

CARVALHO, V. de. Cuidando, Pesquisando e Ensinando: acerca de significados e implicações na prática da enfermagem. **Revista Latino-americana Enfermagem**, Ribeirão Preto, v.12, n.5, p. 806-815, set/out., 2004.

CARVALHO, V. de; BARREIRA, I. A. Marco conceitual para o ensino e pesquisa da enfermagem fundamental: um ponto de vista. In: CARVALHO, V. (Org.). **Sobre enfermagem: ensino e perfil profissional**. Rio de Janeiro: EEAN/UFRJ, 2006.

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

CASTILLO, L. et al. Los predictores de satisfacción de pacientes en un centro hospitalario universitario. **Revista Médica de Chile**, Santiago, v.135, n.6, p. 696-701, jun. 2007.

CLÉMENCE, A.; GREEN, E. G. T.; COURVOISIER, N. Comunicação e ancoragem: a difusão e a transformação das representações. In: ALMEIDA, A. M. de O.; SANTOS, M. de F. de S.; TRINDADE, Z. A. (Org.). **Teoria das Representações sociais: 50 anos**. Brasília: Technopolitik, 2011.

CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE. **Relatório final**. Brasília: Ministério da Saúde, 1986.

CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE. **11.^a Conferência Nacional de Saúde, Brasília 15 a 19 de dezembro de 2000: o Brasil falando como quer ser tratado: efetivando o SUS: acesso, qualidade e humanização na atenção à saúde com controle social: relatório final**. Brasília, 2003.

CÔRTEZ, S. M. V. Balanço de experiências de controle social para além dos conselhos e conferências no Sistema Único de Saúde brasileiro: construindo a possibilidade da participação dos usuários. In: **Cadernos da XI Conferência Nacional de Saúde**, Brasília: Ministério da Saúde, 2000.

DATASUS. **Cadernos de Informações de Saúde do Rio de Janeiro 2009**. Ministério da Saúde. Disponível em: <<http://tabnet.datasus.gov.br/tabdata/cadernos/rj.htm>>. Acesso em: 20 mar. 2012.

DEMANT, P. Direitos para os excluídos. In: PINSKY, J.; PINSKY, C. B. (Org.). **História da Cidadania**. São Paulo: Contexto, 2008.

DESLANDES, S. F. Análise do discurso oficial sobre humanização da assistência hospitalar. **Revista Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 9, n. 1, p. 7-13, 2004.

DESLANDES, S. F.; MITRE, R. M. Processo comunicativo e humanização em saúde. **Interface – Comunicação, Saúde, Educação**, São Paulo, v. 13, supl. 1, p. 641-649, 2009.

DOISE, W. Cognições e representações sociais: uma abordagem genética. In: JODELET, D. (Org.). **As Representações Sociais**. Rio de Janeiro: EdUERJ, 2001. p.301- 320.

DUVEEN, G. Introdução: o poder das idéias. In: MOSCOVICI, S. **Representações Sociais: investigações em psicologia social**. 6. ed. Petrópolis: Vozes, 2009.

ERDMANN, A. L. et. al. Discutindo o significado de cidadania a partir dos direitos dos usuários da saúde. **Revista Enfermagem UERJ**, Rio de Janeiro, v.16, n.4, p. 477-481, out/dez., 2008.

ESPINHA, T. G.; AMATUZZI, M. M. O cuidado e as vivências de internação em um hospital geral. **Psicologia: Teoria e Pesquisa**, Brasília, v. 24, n. 4, p. 477-485, out/dez., 2008.

FARR, R. M. Representações sociais: a teoria e sua história. In: GUARESCHI, P. A.; JOVCHELOVITCH, S. (Org.). **Textos em representações sociais**. 2. ed. Petrópolis: Vozes, 1995.

FERREIRA, M. de A. O cuidado como objeto epistemológico da enfermagem: fundamentos teórico-conceituais do pensamento sistêmico. In: 17º Pesquisando em Enfermagem 13ª Jornada Nacional de História da Enfermagem 10º Encontro Nacional de Fundamentos do Cuidado de Enfermagem, 2010, Rio de Janeiro. **Anais**. Rio de Janeiro: EEAN, 2010.

