



**UNIVERSIDADE DA INTEGRAÇÃO INTERNACIONAL DA
LUSOFONIA AFRO-BRASILEIRA – UNILAB**

INSTITUTO DE HUMANIDADES E LETRAS – IHL

BACHARELADO EM HUMANIDADES - BHU

VALÉRIA OLIVEIRA DE SOUSA

**HISTÓRIAS DE DISCRIMINAÇÕES SOFRIDAS POR PESSOAS EM
SITUAÇÃO DE POBREZA NA ENTIDADE FILANTROPICA
HOSPITAL E MATERNIDADE PAULO SARASATE**

REDENÇÃO - CE

2017

VALÉRIA OLIVEIRA DE SOUSA

**HISTÓRIAS DE DISCRIMINAÇÕES SOFRIDAS POR PESSOAS EM
SITUAÇÃO DE POBREZA NA ENTIDADE FILANTROPICA
HOSPITAL E MATERNIDADE PAULO SARASATE**

Projeto de Pesquisa apresentado ao curso de Bacharelado em Humanidades, para obtenção do título de bacharel em humanidades, da Universidade da Integração Internacional da Lusofonia Afro-brasileira.

Orientador: Professor Dr. James Ferreira Moura Jr

REDENÇÃO - CE

2017

VALÉRIA OLIVEIRA DE SOUSA

**HISTÓRIAS DE DISCRIMINAÇÕES SOFRIDAS POR PESSOAS EM
SITUAÇÃO DE POBREZA NA ENTIDADE FILANTROPICA
HOSPITAL E MATERNIDADE PAULO SARASATE**

Projeto de Pesquisa apresentado ao curso de Bacharelado em Humanidades, para obtenção do título de bacharel em humanidades, da Universidade da Integração Internacional da Lusofonia Afro-brasileira. Orientador: Professor Dr. James Ferreira Moura Jr.

Data da aprovação: _____ / _____ / _____ Nota: _____

BANCA EXAMINADORA

Prof^o Dr. James Ferreira Moura Jr
(Orientador)

Profa. Dra. Vera Regina Rodrigues da Silva
Universidade da Integração Internacional da Lusofonia Afro-Brasileira
(UNILAB)

Ms. Francisco Wesley Oliveira Mendonça
Universidade da Integração Internacional da Lusofonia Afro-Brasileira
(UNILAB)

“A humildade exprime uma das raras certezas de que
estou certo: a de que ninguém é superior a ninguém”.

Paulo Freire

RESUMO

Este estudo aborda a temática da discriminação social no contexto hospitalar, analisando a atuação dos profissionais do hospital e maternidade Paulo Sarasate, localizado em Redenção-Ce. Diante ao crescente número de episódios de discriminações sociais, e preconceito nas instituições da saúde, há impacto negativo no acesso, no tratamento de determinadas doenças, principalmente, das pessoas em situação de pobreza e os demais que também dependem desses serviços. A pretendida pesquisa traz como questão principal: histórias de discriminações sofridas por pessoas em situação de pobreza na entidade filantrópica hospital e maternidade Paulo Sarasate. Ademais, um outro objetivo é descrever algumas das formas em que acontecem as discriminações sociais nos ambientes hospitalares, e possíveis impactos sofridos na reprodução dessas práticas discriminatórias e questionamento acerca dos sentimentos que esse público desenvolve a partir das práticas discriminatórias, problematizando e elaborando reflexões sobre as discriminações presente no cotidiano do ambiente hospitalar. Trata-se de um estudo exploratório, na perspectiva qualitativa e utilização da entrevista episódica juntos; aos pacientes usuários. Como técnica de análise, aplica-se a análise de conteúdo, para que se possa retratar uma realidade que passa quase naturalizada, afim de responder as questões propostas. O estudo pretende trazer possíveis reflexões sobre a saúde pública e um atendimento humanizado como direito universal, contribuindo para melhoria e qualidades do ambiente hospitalar.

Palavras-chave: Discriminação social; ambiente hospitalar; pobreza.

ABSTRACT

This study addresses the issue of social discrimination in the hospital context, analyzing the work of the hospital and maternity professionals Paulo Sarasate, located in Redenção-Ce. Faced with the growing number of episodes of social discrimination and prejudice in health institutions, there is a negative impact on access to certain diseases, especially those living in poverty and others who also depend on these services. The main objective of this research is to study the history of discrimination suffered by people living in poverty in the philanthropic hospital and maternity hospital Paulo Sarasate. In addition, another objective is to describe some of the ways in which social discriminations occur in hospital settings, and possible impacts on the reproduction of these discriminatory practices, and questioning the feelings that the public develops through discriminatory practices, problematizing and elaborating reflections on the discrimination in the daily life of the hospital environment. It is an exploratory study, from the qualitative perspective and use of the episodic interview together; to patient users. As analysis technique, the analysis of content is applied, so that a reality can be portrayed that passes almost naturalized, in order to answer the questions proposed. The study intends to bring possible reflections on public health and humanized care as a universal right, contributing to the improvement and qualities of the hospital environment.

Keywords: Social discrimination; hospital environment; poverty.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	7
2 JUSTIFICATIVA	9
3 OBJETIVO DA PESQUISA.....	12
3.1 Objetivo Geral	12
3.2 Objetivos específicos	12
4 REVISÃO BIBLIOGRÁFICA	13
5 MÉTODO	20
5.1 Tipos de pesquisa	20
5.2. Técnicas de pesquisa	22
5.3 Local de realização da pesquisa.....	24
5.4 Participantes da pesquisa	25
5.5 Análise da entrevista.....	26
5.6 Procedimentos éticos	27
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	28
7 REFERENCIAS	29

1 INTRODUÇÃO

A nossa sociedade brasileira é composta por várias classes sociais, um fruto de desregradas distribuições de rendas. Contudo, essas variações se refletem em muitos ambientes, de maneiras negativas, podendo até resultarem em práticas de discriminações por parte de alguns funcionários dos ambientes hospitalares.

Observando e se colocando como também usuária do SUS, pressuponho que a ética profissional não seja exercida de forma abrangente. O intuito dessa pesquisa é mostrar como as práticas de discriminações podem causar várias implicações na vida de pessoas que procuram e necessitam desses atendimentos. Desse modo analisaremos as práticas de discriminações sofridas por pessoas em situação de pobreza, na entidade filantrópica hospitalar, precisamente no Hospital e Maternidade Paulo Sarasate no município de Redenção, Ceará. Sabemos que devido á condições de pobreza, a população busca atendimento no SUS (Sistema Único de Saúde), que é bem precário e que na maioria das vezes, os funcionários poucos “preparados” psicologicamente ,ou pressupõem-se que a ética profissional não é levada em consideração e como consequências ocasionam inúmeros constrangimentos, sem perceberem reproduzem as mais variadas formas de discriminações, humilhações e preconceitos com pessoas em situação de pobreza, que acaba por ser o lado mais frágil. Consequentemente são moralmente ofendidas e devido a poucas informações, acabam por não buscarem seus direitos perante as leis.

O bom atendimento e acolhimento deveria ser o ponto de partida para um atendimento de qualidade a ser oferecido pelo o SUS. No entanto se faz necessário políticas públicas que realmente vigorem, e possam intervir nessa problemática, para que conflitos possam ser evitados, e melhorando o acesso para que todos pudéssemos uso fluir de serviço de qualidade. Sendo assim o poder público usaria de bom senso e burocratizaria esse acesso.

