

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
ESCOLA DE ADMINISTRAÇÃO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ADMINISTRAÇÃO

ANA PAULA PASTRE FRONER

AS REPRESENTAÇÕES SOCIAIS DE USUÁRIOS DO EXAME DE TOMOGRAFIA
COMPUTADORIZADA EM UM HOSPITAL

Porto Alegre
2009

ANA PAULA PASTRE FRONER

AS REPRESENTAÇÕES SOCIAIS DE USUÁRIOS DO EXAME DE TOMOGRAFIA
COMPUTADORIZADA EM UM HOSPITAL

Monografia apresentada como requisito
parcial para obtenção do título de
especialista em Gestão em Saúde pela
Universidade Federal do Rio Grande do Sul
Escola de Administração Programa de Pós-
Graduação em Administração – PPGA
/UFRGS

Orientadora:
Profa. Dra. Neusa Rolita Cavedon

Porto Alegre
2009

Dedicatórias

Dedico este trabalho a minha orientadora, pela sua competência, atenção, dedicação, para comigo, aos meus colegas do curso por sermos uma turma dedicada e companheira, e a minha chefe pela dedicação e atenção com meu trabalho.

AGRADECIMENTOS

Aos meus pais: por todo o esforço e dedicação ao longo dos anos com minha educação e criação, aos meus colegas do curso pelos ensinamentos, companheirismo e carinho, e principalmente a minha orientadora por ter sido tão atenciosa ao meu trabalho, me corrigindo, ensinando e melhorando para o desenvolvimento deste trabalho.

*“O mundo é um lugar perigoso de se viver, não por causa daqueles que fazem o mal,
mas sim por causa daqueles que observam e deixam o mal acontecer”.*

Albert Einstein

RESUMO

A partir das teorizações de vários autores (GUARESCHI, JOVCHELOVICH 1997; CAVEDON, 2005; REY, 2003; SPINK, 1993; MINAYO, 1998; ADAM e HERZLICH, 2001), podemos dizer que as representações sociais, enquanto imagens construídas sobre o real, correspondem a uma temática importante para a pesquisa no âmbito das Ciências Sociais. As representações sociais são capturadas principalmente através das falas, porém, podem e devem ser analisados a partir da compreensão das estruturas, comportamentos, enfim, do contexto de onde emergem enquanto resultantes das interações sociais.

O objetivo geral deste trabalho é identificar e interpretar as representações sociais dos usuários do equipamento de Tomografia Computadorizada em um hospital, observando suas angústias, anseios, comportamentos e buscando compreender as representações construídas e as conseqüências decorrentes para efeitos de realização dos exames por parte dos usuários.

Esta pesquisa é um estudo de caráter qualitativo e será desenvolvida em um hospital, cujas técnicas de pesquisa utilizadas serão através de questionários abertos e observação sistemática. Podemos concluir que no campo das representações sociais cada indivíduo apresenta comportamentos e compreensões diferentes a cada pergunta feita dependendo do resultado das interações sociais de cada grupo. Essa representação é portadora também dos interesses específicos desses grupos e classes sociais.

Palavras-chave: Representações Sociais, Tomografia Computadorizada, Hospital.

SUMÁRIO

1	Introdução.....	8
2	Referencial Teórico	11
2.1	Representações Sociais: sua história e a visão de diferentes autores	11
2.2	As Representações Sociais da saúde e da doença.....	16
2.3	Tomografia Computadorizada: Conceitos Básicos	19
3	Método.....	21
3.1	Classificação da pesquisa e técnicas utilizadas	21
3.2	Análise dos dados	23
4	Apresentação e Análise dos Achados.....	24
5	Considerações finais.....	30
6	Referências	31

1 INTRODUÇÃO

Todo o acontecimento importante da vida humana requer uma explicação: é preciso compreender sua natureza e encontrar suas causas. A doença não escapa à exigência. O indivíduo frente a uma sensação orgânica desagradável e estranha deve “codificá-la”, compará-la eventualmente a outras manifestações, decidir se existe algum sinal grave que exija uma tomada de atitude. Ele deve também conseguir explicar aos outros aquilo que sente, se deseja receber ajuda.

Tal elaboração não é apenas individual, mas está ligada ao social e à cultura (ADAM, HERZLICH 2001). Sendo assim, uma das formas de capturarmos o significado de certos procedimentos em um dado contexto social é através do desvendamento das representações sociais.

As representações sociais correspondem a imagem acerca de fenômenos reais, dotados de propriedades específicas. (GUARESCHI 1997).

De acordo com Moscovici (1997) a teoria das Representações sociais se constrói sobre uma teoria dos símbolos. Elas são consideradas formas de conhecimento social que implicam duas faces, tão interligadas como os dois lados de uma folha de papel: o figurativo, ou lado imageante, e o lado simbólico (GUARESCHI 1997).