FERREIRA, J. O programa de humanização da saúde: dilemas entre o relacional e o técnico. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 14, n.3, p. 111-118, set/dez., 2005.

FERREIRA A. B. de H. **Miniaurélio Século XXI**. 4. ed. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 2000.

FEUERWERKER, L. M. Modelos tecnoassistenciais, gestão e organização do trabalho em saúde: nada é indiferente no processo de luta para a consolidação do SUS. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, São Paulo, v.9, n.18, p.489-506, set/dez. 2005.

FEUERWERKER, L. C. M.; CECÍLIO, L. C. de O. O hospital e a formação em saúde: desafios atuais. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.12, n.4, p.965-971, jul/ago. 2007.

FOUCAULT, M. **Microfísica do poder**. 10. ed. Rio de Janeiro: Graal, 1992.

GEERTZ, C. **A interpretação das culturas**. Rio de Janeiro: Livros Técnicos e Científicos, 1989.

GÓIS, A. L. B. de.; VERAS, R. P. Informações sobre a morbidade hospitalar em idosos nas internações do Sistema Único de Saúde do Brasil. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 6, p. 2859-2869, set., 2010.

GOMES, A. M. de A. et al. Etno-avaliação da humanização hospitalar pelos usuários do Sistema Único de Saúde (SUS) e seus mediadores. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 42, n. 4, p. 635-642, dez. 2008a.

GOMES, A. M. de A. et al. Código dos direitos e deveres da pessoa hospitalizada no SUS: o cotidiano hospitalar na roda de conversa. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, São Paulo, v.12, n.27, p.773-782, out/dez. 2008b.

GUARESCHI, P. A.; JOVCHELOVITCH, S. (Org.). **Textos em representações sociais**. 2. ed. Petrópolis: Vozes, 1995.

GUIZARDI, F. L.; PINHEIRO, R. Dilemas culturais, sociais e políticos da participação dos movimentos sociais nos conselhos de saúde. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.11, n. 3, p. 707-805, jul/set., 2006.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. Departamento de Emprego e Rendimento. **Mapa do mercado de trabalho no Brasil**: 1992-1997. Rio de Janeiro: IBGE, 2001.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Indicadores sociodemográfico e de saúde no Brasil 2009**. Rio de Janeiro: IBGE, 2009.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Síntese de indicadores sociais**: uma análise das condições de vida da população brasileira 2010. Rio de Janeiro: IBGE, 2010a.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Estatística do registro civil**. Rio de Janeiro: IBGE, 2010b.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Pesquisa de orçamentos familiares 2008-2009**: despesas, rendimentos e condições de vida. Rio de Janeiro: IBGE, 2010c.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Estatística da saúde**: assistência médico-sanitária 2009. Rio de Janeiro: IBGE, 2010d.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Censo demográfico 2010**: característica da população e dos domicílios: resultados do universo. Rio de Janeiro: IBGE, 2011.

JANUZZI, P. de M. Estratificação sócio-ocupacional para estudos de mercado e pesquisa social no Brasil. **São Paulo em Perspectiva**, São Paulo, v. 17, n. 3-4, p. 247-254, jul/dez., 2003

JAPIASSÚ, H; MARCONDES, D. **Dicionário básico de filosofia**. 5 ed. Rio de Janeiro: Jorge Zahar editor, 2008.

JESUINO, J. C. Um conceito reencontrado. In: ALMEIDA, A. M. de O.; SANTOS, M. de F. de S.; TRINDADE, Z. A. (Org.). **Teoria das Representações sociais**: 50 anos. Brasília: Technopolitik, 2011. [Cap. Da noção ao conceito da Representação Social, p. 33-58]

JODELET, D. Representações Sociais: um domínio em expansão. In: JODELET, D. (Org.). **As Representações Sociais**. Rio de Janeiro: EdUERJ, 2001. [Cap. As Representações Sociais no campo das ciências humanas, p. 17-44]

JOVCHELOVITCH, S. **Os contextos do saber**: representações, comunidade e cultura. Petrópolis: Vozes, 2008.

