

UNIVERSIDADE ESTADUAL DO CEARÁ  
MESTRADO ACADÊMICO EM SAÚDE PÚBLICA

AGLAIR DE ALENCAR ARARIPE ARRUDA

ATENDIMENTO DE USUÁRIOS DE CLÍNICA DE  
GASTROENTEROLOGIA E CARDIOLOGIA: REPRESENTAÇÕES  
SOCIAIS ELABORADAS POR PROFISSIONAIS DE SAÚDE E  
USUÁRIOS

**FORTALEZA – CEARÁ**

**2009**

AGLAIR DE ALENCAR ARARIPE ARRUDA

ATENDIMENTO DE USUÁRIOS DE CLÍNICA DE  
GASTROENTEROLOGIA E CARDIOLOGIA: REPRESENTAÇÕES  
SOCIAIS ELABORADAS POR PROFISSIONAIS DE SAÚDE E  
USUÁRIOS

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública da Universidade Estadual do Ceará, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Saúde Pública.

Área de concentração: Políticas e Serviços de Saúde.

Orientadora: Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Maria Salete Bessa Jorge

FORTALEZA – CEARÁ

2009

**AGLAIR DE ALENCAR ARARIPE ARRUDA**

**ATENDIMENTO DE USUÁRIOS DE CLINICA DE GASTROENTEROLOGIA E  
CARDIOLOGIA: REPRESENTAÇÕES SOCIAIS ELABORADAS POR  
PROFISSIONAIS DE SAÚDE E USUÁRIOS**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em  
Saúde Pública da Universidade Estadual do Ceará, como requisito  
parcial a para obtenção título de Mestre em Saúde Pública.

Área de concentração: Políticas e Serviços de Saúde.

Aprovada em \_\_/\_\_/\_\_\_\_.

Conceito:

**BANCA EXAMINADORA**

---

Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Maria Salete Bessa Jorge  
Universidade Estadual do Ceará  
Orientadora

---

Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Maria da Penha Lima Coutinho  
Universidade Estadual do Ceará

---

Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Maria Veraci Oliveira Queiroz  
Universidade Estadual do Cear

## DEDICATÓRIA

A Deus, fonte de toda inspiração, pelo seu imenso amor e sua presença constante em toda a minha vida.

Aos meus pais, Huiilo Pio ( *in memoriam* ) e Francisquinha Gondim, que me ensinaram a ser perseverante e cultivar a esperança.

Ao Lincoln, esposo amado, companheiro, e pai amoroso, pelo seu incentivo e presença em todos os momentos que temos compartilhados nossas vidas.

As minhas filhas, Sarah e Lívia, pelo carinho e pelo amor que cultivam nossos relacionamentos. Vocês são a minha alegria e motivação para continuar vencendo.

Aos meus irmãos, Aila, Ângela ( *in memoriam*), Hamilton, Helano e Helder, que sempre confiaram na minha capacidade de realizar meus sonhos.

As colegas do Serviço Social do Hospital Universitário, pelo apoio, e, de forma especial a amiga Fabíola, pelo incentivo e por acreditar em minha capacidade.

Aos colegas do Mestrado pelo compartilhamento de experiências e de forma especial, a Helena, pelos momentos de apoio.

## AGRADECIMENTOS

A professora doutora Maria Salete Bessa Jorge, pela sua competência, dedicação e orientação durante a trajetória de elaboração desta dissertação. Ressalto seu apoio constante e esmero para o sucesso deste trabalho.

As professoras doutoras Maria da Penha Lima Coutinho e Dr.<sup>a</sup> Maria Veraci Oliveira Queiroz pela valiosa contribuição e participação na banca examinadora.

A amiga e mestre Lúcia de Fátima Rocha Bezerra Maia, pelo entusiasmo ao longo desta jornada acadêmica. Reconheço que sua colaboração foi essencial para este trabalho.

A Mestre Edmara Chaves Costa, pela contribuição na realização deste trabalho e pelo seu empenho em processar os dados no *Tri-Deux-Mots*.

A Rebeca, pela sua colaboração e seu empenho na pesquisa de campo.

## RESUMO

Os serviços de saúde e as intervenções profissionais são norteadas pelos princípios da política de humanização, cujos fundamentos são discutidos nesta pesquisa. O estudo objetiva apreender as representações sociais dos pacientes e profissionais de saúde acerca da qualidade da atenção em ambulatórios clínicos de gastroenterologia e cardiologia. A pesquisa fundamenta-se na teoria das representações sociais, de Moscovici (1978) e Jodelet (1984). Os participantes compõem-se de 60 usuários e 18 profissionais de saúde. Utilizou-se a entrevista semi-estruturada e o Teste de Associação Livre de Palavras, contendo quatro estímulos: sofrimento, paciente, profissional e atendimento médico. Os dados foram processados no software *Tri-Deux-Mots* e interpretados pela Análise Fatorial de Correspondência. A análise das entrevistas realizou-se por meio da técnica de análise de conteúdo categorial temática de Bardin (1977). As representações sociais dos usuários e profissionais de saúde são expressas em cinco temáticas: aspectos do adoecimento vivenciados pelos usuários antes e durante o tratamento; intervenção profissional para amenizar o adoecimento dos usuários; relação do adoecimento com o cotidiano dos usuários; relação entre o atendimento médico e a dinâmica do tratamento; representação social do atendimento no ambulatório. Com base nos resultados, observa-se que, concernente ao estímulo sofrimento, os usuários destacam a espera. Para os profissionais, as respostas a esse estímulo foram tristeza e morte. Com relação ao estímulo paciente, destacam-se, no lado positivo de  $F_1$ , as palavras: sofrimento, exame, tratamento, consulta, doença e saúde. Identifica-se no extremo oposto, que os profissionais valorizam a escuta. Para os usuários, a representação do estímulo profissional relaciona-se com o bom relacionamento e bom atendimento. As palavras evocadas pelos profissionais para este estímulo foram: responsável, competente, ético, atenção. Concernente ao estímulo atendimento médico, os usuários ressaltam o bom atendimento, a explicação e a escuta. Os profissionais representam o atendimento como responsável e com qualidade. Os participantes da gastroenterologia reconhecem o sofrimento como falta de emprego, depressão e solidão. Para a cardiologia, esse estímulo não foi verbalizado. A representação do estímulo paciente, para os participantes da gastroenterologia, refere-se a cura. A representação dos usuários da cardiologia relaciona-se com as palavras: paciência, doença, saúde e escuta. A representação do estímulo profissional, para os participantes do ambulatório da gastroenterologia, refere-se a ser capacitado. Para os integrantes da cardiologia, esse estímulo alude a ser responsável, competente e a relação de ajuda. Considerando o estímulo atendimento médico, observa-se que, para a gastroenterologia, o atendimento relaciona-se com remédio, qualidade, especialização e bom profissional. Os integrantes da cardiologia representam o atendimento médico como responsável e escuta. A pesquisa qualitativa concorre para consolidar esse resultado, haja vista que, na percepção dos usuários e dos profissionais de saúde, o atendimento nos ambulatórios revela uma dimensão de humanização e cuidado a saúde.

Palavras-chave: Qualidade da atenção. Representação social.

## ABSTRACT

The services of public health made its professional intervention based upon principles of humanization politics. This research aims to apprehend the social representations to patients and health professionals about the quality of attention in ambulatory clinic of gastroenterology and cardiology. The study supports in theory of social representations, of Moscovici(1978) and Jodelet(1984). The participants comprises 60 users and 18 health professionals. It used the interview semi-structured and the Test of Free Association of Words having four stimulus: suffering, patient, professional and medic attendance. The data were processed in *Tri-Deux-Mots* software and interpreted by Factorial Analysis of Correspondence. The analysis of interviews occurred through technique of analysis of thematic category content of Bardin(1977). The social representations of users and health professional are expressed in to five thematics: aspects of sickening lived by users before and during the treatment; professional intervention to decrease the sickening of users; relation of sickening with users quotidian; relation between medic attendance and dynamics of treatment; social representation of attendance in ambulatory. With basis in the results, observes that, relating the stimulus suffering, the users highlight the waiting. To professionals, the answers to this stimulus were sadness and death. Regarding stimulus patient, highlights , in positive side of users, the words: suffering, exam, treatment, appointment, disease and health. We identify in opposite extreme, that professional wothies the hearing. To users, the representation to stimulus professional relates with good relationship and good attendance. The words evoked by professionals were: responsible, competent, ethical, attention. Regarding the stimulus medic attendance, the users underline the good atendance, explain and hear. The professionals represent the attendance as responsible and quality. The participant of gastroenterology recognize the suffering as lack of job, depression and loniless.To cardiology, this stimulus was not voiced. The representation of stimulus patient, to participants of gastroenterology, refers to cure. The representation of users of cardiology relates with the words: patience, disease, health and hearing. The representation of stimulus professional to participants of ambulatory of gastroenterology refers to be capacited. To component of cardiology, this stimulus is regard to be responsible, competent and relation of help. Regarding the stimulus medic attendance, we observe that, to gastroenterology, the attendance relates with medicine, quality, expertise and good professional. The component of cardiology represent the medic attendance as reponsible and hearing. The qualitative research serves to consolidate this result, so in perception of users and health professionals, the attendance in ambulatory reveals a dimension of humanization and care to health.

**KEY-WORDS:** Quality of attention. Social representation.

## LISTA DE QUADROS

Quadro 1	Perfil dos usuários e profissionais que participaram da pesquisa qualitativa. Fortaleza-Ceará	65
Quadro 2	Representações sociais, suas categorias e subcategorias relacionadas aos temas 1 e 2	66
Quadro 3	Representações sociais, suas categorias e subcategorias relacionadas aos temas 3 e 4	67
Quadro 4	Representações sociais, suas categorias e subcategorias relacionadas ao temas 5	68
Quadro 5	Relação dos estímulos indutores e dos sujeitos da pesquisa. Fortaleza-Ce, 2008	102



## **LISTA DE FIGURAS**

Figura 1	O campo de estudo das representações sociais	42
Figura 2	Divisão administrativa da cidade de Fortaleza-Ce, em seis regionais	52

## **LISTA DE GRÁFICO**

Gráfico 1	Representação gráfica dos Fatores 1 e 2	101
-----------	---	-----

## LISTA DE TABELAS

Tabela 1	Distribuição dos profissionais segundo as clínicas. Fortaleza-Ceará, 2008	53
Tabela 2	Relação de gênero dos participantes da pesquisa. Fortaleza-Ceará, 2008	62
Tabela 3	Distribuição da idade dos participantes da pesquisa. Fortaleza-Ceará, 2008	62
Tabela 4	Estado civil dos participantes da pesquisa. Fortaleza-Ceará, 2008	63
Tabela 5	Escolaridade dos participantes da pesquisa. Fortaleza-Ceará, 2008	63
Tabela 6	Religião dos participantes da pesquisa. Fortaleza-Ceará, 2008	64
Tabela 7	Tipo de ocupação dos participantes da pesquisa. Fortaleza-Ceará, 2008	64
Tabela 8	Representações sociais do adoecimento dos usuários. Fortaleza-Ceará, 2008	69
Tabela 9	Representações sociais da busca espiritual. Fortaleza-Ceará, 2008	72
Tabela 10	Representações sociais relacionada com o procedimento no atendimento. Fortaleza- Ceará, 2008	75
Tabela 11	Representações sociais da qualidade do atendimento. Fortaleza-Ceará, 2008	78
Tabela 12	Representações sociais da dinâmica familiar. Fortaleza-Ceará,2008	81
Tabela 13	Representações sociais do adoecimento. Fortaleza-Ceará,2008.	83
Tabela 14	Representações sociais da busca espiritual. Fortaleza-ce, 2008	85
Tabela 15	Representações sociais da qualidade do atendimento. Fortaleza-Ce, 2008	87

Tabela 16	Representações sociais do adoecimento. Fortaleza-Ce, 2008	90
Tabela 17	Representações sociais da qualidade do atendimento. Fortaleza-Ce, 2008	93
Tabela 18	Representações sociais da avaliação da estrutura. Fortaleza-Ce, 2008	96
Tabela 19	Representações sociais do adoecimento. Fortaleza-Ce, 2008	97
Tabela 20	Distribuição das freqüências das evocações dos estímulos 1e 2. Fortaleza-Ce, 2008	106
Tabela 21	Distribuição das freqüências das evocações dos estímulos 3 e 4. Fortaleza-Ce, 2008.	107
Tabela 22	Distribuição das evocações dos estímulos 1 e 2 nos distintos grupos. Fortaleza-Ce, 2008	108
Tabela 23	Distribuição das evocações dos estímulos 3 e 4 nos distintos grupos. Fortaleza-Ce, 2008	110

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

HUWC	Hospital Universitário Walter Cantídio	16
UFC	Universidade Federal do Ceará	16
SUS	Sistema Único de Saúde	19
PNHAH	Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar	19
MS	Ministério da Saúde	22
OMS	Organização Mundial de Saúde	30
ESF	Estratégia Saúde da Família	30
TRS	Teoria das Representações Sociais	37
TALP	Teste de Associação Livre de Palavras	50
AFC	Análise Fatorial de Correspondência	50
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística	52
SER	Secretarias Executivas Regionais	52

## SUMÁRIO

	RESUMO	7
	ABSTRACT	8
1	O DESPERTAR DO TEMA E A CONSTRUÇÃO DO OBJETO DE ESTUDO	16
1.1	O despertar do tema	16
1.2	Aproximação com o objeto de estudo	17
1.2.1	Cuidado e humanização das práticas de saúde	19
1.2.2	A construção da clínica na perspectiva do cuidado	22
1.2.3	Linha de cuidado na atenção à saúde em serviço especializado	25
1.2.4	Tecnologia da relação e sua interface com a qualidade da atenção	26
1.2.5	Aspectos do adoecimento e sofrimento psíquico	30
2	OBJETIVOS	40
2.1	Geral	40
2.2	Específicos	40
3	BASE TEÓRICA: REPRESENTAÇÕES SOCIAIS NA ABORDAGEM PSICOSSOCIAL	41
		50
4	METODOLOGIA	
4.1	Natureza e tipo de estudo	50
4.2	Campo de pesquisa	52
4.3	População alvo e amostragem	53
4.4	Instrumentos e técnicas de coleta de dados	54

4.5	Método de análise e interpretação dos dados da entrevista	56
4.5.1	Teste de associação livre de palavras	56
4.5.2	Técnica de análise de conteúdo categorial temática	58
4.5.3	Parâmetros éticos da pesquisa	59
5	ELABORAÇÃO DAS REPRESENTAÇÕES SOCIAIS: RESULTADOS	61
5.1	Características da população estudada	61
5.1.1	Usuários atendidos e profissionais que trabalham nas clínicas	61
5.1.2	Usuários e profissionais de saúde que participaram da pesquisa qualitativa	65
5.2	Representações sociais da qualidade da atenção nos ambulatórios clínicos: evocações dos usuários e profissionais	66
5.2.1	Representações sociais do adoecimento vivenciado pelos usuários antes e durante o tratamento	69
5.2.2	Representações sociais da intervenção profissional para amenizar o adoecimento dos usuários	74
5.2.3	Representações sociais da relação do adoecimento com o cotidiano dos usuários	81
5.2.4	Representações sociais do atendimento médico e a dinâmica do tratamento	86
5.2.5	Representações sociais do atendimento no ambulatório de cardiologia e gastroenterologia: significações dos usuários e dos profissionais	92
5.3	Análise fatorial de correspondência: evocações elaboradas por usuários e profissionais de saúde	99
6	CONSIDERAÇÕES FINAIS	111
	REFERÊNCIAS	115
	APÊNDICES	125
	ANEXOS	147

## **1 O DESPERTAR DO TEMA E A CONSTRUÇÃO DO OBJETO DE ESTUDO**

Constata-se uma intensa procura pelo atendimento nos serviços de atenção a saúde, à medida que os usuários manifestam o processo de adoecimento revelado por sintomatologias psicossomáticas. Esses usuários percorrem os diversos ambientes de cuidado a saúde a procura de atenção especializada, destacando as clínicas da cardiologia e gastroenterologia, objeto de intervenção deste trabalho.

Este capítulo abordará o despertar do tema, destacando a experiência profissional da autora no ambiente de um hospital universitário público; além de apresentar a aproximação com o objeto de estudo, englobando o cuidado e a humanização das práticas de saúde; a construção e a avaliação da clínica na perspectiva do cuidado; linha de cuidado: o desafio das práticas na atenção especializada; tecnologia da relação e sua interface com a qualidade da atenção e os aspectos do adoecimento e sofrimento psíquico.

### **1.1 O despertar do tema**

O interesse da autora para estudar as representações sociais dos usuários e profissionais de saúde, concernente a qualidade da atenção no processo de atendimento em ambulatórios clínicos, emergiu durante a sua trajetória profissional, como integrante da equipe do Serviço Social do Hospital Universitário Walter Cantídio (HUWC) da Universidade Federal do Ceará(UFC), em que desenvolve uma prática sócio-educativa para atender os usuários dos ambulatórios clínicos, compondo a equipe de transplante cardíaco, clínica medica III e do ambulatório de saúde mental.

A configuração do direito das pessoas de acesso a ações e serviços de saúde implica em definir o conceito de saúde, uma vez que os sentidos atribuídos à saúde são social e historicamente construídos. Segundo a Constituição brasileira de 1988, o direito à saúde deve ser garantido pelo Estado “ mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação.”(Art. 196). (BRASIL, 2006).

O trabalho do assistente social no hospital consiste em compreender o ser humano em suas dimensões psicossociais, buscando desenvolver uma intervenção social de apoio, empatia e resolutividade ou encaminhamentos em relação aos sofrimentos e sentimentos dos usuários. Ressalta-se que o adoecer vem acompanhado pela perda momentânea de alguns papéis, pois o paciente depara com uma nova realidade, no qual vivencia sua dor psíquica e sua perda de autonomia e independência.

Este estudo tem como cenário de intervenção um hospital universitário público, que integra a rede de estabelecimento de saúde do Sistema Único de Saúde, cuja missão institucional visa desenvolver e promover o ensino, a pesquisa e a atenção terciária e quaternária à saúde, com responsabilidade social, integrando ao modelo de saúde vigente. Nesse contexto, como técnica inserida na atenção aos usuários, a autora deste trabalho interessou-se em estudar as representações sociais dos usuários e dos profissionais de saúde em relação ao atendimento nos ambulatórios clínicos da gastroenterologia e cardiologia.

## **1.2 Construção do objeto de estudo**

Nos serviços de atenção a saúde, observa-se o crescimento de demanda pelo atendimento nas clínicas, com manifestação de sintomas físicos, sem um diagnóstico constatável. São usuários que expressam o adoecimento por meio de sintomas psicossomático, os quais, antes de procurar um profissional da saúde mental, realizam uma trajetória nos diversos ambientes de cuidado a saúde, cuja intervenção profissional norteia-se pela hegemonia de um modelo biomédico. Esses usuários revelam sua dor, em qualquer parte do corpo, no entanto, as queixas principais estão centralizadas no órgão do coração e do aparelho gástrico e se confundem com doenças relacionadas à clínica cardiológica e da gastroenterologia. As doenças cardíacas e gástricas são reais e com certeza os problemas psicossociais agravam ou exacerbam os sintomas. É imprescindível ter o diagnóstico diferencial, para que o portador de uma dessas doenças, não venha a se agravar por falta de terapêutica adequada.



Na dimensão conceitual, o sofrimento e a dor não se confundem; embora, sua distinção não seja facilmente percebida. Nesse prisma, considera-se que há um estreito e tênue limite entre os dois termos, que estaria relacionado com um esgarçamento etimológico e semântico, como assinala Marquez (1994). Com arrimo na visão dicotômica, o sofrimento está associado ao psíquico, enquanto a dor, geralmente relaciona-se a algo localizado no corpo.

Consoante postula Ricouer (1994), a dor revela duas dimensões: a física e a mental. A dor do corpo pode não doer tanto, quanto a dor da alma; porém, qualquer que sejam a denominação e a localização dessa dimensão humana, no físico ou na alma; percebe-se a existência de uma diferença no plano da linguagem, uma vez que a dor norteia-se por um solipsismo que assinala a prevalência da realidade imaginária do eu, não implicando a esfera da alteridade, reflexividade e linguagem, como acontece no sofrimento.

Freud (1997) postula que o sofrimento afeta o ser humano, compreendendo três aspectos. O primeiro relaciona-se com a decrepitude do corpo, o envelhecimento e as doenças. O segundo procede do mundo externo e das destruições advindas da natureza. E o terceiro surge em função das relações entre os homens. Consoante Brant (2001), o sofrimento não tem uma manifestação única para todos os indivíduos. O que é sofrimento para um, não é, necessariamente para outro, quando submetidos às mesmas condições ambientais adversas. E, aquilo que é sofrimento para alguém, pode ser prazer para outro e vice-versa. Assim, essa condição básica do ser no mundo não pode ser definida apenas com base no acontecimento. O sofrimento depende da significação que assume no tempo e no espaço, bem como no corpo que ele toca, produzindo algo "além do princípio do prazer".

Perestrello (1989) preconiza que as dificuldades em perceber os indicativos de sofrimentos não estão apenas nos pacientes, mas, também, nos médicos. Reconhece que se os médicos adquirissem a capacidade de autoconhecimento, desenvolveriam a empatia, redundando numa compreensão do outro e no manejo adequado dos pacientes.

Camon (2000) assinala que o ser humano é uma unidade dinâmica de corpo, mente e ambiente, constituindo-se numa dimensão psicossomática, revelando a capacidade de estabelecer relações e enfrentar as transformações do mundo

interior e exterior. Nesse prisma, o processo de adoecimento pode ser proveniente da qualidade das interações dos aspectos biológicos, psicológicos e sociais.

O homem sofre ao perceber a sua finitude; o que faz do sofrimento uma dimensão não apenas psicológica, mas, sobretudo, existencial. Abordar a dimensão do tempo exige também focalizar a memória, haja vista que a memória do sofrimento é o elemento capaz de implicar o ser na preservação da vida; constituindo-se uma importante função do sofrimento na construção do sujeito.

O adoecimento pode ser considerado como uma forma do corpo manifestar a dimensão do sofrimento psíquico. Miranda e Lobato (2007) postulam que os sintomas são sinais de alerta que o corpo produz, na expectativa de que este corpo-pessoa busque soluções criativas que lhe permitam auto-regulação do organismo.

White, Williams e Greenberg (1961) consideram que o sofrimento está presente em 75% das pessoas adultas e sadias, as quais manifestam algum tipo de dor ou de mal-estar. Essa realidade demonstra que, em condições normais, o ser humano pode apresentar queixa sobre si mesmo, não se configurando, portanto, em transtorno psiquiátrico. Destarte, quando a pessoa manifesta uma queixa, estando cônica de que o processo de adoecimento provém de uma causa orgânica; e, dessa forma, busca a clínica médica para elucidar o diagnóstico e iniciar o tratamento, deve-se acolher essa queixa, uma vez que pode desencadear sintomas físicos graves correlatos à queixa inicial, sem apresentar sinais clínicos.

Considerando a importância do cuidado nos serviços de saúde, será enfocada a humanização das práticas de saúde, como uma política que norteia o Sistema Único de Saúde (SUS).

### **1.2.1 Cuidado e humanização das práticas de saúde**

A humanização da atenção à saúde tem se mostrado objeto de debates na saúde coletiva brasileira nos últimos anos. O Ministério da Saúde tem investido na melhoria da gestão hospitalar e do atendimento oferecido à população, procurando contribuir para a construção de uma cultura de atendimento humanizado. Desde 2000, o Ministério da Saúde assume o tema humanização a partir da regulamentação do Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar (PNHAH). (BRASIL, 2002).

Convém ressaltar que a humanização é considerada como uma política transversal a nortear todos os programas e formas de atendimento do sistema. Deslandes(2004), ao analisar o texto oficial sobre humanização, destaca o reconhecimento da alteridade, da capacidade de oferecer atendimento com qualidade. A humanização é percebida como melhoria das condições de trabalho do cuidador e da ampliação do processo de comunicação, como condição básica à humanização. Reconhece que há uma estreita relação entre os conceitos de humanização, acolhimento e vínculo. No entanto, deve-se estabelecer uma distinção. A humanização é uma estratégia política e gerencial mais abrangente, que contém as possibilidades do acolhimento e o vínculo, como dispositivos práticos ligados à formas de cuidado social e individual.

Ressalta-se que Ayres (2005, p.550) conceitua humanização da atenção à saúde como “ um compromisso das tecnociências da saúde, em seus meios e fins, com a realização de valores contra faticamente relacionados à felicidade humana e democraticamente validados como bem comum”.

Consoante preconiza Ayres (2001), a noção de “projeto de felicidade”, caracteriza o ideal defendido como horizonte normativo para práticas humanizadas, remetendo a experiências vividas, valoradas positivamente, condições ou situações que se pretende obter ou manter e que, entendidas como saúde, independem de um “estado de completo” bem- estar ou de perfeita normalidade morfofuncional.

Ayres(2006, p.55) define cuidado como “um construto filosófico, uma categoria com a qual se quer designar simultaneamente uma compreensão filosófica e uma atitude prática diante do sentido que as ações de saúde adquirem nas diversas situações em que se as reclama”. O autor assinala a importância do cuidar nas práticas de saúde, principalmente, quando há o

[...] desenvolvimento de atitudes e espaços de genuíno encontro intersubjetivo, de exercício de uma sabedoria prática para a saúde, apoiados na tecnologia, mas sem deixar resumir-se a ela a ação em saúde. Mais que tratar de um objeto, a intervenção técnica se articula verdadeiramente com um cuidar quando o sentido da intervenção passa a ser não apenas o alcance de um estado de saúde visado de antemão, nem somente a aplicação mecânica das tecnologias disponíveis para alcançar este estado, mas o exame da relação entre finalidades e meio, e seu sentido prático para o paciente. (AYRES,2006, p.55).

A estrutura do fazer em saúde também se reconstrói quando o norte é a humanização. Ayres (2004) aborda três aspectos práticos essenciais para que ocorra a transformação das ações de saúde na direção da humanização. a) criar

espaço para o diálogo- refere-se ao encontro entre usuários e profissionais, no qual há um autêntico interesse em ouvir o outro, rompendo o monólogo próprio à discursividade tecnocientífica; b) assumir e compartilhar responsabilidade- cada profissional de saúde deve se interrogar acerca do por que, como e quando se responsabilizam em relação aos projetos de felicidade dos usuários, questionando o quanto esses sujeitos são partícipes desses compromissos; c) reconstruir identidades- refere-se a reconstrução contínua de identidades no e pelo cuidado, tanto do ponto de vista existencial como das práticas de saúde.

O movimento de reformas no sistema de saúde brasileiro gerou a incorporação de princípios e diretrizes na Constituição brasileira de 1988 e na legislação infraconstitucional, com a qual constituíram a fundamentação legal do Sistema Único de Saúde (SUS). Esse processo de reforma redundou em mudanças no sistema nacional de saúde, com arrimo em um conjunto de elementos de natureza doutrinária e organizacional. A Norma Operacional Básica nº 01/93 preconiza que:

A expressão “único” de que falam a Constituição e a Lei nº 8.080 deve ser entendida como um conjunto de elementos de natureza doutrinária ou organizacional, comuns aos diversos modelos ou sistemas de saúde existentes ou que possam vir a existir. Do ponto de vista doutrinário, estaria englobando a universidade, a equidade, a integralidade, e, do ponto de vista organizacional, a descentralização, a regionalização e o controle social (BRASIL, 1993).

Considerando os postulados apresentados na Norma Operacional Básica nº 01/93, percebe-se que o desenho das mudanças pretendidas relaciona-se a implantação de novos arranjos institucionais, com base na realidade e nas potencialidades locais.

A Constituição brasileira de 1988 preconiza que o direito à saúde deve ser garantido pelo Estado, mediante políticas sociais e econômicas. O conceito ampliado de saúde suscita ao sistema de saúde o repensar de dois aspectos: a necessidade de produção de tecnologias específicas para a organização da gestão do sistema de saúde, englobando práticas de avaliação que sejam ferramentas de gestão e a organização da atenção à saúde.