Segundo Guareschi (1997) a Representação Social é um termo filosófico que significa a reprodução de uma percepção retida na lembrança ou no conteúdo do pensamento. Nas Ciências Sociais, as representações são definidas como categorias de pensamento que expressam a realidade, e podem ser explicadas, justificadas ou questionadas.

Para Durkheim (apud GUARESCHI e JOVCHELOVICH, 1997), não existem “representações falsas”. Todas respondem de diferentes formas e condições dadas da experiência humana. São símbolos através dos quais

é preciso saber atingir a realidade que eles figuram e que lhes dá sua verdadeira significação. Constituem objeto de estudo tanto quanto as estruturas e as instituições: são todas elas maneiras de agir, pensar e sentir, exteriores ao indivíduo e dotadas de um poder coercitivo em virtude do qual se lhes impõem (GUARESCHI, JOVCHELOVICH, 1997, p. 91)

As teorizações de Durkheim sobre as representações coletivas são compartilhadas por uma série de estudiosos, por exemplo, Max Weber elabora suas concepções do campo das representações sociais através de termos como “idéias”, “espírito”, “concepções”, “mentalidade”, usados muitas vezes como sinônimos, e trabalha de forma particular a noção de “visão de mundo”. Para ele, a vida social – que consiste na conduta cotidiana dos indivíduos – é carregada de significação cultural. Segundo Weber, as idéias (ou representações sociais) são juízos de valores que os indivíduos dotados de vontade possuem (GUARESCHI, JOVCHELOVICH, 1997).

Assim Weber chama a atenção, de um lado para a importância de se pesquisar as idéias como parte da realidade social e, de outro, para a necessidade de se compreender a que instâncias do social determinado fato deve sua maior dependência. Porém, a base de seu raciocínio é de que, em qualquer caso, a ação humana é significativa, e assim deve ser investigada.

Diante da exposição acima, cumpre assinalar que o objetivo deste trabalho é identificar e compreender o significado do exame de Tomografia Computadorizada para os usuários que se submetem ao exame em um hospital.

Essa pesquisa se justifica na medida em que ao tomarmos ciência das representações sociais dos usuários, tal conhecimento talvez venha a permitir a implementação de ações visando a desconstrução das representações negativas

elaboradas pelos usuários, gerando uma maior interação entre esses e os profissionais da saúde.

2 REFERENCIAL TEÓRICO

2.1 Representações Sociais: sua história e a visão de diferentes autores

O termo Representações Sociais (RS) designa tanto um conjunto de fenômenos quanto o conceito que os engloba e a teoria construída para explicá-los, identificando um vasto campo de estudos psicossociológicos. A cunhagem desse termo e, portanto, a inauguração do campo deve-se ao psicólogo social francês Serge Moscovici (embora Durkheim seja o pioneiro com o estudo das representações coletivas).

Um primeiro delineamento formal do conceito e da teoria das Representações Sociais surgiu no trabalho de Moscovici intitulado *La psychanalyse, son image et son public* (apud SPINK, 1993) a propósito do fenômeno da socialização da psicanálise, de sua apropriação pela população parisiense, do processo de sua transformação para servir a outros usos e funções sociais. Partindo da tradição da sociologia do conhecimento, o autor começava então a desenvolver uma psicossociologia do conhecimento.

As Representações Sociais, sendo formas de conhecimento prático, inserem-se mais especificamente entre correntes que estudam o conhecimento do senso comum.

Assim, a representação social, vincula-se à ordem do simbólico, de modo que determinadas coisas (materias e imateriais) vão ter significados diferentes dependendo da cultura do grupo social em questão.

Um símbolo consiste na representação de algo produzido por alguém, sendo o sentido atribuído ao símbolo o principal aspecto a ser destacado. O sentido surge exatamente devido ao fato do símbolo estar no mundo e, portanto, ser fruto do social,

então o sujeito participa do mundo a partir da sua interação com o social, é o eu em constante articulação com o nós.

Moscovici (1997), embora encontre em Durkheim inspiração para os seus postulados, adota outro caminho. Enquanto Durkheim acreditava serem as representações coletivas fruto do consenso obtido no âmbito do social, Moscovici entende que as representações sociais surgem da instabilidade do social, da diversidade de idéias presentes no mundo moderno. Interessa a Moscovici a heterogeneidade, a distribuição desigual de poder, já que muitas das representações surgem efetivamente de pontos de conflito.

Assim (apud CAVEDON, 2005), representar significa, a uma vez e ao mesmo tempo, trazer presentes as coisas ausentes e apresentar coisas de tal modo que satisfaçam as condições de uma coerência argumentativa, de uma racionalidade e da integridade normativa do grupo. É, portanto, muito importante que isso se dê de forma comunicativa, pois não há outros meios pelos quais as pessoas e os grupos sejam capazes de se orientar e se adaptar a tais coisas.

