

## DIREITOS E VULNERABILIDADE: NOÇÕES A SEREM EXPLORADAS PARA UMA NOVA ABORDAGEM ÉTICA NA ENFERMAGEM

UNDERSTANDING RIGHTS AND WEAKNESS FOR A NEW APPROACH ON ETHICS IN NURSING  
DERECHOS Y VULNERABILIDAD: - NOCIONES PARA SER EXPLORADAS PARA UNA ABORDAJE  
ÉTICO EN LA ENFERMERÍA

*Roseney Bellato<sup>1</sup>, Wilza Rocha Pereira<sup>2</sup>*

<sup>1</sup> Doutora. Professora Adjunto da Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Mato Grosso. Vice-coordenadora do Grupo de Pesquisa “Enfermagem, Saúde e Cidadania” da Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Mato Grosso

<sup>2</sup> Doutora. Professora Adjunto da Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Mato Grosso. Coordenadora do Grupo de Pesquisa “Enfermagem, Saúde e Cidadania” da Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Mato Grosso

---

### **PALAVRAS-CHAVE:**

Ética. Enfermagem. Direitos do paciente. Vulnerabilidade.

**RESUMO:** Neste artigo foi nosso objetivo problematizar a carência sócio-econômica dos usuários de um serviço público de saúde como um dos condicionadores da precarização do atendimento aos seus direitos de saúde. Dentro dessa perspectiva, trabalhamos com a idéia de direitos e vulnerabilidade, partindo do pressuposto de que há novas noções a serem incorporadas para que a enfermagem pense sua práxis tendo o usuário como aliado na reivindicação por melhores condições de trabalho. Assim, concluímos que esta é a categoria profissional que abriga em si maiores possibilidades de ampliação da sensibilidade no que se refere à noção de vulnerabilidade do usuário sob seus cuidados, pois muitos dos seus componentes também são usuários de serviços públicos de saúde, sofrendo os mesmos constrangimentos que a grande massa de usuários e agregando esforços entre usuários e trabalhadores, torna-se possível criar um contexto mais favorável para o desenvolvimento de melhores condições de trabalho nos serviços públicos de saúde.

### **KEYWORDS:**

Ethics. Nursing. Patients' rights. Vulnerability.

**ABSTRACT:** In this article it was our objective to problematize the socio-economic privations of the users of a public health service as one of the precarization conditioners of the attendance to their rights to health. Within that perspective, we worked with the idea of rights and vulnerability, starting from the viewpoint that there are new notions to be incorporated so that nursing may think her praxis having the user as a partner in the claiming for better work conditions. So, we think that nursing is one of the health professional categories that shelters within herself the greatest possibilities of sensitivity increase in relation to the notion of vulnerability of the user under her care, because many of their components are also users of the public health services and suffer the same constraints that the great majority of users. So, we conclude that when trying to aggregate efforts and create synergies among users and workers, it becomes possible to create a context that is more in favor of the development of better conditions of work in the studied public health services.

### **PALABRAS CLAVE:**

Ética. Enfermería. Derechos del paciente. Vulnerabilidad.

**RESUMEN:** En este artículo nuestro objetivo fue problematizar la carencia socio-económica de los usuarios de un servicio público de la salud como uno de los condicionadores de la precarización de atención a los derechos de la salud. Dentro de esta perspectiva, trabajamos con la idea de los derechos y las vulnerabilidad, partiendo del presupuesto que existen nuevas nociones a ser incorporadas para que la enfermería piense en su praxis teniendo al usuario como un aliado en la reivindicación por los mejores condiciones del trabajo. Así nos parece que la enfermería es una de las categorías profesionales del área de la salud que abriga en sí mayores posibilidades de ampliación en la sensibilidad con respecto a la noción de la vulnerabilidad del usuario sobre sus cuidados, ya que muchos de sus componentes, también son usuarios de los servicios públicos de la salud, sufriendo los mismos apuros que la grande masa de usuarios, así también agregar esfuerzos y crear sinergias entre usuarios y trabajadores, se hace posible crear un contexto más favorable para el desarrollo de mejores condiciones de trabajo en el servicio público de la salud estudiada.

---

Endereço:

Roseney Bellato

Av. Anita Garibaldi, Rua B, 85

78075-190 - Jardim Universitário, Cuiabá, MT

E-mail: roseney@terra.com.br

Artigo original: Pesquisa

Recebido em: 15 de agosto de 2004

Aprovação final: 10 de janeiro de 2005

## CONSIDERAÇÕES INICIAIS

Ao finalizarmos a pesquisa<sup>1</sup> cuja temática se centrou na discussão acerca da condição atual na atenção aos direitos dos usuários no contexto de um serviço público hospitalar do Estado de Mato Grosso, percebemos um importante hiato na percepção da noção de cidadania e de direito à saúde por parte dos sujeitos da pesquisa. A partir dessa constatação consideramos que a problematização desses conceitos se faz necessária, devendo estar em consonância com os conceitos de vulnerabilidade, autonomia, solidariedade que apontam para novos preceitos éticos que vão além das questões técnicas da profissão de enfermagem.