Com base na leitura foucaultiana, pesquisadores brasileiros tem focado a humanização, como uma dimensão de política pública e sobre sua relação com o Estado. Howard(1975) propõe um modelo que define a humanização, com base em oito condições essenciais, as quais englobam as seguintes dimensões: a)

ideológica- salienta como base para a prática de cuidado o intrínseco valor da vida, a insubstituibilidade de cada ser humano e as pessoas consideradas em sua integralidade; b) a estrutura das interações paciente-cuidador- refere-se à liberdade de ação, ao *status* de igualdade e ao compartilhamento na tomada de decisões; c) psicológica- diz respeito a empatia e o afeto. A empatia, um dos componentes humanizadores do cuidado, teria como base a identificação do profissional com os problemas dos pacientes; enquanto o afeto alude ao envolvimento emocional.

É de fundamental importância compreender como se processa a construção da clínica na perspectiva do cuidado, uma vez que a política de humanização reconhece o valor de uma prática profissional norteada por princípios do cuidado e de ações avaliativas dos serviços de saúde.

### **1.2.2 A construção da clínica na perspectiva do cuidado**

O Ministério da Saúde (MS) vem promovendo um movimento de institucionalização da avaliação da política de saúde e dos serviços. A integralidade como diretriz do SUS tem despertado o debate na tentativa de transformá-la em conceito operacional que norteie à avaliação dos progressos assistenciais do sistema de saúde (SILVA JUNIOR; MASCARENHAS, 2004). Os sentidos da integralidade que norteia a literatura internacional revelam atributos como acesso, capacidade dos profissionais de perceber os usuários em suas dimensões biopsicossociais, articulação da equipe multiprofissional nos serviços que compreendam desde a promoção da saúde à reabilitação social. (SILVA JUNIOR et al., 2006).

Conill (2004) identificou experiências internacionais e nacionais norteadas pelos princípios da integralidade em avaliação de sistemas e/ou serviços de saúde. No Brasil, as práticas de avaliação utilizam o conceito de integralidade com o sentido de oferta de ações articuladas de promoção, proteção, recuperação e reabilitação (ORTIGA, 1999; CONILL, 2002). As noções de acesso, vínculo e continuidade das ações emerge em algumas dessas experiências.

Consoante apregoam Pinheiro, Ferla e Silva Junior(2004), assumir a integralidade como eixo de uma política de saúde significa implantar inovações no cotidiano dos serviços de saúde e nas relações entre os níveis de gestão do SUS. Essas inovações são construídas com permanentes interações dos sujeitos nos e

entre os serviços de saúde, norteada pelos valores emancipatórios. Ayres (2001) assinala que os serviços de saúde são compreendidos como espaços públicos onde vivem sujeitos coletivos, com capacidade de agir político, compartilhado e sociabilizado.

Preconizam Silva Junior et al. (2006) que a integralidade como orientação política, é indissociável da universalidade e da equidade, sendo operacionalizada, no cotidiano, em práticas de gestão, de cuidado e de controle pela sociedade. Postulam que essas práticas estão relacionadas com a dimensão dialógica, ao assinalar que

Práticas estas que produzam espaços de diálogo entre os vários atores que interagem nos serviços, desenvolvam melhor percepção das necessidades de usuários e trabalhadores da saúde, medeiem negociação e pactuação de ações articuladas de cuidado em diferentes níveis de atenção. (SILVA JUNIOR et al., 2006, p. 65).

Consoante postulam Pinheiro, Ferla e Silva Junior (2004), o cuidado nessa abordagem é compreendido como uma ação integral, que tem significados e sentidos voltados para a compreensão da saúde como o direito de ser. Merhy (2002) assinala que a ação integral é expressa em atitudes que envolva o tratamento respeitoso, com qualidade, acolhimento e vínculo. O cuidado traz um sentido de escolha ética e política das tecnologias a serem implementadas na resolução dos problemas de saúde.

Objetivando avaliar as práticas de cuidado, Silva Junior e Mascarenhas (2004) propuseram a compreensão de integralidade pelos conceitos de acolhimento, vínculo-responsabilidade e qualidade da atenção à saúde. Acolhimento abrange as noções de acesso, referência, capacidade de escuta e percepção das demandas e seus contextos biopsicossociais, a discriminação de riscos e a coordenação de um trabalho de equipes multiprofissionais, e um dispositivo de gestão para ordenamento dos serviços oferecidos. O vínculo e a responsabilização abrangem a noção de longitudinalidade e de referências terapêuticas e a responsabilidade do profissional ou da equipe em articular ações e encaminhamentos aos outros recursos para resolução dos problemas de saúde. A qualidade da atenção à saúde alude à relação humanizada entre a equipe e os usuários, numa dimensão de cidadania e respeito mútuo.

No campo dos saberes sobre avaliação dos serviços de saúde, destacam-se diversos conceitos que elucidam a operacionalização da prática avaliativa, com sua fundamentação científica. Considerando que a avaliação constitui realidade nos

diversos campos do espaço social, Contandriopoulos et al.(1997) preconizam a idéia de que a avaliação pode ser compreendida como um julgamento sobre uma intervenção ou sobre qualquer dos seus componentes, visando contribuir na tomada de decisões.

Para Silva (2005), a avaliação toma por objeto desde as práticas do cotidiano até aquelas relacionadas com o trabalho, nos seus diversos âmbitos, o que envolve as intervenções sociais planejadas. A avaliação das práticas cotidianas refere-se a um julgamento que se faz com base em noções provenientes do “senso comum”, utilizando técnicas não sistemáticas de observação; enquanto que a pesquisa avaliativa relaciona-se ao julgamento das práticas sociais, utilizando metodologias científicas. As práticas que têm sido objeto de avaliação são aquelas resultantes da ação social planejada, compreendendo políticas, programas e serviços de saúde.

No campo da saúde, torna-se essencial a permanente avaliação das intervenções realizadas. Barreto (1998) argumenta que, em virtude do crescimento exponencial da produção de novas tecnologias voltadas para o cuidado, as quais podem gerar efeitos indesejáveis e altos custos, torna-se imperiosa o desenvolvimento de metodologia de investigação dos serviços de saúde. São vários os desafios conceituais para a realização de uma avaliação. Vieira-da-Silva e Formigli (1994) assinalam que o primeiro desafio é o objeto da avaliação em saúde- as ações e práticas de saúde, que têm natureza social e histórica. Na perspectiva de Serapione(1999), o segundo desafio é a dimensão subjetiva do processo de avaliação. Usuários dos serviços, representantes da população, profissionais de saúde e gestores dos serviços têm percepções diferentes em relação aos serviços de saúde, por isso, consideram dimensões divergentes quando avaliam a qualidade das ações de saúde, priorizando aspectos relacionados a sua realidade.

Viana, Farias e Pacífico (2006) identificaram novas práticas de avaliação, cujo foco é criar um processo contínuo de interação entre avaliadores, pesquisadores e decisores, de forma a gerar processos contínuos de negociação que apoem a gestão em redes. Os autores argumentam que a avaliação, nessa proposta, apresenta as seguintes características:

Como um processo social e político; como um processo de aprendizado para os atores participantes. Como método para identificar como cada grupo específico apreende a realidade e constroem objetivos; e, finalmente, como um processo, no qual diferentes objetivos são confrontados num processo

de negociação, em que o investigador se configura como mediador. Observe-se que no método proposto a própria realidade social configura processo de negociação. (VIANA; FARIAS; PACÍFICO, 2006, p. 146).

O conceito de redes sociais, sob o prisma da sociologia relacional, enfatiza a dimensão explicativa e compreensiva dos fenômenos sociais, focando mais a concepção das relações sociais, e menos as categorias sociais ou atributos. Corroborando essa assertiva, Marques (2003) exprime que dados de atributo referem-se às qualidades de indivíduos ou grupos, enquanto dados relacionais compreendem contatos, vínculos e conexões que relacionam agentes entre si, e não podem ser reduzidos às propriedades dos agentes individuais.

É de suma relevância focar o modelo de atenção a saúde baseado na linha de cuidado da atenção especializada, constituindo-se um desafio para os serviços de saúde do Sistema Único de Saúde.

### **1.2.3 Linha de cuidado na atenção à saúde em serviço especializado**

Convém abordar a proposta de linha de cuidado relacionada a uma perspectiva de organização da gestão e da atenção em saúde, considerando como base o conceito de integralidade na sua tradução em práticas cuidadoras. Essa proposta deve contribuir para a consolidação de uma organização da gestão setorial e das práticas assistenciais capaz de responder por uma concepção de saúde não centrada somente no tratamento das doenças, mas na inclusão de pessoas em uma rede de práticas cuidadoras em saúde e de afirmação da vida (CECCIM; FERLA, 2006).

A produção do cuidado, na perspectiva de Merhy(2002), e a afirmação da vida, na compreensão de Ceccim(1997) revelam um processo de desenvolvimento de ações e de serviços de saúde implicados com a construção das respostas às demandas apresentadas pelos usuários, expressos em dores, angústias, sofrimentos. Como respostas, há necessidade de que, não apenas se produzam consultas, atendimentos e procedimentos, mas que esses processos sejam capazes de produzir, além da terapêutica, conhecimentos e sensações de cuidado, assim como autonomia e desejo de vida em cada usuário (CECCIM, 2004; FERLA, 2004).

Na perspectiva da linha de cuidado, torna-se essencial que os profissionais de saúde construam uma relação com os usuários, na expectativa de conhecê-los



nas seguintes dimensões: suas condições de vida e de trabalho; as concepções acerca da saúde, da doença; as concepções de escuta, tratamento, cura e cuidado; seus hábitos e as providências quando adoecem e o que fazem para evitar adoecimento (CAMARGO JUNIOR, 2005). Com arrimo nesses conhecimentos, o profissional poderá enveredar pelas linhas de cuidado, uma vez que as linhas intensificam projetos terapêuticos individuais e não simples encaminhamentos de menor à maior tecnicidade da atenção.

A organização da atenção e de uma rede de serviços em linha de cuidado traz mudanças para os gestores, trabalhadores e usuários, uma vez que requer o conhecimento dos fatores que condicionam e/ou determinam os estados de saúde e os recursos existentes para sua prevenção, promoção e recuperação, buscando ações que fortaleçam a afirmação da vida, o cuidado de si e as conexões em redes sociais.(FRANCO; MAGALHÃES JUNIOR, 2003).

Para a implantação de um serviço de saúde na dimensão da linha de cuidado, torna-se essencial que sejam planejados fluxos que produzam ações resolutivas das equipes de saúde, cuja abordagem esteja centrada nos usuários, numa perspectiva de acolhimento e encaminhamento para uma rede cuidadora, no qual o usuário, mediante um acesso que lhe dê inclusão, conheça a estrutura do serviço e da rede assistencial e, a partir de sua vivência, possa intervir em seu andamento (FRANCO; MAGALHÃES JUNIOR, 2003).

Constituída em consonância com os usuários, uma linha de cuidado será capaz de organizar estratégias de acolhimento em todos os serviços da rede, tendo como pressuposto sua extensão à intersectorialidade e a resolutividade, instigando o surgimento de laços de confiança entre os serviços, gestão setorial, instância de controle social e redes sociais, essenciais para melhorar a qualidade e a resolutividade das ações de saúde (FERLA, 2004).

Nessa perspectiva, Ceccim et al. (2002) preconizam que os profissionais de saúde devem instigar a formação de alianças, seja no interior do próprio sistema de saúde, construindo uma rede de matriciamento e apoio interserviços, seja nas ações desenvolvidas com as demais áreas de políticas públicas(intersetorialidade) e, ainda, junto às redes sociais.

Torna-se primordial que as linhas de cuidado que norteiam as ações de saúde estejam fundamentadas em tecnologias da relação, cujo princípio baseia-se no diálogo e na construção dos vínculos entre usuários e profissionais.

#### 1.2.4 Tecnologia da relação e sua interface com a qualidade da atenção

Merhy et al.(2002) preconizam os fundamentos que norteiam a questão da tecnologia em saúde, reconhecendo que, ao se referir em tecnologia, deve ter como referência a temática do trabalho, expresso pela ação intencional sobre o mundo na busca da produção de “coisas” (bens/produtos), que satisfaçam necessidades. A ação intencional do trabalho realiza-se em um processo, no qual o trabalho vivo em ato, possuindo de modo interessado instrumento para a ação “ captura” um “objeto/natureza” para produzir bens/produtos. Os autores declaram que:

O trabalho em saúde não pode ser globalmente capturado pela lógica do trabalho morto, expresso nos equipamentos e nos saberes tecnológicos estruturados, pois o seu objeto não é plenamente estruturado e suas tecnologias de ação mais estratégicas se configuram em processos de intervenção em ato, operando como tecnologia de relações, de encontros de subjetividades, para além dos saberes tecnológicos estruturados (MERHY et al., 2002, p. 120).

Conforme Merhy et al. (2002), as tecnologias que norteiam o trabalho em saúde são classificadas em três aspectos: leve (tecnologias de relações do tipo produção de vínculos, autonomização, acolhimento, gestão como uma forma de governar processos de trabalho), leve-dura ( saberes bem estruturados que operam no processo de trabalho em saúde, como a clínica médica, a epidemiologia) e dura (equipamentos tecnológicos e estruturas organizacionais). Os autores assinalam que:

A efetivação da tecnologia leve do trabalho vivo em ato na saúde, se expressa como processos de produção de relações interseçoras em uma de suas dimensões-chave, que é o seu encontro com usuário final, que “representa”, em última instância, necessidades de saúde, como sua intencionalidade, e, portanto, aquele que pode com seu interesse particular “publicizar” as distintas intencionalidades dos vários agentes em cena do trabalho em saúde. (MERHY et al., 2002, p. 122).

Deve-se criar analisadores institucionais sobre o espaço interseçor em saúde, que permitam interrogar o modo como o trabalho vivo opera com as “tecnologias leves das relações” e como produz os “produtos da interseção”, que são considerados como “bens-relações” primordiais em saúde; e que permitem analisar o modo como o processo de gestão do trabalho se realiza.

Um dos principais aspectos da qualidade em saúde refere-se a adequada consonância de autonomia profissional com certo grau de responsabilidade para os trabalhadores. Autonomia requer liberdade; no entanto, para que o trabalho autônomo seja eficaz, pressupõe capacidade de responsabilizar-se pelos problemas de outros. A autonomia-responsável seria uma realidade no ambiente da saúde, quando houvesse envolvimento dos agentes com uma determinada tarefa. Os serviços deveriam se constituir em espaços onde os agentes de saúde pudessem reproduzir-se como sujeitos de sua própria existência. (CAMPOS, 2002).

Como introduzir o tema da Obra no trabalho parcelado das modernas instituições de saúde? Campos (2002) conceitua Obra, como o reconhecimento, tanto por parte do trabalhador como do cliente e da sociedade, do resultado do trabalho. Esta seria a primeira condição para se pensar em realização profissional dos trabalhadores de saúde. Reconhecendo a importância da responsabilidade dos profissionais da saúde, o autor assinala que:

Restaurar a ligação dos trabalhadores com a Obra implicaria estimular, ao mesmo tempo, a liberdade criadora e a delegação ampliada de responsabilidade aos profissionais. Neste sentido, em relação ao trabalho clínico, não haveria como valorizar-se a Obra sem um processo de trabalho que garantisse os maiores coeficientes de vínculos entre profissionais e pacientes. (CAMPOS, 2002, p.235).

Convém ressaltar que a recuperação da prática clínica assentada no vínculo é a maneira de se combinar autonomia e responsabilidade profissional, no qual cada profissional teria autonomia para a intervenção de mecanismos de cuidado necessário a cada situação. Com a organização do atendimento clínico, com base no princípio do vínculo, é possível um controle eficaz sobre o trabalho descentralizado dos trabalhadores da saúde. A ligação entre profissional e paciente permitira que o último exercesse seus direitos de cidadania. (CAMPOS,2002).

O atendimento à saúde dos usuários deve ser realizado, visando a construção de vínculos, reconhecendo que ambos, quem presta o serviço e quem recebe são pessoas, cidadãos, potencialmente capazes de compartilhar de um conjunto de valores éticos, considerando os ideais de bem-comum, de justiça e da necessidade de se praticar ações úteis e produtivas.

O profissional da saúde deve constituir-se como sujeito. Conforme L'Abbate(1994), sujeito compreende uma pessoa em busca de autonomia, disposta a abrir-se ao novo, ao desconhecido e, na perspectiva de ser alguém que vive numa

determinada sociedade, capaz de perceber seu papel numa dimensão pessoal, profissional e social frente aos desafios postos em cada contexto. Nesse prisma, projetos de capacitação devem ser construídos de modo a criar condições para permitir a formação de sujeitos autônomos e competentes. Rios(1993) postula que a competência significa saber fazer bem, compreendendo a dimensão técnica e a política, no qual a ética exerce a função de mediadora entre essas duas dimensões. Torna-se necessário articular a idéia de responsabilidade à de liberdade, conceito que representa o eixo central da reflexão ética.

Consoante Mascarenhas (2003), alguns conceitos como acolhimento, vínculo-responsabilidade e qualidade da atenção se articulam na construção dos processos de trabalho e dos modelos tecnoassistenciais. Essa concepção permite operacionalizar a avaliação dos programas e serviços de saúde. Acolhimento é conceituado por Silva Junior (2001, p.91), como:

Tratar humanizadamente toda a demanda; dar respostas aos demandantes, individuais ou coletivos; discriminar riscos, as urgências e emergências, encaminhando os casos às opções de tecnologias de intervenção; gerar informação que possibilite a leitura e interpretação dos problemas e a oferta de novas opções tecnológicas de intervenção; pensar a possibilidade de construção de projetos terapêuticos individuais.

Refletindo sobre o acolhimento, pode-se assinalar que é uma das ferramentas que gera mudanças da forma como se organizam os serviços de saúde, de como os saberes vêm sendo utilizados para a melhoria da qualidade das ações de saúde.

Silva Junior (2001) considera que o acolhimento apresenta três dimensões: a) como postura, pressupõe a atitude, por parte dos profissionais e da equipe da saúde, de receber, escutar e tratar humanizadamente os usuários e suas demandas; construindo, dessa forma, uma relação de mútuo interesse, confiança e apoio entre profissionais e os usuários; b) como técnica, instrumentaliza a geração de procedimentos e ações organizadas. Tais ações facilitam o atendimento na escuta, na análise e na oferta acordada de soluções; c) como organização de serviços, representa um projeto institucional que orienta o trabalho realizado pelo conjunto dos agentes e a política de gerenciamento dos trabalhadores e da equipe.

Outra dimensão essencial da atenção integral, que contribui para qualificar o atendimento, é o vínculo, definido como:

O profissional de saúde ter relações claras e próximas com o usuário, integrando-se com a comunidade em seu território, no serviço, no consultório, nos grupos e se tornar referências para o paciente, individual ou coletivo, que possa servir à construção de autonomia do usuário (MERHY, 1997, p.138).

Conforme assinala Merhy(1997), o vínculo abrange três dimensões: a) afetividade, refere-se a disponibilidade do profissional de saúde em desempenhar suas atividades revestido de afeto, ampliando também para o paciente; b) relação terapêutica, tomada em um sentido específico, relacionado como ato de dar atenção; c) continuidade, fortalece o mútuo conhecimento e a confiança entre profissional e paciente. O autor acrescenta que o vínculo implica responsabilização, que é o profissional assumir responsabilidade pela condução da proposta terapêutica, dentro de uma determinada possibilidade de intervenção.

Convém compreender que todas as ações voltadas para o cuidado têm como foco a pessoa humana, usuária do serviço de saúde pública, cuja trajetória existencial revela muitas vezes momentos de perdas e dores, afetando sua vida e gerando processos de adoecimento e sofrimento psíquico.

### **1.2.5 Aspectos do adoecimento e sofrimento psíquico**

A Organização Mundial de Saúde (OMS) preconiza que os países em desenvolvimento apresentarão um aumento expressivo de doença atribuível a problemas mentais nas próximas décadas. Projeções para o ano de 2020 indicam que os problemas mentais serão responsáveis por 15% de DALYs (Anos de Vida Perdidos por Morte Prematura Ajustados por Incapacidade). Dos países em desenvolvimento que possuem orçamento específico destinado a políticas de saúde mental, cerca de 37% gastam menos de 1% do orçamento do setor saúde com programas voltados à reabilitação psicossocial. O Brasil apresenta o modelo de atenção em saúde mental, com a migração de modelos basicamente hospitalocêntricos para redes de serviços comunitários.

Dentre as recomendações da OMS para a organização de redes de atenção psicossocial, destaca-se a oferta de tratamento na atenção primária e a organização de ações em saúde mental no contexto comunitário. Segundo Onocko-Campos e Furtado (2006), no Brasil a prevalência de transtornos mentais severos e

persistentes é de cerca de 6%, enquanto a de problemas relacionados ao abuso de substâncias psicoativas é de 3%. Nos últimos anos, tem sido observada uma inversão do padrão de gastos do orçamento do SUS em saúde mental, privilegiando-se os gastos com a rede substitutiva de atenção psicossocial em detrimento da rede de hospitais psiquiátricos.

O processo de reforma psiquiátrica no Brasil tem possibilitado o surgimento de experiências inovadoras e bem-sucedidas oriundas da interação entre saúde mental e atenção básica. As experiências de capilarização e a interiorização das ações de saúde pública, por meio da Estratégia Saúde da Família (ESF), são expressivas, no sentido de demonstrar a potencialidade da incursão de políticas especiais nesse cenário, como é o caso da inclusão de ações de saúde mental na ESF. Brêda et al. (2005) apontam para algumas dessas potencialidades: fortalecimento do processo de mudança do modelo médico-privatista, ampliação do controle social, resgate do vínculo entre profissionais de saúde e os usuários do sistema e redução do uso indiscriminado de alta tecnologia na atenção à saúde.

O sofrimento psíquico compreende um conjunto de mal-estar vivenciado pelo ser humano, reconhecendo as dificuldades de conviver com a multiplicidade contraditória de significados, multiplicidade esta oriunda das contradições agudas ou crônicas entre consciência/objetividade e das heterogeneidades reais do mundo objetivo. (SAMPAIO; MESSIAS, 2002, p. 151).

Culturalmente, a idéia de sofrimento está relacionada a situações de perdas, doenças, conflitos interpessoais e dificuldades financeiras. Considerando os diferentes sentidos, a categoria sofrimento se aproxima do conceito elaborado por Levi-Strauss (1974), o qual denominou de "significante flutuante", revelando em seu bojo uma diversidade de significados. Para Birman (2006), a alteridade implicada no conceito de sofrimento é essencial como elemento de leitura para realçar novas formas de subjetivação. No ambiente do trabalho, o sofrimento revela sentidos que vão do medo da perda do emprego ao da designação para um novo cargo, da angústia diante das tarefas simples ou daquelas de alta complexidade.

Na era pós-industrial, a manifestação do sofrimento tornou-se um verdadeiro tabu, uma vez que pode ser considerada como a ausência de motivação, fraqueza de caráter ou desequilíbrio emocional. O processo de reestruturação organizacional exige que o sujeito se mantenha sem medo das transformações; e, sobretudo, expresse satisfação com a vida. Diante desses

imperativos, o sofrimento não pode ser reconhecido como tal, pois sua manifestação contraria a exaltação do eu diante das estratégias das organizações. As manifestações do sofrimento, em determinados espaços institucionais, passam por um processo de adoecimento; entendido como atribuição e introjeção da identidade de doente, independentemente da existência ou não de uma doença.

O processo de sofrimento psíquico não é linear: depende do contexto, da história de vida e do encadeamento dos eventos em uma situação concreta. O significado e a importância social do trabalho, a carga mental no trabalho, o conflito trabalho-família, são todas variáveis reconhecidas como importantes para determinar o nível de saúde mental do trabalhador.

Considera-se o sofrimento como uma reação às ameaças à existência humana, que podem surgir do próprio corpo, condenado à decadência e à dissolução; do mundo externo, que pode voltar-se contra comunidades inteiras com forças de destruição; e, por fim, dos relacionamentos com os outros homens. O sofrimento originário do conjunto das relações entre os sujeitos, na perspectiva psicanalítica, é mais penoso do que qualquer outro (FREUD, 1997).

Enquanto o sofrimento remete à concepção de reação e vontade de viver como fundamento da vida, o adoecimento é expressão de inércia contra a vontade afirmativa de transformação. Denomina-se como adoecimento, o processo de construção da identidade de doente a partir da manifestação do sofrimento, independentemente da presença ou ausência de doença. Pessoas que desconhecem ter uma doença não se sentem doentes, até que profissionais da saúde, munidos de informações clínicas e técnicas de laboratórios, dão-lhes um diagnóstico. A identidade de doente é um valor, histórica e social produzida.

Para Herzlich e Pierret (1987), é no século XIX que a figura do doente cristalizou-se, existencial e socialmente, assumindo a sua forma moderna e emergindo não apenas como um indivíduo, mas também como fenômeno social. Desde então, o doente passou a ser definido a partir do diagnóstico do médico. Ser doente ou não é fruto de uma interpretação, como assinala Nunes (1987), pois é realizada pela linguagem que possibilita não só objetivar a experiência cotidiana, mas também determinar a ordem através da qual os objetos ganham sentido e na qual a vida cotidiana ganha um significado. Portanto, ser nomeado, como doente, constituem identificações atribuídas socialmente, situadas nos domínios culturais e sociológicos, e não apenas no âmbito da clínica.

O trabalho humano reveste-se de uma dimensão significativa para a vida das pessoas, podendo também desencadear sofrimento psíquico. A herança genética, os aspectos orgânicos e/ou a história familiar e afetiva dos indivíduos foram sinalizados como fatores explicativos para o surgimento do sofrimento.

Convém salientar que o trabalho praticamente foi restringido ao labor, no qual Arendt (2001) considera como uma atividade vinculada à sobrevivência e que se perpetua na repetição dos gestos; uma atividade na qual o trabalhador não domina o processo e não detém o produto, sendo servo e não senhor da matéria que trabalha.

Borges e Argolo (2002, p. 272) assinalam que "saúde e doença mentais não são situações que permitam definir uma como ausência da outra." Mas, em geral, a clínica e a epidemiologia consideram critérios básicos para a classificação das doenças mentais "a presença de alterações, desintegração no funcionamento psíquico e a duração dessas alterações." No entanto, esse modelo de compreensão exclui situações em que há sofrimento psicológico sem que este possa ser definido como uma doença ou transtorno mental no sentido clássico.

No que diz respeito à saúde/doença mental, é preciso considerar que se trata de um processo que expressa determinadas condições da vida humana e também determinada capacidade dos indivíduos para o enfrentamento dos desafios, conflitos apresentados pela realidade na qual vivem. Com base nessa compreensão, sofrimento psíquico e doença mental podem ser tomados como processos qualitativamente. No primeiro caso, diz respeito a um conjunto de mal-estares que se caracteriza pela "dificuldade do sujeito em operar planos e definir sentidos para a vida, aliada a sentimento de impotência e vazio, o eu sendo experimentado como coisa alheia" (SAMPAIO; MESSIAS, 2002, p. 151). Os autores conceituam doença mental como:

modo de reapropriação individual, que revela o fracasso das tentativas de entender, superar, evitar ou tornar suportável os sofrimentos psíquicos, radicalizando o processo de alienação e fazendo o sujeito viver tensões sem expectativa de solução ou abolir aparentemente os pólos de tensão entre parte/todo, essência/aparência, indivíduo/sociedade, consciência/objetividade. (SAMPAIO; MESSIAS, 2002, p. 151)

Dejours (1992) propõe uma compreensão da relação entre trabalho e saúde mental, reconhecendo na história dos indivíduos como a principal razão do modo de expressão do sofrimento psíquico. O trabalho, nesse caso, define o



momento da expressão do sofrimento, mas não sua forma, que, por sua vez, resulta da estrutura psíquica característica do indivíduo. O autor assinala que o trabalho pode ser considerado pelo indivíduo como equilibrante ou fatigante. Será equilibrante se permitir a expressão do desejo do indivíduo e se, de fato, configurar-se como lugar de sublimação. Será fonte de sofrimento psíquico se o desejo precisar ser reprimido, por não encontrar ressonância naquilo que o indivíduo faz.