Jovchelovitch (1997) acredita que as representações sociais são formas de mediação que residem precisamente nos espaços que pertencem ao “entre” da vida social: elas se produzem e crescem na comunicação intersubjetiva, ao mesmo tempo em que são elas próprias, um dos elementos que possibilitam a comunicação intersubjetiva. São construídas no espaço público, ou seja, fora do sujeito, porém, é essa mesma exterioridade que permite o desenvolvimento interno do eu. Por estarem inscritas dentro de uma ambientação social, se revelam atreladas a valores, tradições e imagens presentes no espaço societário.

Ao circular de um lugar social para outro, as RS se mesclam e podem nessas passagens ganhar re-significados, alterando, assim, o sentido original oriundo de um lugar específico (CAVEDON, 2005).

A representação social permite compreender como o conhecimento social tem uma natureza simbólica e social, que produz significações mais além de qualquer objeto concreto que apareça como conteúdo de uma representação. Precisamente, esta é uma das diferenças centrais entre a teoria das RS e as teorias da cognição social (CS). Contudo, essa distinção foi vista, com frequência, obscurecida pelo conceito do objeto, e as diferentes formas em que se tem apresentado dentro do desenvolvimento dessa teoria, assim como também pelo que se denominaria uma certa tendência objetaldescritiva em muitas das investigações empíricas orientadas para o estudo da RS (REY, 2003).

Segundo Jodelet (apud GUARESCHI e JOVCHELOVICH, 1997) as representações são estruturas estruturadas ou campos socialmente estruturados.

Entretanto, as representações são também uma expressão da realidade intraindividual; uma exteriorização do afeto. São, neste sentido, estruturas estruturantes que revelam o poder de criação e de transformação da realidade social.

É a atividade de reinterpretação contínua que emerge do processo de elaboração das representações no espaço da interação que é o real objeto de estudo das representações sociais na perspectiva psicossocial.

Tomando o caso da representação enquanto apropriação popular de uma teoria científica ou erudita, como a psicanálise, Jodelet (1984, p. 41) descreve três fases no processo de objetivação: (1) seleção e descontextualização de elementos da teoria, em função de critérios culturais, normativos; (2) formação de um “núcleo figurativo”, a partir dos elementos selecionados, como uma estrutura imaginante que produz a estrutura conceitual; (3) naturalização dos elementos do núcleo figurativo, pela qual, finalmente, “as figuras, elementos do pensamento, tornam-se elementos da realidade, referentes para o conceito”. Moscovici (apud SPINK, 1993, p. 41) assim caracteriza o produto final desse processo:

[...] a imagem é totalmente assimilada e o que é percebido toma o lugar do que é concebido, é o resultado lógico de tal estado de coisas. Se as imagens existem, se elas são essenciais para a comunicação e compreensão sociais, isto é porque elas não são (e não podem permanecer) sem realidade tanto quanto não pode haver fumaça sem fogo. Desde que elas devem ter uma realidade, nós encontramos uma para elas, não importa qual. Assim, por uma espécie de imperativo lógico, as imagens se tornam elementos de realidade mais do que elementos de pensamento.

Segundo Rey (2003), as RS representam as formas organizativas do espaço simbólico em que as pessoas se desenvolvem. A realidade aparece para as pessoas por meio das RS e dos diferentes discursos que formam o tecido social, mediante os quais os sujeitos individuais, implicados num determinado espaço social, configuram o sentido subjetivo das diferentes esferas de suas vidas, e produzem significações em relação a si mesmo e aos outros. Essa organização simbólica do meio social é na realidade uma produção de sentido que integra emoções procedentes de diferentes espaços da história social dos grupos em que as representações são produzidas.

Na configuração da subjetividade social aparecem estreitamente inter-relacionados fenômenos sociais como mitos, humor, formas habituais de pensamento, códigos morais de agências e instituições sociais, a organização do sentido comum, os códigos emocionais de relação, a organização social dos repertórios de resposta, a linguagem, as representações sociais, os discursos, os comportamentos institucionalizados, etc.

A relação entre o individual e o social é um ponto crucial para o desenvolvimento da teoria das RS, mediante uma visão dialética da subjetividade.

A subjetividade social, individual e o sujeito representam momentos constitutivos do desenvolvimento das representações sociais. As separações entre os conceitos e os conhecimentos, social e individualmente gerados, são extraordinariamente frágeis, pois em cada momento social de gênese de uma representação, aparece um conjunto de sujeitos individuais, cujas criações, contradições e ações são centrais na construção do núcleo figurativo de um sistema representacional, ao qual ficam subordinados por múltiplos mecanismos de caráter social depois que a representação se apropria do

espaço social em que foi engendrada. Este é um processo infinito e permanente do desenvolvimento social (REY, 2003).