KARNAL, L. Revolução Americana: Estados Unidos, liberdade e cidadania. In: PINSKY, J.; PINSKY, C. B. (Org.). **História da Cidadania**. São Paulo: Contexto, 2008. [Cap. Alicerces da cidadania, p. 135-158]

KOERICH, M. S.; MACHADO, R. R.; COSTA, E. A ética e a bioética: para dar início a reflexão. **Texto Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 14, n.1, p. 106-110, jan/mar., 2005.

KRONBERGER, N.; WAGNER, W. Palavras-chave em contexto: análise estatística de textos. In: BAUER, M. W.; GASKELL, G. (Org.). **Pesquisa qualitativa com texto: imagem e som: um manual prático**. Petrópolis: Vozes, 2011. [Cap. O auxílio do computador, p. 416-442]

LUCCHESI, A. C. et al. The needs of members of the families of general hospital inpatients. **São Paulo Medical Journal**, São Paulo, v. 126, n. 2, p. 128-131, mar., 2008.

MACHADO, F. R. S.; PINHEIRO, R.; GUIZARDI, F.L. Direito à Saúde e Integralidade no SUS: o exercício da cidadania e o papel do Ministério Público. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R.A. (Org.). **Construção social da demanda: direito à saúde, trabalho em equipe, participação e espaços públicos**. Rio de Janeiro: CEPESC/UERJ; ABRASCO, 2010. [Cap. Direito à saúde: emancipação, necessidade e poder, p. 49-66]

MARTINS, P. H. Usuários, rede de mediadores e associações públicas híbridas na saúde. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. de. (Org.). **Cuidar do cuidado: a responsabilidade com a integralidade das ações**. Rio de Janeiro: CEPESC, 2008. [Cap. Busca por cuidado como condicionante de saúde: usuários, mediadores e práticas associativas públicas na demanda por saúde, p. 115-142]

MATTOS, R. A. de. Os sentidos da integralidade: algumas reflexões acerca de valores que merecem ser defendidos. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. de. (Org.). **Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde**. Rio de Janeiro: IMS/UERJ-CEPESC-ABRASCO, 2006. [p. 41-66]

MATTOS, R. A. de. Direitos, necessidades de saúde e integralidade. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R.A. (Org.). **Construção social da demanda: direito à saúde, trabalho em equipe, participação e espaços públicos**. Rio de Janeiro: CEPESC/UERJ; ABRASCO, 2010. [Cap. Direito à saúde: emancipação, necessidade e poder, p. 35-48]

MAZZOTI, A. J. A; CAMPOS, P. H. F. Cibercultura: uma nova “era das Representações Sociais”? In: ALMEIDA, A. M. de O.; SANTOS, M. de F. de S.; TRINDADE, Z. A. (Org.). **Teoria das Representações sociais: 50 anos**. Brasília: Technopolitik, 2011. [Cap. Teoria das Representações Sociais e seus campos de articulação e aplicação, p. 457-490]

MONDINI, M. Revolução Inglesa: o respeito aos direitos dos indivíduos. In: PINSKY, J.; PINSKY, C. B. (Org.). **História da Cidadania**. São Paulo: Contexto, 2008. [Cap. Alicerces da cidadania, p. 115-134]

MOREIRA, V.; MESQUITA, S.; MELO, A. K. A experiência de hospitalização vivida por pacientes com AIDS. **Boletim de Psicologia**, São Paulo, v. 60, n. 133, p. 153-166, dez., 2010.

MOSCOVICI, S. **Representações Sociais: investigações em psicologia social**. 6. ed. Petrópolis: Vozes, 2009.

MOSCOVICI, S. **A psicanálise, sua imagem e seu público**. Petrópolis: Vozes, 2012.

NASCIMENTO, A. R. A. do; MENANDRO, P. R. M. Análise lexical e análise de conteúdo: uma proposta de utilização conjugada. **Estudos e Pesquisas em Psicologia**, Rio de Janeiro, ano 6, n.2, p.72-88, 2º sem., 2006.