A abordagem teórico-metodológica, qualificada como epidemiológica e/ou diagnóstica, surge no Brasil no final da década de 1980, a partir da proposta desenvolvida por Codo e colaboradores (CODO; SORATTO; VASQUES-MENEZES, 2004; JACQUES, 2003; SAMPAIO; MESSIAS, 2002). A compreensão da relação entre trabalho e saúde mental parte das concepções de homem e de trabalho formuladas pelas teorias marxistas, bem como da consideração da epidemiologia enquanto

ciência social, prática, aplicada, que estuda distribuição, determinação e modos de expressão, para fins de planejamento, prevenção e produção do conhecimento, de qualquer elemento do processo saúde/doença, em relação a população qualificada nos elementos socioeconômico-culturais que a possam tornar estruturalmente heterogênea (SAMPALIO; MESSIAS, 2002, p. 146-147).

O que essa abordagem busca mostrar é que o trabalho, dependendo das condições e da maneira como é realizado, determina modos específicos de sofrimento psíquico. Ou seja, mais que definir o momento da emergência desse sofrimento, como defende Dejours (1992), o trabalho definiria seu conteúdo e sua forma.

Por incorporar a noção de experiência, da forma como foi proposta por Thompson (1981), deve-se considerar que os indivíduos são construtores de seu processo de vida, estando contextualizados histórica e culturalmente. Sendo assim, toda a história do trabalhador deve ser considerada relevante para a compreensão do sofrimento que ele possa apresentar. O que se argumenta é que o trabalho pode construir modos de sofrimento, à medida que ele é também constituinte fundamental da subjetividade dos indivíduos.

Codo, Soratto e Vasques-Menezes (2004, p. 279) preconizam a idéia de que "saúde mental é a capacidade de construir a si próprio e à espécie, produzindo e reproduzindo a si próprio e à espécie". Portanto, "distúrbio

psicológico, sofrimento psicológico ou doença mental são o rompimento dessa capacidade". Apesar de haver o reconhecimento de que a saúde mental está relacionada a aspectos da vida situados fora e dentro do trabalho, a dicotomia faz presente, quando se trata de discutir o sofrimento ou a doença mental. Por um lado, tenta-se pôr entre parênteses a história de vida que os indivíduos constroem antes (ou fora) do trabalho, na tentativa de encontrar o lugar do trabalho na constituição de seu sofrimento.

Nas doenças com manifestação basicamente orgânica, deve-se considerar além dos aspectos relacionados ao trabalho, também a história do trabalhador, concernente às suas condições de vida, à sua própria saúde e à de sua família etc. Embora se trate de uma patologia que atinge partes específicas do corpo, ela se manifesta por sintomas difíceis de serem detectados através dos sentidos táteis ou visuais, ou, ainda, por meio de exames complementares (BARROS; GUIMARÃES, 1999).

Se a singularidade dos indivíduos, suas histórias de vida, sua suscetibilidade ou predisposição devem ser consideradas na compreensão de processos de adoecimento de base e expressão orgânicas, a preocupação deveria ser semelhante no campo da saúde mental. Basaglia (1980, p. 79) advoga que a doença mental, como todas as doenças, expressa as

[...] contradições do nosso corpo, e dizendo corpo, digo corpo orgânico e social. É nesse sentido que direi que a doença, sendo uma contradição que se verifica no ambiente social, não é um produto apenas da sociedade, mas uma interação dos níveis nos quais nos compomos: biológico, sociológico, psicológico.

Para qualificar e compreender os modos de sofrimento psíquico relacionados ao trabalho (sejam eles configurados ou não como transtorno ou doença mental), é necessário, além de considerar a concretude da situação de trabalho, levar em conta os vários aspectos da história do trabalhador, bem como seu modo de significar os eventos marcantes da sua vida.

Busca-se a articulação das várias histórias que o trabalhador apresenta para abalizar a dimensão do seu sofrimento – tanto aquelas qualificadas como objetivas, que podem ser observadas, como também as que se entende como subjetivas, não se oferecendo à compreensão, por estarem relacionadas às representações e aos sentidos que o trabalhador lhes empresta.

Com base no princípio de que os sujeitos sofrem e manifestam seu sofrimento, em maior ou menor grau, de acordo com o uso que fazem do vocabulário disponível em sua época e da sua inserção social. As práticas lingüísticas produzem e reproduzem manifestações diversas do sofrimento. Existem várias maneiras de se experimentar e manifestá-lo: pela fala, sonhos, corpo, atos e pelo trabalho. Uma vez expresso, o sofrimento recebeu diferentes significações e destinos ao longo da história.

Para Freud (1920), o sofrimento é o estado de expectativa diante do perigo e da preparação para ele, ainda que seja um perigo desconhecido (angústia); ou medo quando ele é conhecido; ou susto quando o sujeito topa com um perigo sem estar preparado para enfrentá-lo. Portanto, o sofrimento se configura como uma reação, uma manifestação da insistência em viver em um ambiente que, na maioria das vezes, não lhe é favorável.

A transformação do sofrimento em adoecimento pode ser compreendida pelo longo percurso do "poder disciplinar" que foi aperfeiçoado como uma nova técnica de gestão dos homens. Ao se reportar ao século XIX, verifica-se, por meio das obras de Foucault (1998; 1979), o início da ruptura que se estabeleceu no saber médico e que transformou o sujeito em paciente. Com o advento da medicina científica, novas formas de conhecimento e práticas institucionais tornaram o paciente desvinculado do seu sofrimento. Nessa época, para conhecer a "verdade do fato patológico", o médico precisou abstrair o sujeito, pois a fala, idade, modos de vida perturbavam a identificação da doença, segundo o desenho nosográfico preestabelecido.

Um dos destinos da manifestação do sofrimento, a partir do século XIX, foi o hospital, que surgiu como um espaço de consolidação da identidade de doente, de assistência, segregação e exclusão (FOUCAULT, 1998; 1979). A hospitalização deu visibilidade ao paciente, reafirmando-o como doente na família, no trabalho e na comunidade. A partir da instituição do hospital, a residência deixaria de ser o lugar onde o sofrimento se manifestava. No hospital, a partir do olhar médico, pretendia-se reparar os excessos ou deficiências das práticas familiares em relação ao processo saúde-doença-cuidado. Introjetada a ordem médica, que desqualificava as práticas curativas familiares, cada vez mais a família se viu obrigada a solicitar atenção médica por se perceber impotente diante das manifestações do sofrimento que foram, imediatamente, representadas como sinais de doença.

O processo de adoecimento conduz como resultado final, à configuração da identidade de trabalhador-doente. Esse processo, entretanto, não acontece sem resistências dos atores sociais envolvidos. A insubordinação ao imperativo organizacional da transformação do sofrimento em adoecimento leva à instituição de uma grande diversidade de movimentos.

Nesse contexto, emergem os sofrimentos vivenciados pelos usuários no cenário dos ambulatorios, expressos pelos sentimentos como medo e ansiedade, produzidos, principalmente, pela espera no atendimento, e pela insegurança quanto ao diagnóstico e à cura. Foram reveladas por eles dificuldades quanto à realização do tratamento, os entraves provenientes das normas e rotinas do hospital, a dependência de transporte público, e a ruptura com o trabalho e a família, procedente do processo de adoecimento e do tratamento.

Justifica-se a relevância desta pesquisa, principalmente, por elucidar a política de humanização do Sistema Único de Saúde, buscando apreender como se dá no cotidiano das clínicas a qualidade da atenção. Este estudo concorre para ampliar o conhecimento da dinâmica de trabalho dos profissionais de saúde e da percepção dos usuários em relação a produção do cuidado.

Nesse prisma, este estudo constitui ferramenta essencial para os gestores, no sentido que podem fundamentar suas ações e estratégias, com base nos conhecimentos advindos das representações sociais dos profissionais e dos usuários acerca da qualidade da atenção, corroborando a implementação de mudanças internas nos processos de trabalho dos atores sociais.

Reconhece-se a magnitude da missão acadêmica e social do Hospital Universitário Walter Cantídio, como instância estratégica para desenvolver com qualidade e excelência o ensino, a pesquisa e a assistência em saúde, no âmbito hospitalar e ambulatorial. O alcance de suas ações visa atender os usuários procedentes de diversas camadas sociais, integrando-os à realidade social e cultural, o qual está inserido, contribuindo, dessa forma, para minimizar os sofrimentos decorrentes do seu processo de adoecimento, além de sinalizar caminhos para o seu crescimento integral.

Com o intuito de apreender as representações sociais dos pacientes e profissionais de saúde referente à qualidade da atenção nas clínicas, buscou-se embasamento na Teoria das Representações Sociais (TRS), de Moscovici, haja

vista que a teoria constitui fundamento para a construção de um conhecimento prático em um grupo de pertença na sua inserção social.

Convém salientar que o objeto desta pesquisa, referente às representações dos usuários e profissionais de saúde acerca da qualidade da atenção nas clínicas, revela articulação com a Teoria das Representações Sociais, uma vez que, consoante Jodelet (2001), as representações sociais norteiam as relações dos seres humanos com o mundo e com os seus pares, orientando e organizando os comportamentos e as comunicações sociais. Nesse prisma, os usuários procuram os serviços de saúde quando vivencia o processo de adoecimento, expressos em suas múltiplas formas, por meio de sintomas físicos e psicológicos, elaborando as representações sociais concernentes a qualidade de o atendimento expressa no cuidar dos profissionais de saúde.

Nessa perspectiva, considera-se de suma importância que os profissionais de saúde estejam envolvidos em suas atividades de promoção e reabilitação da saúde, contribuindo, dessa forma, para a concretude da qualidade de vida do ser humano, abrangendo a dimensão sócio-afetiva, e promover ações que visem desencadear a capacidade de autonomia de cada pessoa, enquanto sujeito, inserido em sua cultura, em busca de alcançar e conquistar seus ideais. O novo enfoque da epistemologia da saúde está voltado para a pessoa humana.

Diante dessas circunstâncias, Perestrello (1989, p. 22) assinala que, "neste sentido, doença é um alguém doente. O conceito de doente, portanto, não é apenas aplicado para quem é portador de uma doença, mas para quem claudicou na realização da própria vida". Urge que estudos busquem conhecer a essência do ser, em sua singularidade e humanidade, compreendendo suas características peculiares e experiências de vida em todos os aspectos de sua existência.

Mendes (1999, p.62) advoga que para se alcançar a saúde numa perspectiva de integralidade, deve-se compreendê-la "como resultante de políticas sociais e econômicas, como direito de cidadania e dever de Estado". Entendendo a saúde como um direito constitucionalmente garantido, devem-se analisar as práticas de saúde, os quais evidenciam a incongruência entre as conquistas em nível do plano legal e a realidade de crise que os usuários e profissionais se confrontam no seu cotidiano.

A qualidade do atendimento deve ser priorizada nos serviços públicos, principalmente, pelo seu impacto na melhoria do atendimento relacionado ao

acesso, as tecnologias leves e a satisfação dos usuários. Conforme advogam Santos e Victora (2004), a qualidade da atenção à saúde proporcionada às populações deve basear-se em premissas éticas.

Nesse prisma, emerge nos serviços de saúde, duas áreas de pesquisa com naturezas complementares: investigações, que objetivam testar a eficácia de novos procedimentos ou estratégias de cuidado e investigações voltadas para avaliar o resultado dessas intervenções sobre a saúde dos usuários e da população como um todo. Elementos da pesquisa em serviços englobam avaliações da oferta de cuidados, expressa em termos de quantidade e qualidade de recursos de estrutura, humanos e tecnológicos; avalia-se também a utilização e a cobertura da oferta.

Considerando a inserção social, cultural e a forma como se organizam os usuários que procuram o atendimento ambulatorial, pode-se, consoante Moscovici (2003), apreender as representações sociais dos usuários relacionadas a qualidade da atenção, expressa no cuidar dos profissionais de saúde.

## **2 OBJETIVOS**

### **2.1 Geral**

Apreender as representações sociais dos pacientes e dos profissionais de saúde acerca da qualidade da atenção em ambulatórios clínicos de gastroenterologia e cardiologia.

### **2.2 Específicos**

Identificar as variáveis sociodemográficas, articulando e comparando com os dados dos pacientes das duas clínicas através do instrumento de análise *Tri-Deux-Mots*.

Elucidar os campos semânticos das representações sociais sobre a qualidade do atendimento expressa no cuidar dos profissionais de saúde e nas representações elaboradas pelos pacientes ao procurarem o atendimento nas clínicas de gastroenterologia e cardiologia.

### **3 BASE TEÓRICA: REPRESENTAÇÕES SOCIAIS NA ABORDAGEM PSICOSSOCIAL**

A escolha da Teoria das Representações Sociais como embasamento teórico tem relação com a complexidade do tema abordado, pois, apreender as representações sociais elaboradas pelos usuários e profissionais de saúde acerca da qualidade da atenção no atendimento em ambulatórios clínicos, consiste, ainda, em caminhar em uma dimensão pouco estudada.

Buscou-se com as representações sociais uma aproximação do objeto social em estudo, no intuito de compreender o modo como a problemática é criada, transformada e interpretada pelos sujeitos dentro de sua realidade social e cultural. Coutinho, Nóbrega e Catão (2003) preconizam a importância de conhecer os pensamentos, sentimentos, percepções e experiências de vida desses indivíduos, compartilhados por crenças, atitudes, valores e informações, destacando as modalidades diferenciadas de comunicação, e, principalmente, enfatizando a classe social a que pertencem.

Com arrimo nas premissas de Oliveira (2000), assinala-se que a introdução da Teoria das Representações Sociais no campo da saúde não representa uma forma de explicar a constituição do processo saúde-doença; no entanto, aprofunda a compreensão do fenômeno, além de questionar a causalidade atribuída aos fatores externos, confrontando a hegemonia da ciência como única forma de conhecer, resgatando o saber do senso comum para o contexto acadêmico.

Corroborando a idéia de Oliveira(2000), pode-se realçar a psicologia social, representada pela teoria das representações sociais, como essencial na busca pelo restabelecimento do social, com o objetivo de reconhecer a importância da subjetividade no âmbito da saúde, sem, todavia, contrapô-la à objetivação, característica do desenvolvimento do campo e do objeto. Um dos pressupostos que justifica a procura dos profissionais pela teoria das representações sociais no campo da saúde refere-se a necessidade de um rompimento com o paradigma biomédico predominante, sob um modo diferente de leitura dos grupos humanos, valorizando a dimensão subjetiva.

Nesse prisma, Silva et al.(2003) sinalizam a importância da teoria das representações sociais, no campo da saúde, como uma forma moderna de pensar a saúde dentro de um espaço que focaliza as mudanças sociais que acontecem em



decorrência das relações inter e intragrupais, estruturadas dialeticamente. A aproximação da teoria das representações sociais com a saúde emerge, com a gênese do movimento de promoção da saúde com a proposta de compor uma base teórica de natureza explicativa que pudesse contribuir com os desafios da área.

Os pesquisadores no campo da saúde apropriam-se das representações sociais dentro das mais diversas abstrações conceituais. Jodelet (1989, p. 36) assinala que as representações sociais são: “ uma forma de conhecimento, socialmente elaborada e partilhada, tendo uma visão prática e concorrendo para a construção de uma realidade comum a um conjunto social”. Segundo Abric (1998, 64), as representações são:

um conjunto organizado de informações, atitudes e crenças que um indivíduo ou um grupo elabora a propósito de um objetivo, de uma situação, de um conceito, ou de outros indivíduos ou grupos, apresentando-se, portanto, como uma visão subjetiva e social da realidade.

Consoante preconiza Jodelet (1988), as representações sociais são modalidades de conhecimento prático orientadas para o processo de comunicação e compreensão do ambiente social, material e ideativo da sociedade. São formas de conhecimento que se manifestam como elementos cognitivos- imagens, conceitos, categorias, teorias, os quais são elaborados e compartilhados socialmente, corroborando a idéia da construção de uma realidade comum, no qual emerge a comunicação. A autora (1989) elaborou o campo de estudo das representações sociais, intencionando explicar as suas múltiplas dimensões (Figura 1).

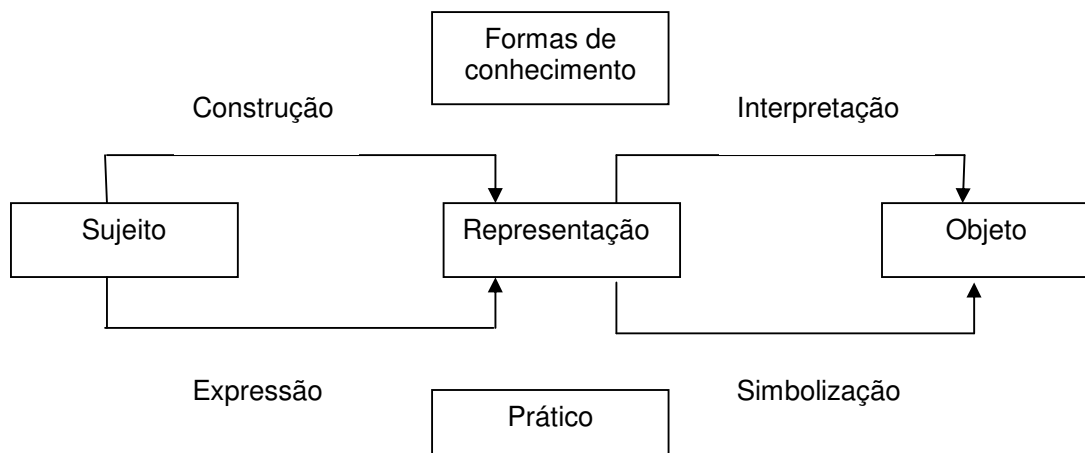


Figura 1- O campo de estudo das representações sociais.  
Fonte: Elaborada pela autora, adaptado de Jodelet (1989).

As representações sociais são definidas como formas de conhecimento do senso comum. Essa premissa pressupõe uma ruptura com as correntes clássicas das teorias do conhecimento, uma vez que estas abordam o conhecimento como saber formalizado. Moscovici (1988) reconhece que, ao enfatizar o poder de criação das representações sociais, acatando sua dupla face de estruturas estruturadas e estruturas estruturantes, inscreve sua abordagem entre as perspectivas construtivistas.

O primeiro eixo da Figura 1 expressa duas maneiras de adentrar o campo de estudo: na primeira corrente, o conhecimento abrange sua natureza e seus pressupostos epistemológicos; na segunda, a ênfase é na funcionalidade. O conhecimento estudado por meio das representações sociais é sempre um "conhecimento prático"; é sempre uma forma comprometida e/ou negociada de interpretar a realidade. O segundo eixo remete à atividade do sujeito, enquanto indivíduo ou grupo, na elaboração das representações sociais, uma vez que são construções contextualizadas, resultados das condições em que surgem e circulam. Considera-se que a representação é uma expressão da realidade intra-individual, uma manifestação do afeto. Jodelet (1989, p.35) exprime a idéia de que

as representações sociais devem ser estudadas articulando elementos afetivos, mentais, sociais, integrando a cognição, a linguagem e a comunicação às relações sociais que afetam as representações sociais e à realidade material, social e ideativa sobre a qual elas intervêm.

Pode-se destacar dois aspectos de suma relevância no segundo eixo do campo de estudos das representações sociais: a) o posicionamento sobre a relação indivíduo-sociedade busca uma visão integradora, inserindo o homem no processo histórico, destacando sua subjetividade; b) as representações não são apenas expressões cognitivas, pois são permeadas pelo afeto. Conforme a Figura 1, as representações são interpretações da realidade, uma vez que a relação com o real nunca é direta; sendo mediada por categorias

As representações sociais, sendo produzidas e apreendidas no contexto das comunicações sociais, são estruturas dinâmicas. É esta característica de flexibilidade e permeabilidade que as distingue, conforme postula Moscovici (1989), das representações coletivas de Durkheim. A diversidade e a contradição remetem ao estudo das representações sociais não como conteúdos, mas como processo, o qual é entendido não como mero processamento de informações e elaboração de

teorias, mas como práxis; ou seja, tomando como ponto de partida a funcionalidade das representações sociais na criação e na manutenção de uma determinada ordem social.

A teoria das representações sociais foi elaborada por Moscovici (2003), dando início a uma nova etapa na história da Psicologia Social, por meio de sua obra *La Psychanalyse: son image et son public*, traduzida no Brasil com o título: *A Representação Social da Psicanálise*, em 1978. Nesse trabalho, o autor analisa como a população parisiense se apropria do conhecimento psicanalítico, nos fins dos anos 1950, atribuindo-lhe significação própria. Refere que a teoria da representação tem o propósito de redefinir os problemas e os conceitos da psicologia social com esteio no fenômeno das representações sociais, procurando visualizar o que acontece quando há novo corpo de conhecimento e este se difunde em uma determinada população.

Considerando que a teoria das representações sociais tornou-se disseminado na contemporaneidade, ela foi precedida pelas representações coletivas, conceituada pelo francês Émile Durkheim quando publicou a obra *As formas elementares da vida religiosa*, em 1912, como sendo um conjunto sistemático de elementos que reúne diferentes formas de pensamentos e saberes partilhados coletivamente, revelando o não redutível, que é a experiência individual e se estende no tempo e no espaço social (MOSCOVICI, 2003).

Moscovici (2003) ressalta, ainda, que Durkheim define as representações coletivas como forma estável de compreensão coletiva, com o poder de servir para integrar a sociedade como um todo. Porém, ele esteve mais interessado em explicar a variação e a diversidade das idéias coletivas nas sociedades modernas. Dessa forma, essa diversidade reflete a falta de homogeneidade dentro da sociedade moderna, em que as diferenças refletem uma distribuição desigual de poder e geram uma heterogeneidade de representações. Ao propor a substituição do termo “social” em vez de “coletivo”, o autor se apóia na diversidade da origem dos indivíduos e grupos e, em sua posição no conjunto da sociedade, reconhecendo o poder da comunicação, como capaz de reproduzir um processo de interação social, através da mediação da linguagem e do senso comum que representa o pensamento. Nóbrega (2003, p. 63) conceitua representação social como,

Um sistema de valores, de noções e de práticas tendo uma dupla tendência: antes de tudo, instaurar uma ordem que permite aos indivíduos a

possibilidade de se orientar no meio-ambiente social, material e de dominá-lo. Em seguida, de assegurar a comunicação entre os membros de uma comunidade, propondo-lhes um código para nomear e classificar de maneira unívoca as partes do seu mundo, de sua história individual ou coletiva.

Ao identificar convergência quanto à natureza representacionais dos trabalhos desenvolvidos pelos diversos autores, Jodelet (1988, p.361) elaborou uma conceituação geral para a representação social:

Designa uma forma específica de conhecimento, o saber do senso comum, cujos conteúdos manifestam a operação de processos generativos e funcionais socialmente marcados. Mais amplamente, designa uma forma de pensamento social. As Representações Sociais são modalidades de pensamento prático orientadas para a comunicação, a compreensão e o domínio do ambiente social, material e ideal. Enquanto tais, elas apresentam características específicas no plano da organização dos conteúdos, das operações mentais e da lógica.

Na perspectiva de Moscovici (2003), as representações coletivas constituem instrumento exploratório e se referem a uma classe geral de idéias e crenças, no qual esses fenômenos devem ser descritos e explicados. São fenômenos específicos relacionados com um modo particular de se compreender e de se comunicar, uma forma que cria tanto a realidade como o senso comum. As representações são coletivas por exercerem uma coerção sobre cada indivíduo, conduzindo-os a pensar de forma homogênea. O saber é produzido coletivamente e transcende o individual, permitindo às representações coletivas objetividade, com estabilidade na transmissão e reprodução.

Destaca, ainda, o fato de que as mudanças da terminologia são sustentadas nas características da sociedade moderna, na qual ocorrem mudanças socioeconômicas, políticas e culturais, não permitindo representações de ordem coletiva, ou seja, transmitidas por meio de gerações de maneira determinista e estática. Constata-se que para a teoria das representações sociais não existe uma dicotomia entre o universo externo e o universo interno do indivíduo. Assim, sujeito e objeto não são obrigatoriamente distintos.

As representações sociais devem ser percebidas como uma maneira específica de compreender e comunicar o que já se conhece. Moscovici (2003, p. 46) declara que

elas ocupam, com efeito, uma posição curiosa, em algum ponto entre conceitos, que têm como seu objetivo abstrair sentido do mundo e introduzir nele ordem e percepções, que reproduzam o mundo de uma forma significativa. Elas sempre possuem duas faces, que são interdependentes,

como duas faces de uma folha de papel: a face icônica e a face simbólica. Nós sabemos que: representação= imagem/significação; em outras palavras, a representação iguala toda imagem a uma idéia e toda idéia a uma imagem.

Moscovici (2003) postula que a sociedade contemporânea convive com duas classes de universos de pensamento: os universos consensuais, os quais correspondem as atividades intelectuais da interação social cotidiana pelas quais são produzidas as representações sociais; e os universos reificados, nos quais se produzem e circulam as ciências e o pensamento erudito em geral, com sua objetividade, seu rigor lógico e metodológica, sua teorização abstrata, sua compartimentalização em especialidades e sua estratificação hierárquica.

O papel fundamental das representações na dinâmica e nas práticas das relações sociais relaciona-se ao fato de que elas respondem a quatro funções básicas (ABRIC, 1998): a) função saber - explica a realidade e permite que os atores sociais adquiram conhecimentos e os integrem em um quadro assimilável e compreensível para eles, diminuindo as tensões e promovendo um aprimoramento entre eles; b) função identitária - define a identidade e permite a proteção da especificidade dos grupos; é o que se pode chamar de identidade social. Assegura para as representações um lugar primordial nos processos de comparação social, pois cada grupo ou indivíduo tem suas particularidades de inserção social submetidas aos seus contextos diferentes; c) função de orientação - guia os comportamentos e as práticas, ou seja, é um guia para a ação, pois orienta os comportamentos e a prática de cada um. Ela define o que é lícito, tolerável ou inaceitável em um dado contexto social; d) função justificadora - assente, *a posteriori*, a justificativa das tomadas de posição e dos comportamentos. A representação tem por função preservar e justificar a diferenciação social.

Por representações sociais, entende-se um conjunto de conceitos, proposições e explicações originado da vida cotidiana no curso de comunicações interpessoais. Elas são o equivalente, em nossas sociedades, dos mitos e sistemas de crenças das sociedades tradicionais; podem também ser consideradas como a versão contemporânea do senso comum (MOSCOVICI, 2003).

Quanto à estrutura das representações, Moscovici (1976) exprime que esta se apresenta em três dimensões: informação, atitude e campo de representação ou imagem. A informação refere-se à organização dos conhecimentos que um grupo possui em relação a um objeto social; o campo de representação refere-se à idéia de

imagem, de modelo social; a atitude focaliza a orientação global em relação ao objeto da representação social.

O processo de formação de uma representação social é construído, consoante Moscovici (2003), por meio de dois processos: o de objetivação e o de ancoragem, que tornam evidentes as condições de emergência da concretude e da atribuição dos objetos sociais constituídos pelos sujeitos, que buscam a sintonia de suas práticas e comunicações na orquestração da sociedade. Tem como objetivo o entendimento do sentido da linguagem, tornando a comunicação possível, por meio da identificação e apreensão das diversas formas de saber e do conhecimento.

Jodelet (1988) assinala que a ancoragem refere-se a integração cognitiva do objeto representado a um sistema de pensamento social pré-existente e nas transformações implicadas em tal processo. A objetivação consiste em uma operação imaginante e estruturante, pela qual se dá uma forma, ou figura, específica ao conhecimento acerca do objeto, tornando concreto, como que materializando a palavra.