No primeiro momento da pesquisa, nosso objetivo foi realizar uma análise quantitativa, e esta nos indicou claramente que os direitos da pessoa internada na instituição estudada estavam sendo desrespeitados, bem como que os sujeitos da pesquisa, usuários e trabalhadores, não tinham uma clara percepção acerca deste evento. Nesta nova abordagem teórico-conceitual, aqui realizada, estamos buscando a compreensão dos dados, agora nos seus aspectos qualitativos. Assim, partimos do pressuposto de que a precariedade das condições físicas e materiais presentes no local do estudo está direta e perversamente relacionada com a também precária condição sócio-econômica da maioria dos seus usuários e, como resultado, temos, no serviço público estudado, também precárias condições de trabalho.

Percebemos que a dupla precariedade dos sujeitos da pesquisa, no que se refere aos aspectos sociais e econômicos, cria uma circularidade que os vulnerabiliza e os posiciona cada vez mais assimetricamente na sua relação com a instituição de saúde em questão e com os profissionais que aí atuam, bem como não lhes permite perceber sua cidadania restrita<sup>2</sup> no que se refere aos direitos à saúde.

A partir do pressuposto colocado, foi nosso objetivo problematizar uma possível relação simbólica que haja entre os significados atribuídos ao usuário do serviço estudado como sujeitos com direitos restritos ou cidadania precária e as condições materiais para o desenvolvimento do trabalho em saúde e enfermagem. Esta categoria, ao identificar-se com aquele que é cuidado, entendendo o usuário como um sujeito de direitos e vulnerável, ou seja, como um igual, pode criar um ambiente mais solidário e acolhedor nos serviços de saúde. Dessa forma, pensamos ser importante que a pesquisa em enfermagem venha a problematizar novas metodologias e estratégias para

agregar esforços entre usuários e trabalhadores e estabelecer sinergias, o que tornaria possível a criação de um contexto mais favorável para o desenvolvimento de melhores condições de trabalho e assistência no serviço estudado.

## CAMINHO METODOLÓGICO PERCORRIDO

Conforme já explicitado, este estudo baseia-se em pesquisa já finalizada sendo que aqui retomamos parte dos dados sob uma nova ótica. A pesquisa geradora dos dados foi do tipo exploratório-descritivo e a realizamos em uma instituição hospitalar pública de médio porte do Estado de Mato Grosso. Os dados foram colhidos junto a 71 pessoas, sendo que dessas 65 se encontravam internadas e 06 eram mães que acompanhavam seus filhos na clínica pediátrica. Tivemos então, 25 pessoas entrevistadas na clínica médica, 19 na clínica cirúrgica, 20 na clínica gineco-obstétrica, 01 na clínica pediátrica, e mais as 06 acompanhantes de crianças internadas na clínica pediátrica da instituição em estudo.

Como estratégia para a coleta dos dados aqui analisados empregamos um questionário que foi dividido em duas partes. A primeira constou dos dados de identificação relativos a: quem foi o respondente (se a própria pessoa internada ou seu acompanhante), sexo, idade, renda familiar, se já havia internações anteriores na mesma instituição, o motivo da internação/diagnóstico e o tempo de internação até o momento da realização da entrevista. A segunda parte constou de questões de múltipla escolha, com 04 respostas possíveis: sim, não, às vezes e não sei. Todas as questões formuladas basearam-se na Cartilha dos Direitos do Paciente e na súmula dos Direitos da Criança e do Adolescente Hospitalizados. Todos os direitos aí constantes foram agrupados de acordo com pertinência entre si, buscando tornar o questionário menos extenso, bem como facilitar a sua compreensão e a sua resposta pelos entrevistados. Dessa forma, obtivemos os seguintes agrupamentos: os profissionais que atuam na instituição, a estrutura organizacional quanto ao seu espaço físico, materiais e equipamentos, a organização administrativa quanto a normas e rotinas. Consideramos importante esse agrupamento de maneira que pudéssemos explorar na análise dos dados qual(is) o(s) aspecto(s) da instituição que envidam maior desrespeito aos direitos da pessoa nela internada.

Frente ao *corpus* de dados obtidos, recortamos aqueles que se mostram a base da compreensão aqui

buscada e que desenhavam o perfil sócio-econômico dos sujeitos do estudo, quais sejam, a escolaridade, a idade, tempo de internação e a renda familiar. Estes dados foram confrontados também com o tempo de internação da pessoa até o momento da entrevista, pois esse confronto nos pareceu importante para reforçarmos o agravamento da situação sócio-econômica vivida pela pessoa ao ter sua internação prolongada.