Segundo Minayo (1998) não é apenas o investigador que dá sentido a seu trabalho intelectual, mas os seres humanos, os grupos e as sociedades dão significado e intencionalidade a suas ações e suas construções, na medida em que as estruturas sociais nada mais são que ações objetivadas.

Nas Ciências Sociais existe uma identidade entre o sujeito e o objeto. A pesquisa nessa área lida com seres humanos que, por razões culturais, de classe, de faixa etária, ou por qualquer outro motivo de identidade com o investigador, tornando-os solidariamente imbricados e comprometidos.

Outro aspecto distintivo das Ciências Sociais é o fato de que ela é intrínseca e extrinsecamente ideológica. Toda a ciência é comprometida. Ela vincula interesses e visões de mundo historicamente construídas, embora suas contribuições e seus efeitos teóricos e técnicos ultrapassem as intenções de seu desenvolvimento.

Por fim, é necessário afirmar que o objeto das ciências sociais é essencialmente qualitativo. A realidade social é o próprio dinamismo da vida individual e coletiva com toda a riqueza de significados dela transbordante. As Ciências Sociais, no entanto, possuem instrumentos e teorias capazes de fazer uma aproximação daquilo que é a vida dos seres humanos em sociedades, ainda que de forma incompleta, imperfeita e insatisfatória. Para isso, ela aborda o conjunto de expressões humanas constantes nas estruturas, nos processos, nos sujeitos, nos significados e nas representações (MINAYO, 1998).

2.2 As Representações Sociais da saúde e da doença

As representações em relação ao funcionamento do corpo humano aparecem de forma bastante difusa, pois ora estão referidas a percepção e interpretação do discurso médico, ora a percepção da doença e ora a própria identidade pessoal. De uma forma geral, não há uma percepção anatomofisiológica do corpo. Tanto a forma e estrutura do corpo, quanto as suas funções são percebidas sempre em relação a um acontecimento específico e por isso podem tomar diferentes contornos específicos a fim de produzir uma explicação coerente para estas situações (HERZLICH 2001).

Segundo Herzlich (2001), a linguagem utilizada para exprimir-se a respeito da saúde e da doença, para interpretar-se suas causas, manifestações e conseqüências, não é uma linguagem do corpo: é uma linguagem do indivíduo em relação à sociedade. A doença objetiva uma relação conflituosa com o social. Assim, as pessoas elaboram uma teoria causal constituindo uma forma de modelo explicativo da doença. Elas consideram que seu acometimento é devido aos efeitos perniciosos de um “estilo de vida errado”, sendo este entendido como reflexo de uma “sociedade competitiva”. O ritmo de vida alucinante, a poluição do ar, e alimentação “artificial”, o barulho, são interpretados como tantos outros fatores nocivos que agredem à natureza intrinsecamente boa e próxima do indivíduo. O indivíduo é basicamente saudável e a saúde é imputada como uma responsabilidade pessoal. A oposição saúde-doença é um modo concreto de exprimir o que as pessoas percebem existir entre o indivíduo e a sociedade. Estar doente para as pessoas, significa “parar”, ou seja, interromper sua vida profissional.

O doente viverá a doença como “destrutiva” se - a partir da interrupção da atividade provocada pela mesma, que se acompanha tanto da destruição dos laços com

os outros como de perdas diversas em suas capacidades e em seus papéis - ele não conseguir visualizar nenhuma possibilidade de reconstruir sua identidade.

Para outras pessoas que tiveram a experiência de uma doença grave, a doença é um “ofício”. Ela não provoca uma mudança radical na auto-imagem da pessoa, esta conserva um papel valorizado e preserva sua identidade social pela luta contra a doença.

A doença, ao contrário, não é natural, não provém do indivíduo em si, mas é derivada da invasão real ou simbólica, de elementos nocivos no organismo.

Uma das idéias-chaves que explicam seu aparecimento é a da “intoxicação”, que é a incorporação lenta, porém continuada, de elementos “prejudiciais”, ligados a um estilo de vida considerado errôneo, por exemplo, a poluição do ar ou a presença de produtos químicos na alimentação.

A saúde é identificada seja como ausência de doença, seja como a capacidade de trabalhar. Uma pesquisa francesa de Janine Pierret, realizada no final da década de 1970 (p. 217), mostra que para os membros das classes populares, a saúde é um “instrumento”, o mais importante de todos: “quando se tem saúde, pode-se fazer tudo; qualquer coisa é possível, principalmente trabalhar”. A saúde ora é anunciada como valor pessoal organizador do comportamento, ora como resultante coletiva das políticas públicas e de ação do Estado.

Sontag (1979) utilizou a expressão “doença como metáfora” para descrever fenômenos a propósito do câncer: este é normalmente visto como a expressão orgânica da negação dos desejos e do recalque em pessoas com energia vital insuficiente. Sontag, ela mesma paciente de câncer, mostrou bem a forma como os doentes podem se sentir prisioneiros de tais representações sociais negativas construídas em torno de uma afecção.