Consoante preconiza Moscovici (2003), a objetivação está relacionada a capacidade de descobrir a qualidade icônica de uma idéia, reproduzindo um conceito em uma imagem. Salienta-se que nem todas as palavras podem se relacionar a imagens. As imagens que foram selecionadas, devido a sua capacidade de ser representadas, se mesclam, ou melhor, são integradas em um padrão de núcleo figurativo, um complexo de imagens que reproduzem visivelmente um conjunto de idéias.

Na perspectiva de Moscovici (2003), a ancoragem refere-se a capacidade de classificar e nomear alguma coisa, destacando que coisas que não são classificadas e que não possuem nomes são estranhas e ameaçadoras. O autor acrescenta que

Nós experimentamos uma resistência, um distanciamento, quando não somos capazes de avaliar algo, de descrevê-lo a nós mesmos ou a outras pessoas. O primeiro passo para superar essa resistência, em direção a conciliação de um objeto ou pessoa, acontece quando nós somos capazes de colocar esse objeto ou pessoa em uma determinada categoria, de rotulá-lo com um nome conhecido.[...] De fato, representação é, fundamentalmente, um sistema de classificação e de denotação, de alocação de categorias e nomes.(MOSCOVICI, 2003, p.61).

Moscovici (2003) preconiza a idéia de que a classificação dá-se por meio da escolha de um dos paradigmas presentes na memória, com o qual se compara

então o objeto a ser representado e se decide se ele pode ou não ser incluído na classe em questão. O que se põe em jogo é uma comparação generalizadora ou particularizadora, pelas quais se declara que o objeto se inclui ou se afasta da categoria, com base na coincidência/divergência em relação a um único ou poucos aspectos salientes que definem o paradigma.

Concernente à operação de denominação, Moscovici (2003) argumenta que ao denominar alguma coisa, deve-se tirá-la de um anonimato perturbador para dotá-la de uma genealogia e incluí-la em um complexo de palavras específicas, para localizá-la, de fato, na matriz de identidade da cultura.

A teoria das representações revela duas conseqüências: a) ela exclui a idéia de pensamento ou percepção que não possua ancoragem. Todo sistema de classificação e de relações entre sistemas pressupõe uma posição específica, um ponto de vista baseado no consenso; b) sistemas de classificação e de nomeação não são meios de graduar e de rotular pessoas ou objetos considerados como entidades discretas. Seu objetivo consiste em facilitar a interpretações de características, a compreensão de intenções e motivos subjacentes às ações das pessoas, na realidade, formar opiniões (MOSCOVICI, 2003).

As representações, pois, tornam o não-familiar em algo familiar; o que revela que as representações dependem da memória. Moscovici (2003, p.78) apregoa que a ancoragem e a objetivação constituem maneiras de lidar com a memória.

A primeira mantém a memória em movimento e a memória é dirigida para dentro, está sempre colocando e tirando objetos, pessoas e acontecimentos, que ela classifica, de acordo com o tipo, e os rotula com o nome. A segunda, sendo mais ou menos direcionada para fora (para outros), retirando conceitos e imagens para juntá-los e reproduzi-los no mundo exterior, para fazer as coisas conhecidas a partir do que já é conhecido.

Os temas relacionados com a teoria das representações sociais são diversificados, despertando o interesse dos pesquisadores, de diferentes áreas do saber, a buscarem fundamentação nessa teoria. Essa realidade ocorre como conseqüência da teoria abranger um caráter heurístico, podendo, ser trabalhado com várias correntes filosóficas, além de identificar a visão que os indivíduos e os grupos têm acerca do mundo, considerando suas verdades para agir e tomar decisões no seu cotidiano.

Convém ressaltar que a teoria das representações sociais possibilitou atingir, em decorrência do seu caráter multifacetado, a compreensão do objeto

proposto, uma vez que apresenta uma base teórica com capacidade de não só conhecer e selecionar imagens, como também de observar o comportamento de grupos relacionados ao objeto que está sendo estudado, o que justifica a relevância do seu uso para a realização desta pesquisa.



## 4 METODOLOGIA

Consoante Minayo (1999), a pesquisa é definida como a atividade básica das ciências na sua indagação e descoberta da realidade. Consiste em uma atividade de aproximação sucessiva da realidade, combinando a teoria e os dados.

Reportando-se ao objetivo desta pesquisa concernente a apreender as representações sociais dos pacientes e profissionais de saúde acerca da qualidade da atenção nos ambulatórios clínicos, torna-se fundamental que se explicita a natureza e o tipo de estudo, campo de pesquisa, população alvo e amostragem, instrumentos e técnicas de coleta de dados, método de análise e interpretação dos dados e parâmetros éticos da pesquisa.

### 4.1 Natureza e tipo de estudo

O estudo realizado foi do tipo exploratório, com abordagem de multimétodo<sup>1</sup>, utilizando os pressupostos teóricos da teoria das representações sociais, conforme os princípios de Moscovici (2003) e Jodelet (1988), pautado na psicossociologia. A pesquisa apresenta duas etapas quantitativas relacionadas aos dados sociodemográficos dos participantes da pesquisa e do Teste de Associação Livre de Palavras (TALP), relacionando à Análise Fatorial de Correspondência (AFC) com a finalidade de compreender os fenômenos, em suas várias dimensões.

Representação social é uma forma de saber prático, que liga o sujeito a um objeto. Dessa forma, nem todo tipo de conhecimento pode ser considerado como representação social. Esse é proveniente da vida cotidiana dos indivíduos, gerando significação às suas ações, uma vez que as representações sociais não podem ser compreendidas por processo cognitivo individual, visto que são elaboradas a partir de comunicações e relações sociais.

---

<sup>1</sup> A escolha da abordagem multimétodo para realização da pesquisa deu-se pelo fato de se estar buscando uma coleta de dados que dê conta de aspectos afetivos, cognitivos e atitudinais dos participantes através da comunicação entre pacientes e profissionais no atendimento da clínica de gastroenterologia e cardiologia. Essa abordagem consiste na utilização de múltiplas técnicas e instrumentos para o estudo de um fenômeno, buscando a profundidade da compreensão e segurança na análise interpretativa (BAUER; GASKELL, 2002).

Conforme Jodelet (1989, p.36) “não é um individuo isolado que é tomado em consideração, mas as respostas individuais enquanto manifestações de tendências do grupo de pertença ou de afiliação no qual os indivíduos participam”. Para a realização deste estudo, utilizaram-se instrumentos e técnicas que possibilitaram maior interação do pesquisador e os sujeitos da pesquisa, o que proporcionou acesso às características específicas dos sujeitos e, conseqüentemente, apreensão dos dados relevantes do estudo mediante a sua análise qualitativa e quantitativa.

Consoante postulam Bauer e Gaskell (2002), a pesquisa quantitativa salienta o tratamento estatístico para elucidar os dados, enquanto a pesquisa qualitativa valoriza as interpretações de realidades sociais. A utilização simultânea dos procedimentos qualitativos e quantitativos proporciona ao pesquisador uma visão holística do objeto de estudo, aspecto relevante para a pesquisa social. Desse modo, para os fatos sociais “não há quantificação sem qualificação, [...] não há análise estatística sem interpretação” (BAUER; GASKELL, 2002, p. 24).

Com base nos fundamentos teóricos que norteiam esta pesquisa, foram utilizados os seguintes instrumentos: o Teste de Associação Livre de Palavras (TALP) e Análise Fatorial de Correspondência (AFC), etapas que se complementam para melhor enfocar o tema em estudo.

Bauer e Gaskell (2002, p.23) assinalam que: “[...] a pesquisa qualitativa evita números, lida com interpretações das realidades sociais, e é considerada pesquisa *soft*. O protótipo mais conhecido é a entrevista em profundidade”.

Considera-se que a pesquisa quantitativa enfoca basicamente o aspecto numérico, usando modelos estatísticos para explicar os dados e fatos sociais. Apesar de a pesquisa qualitativa buscar as interpretações dos fatos, as análises estatísticas têm contribuições a oferecer (BAUER; GASKELL, 2002).

## **4.2 Campo de pesquisa**

A pesquisa desenvolveu-se no período de agosto a novembro de 2008 no ambulatório clínico do Hospital Universitário Walter Cantídio da Universidade Federal do Ceará. Este hospital representa um centro de referência na assistência a saúde na formação de recursos humanos e no desenvolvimento de pesquisa na área da saúde.

O Hospital Universitário Walter Cantídio está integrado ao Sistema Único de Saúde (SUS), compondo a rede hospitalar terciária, atendendo a macro-região de saúde de Fortaleza e Estado do Ceará, além de prestar atendimento na área de transplante hepático, renal e cirurgias bariátricas. Atende também a pacientes de outros Estados da Federação.

A rede de saúde de Fortaleza dispõe de 69 hospitais, dos quais, 22 são públicos, 32 são contratados pelo SUS e 15 privados, não-conveniados. Compõe também a rede de atenção à saúde de duas maternidades modelo, 74 centros de saúde, 14 unidades básicas de saúde da família e 14 centros de atenção psicossocial. Esta rede de atendimento não está cumprindo plenamente com o seu objetivo de prestar assistência a saúde a toda a população, haja vista a demanda crescente e ainda por que Fortaleza referencia serviços de alta e média complexidade para o interior do Estado (FORTALEZA, 2001).

A capacidade de atendimento do Hospital Universitário da UFC é de 15.971 consultas médicas ao mês, distribuída em diversas especialidades médicas. Além disso, oferece campo de estágio para alunos de diversas áreas, como também reúne profissionais qualificados, oportunizando a todas as categorias interessadas um espaço amplo para a produção de conhecimentos.

A pesquisa desenvolveu-se na cidade de Fortaleza, capital do Estado do Ceará. Em relação a sua população, o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) estimou um total de 2.332.657 habitantes, para o ano de 2004 (IBGE, 2005). O município ocupa uma área de 33.516,5 hectares e é dividido, politicamente, em seis Secretarias Executivas Regionais (SER), abrangendo um total de 116 bairros.

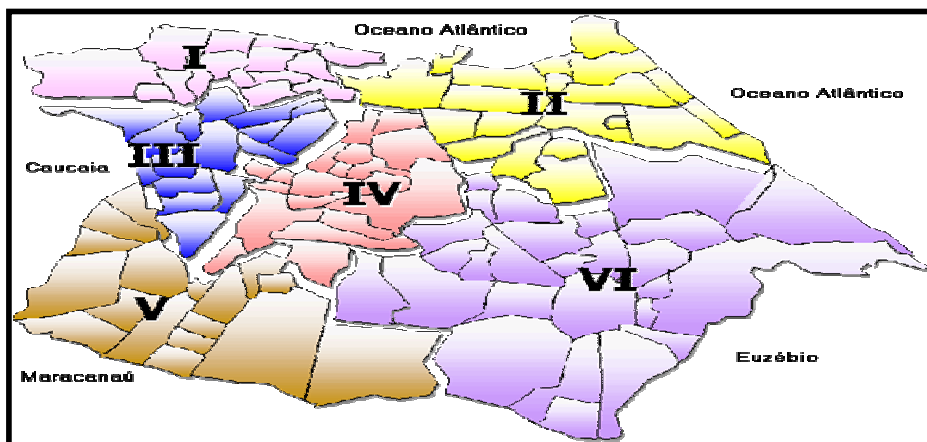


Figura 2 – Divisão administrativa da cidade de Fortaleza-Ce, em seis regionais.  
Fonte: Cartilha da reforma administrativa, Fortaleza, 1997.

### 4.3 População alvo e amostragem

A população atendida pela clínica da cardiologia e da gastroenterologia corresponde a 85 atendimentos mensais, respectivamente. Os profissionais que desenvolvem atividades de atenção a saúde nesses serviços corresponde a 18, os quais estão distribuídos, na tabela a seguir.

Tabela 1- Relação dos profissionais segundo as clínicas. Fortaleza-Ceará, 2008

Profissionais	Clinica da cardiologia	Clinica da gastroenterologia	Total
Médicos	03	01	04
Residentes	01	02	03
Internos	03	04	07
Atendente de enfermagem	-	01	01
Técnico de enfermagem	01	01	02
Psicólogo	01	-	01
<b>Total</b>	<b>09</b>	<b>09</b>	<b>18</b>

Para os pacientes do ambulatório da cardiologia e gastroenterologia participantes da pesquisa, relacionada ao Teste de Associação Livre de Palavras(TALP), foram elaborados os seguintes critérios: a) agendados para ser atendido no período de agosto a novembro de 2008; b) estarem presente no momento da coleta dos dados; c) ser atendidos na clínica de cardiologia, apresentando hipertensão; d) ser atendido na gastroenterologia, apresentando gastrite; e) ter mais de um atendimento nos ambulatórios, objetivando garantir a confiabilidade dos depoimentos colhidos. Participaram do estudo, 60 pacientes, sendo 30 da cardiologia e 30 da gastroenterologia, escolhidos de forma intencional.

Ressalta-se que os participantes da pesquisa foram pacientes que estavam agendados para serem atendidos nos referidos ambulatórios no período da pesquisa. Justifica-se a escolha da amostra referente a 60 pacientes, haja vista que este universo amostral constitui um número significativo para se apreender às evocações atribuídas pelos amostrados que representam a problemática estudada.

O quantitativo dessa primeira fase da pesquisa foi determinado pela amostragem estatística, num total de 78, incluindo profissionais de saúde e pacientes. Na segunda fase em que se aplicou a técnica de entrevista, contemplou o universo censitário dos 18 profissionais que acompanham o atendimento nos ambulatórios em estudo, e 10% dos participantes pacientes/usuários da amostragem no teste de associação livre de palavras, tendo em vista que a pesquisa qualitativa é determinada pela amostragem conceitual. No momento da coleta e da análise das descrições das entrevistas, os dados foram se repetindo e respondendo as questões formuladas até que responderam os objetivos traçados pela investigação. Dessa forma, foi definido o total da amostra pesquisada. Para tanto, definiu-se uma amostra inicial de 10 pacientes e 10 profissionais para obter as primeiras informações que possibilitaram iniciar a análise.

O princípio da autonomia foi considerado mediante o esclarecimento aos participantes do estudo de que sua participação será voluntária, sendo que podem a qualquer momento se negar a participar da pesquisa conforme o termo de consentimento livre e esclarecido (Apêndice B). Quanto ao princípio da justiça, foi garantido o anonimato, o sigilo e o respeito à individualidade dos participantes. No princípio da beneficência, foi acordado que serão devolvidos os resultados da pesquisa aos participantes e aos representantes legais das entidades envolvidas. No que se refere a não maleficência, os participantes serão esclarecidos de que a pesquisa não tem o intuito de ocasionar nenhum dano moral ou profissional, apesar de que pode ocorrer algum prejuízo de ordem emocional.

#### **4.4 Instrumentos e técnicas de coleta de dados**

Para apreender as representações sociais, utilizaram-se as seguintes técnicas: questionários, entrevista semi-estruturada, e o instrumento Teste de Associação Livre de Palavras (NÓBREGA, COUTINHO, 2003), com a finalidade de comparar os resultados obtidos nos grupos participantes do estudo.

Segundo Abric (1998), a associação livre de palavras constitui uma técnica para coletar os elementos constitutivos do conteúdo de uma representação. Essa técnica consiste em solicitar aos sujeitos que, a partir de um termo indutor

apresentado pelo pesquisador, verbalizem as palavras ou expressões que lhes tenham vindo imediatamente à lembrança.

Objetivando conhecer o perfil dos pacientes e a história clínica, foi realizada pesquisa documental junto aos prontuários. Esses dados corroboram a compreensão dos processos de adoecimento e dos aspectos sociodemográficos dos usuários.

Os testes de Associação Livre de Palavras foram aplicados por meio das palavras: sofrimento, paciente, profissional e atendimento médico. Essas palavras indutoras foram apresentadas para os usuários e os profissionais de saúde. Essa é uma técnica que permite aos participantes, com base nos estímulos indutores, evocar respostas de conteúdos afetivos e cognitivo-avaliativos. É amplamente utilizada nas investigações que buscam apreender as representações sociais, pois possibilita, simultaneamente, uma análise qualitativa dos dados processados quantitativamente, a partir de softwares que façam a análise fatorial de correspondência (PASSOS; PAIVA; OLIVEIRA, 2005).

As perguntas foram elaboradas da seguinte forma: se eu disser para você sofrimento, o que vem em sua mente? Se eu disser para você paciente, o que vem em sua mente? E, assim sucessivamente, com cada estímulo.

O Teste de Associação Livre de Palavras configura como uma técnica inserida na categoria projetivas temáticas. Para Coutinho, Nóbrega e Catão (2003), essa técnica concorre para os indivíduos revelarem os elementos de conflito, desejos, reações ao meio ambiente, mecanismos de defesa e momentos essenciais da história de vida. Utiliza-se também em investigações abertas, destacando os universos semelhantes de palavras face aos diferentes estímulos e sujeitos da pesquisa.

Convém ressaltar que o Teste de Associação Livre de Palavras é um instrumento que consiste na evocação de idéias por estímulos indutores, tomando como base o objeto pesquisado. Para Nóbrega e Coutinho (2003), esse teste objetiva identificar as dimensões latentes nas representações sociais que expressam a idéia, sendo norteada pela hipótese de que a estrutura psicológica do sujeito é evidenciada em manifestações de conduta, reações, evocações, escolhas e criação.

A escolha por determinada técnica de coleta de dados está vinculada ao objeto de estudo, as questões que se busca responder e aos atores envolvidos com sua perspectiva epistemológica. Assim, os instrumentos e as técnicas de coleta de dados selecionados se apresentaram adequados à realização da presente pesquisa.

Consoante Abric (1998), o Teste de Associação Livre de Palavras é um instrumento que permite atualização de elementos implícitos e latentes que seriam perdidos ou mascarados nas produções discursivas. Esse teste foi aplicado antes das entrevistas.

A coleta de dados processou-se também por meio da entrevista aberta com roteiro flexível, o que possibilitou a expressão de opiniões, valores e sentimentos dos participantes da pesquisa. Foi utilizado um gravador para apreensão de todas as expressões verbais e realizada anotações em diário de campo das observações de expressões não-verbais, para complementar a investigação e apreender o fenômeno. Convém ressaltar que a pesquisa teve uma questão norteadora, a qual visou apreender a representação social do objeto em estudo: eu gostaria que você me falasse sobre o atendimento neste ambulatório? No decorrer das entrevistas, foi aprofundada essa questão. Essa pergunta foi elaborada para todos os sujeitos da pesquisa, englobando os profissionais e os pacientes.

#### **4. 5 Método de análise e interpretação dos dados da entrevista**

Objetivando atender os objetivos desta pesquisa, serão enfocados os métodos de análise dos dados, compreendendo o teste de associação livre de palavras e a técnica de análise de conteúdo categorial temática.

##### **4.5.1 Teste de associação livre de palavras**

O tratamento dos dados realizou-se por meio da análise fatorial de correspondência (AFC). Esse procedimento tornou possível a representação gráfica das variáveis fixas (sociodemográfica) e das variáveis de opiniões que correspondem às respostas dos participantes.

O material coletado por meio do teste de associação livre de palavras foi processado com apoio do software *Tri-Deux-Mots*, versão 2.2 (CIBOIS, 1995). O instrumento foi criado na França, por Philippe Cibois, e submetido a análise fatorial de correspondência (AFC). Para Deschamps (2003), as técnicas de análise fatoriais e em particular a análise fatorial de correspondência, são métodos de análise estatísticas descritivas que podem ser úteis quando se quer resumir um conjunto de dados.

O *Tri-Deux-Mots* permite descrever ligações existentes entre diferentes variáveis qualitativas, dando uma idéia global da informação. Esse processo consiste em evidenciar as correlações estabelecidas entre variáveis de opiniões (respostas aos estímulos indutores) e as variáveis fixas (idade, estado civil, entre outras) específicas dos indivíduos em grupos. As correlações ressaltam os conteúdos e estruturas representacionais construídas pelos diferentes grupos de sujeitos com relação ao objeto que está sendo representado.

Para proceder a análise do gráfico, foi considerado primeiramente o eixo F1. A análise ocorreu pela oposição horizontal entre direita e esquerda do Gráfico. Em relação ao eixo F2, a análise e a comparação foram realizadas a partir das regiões superior e inferior. Todas as palavras próximas ao eixo F1 foram pintadas de vermelho, enquanto as palavras processadas no eixo F2 foram pintadas de azul.

Salienta-se que para conhecer qual o eixo as palavras evocadas foram localizadas, voltou-se ao banco de dados e calculou-se o valor médio de cada palavra. Esse valor médio foi dividido por 1.000 e o número de palavras evocadas neste estudo corresponde a 50, portanto, o valor médio equivale a 20, o qual é significativo a partir desse valor.

Com o intuito de proceder ao tratamento dos dados, foram seguidas etapas sucessivas de organização do material coletado, antes de serem lançados no software *Tri-Deux Mots*, conforme especificado:

1) elaboração de um dicionário – de posse do material contendo todas as respostas dos sujeitos da pesquisa, iniciou-se a digitação em diferentes arquivos correspondentes a cada estímulo indutor, sendo denominado dicionário de palavras. O total de estímulos resultou em um dicionário de palavras evocadas pelos sujeitos, que nesta pesquisa foi constituído de 1530 palavras evocadas na coleta de dados pelos 78 sujeitos da pesquisa em respostas aos estímulos indutores com a ocorrência de 486 termos diferentes. O dicionário, desse modo, contém palavras-respostas evocadas pelos sujeitos e distribuídas entre quatro estímulos indutores para os pacientes e profissionais: sofrimento, paciente, profissional e atendimento médico.

2) banco de dados – os dados coletados no teste de associação livre de palavras foram organizados em um banco de dados construído de variáveis fixas (sujeitos- pacientes e profissionais; origem – ambulatório da cardiologia e endocrinologia e idade) e de variáveis de opinião (palavras respostas) de todos os



sujeitos da pesquisa em relação a cada estímulo indutor. No banco de dados, as palavras foram registradas com o máximo de seis letras para as variáveis de opinião e no final, colocou-se o número do estímulo. O banco de dados foi constituído de colunas e linhas denominadas, respectivamente, de variáveis fixas e de opinião. As colunas representadas por variáveis fixas são codificadas por números e a linha por todas as respostas evocadas pelos sujeitos com relação a cada estímulo indutor.

3) organização das categorias - a partir dos critérios de frequência e de similaridade semântica foram organizadas as categorias. As palavras-respostas aos estímulos indutores foram organizadas, com menor número de repetições; também foram agrupadas as de frequência mais elevada que tinham a mesma significação por analogia e, simultaneamente, reduzindo o número de palavras diferentes. Agrupar as palavras com similaridade semântica teve a função de evitar a redundância e torná-las estatisticamente significativas.

#### **4.5.2 Técnica de análise de conteúdo categorial temática**

A análise das descrições das entrevistas foi realizada por meio da técnica de análise de conteúdo categorial temática. A análise de conteúdo é um conjunto de técnicas de comunicação, visando à obtenção por procedimentos sistemáticos, indicadores quantitativos ou não, que permitam a inferência de conhecimentos dessas mensagens. Após as transcrições dos conteúdos das entrevistas, as descrições foram analisadas, seguindo os passos: constituição do corpus, definição das unidades de análise, leitura flutuante, constituição de subcategorias e codificações, categorizações, tratamento dos dados (BARDIN,1995) para a elaboração das representações sociais. Os passos de análise compreendem:

a) ordenação dos dados - esta etapa se configura como o primeiro contato com o material empírico coletado. Consiste na transcrição fiel do conteúdo das entrevistas gravadas, seguida da realização de leitura do material transcrito, na organização dos diferentes dados contemplados nas entrevistas e nas observações realizadas no campo de investigação;

b) classificação dos dados - consiste na organização das informações, tomando por base a relação entre os dados empíricos e objetivos da pesquisa. Esse processo permite uma primeira aproximação com os significados manifestos e

latentes nas falas dos sujeitos, possibilitando desvelar os núcleos de sentido. Compõe-se de três etapas: 1) leitura flutuante e exaustiva das entrevistas e observações, com o objetivo de estabelecer núcleos de sentido a partir das idéias centrais sobre o tema. A atenção do pesquisador sobre o material possibilitará gradualmente a construção das categorias empíricas; 2) leitura horizontal de cada subconjunto e do conjunto em sua totalidade. Realizam-se recortes dos eixos temáticos, priorizando os mais relevantes concernentes ao objeto e as questões norteadoras do estudo; 3) releitura dos textos, visando identificar os conteúdos manifestos e latentes e relacioná-los com as categorias empíricas eleitas.

c) análise final- consiste no movimento, a partir da profunda inflexão sobre o material empírico. Para uma maior compreensão do objeto de investigação, procedeu-se a análise das falas das entrevistas, à luz das contribuições de alguns teóricos e com base na experiência do investigador, uma vez que não há neutralidade absoluta.

#### **4.5.3 Parâmetros éticos da pesquisa**

Procedeu-se contato com a instituição por meio de ofício, solicitando autorização para a realização da pesquisa. Também os pacientes e os profissionais foram consultados, objetivando solicitar permissão por escrito (assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido preconizado pela resolução 196/1996, do Conselho Nacional de Saúde) para participarem da pesquisa, com o uso de gravador, e para divulgar os dados coletados.

A coleta de dados foi desenvolvida, resguardando a identidade dos sujeitos da amostra. Foi também assegurada a utilização das informações apenas no âmbito desse estudo. Esta pesquisa teve como base à resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde/Ministério da Saúde, referente à pesquisa, envolvendo seres humanos (BRASIL,1996). Convém ressaltar o comprometimento da autora em retomar com os resultados da investigação aos sujeitos pesquisados. Todo o material produzido e as informações serão usados somente em favor da ciência e melhoria do atendimento em clínica.

Os sujeitos deste estudo foram informados sobre o objetivo da pesquisa e os que aceitaram participar, foi assegurado o anonimato, bem como a possibilidade

de se retirarem, a qualquer momento, do estudo. Todos que concordaram, assinaram um termo de consentimento livre e esclarecido (Apêndice C ). O projeto passou pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Ceará (Anexo A), constando nele a solicitação para entrada no campo (Hospital Universitário Walter Cantídio).

## **5 ELABORAÇÃO DAS REPRESENTAÇÕES SOCIAIS: RESULTADOS**

Esta pesquisa tem como característica associar a pesquisa qualitativa e a quantitativa em uma visão holística, objetivando apreender as representações sociais dos usuários e profissionais de saúde concernentes a qualidade da atenção nos ambulatórios clínicos da cardiologia e gastroenterologia. Os resultados da pesquisa são apresentados, tomando como base os objetivos que norteiam este estudo, aliando a teoria com a interpretação da pesquisadora.

Serão abordadas as características da população estudada, as representações sociais do tratamento em ambulatórios clínicos e a análise fatorial de correspondência, evocações elaboradas por usuários e profissionais de saúde.

### **5.1 Características da população estudada**

Neste capítulo serão abordadas as características dos participantes contemplados na pesquisa, considerando as dimensões sociodemográficas dos três grupos<sup>2</sup> de referência para o trabalho, realçando às suas autopercepções concernentes ao atendimento dos usuários em ambulatórios de clínica de gastroenterologia e cardiologia. Ressalta-se a importância de apresentar o perfil dos sujeitos, desenhando-lhes uma identidade que reconhece as peculiaridades dos participantes, em uma perspectiva coletivista.

#### **5.1.1 Usuários atendidos e profissionais que trabalham nas clínicas**

Participou deste estudo um total de 60 usuários, sendo que 30 eram pacientes da cardiologia(grupo 1) e 30 da gastroenterologia(grupo 2). Foram entrevistados 18 profissionais (grupo 3) que desenvolviam atividades junto aos ambulatórios especializados. As entrevistas foram realizadas no ambiente do atendimento clínico, cuja escolha dos sujeitos ocorreu por conveniência (não-

---

<sup>2</sup> Idealizados no construto metodológico da pesquisa, destacam-se o grupo de usuários que são atendidos no ambulatório da cardiologia (Grupo 1) e os usuários que são atendidos no ambulatório da gastroenterologia (Grupo 2), além dos profissionais que atuam nos dois ambulatórios(Grupo 3).

aleatória), comum em estudos desta natureza. O questionário utilizado foi pré-codificado e a entrada dos dados foi processada no programa Excel.