Mesmo com o acelerado processo das estruturas e nas tecnologias científicas, do contexto da saúde, a dignidade de pessoa humana pareça ser relegada a um segundo plano. Visto que frequentemente em espaços públicos, como em hospitais, pessoas em situação de pobreza lamentavelmente são alvos de práticas depreciativas, como: humilhação, preconceito, discriminações sociais e algumas sequelas irrevogáveis.

É a partir dessas práticas que podemos considerar violentas, e que as pessoas desenvolvem sentimentos negativos e se sentem oprimidas, menosprezadas, despertando a

partir de então, o sentimento de vergonha, opressão, complexo de inferioridade e baixa estima. Segundo La Taille (2002) o sentimento de vergonha é um sentimento em que o indivíduo desenvolve através do olhar do outro. É o juízo alheio, que a pessoa passa a reproduz como sendo seu. Um sentimento avaliado por si próprio, um autocrítico de si mesmo, fazendo a pessoa se sentir inferiorizada, fragilizada.

Inclusive, é bastante comum as pessoas desenvolverem sentimentos de vergonha por ser pobre. A pobreza é um resultado do sistema sócio econômico, que foi compreendida pela ciência de forma própria. E o que leva a discriminação é a exclusão, não é a situação em si, apenas carência materializada, o preconceito com relação a pessoas humildes, e como afirmam Moura Jr e Ximenes (2016) O está pobre não se restringe apenas ao âmbito econômico, abrange também as condições sociais, políticas, ideológicas e estruturais, além da forma de ser e fazer. Desse modo pressupõe-se que a ética não é levada como fator primordial, e o modo em que os profissionais de saúde conduzem a situação, ocasionam por muitas vezes relações de conflitos e uma menos humanização, tendo como produto negligencias, transtornos psicológicos entre outros.

Para que se consiga uma tão sonhada e precisa humanização, é necessário um processo reflexivo acerca de valores e princípios que norteiam as práticas profissionais, pressupondo-se para além de um tratamento digno, ser cuidadoso, e acolhedor. Faz-se necessário a execução das leis existentes, por em práticas as políticas públicas afirmativas, como em especial temos a Política Nacional da Humanização (PNH) sendo ela vinculada à secretaria de atenção à saúde, que conta com equipes regionais e apoiadores que se articulam nas secretarias estaduais e municipais de saúde. A PNH foi criada em 2003 para pôr em práticas os princípios do SUS, no cotidiano dos serviços de saúde, propondo mudanças nos modos de gerir e cuidar dos usuários. Sendo um SUS humanizado e reconhecendo cada pessoa no seu singular, como pessoa cidadã de direito e valorizando e incentivando as atuações na produção na saúde e bem-estar. Conforme a PNH, o acolhimento é algo que vai se construindo de forma coletiva, construindo-se valores e de relações de confiança, com compromisso entre as equipes/ serviços e usuário como uma rede sócio afetiva, melhorando a dimensão humana nas relações dos profissionais das redes de saúde pública, proporcionando assim mais dignidade e solidariedade para as pessoas de um modo geral, independente de classe social, cor ou religião.

2 JUSTIFICATIVA

A área da saúde se tornou o órgão público que mais se deixa a desejar. Principalmente os atendimentos médicos e hospitalares. Nota-se uma ausência de direitos humanos, um atendimento sem o compromisso, uma falta de acessos aos serviços pertinentes referente a políticas públicas.

Percebe-se que existe um tipo de exclusão um tanto silenciosa, que passa despercebida para com as pessoas de baixa classe social, os vulneráveis, ampliando-se, contribuindo para que haja cada vez mais desigualdades de classes sociais.

Diversos casos de humilhações, desprezos, estigmatizações que acontecem constantemente com pacientes em situação de pobreza que buscam os atendimentos, geralmente os pacientes chegam ao início da manhã e esperam sem expectativas, de serem atendidas às vezes não sendo diferenciados nem mesmos em casos mais extremos, como em emergenciais (FRANCESCHI *et al*, 2005).

Em algumas das situações, os constrangimentos poderiam serem evitados, com atitudes simples, e bem-intencionadas que partissem desses profissionais. Em muitas ocasiões os usuários apenas buscam informações de posteriores tratamentos e consultas. No entanto, são estereotipados, ignorados, e o espaço criado para ser de acolhimento resulta-se por tornar-se um reduto de práticas de opressões, ocasionando até mesmo transtorno psíquico nessas pessoas em situação de pobreza.

Esses pacientes são julgados pelo modo em que se vestem ou se comportam, carregam esses estigmas, chegando a ser interpretados de maneiras adversas. Chegam a serem interpretadas, que só estariam em busca de apenas atestados médicos. A partir dessas análises, observa-se então um tipo de discriminação.

A discriminação social, e como resultado destas discriminações os mesmos desenvolvem sentimentos de vergonha, humilhação e são reconhecidos como inferiores, estigmatizadas, é como se não merecessem respeito e podendo receber os mais perversos tipos de tratamentos em virtude de não localizarem no patamar do autor da pratica discriminatória (MOURA JR; XIMENES; SARRIERA, 2013).

Tais discriminações delimitam esses pacientes, que se acomodam e em muitos casos abandonam seus tratamentos, podendo assim agravar-lhes ainda mais o estado de saúde em que se encontram, aumentam o risco de não poderem se curarem de determinadas doenças. Sem alternativas, e sem condições de pagarem plano de saúde para terem atendimentos e serviços de qualidade, se submetem e ficam à mercê dessas práticas discriminatórias.

Em algumas situações ficam ainda mais nítidas as possíveis “agressões”, percebidas pelo modo em que esses profissionais se articulam, agem, gestos que fazem ao receber o paciente, aumentando ainda mais o sentimento de humilhação. As discriminações partem dos recepcionistas, enfermeiros, e até mesmos de diretores de hospitais, deixando os pacientes sem poder revidar, provavelmente não reagem, porque dependem desses serviços, e isso contribuído para aumentar o sentimento de revolta.

Segundo dados de pesquisa PNS 2013 (Pesquisa nacional de Saúde) divulgado pelo IBGE (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística). Os estudos mostram que 15,5 milhões de brasileiros com mais de 18 anos (10,6% da população) já se sentiram discriminadas na rede de saúde pública. A maioria disse ter sido tratado de forma diferenciada por motivo de natureza econômica; 53,9% em função da falta de dinheiro e 52,5% em razão de classe social. Dados que só aumentam a cada dia.

A prática profissional requer ações humanitárias, almeja de fato os princípios que nos asseguram as transversalidades, indissociabilidade entre atenção e gestão, sermos protagonistas e corresponsáveis com autonomias de todos os sujeitos, formando um coletivo, assim os trabalhos se desenvolveriam com mais respeito e competência.

Critica-se, portanto o reconhecimento perverso e discriminatório desenvolvido preconceituosamente por alguns dos profissionais de saúde pública, na qual deveriam agir numa perspectiva transformadora, pois a maioria da população brasileira depende unicamente dos serviços públicos de saúde, o SUS.

Diante dessa atual realidade, em que os usuários se encontram com a deficiências em frente a políticas públicas de saúde, sentiu-se a necessidade de explorar o ambiente hospitalar, observar como são realizados os procedimentos em recepções e atendimentos aos pacientes em situação de pobreza.

Muitas vezes o ambiente hospitalar se transforma em reduto de práticas depreciativas e discriminatórias, sendo um fato lamentável. Passam tão despercebidas, que as vezes

encaramos como algo natural. Sendo assim é de grande importância uma reflexão voltada para a questão do atendimento em que esses indivíduos estão inseridos.