O período de coleta de dados deu-se de setembro/2003 a março/2004, sendo que, além das pesquisadoras, participaram também dessa fase duas alunas de Graduação em Enfermagem, sendo uma bolsistas do PIBIC/CNPq e a outra bolsista voluntária.

Todos os preceitos éticos estabelecidos na Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde<sup>3</sup>, no que se refere à pesquisa envolvendo seres humanos, foram respeitados. Obtivemos também a anuência formal do responsável pela instituição de saúde onde a pesquisa se desenvolveu.

Os dados aqui apresentados foram organizados inicialmente em seu aspecto quantitativo, expressos em percentuais, sendo, posteriormente, analisados na sua dimensão qualitativa. Também nosso conhecimento quanto à instituição estudada nos auxiliou na compreensão dos dados, visto aí atuarmos profissionalmente há muitos anos.

## A SITUAÇÃO SÓCIO-ECONÔMICA COMO CONDICIONANTE DA VULNERABILIDADE DOS USUÁRIOS DE UM SERVIÇO PÚBLICO DE SAÚDE

Compreendemos que “a qualidade de vida conota, sobretudo, a dimensão do *ser*, não a do *ter*, que, no entanto, é instrumento necessário”<sup>4,5</sup> e, nesse sentido, buscamos interpretar os dados referentes ao perfil sócio-econômico dos sujeitos entrevistados sob a perspectiva de que a sua carência de condições materiais de vida condiciona, de alguma maneira, a que também o atendimento aos seus direitos à saúde por parte da instituição estudada seja precário.

Os dados coletados na pesquisa no que se refere à situação econômica apontaram que 76,0% das pessoas entrevistadas têm renda familiar de até 03 salários mínimos, ou seja, um dado que reafirma a carência material e a necessidade dessas pessoas recorrerem a um serviço público para cuidar da própria saúde, uma vez que não dispõem de outros meios para tal. Somando-se a essa questão econômica encontramos que 78,0% dos sujeitos da pesquisa tinham um

grau de escolaridade correspondente à quarta série do ensino fundamental, havendo ainda 6,0% de analfabetos entre eles. Isto nos evidencia um universo onde 84,0% das pessoas têm uma escolaridade muito baixa ou mesmo ausente.

Percebemos que essa baixa escolaridade por parte dos usuários do serviço estudado representa um condicionante importante na qualidade do atendimento prestado, pois um baixo capital simbólico e lingüístico acerca da lógica presente no serviço estudado, cria dificuldades na compreensão das relações que ali ocorrem, o que reitera a exclusão dos usuários em um contexto específico, o do serviço de saúde, visto que no contexto mais amplo estes já estão excluídos pela sua situação sócio-econômica. Nesse sentido, podemos dizer que o campo da saúde é atravessado por muitos símbolos e que esses são “os *instrumentos da integração social* que tornam possíveis os consensos acerca do sentido produzido nesse campo específico, com a definição arbitrária dos papéis de cada um e de seus lugares”<sup>5:120</sup>.

Podemos afirmar que há uma naturalização da carência no meio hospitalar estudado, uma vez que, por ser a clientela usuária do serviço também caracterizada como carente de condições materiais de vida, há uma extensão “natural” dessa carência presente na vida cotidiana da pessoa a atenção que recebe no serviço estudado. Essa situação é evidenciada pelos ‘corriqueiros problemas’ enfrentados não só pela instituição estudada, mas pela grande maioria dos serviços públicos de saúde do país, que se materializam nas muitas “faltas” que ali ocorrem, que vão desde medicamentos essenciais, escassez de materiais, sucateamento dos equipamentos e na área física disponível ao atendimento e ao trabalho em saúde.

Outro dado que consideramos importante ser analisado, no bojo das condições sócio-econômicas, de maneira a ampliar a compreensão do grau de vulnerabilidade dos sujeitos entrevistados, foi aquele relativo à idade. Tivemos que 64,7% destes entrevistados têm idade entre 21 e 50 anos, ou seja, encontram-se dentro da faixa etária considerada como economicamente ativa no país. Esse fato nos leva a pensar que a hospitalização causa uma ruptura na vida cotidiana das pessoas que precisam procurar por cuidados de saúde. A associação desse dado com o tempo de internação das pessoas entrevistadas na instituição estudada também nos pareceu um importante recorte para aprofundarmos a análise que aqui fazemos. Nesse aspecto encontramos que 61,9% das pessoas entrevistadas tinha, até o momento da entrevista realizada,

uma permanência na instituição entre 05 e 40 dias, sendo que apenas 32,3% ali estavam há menos de quatro dias. Assim, foi possível inferir que os problemas de saúde demandantes de internação são, na instituição em questão, geralmente promotoras de um hiato na vida familiar e no trabalho, trazendo conseqüências para as pessoas internadas.