**Tabela 2- Relação de gênero dos participantes da pesquisa. Fortaleza-Ceará, 2008**

Gênero	Grupo 1		Grupo 2		Grupo 3	
	f	%	f	%	f	%
Masculino	08	27,0	15	50,0	06	33,3
Feminino	22	73,0	15	50,0	12	66,7
Total	30	100,0	30	100,0	18	100,0

No que concerne a relação de gênero, observa-se que, no grupo 1, prevalece o sexo feminino(73%); enquanto que, no grupo 2, há uma distribuição equitativa entre o sexo feminino e masculino(50%). No grupo 3, dos profissionais, constata-se a predominância do sexo feminino(66,7%), revelando que as mulheres têm uma preferência em desenvolver atividades de natureza sócio-humanitária.

Observa-se predominância de usuários do sexo feminino que se tratam no ambulatório da cardiologia, o que revela a maior longevidade das mulheres em relação aos homens, fenômeno que tem sido atribuído, consoante Filho e Ramos (1999), à menor exposição a determinados fatores de risco, principalmente no contexto do trabalho; à menor prevalência de tabagismo e uso de álcool; às diferenças quanto à atitude em relação a doenças.

**Tabela 3- Distribuição da idade dos participantes da pesquisa. Fortaleza-Ceará, 2008**

Idade	Grupo 1		Grupo 2		Grupo 3	
	f	%	f	%	f	%
18 a 28 anos	02	6,7	05	16,7	11	61,1
29 a 38 anos	02	6,7	05	16,7	02	11,1
39 a 48 anos	08	26,7	04	13,3	01	5,6
49 a 58 anos	10	33,3	10	33,3	04	22,2
≥ 59 anos	08	26,8	06	20,0	00	00,0
Total	30	100,0	30	100,0	18	100,0

A Tabela 3 evidencia que há convergência nas idades entre os grupo 1 e 2, em relação a idade de 49 a 58 anos, equivalente a 33,3% dos sujeitos inseridos nessa faixa etária. Para o grupo 3, prevalece profissionais que se enquadram na faixa etária de 18 a 28 anos, correspondendo a 61,1% dos participantes.

Tabela 4- Estado civil dos participantes da pesquisa. Fortaleza-Ceará, 2008

Estado civil	Grupo 1		Grupo 2		Grupo 3	
	f	%	f	%	f	%
Solteira	05	16,7	07	23,4	12	66,8
Casada	22	73,3	18	60,0	04	22,2
Separada/Divorciada	01	3,3	04	13,3	01	5,5
Viúva	02	6,7	01	3,3	01	5,5
Total	30	100,0	30	100,0	18	100,0

Constata-se prevalência de usuários casados entre os grupos 1 e 2, correspondendo a 73,3% e 60,0%, respectivamente. Para o grupo 3, observa-se predominância de profissionais solteiros, equivalente a 66,8%.

Tabela 5- Escolaridade dos participantes da pesquisa. Fortaleza-Ceará, 2008

Escolaridade	Grupo 1		Grupo 2		Grupo 3	
	f	%	f	%	f	%
Ensino fundamental completo	05	16,7	02	6,7	00	00,0
Ensino fundamental incompleto	15	50,0	19	63,3	00	00,0
Ensino médio completo	10	33,3	04	13,3	03	16,7
Ensino médio incompleto	00	00,0	00	00,0	00	00,0
Graduação completa	00	00,0	03	10,0	04	22,2
Graduação incompleta	00	00,0	02	6,7	07	38,9
Pós-graduação	00	00,0	00	00,0	04	22,2
Total	30	100,0	30	100,0	18	100,0

No que concerne à escolaridade, os dados demonstram prevalência do ensino fundamental incompleto para o grupo 1 e 2, cujo percentual equivale a 50,0% e 63,3%, respectivamente. Constata-se um percentual significativo, correspondente a 33,3% dos sujeitos do grupo 1, os quais concluíram o ensino médio. No entanto, considerando o grupo 3, verifica-se distribuição igualitária entre os profissionais que concluíram a graduação e os que obtiveram a pós-graduação, totalizando 22,2%.

Tabela 6- Religião dos participantes da pesquisa. Fortaleza-Ceará, 2008

Religião	Grupo 1		Grupo 2		Grupo 3	
	f	%	f	%	f	%
Católico	20	66,7	25	83,3	17	94,5
Evangélico	10	33,3	04	13,3	00	00,0
Espírita	00	00,0	01	3,4	01	5,5
Total	30	100,0	30	100,0	18	100,0

Os dados da pesquisa evidenciam que tanto os usuários, como os profissionais praticam a religião católica. Constata-se que, para os usuários e os profissionais de saúde, a religião católica representou relevância, destacando os seguintes percentuais: grupo 1 ( 66,7%), grupo 2 ( 83,3) e grupo 3 ( 94,5%).

Tabela 7- Tipo de ocupação dos participantes da pesquisa. Fortaleza-Ceará, 2008

Tipo de ocupação	Grupo 1		Grupo 2		Grupo 3	
	f	%	f	%	f	%
Doméstica	08	26,7	05	16,6	00	0,0
Agricultor	04	13,3	03	10,0	00	0,0
Comércio	03	6,7	03	10,0	00	0,0
Autônomo	03	13,3	05	16,6	00	0,0
Motorista	02	6,7	03	10,0	00	0,0
Agente prisionário	00	0,0	01	3,3	00	0,0
Aposentado	05	16,6	05	16,6	00	0,0
Desempregado	00	0,0	01	3,3	00	0,0
Médico	00	0,0	00	0,0	04	22,2
Residente	00	0,0	00	0,0	03	16,7
Acadêmico	01	3,3	02	6,7	07	38,8
Psicólogo	00	0,0	00	0,0	01	5,6
Técnico de enfermagem	04	13,4	00	0,0	02	11,1
Atendente de enfermagem	00	0,0	00	0,0	01	5,6
Total	30	100,0	30	100,0	18	100,0

Os dados revelam que os usuários do ambulatório de cardiologia desenvolvem de forma predominante atividades no âmbito doméstico, correspondendo a 26,7%; em contraposição, 16,6% dos usuários acompanhados na clínica de gastroenterologia também atuam no espaço familiar. Constata-se nos

grupos 1 e 2 percentual significativo de usuários aposentados. No grupo 3, prevalece acadêmicos de medicina, igual a 38,8%, e médicos, equivalente a 22,2%.

### 5.1.2 Usuários e profissionais de saúde que participaram da pesquisa qualitativa

O estudo considera as variáveis sociodemográficas, destacando as dimensões: sexo, estado civil, faixa etária, profissão e escolaridade. O Quadro 1 mostra as características partilhadas dos usuários e dos profissionais de saúde das clínicas pesquisadas que participaram da pesquisa qualitativa. Integraram este estudo, 14 participantes, sendo que 11 são usuários e três profissionais da saúde.

Quadro 1- Perfil dos usuários e profissionais que participaram da pesquisa qualitativa. Fortaleza-Ceará, 2008

Nome	Gênero	Idade	Estado Civil	Escolaridade	Profissão
1 Cravo	Masculino	52	Casado	Ensino fundamental	Autônomo
2 Jasmim	Feminino	40	Casado	Ensino fundamental	Doméstica
3 Gardênia	Feminino	50	Casado	Ensino fundamental	Doméstica
4 Lírio	Masculino	60	Casado	Ensino fundamental	Aposentado
5 Topázio	Masculino	60	Casado	Ensino fundamental	Aposentado
6 Palma	Feminino	50	Casado	Ensino fundamental	Aposentado
7 Zircônia	Feminino	48	Casado	Ensino fundamental	Aposentado
8 Rubi	Masculino	35	Casado	Ensino fundamental	Comércio
9 Rosa	Feminino	52	Casado	Ensino fundamental	Doméstica
10 Opala	Masculino	62	Casado	Ensino fundamental	Aposentado
11 Pinheiro	Masculino	40	Casado	Ensino fundamental	Servente
12 Antúrio	Masculino	45	Casado	Graduado	Médico
13 Tulipa	Feminino	46	Casado	Graduado	Médica
14 Fúresia	Feminino	48	Casado	Graduado	Enfermeira

Observa-se homogeneização em relação ao estado civil e a escolaridade dos usuários. Prevalcem pacientes que não desenvolvem atividades produtivas, uma vez que o adoecimento contribuiu para a sua aposentadoria.



Com base na pesquisa qualitativa, são demonstradas as representações sociais da qualidade da atenção nos ambulatórios clínicos da cardiologia e gastroenterologia.

## 5.2 Representações sociais da qualidade da atenção nos ambulatórios clínicos: evocações dos usuários e profissionais

As representações sociais dos usuários e profissionais de saúde acerca da qualidade da atenção no ambulatório da cardiologia e gastroenterologia são expressas em cinco temáticas: aspectos do adoecimento vivenciados pelos usuários antes e durante o tratamento, a intervenção profissional para amenizar o sofrimento (Quadro 2); relação do adoecimento com o cotidiano dos usuários; relação entre o atendimento médico e a dinâmica do tratamento (Quadro 3) e percepção da qualidade do atendimento nos ambulatórios (Quadro 4). Esses quadros foram discutidos e analisados com eixo nas representações sociais, a seguir.

Quadro 2- Representações sociais, suas categorias e subcategorias relacionadas aos temas 1 e 2

Tema 1 – Aspectos do adoecimento vivenciados pelos usuários antes e durante o tratamento		
Categorias	Subcategorias	Unidades de análise
Categoria 1(ADA) Aspectos do adoecimento	Sintomas físicos(ADA <sub>sf</sub> )	22
	Exames e administração de medicamento(ADA <sub>aedm</sub> )	07
	Sofrimento psíquico(ADA <sub>sf</sub> )	06
Categoria 2 (BES) Busca espiritual	Confiança em Deus (BES <sub>cd</sub> )	04
Tema 2 – Intervenção profissional para amenizar o adoecimento dos usuários		
Categoria 1 (PNA) Procedimento no atendimento	Exames e administração de medicamento (PNA <sub>aem</sub> )	16
	Encaminhamento para o psicólogo (PNA <sub>ep</sub> )	02
Categoria 2 (QDA) Qualidade do atendimento	Diálogo profissional <i>versus</i> paciente (QDA <sub>pvp</sub> )	05
	Bom atendimento (QDA <sub>ba</sub> )	09

Considerando os dados da pesquisa qualitativa, foi elaborado o Quadro 2, objetivando demonstrar a representação social dos temas 1 e 2. O tema 1

compreende duas categorias: aspectos do adoecimento e busca espiritual. O tema 2 abrange duas categorias: procedimento e qualidade do atendimento.

Quadro 3 - Representações sociais, suas categorias e subcategorias relacionadas aos temas 3 e 4

Tema 3 – Relação do adoecimento com o cotidiano dos usuários		
Categorias	Subcategorias	Unidades de análise
Categoria 1 (DAF) Dinâmica da família	Situações de conflitos na família (DDFscf)	08
	Equilíbrio familiar (DDFef)	07
Categoria 2 (ADA) Aspectos do adoecimento	Sintomas e administração da medicação (ADAam)	20
	Sofrimento psíquico (ADAsp)	15
Categoria 3 (BES) Busca espiritual	Confiança em Deus (BEScd)	06
Tema 4 – Relação entre o atendimento médico e a dinâmica do tratamento		
Categoria 1 (QDA) Qualidade do atendimento	Bom atendimento (QDAba)	08
	Escuta no atendimento (QDAea)	02
	Espera no atendimento (QDAena)	02
Categoria 2 (ADA) Aspectos do adoecimento	Administração da medicação (ADAam)	14
	Educação em saúde (ADAes)	02

O Quadro 3 evidencia as categorias e subcategorias dos temas 3 e 4. Considerando o tema 3, pode-se assinalar que a representação social da relação do adoecimento com o cotidiano dos usuários compreende três categorias: dinâmica da família, aspectos do adoecimento e busca espiritual.

Destarte, constata-se que, em relação ao tema 4, as representações da relação entre o atendimento médico e a dinâmica do tratamento revelam duas categorias: qualidade do atendimento e aspectos do adoecimento.

Quadro 4- Representações sociais, suas categorias e subcategorias relacionadas ao temas 5

Tema 5 – Atendimento nos ambulatórios clínicos da cardiologia e da gastroenterologia		
Categorias	Subcategorias	Unidades de análise
Categoria 1 (QDA) Qualidade do atendimento	Bom atendimento (QDAba)	42
	Espera no atendimento (QDAea)	23
Categoria 2 (AVA) Avaliação da estrutura	Equipamento com defeito (AVAed)	18
Categoria 3 (ADA) Aspectos do adoecimento	Administração de medicamento (ADAam)	06
	Sofrimento psíquico (ADAsp)	15

O Quadro 4 demonstra a representação social do tema 5, abrangendo três categorias: qualidade do atendimento, avaliação da estrutura e aspectos do adoecimento.

Considerando os dados da pesquisa qualitativa demonstrados nos quadros 2, 3 e 4, pode-se evidenciar o surgimento de um conjunto de eventos expressos pelos usuários e profissionais da saúde por meio das representações sociais sobre a qualidade da atenção, quando procuram o atendimento nos ambulatórios clínicos da cardiologia e gastroenterologia. Esses resultados revelam que os sujeitos possuem a capacidade de verbalizar seus sentimentos, emoções e pensamentos permeados de significações.

Moscovici (2003, p. 46) preconiza a idéia de que ,

As representações sociais devem ser vistas como uma maneira específica de compreender e comunicar, o que nós já sabemos. Elas ocupam, com efeito, uma posição curiosa, em algum ponto entre conceitos, que tem como seu objetivo abstrair sentido do mundo e introduzir nele ordem e percepções, que reproduzam o mundo de uma forma significativa. Elas sempre possuem duas faces, que são interdependentes, como duas faces de uma folha de papel: a face icônica e a face simbólica.

Ao desenvolver a análise das representações sociais, buscou-se aprofundar o estudo em foco, cando enriquecer a compreensão com as falas dos sujeitos. A seguir, serão apresentadas as representações, considerando os cinco temas.

### 5.2.1 Representações sociais do adoecimento vivenciado pelos usuários antes e durante o tratamento

Com base no conteúdo das falas, observam-se as manifestações de emoções, atitudes e imagens vivenciadas no cotidiano das clínicas e as representações sociais construídas pelos usuários e profissionais de saúde acerca da qualidade da atenção.

Tabela 8- Representação social do adoecimento dos usuários. Fortaleza-Ceará, 2008

Unidades de significação		Sigla	f	%
Categoria 1	Aspectos do adoecimento	ADA		
Subcategorias	Sintomas físicos	ADA <sub>sf</sub>	22	63,0
	Exames e administração de medicamento	ADA <sub>eam</sub>	07	20,0
	Sofrimento psíquico	ADA <sub>sf</sub>	06	17,0
Total		-	35	100,0

#### Categoria 1- Aspectos do adoecimento

No que se refere a categoria 1 concernente aos aspectos do adoecimento, observa-se que, na percepção dos usuários e profissionais de saúde, no processo de adoecimento evidencia-se de forma prevaiente os sintomas físicos(63%); enquanto que a realização de exames e administração de medicamento desempenham papel importante no processo de cuidado (20,0%). Constata-se que o sofrimento psíquico está presente na representação social acerca dos aspectos do adoecimento (17,0%).

A seguir, são analisadas as subcategorias relacionadas com os aspectos do adoecimento dos usuários.

#### Subcategoria 1- Sintomas físicos

Nos serviços de atenção à saúde que prima pela qualidade da assistência, é primordial reconhecer que cada ser humano reveste-se de um valor ímpar. Nesse prisma, ao realçar a natureza holística de cada pessoa, deve-se indagar sobre quais

aspectos de sua vida são importantes para o cuidado em saúde e como e com que legitimidade o profissional da saúde os abordará. Na perspectiva de Heidegger(1995), o cuidado é configurado como o elemento existencial que permite a autocompreensão e a (re)construção contínua e simultânea da condição humana. Ayres (2006, p. 69) exprime a idéia de que

[...] É fundamentalmente aí que está a importância do cuidar nas práticas de saúde: o desenvolvimento de atitudes e espaços de genuíno encontro intersubjetivo, de exercício de uma sabedoria prática para a saúde, apoiados na tecnologia, mas sem deixar resumir-se a ela a ação em saúde. Mais que tratar de um objeto, a intervenção técnica se articula verdadeiramente com um cuidar quando o sentido da intervenção passa a ser não apenas o alcance de um estado de saúde visado de antemão, nem somente a aplicação mecânica das tecnologias disponíveis para alcançar este estado, mas o exame da relação entre finalidades e meios, e seu sentido prático para o paciente.

Refletindo as premissas de Ayres (2006), observa-se que a prática de cuidado deve nortear os serviços de saúde, no qual os profissionais desenvolvem uma intervenção baseada nos princípios de humanização e valorização dos usuários, como seres humanos capazes de participarem do processo de reconstrução de sua vida e de sua saúde, em uma dimensão de integralidade.

Considerando o conteúdo das falas, pode-se verificar que estas expressam as representações sociais, surgidas em relação aos aspectos do adoecimento, nas quais emergem os significados expressos pela manifestação dos sintomas físicos.

As falas dos usuários revelam as representações sociais em relação aos sintomas vivenciados durante o processo de adoecimento, afetando seu bem-estar emocional e psicológico.

Começou com as dores na perna, e essa dor na perna nunca se acabou. Uma vez, eu fiz um exame e deu dor muscular. O médico disse que eu vou ter que ficar o resto da vida com essa dor[...]. Eu tomo anti-inflamatório quase que diariamente para a dor muscular e para pressão[...]. (Cravo).

Dor de cabeça, aquela coisa ruim no peito, angústia. Você olha, assim, no braço e você chega a tremer, coisa horrível, e a minha perna cansa, falta não poder andar [...]. Em casa, eu ando bem, mas se eu fizer qualquer esforço de varrer uma casa, já não posso mais. Eu fico em casa com aquela angústia. (Rosa).

Nesses trechos das falas dos usuários, observam-se como os sintomas físicos são relatados de forma contundente, carregado de sentimentos e sofrimento psíquico. Constata-se que essa realidade afeta a dinâmica pessoal dos sujeitos,

interferindo em suas atividades cotidianas. Além de relatar as dores vivenciadas, os sujeitos também verbalizaram que outros sintomas emergem ao longo do processo de adoecimento.

[...] com o tempo apareceu problema de pressão alta[...]. O que fez eu vim pra cá mesmo foi o cansaço, a primeira vez, não é cansaço de trabalhar, as vezes você está em casa dormindo mesmo, ai fica cansado. Eu subia a escada e ficava cansado.(Cravo).

Eu sentia mesmo era tontura, suor. Descobri que tinha pressão alta, ai fiquei me tratando. Descobri negócio de colesterol, ai fiquei me tratando. (Margarida).

Não necessariamente, ele pode sentir um sintoma. A hipertensão pode ser uma doença silenciosa, pode sentir tontura, mal estar, na maioria das vezes não tem sintoma. Se for só hipertenso não tem outros sintomas. Meu ambulatório é de hipertensão, mas o de coronariana pode vir com angina, dor no peito.(Antúrio,profissional).

Convém ressaltar que as falas foram reveladoras das representações sociais, evocadas em relação aos sintomas clínicos do adoecimento, nos quais emergiram o significado do processo de adoecer, expressos pela presença dos sintomas antes e durante o tratamento.

#### Subcategoria 2- Realização de exames e administração de medicamento

Com arrimo nas falas dos usuários, pode-se evidenciar que o modelo biomédico norteia a prática profissional nas clinicas especializadas de cardiologia e gastroenterologia, no qual o ser humano não é contemplado em sua totalidade, prevalecendo uma prática focada em intervenção que valoriza a realização de exames clínicos, laboratoriais e a terapêutica medicamentosa.

[...] resolvi vim pra cá (ambulatório), fiz um cateterismo, né? Deu normal,tinha só uma coisinha errada em uma veia, mas deu normal. O resto tava normal.(Cravo).

Bem hoje, depois de tratada, o doutor, deixa ver se eu me lembro,ele marcou pra eu fazer um cateterismo. Só que esse negócio foi feito aqui, mas não houve corte [...] Antes, eu tinha muita aceleração, né? E ficava assim, meio tonta[...]. Eu fiz (o exame) no dia 29 de setembro, e no outro dia, eu fui pra casa, ai melhorei 100%.(Girasol).

A representação social concernente aos aspectos do adoecimento foi evocada pelos usuários, enfatizando que, na clínica, há uma prática voltada para a administração de medicamento, constituindo-se como a principal terapêutica.

[...]o remédio só faz é aliviar...ele não sara, porque vem também problema na coluna, né? [...]eu tomo anti-inflamatório quase que diariamente [...]mas eu tenho que ficar sempre fazendo o acompanhamento,que esse remédio da pressão, o médico não parou, porque é para o resto da vida também.(Craco).

Depois do tratamento, eu senti pouco(sintomas). Eu sentia aquela azia, agora é muito difícil eu sentir. Sobre a gastrite, eu tomo omeprazol,e sobre a cardio, eu estou tomando três comprimidos ao dia,as vezes, a minha pressão está alta.(Topázio).

As falas dos sujeitos expressam que a representação social do adoecimento está associada a prática médica, com ênfase na terapêutica medicamentosa. Diante dessa realidade, Merhy (2002) exprime a idéia de que se devem buscar novos modelos de atenção a saúde que supere o modelo tecnoassistencial no sistema de saúde brasileiro, caracterizado pela fragmentação de suas ações e pela hegemonia de modelo biomédico, focado em procedimentos, e numa prática que reduz o sujeito a objeto, no qual o cuidado está centrado na incorporação crescente de tecnologias duras.

No entanto, é importante ressaltar que nestes casos específicos ( cardiologia e gastroenterologia), muitos pacientes dependem da medicação para o controle da doença, mas outras intervenções podem estar associadas, amenizando o sofrimento e promovendo uma vida mais saudável.

### Subcategoria 3- Sofrimento psíquico

O sofrimento psíquico está presente na trajetória existencial dos usuários, cujas falas revelam que o processo de adoecer traz embutida uma dor, que não é materializada, porém, é expressa mediante sintomas emocionais.

[...]eu sinto umas coisas, uns problemas, assim uma angústia[...] um enjôo, uma repugnância, vem de dentro de mim aquela repugnância das coisas.Às vezes, eu não tenho fome, tenho um fastio...ai aqui, disseram que eu sou cardiológica (Jasmim).

Não sinto mais a dor no estômago, mas estou muito agoniado, estressado e nervoso [...](Rubi).

Como eu já disse, a hipertensão é uma doença silenciosa. Se desenvolver uma doença coronariana, ai, sim, os sintomas podem ser os mais variados possíveis, dormência. A grande maioria é de origem psicossomática relacionada com estresse, com ansiedade, nervosismo.(Antúrio, profissional)

As representações expressas nas falas demonstram que o processo de adoecimento está permeado de sofrimento psíquico, principalmente pela mudança na dinâmica de sua vida pessoal e profissional, como também porque algumas patologias contribuem para acentuar a dor emocional. Para Dejours (1992, p.134), a “vida psíquica é, também, um patamar de integração do funcionamento dos diferentes órgãos. Sua desestruturação repercute sobre a saúde física e sobre a saúde mental”.

### Categoria 2 – Busca espiritual

Observa-se que a ênfase em relação a busca pela espiritualidade está vinculada a representação social, confiança em Deus (100,0%), expressa pelos usuários como uma forma de superar os problemas advindos do processo de adoecimento.

Tabela 9- Representação social da busca espiritual. Fortaleza-Ceará, 2008

Unidades de significação		Sigla	f	%
Categoria 2	Busca espiritual	BES		
Subcategorias	Confiança em Deus	BEScd	04	100,0
Total		-	04	100,0

### Subcategoria 1- Confiança em Deus

A dinâmica da vida faz emergir nas pessoas sentimentos e pensamentos diversos. Esse processo de subjetivação norteia a prática humana. A espiritualidade é uma dimensão particular desse processo. Conforme preconiza Boff(2001), a espiritualidade diz respeito a experiência de contato com a dimensão que vai além das realidades consideradas normais na vida humana; que as transcende. Seria a arte e o saber de tornar o viver orientado pela vivência da transcendência.

Nessa perspectiva, a espiritualidade emerge nas falas dos usuários, no qual o processo de adoecimento está vinculado a representação social de fé em um ser superior, capaz de ajudá-los nesse momento de sofrimento.



[...]e uma determinada vez, eu me internei lá, passei 23 dias, e eu pensava que ia morrer, porque morria gente de um lado, do outro, e eu no meio, .mas Deus é bom e me botou pra cá(Hospital de Messejana).(Gardênia).

Agora, graças a Deus, não estou sentindo (os sintomas). Eu me sinto é bem, enquanto estou tomando os remédios. Quando eu não tomo, eu me sinto meio pesada. Estou tomando os remédios direitinhos, Graças a Deus. (Zircônia).

Com base nas narrativas dos usuários, pode-se constatar a presença da espiritualidade norteando suas vidas, contribuindo para fortalecer suas motivações para o enfrentamento das situações advindas do processo de adoecer.

Aprofundando a temática da espiritualidade, Vasconcelos (2006, p. 33) exprime que:

Há no ser humano uma inteligência que se utiliza da imaginação e da linguagem simbólica para lidar com a avaliação do que é um bem ou um mal, para aspirar possibilidades aparentemente incoerentes com determinada situação pessoal ou social, para encontrar o sentido de situações de crise e para vislumbrar novas perspectivas de enfrentamento de impasses.

Considerando as idéias de Vasconcelos (2006), pode-se constatar pelas falas dos sujeitos, que a espiritualidade representa para os usuários uma forma de superar a vivência dos sofrimentos que norteiam o processo de adoecimento, buscando na dimensão espiritual a âncora para os enfrentamentos das situações do seu cotidiano.

Estudos em neurobiologia vêm encontrando fundamentos das bases anatômicas e fisiológicas para o processamento mental capaz de reformular ou recontextualizar uma experiência, que consoante Zohar e Marshall (2000), definem-se como inteligência espiritual.

### **5.2.2 Representações sociais da intervenção profissional para amenizar o adoecimento dos usuários**

O segundo tema apresenta as representações sociais relacionadas a intervenção profissional para amenizar o adoecimento dos usuários. Com base nos depoimentos, observa-se o surgimento de sentimentos vivenciados pelos usuários e profissionais de saúde no ambiente das clínicas.

Tabela 10- Representações sociais do procedimento no atendimento. Fortaleza-Ceará, 2008

Unidades de significação		Sigla	f	%
Categoria 1	Procedimentos no atendimento	PNA		
Subcategorias	Exames e administração de medicamento	PNAaem	16	89,0
	Encaminhamento para o psicólogo	PNAep	02	11,0
Total		-	18	100,0

### Categoria 1- Procedimentos no atendimento

Constata-se que a prática médica no contexto das clínicas baseia-se no modelo biomédico, no qual prevalece a realização de exames clínicos e a terapêutica farmacológica, totalizando 89,0%; enquanto a intervenção em uma dimensão multiprofissional, no qual o profissional privilegiou o encaminhamento para o psicólogo, correspondeu a 11,0%.

### Subcategoria 1 – Exames e administração de medicamento

As entrevistas expressam as representações sociais elaboradas em relação a intervenção profissional para amenizar o adoecimento dos usuários, nas quais emergiram as práticas médicas no âmbito do atendimento, destacando a realização de exames e administração de medicamentos.

Eu fiz o exame da esteira, e eu acho que eles acharam alguma coisa, que eu tinha que fazer cateterismo. Eu fiz dois anos atrás; não queria nem fazer, tenho tanto medo desse negócio de cirurgia. [...] O problema, que eu já sentia, tão aumentando. Essa dor no peito, que eu estou sentindo, nunca tinha sentido. Fiz até um exame, agora na emergência, com um médico particular, uma endoscopia, né? [...]. (Cravo).