3 OBJETIVOS

3.1 Objetivo Geral

- Analisar as histórias de discriminação sociais sofridas por pessoas em situação de pobreza, na entidade filantrópica do Hospital e Maternidade Paulo Sarasate.

3.2 Objetivos Específicos

- Descrever algumas das formas em que acontecem as discriminações sociais nos ambientes hospitalares.
- Identificar os tipos de sentimentos que esse público alvo desenvolve a partir das práticas discriminatórias;
- Analisar os impactos da situação de pobreza na reprodução de práticas de discriminação nos ambientes hospitalares.

4 REVISÃO BIBLIOGRAFICA

Ao fazermos uma reflexão sobre a pobreza em nosso país, vemos que o fenômeno pobreza é uma questão que se arrasta desde o período pré-colonial até os dias atuais. A exemplo disso temos o senhor da casa grande que vive em todo seu conforto enquanto o escravizado vive em todo um contraste, o de miséria profunda, já existindo uma diferença de classes. No período colonial os regimes de economia eram escravistas, a igreja e a realeza mantivera em seus subordinados um ideário de cristandade (ARAGÃO, 2014). Visto que a igreja teve o papel de camuflar a situação além de uma “ordem civilizatória” de acordo com seus interesses e ao mesmo mantendo o poder junto à burguesia, usavam de estratégias dominantes sobre os demais, usando a ideia de “sacrifícios a serviço de uma manutenção e justificativa de uma ordem social vigente” (MOURA JR; XIMENES, 2016, p.78). Assim vão se constituindo as sociedades e promulgando as desigualdades entre elas, sendo assim a pobreza é uma das causas de muitas exclusões. A pobreza não se restringe apenas aos bens materiais, que está diretamente relacionado com a fome, sobretudo, essa questão pode ser bem mais complexa, também abrindo portas para pensar em outros aspectos, como já citamos anteriormente, como nos campos das condições sociais, contextos políticos, estruturais e ideológicas (MOURA JR; XIMENES, 2016)

Chamamos atenção quando se fala de situação de pobreza, algo que é bastante comentado durante esse trabalho, quando se refere à situação de pobreza, estamos nos referindo a uma situação que pode ser passageira, um estado temporário, um princípio à transitoriedade como afirmam (SECCO; BRÊTAS, 2006). Um fenômeno a ser superado depende de cada indivíduo e de oportunidades no âmbito que ele está inserido. A questão da pobreza é um produto da perversa dinâmica do sistema colonial, e que vem atravessando mudanças, passando para o capitalismo e nomeada hoje de tal modernidade.

O capitalismo por sua vez adotado de princípios eurocêntrico, centralizador, hierárquico e gerador de conflitos entre as relações, contribuindo para as discriminações e exclusões. Essas mudanças de sistemas ao longo dos anos trouxeram progresso, mais ao mesmo tempo resultou-se em diferentes classes sociais. Com todas as desigualdades, destacamos a pobreza, na qual é considerada uma situação de privatização em diversas dimensões, incluindo cultura, e até mesmo liberdade (SANTOS, 2009).

A pobreza implica falta de recursos financeiros. Uma carência de recursos essenciais para satisfazer as necessidades básicas como moradia, alimentação, saúde, transporte, saneamento básico e incluindo a principal de todas, a educação. O Brasil apesar de apresentar importantes crescimento do PIB (produto Interno Bruto) e melhorias relevantes nas condições de vida de alguns setores (os ricos), abrigam enorme quantidade de pessoas pobres e por sua vez com baixas perspectivas de mudanças social, de progresso (SANTOS, 2009). Também podemos analisar nesse trecho quanto ao grau de desigualdade:

Verifica-se, assim, que o Brasil não é um país pobre, mas um país injusto e desigual, com uma elevada concentração de renda, além de iniquidades de inclusão econômica e social. Esta desigualdade no Brasil, e em muitos países da América Latina, apresenta caráter histórico-estrutural, que se estende desde o período da colonização do continente, agravado pelo processo de globalização, que por sua vez ocasionou a dependência econômica dos países centrais, [...] (COTTA EL AL, 2007, P.280)

Com o ritmo acelerado da globalização, surge uma ampla dependência econômica, e entre os grupos populacionais desencadeiam um alto grau das práticas discriminatórias. Geralmente os grupos ficam sem acesso ao trabalho e sem sustento. Os direitos sociais e humanitários vão se regredindo, ocasionando assim as mais variadas práticas discriminatórias, principalmente para com as pessoas em situação de pobreza, refletindo até mesmo os espaços hospitalares, nesse contexto se proliferam as exclusões.

É comum as pessoas terem algum tipo de preconceito não declarado, porque tem vergonha ou porque tem medo de serem criticadas ou até mesmo excluídas de certos grupos. Isso as leva a disfarçarem o preconceito, justificando racionalmente certos comportamentos que poderiam ser qualificados de discriminatórios. Nesse contexto sombrio que o preconceito discrimina e dá margem a práticas de violência, pois, seja pela sua onipotência ideológica, seja pela sua insolência mediática, acaba fomentando relações sociais hostis e violentas. O risco que o preconceito pode ser suscetível e acabar se voltando contra seu portador, vítima ele/ela próprio/ a do que nele não digno de humanidade. (BANDEIRA; BATISTA, 2002, P.128)

A discriminação como forma de preconceito é que mantém uma ordem social, atribuindo características perversas como estigmas. “O estigma é uma representação do processo de marginalização, fornecendo à pessoa que porta um reconhecimento perverso de inferioridades frente às demais” (MOURA JR; XIMENES; SARRIERA, 2013, p.19); O termo estigma teve origem na Grécia. Os nativos usavam uma técnica marcando a pele com fogo ou fazendo cortes, como formas de sinais (GOFFMAN, 1988). Ele também afirma que os sinais corporais era um fator ligado a religiosidade, como uma graça divina e que a medicina interpretou como distúrbios físicos, contudo os supostos sinais identificavam que a pessoa era

ritualmente poluída e que deveria ser evitada principalmente nos espaços públicos, e assim também os criminosos ou escravos, e também os traidores.

A sociedade de modo em geral, tende a categorizar as pessoas trazendo para a atualidade, de maneira similar no sentido literal original, e carregando para o corpo o sentido de desgraça (GOFFMAN, 1988). Desta maneira é que são constituídos os símbolos, delineando a maneiras como os indivíduos estão legitimados.

A pessoa portadora desse estigma, geralmente inserido em situação vulnerável, leva consigo uma identidade de oprimida e de fragilizada. Portanto esses papéis sociais foram construídos historicamente, com repercussões desastrosas e violentas, atribuindo valores e identidade pessoal como formas de opressões e exclusões (MOURA JR; XIMENES, 2016).

As formas de exclusões mantêm uma ordem social determinando grupos e fazendo distinções entre eles, separando os ricos dos pobres. O fenômeno em si, leva a pessoa a enfrentar as dificuldades, entre elas as carências materiais, ligado a fatores socioeconômicos, inclusive a falta de recursos, desenvolve nas pessoas um sentimento depreciativo, o de humilhado, que segundo Moura jr *et al* (2013) destroem o auto respeito do indivíduo, ele se sente humilhado, tal sentimento se transforma em ciclo vicioso e prejudicial entre o opressor e as várias camadas da sociedade, é o que Alencar e La Taille (2007, p. 220) asseveram:

A humilhação pode destruir o auto respeito e, portanto, acabar tornando inviável a construção do respeito entre as pessoas, consequências igualmente prejudiciais tanto ao desenvolvimento de crianças e dos adolescentes quanto aos relacionamentos interindividuais e sociais. Acarreta, na maioria das vezes, uma dor que “mata aos poucos”.