Se nos reportarmos ao nível sócio-econômico das mesmas, anteriormente apresentado, e associarmos com a questão do vínculo de trabalho que, não raro, é frágil ou mesmo inexistente, podemos inferir que não lhes é garantida a manutenção da renda ou mesmo do trabalho quando necessitam de licença médica para tratamento da sua saúde. Dessa forma, percebemos que sua situação financeira pode alterar-se durante a internação, gerando, mais uma vez, a perversa circularidade de uma situação precária que condiciona/reforça outra, ampliando ainda mais a vulnerabilidade do usuário quando busca resolução para os seus problemas de saúde.

É importante lembrarmos também o fato de que uma hospitalização prolongada significa um rompimento temporário do contato da pessoa com o mundo exterior ao hospital e mesmo com sua família, visto que, uma vez institucionalizada, ou seja, internada, a pessoa só poderá sair quando ocorrer a alta médica ou a alta a pedido, que raramente é bem aceita pelo serviço e pelos profissionais de saúde. Nesse ínterim entre a internação e a alta hospitalar todo contato humano acaba sendo mediado pelos profissionais de saúde que, via de regra, o restringem ao máximo. Tal restrição refere-se até mesmo à presença dos familiares que, no serviço estudado, está limitada à apenas duas visitas por dia durante por um período de 60 minutos.

Observamos que nesse contexto da assistência à saúde as necessidades sociais do usuário passam a ser francamente ignoradas, pois a lógica que organiza o serviço de saúde estudado, assim como os demais, é aquela construída pelos profissionais que aí atuam, visto que são eles que detêm o poder de definir as regras e normas as quais a pessoa internada “deve” se submeter. Por não possuir capital simbólico e linguístico que a coloque em situação de simetria com os profissionais de saúde, a pessoa internada se submete à lógica da instituição. Tal fato pode ser entendido como submissão e, embora aconteça aparentemente de maneira sutil e voluntária, constitui-se, na verdade, em uma violência simbólica, pois remete à assimetria e a hierarquia já instalados socialmente.<sup>5</sup>

A prolongação do período de hospitalização pode ocorrer por razões relacionadas a agravos à saú-

de, mas nem sempre é justificada apenas por essa razão. Com relativa freqüência resulta da intensa burocracia reinante em um hospital de ensino, como é o caso do serviço estudado, o que acaba por retardar a realização de exames, procedimentos e, conseqüentemente, do diagnóstico e tratamento. Outro fator que pode ser apontado como causador da hospitalização prolongada advém das complicações no estado de saúde inicial da pessoa que podem ter como causas: a ocorrência de infecções hospitalares que adiam a alta hospitalar ou a falta de equipamentos para atender, em volume e tempo hábil, a necessidade de mais exames para esclarecimentos diagnósticos, tanto no próprio serviço como na rede de serviços contratada pelo SUS, entre outras. Esses processos ainda são pouco visíveis e, portanto, pouco problematizados por aqueles que não conhecem os meandros internos da instituição. Também nessas situações a precariedade do serviço de saúde se espelha na precariedade do usuário, ampliando-lhe a vulnerabilidade na relação que aí se estabelece.

Os fatores apontados acima contribuem para que as pessoas permaneçam internadas mais tempo do que o necessário, caracterizando um quadro no mínimo curioso, visto que temos uma grande demanda reprimida de leitos hospitalares no Estado de Mato Grosso. Dessa forma, se por um lado, temos um número significativo de pessoas que ficam internadas mais tempo do que o necessário, também temos, por outro lado, pessoas que necessitam ser hospitalizadas, não havendo, entretanto, leitos hospitalares disponíveis. Isto configura um retrato perverso que se justifica, em última instância, pela baixa capacidade de organização e reivindicação dos usuários do serviço estudado, fato que nos parece estar estreitamente relacionado a uma também baixa sensibilidade por parte dos profissionais de saúde no sentido de melhorar a qualidade de atendimento às necessidades de saúde dos usuários.

Pensamos que este fenômeno reflete a alienação “consentida” do usuário, ou seja, ao ser destituído do poder de decisão sobre a própria vida quando institucionalizado, deixa de ser dono de seu próprio corpo e perde a autonomia para decidir sobre o que lhe seja mais adequado e conveniente. Assim fica “minorizado” na sua relação com o serviço de saúde e com os profissionais que aí atuam e passa a se sujeitar à lógica daqueles que têm o poder de internar ou dar a alta hospitalar. Isso revela aspectos problematizados, apontados na “Teoria das Trocas Simbólicas”<sup>6</sup>, na qual afirma-se que os atores sociais se articulam dentro da estrutura social, ao mesmo tempo interiorizando os sentidos coletivamente produzi-

dos e os exteriorizando de acordo com os constrangimentos, normas, regras a que estão submetidos no seu grupo social e com os demais grupos com os quais venham a se relacionar.