Só os remédios mesmo, que eles passam. Eu vim de outro canto, pra cá. Aqui passaram outros remédios, o propanol, o captropil, só que eu estou querendo agora separar, tomar o captropil de manhã e o propanol de noite. (Jasmim).

Os discursos dos usuários revelam que há predominância de um modelo de clínica baseada na terapêutica medicamentosa, além da preferência pela

intervenção com base em tecnologias leve-dura, incluindo os saberes bem estruturados que opera no processo de trabalho em saúde, como a clínica médica, e a tecnologia dura, compreendendo os equipamentos tecnológicos.

Consoante assinala Luz(2006,p.31), “a saúde é associada na cultura presente, de dominância da ordem médico-social, à doença e sua atenção, portanto, à demanda por remédios e cuidado médico”. As narrativas dos usuários corroboram essa realidade, no qual o foco centra-se na doença, e na terapêutica farmacológica.

As falas dos usuários suscitam um repensar sobre o modo de produção do cuidado e a construção de significados para o serviço de saúde. Franco e Merhy(2005, p.182) exprimem a idéia de que “ os usuários no exercício cotidiano de busca por assistência e esta parece ser uma das formas de construção da demanda, a partir da percepção dos usuários e os sentidos que este vê nas práticas assistenciais e sua implicação com a produção da saúde”.

A busca pelo serviço de saúde ocorre por meio da percepção que o usuário tem do que é ofertado por esse serviço, no qual essa análise nem sempre é objetiva, porque ela se forma a partir de um campo simbólico. Franco e Merhy(2005,p.182) apregoam que:

A idéia de cuidado que se produz no serviço de saúde é formada por um conjunto de representações que dão significado à assistência que se presta. Se ela não for capaz de fazer com que o usuário se sinta de fato protegido, isto é, se a idéia de cuidado, traduzida em atos assistenciais, não estiver coincidindo com a dos usuários, pode tornar ruidosos os fluxos comunicantes na relação usuário-serviço de saúde e gerar conflitos e tensões que interditam a relação de cuidado.

Baremlitt (1992) postula que a demanda se constrói a partir da oferta, uma vez que ninguém demanda aquilo que sabe que não pode ser alcançado no serviço de saúde. Ceccim (2005, p. 183) assinala que:

Os usuários associam a solução de seus problemas de saúde a certos produtos realizados pelo serviço, como, por exemplo, atribuindo ao procedimento em si mesmo a satisfação de necessidades. Um fetiche, como se um exame qualquer tivesse a propriedade natural de proteger a saúde das pessoas.

Com arrimo nas falas dos usuários, constatar que há um certo “fetiche” em relação a representação do cuidado, uma vez que a realização de exames e os remédios traduzem no atendimento das necessidade de atenção a saúde.

O doutor é um excelente médico, investiga muito, solicita os exames. E depois passa o remédio para eu receber na farmácia. (Pinheiro).

A hipertensão não costuma ter sintoma, já chega com o diagnóstico, não somos nós(médico) que descobrimos. Agente dá o medicamento e tudo que for necessário, dependendo do nível de pressão. (Antônio, profissional).

Orientação da dieta, introdução de diuréticos e tratamento(quando existe) da doença de base.(Tulipa).

Constata-se que, os usuários formam uma imagem que transfere para o procedimento a expectativa de ser cuidado e protegido, quando na realidade é um recurso limitado. Corroborando esse pensamento, Merhy (2002) exprime que essa dimensão refere-se apenas a uma parte de um complexo processo produtivo da saúde, reconhecendo que a sua eficácia depende de outras ações desenvolvidas em uma dada “linha do cuidado” que se processa no interior dos serviços de saúde, determinada por processos sociais, técnicos e de subjetivação.

#### Subcategoria 2– Encaminhamento para o psicólogo

Constata-se que o contexto da atenção à saúde nas clínicas está norteada por uma prática biomédica, com predominância de tecnologia leve-dura. No entanto, imerso nesse cenário, pode-se destacar o discurso de um médico que não coaduna com essa prática hegemônica, uma vez que, amplia sua intervenção profissional, resignificando o sentido do processo saúde-doença, no qual redonda no despertar da necessidade de integrar o cuidado ao usuário em uma perspectiva interdisciplinar, expressa pelo encaminhamento ao psicólogo.

Uma das intervenções que agente (médico) tem aqui é o encaminhamento para psicólogos. Tem o serviço de cardiologia que atua, especificamente, no ambulatório de pressão arterial, e os pacientes que tem mais sintomas, que agente atribui que os sintomas são de ordem psicossomática, agente encaminha para a psicologia. (Antônio, profissional).

Pode-se considerar que, apesar do ambiente dos ambulatórios da cardiologia e gastroenterologia, objeto deste estudo, predominar o exercício da medicina centrado na doença e nos procedimentos, em que, no plano das relações, a clínica está centrada nas queixas, constata-se que existem profissionais que mantêm em sua prática um atendimento mais integral, voltado para a pessoa.

Urge, pois que mudanças sejam operacionalizadas na gestão do serviço de saúde, no sentido de incorporar o conceito de clínica ampliada. Para Favoreto(2004), o primordial da clínica se explica no cuidado ou na resposta ao sofrimento e às incertezas provenientes de processos que entravam a capacidade de se concretizar nos projetos de vida. Cunha (2005) aplica o termo “clínica ampliada” para caracterizar uma prática médica centrada no sujeito e no cuidado.

#### Categoria 2 – Qualidade do atendimento

Com base no enfoque sistêmico e, principalmente, com o intuito de avaliar a qualidade do cuidado médico, Donabedian (1988) sistematizou diversos enfoques, englobando a tríade: estrutura-processo-resultados. A estrutura refere-se aos recursos materiais, humanos e organizacionais; o processo diz respeito a relação entre profissional e usuário; e os resultados relaciona-se com o produto das ações e com a modificação no estado de saúde dos usuários.

Considerando as representações sociais elaboradas concernentes a intervenção profissional no processo de adoecimento, manifestando associação com a qualidade da atenção, destaca-se que 64,0% dos usuários percebem como bom atendimento, enquanto que 36,0% realçam a presença do diálogo entre o profissional *versus* paciente.

Tabela 11- Representações sociais da qualidade do atendimento. Fortaleza-Ceará, 2008

	Unidades de significação	Sigla	f	%
Categoria 2	Qualidade do atendimento	QDA		
Subcategorias	Diálogo profissional <i>versus</i> paciente	QDA <sub>dpp</sub>	05	36,0
	Bom atendimento	QDA <sub>aba</sub>	09	64,0
Total			14	100,0

Nesse prisma, pode-se assinalar que a avaliação dos participantes da pesquisa encontra-se na dimensão do processo, conforme a perspectiva de Donabedian (1986a), no qual a relação entre o profissional e usuários é valorizada.

### Subcategoria 1 – Diálogo profissional *versus* paciente

Convém ressaltar a dimensão subjetiva do processo de avaliação. Serapione (1999) postula que os usuários, profissionais de saúde e gestores dos serviços têm objetivos e percepções distintas em relação aos serviços de saúde; portanto, enfatizam dimensões diferentes quando avaliam a qualidade das ações de saúde.

Nessa perspectiva, constata-se que as falas dos sujeitos revelam a importância atribuída ao diálogo entre o profissional de saúde e os usuários durante o processo de atenção, compreendendo uma dimensão do cuidado.

[...] O doutor disse: não se preocupe, não, que isso não é uma cirurgia, é um exame que o senhor vai fazer para descobrir algum sintoma do coração. Simplesmente um exame. Mas, eu acho que com a idade, vai aparecendo mais coisas[...].(Cravo).

Menina, a grande intervenção foi com o doutor de Messejana, eu tinha arritmia cardíaca, e ele falou para mim: se você se cuidar, você fica muitos anos com essa arritmia.(Gardênia).

Silva Junior e Mascarenhas (2004) assinalam que a qualidade da atenção à saúde pressupõe a referência de um modelo idealizado, no qual considera um conjunto articulado de ações, com efetividade comprovada em determinadas situações de saúde e doença, desenvolvida dentro de uma relação humanizada entre a equipe e os usuários, sendo percebida satisfatoriamente por estes últimos em termos de suas expectativas.

Considerando as falas dos usuários, pode-se assinalar que, na percepção dos sujeitos, há uma relação humanizada entre os profissionais de saúde e os pacientes, no qual o diálogo constitui a base para a construção do vínculo. Silva Junior et al. (2006) configuram que os estudos avaliativos devem focar três dimensões, os quais devem orientar o olhar sobre os serviços a serem avaliados, englobando as seguintes dimensões: político-institucional, desempenho, cuidado integral e a organização da atenção. Na dimensão do cuidado integral e organização da atenção, avalia-se a integralidade, realçando os conceitos: acolhimento, vínculo-responsabilidade e qualidade de atenção, consoante sinalizam Silva Junior e Mascarenhas(2004).

## Subcategoria 2– Bom atendimento

A idéia de cuidado que se produz no serviço de saúde é formada por um conjunto de representações que dão significado à assistência que se presta e que se recebe. As falas evidenciam que os usuários percebem a qualidade da atenção, em que os profissionais de saúde, especificamente, o médico, são reconhecidos como desempenhando um bom atendimento, e manifestando a capacidade de escuta.

A doutora faz um bom atendimento, ela é paciente, passa exame de endoscopia e estou aqui para saber o resultado. (Rubi).

O doutor é muito legal. Ele escuta e atende muito bem. Passa exames e depois os remédios. Hoje, sou outro homem, eu não tenho mais dor de cabeça.(Topázio).

A qualidade do cuidado é um aspecto que precisa ser enfatizado nas práticas de saúde, principalmente diante do aumento de demanda de atenção multiprofissional, gerada pelo sofrimento e pelas dificuldades vivenciadas pelos usuários. Lacerda e Valla(2003) assinalam que, nas relações sociais, em que o vínculo, a troca e o acolhimento dos sujeitos estão presentes, emergem o apoio social e o cuidado.

Convém ressaltar que a associação do procedimento com a satisfação de necessidade dos usuários é uma construção imaginária, consoante declara Castoriadis(1995, p. 154).

[...] falamos de imaginário quando, queremos falar de alguma coisa “inventada” – quer se trate de uma invenção “absoluta”( uma história imaginada em todas as suas partes), ou de um deslizamento, de um deslocamento de sentido, onde símbolos já disponíveis são investidos de outras significações que não suas significações “normais” ou “canônicas”. Nos dois casos, é evidente que o imaginário se separa do real, que pretende colocar-se em seu lugar.

Pode-se assinalar que ao atribuir ao exame funções que ele não tem, o usuário está atuando por representações simbólicas, formando uma construção imaginária do objeto. Nesse sentido, evidencia-se que as falas dos usuários imprimem ao exame/procedimento um significado que é criado por eles mesmos, pois o procedimento não pode produzir o cuidado.

Franco e Merhy(2005) assinalam os efeitos de um imaginário que associa qualidade do cuidado ao procedimento, principalmente, pelo excesso de pedido de exames, tensão entre usuários e profissionais, pela diversidade entre a construção

imaginária da demanda e a percepção de necessidade tecnicamente orientada pelo profissional, com base na escuta qualificada.

### 5.2.3 Representações sociais da relação do adoecimento com o cotidiano dos usuários

Todas as situações vivenciadas no cotidiano humano podem corroborar o surgimento de momentos dicotômicos, os quais prevalecem situações de dores, angústia e sofrimento, como também podem emergir experiências de prazer e satisfação. No entanto, observa-se que os usuários relacionam o seu adoecimento com as mudanças processadas no âmago da família e no seu cotidiano.

Tabela 12- Representações sociais da dinâmica familiar. Fortaleza-Ceará, 2008

Unidades de significação		Sigla	f	%
Categoria 1	Dinâmica da família	DDF		
Subcategorias	Situações de conflitos na família	DDFscf	8	53,0%
	Equilíbrio familiar	DDFef	7	47,0%
Total			15	100,0

#### Categoria 1- Dinâmica da família

O processo de adoecer concorre para produzir a resignificação da vida em toda a dimensão humana, uma vez que ao vivenciar sofrimentos, os usuários percebem que a dinâmica familiar passou por mudanças, destacando que situações conflitantes podem emergir, correspondendo a 53,0%, como também momentos de equilíbrio, equivalente a 47,0%.

#### Subcategoria 1- Situações de conflitos na família

O ambiente familiar pode representar um espaço de formação e de construção da pessoa humana, no qual os valores são alicerçados; no entanto,



apesar de constituir base para o equilíbrio dos seus membros, constata-se também a existência de relações conflituosas. As falas dos usuários revelam situações de conflito no relacionamento entre os filhos e entre as gerações.

Fico irritado, brigo com os filhos e perco, às vezes, a paciência com a minha mulher (Rubi).

Irrita-me com facilidade, por que minha mãe é impertinente e eu não consigo falar com ela direito (Zircânia).

Com arrimo nas falas dos usuários, constata-se que as relações sociais produzidas no ambiente familiar pode contribuir para gerar sofrimento psíquico.

#### Subcategoria 2– equilíbrio na família

Sawaia (2005) reconhece a relevância da família como sustentáculo da formação humana e da construção de afeto.

A escolha da família se justifica graças à sua principal característica, o valor afeto. [...] esta é a principal força que explica sua permanência na história da humanidade. Ela é o único grupo que promove, sem separação, a sobrevivência biológica e humana, isto é, a sobrevivência na concepção espinosana de movimento, ao mesmo tempo de conservação e de expansão (SAWAIA, 2005, p.43).

Corroborando as idéias de Sawaia (2005), pode-se assinalar que a família desempenha papel essencial, principalmente pela capacidade de gerar seres humanos com potencialidade para a liberdade e a criatividade.

As falas dos usuários demonstram a família como um espaço de equilíbrio.

[...] Eu tenho bom relacionamento com a minha mulher. Sou aposentado e faço parte do conselho de saúde do bairro (Opala).

[...] Graças a Deus, trabalho por conta própria, não sou preocupado com nada. Não tenho dívida, moro em casa própria, tenho três filhos, todos casados. Não tenho preocupação [...].(Cravo).

Considerando as falas dos pacientes, pode-se inferir que a família constitui espaço antagônico, uma vez que emergem situações de harmonia e de ajuda mútua, como também momentos norteados por conflitos de valores e de atitudes.

## Categoria 2 – Aspectos do adoecimento

A vida humana caracteriza pela polaridade de sentimentos e experiências. Por um lado, o homem vivencia momentos de prazer, satisfação, construção de si mesmo, e, do outro, podem emergir situações e experiências que geram sofrimentos emocionais.

Tabela 13- Representações sociais do adoecimento

Unidades de significação		Sigla	f	%
Categoria 2	Aspectos do adoecimento	ADA		
Subcategorias	Sintomas e administração da medicação	ADAsam	20	57,0
	Sufrimento psíquico	ADA <sub>sp</sub>	15	43,0
Total			35	100,0

Contata-se que ao elaborar as representações sociais referentes ao adoecimento, os sujeitos revelam duas subcategorias: sintomas e administração da medicação ( 57,0%) e sofrimento psíquico(43,0%).

### Subcategoria 1- Sintomas e administração da medicação

O conceito ampliado de saúde, formulado na histórica VIII Conferência Nacional de Saúde, preconiza que:

Em sentido amplo, a saúde é a resultante das condições de alimentação, habitação, educação, renda, meio ambiente, trabalho, transporte, emprego, lazer, liberdade, acesso e posse da terra e acesso aos serviços de saúde. Sendo assim, é principalmente resultado das forças de organização social, de produção, as quais podem gerar grandes desigualdades nos níveis de vida. (BRASIL, 1986, p.4).

As premissas demonstradas no conceito ampliado de saúde revelam a importância das dimensões econômica, social e política na produção da saúde e da doença nas coletividades. O texto preconiza como princípios e diretrizes para o

Sistema Único de Saúde a universalidade, a integralidade, a equidade, a descentralização, a regionalização e a participação social.

Constata-se que nas clínicas de cardiologia e gastroenterologia, os profissionais não estão revestidos da compreensão de saúde numa perspectiva ampliada, uma vez que prevalece a concepção biomédica, baseada na primazia do conhecimento anatomopatológico e no enfoque mecanicista do corpo, cujo modelo assistencial está centrado no indivíduo, na doença, no hospital e no médico.

Observa-se nas falas dos usuários, que o médico norteia sua intervenção com base na sintomatologia e terapêutica farmacológica.

[...]Eu estava sentindo muita dor no peito.[...] você vai fazer esse exame, que é a endoscopia, que eu fiz. Só deu uma gastrite leve, depois você vai no cardiologista.(Cravo).

[...] Quando estou fazendo o almoço, vem uma gastura, às vezes, corro e vou tomar um banho. Eu já estive internada de pressão [...].depois que eu vou tomar os remédios. A minha pressão, às vezes, sobe, mas é pouco, eu tomo os remédios, captropil e propano. Eu não preciso me internar mais[...]. (Jasmim).

Constata-se que as falas evidenciam a necessidade de mudança na prática profissional do médico, uma vez que a visão biomédica é restrita, não gerando a compreensão da saúde como uma dimensão ampla, abrangendo os aspectos social, culturais, econômicos e políticos.

#### Subcategoria 2 – sofrimento psíquico

Considerando a dicotomia saúde/doença mental, deve-se perceber que se trata de um processo que manifesta a especificidade das condições da vida humana, realçando a capacidade dos indivíduos para o enfrentamento dos desafios e conflitos apresentados pela realidade cotidiana.

As falas dos usuários revelam que o adoecimento humano está revestido de sofrimento psíquico, ressaltando que as situações vivenciadas ao longo de suas vidas nos diversos contextos sociais contribuem para acentuar a dimensão psicológica.

[...] Minha mãe casou com meu pai e ele não queria, por esse motivo ele nunca entrou em nossa casa. Minha mãe era triste por isso ( choro). [...] É todos estes problemas que tive, tenho mágoas do meu avô por ter feito minha mãe sofrer. Sou estressado, meio nervoso.(Rubi).

[...] Também, por eu não poder ficar muito tempo em pé, me cansa os braços e isso tudo me angustia, me prejudica para eu viver melhor.(Zircônica).

Convém salientar que o sofrimento psíquico depende de alguns fatores, como a história de vida, o contexto sociocultural em que a pessoa está imersa e os desdobramentos dos eventos em uma situação concreta. Sampaio e Messias(2002, p. 151) preconizam a idéia de que:

Sufrimento psíquico é o conjunto de mal-estares e dificuldades de conviver com a multiplicidade contraditória de significados, multiplicidade esta oriunda das contradições agudas ou crônicas entre consciência/objetividade e das heterogeneidades reais do mundo objetivo.

Com arrimo nos conceitos de Sampaio e Messias (2002), o sofrimento psíquico dos usuários é manifestado no contexto do processo de adoecimento, afetando sua vida pessoal e familiar.

### Categoria 3 – Busca espiritual

Uma dos aspectos de suma relevância da vida humana compreende a dimensão espiritual, principalmente pela capacidade de fortalecer a fé e a esperança frente às vicissitudes do cotidiano.

Tabela 14- Representações sociais da busca espiritual. Fortaleza-ce, 2008

Unidades de significação		Sigla	f	%
Categoria 3	Busca espiritual	BES		
Subcategorias	Confiança em Deus	BEScd	06	100,0
Total			06	100,0

Considerando a relação entre o adoecimento e a dinâmica da vida cotidiana, observa-se que os usuários utilizam como estratégias de superação dos seus problemas a confiança em Deus, cujo resultado obteve 100,0%.

### Subcategoria 3 – confiança em Deus

Consoante Vasconcelos (2006), a história tem mostrado um ser humano em constante processo de construção. Ser que vivencia situações e limitações em seu corpo, na sua inteligência; ser enraizado em um determinado tempo e contexto social e cultura. No entanto, em diversas situações e dificuldades vivenciadas, o ser humano potencializa seus esforços mentais e psicológicos para buscar a superação dos entraves encontrados no seu cotidiano. Nessa perspectiva, as falas dos entrevistados revelam que a confiança em Deus está norteando as atitudes e expectativa dos usuários, objetivando, principalmente superar as dificuldades advindas do processo de adoecimento.

[...] Vai chegando uma idade, a gente só quer saber de viver com saúde, com Deus. Primeiramente com Deus, segundo com saúde, porque se você não se poupar, ninguém ajuda você a se poupar. (Gardênia).

[...] Negócio de gastro, eu não estava comendo nada, mas graças a Deus, estou podendo comer é tudo. Eu tomo vários remédios também. (Lívio).

Historicamente, o ser humano tem-se mostrado um ser capaz de ação de protesto. Recusa-se sempre a aceitar a realidade na qual está imersa. Ele não se encaixa em nenhum sistema social. Nos momentos difíceis, revitaliza suas forças e elabora estratégias de superação. Nesse prisma, observa-se que as falas estão repletas do sentido de confiança em Deus, principalmente para conviver com o processo de adoecimento.

#### **5.2.4 Representações sociais do atendimento médico e a dinâmica do tratamento**

Os usuários e os profissionais elaboram as representações sociais concernente ao atendimento médico e a dinâmica do tratamento, enfatizando principalmente aspectos da qualidade do atendimento.

## Categoria 1- Qualidade do atendimento

Com o intuito de se avaliar a qualidade do cuidado fornecido pelos serviços de saúde, torna-se primordial conceituar qualidade. Consoante preconizam Rutstein et al. (1987), qualidade é o efeito do cuidado sobre a saúde do indivíduo e da população. Por outro lado, Donabedian(1986b), define qualidade, englobando dois fatores: um que contempla o aspecto técnico do cuidado e outro concernente a relação interpessoal entre o cliente o provedor do cuidado. Convém ressaltar que, estes aspectos vão gerar resultados, ou seja impactos na saúde.

Tabela 15- Representações sociais da qualidade do atendimento. Fortaleza-Ce, 2008

	Unidades de significação	Sigla	f	%
Categoria 1	Qualidade do atendimento	QDA		
Subcategorias	Bom atendimento	QDAba	08	66,8
	Escuta no atendimento	QDAea	02	16,6
	Espera no atendimento	QDAena	02	16,6
Total		-	12	100,0

Berwick (1994) reconhece que a qualidade da assistência nos serviços de saúde deve ser definida como a satisfação das necessidades dos clientes, enfatizando que é para eles que devem ser dirigidas as estratégias na busca da qualidade. Na percepção dos usuários, as significações concernentes a qualidade do atendimento englobam as seguintes subcategorias: bom atendimento (66,8%); escuta no atendimento (16,6%); e espera no atendimento(16,6%).

### Subcategoria 1- Bom atendimento

O processo do cuidado inclui a competência técnica dos profissionais de saúde e os aspectos interpessoais e humanísticos da relação entre os provedores e os usuários. Consoante Lohr (1988), a competência técnica está intrinsecamente relacionada aos conhecimentos, habilidades e a “ciência” do cuidado à saúde. A

dimensão humana do cuidado reconhece a necessidade de integridade e compaixão por parte de quem proporciona o cuidado, cujo relacionamento está pautado no respeito mútuo entre o médico e o paciente, principalmente pelo reconhecimento da dignidade de ambas as partes.

As falas dos usuários revelam que a representação da qualidade do atendimento está vinculada a competência técnica dos profissionais da saúde, principalmente, a atuação médica, com ênfase na dimensão do bom atendimento.

O atendimento médico é bom. [...] É que o prazer da gente é ter aquele médico que fala pra gente, aquele que se interessa por você [...]. Mas, todos os médicos, as enfermeiras são legais. O atendimento e tudo é ótimo, não tenho nada contra ninguém, não.(Gardênia).

Pelo menos aqui, eu sou bem atendido. Toda vez que eu venho aqui, sou bem atendido. Tem problema não, e ajuda a gente vir pra cá, fazer uns exames e saber o que tem para poder se prevenir, né? E aqui, eu não senti dificuldade, não.(Topázio).

As falas dos usuários foram unânimes em asseverar que no ambulatório das clínicas especializadas predomina um atendimento com qualidade, realçando uma prática norteada pelo bom atendimento. Essa realidade remete a reflexão sobre a importância da construção de redes de cuidado. Ceccim (2005) visualiza a rede numa perspectiva circular, com múltiplas entradas, conforme a necessidade dos usuários, assegurando as possibilidades de satisfação das necessidades por meio do desenho de fluxos, consoante uma “malha de cuidados ininterruptos” organizados de forma progressiva.

Ceccim (2005) advoga algumas implicações geradas pelo trabalho em malha:

- a) acessibilidade- cada nó pode e deve conectar-se a outros nós, o que implica acesso irrestrito da população;
- b) resolutividade- projetos terapêuticos devem ser formulados diante das histórias de vida dos usuários;
- c) preservação da autonomia- o trabalho em saúde, constituído em malha, implica capacidade de maleabilidade, demandando, uma prática de escuta.

## Subcategoria 2 – Escuta no atendimento

Considerando o cuidado, como fio tecedor da integralidade, deve-se repensar a atitude e o trabalho dos profissionais de saúde. Stotz (1991) advoga que

as necessidades de saúde são social e historicamente determinadas ou construídas, entretanto, elas só podem ser captadas em uma dimensão individual. Cecilio (2001) propõe uma taxonomia de necessidades agrupadas, compreendendo quatro aspectos: ter boas condições de vida; ter acesso a tecnologia de saúde; ter vínculos afetivos de confiança nos profissionais e ter graus crescentes de autonomia. A capacidade e disponibilidade de ouvir os usuários e suas necessidades, interagindo com eles, ressaltando seus contextos e seu modo de levar a vida.

A qualidade do atendimento foi expresso pela fala de um dos usuários como a capacidade de escuta no atendimento.

Já lhe disse que o doutor e a doutora são maravilhosos. Eles nos ouvem, passam medicamentos. Agora, já estou bem melhor, graças a eles.(Opala).

Com o intuito de proporcionar respostas organizacionais para melhor escuta das necessidades dos usuários, algumas experiências reconhecem o acolhimento como instrumento para repensar a organização do trabalho, dos serviços e da política (MERHY; BUENO; FRANCO, 1999).

### Subcategoria 3 – Espera no atendimento

Consoante preconiza Malik (1996), na prática, a avaliação do processo de atendimento baseia-se nos procedimentos realizados, na adequação do tratamento e nas relações de comunicação e formas de relacionamento dos profissionais e da organização com os pacientes e suas famílias, na eficiência no fluxo de pacientes e curtos períodos de espera.

Ao avaliar a qualidade do atendimento, o usuário sinaliza aspectos negativos concernentes a espera, embora reconheça que após a longa demora para ser atendida, o médico atua com resolutividade para atender sua necessidade de saúde.

Venho para a consulta que é muito demorada para ser atendida, mas na hora que chamam, o médico passa os exames e remédio. O meu retorno só é depois de três meses.(Rubi).

Com base na fala do usuário, o qual reconhece que o atendimento no ambulatório não atende a dimensão qualitativa da atenção a saúde, uma vez que os pacientes ficam aguardando a consulta, principalmente, pela demanda reprimida do



serviço, sendo necessário o usuário esperar por um período extenso, afetando dessa forma o processo de cuidado.

Nesse prisma, sugere-se que a reorganização dos serviços de saúde tenha como pressuposto a produção do cuidado, um processo de trabalho usuário-centrado e relações acolhedoras, capazes de produzir vínculos, num processo produtivo que enfatiza as tecnologias mais relacionais para a assistência aos usuários.

### Categoria 2 – Aspectos do adoecimento

O campo da saúde depara-se com transformações relevantes, em decorrência da conjuntura socioeconômica determinada pela política do capitalismo globalizado. A dimensão psicossocial e os limites do modelo médico hegemônico em lidar com as queixas do adoecimento sinalizam para a necessidade de se repensar a organização das práticas de saúde ofertadas pelos serviços públicos.

Tabela 16 – Representações sociais do adoecimento. Fortaleza-Ce, 2008.