Um outro sentimento que os indivíduos desenvolvem além do humilhado, é a vergonha, que pode ser compreendida por um desconforto psíquico, um sentimento considerado insuportável, decorrente de situação de exposição, fazendo o indivíduo construir o juízo negativo de si próprio. O sentimento de vergonha implica um juízo do “eu” (LA TAILLE, 2007). Esse sentimento pode ser desencadeado por ações de terceiros, ou por estados, por exemplo, no caso de ser pobre. Nesse é ainda mais grave, pois é a de humilhação pública, que pode abalar na estrutura afetiva como: timidez, revolta, e imunidades a críticas alheias, etc. (Alencar; La Taille, 2007). O indivíduo envergonhado pode desenvolver diagnóstico de inferioridade traduzindo da expansão de si, o fracasso. Devido a determinados acontecimentos, algumas pessoas em situação de pobreza evitam procurarem os serviços de saúde, isso também

por outros fatores por não se sentirem seguras e informadas de suas reais situações (BETTINELLI; NASKISVICZ; EDMANN, 2003 p.237).

“Raramente o paciente é informado das suas reais condições de saúde, mal sabem o nome e a indicação do medicamento que administram, não é informado, nem acerca do tratamento prescrito. Por si só, o ambiente hospitalar gera insegurança e peculiar ansiedade, ele é quase sempre um lugar de sofrimento, dor, de esperança e de angustia, quando não de isolamento e desesperança”.

Alguns fatores que contribuem para agravarem as diversas formas de adoecimentos dos pacientes em situação de pobreza, podem estarem relacionados com fatores como: o desemprego, violência, saneamento básico precário ou nulo acesso, a insegurança alimentar e somado a precariedade dos profissionais ao realizar os diagnósticos da doença sem atentar para a relevância das conjunturas do contexto social a qual os indivíduos estão inseridos. Bettinelli, Naskisvicz e Edmann (2003). No entanto se faz necessário reaver alguns conceitos no que se diz a respeito sobre os direitos do cidadão. Pensar em saúde como forma de um direito conforme a Constituição Federal de 1988 Lei 8.080 / 1990, no artigo 196:

“Serviços à saúde é um direito de todos e dever do estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem a redução do risco de doenças e de outros agravos e o acesso universal e igualitário as ações para promoção, proteção e recuperação”

O SUS (Sistema Único de Saúde) por sua vez foi implantado para um acesso de proteção à saúde, é um projeto que tem sua origem retirada de emendas constitucionais, uma política de estado, um projeto que assume e consagra os princípios da universalidade, equidade, integridade da atenção à saúde. Foi implantado em 19 de setembro de 1990. Com uma proposta inclusa da população brasileira e se baseia em princípios de descentralização, regionalização, a hierarquização e participação social. No artigo 2º, em que fala sobre a saúde como o direito fundamental do ser humano, com o estado provedor das condições para esse exercício. Sendo assim para garantir esse direito é preciso assegurar o acesso universal e igualitário em caráter também universal, sem exclusões, já que é dever do estado incluir toda a coletividade de modo geral.

Atualmente a sociedade brasileira passa uma situação crítica, algo que é bastante preocupante, a falta de informação para que esses direitos a qual nos favorecem. Diante dessa realidade são muitos os que não sabem de seus direitos amparados por lei através das políticas públicas, a constituição e suas emendas entre outras.

Na verdade, elas são tão imperceptíveis que não nos damos conta que elas existam de fato. Não é que elas não existem, existem sim, mas na maioria apenas na teoria, e que por sinal são até bem elaboradas, mas às vezes na realidade são bem contraditórias. É o que percebemos ao analisar o artigo da assistência social que tem como objetivo; “A promoção e integração ao mercado de trabalho”. Outro também que fala de “erradicação da pobreza e marginalização e redução das desigualdades sociais e regionais” (BRASIL,1998).

Constata-se a partir de então que políticas públicas não funcionam de fato, pois se nos referenciarmos com na base das pirâmides sociais, ela está composta por pessoas vulneráveis economicamente, desempregadas e quase sem expectativas para mudanças. Ou se nos depararmos com os serviços de saúde, são outros que vivem abarrotados, e cheios de exclusões.

Isso realmente comprova que essas leis somente existem na teoria. De acordo com a Lei 8.080/1990, promover a igualdade da assistência da saúde, sem preconceito ou privilégios de qualquer espécie.

Diante de todos os aparatos das leis constitucionais, dentro dos espaços que esperamos serem de acolhimento, infelizmente a realidade às vezes é bem contraditória e o que presenciamos frequentemente são práticas de preconceitos e negligências, como analisamos nos casos a seguir:

Neste primeiro caso, em que um médico plantonista tratou com indiferença o jeito de falar do paciente. O paciente com idade de 42 anos, mecânico, e com estudos até segundo ano do ensino fundamental. Acompanhado de seu enteado de 25 anos. E que o mesmo relatou”. Quando meu padrasto falou pneumonia e raio x de forma errada, ele deu risada. [...]” O enteado enfatizou que seu padrasto não estudou por falta de dinheiro. E quando o mesmo ficava doente, ou ele estudava ou comprava os remédios. O caso repercutiu depois que o médico postou nas redes sociais a referente consulta com os nomes errados que os pacientes possivelmente tiveram pronunciados. Na postagem o doutor aparece com um papel escrito “Não existe peleumonia e nem raô xis”. Esse lamentável fato ocorreu no hospital santa Rosa de Lima, Serra negra (MÉDICO..., 2016). Neste episódio, se vê claramente a discriminação com a pessoa pobre, que não soube pronunciar as referentes palavras, identifica-se a partir de então que o médico não executa a sua ética profissional a manter integridade em seu trabalho.

No segundo caso, a paciente com 54 anos, acompanhada de seu esposo de 66 anos foram ao hospital buscar atendimento médico, por sofrer vários dias com sintomas de nervos. Eles foram agredidos verbalmente pela enfermeira chefe local. Apenas pelo fato da paciente pedir a seu esposo para registrar uma foto na hora em que a mesma tomava a medicação. A enfermeira ficou totalmente descontrolada, impedindo-os de tirar fotos do interior do hospital. Esse fato aconteceu no hospital localizado no bairro Cidade Operária, em São Luís, Maranhão (PABLO, 2017). Neste caso percebemos o abuso de autoridade contra os pacientes e deixando os mesmos constrangidos e possivelmente agravando seu estado de saúde.

Há também um terceiro caso, em que o médico plantonista comete negligência. A paciente de 27 anos, gestante, acompanhada pela cunhada de 23 anos, desempregada. Foram em busca de atendimento à Santa Casa em Londrina às 14:30h e a paciente gestante só foi atendida às 19h. O médico teria receitado, medicado e liberando a paciente, afirmando não estava na hora da criança nascer. A acompanhante teria perguntado ao médico se ele se “responsabilizava”, conseqüentemente pelo o que poderia acontecer a partir de então. Disse ela: “ele riu da minha cara e duvidou da minha palavra”. E foram aconselhadas por outra funcionária do hospital a procurar um outro local para que a gestante fosse atendida. Sem dinheiro as duas tiveram que andar a cerca de um quilômetro para chegarem a outro hospital municipal. Na chegada, a gestante foi internada e submetida a cirurgia de urgência. Infelizmente a criança veio a óbito. Familiares todos revoltados no enterro da criança, e os desabaços eram de angústias entre os familiares: “Se fosse um rico, não teriam feito isso com meu filho”, disse o pai da criança, 23 anos, desempregado. “Havia três mulheres para cesariana, e o médico dispensou, uma pagou e ele fez”, afirmou a tia da criança. Não é porque a gente é pobre que tem que ser humilhado”, disse o avô. Fato ocorrido em Santa Casa de Londrina – Paraná (PLANTONISTA..., 2000). Infelizmente as negligências médicas resultaram em perdas trágicas. Nessas circunstâncias, as pessoas em situação de pobreza se sentem humilhadas e desamparadas nesses espaços “protetores”, e sem o apoio das políticas públicas, e partindo das visões de humilhado, esses indivíduos se sentem fracassados por conta de suas condições financeiras (MOURA JR; XIMENES, 2013).