Entendemos que as práticas de saúde também seguem os pressupostos das trocas simbólicas que ocorrem dentro de um campo relacional, sendo que, para que essas se instaurem, se efetivem, se materializem, é preciso que ambas as partes tenham categorias de percepção e de avaliação idênticas a respeito do mesmo bem, no caso, a saúde, revelando uma cumplicidade que é objetiva na medida em que traz consigo a concordância, que nada mais é do que a dominação introjetada, a reprodução dos mesmos valores que o dominante usa para produzir as estruturas de dominação.<sup>5</sup>

Mas esse processo descrito abarca também uma dimensão que vai além da percepção objetiva, pois, como nele estão presentes os atos cognitivos de reconhecimento que põem em prática as estruturas cognitivas, materializadas nas diferentes formas e categorias de percepção, nos princípios de visão e de divisão, enfim, uma série de estruturas historicamente constituídas, por isso mesmo arbitrarias, onde alguns detêm o poder simbólico de construção da realidade, que tende a estabelecer sentido imediato do mundo social para todos os demais.<sup>5</sup>

Vale lembrar que o dominante nessa relação contribui de maneira determinante na produção e reprodução dos instrumentos de construção da realidade social, exercendo permanentemente uma ação formadora de disposições duradouras, através de todos os constrangimentos e disciplinas corporais e mentais que impõe, de maneira uniforme, ao conjunto de agentes. Ou seja, ele impõe e inculca todos os princípios de classificação fundamentais, de acordo com o sexo, a idade, a competência, dentre outros, e aí está o fundamento da eficácia simbólica de todos os ritos institucionais.

No caso da relação entre os profissionais da saúde e o usuário dos serviços públicos de saúde, só podem impor os princípios de classificação fundamentais aqueles que têm o poder de produzir os discursos no que se refere à saúde e a hospitalização, sendo esta a base da eficácia simbólica de todos os ritos institucionais. Pudemos verificar que 64,0% das pessoas internadas que foram por nós entrevistadas não tinham nenhuma internação anterior na instituição estudada, sendo que esse dado aponta que a maioria dos sujeitos é um novo usuário do serviço estudado. É compreensível que, nessa condição, se submetam mais facilmente por estarem ainda mais fragilizados ao se in-

serirem em uma estrutura que não conhecem, sendo que o mesmo acontece em relação aos profissionais que os atendem, a estrutura física e material, e as normas e rotinas que regulam sua permanência na instituição. Além disso, durante todo o período de doença e de internação está em jogo o mais simbólico de todos os bens humanos, a própria saúde, que é fundamental na construção e introjeção dos mais variados símbolos sobre a vida humana.

Entendemos, pois, que a situação de doença e o processo de hospitalização, torna essas pessoas mais vulneráveis e as coloca em situação de dupla desvantagem perante os saberes institucionalmente constituídos. Ao serem submetidos à “minorização”, neste momento, pelos profissionais de saúde, são desconsiderados como sujeitos em qualquer decisão que aqueles venham a tomar sobre seu corpo e sua vida e isso os torna mais vulneráveis frente à situação de hospitalização e, assim, submetem-se sem sequer opor resistência.

A vulnerabilidade do usuário internado reforça cada vez mais os poderes constituídos na saúde, especialmente o poder médico, na mesma proporção em que amplia a submissão da pessoa que necessita de internação. Essa circularidade é que denominamos de “perversa”, pois só poderá ser interrompida, nos parece, no momento em que os profissionais de saúde a compreenderem e procurarem criar relações mais horizontais, simétricas e menos hierárquicas com os usuários de serviços públicos de saúde. Ou seja, é necessário que seja proporcionado o aumento da potência de intervenção dos vários grupamentos de sujeitos envolvidos nesse processo.<sup>7</sup>

## **A SOLIDARIEDADE COMO INSTRUMENTO PARA UMA ATUAÇÃO PROFISSIONAL MAIS ÉTICA NA ENFERMAGEM**

É nessa compreensão ampliada quanto à vulnerabilidade dos usuários quando necessitam de atenção a sua saúde que, entendemos, deva se pautar a atuação profissional da enfermagem tendo por perspectiva o que aqui denominamos de “olhar ético”.

Entendemos o olhar ético como aquele que parte de um ser humano co-responsável, que tem na empatia e solidariedade para com o outro momentaneamente fragilizado, o balizamento para suas ações profissionais. Nessa perspectiva, recusamos a concepção tradicional da ética profissional que se baseia em uma postura de quem observa de fora e analisa o outro como

se este fosse um objeto de sua ação profissional. Assim, a empatia e a solidariedade precisam ser componentes fundamentais de uma prática ética, advinda desse olhar ético, que considera o outro que é cuidado como alguém igual a mim, ou seja, somos sujeitos em uma relação simétrica, sendo o outro portador dos mesmos direitos que eu. É a partir dessa compreensão que se torna possível ao profissional desenvolver uma prática mais qualitativa, acolhedora e tolerante para com aqueles que se apresentam vulneráveis quando se colocam sob seus cuidados profissionais.