No estudo de Williams (2001), podemos ver de que maneira as pessoas, logo que se sentem doentes, procuram manter a coerência de suas interpretações anteriores, que

são também as de seu grupo. Mas elas são, por vezes, levadas a modificar seus pontos de vista e a elaborar interpretações, apoiando-se em outros fundamentos, em função de experiências novas. Assim, certas pessoas atingidas por doenças graves, impossibilitadas de prosseguir com suas atividades normais, chegam a renunciar a seus julgamentos sobre a negação de qualquer fraqueza frente à doença.

Coloca-se com freqüência o problema das relações entre representação e ação, entre o “dizer” e o “fazer”, em relação à saúde e à doença. Normalmente, médicos e responsáveis pela saúde pública que levam esta questão com a esperança de encontrar uma relação simples e direta entre a informação e a crença de um lado, e comportamento de outro lado. Eles esperam, baseados nisso, poder estabelecer ações preventivas.

Idealmente, as modificações de comportamento estão ligadas a dois fatores: de um lado, a percepção de uma ameaça para a saúde; de outro lado, a percepção de que a adoção de determinado comportamento pode reduzir essa ameaça. Cada um desses fatores baseia-se em crenças subjacentes, de fato, sobre a aceitação das informações dadas pelo corpo médico: crença na realidade da ameaça e de suas conseqüências, crença na eficácia das medidas preventivas.

Para o indivíduo que se sente ou se supõe doente, compreender a natureza de seu estado e lhe dar um significado não é suficiente: é necessário passar por um tratamento. O encontro com a medicina e com um médico é sempre um momento dramático. Para os médicos também a relação com os doentes representa um sério problema e é importante saber que eles estão cada vez mais atentos ao fato.

Para os sociólogos, porém, a relação médico-paciente não deve ser vista apenas em termos psicológicos. O encontro entre esses dois atores não é somente interpessoal.

É sabido que a estrutura social informa o encontro entre o doente e o médico e determina suas modalidades; assim, o médico e o doente têm o mesmo objetivo, a cura.

2.3 Tomografia Computadorizada: Conceitos Básicos

A Tomografia Computadorizada (TC) é um exame complementar de diagnóstico por imagem, que consiste numa imagem que representa uma secção ou "fatia" do corpo. É obtida através do processamento por computador de informação recolhida após expor o corpo a uma sucessão de raios X.

A TC baseia-se nos mesmos princípios que a radiografia convencional, segundo os quais tecidos com diferente composição absorvem a radiação de forma diferente. Ao serem atravessados por raios X, tecidos mais densos (como o fígado) ou com elementos mais pesados (como o cálcio presente nos ossos), absorvem mais radiação que tecidos menos densos (como o pulmão, que está cheio de ar).

Assim, uma TC indica a quantidade de radiação absorvida por cada parte do corpo analisada, e traduz essas variações numa escala de cinza, produzindo uma imagem. Cada pixel da imagem corresponde à média da absorção dos tecidos nessa zona, expresso em unidades de Hounsfield (em homenagem ao criador da primeira máquina de TC).

À medida que equipamentos e softwares de Tomografia Computadorizada (TC) continuam a evoluir, seu papel nos serviços de imagem permanecem seguros. A velocidade e a versatilidade da TC garantiram seu papel na radiologia por um futuro previsível.

Além do aumento no número de aparelhos a introdução da tecnologia aumentou a potencialidade dos aparelhos de TC, melhorando a capacidade de processamento de exames, permitindo um melhor posicionamento do paciente, oferecendo uma maior variedade de tipos de exames e um número maior de opções de investigação.

Com o desenvolvimento dos equipamentos de TC, tempos de exames mais curtos, trazendo um maior conforto ao paciente.

Uma vantagem da TC é a redução de artefatos decorrentes da respiração do paciente, em comparação ao exame de Ressonância Magnética, onde o paciente permanece imóvel pelo menos durante no mínimo 20 minutos.

A TC é o exame mais indicado para pacientes que sofrem de fobia, pelo fato de não ser um exame demorado, e o paciente permanecer parado de 5 a 30 minutos, dependendo do tipo de exame.

A tendência futura continua a ser tempos de exames e de reconstrução mais curtos, associados os tubos de maior capacidade (HENWOOD, SUZANNE 2003).

3 MÉTODO

3.1 Classificação da pesquisa e técnicas utilizadas

Esta pesquisa é um estudo de caráter qualitativo, de acordo com Minayo (1998).