NATIONS, M. K.; GOMES, A. M. de A. Cuidado, "cavalo batizado" e crítica da conduta profissional pelo paciente-cidadão hospitalizado no nordeste brasileiro. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 9, p. 2103-2112, set., 2007.

NAVES, R. Terceiro setor: novas possibilidades para o exercício da cidadania. In: PINSKY, J.; PINSKY, C. B. (Org.). **História da Cidadania**. São Paulo: Contexto, 2008. [Cap. Cidadania no Brasil, p. 563-584]

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

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

OLIVEIRA, A. T. R. de; ERVATTI, L. R.; O'NEILL, M. M. V. C. O panorama dos deslocamentos populacionais no Brasil: PNADs e Censos Demográficos. In: OLIVEIRA, L. A. P. de; OLIVEIRA, A. T. R. de (Org.). **Reflexões sobre os deslocamentos populacionais no Brasil**. Rio de Janeiro: IBGE, 2011. [Cap. Migrações internas, p. 28-48]

OLIVEIRA, D. C. de. A teoria de Representações Sociais como grade de leitura da saúde e da doença: a constituição de um campo interdisciplinar. In: ALMEIDA, A. M. de O.; SANTOS, M. de F. de S.; TRINDADE, Z. A. (Org.). **Teoria das Representações sociais**: 50 anos. Brasília: Technopolitik, 2011. [Cap. Teoria das Representações Sociais e seus campos de articulação e aplicação, p. 585-624]

OLIVEIRA, R. C. de; OLIVEIRA, L. R. C. de. **Ensaaios antropológicos sobre a moral e ética**. Rio de Janeiro: Tempo Brasileiro, 1996.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Financiamento dos sistemas de saúde**: o caminho para cobertura universal. Relatório Mundial da Saúde. Geneva, 2010. Disponível em: <<http://www.who.int/whr/2010/en/index.html>>. Acesso em: 26 mar. 2012.

PAIVA, G. J. de. Religião, enfrentamento e cura: perspectivas psicológicas. **Estudos de Psicologia**, Campinas, v.24, n. 1, p. 99-104, jan/março, 2007.

PASCHE, D. F. A humanização como estratégia frente à medicalização da vida: aposta na democracia institucional e na autonomia dos sujeitos. In: PINHEIRO, R.; LOPES, T. C. L. (Org.). **Ética, técnica e formação**: as razões do cuidado como direito à saúde. Rio de Janeiro: CEPESC: IMS/UERJ: ABRASCO, 2010. [Cap. Medicalização na saúde: despersonalização, desumanização e utilitarismo. Afinal, do que se trata?, p. 101-122]

PESSINI, L.; BARCHIFONTAINE, C. de P. **Problemas atuais de bioética**. São Paulo: Loyola, 2002.

PINHEIRO, R. Demanda por cuidado como direito humano à saúde: um ensaio teórico-prático sobre o cuidado como valor dos valores. In: PINHEIRO, R.; SILVA JUNIOR, A.G. (org.). **Por uma sociedade cuidadora**. 1.ed. Rio de Janeiro: CEPESC; IMS/UERJ; ABRASCO, 2010. [Cap. Demanda, necessidade e direito de cuidado, p. 17-37]

PINHEIRO, R. Apresentação-democracia e saúde: sociedade civil, cidadania e cultura política. **PHYSIS: Revista Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.14, n.1, p.11-14, jan/jun. 2004.

PINHEIRO, R.; GUIZARD, F.L.; MACHADO, F.R.S.; GOMES, R.S. Demanda em Saúde e Direito à Saúde: Liberdade ou Necessidade? Algumas considerações sobre os nexos constituintes das práticas de integralidade. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R.A. (Org.). **Construção social da demanda**: direito à saúde, trabalho em equipe, participação e espaços públicos. Rio de Janeiro: CEPESC/UERJ; ABRASCO, 2010. [Cap. Direito à saúde: emancipação, necessidade e poder, p. 13-34]

PINHEIRO, R. S. et al. Gênero, morbidade, acesso e utilização de serviços de saúde no Brasil. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 7, n. 4, p. 687-707, 2002.

PINSKY, J. Introdução. In: PINSKY, J.; PINSKY, C. B. (Org.). **História da Cidadania**. São Paulo: Contexto, 2008.