Através do que apresentamos até aqui como dados de análise, impõe-nos pensar que a solidariedade não tem sido o motor das relações estabelecidas entre os profissionais da saúde e os usuários do serviço público estudado. Essas relações aparentam-nos estar ainda fortemente assentadas na dominação e violência simbólicas. Nesse sentido, apresenta-se aqui um ponto fundamental para refletirmos: “a solidariedade precisa, para existir, do respeito, da admiração, do reconhecimento do outro como alguém capaz de reclamar, aceitar ou negociar assistência”.<sup>8,9,5</sup>

Faz-se necessário neste momento compreender como o usuário de serviços públicos de saúde se situa na posição de não se perceber como possuidor de direito à saúde, não podendo, portanto, exercitar a sua cidadania plena nesse sentido. Na relação de submissão e de pouca autonomia que se estabelece entre o usuário de um lado e os profissionais e os serviços públicos de saúde de outro, percebemos claramente a limitação dos direitos dos primeiros condicionando também um restrito exercício de sua cidadania.

Para tanto, explicitamos que as perspectivas objetivas e subjetivas da cidadania estão referidas tanto à existência real de direitos, como ao grau de conhecimento que as pessoas tenham destes como direitos de fato e não como favores dados por poderes externos.<sup>2</sup> Ou, apontado de maneira mais incisiva, é possível afirmar que configura uma forma de “pobreza política” não reivindicar os direitos, mas pedir, suplicar ou ainda os esperar passivamente, entendendo os serviços e profissionais como mais importantes que o seu processo de adoecer e internar-se para tratar de sua saúde.<sup>4</sup>

Não podemos deixar de acentuar, no entanto, que é também outro aspecto da pobreza política reproduzir ou perpetuar a desigualdade social, pois essa desigualdade se revela, diversamente ao que se acredita, ampliadora da vulnerabilidade de todos os grupos sociais. Olhando mais especificamente para a área da saúde e, dentro dela, para os seus profissionais, pensa-

mos serem estes também pobres, politicamente falando, uma vez que, ao exercerem a dominação e a violência simbólicas contra os usuários de serviços públicos de saúde, anulando-lhes ou negando-lhes o exercício de seus direitos e de sua cidadania, perdem, eles também, qualidade de vida e trabalho.

Essa afirmação se pauta na compreensão de que quanto mais destituído de seus direitos for o usuário, mais ficam os profissionais submetidos, nesse contexto específico, a condições de trabalho precárias e mesmo aviltantes, pois as maneiras como se define e se promove a atenção à saúde dos usuários se reflete de maneira direta na qualidade do espaço físico, dos materiais e equipamentos disponíveis para que os profissionais possam exercer suas atividades. Essa situação já foi estudada anteriormente<sup>1</sup>, a partir de dados complementares aos que aqui trouxemos.

Assim, “aceitando o mínimo” em termos de condições materiais disponíveis para a assistência à saúde, acabamos, como profissionais, por receber também o mínimo no que se refere a condições de trabalho. Isso é particularmente verdadeiro quando nos reportamos aos profissionais da Enfermagem, visto serem estes um dos grupos que mais agudamente sofre com a precarização dos meios necessários para desenvolverem suas atividades.

Entendemos como essencial que os profissionais de enfermagem tomem consciência de que, ao participar ou consentir com a anulação ou restrição do exercício dos direitos e da cidadania do usuário quanto à saúde, também anula ou restringe seu direito à condições adequadas de trabalho, constituindo-se esta em uma outra situação de circularidade perversa e auto-alimentadora. Compreender-se, portanto, como também vulnerável nessa situação, pode ser um dos possíveis caminhos para a ampliação da sensibilidade desses profissionais para com a vulnerabilidade do usuário de serviços públicos de saúde, possibilitando a construção de uma relação mais simétrica, empática e solidária para com o usuário.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

Sabemos que as condições de vida dos sujeitos condicionam as suas condições de saúde, uma vez que a precarização daquelas acarretam uma maior exposição dessas pessoas a situações variadas que fragilizam a sua saúde. Assim, a precarização das condições físicas e materiais presentes no serviço de saúde tornam tanto o usuário como o trabalhador mais vulneráveis

dentro da instituição estudada.