Outro descaso ocorreu com uma gestante de 26 anos, atendente de pizzaria que tentava entre duas semanas, ser atendida no Hospital de Caridade e Beneficentes, já tinha sido orientada por outra doutora em uma outra unidade para a realização de uma cesariana. “Ela já tinha fechado nove meses de gravidez, e a médica achou melhor fazer a cesariana.” Relatou a irmã da gestante. A paciente que já sentia fortes dores e passou a recorrer ao (HCB), por cinco

vezes, foi mandada embora pelos médicos que a atenderam, disse sua irmã. Em uma das vezes que a paciente foi dispensada sendo as 23 horas, apresentando quadro de hipertese arterial e sem ter dinheiro para pagar taxi, se obrigou a ir de coletivo ao voltar para casa, dois dias depois retornou ao HCB, quando resolveram submetê-la a cirurgia cesariana, mas para tristeza, a criança já estava em estado de óbito. Médicos ainda tentaram reanimar o bebê, mas ele não reagiu. Esse fato aconteceu em 28/04/2016, no Hospital de Caridade e Beneficentes, no interior do Rio Grande do SUL, (CRIANÇA..., 2016).

Mais um caso de discriminação envolvendo danos morais. Aconteceu em Santa Catarina, à vítima desta foi uma paciente, que ficou constrangida durante uma consulta quando o médico fez comentários: “olha essa testa cheia de rugas, está parecendo uma travesti”. A mulher ficou muito abalada psicologicamente, pois além dele fazer o comentário, ainda fez anotações de próprio punho no receituário, registrando “pele horrível”. (MÉDICO..., 2017). Essa é mais uma maneira de estigmatizar, constituir símbolo como forma de reconhecer as pessoas, fazendo comparações e relacionando aspectos corporais (MOURA JR; XIMNES; SARRIERA, 2013). Essas e outras práticas desumanas estão imersas em nosso cotidiano e muitas das vezes passam por naturalizadas. As vítimas geralmente são as pessoas em situação de pobreza, que se deparam em situações em que seus direitos de cidadãos são violados constantemente.

A situação de pobreza é uma situação de privações, que se arrasta desde o período pré-colonial, e tendo como resultado as desigualdades sociais. Isso também se reflete até nos ambientes hospitalares. As pessoas em situação de pobreza são vítimas constantemente de práticas discriminatórias, e a partir dessas práticas elas desenvolvem sentimentos de inferioridades, revoltas, e humilhação, e como consequências enfrentam diversos impactos desastrosos, desde transtornos psicológicos, complexo de inferioridade a perdas de ente queridos. Essas formas discriminatórias estão presentes em nosso cotidiano, fato rotineiro e que passa despercebido, como algo natural, diante dessa realidade injusta e opressora em que se encontram essas pessoas se pretende realizar a pesquisa numa perspectiva de desenvolver os seguintes métodos abaixo.

5 METODOS

5.1 Tipos de pesquisa

Buscando compreender alguns fenômenos e significados englobados em uma realidade tão desigual e injusta quanto aos indivíduos desta pesquisa, pretende-se realizar a pesquisa na perspectiva qualitativa. A pesquisa qualitativa, segundo Marconi e Lakatos (2011), propõe um diferencial perceptível, pois tem uma preocupação em fazer análises e interpretações de aspecto mais profundos, delineando os inomináveis comportamentos sociais.

A investigação qualitativa, adota várias concepções filosóficas, estratégia de investigação, e métodos de coleta, análises e interpretação dos dados (FLICK, 2013). Por conter ampla categoria, ela nos fornece análises mais detalhadas de investigações, atitudes, hábitos e tendências comportamentais.

Para a realização da metodologia qualitativa utiliza-se quantidade reduzida de amostra e com instrumentos de coletas semiestruturadas. Vários autores concordam com afirmativa de que a metodologia qualitativa teve início nas práticas da antropologia, depois nas demais áreas como psicologia e sociologia sendo empregada também na educação, geografia humana e saúde e demais (MARCONI; LAKATO, 2011). "A finalidade real da pesquisa qualitativa não é contar opiniões ou pessoas, mas ao contrário, explorar o aspecto de opiniões, as diferentes representações sobre o assunto em questão" (BAUER; GASKEL, 2003 p.68).

Esse tipo de pesquisa emprega vários tipos de estratégias de investigações, desde observações, entrevistas, e também fontes documentais, em vez de confiarem em uma única fonte de dados. Envolvendo questões de formas não estruturadas, em que se permita colher opiniões e concepções dos participantes, é uma pesquisa de forma aberta, conduzidas de entrevista face a face, a entrevista pode ser por telefone, ou ainda pode ser realizada em grupos. Contém um caráter interpretativo, ou seja, o pesquisador faz interpretação do que enxerga, ouve e entende (FLICK, 2013). As interpretações não se separam das histórias, origens, contextos e entendimentos antecedentes. A pesquisa qualitativa usa de narrativa como um dos procedimentos principais, portanto, ela emprega a re-historiazação das histórias dos participantes (CRESWELL, 2010).

A entrevista narrativa teve sua origem na poética de Aristóteles e está relacionada com a crescente consciência do papel que contar histórias desempenham na ordem fenômenos sociais. As narrativas como forma de discursos, narrativas históricas e de vida, particularidades, foi abordada por teóricos culturais e linguistas, filosóficos, antropólogos e psicólogos (BAUER, GASKEL, 2002).

A partir das histórias de vidas que são contadas oralmente, podemos então produzir o documento, e isso se transforma em pesquisa. A história oral é um meio em que o discurso do ator é registrado em gravações com suas palavras em ênfase, totalidade, omissões, ou até mesmos em silêncios e pausas. Todas as fontes de dados primários, gravados ou transcritos; depoimentos discursos, conversas telefônicas, referem se à história oral. (MARTINS; THEÓPHILO, 2009).

Essas histórias em forma de narrativas podem elucidar mais, dão liberdade de escolhas sobre os processos de construção de realidades por parte dos entrevistados, do que outros tipos de abordagens. Concentram-se em conceitos e respostas dos campos abstratos, tendo como foco as experiências relevantes para a questão central. A forma de representação (descrição ou narração) que depende da ordem dos entrevistados, na qual são selecionados segundo ao seu entendimento e relevância (FLICK, 2013).

Segundo Boni e Quaresma (2005) é interessante que o entrevistador não interrompa a fala dos entrevistados, ou em casos em que o entrevistado se afaste do assunto principal em questão ou tenha dificuldades em direcionar para o tema, o pesquisador pode adicionar perguntas para esclarecer algo em que redirecione, intervindo-o afim de seus objetivos sejam alcançados.