A pesquisa foi desenvolvida em um hospital, que atende pelo Sistema Único de Saúde (SUS) e ainda usuários particulares e de convênios, localizado em Porto Alegre, no Rio Grande do Sul. O hospital possui 179 leitos, 10 leitos de UTI, 5 salas cirúrgicas, atendendo 57.295 pacientes ambulatoriais, com 6.311 internações, 226.624 pacientes em tratamento radioterápico e 28.882 pacientes em tratamento quimioterápico. Possui 45 funcionários somente na área de radiologia, destes 5 médicos radiologistas.

As técnicas de pesquisa utilizadas foram: entrevista e observação sistemática. As entrevistas foram realizadas junto aos usuários na unidade de tomografia. Foram selecionados 30 usuários (jovens, adultos e idosos), sendo dez jovens a partir de 18 a 22 anos, dez adultos entre 23 e 55 anos e dez idosos com mais de 56 anos. A coleta de dados foi feita através de entrevistas, que foram gravadas com autorização dos respondentes. O projeto passou primeiro pelo comitê de ética do hospital para ser autorizada a implementação da pesquisa. A pesquisa teve início em março de 2009 até final de maio de 2009. As perguntas efetuadas aos usuários foram as seguintes:

- 1) O que você entende por doença?
- 2) O que significa saúde para você?
- 3) Como você imagina que seja esse exame (caso não tenha realizado ainda nenhum exame desse tipo)?

4) O que você sentiu ao realizar o exame (caso já tenha realizado em outra ocasião)?

5) Como você percebe a atuação da equipe de trabalho envolvida neste procedimento (receptionista, técnica de enfermagem ou enfermeira, técnico que realiza o exame e o médico)?

6) Qual a importância que você acha que o médico tem neste procedimento?

7) Qual a importância de se realizar este exame, em sua opinião?

Após passar pelo Comitê de Ética e Pesquisa foram escolhidos usuários de modo aleatório para participarem das entrevistas, todavia a preferência recaiu sobre aqueles que não haviam realizado o exame anteriormente. Foram feitas 7 perguntas, para os entrevistados que nunca haviam realizado o exame de tomografia, e 6 perguntas para os entrevistados que já haviam feito o exame de tomografia, excluindo somente a pergunta de número 3 que questiona como ele(a) achava que seria este exame, uma vez que já havia realizado o mesmo. Depois de feita a entrevista rotineira do serviço pelo técnico (a) de enfermagem, visando a obtenção dos dados do usuário, inclusive se o mesmo já havia realizado o exame ou não, era entregue o termo de consentimento livre e esclarecido para o entrevistado(a) para deixar claro o intuito da pesquisa, responder dúvidas, e saber se o mesmo gostaria ou não de participar da pesquisa. Feito isso, as 3 primeiras perguntas eram colocadas ao usuário e, após realizado o exame, o restante das perguntas eram feitas.

Para garantir o anonimato dos respondentes, eles foram qualificados como entrevistado A, B, C e assim sucessivamente.

3.2 Análise dos dados

Com base em Minayo (1998), os dados obtidos foram lidos e criadas as categorias analisadas conforme o referencial teórico.

4 APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS ACHADOS

Após a coleta dos dados, os mesmos foram categorizados, ou seja, agrupados de modo a contemplar as representações mais recorrentes presentes nas falas dos entrevistados.

Categoria doença como “algo que foge da normalidade”

A doença para muitos entrevistados remete a algo que foge da normalidade, seu aparecimento para alguns é devido ao estilo de vida errado: “é quando a gente não se cuida eu acho, quando não cuidamos da saúde, aquela coisa boa que Deus nos deu que é a saúde, e a gente não cuida direito, por isso que a gente fica doente, eu penso assim” (Entrevistado C). O indivíduo é basicamente saudável e a saúde é percebida como sendo uma responsabilidade pessoal: “Eu acho que é uma coisa natural da pessoa, uns pegam mais fácil do que outros” (Entrevistado A).

Para outras pessoas que tiveram ou tem a experiência de uma doença grave, a doença é vista algo que debilita, algo que incomoda a pessoa: “é não estar bem de saúde, doença é uma coisa que debilita” (Entrevistado D) doença é um desconforto, é algo que tá errado” (Entrevistado E)

A doença não é natural, não provém do indivíduo em si, mas é derivada da invasão real ou simbólica, de elementos nocivos no organismo: “Doença é quando tu não tá se sentindo bem, quando tá sentindo coisas que não são do teu dia a dia, tua acorda e daqui a pouco tem uma dor, uma coisa e isso não é normal, se tu tem uma dor tu tem uma coisa que causa isso, isso é a doença” (Entrevistado B), “É a manifestação de alguma coisa no teu corpo não vai bem, isso físico, mental” (Entrevistado E),

“Doença eu acho que é quando não vai bem alguma coisa, seja emocional, físico, e tu acaba sentindo sintomas, dores alguma coisa assim” (Entrevistado F).