Através de uma primeira aproximação com os dados colhidos na pesquisa, percebemos que o perfil sócio-econômico desprivilegiado dos sujeitos do estudo os colocam em situação de vulnerabilidade por vários fatores. Dentre esses é muito significativa a carência de um capital simbólico e lingüístico que possibilite ao usuário adentrar a lógica da organização dos serviços e das práticas de saúde, de maneira que possa defender seus direitos quando em situação de internação em serviços públicos de saúde. Podemos, então, afirmar que há, qualitativamente falando, uma estreita correlação entre a precarização das condições no hospital estudado, tanto em relação a espaço físico, a material e equipamentos disponíveis para a prestação da assistência, o que precariza o trabalho em saúde e enfermagem e acaba ampliando os níveis de vulnerabilidade do usuário do mesmo serviço.

Desenha-se, assim, a circularidade perversa em que transita *ad infinitum* aquele que acorre a serviços públicos de saúde e que aí estabelecem relações assimétricas com os profissionais de saúde. Se, por um lado, a falta de condições sócio-econômicas o faz procurar serviços públicos para o atendimento aos seus problemas de saúde, por outro, estes serviços respondem à lógica do 'dar ao carente de condições de vida, um serviço também carente de condições', isso tanto no que se refere às condições materiais quanto aquelas mais sutis e simbólicas, representadas pelo oferecimento de informações, o estabelecimento de relações mais simétricas e menos hierárquicas entre profissionais de saúde e os usuários, a criação de normas e rotinas mais flexíveis e que melhor respondam às necessidades do usuário, dentre outras.

Foi-nos possível, neste estudo, apreender também que, quanto menor a escolaridade das pessoas internadas, mais freqüentes os discursos que denotam submissão à lógica hospitalar e menor o conhecimento quanto aos próprios direitos, ou seja, um terreno fértil para a instauração da dominação simbólica que enseja uma cidadania cada vez mais restrita. Esse tipo de domínio, de certa forma, também ocorre na relação entre o usuário e os profissionais de saúde, uma vez que a estrutura organizacional e a estrutura legitimada do conhecimento em saúde são marcadas por valores criados, fundamentalmente, pelos profissionais de saúde, notadamente o médico. Nestas relações, estabelecem-se trocas simbólicas nas quais há necessidade da **cumplicidade objetiva** dos dominados na medida em que esta traz consigo a concordância, de ma-

neira que possa haver a reprodução dos mesmos valores que o dominante usa para produzir as estruturas de dominação.<sup>5</sup>

Nessa relação a submissão e a falta de autonomia do usuário dentro dos serviços públicos de saúde quanto a decisões sobre o tratamento e a hospitalização têm relação estreita com a limitação de sua compreensão acerca de seus direitos. As perspectivas objetivas e subjetivas da cidadania estão referidas tanto à existência real de direitos, como ao grau de conhecimento que as pessoas tenham destes como direitos de fato e não como atos generosos dados por sujeitos mais capacitados.<sup>2</sup> Outro autor, bastante mais incisivo, afirma que a pobreza política mais lancinante não é aquela que se manifesta pelo não reivindicar os próprios direitos, mas suplicar por eles, esperá-los passivamente, por não haver, sequer, a compreensão da condição de cidadão pelos menos favorecidos socialmente.<sup>4</sup> Lembramos, entretanto, que a pobreza, no seu sentido amplo, não é um dado natural, mas produto histórico de formas de organização da sociedade que exclui, restringe, limita e hierarquiza os diferentes grupos sociais.

Para fazer frente a esta assimetria que está dada socialmente e que se faz mais aguda no caso de sujeitos que estão em relações que os tornam mais vulneráveis, parece-nos que uma das formas possíveis para que se possa abrir campo para a criação de uma maior simetria e equidade é através da educação para a cidadania, tanto dos usuário como dos trabalhadores em saúde e enfermagem. No caso específico dos usuários de serviços públicos de saúde, essa possibilidade se materializa na ampliação do seu conhecimento sobre os próprios direitos, assim como explicitando as instâncias que podem auxiliá-lo nessa busca por um estado de cidadania mais ativa.

Trabalhar com a temática escolhida foi penoso, pois, no desenrolar do processo de análise, evidenciaram-se vários aspectos reveladores de formas, ora sutis ora explícitas de desrespeito aos direitos da pessoa internada no serviço público estudado. Foi-nos possível perceber que há ações e práticas de saúde que transportam tal desrespeito de forma muito subliminar, não podendo, por isso, ser identificadas como tal por aqueles que a sofrem e, tampouco por aqueles que as praticam. Esse tipo de ocultamento dificulta ou impede a sua visibilização e compreensão, e traz, por consequência, o fenômeno da naturalização ou mesmo banalização do processo de desqualificação das pessoas que precisam de assistência no serviço público de saúde estudado.