REINERT, M. **Alceste**. Version 4.0 – Windows (Manual). Toulouse: Societé IMAGE, 1998.

ROCHA, J. S. Y. Prefácio. In: ALMEIDA, M. C. P. de; ROCHA, J. S. Y. **O saber da enfermagem e sua dimensão prática**. 2 ed. São Paulo: Cortez, 1989.

ROCHA, M. P. C. A questão da cidadania na sociedade da informação. **Ci. Inf.**, Brasília, v. 29, n. 1, p. 40-45, jan/abr., 2000.

SÁ, C. P. de. **A construção do objeto de pesquisa em Representações Sociais**. Rio de Janeiro: EdUERJ, 1998.

SANT'ANNA, D. B. de. Pacientes e passageiros. **Interface – Comunicação, Saúde, Educação**, São Paulo, v. 4, n. 6, p. 11-20, fev., 2000.

SANTOS, M. de F. de S. Representações sociais e psicologia social. In: ALMEIDA, A. M. O.; JODELET, D. (Org.). **Representações Sociais: interdisciplinaridade e diversidade de paradigmas**. Brasília: Thesaurus, 2009. [Cap. Representações e psicologia social, p. 51-62]

SEMIN, G. R. Protótipos e representações sociais. In: JODELET, D. (Org.). **As representações sociais**. Rio de Janeiro: EdUERJ, 2001. [Cap. As Representações Sociais em psicologia social, p. 205-216]

SINGER, P. Direitos Sociais: a cidadania para todos. In: PINSKY, J.; PINSKY, C. B. (Org.). **História da Cidadania**. São Paulo: Contexto, 2008. [Cap. O desenvolvimento da cidadania, p. 191-264]

SOUKI, L. G. A atualidade de T. H. Marshall no estudo da cidadania no Brasil. **Civitas – Revista de Ciências Sociais**, Porto Alegre, v.6, n.1, p.39-58, jan/jun., 2006.

SPINK, M. J. P. **Psicologia social e saúde: práticas, saberes e sentidos**. Petrópolis: Vozes, 2009.

SZARESKI, C.; BEUTER, M.; BRONDANI, C. M. O familiar acompanhante no cuidado ao adulto hospitalizado na visão da equipe de enfermagem. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, v. 31, n. 4, p. 715-722, dez., 2010.

TAVOLARO, S. B. F.; TAVOLARO, L. G. M. A cidadania sob o signo do desvio: para uma crítica da “tese de excepcionalidade brasileira”. **Revista Sociedade e Estado**, Brasília, v.25, n.2, p.331-368, maio/ago., 2010.

TEIXEIRA, S. M. F. A expansão da cidadania. In: **Congreso Internacional del CLAD sobre la Reforma del Estado y de la Administración Pública**, 7., 2002, Lisboa. Documento de los congresos. Lisboa: CLAD, 2002. Disponível em: <<http://www.clad.org/congresos/congresos-anteriores/vii-lisboa-2002>>. Acesso em: 18 jul. 2011.

TRINDADE, A. A. C. Dilemas e desafios da proteção internacional dos direitos humanos no limiar do século XXI. **Revista Brasileira de Política Internacional**, Brasília, v.40, n.1, p.167-177, jan/jun., 1997.

VÁZQUEZ, A. S. **Ética**. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2010.

VELOSO, R. C. **Representações Sociais da cidadania e seus nexos com a saúde e o cuidado de enfermagem**. 2006. 147f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Escola de Enfermagem Anna Nery, UFRJ, Rio de Janeiro, 2006.

VELOSO, R. C.; FERREIRA, M. A. Representações sociais da cidadania e seus nexos com as ações dos usuários de um serviço de saúde. **Revista de Enfermagem da UERJ**, v.15, n.4, p.527-532, out/dez., 2007.

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

WALDOW, V. R. Examinando o conhecimento na enfermagem. In: MEYER, D. E.; WALDOW, V. R.; LOPES, M. J. M. (Org.). **Marcas da diversidade**: saberes e fazeres da enfermagem contemporânea. Porto Alegre: Artes Médicas, 1998. [Cap. 4, p. 53-85].