A narrativa envolve entrevista aberta e atende as finalidades exploratórias, na qual tem ampla utilidade no detalhamento de questões e formulações do aspecto centrais. É uma técnica capaz de captar maior números de informações sobre um campo específico, geralmente em casos individuais, deixando o entrevistado livre quanto ao seu processo cognitivo (BONI; QUARESMA, 2005).

Segundo Bauer e Gaskel (2002). Para se realizar uma pesquisa narrativa, a ideia em mente é motivada por uma crítica do esquema pergunta-resposta da maioria das entrevistas: “No modo pergunta-resposta, o entrevistador está impondo em sentido tríplice: a -

selecionando o tema e os tópicos; b - ordenando as perguntas; c - verbalizando as perguntas com sua própria linguagem” (p.95).

Boni e Quaresma (2005) apontam vantagens sobre as pesquisas abertas, pois proporcionam uma dinâmica, com possibilidades de trocas afetivas entre ambas as partes entrevistado-entrevistador, promovendo investigação de aspectos afetivos e valores dos informantes que instituem significados pessoais e atitudes comportamentais. Outra vantagem é que se pode realizar a pesquisa com pessoas que não sabem ler ou escrever, ou em caso de engano dos entrevistados, os dados podem ser corrigidos, sendo oposta aos que se usam de questionamentos fechados.

5.2 Técnicas de Pesquisa

Na realização da entrevista episódica, a qual se baseia em guia de entrevista, o pesquisador se direciona, esclarecendo as particularidades das narrativas e respostas. (MARCONI, LAKATOS, 2011). Inicialmente, será utilizada a técnica de coleta de informações dentro das narrativas episódicas, a partir de então, as narrativas devidamente captadas e gravadas, serão transcritas e depois selecionadas e no final analisadas como se desenvolveram, e isso pode ser vista como discussão ampla das ciências sociais numa estrutura de narrativas e experiências. (HERMANNNS apud BAUER; GASKEL, 2002).

As pesquisas do tipo episódicas têm como objetivo fazer conexão entre as narrativas-respostas concedem espaço para apresentações relacionadas ao contexto na forma de narrativas, elas tratam de experiências num contexto original, mais precisa, do que outras formas de apresentações (FLICK, 2013).

Ao analisar as possíveis trajetórias cotidianas dos entrevistados, dentro de um campo específico, e de maneira que se permita fazer comparações, sobre as narrativas e suas experiências, com auxílio de um roteiro de entrevistas que pode ser criado de diferentes fontes de pesquisas, é possível captar qualquer aspecto, e ainda algo que de novo possa surgir (MARCONI; LAKATOS, 2011). Esse tipo de pesquisa é baseada em entrevistas que apresentam dois princípios: as narrativas e indagações simultaneamente, partindo de suposições e de experiências dos indivíduos sobre certa área, fatos armazenados em formas de conhecimentos, narrativos, episódico e semântico (FLICK, 2013).

De acordo com Bauer e Gaskel (2002), esse método de pesquisa, entrevista episódica é uma forma de concretizar as concepções e pode ser construída em fases, a fim de analisar o conhecimento cotidiano dos entrevistados sobre o campo ou tema específico, sendo possível fazer comparações de conhecimentos dos entrevistados de diferentes grupos sociais. Nesse método, podemos encontrar muitas vantagens sobre outros métodos, mas algumas vezes também podemos nos deparar com alguns empecilhos. Como podemos analisar nesse trecho seguinte:

A entrevista episódica mostra suas vantagens sobre outros métodos especiais quando o entrevistado recebe muitas narrativas ricas e detalhadas. Uma aplicação ruim é aquela em que a entrevista gera apenas respostas pequenas que nomeiam tópicos, em vez de narrações (BAUER; GASKEL, 2002).

Nesta mesma linha podemos classificar os tipos de entrevista episódica (BAUER; GASKEL, 2011).

- Episódio - como um acontecimento ou situação específica em que o entrevistado se recorda.
- Episódio repetido- uma situação não intencional e que ocorre repetidamente. (NEISSER, 1981). Apud (BAUER; GASKEL, 2002).
- Situação histórica se refere a algo específico, uma experiência com algo mais relevante.

Para a realização desta entrevista, pretende-se utilizar o seguinte roteiro de perguntas:

- 1- Na sua opinião, como você classifica o atendimento das emergências dos hospitais públicos?
- 2- Você lembra alguma situação de constrangimento ocorrida no Hospital e Maternidade Paulo Sarasate?
- 3- Como você se sentiu diante tal situação? Quais os sentimentos que lhe despertaram?
- 4- Quais foram os impactos atribuídos na reprodução dessas práticas discriminatórias?
- 5- Há algo mais que queira falar sobre esse assunto?

5.3 Local de realização da pesquisa

A pesquisa será realizada na cidade de Redenção, localizada no Maciço de Baturité, banhada pelo Rio Acarape e Rio Pacoti, no estado do Ceará - Brasil. A mesma era chamada de Vila do Acarape (Do tupi-guarani acará + pe, caminho dos peixes). A cidade popularmente conhecida como a primeira cidade a libertar seus “escravos”; ou seja, pessoas que viviam em condições de escravizados, é onde está localizado o hospital. A cidade era habitada por diversas etnias como Potyguara, Jenipapo, Kanynder, Choró e Quesito, recebeu a partir do século XVII diversas expedições militares e religiosas.

Ainda no século XVII as terras de Redenção também foram beneficiadas com a agricultura da cana-de-açúcar. E como o passar dos anos mais precisamente no século XIX, os engenhos de Redenção usavam como mão de obra escravizados africanos. Hoje o município tem como principal fonte de renda a agricultura da banana, feijão.

Em 1882 foi criada a Sociedade Redentora Acarapense, com abolicionistas como Gil Ferreira Gomes de Farias, Antônio da Silva Ramos, Gomes Carneiro, Henrique Pinheiro Teixeira, padre Luís Bezerra Rocha e Deoclecio de Menezes, com a finalidade de assistir a alforria de 116 escravizados do lugarejo, e a partir daquele ato em frente à igreja matriz local não haveria mais escravos ali, partido daí o nome da cidade Redenção. Pioneira em liberta seus escravos no país (Enciclopédia de 1959).

A população redencionista está estimada em 26.415 habitantes e com a área territorial que corresponde a 225,821 km² segundo IBGE (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatísticas 2016). O Hospital e Maternidade Paulo Sarasate - HMPS, é uma entidade filantrópica sem fins lucrativos, localizado na Praça Tenente Wilson, nº48 no centro de Redenção, mantido pela Associação de Proteção à Maternidade e a Infância de Redenção. Sendo o único hospital do município, prestando ainda assistência aos três municípios vizinhos: Acarape, Barreira e Guaiuba.

O hospital foi fundado em 21 de abril de 1948. Possui 57 leitos instalados, sendo 54 credenciados ao SUS, prestando assistência médica e hospitalar, assistência ambulatorial e de internação hospitalar “24 horas por dia”, atendendo urgência e emergência. Segundo relatos de moradores mais antigos, era uma instituição que distribuía leite para pessoas carentes, e que anos depois com doação dos moradores conseguiram construir o hospital. Hoje o mesmo é uma instituição filantrópica e particular que realiza procedimentos como: consultas com

alguns médicos especialistas, exames laboratoriais, pré-natais, entre outros. O mesmo conta ainda com o apoio da Prefeitura Municipal de Redenção através do convenio entre o hospital e Secretaria Municipal de Saúde.

As entidades filantrópicas são aquelas que não visam fins lucrativos. Segundo OLIVEIRA (2009) são instituições privadas, com o propósito específico de promover mudanças sociais. Abrangem em longas escalas desde o tipo tratamento de saúde a assistências humanitárias. Levando em conta que o produto é o paciente curado, é uma criança que aprende, um jovem que se transforma em adulto responsável, vidas renovadas.