	Unidades de significação	Sigla	f	%
Categoria 2	Aspectos do adoecimento	ADA		
Subcategorias	Administração da medicação	ADAam	14	87,5
	Educação em saúde	ADAes	02	12,5
Total		-	16	100,0

Considerando as representações sociais do adoecimento, observa-se que os usuários enfatizam aspectos interrelacionados: a administração da terapêutica medicamentosa (87,5%) e a prática de educação em saúde (12,5%), os quais estão descritos como subcategorias.

### Subcategoria 1 – Administração da medicação

Para Gonçalves (1994), a idéia de resolutividade dos serviços deveria passar pelo conceito epidemiológico de eficácia, que considera a relação de associação causal entre o uso de uma determinada tecnologia e as modificações nas características desse evento, abrangendo a dimensão individual e coletiva, por meio de indicadores de saúde. Campos (1988) assinala que, para os serviços assistenciais,

a resolutividade deve voltar-se para o atendimento da demanda que procura à unidade de saúde, gerando ações eficazes que produzam sentimentos satisfatórios aos usuários.

Com base nas falas dos usuários e dos profissionais de saúde, pode-se constatar que a representação social do adoecimento está relacionada a capacidade resolutiva do médico, no sentido de administrar a terapêutica medicamentosa.

Ajudou muito, porque os médicos passam remédio, eu melhorei. E fiz exame de endoscopia, estou aguardando o resultado. (Rosa)

Foi à melhor coisa que esse ambulatório fez por mim. Sou bem atendido. Passa medicamento, faço exame e já fui encaminhado para o cardiologista. Esse hospital é muito bom e completo. (Pinheiro).

Pode ajudar, a medida que é feito o diagnóstico correto e dá a medicação correta e se faz o encaminhamento. Agora, a adesão dele, ou não, não vai mais depender do médico, vai depender dele, do meio social dele e das condições ambientais. (Antúrio, profissional).

Junqueira e Inojosa (1990) relacionam a resolutividade de um serviço à garantia de acesso do usuário a todos os níveis de assistência, enfatizando a importância do sistema de referência e contra-referência implementado no modelo de assistência a saúde.

Os depoimentos dos usuários e profissionais de saúde demonstram que, apesar de haver resolutividade das demandas a saúde, constata-se a predominância do modelo hegemônico de organização de prestação de serviços, em que valoriza-se a biomedicina, privilegiando a objetivação dos problemas de saúde e o desenvolvimento de tecnologias, no sentido de salientar aspectos biológico-mecânicos, produzindo intervenções nessa dimensão.

Diante dessa realidade, Merhy(1998) reconhece que essa prática pode redundar na perda da dimensão cuidadora do trabalho dos profissionais de saúde, ao serem priorizadas as tecnologias estruturadas e dependentes de equipamentos, com o intuito de alcançar a objetivação de problemas de saúde e descontextualizando-os da realidade dos pacientes. Salienta-se que o enfoque nas tecnologias duras e leve-dura pode diminuir a capacidade de percepção das necessidades dos usuários pelos profissionais e substituir o diálogo de sujeitos pela intermediação de exames e procedimentos, podendo resultar em êxito técnico.

## Subcategoria 2 – Educação em saúde

O processo de trabalho em sua micropolítica deve ser compreendido como um cenário de disputa de distintas forças instituintes. O trabalho vivo em ato norteia-se pela criatividade permanente do trabalhador em ação, numa dimensão pública e coletiva, podendo inventar novos processos de trabalho.

Nesse prisma, pode-se observar que, ao elaborar as representações sociais do adoecimento, o profissional da saúde reconhece a importância de construir novas abordagens para lidar com o processo de adoecer, enfatizando que devem ser elaboradas ações voltadas para a educação em saúde.

Otimização do tratamento, educação em saúde, orientação medicamentosa.( Fresia, profissional).

A fala do profissional de saúde reconhece que o trabalho vivo em ato operacionalizado pelos cuidadores deve nortear-se pela otimização do tratamento e pela prática fundamentada nos princípios da educação em saúde.

Conceber o trabalho em saúde como princípio educativo, constitui um caminho para se realizar mudanças. Por meio do ensino, da pesquisa e dos serviços, pode-se produzir saúde a partir de um conjunto de práticas que consideram as seguintes dimensões: a alteridade com os usuários, permitindo uma nova estética da clínica; o reconhecimento da necessidade de uma clínica baseada na valorização das pessoas; a autonomia dos usuários, respeitando a liberdade de escolha da terapêutica (PINHEIRO, et al., 2005).

### **5.2.5 Representações sociais do atendimento no ambulatório de cardiologia e gastroenterologia: significações dos usuários e dos profissionais**

A avaliação das práticas cotidianas está relacionada a um julgamento que se elabora com base em percepções do senso comum, a técnicas não sistemáticas de observação e à análise de juízos de valor dicotômicos. A pesquisa avaliativa diz respeito ao julgamento que se constrói sobre as práticas sociais com arrimo na elaboração de uma pergunta sobre as características dessas práticas por meio de recurso a metodologias científicas (SILVA, 2005).

Tabela 17 - Representações sociais da qualidade do atendimento. Fortaleza-Ce, 2008

	Unidades de significação	Sigla	f	%
Categoria 1	Qualidade do atendimento	QDA		
Subcategorias	Bom atendimento	QDAba	42	64,6
	Espera no atendimento	QDAea	23	35,4
Total		-	65	100,0

Considerando as representações sociais elaboradas pelos usuários e profissionais de saúde referente a qualidade do atendimento, pode-se observar o desmembramento de duas subcategorias: bom atendimento ( 64,6%) e espera no atendimento (35,40%).

#### Categoria 1- Qualidade do atendimento

Consoante preconizam Rutstein et al. (1987), qualidade pode ser compreendida como os impactos gerados pelo cuidado sobre a saúde dos indivíduos e da comunidade como um todo. Aprofundando a temática, Donabedian (1986) advoga que a qualidade abrange a dimensão técnica do cuidado e as relações sociais que norteiam o diálogo entre o usuário e os profissionais de saúde.

Com base na percepção dos pacientes e profissionais dos ambulatórios da cardiologia e da gastroenterologia, a representação social da qualidade do atendimento compreende as seguintes subcategorias:

#### Subcategoria 1 – Bom atendimento

A qualidade pode ser enfocada numa dimensão ampla, abrangendo o máximo que se pode esperar ao melhorar o estado de saúde de um indivíduo, dentro dos limites dos conhecimentos atuais e da capacidade do cliente em melhorar sua saúde (DONABEDIAN; WHEELER; WIASKI, 1982).

Com base na rede de serviços hierarquizados, assinala-se que o bom atendimento pode estar relacionado aos recursos tecnológicos locais e à sua articulação com os outros níveis de atenção à saúde.

A representação social dos usuários em relação a qualidade do atendimento nos ambulatórios especializados está relacionado ao bom atendimento, conforme pode-se observar nos seguintes depoimentos.

O atendimento é muito bom, sempre fui muito bem atendida. Apenas, as pessoas são muitas e os profissionais são poucos. Muita carência de tudo.(usuário, gastro).

No que se refere ao tratamento médico hospitalar é bom, mas deve aumentar a quantidade de gente para atender, pois o número de pessoas é muito grande [...]. (usuário, cardio).

É muito bom. Fui bem recebido. A doutora faz um bom atendimento. A atendente trata bem. Fiz endoscopia e fui bem tratado. (usuário, gastro).

O atendimento é bom, acho que aqui será tratado direito e será curado.(usuário, cardio).

O atendimento é bom, mas muito moroso. (usuário, cardio).

As falas revelam que nos ambulatórios a qualidade do cuidado está embasada pelo bom atendimento entre os profissionais e os usuários. No entanto, os sujeitos sinalizam alguns problemas, tais como: extensa demanda e poucos profissionais para atender.

#### Subcategoria 2 – Espera no atendimento

Convém ressaltar que o processo do cuidado que norteia a prática profissional na saúde deve embasar sua intervenção na competência técnica do provedor e nos aspectos humanos de respeito e confiança. Conforme Lohr (1988), a competência técnica caracteriza pelo domínio de conhecimentos, habilidades e, primordialmente, a “ciência” do cuidado; enquanto a dimensão humana realça a integridade por parte de quem proporciona o cuidado.

Na prática, a avaliação do processo baseia-se na adequação do tratamento e condutas, nas relações de comunicação, na eficiência no fluxo de pacientes e curtos períodos de espera (MALIK, 1996).

As falas dos usuários dos ambulatórios da gastroenterologia e cardiologia demonstram que há unanimidade na percepção de que o tempo de espera é extenso, afetando a qualidade do atendimento.

A sala de espera nos ambulatórios é horrível e o tempo de espera é grande. A espera é para tudo. Marcação de consulta para outro ambulatório é uma eternidade. (usuário, gastro).

Melhorar o atendimento para ser mais rápido, pois o exame é muito demorado. Estava marcado uma endoscopia para as 13:00 hs. e só foi atendido às 18:00 hs.[...]. (usuários, gastro).

Demora muito, porque tem muita gente [...]. Marcar as consultas é muito difícil, tem que vir de madrugada e marca para muito distante (muitos meses), por isso demora para fazer a cirurgia. (usuário, cardio).

O ruim é a demora, a espera e a marcação dos exames, que é muito demorada entre o pedido do médico e a realização do mesmo.(usuário, cardio).

Com base nas falas dos usuários, pode-se assinalar que a espera no atendimento traz como consequência o desgaste físico e psicológico dos pacientes, além de contribuir para dificultar a resolutividade dos problemas de saúde.

Salienta-se que as falas dos profissionais de saúde concorrem para a análise de que a demora no atendimento afeta psicologicamente os usuários, reconhecendo que a espera é proveniente da demanda.

[...] Contudo, é também realizado com agilidade e responsabilidade, o que compensa a espera decorrente da alta demanda, mas que não repara os estragos no paciente decorrentes da espera/demora para diagnosticar a doença.(profissional, psicólogo).

Necessitando melhorar as condições físicas, melhorar a farmácia e a fila de espera ( profissional, professor).

O atendimento médico é bom, mas o médico custa a chegar, e os pacientes se estressam bastante, por causa da demora (profissional, técnica de enfermagem).

Os profissionais de saúde percebem que nos ambulatórios os processos de trabalho devem ser melhorados, objetivando atender com qualidade os usuários. Consoante preconiza Donabedian (1992), a avaliação do resultado da intervenção pode englobar alterações no estado de saúde e na satisfação com o cuidado.

Com arrimo nas falas dos usuários e dos profissionais de saúde, pode-se verificar que o atendimento nos ambulatórios especializados não atendeu plenamente a demanda, uma vez que o fator espera no atendimento afetou a qualidade da assistência.

## Categoria 2- Avaliação da estrutura

O processo saúde-doença possui múltiplas determinações causais. Almeida Filho e Rouquayrol (2002) advogam que a ação dos serviços de saúde constitui um dos fatores atuando sobre o estado de saúde de indivíduos e populações em contextos sócio-econômicos, políticos e culturais complexos.

Usuários dos serviços, profissionais e gestores têm objetivos e percepções divergentes concernentes aos serviços de saúde, priorizando aspectos específicos e diferentes quando avaliam a qualidade das ações de saúde.

Tabela 18- Representações sociais da avaliação da estrutura. Fortaleza-Ce, 2008

Unidades de significação		Sigla	f	%
Categoria 2	Avaliação da estrutura	AVA		
Subcategorias	Equipamento com defeito	AVAed	18	100,0
Total		-	18	100,0

Considerando as representações sociais concernentes a avaliação da estrutura, constata-se que, na percepção dos usuários, os equipamentos apresentam-se com defeito ( 100,0%).

### Subcategoria 1 – Equipamento com defeito

Donabedian (1988) postula um modelo de avaliação da qualidade do cuidado, abrangendo a dimensão da estrutura, processo e resultados. Enfatiza que a estrutura refere-se aos recursos materiais, humanos e organizacionais.

Ao avaliar a dimensão da estrutura dos ambulatórios, os usuários percebem que os equipamentos apresentam defeitos, afetando a resolutividade da atenção a saúde.

Os exames, às vezes, marca e chega e a máquina está quebrada e isto é muito ruim.(usuário, cardio).

[...] os exames costumam ser marcados e quando é marcado, o aparelho quebra. (usuário, cardio).

A espera é grande, às vezes, não tem médico ou a máquina quebra.(usuário, gastro).

Convém ressaltar a importância da avaliação do cuidado, sendo imprescindível a seleção das características ou atributos das práticas e serviços a serem avaliadas. Com esteio nas falas dos usuários, observa-se que a estrutura do serviço é avaliada de forma negativa, enfatizando as condições precárias dos equipamentos, contribuindo para dificultar a resolutividade das ações de saúde.

### Categoria 3- Dimensões do adoecimento

Convém ressaltar a reorganização dos serviços de saúde, tendo como princípio norteador a produção do cuidado, um processo de trabalho norteador por relações acolhedoras, capazes de produzir vínculos, em um processo produtivo que realça as tecnologias relacionais para a assistência aos usuários.

Constata-se que, nos ambulatórios especializados, objeto desta pesquisa, predomina o modelo médico hegemônico, ao priorizar seu componente técnico em detrimento da dimensão humana, se afastando, dessa forma, do sujeito doente.

Tabela 19- Representações sociais do adoecimento. Fortaleza-ce, 2008

Unidades de significação		Sigla	f	%
Categoria 3	Dimensões do adoecimento	ADA		
Subcategorias	Administração de medicamento	ADAam	06	28,6
	Sufrimento psíquico	ADAsp	15	71,4
Total		-	21	100

A representação social do processo de adoecimento revela duas subcategorias: a administração de medicamento, correspondente a 28,6% e a dimensão do sofrimento psíquico, equivalente a 71,4%.



## Subcategoria 1 – Administração de medicamento

Os usuários relacionam a solução de seus problemas de saúde a certos produtos realizados pelo serviço, atribuindo ao procedimento em si mesmo, a satisfação de necessidades. O usuário forma uma imagem que coloca no procedimento toda expectativa de ser cuidado, quando na realidade é um recurso que não atende a dimensão plena da assistência integral a saúde.

As falas dos usuários e de um médico-residente expressam que a terapêutica medicamentosa está norteando à intervenção profissional, associando à qualidade do atendimento a prática biomédica.

Com relação ao ambulatório é muito bem atendida e consegue fazer todos os seus exames e receber alguns remédios.[...] (usuário, cardio).

[...] Foi passado um medicamento pelo doutor, onde ele tirou o café, coca-cola, pimenta, farinha, etc. e agora está bem.[...]. (usuário, cardio).

Acompanha a mãe há 11 anos, os médicos compreendem, explicam sobre o tratamento e usa de medicamento e fala sobre a importância da alimentação.[...]. (usuário, cardio).

O atendimento muitas vezes é desorganizado e, geralmente, não se busca um alívio mais concreto dos sintomas, ou um diagnóstico definitivo; havendo apenas manutenção dos medicamentos [...]. (profissional, médico-residente).

Convém reconhecer que a associação do procedimento com a satisfação de necessidades dos usuários é uma construção imaginária. Castoriadis (1995, p. 154) postula que:

[...] falamos de imaginário quando queremos falar de alguma coisa “inventada” – quer se trate de uma invenção “absoluta” (“uma história imaginada em todas as suas partes”), ou de um deslizamento, de um deslocamento de sentido, onde símbolos já disponíveis são investidos de outras significações que não suas significações “normais” ou “canônicas”. Nos dois casos, é evidente que o imaginário se separa do real, que pretende colocar-se em seu lugar.

Com base nas idéias de Castoriadis (1995), o imaginário se utiliza do simbólico para se expressar. Na realidade dos ambulatórios, pode-se observar que, é como se usuário imprimisse ao exame/procedimento um significado que é criado por ele mesmo e representasse algo que não é real.

## Subcategoria 2 – Sofrimento psíquico

O processo de sofrimento psíquico depende de alguns fatores primordiais, destacando a história social, o ambiente cultural, no qual os indivíduos estão inseridos e os encadeamentos dos acontecimentos ao longo da trajetória existencial. Vivenciar perdas afetivas ou momentos de frustrações pode desencadear ou não, um sofrimento, dependendo do momento em que se internalizam determinados conteúdos.

Ao vivenciar o processo de adoecimento, as falas dos usuários revelam sofrimento psíquico, principalmente, pela forma como se organiza os ambulatórios especializados, cuja espera no atendimento contribui para acentuar os sofrimentos.

Existe muito demora, porque marcam as consultas para um mesmo horário, o que gera impaciência, angústia e desgaste emocional.(usuário, cardio).

Gostaria que as pessoas que vêm do interior tivessem prioridades, para que não demorasse tanto, pois a viagem já é muito cansativa, gerando muita ansiedade, impaciência, angústia e dor. (usuário, cardio).

[...]. Fui motorista e agora estou com pressão alta e fico muito nervoso e me afofo com facilidade. (usuário, cardio).

Considerando as falas dos usuários, pode-se asseverar que o sofrimento psíquico está presente na dinâmica da vida dos pacientes, principalmente, ao vivenciar o processo de adoecer.

Sampaio e Messias (2002) advogam que o sofrimento psíquico engloba o conjunto de mal-estares, destacado as múltiplas dificuldades de conviver com os significados contraditórios. O ser humano depara-se com dificuldades em elaborar planos e definir sentidos para a vida.

### **5.3 Análise fatorial de correspondência: evocações elaboradas por usuários e profissionais de saúde**

Para a coleta dos dados desta pesquisa, foi utilizada a técnica de associação livre de palavras, uma vez que constitui um instrumento essencial para

acessar conteúdos latentes e afetivos dos sujeitos. O teste de associação livre(TAL) foi constituído de quatro estímulos indutores no processo de evocação das palavras, compreendendo: a) sofrimento, b) paciente, c) profissional e d) atendimento médico. Os resultados da pesquisa foram processadas por meio do software *Tri-Deux-Mots*, versão 2.2 (CIBOIS,1995) e a interpretação ocorreu mediante a Análise Fatorial de Correspondências(AFC).

Constata-se que um total de 1530 palavras foram evocadas pelos 78 sujeitos da pesquisa em resposta aos estímulos indutores, obtendo 486 termos diferentes. Os estímulos indutores foram aplicados em um grupo representado por usuários e profissionais dos ambulatórios de cardiologia e gastroenterologia de um hospital universitário. A técnica adotada possibilita a elaboração de eixos que evidenciam os resultados apresentados num campo representacional e distribuídos de maneira oposta sobre os fatores  $F_1$  e  $F_2$ . Essa formação gráfica reproduz a atração expressa entre as variáveis fixas (sujeitos-pacientes, profissional; origem- cardiologia, gastroenterologia e idade) e as variáveis de opinião (respostas aos estímulos indutores).

Os fatores podem ser identificados na representação gráfica por meio da distinção de cores. O fator  $F_1$ , horizontal e de cor vermelha, revela os resultados relevantes e consistentes da pesquisa, enquanto o  $F_2$ , vertical e de cor azul, completa os resultados no  $F_1$ . Portanto, os fatores  $F_1$  e  $F_2$  foram os de maior contribuição, concentrando as principais informações das respostas evocadas pelos sujeitos no TALP. O fator  $F_1$  alcançou 58,9 da variância total de respostas (valor próprio = 0,0139) e o segundo fator, 16,8% da variância total de respostas (valor próprio = 0,0396), perfazendo um total de 75,7% da variância total dos dados, o que dá confiabilidade às afirmações propostas neste capítulo.

Será apresentada a estrutura do gráfico e a oposição entre as representações expressas pelos usuários e profissionais do ambulatório de cardiologia e endocrinologia. Nesse prisma, a leitura do gráfico foi realizada por meio das palavras evocadas com base na distribuição dos eixos (fatores  $F_1$  e  $F_2$ ).

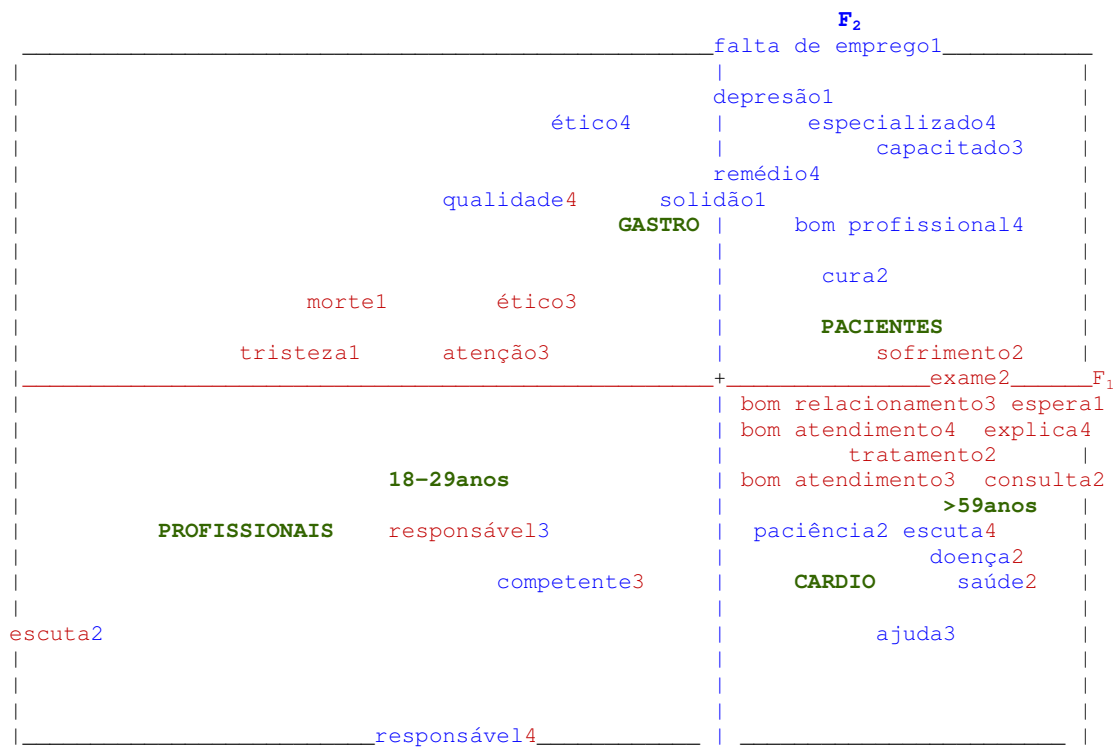


Gráfico 1- Representação gráfica dos Fatores 1 e 2.  
Fonte: Pesquisa direta (2008).

Os estímulos indutores serão apresentados no Quadro 5, com os respectivos sujeitos deste estudo.

Quadro 5- Relação dos estímulos indutores e dos sujeitos da pesquisa. Fortaleza-Ce, 2008

Estímulos indutores	Sujeitos
Sufrimento	Grupo 1- usuários dos ambulatórios da cardiologia e gastroenterologia
Paciente	
Profissional	Grupo 2 – profissional dos ambulatórios da cardiologia e gastroenterologia
Atendimento médico	

Com base nos resultados da pesquisa, pode-se observar que, dentre as respostas evocadas, concernentes ao primeiro estímulo indutor (sofrimento), destacam-se, nos discursos dos usuários, com idade superior a 59 anos, a expressão: espera (CPF=30). Pode-se constatar que, para esse grupo, o sofrimento é representado pela espera no atendimento, revelando que o tratamento junto ao ambulatório reveste-se de sofrimento, principalmente, porque o paciente depara-se com uma demanda de usuários que necessitam de cuidados médicos, como também a própria organização do serviço. Verifica-se que para os usuários, o sofrimento está relacionado ao atendimento e ao ambiente da clínica; não se referindo, portanto, ao sofrimento em uma dimensão psicológica.

A pesquisa qualitativa corrobora esses resultados, haja vista que as falas dos usuários e dos profissionais de saúde evidenciam que no processo de atendimento nas clínicas de cardiologia e da gastroenterologia, o fator espera é uma realidade, afetando a qualidade do atendimento.

Para os profissionais, inseridos na faixa etária de 18 a 29 anos, as respostas evocadas referentes ao primeiro estímulo indutor (sofrimento) foram as expressões: tristeza (CPF=73) e morte (CPF=23). Observa-se que, para esse grupo, o sofrimento é representado pela tristeza que pode ser vivenciada em situações do cotidiano e pela morte, revelando a associação com perdas afetivas, corroborando a idéia de que a representação dos profissionais acerca do sofrimento enquadra-se em uma dimensão psicológica. Convém salientar que essas verbalizações se fazem presentes nos discursos dos usuários.

Continuando o trajeto sobre o eixo 1 ( $F_1$ ), constatam-se as evocações manifestas com relação ao estímulo 2 (paciente), por guardarem interfase com o primeiro estímulo. Nesse contexto, destacam-se, no lado positivo de  $F_1$ , as palavras: sofrimento (CPF=21), exame (CPF=23), tratamento (CPF=26), consulta (CPF=20), doença (CPF=40) e saúde (CPF=22). Pode-se depreender que os usuários constroem a representação social do paciente, relacionando com aspectos concernentes ao tratamento, cuja intervenção profissional está voltada para a hegemonia do modelo biomédico, com os procedimentos técnicos, como a realização de exame, no intuito de produzir a saúde. Observa-se que os sentidos das palavras evocadas estão associados com os sofrimentos que a doença gera, requerendo um tratamento sistemático.

Considerando as falas dos usuários e profissionais de saúde, pode-se observar que, os depoimentos revelam que o processo de adoecimento está revestido de sofrimento psíquico. Também, constata-se que há uma prática médica que privilegia as tecnologias dos procedimentos, tais como exames, consultas.

Em contrapartida, pode-se identificar, no extremo oposto (lado negativo do eixo 1), que as falas dos profissionais relatam a necessidade de uma postura no atendimento que envolva a escuta (CPF=165). Constata-se que a representação dos profissionais está relacionada com a capacidade de se relacionar com os pacientes, construindo uma escuta qualitativa em relação as suas queixas. A pesquisa qualitativa demonstrou que, na percepção dos usuários, a escuta constitui uma prática que norteia a intervenção médica.

Para os usuários, a representação social do estímulo 3 (profissional) está associada a evocação das seguintes palavras: bom relacionamento (CPF=25) e bom atendimento (CPF=28). Pode-se inferir que os pacientes criam uma expectativa de que o atendimento no ambulatório seja norteado por um relacionamento com qualidade entre paciente e equipe de saúde. No entanto, as palavras evocadas pelos profissionais foram: responsável (CPF=64), competente (CPF=70), ético (CPF=33), atenção (CPF=30). O sentido dessas palavras tem uma forte associação com a construção de um perfil profissional que esteja baseado em atitudes éticas e que o profissional seja capaz de proporcionar atenção e atuar com competência e compromisso.

Com base na pesquisa qualitativa, pode-se verificar que as falas dos usuários corroboram o resultado da Análise Fatorial de Correspondência,

principalmente, ao avaliar a qualidade do atendimento nos ambulatórios, ressaltando a característica de “bom atendimento”.

Outro aspecto observado diz respeito a dimensão do atendimento médico que se constitui como o estímulo 4, uma vez que as evocações anteriores têm potencial ligação com ele. Pôde-se constatar que os usuários idealizam o atendimento que esteja fundamentado no bom atendimento (CPF=56) e no profissional que explica(CPF=20), revelando a importância de ser orientado em relação a sua doença, como também a relevância de um atendimento com qualidade, expresso pela escuta (CPF=27). As falas concorrem para consolidar esse resultado, uma vez que, na percepção dos usuários, o atendimento nos ambulatórios revela uma dimensão qualitativa, ressaltando que a intervenção médica norteia-se pelo “bom atendimento” e pela capacidade de “escuta” no processo de assistência a saúde.

Em contraposição, constata que, os profissionais representam o atendimento médico, evocando as seguintes palavras: responsável(CPF=103) e qualidade(CPF=33). Essa representação sinaliza a importância dos profissionais da saúde desempenhar suas atividades laborais com qualidade, uma vez que seu trabalho está relacionado com a promoção da saúde e do bem-estar dos usuários.