WATSON, J. Watson's theory of human caring and subjective living experiences: carative factors/*caritas processes* as a disciplinary guide to the professional nursing. **Texto e Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 16, n. 1, p. 129-135, jan/mar., 2007.

WATSON, J. **Enfermagem: ciência humana e cuidar**: uma teoria de Enfermagem. Loures: Lusociência, 2002.

A P Ê N D I C E S

APÊNDICE A - Roteiro de Entrevista semi-estruturada

Código de identificação: _____

Roteiro de entrevista para os usuários hospitalizados:

1º Parte (questões fechadas e abertas):

Dados Gerais:

Sexo: () Masculino () Feminino Idade: _____ anos

Nacionalidade: _____ Naturalidade: _____

Estado civil: () casado () solteiro () viúvo () divorciado

() vive maritalmente () separado (consensual)

Religião: _____ Local de moradia: _____

Município de moradia: _____ Bairro: _____

Renda familiar: () até meio SM () entre meio e 1 SM () entre 1 SM e 2 SM

() entre 2 SM e 3 SM () entre 3 SM e 5 SM () acima de 5 SM

Tem casa/apartamento própria () Sim () Não

Tem carro () Sim () Não

Grau de escolaridade: () analfabeto () ensino fundamental completo () ensino fundamental incompleto () ensino médio completo () ensino médio incompleto

() ensino superior completo () ensino superior incompleto

Profissão/ocupação: _____ (ex. trabalha fora; aposentado; dona de casa e outros)

Dados específicos:

Motivo da internação: _____ Tempo de internação: _____

Já foi hospitalizado antes? () sim () não Onde? _____

Por que? _____

Como foi a experiência da internação anterior? () ótima () boa () ruim

() regular. Por que? _____

Há acompanhante durante a internação: () sim () não

Em caso de sim, quem o acompanha e com qual frequência? _____

Em caso de sim, gosta de ter acompanhante? Por que? _____

Em caso de não, gostaria de ter? Por que? _____

Como é a relação da equipe de saúde com o acompanhante?

() ótima () boa () ruim () regular. Por que? _____

Recebe visita dos familiares e amigos: () sim. Gosta?

() não. Gostaria de receber? _____

Por que? _____

Como é o acesso das visitas aqui? _____

2º Parte (questões abertas):

1. Como é o seu cotidiano no hospital? Dê um exemplo.
2. O (a) senhor(a) acha que é um cidadão? Que características tem um cidadão (Descreva, de exemplo)? Por que o senhor(a) pensa assim?
3. De um modo geral, o(a) senhor(a) acha que os pacientes se sentem cidadãos? Por quê?
4. Como o(a) senhor(a) acha que os outros pacientes pensam? Por que?
5. O que é ser cidadão para o(a) senhor(a)? Dê um exemplo.
6. Sobre os direitos das pessoas, acha que os pacientes têm seus direitos respeitados? Por que? E o(a) senhor(a), tem os seus direitos respeitados? Fale sobre isso.
7. O que é necessário para que os pacientes tenham seus direitos respeitados em relação ao hospital e aos profissionais que cuidam?
8. O que os pacientes costumam fazer para que isso aconteça? Conte uma experiência. E o(a) senhor(a), o que faz? Conte uma experiência sua.
9. Existe alguém que não mereça ter algum direito respeitado? Que tipo de pessoa seria essa e que direito seria esse? Por que?
10. Existem pessoas que mereçam ter mais direitos e outros mereçam ter menos direitos? E que tipo de pessoa seria essa? Por que?
11. Existem profissionais de saúde que respeitam mais os direitos e outro que não respeita tanto? Como o(a) senhor(a) explica isso? Em geral, quais os que respeitam mais e quais os que não respeitam?

APÊNDICE B – Roteiro de Observação Sistemática e Participante

Data:/....../....