Essas instituições são mantidas a partir de contribuições, doações e subversões e que não reverte para seus membros precursores, e tendo como diretrizes e princípios éticos de acordo com a constituição federal, tendo como missão: propiciar assistência médica à comunidade pautada na resolutividade e equidade aos serviços prestados, de modo a oferecer um tratamento digno e condizente com as expectativas e anseios dos que o procuram. Hoje tem como presidente Dr. Jardel Campos Cavalcante e diretor geral Dr. Manoel Tibúrcio Cavalcante, por meios de eleições internas da associação.

A condição do hospital não se encontra diferente de outros, também passa por crises financeiras, como também inexistência de equipamentos de exames mais específicos, e profissionais qualificados, e até carência de ambulâncias, em alguns casos pacientes deixam de serem socorridos. Como também em déficit de médico, pois sempre é o mesmo para consulta nos finais de semana e plantonistas. Pacientes em casos de acidentes mais graves precisam encontrar maneiras de se deslocar em busca de atendimentos em cidades como Aracoiaba e Fortaleza.

Para a realização desta pesquisa, respeitando os critérios de seleção, os possíveis participantes, serão contatados antecipadamente, e deixando-o livre quanto a escolha do local de realização da pesquisa.

5.4 Participantes da pesquisa

Serão utilizados os seguintes critérios de escolha quanto aos participantes para a pesquisa: Morar no mínimo cinco anos no município de Redenção, não possuir plano de saúde, ter sido atendido em algumas das dependências do hospital. Com tais critérios será

realizada uma seleção por conveniência. Essa ordem de seleção deixa o entrevistador livre quanto à escolha de seus participantes, pois na escolha o entrevistador opta por aqueles casos que são facilmente acessíveis, nas dadas circunstâncias podendo reduzir o esforço na amostragem, às vezes sendo a única maneira de realizar o estudo, com recursos de tempo limitado e em que o pesquisador esteja com dificuldade para aplicar uma estratégia mais sistemática de amostragem (FLICK, 2013), sendo assim, para realização desta pesquisa, contaremos com a participação voluntária de 4 pessoas adultas. Sendo duas pessoas do sexo masculino, um que tenha sido atendido na emergência, e outro no consultório médico, e duas pessoas do sexo feminino que tenha sido atendida na área da maternidade, e outra no campo laboratorial e que possivelmente confirmem a realização da entrevista narrativa e episódica. As entrevistas serão marcadas e confirmadas antecipadamente, com o exercício de assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido, Anonimato e possibilidades de desistência de participantes a caso lhe achar conveniente.

5.5 Análise da entrevista

Para se obter uma compreensão dos análises de dados que serão coletados durante essa pesquisa, faz-se necessário a aplicação de algumas técnicas de análises de dados. ” Nesse processo os dados envolvem extrair sentido dos dados do texto e da imagem. Envolve preparar os dados para análise, conduzir diferentes análises, ir cada vez mais fundo no processo de compreensão dos dados (...)” (CRESWELL, 2010, p.216-217).

Neste processo utilizaremos a temática narrativa. Para a análises de entrevistas narrativas, que por sua vez é uma técnica que geram histórias, é um tanto aberta quanto os procedimentos analíticos que se seguem ao coletar os dados, podemos seguir alguns passos: conversão dos dados em transcrições das entrevistas gravadas, dependendo das finalidades do estudo (BAUER, GASKEL, 2002).

De acordo com Bauer e Gaskell (2002), organiza-se as gravações transcritas e codificando o texto em colunas, que podem seguirem as seguintes estruturas: a primeira contém a transcrição, a segunda tem redução, descartando as falas repetidas ou com mesmos significados é a terceira coluna contém palavras-chaves, ou seja Utilizando-se um procedimento sistemático, fazendo um resumo da análise, parafraseando o material descartando passagens menos relevantes que se julgue conterem os mesmo significado e

aplicar a análise explicativa de conteúdo (FLICK, 2013). Contudo essa análise explicativa é compreendida a partir do conteúdo do texto, ou análise de conteúdo (AC) e pode ser realizada a partir de dois tipos de textos: Um pode ser produzido em pesquisa através de textos já existentes, produzidos a outros fins, por exemplo o texto de jornais. E um (AC) pode ser construído através das transcrições, entrevistas e protocolos de observações. Sendo nesta perspectiva de entrevista, se pretende realizar esta entrevista, materializando a linguística do sujeito que exprime seus pensamentos. E também nesta perspectiva que se procura absorver uma concepção transparente da linguagem em que os sujeitos estão inseridos (CAREGNATO; MUTTI, 2006).

Sendo o pesquisador um ouvinte e ao mesmo tempo observador, se propõe a perceber as imaginações e distorções que configuram a narrativa, usando de sua sensibilidade quanto à materialização do mundo de história, observar a relação, fazendo interpretação e respeitando as verdades ou ficção nelas contidas. Apresentando a narrativa com máxima fidelidade, organizando informações adicionais de diferentes fontes para adicionar com materiais secundários e revisar literatura a ser investigado (BAUER; GASKEL, 2002).

5.6 Procedimentos éticos

De acordo com os princípios éticos, procurarei realizar as entrevistas do tipo episódica, mantendo o compromisso de respeitar as falas dos entrevistados, e conservando-as de forma sigilosa em relação aos seus respectivos dados pessoais, de modo em que os tais se tornem consciente somente os assuntos que forem permitidos a serem relevados de forma que, a investigação não possa trazer prejuízos morais quanto as suas respectivas participações.

Durante o processo, será apresentado aos entrevistados os objetivos da pesquisa, como também a atribuição em que a mesma poderá contribuir no desenvolvimento das atividades acadêmicas ora desenvolvida pela pesquisadora, dispondo de técnicas e dinâmicas em os entrevistados possam falar de suas experiências naturalmente à vontade.

As questões éticas são relevantes para todas as pesquisas de um modo geral, principalmente no contexto das ciências sociais, e se baseiam em um conjunto de códigos éticos, como justiça, autonomia e autodeterminação, e sendo não prejudiciais a qualquer natureza (FLICK, 2013).

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Crítica-se, portanto, esse notável reconhecimento discriminatório e estigmatizante dos profissionais públicos, que deveriam agir de formas mais sensíveis e menos opressora, de modo que fosse possível reconhecer a singularidade de cada paciente, usando de estratégias que amenizem uma compreensão e enfrentamento no âmbito que se encontram submersos.

Vale ressaltar a necessidade de uma efetivação das leis constitucionais, e de ações voltadas para esse público, visto que são vítimas das mais diversas formas de violência. Um olhar diferenciado quanto à capacitação de profissionais, já seria de grande avanço, afim de que os mesmos possam contribuir de forma mais ampla e diferenciada para as transformações de uma sociedade melhor, menos opressora, mais desenvolvida e igualitária.

O seguinte trabalho poderá contribuir para melhorar a organização dos setores de atendimento das áreas de saúde pública em Redenção, levando em consideração as leis que nos asseguram a saúde como direito fundamental. Pois somos iguais perante os as leis e direitos.

Essa é uma reflexão que contribuirá para que se tenha um olhar diferenciado e se pense melhor no que é viver em sociedade, pois não é a condição financeira que se mede os valores de um ser. Ninguém vive sozinho, precisamos uns dos outros para viver e superar nossos obstáculos. Devemos lutar para vencer as discriminações e preconceitos que se arrastam ao longo dos séculos.