Categoria saúde como “bem estar”

A saúde consiste num símbolo, na representação de algo produzido por alguém ou alguma coisa, que podem configurar diferentes sentidos e significados em relação a si mesmos de acordo com a teoria de Moscovici. Ela é identificada como um bem estar que as pessoas sentem: “Saúde acho que é um conjunto de bem estar, corpo mente, quando se está bem, tu acaba se sentindo bem por um todo” (Entrevistado C), “Ter disposição, é fazer o que bem entende” (Entrevistado D), “Tudo o que é de bom” (Entrevistado F).

Categoria “tomografia significa desconhecimento”

Ao perguntar como achavam que seria este exame, muitos dos entrevistados não imaginavam como seria realizado o exame, foi interpretado como algo desconhecido: “Não faço a mínima idéia, nunca fiz uma tomografia, eu não sei” (Entrevistado B).

Nesta categoria podemos identificar a representação social como uma percepção retida na lembrança ou no conteúdo do pensamento de acordo com Guareschi (1997), a qual é definida e podem expressar a realidade, podendo ser explicadas, justificadas ou questionadas.

Categoria “medo”

Após realizarem o exame para a maioria dos entrevistados o exame está relacionado ao medo: “Fiquei assustada, aquele troço girando em cima de mim, mas tranqüilo assim, fora o susto da cama mexendo” (Entrevistado B), “Medo! Medo, o coração acelera, é uma coisa incontrolável, tu não mede muito” (Entrevistado F).

Analisando as respostas, de acordo com Cavedon (2005), podemos perceber que as representações tornam presentes sentimentos ausentes de tal modo que através do discurso e dos sentimentos os grupos sejam capazes de se adaptar a tais ações, e tenham

condições de apresentar argumentos coerentes de acordo com a questão a qual estão vivenciando.

Alguns pacientes que descobriram ou o médico suspeita de alguma doença presente no indivíduo expressaram certa angústia, dúvida ou preocupação de ter a possibilidade de estar doente ou não: “(...) Medo de ter uma coisa que eu não quero que tenha aqui dentro né então, medo” (Entrevistado G).

Categoria “tranqüilidade”

Já para outros pacientes, principalmente para aqueles que já haviam realizado e exame, suas percepções foram opostas a categoria anterior: “não senti nada, senti sono!” (Entrevistado E).

Categoria “desconforto”

Para outros entrevistados que já haviam realizado o exame de tomografia e houve a necessidade da injeção de contraste, alguns relataram desconforto: “Após a injeção do contraste, fica um gosto na boca, e o calor que dá” (Entrevistado A), “Só aquele desconforto do contraste, aquele calor que da, eu já tinha realizado pra mim não foi nada difícil” (Entrevistado D), “Como eu já sabia como é que era, nada que eu não estava esperando, a única coisa é que hoje, o contraste que eles botaram aqui, foi mais forte, parece que ardeu bem mais do que os outros dias” (Entrevistado G).

Esta categoria expressa uma sensação orgânica desagradável, descrita por Herzlich (2001), que pode ser comparada a outras manifestações, de acordo com aquilo que se sente.

Categoria “demora”

A demora para a realização do exame pode trazer para o serviço uma insatisfação do usuário (cliente) prejudicando o setor: “É meio complicado porque, quando a pessoa está no horário de serviço tem que ficar 40 minutos, 50 minutos esperando é complicado” (Entrevistado B).

É difícil, muitas vezes, das pessoas entenderem que a agilização dos procedimentos não depende apenas da habilidade dos funcionários e da competência, pois quem trabalha em hospital sabe que muitos fatores inesperados podem acontecer no decorrer do dia, como encaixe de exames de urgência para pacientes que estão internados, preparo de contraste para pacientes, muitas vezes realizados dias antes de realizar o exame. Além disso, se o exame for mal realizado necessita ser remarcado, ou seja, o exame também requer a colaboração dos pacientes. Imprevistos, portanto, podem levar a demora para atender a todos que aguardam a realização de seu exame, gerando uma insatisfação momentânea. Mas, é possível pensarmos que essa “demora” possa estar associada ao medo em face de um diagnóstico que venha a evidenciar a presença da doença no indivíduo, sendo assim, o tempo ganha uma dimensão maior do que se constitui na realidade. Minutos podem significar horas e expressam angústia frente à situação.