Hora de Início:

Hora de término:

O que será observado:

- a) O ambiente geral da enfermaria: localização, arquitetura, mobiliário, equipamentos, acessibilidade dos clientes e outros;
- b) A perspectiva crítica dos clientes sobre o ambiente de internação hospitalar; e como se comportam e que atitudes assumem frente a este ambiente;
- c) As cenas de cuidado ao cliente: atendimento com presteza, as tecnologias implicadas no atendimento, especialmente no cuidado de enfermagem, as informações sobre todas as questões referentes à saúde (e sua extensão aos familiares e acompanhantes), principalmente pela equipe de enfermagem, cuidados que aliviem a dor e sofrimento, estímulo a autonomia do cliente nos cuidados a serem realizados.
- d) Relação de respeito e confiança entre profissional e cliente, principalmente equipe de enfermagem e cliente, manutenção da privacidade e conforto e individualidade do cliente pela equipe de saúde e de enfermagem, respeito aos valores e bem-estar psicoemocional dos clientes.
- e) Como ocorre a relação entre enfermeiros e sua equipe e os clientes com relação a sua participação no cuidado (opiniões, reclamações e sugestões) na maneiras de cuidado, e ainda se esta participação é aceita ou não pelos profissionais de saúde, principalmente pela equipe de enfermagem;
- f) E como os clientes se comportam/posicionam-se frente o aceite ou não pelos profissionais, de suas opiniões, reclamações e sugestões
- g) Como os enfermeiros e clientes se comportam (agem) durante a realização dos cuidados de enfermagem, em relação ao próprio cliente que está sendo cuidado (no caso do enfermeiro), ao enfermeiro que está cuidando (no caso do cliente) e a outros presentes no ambiente da enfermaria;
- h) As expressões corporais, principalmente faciais, dos enfermeiros e clientes antes, durante e depois dos cuidados de enfermagem;

- i) A forma de abordagem ao cliente pelo enfermeiro e ao enfermeiro pelo cliente (identificação do cliente pelos profissionais e identificação dos profissionais aos clientes), os assuntos das conversas e diálogo entre todos os presentes durante os cuidados de enfermagem. E as abordagens que precedem e finalizam os cuidados realizados.
- j) As formas de tratamento pessoais entre todos os presentes na enfermaria: profissionais de enfermagem, outros clientes e acompanhantes.

APÊNDICE C – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA EEAN/HESFA TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Resolução nº 196/96 – Conselho Nacional de Saúde

Sr(a) foi selecionado(a) e está sendo convidado(a) para participar da pesquisa **intitulada: Cidadania e o cuidado à saúde na ótica dos usuários hospitalizados**, que tem como **objetivos**: conhecer o que pensam os clientes sobre o que é ser cidadão no ambiente hospitalar e em relação aos cuidados de saúde, principalmente de enfermagem, e como se comportam de acordo com estes pensamentos. Este é um estudo baseado em uma abordagem qualitativa, utilizando como teoria e método a Teoria das Representações Sociais.

A pesquisa tem duração total de 3 anos, início em julho de 2009 com o término previsto para julho de 2012.

Suas respostas serão tratadas de forma **anônima** e **confidencial**, isto é, em nenhum momento será divulgado o seu nome em qualquer fase do estudo. Quando for necessário exemplificar determinada situação, sua privacidade será assegurada uma vez que seu nome será substituído de forma aleatória. Os **dados coletados** serão utilizados apenas **NESTA** pesquisa e os resultados divulgados em eventos e/ou revistas científicas.

Sua participação é **voluntária**, isto é, a qualquer momento você pode **recusar-se** a responder qualquer pergunta ou desistir de participar e **retirar seu consentimento**. Sua recusa não trará nenhum prejuízo em sua relação com o pesquisador ou com a instituição que forneceu os seus dados, como também na que trabalha.

Sua **participação** nesta pesquisa consistirá em responder as perguntas a serem realizadas sob a forma de entrevistas. A entrevista será gravada em fita cassete para posterior transcrição – que será guardado por cinco (05) anos e incinerada após esse período.

Sr(a) não terá nenhum **custo ou quaisquer compensações financeiras**. **Não haverá riscos** de qualquer natureza relacionada a sua participação. O **benefício** relacionado à sua participação será de aumentar o conhecimento científico para a área de enfermagem.