REFERÊNCIAS

ALENCAR, H; LA TAILLE. Humilhação: desrespeito no rebaixamento moral. **Arquivo brasileiro de psicologia**; v. 59; n. 2; 2007.

ARAGÃO, P. F. P. **Estigma e pobreza**: reflexão sobre a assistência social em espaços de transição em Fortaleza. Universidade Federal do Ceará; 2014.

BANDEIRA, L; BATISTA, A. **Preconceito e discriminação como forma de expressão de violência**; Ensaio; 2002. p.128.

BAUER, M, W; GASKEL, G; **Pesquisa qualitativa com texto, imagem e som; um manual prático**. 2.ed. Petrópolis, RJ: Vozes; 2002.

BONI, V; QUARESMA, S, J. Aprendendo a entrevista: como fazer entrevistas em ciências sociais; **Revista Eletrônica, Pós-graduandos em Sociologia Política UFC**; v. 2; n. 1; 2005; p. 60-68.

BRASIL. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília, DF. Câmara dos Deputados: Centro de Documentação e Informação, 1988. Lei 8.080 Art. 196 p. 116.

Disponível em:
<https://www2.senado.leg.br/bdsf/bitstream/handle/id/518231/CF88_Livro_EC91_2016.pdf?sequence=1?concurso=CFS%202%202018>

_____. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília, DF. Câmara dos Deputados: Centro de Documentação e Informação, 1988. Lei 8.080 Cap. II, Art. 7º, IV. Disponível em:
<https://www2.senado.leg.br/bdsf/bitstream/handle/id/518231/CF88_Livro_EC91_2016.pdf?sequence=1?concurso=CFS%202%202018>. Acesso 30 jun.2017>

_____. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília, DF. Câmara dos Deputados: Centro de Documentação e Informação, 1988. Lei 12.435 / 2011. Art. 2º. Disponível em:
<https://www2.senado.leg.br/bdsf/bitstream/handle/id/518231/CF88_Livro_EC91_2016.pdf?sequence=1?concurso=CFS%202%202018>

_____. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília, DF. Câmara dos Deputados: Centro de Documentação e Informação, 1988. Lei 12.435 / 2011. Art. 3º. Disponível em:
<https://www2.senado.leg.br/bdsf/bitstream/handle/id/518231/CF88_Livro_EC91_2016.pdf?sequence=1?concurso=CFS%202%202018>

CAREGNATO R, C, A; MUTTI, R. Pesquisa qualitativa: análise discurso versus análises de conteúdo. **Texto e contexto-Enfermagem**, Florianópolis, v. 15, n. 4, p.679-84, out-dez. 2006. Disponível em:
<<http://dx.doi.org/10.1590/S0104-07072006000400017>>. Acesso em:01 jul.2017.

COLTA ET AL. Pobreza, injustiça, e desigualdade social: repensando a formação de profissionais de saúde. **Revista Brasileira de Educação Médica**, v.31, n. 3, p. 278-286; 2007

CRESWEL, J, W. **Projeto de pesquisa: métodos qualitativos, quantitativo e misto**. 3 ed. Porto Alegre: Artmed, 2010.

CRIANÇA nasce morta no HCB e família denuncia erro de medico no atendimento; **O Correio**, 2016. Disponível em: < <http://www.ocorreio.com.br/noticias/9630/crianca-nasce-morta-no-hcb-e-familia-denuncia-erro-medico>>. Acesso em 17 jun. 2017.

FLICK, W. **Introdução a metodologia de pesquisa**. Porto Alegre: Penso, 2013.

FRANCESCHI, A. et al. A saúde como direito. In: Seminário Nacional Estado e Políticas Sociais no Brasil, 2. **Anais...** Uni Oeste, Cascavel; Paraná; 2005

GOFFMAN, E; **Manipulação da identidade deteriorada**. 4. ed. Rio de Janeiro: LTC, 1988.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Enciclopédia dos Municípios do Ceará**, 1959.

_____. **Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística**; 2016. Disponível em: <<http://cidades.ibge.gov.br/xtras/perfil.php?codmun=231160>> acesso em 20/05/2017

LA TAILLE, Y. **Construção da consciência moral, psicologia do desenvolvimento**. Universidade de São Paulo; 2002.

LAKATOS, M, E; MARCONI, M, A; **Metodologia científica**. São Paulo: ed. Atlas, 2011.

MARTINS, G, D, A; THEÓPHILO, C, R. **Metodologia da investigação científica para ciências aplicadas**. 2. ed. São Paulo: Ed. Atlas, 2009.

MÉDICO debocha do jeito de falar de paciente: “Não existe peleumonia”. **Forum Revista**, São Paulo, 2016. Disponível em: <http://www.revistaforum.com.br/2016/07/29/medico-debocha-do-jeito-de-falar-de-paciente-nao-existe-peleumonia> >. Acesso em 18 jun. 2017.

MÉDICO terá que indenizar paciente após ofensa durante consulta, no Norte de SC. **Florianópolis Notícias**, 2017. Disponível em: <<https://ndonline.com.br/florianopolis/noticias/medico-tera-que-indenizar-paciente-apos-ofensa-durante-consulta-no-norte-de-sc>>. Acesso em 18 jun. 2016.

Ministério da Saúde. **Política nacional de humanização PNH**. Brasília; DF, 2013. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_humanizacao_pnh_folhetopd>. Acesso em: 31 jun.2017.

MOURA JR, J F; XIMENES, V, M, Y; SARRIERA J. C. Práticas de discriminação as pessoas em situação de rua: história e vergonha, de humilhação e de violência em fortaleza, (2013) Brasil. **Revista de Psicologia**, v. 22, n. 2, p.18-22, 2013. Disponível em:< doi: 10.5354/0719-0581.2013.30850>. Acesso em 20 mai.2017.

MOURA JR; XIMENES, V, M; A identidade social estigmatizada de pobre: uma constituição opressora; **Revista de psicologia**, v 28, n. 1, p.76-83, 2016. Disponível em: < doi: <http://dx.doi.org/10.1590/1984-0292/1051>>. Acesso em 20 mai.2017

OLIVEIRA, I, M, S. **Uma investigação sobre a prestação de contas das entidades do terceiro setor brasileiro**; Recife, 2009.

PABLO, L. Enfermeira grita com paciente no hospital do servidor; **Blog sobre política, com crítica e informações alternativa**; 2017 Disponível em: <<https://luispablo.com.br/policia/2017/05/enfermeira-grita-com-paciente-no-hospital-do-servidor/>>. Acesso em: 17 jun. 2017.

PLANTONISTA é acusado de negligenciar. **Folha de Londrina**, 2000. Disponível em: <<http://www.folhadelondrina.com.br/cidades/plantonista-e-acusado-de-negligencia-273211.html>>. Acesso em: 17 jun. 2017.

REDENÇÃO. Prefeitura Municipal. 2017. Disponível em: <<https://www.rendencia.ce.gov.br/omunicipio.php>>. Acesso em: 26 jun.2017.

ROSA, A. S; Secco, M. G.; Brêta, A. C. P. O cuidado em situação de rua: revendo o significado de processo de saúde-doença. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 59, n. 3, p.331-336. Disponível em: < doi.org. //10.1590/S003471672006000300015>. Acesso em: 22 jun. 2017.

SANTOS, M, P, G. **Pobreza, desigualdade, exclusão e cidadania: correlações, interseções e oposições, o estado e os problemas contemporâneos**. Florianópolis: Departamento de Ciências da Administração; UFSC; Brasília, 2009.