Categoria “descoberta”

A importância de se realizar o exame é definida como uma forma de avaliação se realmente há doença ou não: “Eu vim fazer pra ver qual é a causa, sem o exame não tem como, precisa de uma avaliação” (Entrevistado B), para um indivíduo que se sente ou se supõem doente, compreender a natureza de seu estado e lhe dar um significado não é suficiente, é necessário passar por um tratamento: “Eu acho muito importante porque pessoas como eu, por exemplo, eu acordo e vou dormir com dor de cabeça, daqui a pouco tu começa a criar uma expectativa, nossa eu tenho alguma coisa, entendeu, por isso eu acho muito importante fazer esse exame” (Entrevistado J), como para planejamento e tratamento da doença: “Pra ver o andamento da minha doença, é muito importante por isso” (Entrevistado D), “Tem a sua importância que é um planejamento cirúrgico de sinusite crônica e desvio de septo nasal para planejamento cirúrgico” (Entrevistado I), e também como forma de complementação de exame, pois na

tomografia podemos ter um maior detalhamento de vasos, tecidos e ossos: “Pra mim é fundamental porque eu tenho um histórico de crise renal, e outros exames que foram feitos não constataram nada e eu espero que com esse descubra se eu tenho ou não alguma coisa, acho que ele consegue dar uma visualização pro médico melhor” (Entrevistado G).

De acordo com Jovchelovitch (1997), estas representações são formas de mediações que produzem na comunicação intersubjetiva significados pelos quais as pessoas sejam capazes de se orientar e se adaptar a tais coisas.

Categoria equipe de trabalho como “atenciosos”

A atuação da equipe de trabalho ficou definida como pessoas atenciosas: “Eu acho assim que eles passam uma segurança, elas são tipo um anjo” (Entrevistado G), “Eu não conheço porque nunca fiz aqui, mas elas são bem atenciosas, me deixaram bem confortável” (Entrevistado H), “Respeitaram as técnicas que tem que ser cumpridas, foram bons profissionais” (Entrevistado I).

Esta categoria, segundo Weber (1997), consiste na conduta cotidiana dos indivíduos, são juízos de valores que os indivíduos dotados de vontade possuem.

Categoria equipe de trabalho como “treinados”

Não basta apenas a equipe de trabalho ser atenciosa, dedicada se não houver uma reciclagem e treinamentos adequados: “Boa, pessoal bem treinado” (Entrevistado H).

Categoria “presença do médico como essencial”

A importância que o médico tem neste procedimento para os entrevistados ficou definida como uma função primordial, sem seu conhecimento e análise do exame não há a possibilidade de continuidade do tratamento: “É primordial né, ele tem que olhar ali e entender certinho que não é qualquer coisa né uma tomografia de crânio, acho que é bem complicado” (Entrevistado B), “A importância é total né, vital porque ele que vai

dar o diagnóstico, porque só a resposta daqui não quer dizer, porque quem vai ver mesmo, se melhorou ou piorou é o meu médico” (Entrevistado D).

Para esta categoria o indivíduo, por vezes, pode ser levado a modificar seu ponto de vista e elaborar interpretações de acordo com a experiência médica, apoiando-se em seus fundamentos referentes ao seu ponto de vista. O médico espera estabelecer ações preventivas, e encontrar uma relação simples e direta entre a informação e a crença de um lado e o comportamento de outro lado.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A representação social é capturada principalmente através da fala, cada indivíduo apresenta comportamentos e compreensões diferentes a cada pergunta feita dependendo do resultado das interações sociais de cada indivíduo.

Cada grupo faz da visão abrangente uma representação particular, de acordo com sua posição no conjunto da sociedade.

Ao tomarmos ciência das representações sociais de cada grupo, podemos criar métodos para adaptar as ações negativas, como para pacientes que nunca realizaram o exame, buscando um melhor entendimento para o paciente de como será este exame, apenas explicando ou as vezes até mostrando para que na hora em que for realizado o exame, o indivíduo fique mais tranquilo e relaxado, pois na maioria dos exames é necessário a colaboração do paciente. Em relação ao desconforto causado pelo contraste, não há medidas para serem seguidas, pois cada indivíduo terá uma reação diferente em seu organismo, podemos seguir os protocolos de segurança como, por exemplo, se o exame deverá ser feito em jejum ou não, para evitar que o paciente se engasgue com o próprio vomito, buscando uma maior eficiência na execução dos procedimentos por parte da equipe de profissionais da saúde.

.

6 REFERÊNCIAS

GUARESCHI, Pedrinho; JOVCHELOVITCH, Sandra. **Textos em Representações Sociais. Petrópolis: Vozes, 1997.**

CAVEDON, Neusa, R. **Representações Sociais na Área de Gestão em Saúde: Teoria e Prática.** Porto Alegre: Decasa, 2005.

REY, Fernando, G. **Sujeito e Subjetividade.** São Paulo: Thomson, 2003.

SPINK, Mary, J. **O Conhecimento no Cotidiano: As Representações Sociais na Perspectiva da Psicologia Social.** São Paulo: Brasiliense, 1993.

MINAYO, Maria Cecília. **Pesquisa Social. Petrópolis: Vozes, 1998.**

ADAM, Philippe e HERZLICH, Caludine. **Sociologia da doença e da medicina.** São Paulo: Edusc, 2001.

HENWOOD, Suzanne. **Técnicas e práticas na Tomografia Computadorizada clínica.** Rio de Janeiro: Guanabara Koogan S.A, 2003.