Exemplo: (Saúde da Mulher, Saúde da Criança, Terapia intensiva, Área Obstetra, etc...)

Sr(a) receberá uma cópia deste termo onde consta o celular/e-mail do pesquisador responsável, e demais membros da equipe, podendo tirar as suas dúvidas sobre o projeto e sua participação, agora ou a qualquer momento. Desde já agradecemos!

Flávia Pacheco de Araújo

(Pesquisador Principal)

Tel: (21) 2473-4105

e-mail: pacheco.flavia@gmail.com

Comitê de Ética em Pesquisa EEAN/HESFA: (21) 2293-8148/ramal 228

Rio de Janeiro, ____ de _____ de 20__.

Declaro estar ciente do inteiro teor deste TERMO DE CONSENTIMENTO e estou de acordo em participar do estudo proposto, sabendo que dele poderei desistir a qualquer momento, sem sofrer qualquer punição ou constrangimento.

Sujeito da Pesquisa: _____
(assinatura)

A N E X O S

ANEXO A – Aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da EEAN/HESFA

 E E A N	UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE ESCOLA DE ENFERMAGEM ANNA NERY COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA	
--	--	---

Protocolo nº 057/2011

Título do Projeto: CIDADANIA E CUIDADO À SAÚDE NA ÓTICA DOS USUÁRIOS HOSPITALIZADOS

Pesquisador Responsável: Flávia Pacheco de Araújo

Instituição onde a pesquisa será realizada: Hospital Clementino Fraga Filho/Universidade Federal do Rio de Janeiro

Data de Entrega do Protocolo ao CEP: 05/8/2011

SITUAÇÃO:

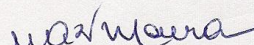
Parecer

O Comitê de Ética em Pesquisa da EEAN/HESFA atendendo o previsto na Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde **APROVOU** o referido projeto na reunião ocorrida em de 30 de agosto de 2011.

Caso a pesquisadora altere a pesquisa é necessário que o projeto retorne ao CEP para uma futura avaliação e emissão de novo parecer.

Lembramos que a pesquisadora deverá encaminhar o relatório da pesquisa daqui a 01 (hum) ano e/ou ao término da mesma, com um CD, indicando o número do protocolo atual, como um compromisso junto a esta Instituição e o CONEP.

Rio de Janeiro, 13 de setembro de 2011.


Maria Aparecida Vasconcelos Moura
Coordenadora do Comitê de Ética EEAN/HESFA/UFRJ

ANEXO B – Aprovação do CEP do HUCFF/UFRJ

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO
Hospital Universitário Clementino Fraga Filho
Faculdade de Medicina
Comitê de Ética em Pesquisa - CEP

CEP - MEMO – n.º 076/12

Rio de Janeiro, 09 de fevereiro de 2012.

Do: Coordenador do CEP

A (o): Sr. (a) Pesquisador (a): Flávia Pacheco de Araújo

Assunto: Parecer sobre projeto de pesquisa.

Sr. (a) Pesquisador (a),

Informo a V. S.a. que o CEP constituído nos Termos da Resolução n.º 196/96 do Conselho Nacional de Saúde e, devidamente registrado na Comissão Nacional de Ética em Pesquisa, recebeu, analisou e emitiu parecer sobre a documentação referente ao protocolo de pesquisa páginas 001 a 079 e seu respectivo Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, conforme abaixo discriminado:

Protocolo de Pesquisa: 105/11 - CEP

Título: "Cidadania e cuidado à saúde na ótica dos usuários hospitalizados"

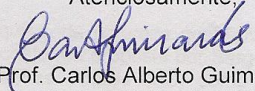
Pesquisador (a) responsável: Flávia Pacheco de Araújo

Data de apreciação do parecer: 02/02/2012

Parecer: "APROVADO"

Informo ainda, que V. Sa. deverá apresentar relatório anual, previsto para 02/08/2012, anual e/ou relatório final para este Comitê acompanhar o desenvolvimento do projeto. (item VII. 13.d., da Resolução n.º 196/96 – CNS/MS).

Atenciosamente,


Prof. Carlos Alberto Guimarães
Coordenador do CEP