Esse processo de desqualificação é quase inconscientemente aceito pela maioria dos usuários de serviços públicos de saúde e, embora alguns questionem de forma mais incisiva, a grande maioria está em situação de tal vulnerabilidade que não tem elementos subjetivos para enfrentar a sua desqualificação nesse processo. Como estão em uma clara situação de dependência de outrem para recuperar e/ou manter a própria saúde e assim ter condições de garantir a sua subsistência, submetem-se ao que está sendo oferecido, sem demonstrações muito explícitas de insatisfação com a qualidade dos serviços e da assistência que recebem dos profissionais de saúde.

Ao conseguir submissões sem colocá-las em pauta como tal, conformando os sujeitos em não só aceitar a dominação, mas a vê-la como um bem para si, os profissionais estão reiterando o lugar do usuário na sua relação com os serviços de saúde. A esse espaço as pessoas acorrem por necessidade e livre vontade, acreditando mesmo serem privilegiadas por dispor de um serviço que entendem ser “gratuito” para cuidar dos problemas de saúde que as aflige. Temos assim, a banalização e a naturalização da dinâmica da desqualificação crescente dos usuários dentro dos serviços públicos de saúde, levando-os à conformação desejada de submissão.

Entendemos que é só tendo por base a compreensão desse processo por parte de todos os sujeitos envolvidos, sejam eles usuários ou profissionais de serviços públicos de saúde, que podemos pensar em mudanças possíveis. No entanto, sabemos que toda proposta participativa significa divisão de poder e, com isso, ocorre uma aparente ameaça para aqueles que estão em posição de mando. Mas, nossa compreensão aqui quanto ao que seja poder se faz considerando a concepção arendtiana de poder legítimo. Assim, o poder verdadeiro só pode ser construído a partir de consensos e de simetria entre os diferentes sujeitos. Há, pois que se reconceitualizar relações de poder e diferenciá-lo de relações de força, uma vez que nesta última a vontade de um se sobrepõe a do outro, o que reporta a uma relação de poder mais afinada com a concepção weberiana de poder, que nega o outro e reafirma o poder do mesmo. É nosso entendimento que toda relação que envia assimetria, hierarquia, mando de uns sobre outros que estão impedidos simbólica ou explicitamente de se manifestar configura-se como uma relação de força e não de poder.

Considerando a saúde como valor universal que faz parte de um ideário constitutivo da humanidade podemos pensar nas possibilidades da saúde ser um

componente fundamental para a construção/ampliação da cidadania, um *locus* de consenso possível para ações ‘subversivas’, no sentido de subverter/mudar a situação atual. Saber e poder se implicam mutuamente, ou seja, não há relação de poder sem a constituição de um campo de saber, o poder possui uma eficácia produtiva, uma riqueza estratégica e que, por isso, deve ser estudado em sua positividade.<sup>9</sup>

Entendemos ainda que, ao vislumbramos o usuário como nosso aliado nas reivindicações por melhores condições e maior qualidade nos serviços públicos de saúde, estaremos também, como profissionais, nos beneficiando através da consecução de melhores condições de trabalho. A partir dessa compreensão ampliada torna-se necessária à busca por uma prática profissional que, de fato, redunde em um olhar e ações mais solidárias entre esses sujeitos. Há que se lembrar sempre, no entanto, que “a solidariedade precisa, para poder existir, do respeito, da admiração, do reconhecimento do outro como alguém capaz de reclamar, aceitar ou negar assistência. A pessoa sujeita a uma necessidade não reclama ser protegida. Não quer o olhar piedoso, nem o isolamento: ela exige poder inserir-se em uma rede de vínculos em que seja reconhecida como um igual em orgulho e dignidade.”<sup>8:95</sup>

## REFERÊNCIAS

- 1 Pereira W, Bellato R. Estudo diagnóstico das condições de atendimento aos direitos da pessoa internada em um serviço público hospitalar na cidade de Cuiabá-MT. Cuiabá(MT): UFMT/FAPEMAT; 2003. Relatório de pesquisa.
- 2 Valente VV. Uma reflexion feminista de la ciudadanía. Rev Estud Fem. 2000; 8(2): 170-90.
- 3 Conselho Nacional de Saúde (BR). Resolução n.196/96, de 10 de outubro de 1996. Dispõe sobre as diretrizes e normas reguladoras de pesquisa envolvendo seres humanos. Brasília: O Conselho; 1996.
- 4 Demo P. Pobreza política. Campinas: Editores Associados; 2001.
- 5 Bourdieu P. Razões práticas: sobre a teoria da ação. São Paulo: Papirus; 1996.
- 6 Pereira WR. Poder, violência e dominação simbólicos em um serviço público de saúde que atende a mulheres em situação de gestação, parto e puerpério [tese]. Ribeirão Preto (SP): Programa de Pós-Graduação Interunidades/USP; 2000.
- 7 Gastão GW de S. Saúde Paidéia. São Paulo: HUCITEC; 2003.
- 8 Caponi S. Da compaixão à solidariedade – uma genealogia da assistência médica. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2000.