Conforme a oposição entre as falas dos entrevistados das duas clínicas, observa-se que os participantes da gastroenterologia representam o sofrimento (estímulo 1) como falta de emprego(CPF=92), depressão(CPF=69) e solidão(CPF=21). Pode-se assinalar que o desemprego pode constituir fonte de sofrimento, uma vez que afeta diretamente as condições de sobrevivência da família. Em relação ao ambulatório da cardiologia, a representação do estímulo 1 não foi verbalizada, uma vez que não se registrou homogeneidade da representação do sofrimento. No entanto, no ambulatório da gastroenterologia é muito forte a representação desse estímulo.

A representação social do estímulo 2(paciente), na perspectiva dos participantes do ambulatório da gastroenterologia, refere-se a evocação da palavra cura(CPF=29), uma vez que os usuários objetivam a cura. A representação dos usuários da cardiologia está relacionada com as palavras: paciência(CPF=29), doença (CPF=44), saúde(CPF=25) e escuta(CPF=27). Pode observar que, na perspectiva dos usuários da cardiologia, ser paciente representa ter uma atitude revestida de paciência, uma vez que são doenças crônicas e o tratamento requer um

acompanhamento sistemático e contínuo. Ressalta-se que ao verbalizar escuta, o paciente está representando seu desejo de ser ouvido e acolhido pela equipe de saúde. Pode-se observar que as falas dos usuários revelam a importância da escuta no processo de atendimento nos ambulatórios especializados. Salienta-se que as outras dimensões da representação social do estímulo 2 (paciente) não foram identificadas nos depoimentos.

A representação social do estímulo 3 (profissional), na perspectiva dos participantes do ambulatório da gastroenterologia, refere-se a evocação da palavra capacitado (CPF=49). Nesse prisma, pode-se assinalar a importância do profissional manifestar em seu cotidiano de trabalho atitudes que denotem capacidade de agir com confiança e domínio teórico-prático, contribuindo, dessa forma, para proporcionar saúde e alívio da dor dos pacientes.

Para os integrantes do ambulatório da cardiologia, a representação social do estímulo 3 (profissional) está associado a ser responsável (CPF=64), competente (CPF=70) e que estabelece uma relação de ajuda (CPF=50). Nessa perspectiva, constata-se que, para os usuários desse ambulatório, o profissional deve nortear sua prática nos princípios de humanização, destacando a valorização da competência, da responsabilidade e do cuidado expresso pela ajuda durante todo o processo de assistência à saúde.

Considerando o estímulo 4, pode-se observar que na percepção dos integrantes do ambulatório da gastroenterologia, o atendimento médico está relacionado com remédio (CPF=61), qualidade (CPF=33), especialização (CPF=44) e bom profissional (CPF=29). Os usuários desse ambulatório desejam um atendimento com resolutividade, cuja evocação relacionada a palavra especialização é muito forte nesse ambiente. Pode-se constatar nas falas dos usuários e profissionais de saúde que o modelo biomédico está presente nos ambulatórios, com ênfase na terapêutica farmacológica.

Constata-se em relação ao estímulo 4, que os integrantes do ambulatório da cardiologia, cuja doença reveste-se de sintomas crônicos, representam o atendimento médico como responsável (CPF=103), reconhecendo a importância da intervenção profissional está norteadada pela capacidade de escuta (CPF=27) qualitativa e acolhedora. Em contraposição, os participantes do ambulatório da gastroenterologia deseja que seu atendimento seja realizado por profissionais que sejam especializado, expresse qualidade e que administrem medicamentos. As



falas dos usuários ressaltam a importância da escuta, principalmente, pela importância do cuidado a saúde está revestida dos princípios de valorização da pessoa humana.

Será apresentada a distribuição das frequências relativas das principais verbalizações em ordem decrescente e segundo os termos indutores da amostra total dos sujeitos, equivalente a 87. Ressalta-se que essa abordagem possibilita apenas a visualização de elementos consensuais da pesquisa.

Tabela 20- Distribuição das frequências das evocações dos estímulos 1 e 2. Fortaleza-Ce, 2008

Estímulo 1- sofrimento	f	%	Estímulo 2 - paciente	f	%
Dor	50	29,8	Cura	29	17,0
Angústia	46	27,3	Tratamento	22	12,8
Doença	18	10,7	Doente	19	11,1
Tristeza	17	10,1	Paciência	17	9,9
Espera	13	7,7	Remédio	15	8,8
Stress	10	6,0	Doença	14	8,2
Depressão	08	4,8	Exame	13	7,6
Solidão	06	3,6	Espera	13	7,6
			Doente	08	4,7
			Escuta	08	4,7
			Sofre	07	4,1
			Paciente	06	3,5
Total	168	100,0	Total	171	100,0

Fonte: Elaboração própria, com base nas informações do arquivo referente ao programa IMPMOT( software *Tri-Deux-Mots*), 2008.

Conforme a Tabela 20, as representações sociais dos usuários e profissionais de saúde em relação ao estímulo 1, sofrimento, evidenciam a predominância das evocações dor (29,8%), angústia ( 27,3%), doença ( 10,7%) e tristeza(10,1%). Convém salientar que, o processo de adoecimento gera sofrimento para os pacientes das clínicas da cardiologia e gastroenterologia, expresso principalmente pela representação da dor e angústia. No que se refere ao estímulo 2, paciente, pode-se observar que as representações sociais construídas pelos usuários e profissionais demonstram predominância das seguintes evocações: cura(17,0%), Tratamento (12,8%), doente(11,1%), paciência (9,9%).

Tabela 21- Distribuição das freqüências das evocações dos estímulos 3 e 4. Fortaleza-Ce, 2008

Estímulo 3- profissional			Estímulo 4 - Atendimento médico		
	f	%		f	%
Bom atendimento	19	17,1	Bom atendimento	28	21,4
Competente	17	15,3	Escuta	18	13,7
Ético	13	11,7	Bom profissional	13	9,9
Respeito	11	10,0	Explica	10	7,6
Médico	10	9,0	Atenção	09	6,9
Responsável	10	9,0	Remédio	09	6,9
Trabalho	09	8,1	Compromisso	09	6,9
Ajuda	08	7,2	Capacitado	08	6,1
Capacitado	08	7,2	Responsável	08	6,1
Bom relacionamento	06	5,4	Ético	07	5,3
			Boa relação médico- paciente	06	4,6
			Especializado	06	4,6
Total	111	100,0	Total	131	100,0

Fonte: Elaboração própria, com base no programa IMPMOT( software *Tri-Deux-Mots*), 2008.

Consoante a Tabela 21, as representações sociais dos usuários e profissionais de saúde em relação ao estímulo 3, profissional, demonstram prevalência das seguintes palavras: bom atendimento (17,1%), competência (15,3%), ético (11,7%) e respeito (10,0%). Esse resultado sinaliza que, na percepção dos sujeitos, o profissional expressa uma atitude de cuidado, revelada principalmente pelas evocações ético e respeito.

Concernente ao estímulo 4, atendimento médico, pode-se constatar que as representações sociais elaboradas pelos usuários e profissionais de saúde demonstram predominância das seguintes evocações: bom atendimento(21,4%), escuta (13,7%) e bom profissional (9,9%). Essas representações expressam que, na perspectiva dos participantes da pesquisa, o atendimento médico caracteriza-se pelos princípios de humanização, valorizando o atendimento com qualidade. Convém salientar que, os entrevistados destacam, com uma freqüência menor, as seguintes evocações para demonstrar as representações sociais do atendimento médico: explica(7,6%), atenção(6,9%), remédio(6,9%), compromisso(6,9%).

As Tabelas apresentadas revelam o panorama geral das principais evocações manifestas no Teste de Associação de Livre de Palavras; no entanto, não

permitem uma aproximação significativa das representações dos sujeitos, pois englobam, indistintamente, as respostas dos grupos que, manifestam fortes dissimilaridade na sua forma de representar o objeto. Nesse prisma, destaca-se a necessidade de se imergir profundamente nas particularidades dos sujeitos, principalmente destacando a diferença e similaridades entre os grupos.

Torna-se primordial retomar as principais verbalizações, em um arranjo comparativo entre os três grupos da pesquisa. Recorreu-se ao dicionário de palavras (Anexo B), uma vez que estão discriminados todos os vocábulos proferidos durante a coleta de dados do Teste de Associação Livre de Palavras. Foi realizada a recontagem dos termos no intento de distinguir e contabilizar as palavras por grupo e estímulo indutor como sistematizado nas Tabelas, a seguir especificadas.

Tabela 22-Distribuição das evocações dos estímulos 1 e 2 nos distintos grupos. Fortaleza-Ce, 2008

Estímulo 1- Sofrimento	Grupo 1		Grupo 2		Grupo 3		Estímulo 2 Paciente	Grupo 1		Grupo 2		Grupo 3	
	f	%	f	%	f	%		f	%	f	%	f	%
Angustia	12	25,6	19	21,8	15	30,6	Doença	14	14,6	00	0,0	00	0,0
Dor	11	23,4	23	26,4	16	32,6	Paciente	12	12,5	06	8,3	00	0,0
Espera	09	19,1	04	4,7	00	0,0	Tratamento	12	12,5	10	13,7	00	0,0
Doença	06	12,8	08	9,2	04	8,2	Cura	11	11,4	18	24,6	00	0,0
Stress	05	10,6	05	5,8	00	0,0	Doente	09	9,4	10	13,7	08	22,2
Ansiedade	04	8,5	00	0,0	00	0,0	Remédio	08	8,3	07	9,6	00	0,0
Depressão	00	0,0	08	9,2	00	0,0	Exame	07	7,3	06	8,2	00	0,0
Falta de emprego	00	0,0	07	8,0	00	0,0	Saúde	07	7,3	00	0,0	00	0,0
Tristeza	00	0,0	07	8,0	10	20,4	Consulta	06	6,3	00	0,0	00	0,0
Solidão	00	0,0	06	6,9	00	0,0	Espera	05	5,2	08	10,9	00	0,0
Choro	00	0,0	00	0,0	04	8,2	Sofrimento	05	5,2	00	0,0	00	0,0
							Escuta	00	0,0	00	0,0	08	22,2
							Sofre	00	0,0	00	0,0	07	19,5
							Paciência	00	0,0	00	0,0	05	13,9
							Confiança	00	0,0	00	0,0	04	11,1
							Ajuda	00	0,0	00	0,0	04	11,1
							Acompanha	00	0,0	04	5,5	00	0,0
							Hospital	00	0,0	04	5,5	00	0,0
Total	47	100	87	100	49	100	Total	96	100	73	100	36	100

Fonte: Elaboração própria, com base no programa IMPMOT( software *Tri-Deux-Mots*), 2008.

Concernente ao estímulo 1 , sofrimento, pode-se constatar que todos os grupos constroem as representações sociais , destacando de forma prioritária as seguintes evocações: angústia ( grupo1- 25,5%; grupo 2- 21,8% e grupo 3- 30,6); dor ( grupo – 23,4%; grupo 2 – 26,4%, grupo 3- 32,6%); doença ( grupo 1 – 12,8%; grupo 2 – 9,2%; grupo 3 – 8,2%). Pode-se observar que, para o grupo 3, profissionais de saúde, a representação social do sofrimento teve a maior frequência em relação as palavras angústia e dor.

Convém destacar que o grupo 1 e 2 são convergentes em relação a representação social do sofrimento, revelada pela espera no atendimento, com os seguintes percentuais ( grupo 1- 19,1%; grupo 2-4,7%). O grupo 3 não elaborou a representação supramencionada. Convém destacar que somente o grupo 3 elaborou a representação social do sofrimento, realçando a palavra tristeza, correspondente a um percentual significativo (20,4%). Os grupos 1 e 2 não elegeram a referida representação.

No que se refere ao estímulo 2, paciente, constata-se consonância entre os três grupos, os quais expressam a representação social com a palavra doente ( grupo 1- 9,4%; grupo 2 – 13,7%, grupo 3 – 22,2%). Constata-se convergência entre os grupos 1 e 2, em relação a representação social do paciente, destacando as palavras: paciente ( grupo 1-12,5%; grupo 2 – 8,3%); tratamento ( grupo 1 – 12,5%; grupo 2 – 13,7%); cura ( grupo 1 – 11,4; grupo 2 – 24,6%).

Ressalta-se que, somente o grupo 1, usuários da cardiologia, evoca a doença como representação social do paciente. Os grupos 2 e 3 não elege esta palavra como representação. Convém também destacar que apenas o grupo 3, profissionais, constrói a representação social do paciente, destacando as seguintes palavras: escuta (22,2%); sofre (19,5%) e paciência(13,9%).

A Tabela 22 evidencia as representações sociais dos usuários e profissionais de saúde, em relação ao estímulo 3, profissional, destacando que os três grupos foram unânimes ao evocar a ética ( grupo 1- 14,5%; grupo 2- 18,6%; grupo 3- 12,5%), como a principal representação para o profissional, revelando que a dimensão dos comportamentos éticos devem nortear a atuação no âmbito da assistência a saúde.

Tabela 23- Distribuição das evocações dos estímulos 3 e 4 nos distintos grupos.  
Fortaleza-Ce, 2008

Estímulo 3- Profissional	Grupo 1		Grupo 2		Grupo 3		Estímulo 4- Atendimento	Grupo 1		Grupo 2		Grupo 3	
	f	%	f	%	f	%		f	%	f	%	f	%
Bom atendimento Trabalho	12	21,8	07	16,3	00	0,0	Bom atendimento Escuta	17	37,8	11	12,8	00	0,0
Ajuda	08	14,5	0,0	0,0	00	0,0	Remédio	00	0,0	09	10,5	00	0,0
Competente	07	12,7	0,0	0,0	10	25,0	Especializado	00	0,0	06	7,0	00	0,0
Bom relacionamento Respeito	06	10,9	0,0	0,0	00	0,0	Solucionar problemas Eficiente	00	0,0	05	5,8	00	0,0
Ético	08	14,5	08	18,6	05	12,5	Ético	00	0,0	07	8,2	00	0,0
Capacitado	00	0,0	08	18,6	00	0,0	Capacitado	00	0,0	08	9,3	00	0,0
Médico	00	0,0	06	13,9	04	10,0	Bom profissional	05	11,1	08	9,3	00	0,0
Qualificado	00	0,0	05	11,6	00	0,0	Explica	05	11,1	05	5,8	00	0,0
Honesto	00	0,0	05	11,6	00	0,0	Compromisso	00	0,0	05	5,8	04	17,4
Qualidade	00	0,0	04	9,4	00	0,0	Qualidade	00	0,0	09	10,5	05	21,7
Responsável	00	0,0	00	0,0	10	25,0	Responsável	00	0,0	00	0,0	08	34,8
Atenção	00	0,0	00	0,0	05	12,5	Atenção	05	11,1	04	4,6	00	0,0
							Boa relação	00	0,0	00	0,0	06	26,1
Total	55	100	43	100	40	100	Total	45	100	86	100	23	100

Fonte: Elaboração própria, com base no programa IMPMOT( software *Tri-Deux-Mots*), 2008.

Concernente a representação social do profissional, os grupos 1 e 2 foram congruentes ao evocar o bom atendimento (grupo 1- 21,8%; grupo 2 - 16,3%), Na percepção desses grupos, a qualidade da atenção está vinculada a capacidade de exercer um atendimento humanizado.

Observa-se que, na percepção dos grupos 1 e 3, a representação social do profissional é convergente, os quais evocaram a palavra competente ( grupo 1 – 12,7%; grupo 3 – 25,0%). Para esses grupos, a capacidade de ser competente constitui uma das características principais do profissional.

As representações sociais dos usuários e profissionais de saúde do grupo 1 são manifestas por meios das seguintes palavras: trabalho(16,4%); ajuda (14,5%); bom relacionamento (10,9%) e respeito(9,2%). Salienta-se que o grupo 2 expressa as seguintes evocações: capacitado (18,6%), qualificado(11,6%) e honesto(11,6%); enquanto o grupo 3 elabora as palavras: responsável (25,0%) e atenção(12,5%).

## 6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A pesquisa buscou apreender as representações sociais dos pacientes e profissionais de saúde concernente a qualidade da atenção, revelada por práticas de humanização, escuta, acolhimento, responsabilização, tratamento, ética, principalmente quando procuram o atendimento em ambulatórios clínicos de gastroenterologia e cardiologia. Para o alcance dos objetivos propostos, utilizou-se a abordagem qualitativa e quantitativa, como uma ferramenta primordial para legitimar as inferências deliberadas, principalmente, por permitir compreender o objeto de pesquisa em várias dimensões e perspectivas. Nesse prisma, os dados da pesquisa revelam o mundo simbólico representacional da qualidade do atendimento, ressaltando as dimensões do sofrimento e das mudanças provenientes do processo de adoecimento, os quais afetam a vida cotidiana dos usuários.

A pesquisa qualitativa revelou que as representações sociais acerca da qualidade do atendimento são expressas pelos usuários e profissionais de saúde, compreendendo cinco temáticas, com suas categorias e subcategorias: tema 1, aspectos do adoecimento vivenciados pelos usuários antes e durante o tratamento.

No que se refere a categoria 1, aspectos do adoecimento, observa-se que, no processo de adoecimento evidencia-se de forma prevaiente os sintomas físicos; enquanto que a realização de exames e administração de medicamento desempenham papel importante no processo de cura. Constata-se que o sofrimento psíquico está presente na representação social acerca dos aspectos do adoecimento. Concernente a categoria 2, busca espiritual, observa-se que a ênfase em relação a busca pela espiritualidade está vinculada a representação social, confiança em Deus, expressa pelos usuários como uma forma de superar os problemas advindos do processo de adoecimento.

Concernente ao tema 2, intervenção profissional para amenizar o adoecimento dos usuários, verifica-se que a representação social dos usuários compreende as seguintes evocações: categoria 1, procedimentos no atendimento. Constata-se que a prática médica no contexto das clínicas baseia-se no modelo biomédico, no qual prevalece a realização de exames clínicos e a administração de medicamento; verifica-se também a intervenção em uma dimensão multiprofissional, no qual privilegiou o encaminhamento para o psicólogo. No que se refere a categoria 2, qualidade do atendimento, observa-se que os usuários realçam a

presença do diálogo entre o profissional *versus* paciente, enfatizando que os profissionais manifestam bom atendimento.

No que se refere ao tema 3, relação do adoecimento com o cotidiano dos usuário, pode-se observar que os pacientes e profissionais elaboram as seguintes representações sociais: categoria 1, dinâmica da família, destacando que situações conflitantes podem emergir, como também momentos de equilíbrio. No tocante a categoria 2, aspectos do adoecimento, constata-se que ao elaborar as representações sociais, os sujeitos revelam que os sintomas e administração da medicação torna-se uma realidade durante todo o processo de adoecer, além de reconhecer que os sofrimentos psíquicos estão interligados a experiência de vivenciar a dor proveniente de sua problemática. No que se refere a categoria 3, busca espiritual, observa-se que os usuários utilizam como estratégias de superação dos seus problemas a confiança em Deus.

Concernente ao tema 4, relação entre o atendimento médico e a dinâmica do tratamento, constata-se a construção das seguintes representações sociais: categoria 1, qualidade do atendimento, destacando que, os usuários percebem que no ambiente da clínica prevalece uma prática médica caracterizada pelo bom atendimento e escuta qualitativa; no entanto, reconhece que há muitas demandas, concorrendo para a espera no atendimento. Referente a categoria 2, aspectos do adoecimento, observa-se que os usuários enfatizam que a prática profissional está permeada pelo modelo biomédico que valoriza a administração da terapêutica medicamentosa; no entanto, reconhece que há uma intervenção profissional que salienta a educação em saúde.

No que se refere ao tema 5, atendimento nos ambulatórios clínicos da cardiologia e gastroenterologia, verifica-se a evocação das seguintes representações sociais: categoria 1, qualidade do atendimento. Os usuários percebem que a intervenção profissional está norteada pelo bom atendimento; no entanto, ressaltam que, a espera no atendimento, afeta a qualidade da atenção a saúde. No que concerne a categoria 2, avaliação da estrutura; constata-se que, na percepção dos usuários, os equipamentos apresentam defeito, afetando a qualidade da atenção. Referente a categoria 3, aspectos do adoecimento, constata-se que, na percepção dos usuários, nos ambulatórios, a intervenção profissional privilegia a terapêutica medicamentosa; também reconhecem que o processo de adoecimento contribui para gerar sofrimento psíquico.

Com base nos resultados da Análise Fatorial de Correspondência processada pelo software *Tri-Deux-Mots*, observa-se que, concernente ao estímulo 1 (sofrimento), os usuários destacam a expressão espera. Para esse grupo, o sofrimento está relacionado ao atendimento e ao ambiente da clínica. As falas evidenciam que no processo de atendimento nas clínicas, o fator espera é uma realidade, afetando a qualidade do atendimento. Para os profissionais, as respostas evocadas referentes a esse estímulo foram as expressões: tristeza e morte. Com relação ao estímulo 2 (paciente), destacam-se, no lado positivo de  $F_1$ , as palavras sofrimento, exame, tratamento, consulta, doença e saúde. Pode-se identificar no extremo oposto, que as falas dos profissionais relatam a necessidade de uma atitude no atendimento que valorize a escuta.

Para os usuários, a representação social do estímulo 3 (profissional) está associada a evocação das palavras: bom relacionamento e bom atendimento. No entanto, os profissionais salientam as seguintes expressões: responsável, competente, ético, atenção. Em relação ao estímulo 4, os usuários representam o atendimento médico, evocando as palavras: bom atendimento, explica e escuta. No entanto, os profissionais representam o atendimento com as palavras responsável e qualidade. Com arrimo na abordagem qualitativa, constata-se que as falas dos usuários concorrem para o resultado da Análise Fatorial de Correspondência, principalmente, ao reconhecer que o atendimento nos ambulatórios está norteado pelo “bom atendimento”.

Observa-se que os participantes da gastroenterologia representam o sofrimento (estímulo 1) como falta de emprego, depressão e solidão. Em relação ao ambulatório da cardiologia, a representação desse estímulo não foi verbalizada, uma vez que não se registrou homogeneidade da representação do sofrimento. A representação social do estímulo 2 (paciente), na perspectiva dos participantes do ambulatório da gastroenterologia, refere-se a cura. A representação dos usuários da cardiologia está relacionada com as palavras: paciência, doença, saúde e escuta.

A representação social do estímulo 3 (profissional), na perspectiva dos participantes do ambulatório da gastroenterologia, refere-se a ser capacitado. Para os integrantes do ambulatório da cardiologia, a representação desse estímulo está associado a ser responsável, competente e que estabelece uma relação de ajuda. Nesse prisma, salienta-se a relevância do profissional expressar em seu cotidiano de trabalho atitudes que denotem capacidade de agir com competência e



comprometimento, contribuindo, dessa forma, para proporcionar um atendimento com qualidade.

Considerando o estímulo 4, pode-se observar que na percepção dos integrantes do ambulatório da gastroenterologia, o atendimento médico está relacionado com remédio, qualidade, especialização e bom profissional. Os integrantes do ambulatório da cardiologia representam o atendimento médico como responsável e com capacidade de escuta. A pesquisa qualitativa concorre para consolidar esse resultado, uma vez que, na percepção dos usuários e dos profissionais de saúde, o atendimento nos ambulatórios revela uma dimensão de humanização e cuidado a saúde.

## REFERÊNCIAS

- ABRIC, Jean-Claude. A Abordagem estrutural das representações sociais. In: MOREIRA, A.S.P.M.; OLIVEIRA, D.C. de O. (Orgs). **Estudos interdisciplinares de Representação social**. Goiânia: AB, 1998.
- ALMEIDA-FILHO, N.; ROUQUAYROL, M. Z. **Introdução à epidemiologia**. 3 ed. Rio de Janeiro: MEDSI, 2002.
- ARENDT, H. **A condição humana**. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2001.
- AYRES, J. R.C.M. Hermenêutica e humanização das práticas de saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 10, n. 3, p. 549-560, 2005.
- \_\_\_\_\_. Cuidado e humanização das práticas de saúde. In: DESLANDES, S.F. (Org.). **Humanização dos cuidados em saúde: conceitos, dilemas e práticas**. Rio de Janeiro, Fiocruz, 2006.
- \_\_\_\_\_. O cuidado, os modos de ser(do) humano e as práticas de saúde. **Saúde e Sociedade**, v.13, n.3, p. 16-29, 2004.
- \_\_\_\_\_. Cuidado e humanização das práticas de saúde. In: DESLANDES, S.F. (Org.). **Humanização dos cuidados em saúde: conceitos, dilemas e práticas**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2006.
- \_\_\_\_\_. Sujeito, intersubjetividade e práticas de saúde. **Ciência & Saúde Coletivo**, v. 6, n.1, p. 63-72, 2001.
- BARROS, C. A.; GUIMARÃES, L. A. M. Lesões por esforços repetitivos – L.E.R: Aspectos psicológicos. In L. A. M. GUIMARÃES, L.A.M.; GRUBITS, S. (Orgs.). **Saúde mental e trabalho**. v. 1, São Paulo: Casa do Psicólogo, 1999.
- BASAGLIA, F. **A psiquiatria alternativa: contra o pessimismo da razão, o otimismo da prática**. São Paulo: Brasil Debates, 1980.
- BARDIN, L.A. **Análise de conteúdo**. Lisboa: Edições 70, 1977.
- BAREMBLITT, G. **Compêndio de análise institucional e outras correntes: teoria e prática**. Rio de Janeiro: Rosa dos Tempos, 1992.
- BARRETO, M.L. Por uma epidemiologia da saúde coletiva. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v.1, p. 104-122, 1998.
- BAUER, M. W.; GASKELL, G. **Pesquisa qualitativa com texto, imagem e som: um manual prático**. Petrópolis: Vozes, 2002.

BERWICK, D. M. **Melhorando a qualidade dos serviços médicos, hospitalares e da saúde**. São Paulo: Makron Books, 1994.

BRANT L. C. **Sujeito e sofrimento entre trabalhadores que ocupam cargo gerencial**. 2001. Dissertação (Mestrado em Epidemiologia). Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2001.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. VIII Conferência Nacional de Saúde. **Anais...**, Brasília:Ministério da Saúde, 1986.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar**. Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde- NOB-SUS 01/93**. Brasília: Ministério da Saúde, 1993.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Conselho Nacional de Saúde. Resolução 196/96, **Ética nas Pesquisas**. Brasília: Ministério da Saúde, 1996.

BRASIL. Constituição, 1988. **República Federativa do Brasil**. Brasília: Senado Federal, Centro Gráfico, 2006.

BRÊDA, M. Z. et al. Duas estratégias e desafios comuns: a reabilitação psicossocial e a saúde da família. **Rev Latino-am Enfermagem**, v. 13, n.3, p. 450-452, 2005.

BIRMAN, J. **Arquivos do mal-estar e da resistência**. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2006.

BOFF, L. **Espiritualidade: um caminho de transformação**. Rio de Janeiro: Sextante, 2001.

BORGES, L. de O.; ARGOLO, J. C. T. Estratégias organizacionais na promoção da saúde mental do indivíduo podem ser eficazes? In: JACQUES, M. G.; CODO, W. (Orgs.). **Saúde mental & trabalho: leituras**. Petrópolis: Vozes, 2002.

CAMON, V.A.A (Org.). **Psicologia da saúde**. São Paulo: Pioneira, 2000.

CAMPOS, G. W. S. Subjetividade e administração de pessoal: considerações sobre modos de gerenciar o trabalho em equipes de saúde. In: MERHY,E.E.; ONOCKO, R.(Orgs.). **Agir em saúde: um desafio para o público**. 2 ed. São Paulo: Hucitec, 2002.

CAMPOS, F. E. **Resolutividade**: uma aproximação à avaliação qualitativa dos serviços de saúde. 1988. Tese( Doutorado em Saúde Pública)- Escola Nacional de Saúde Pública/ FIOCRUZ, Rio de Janeiro, 1988.

CAMARGO JR. Das necessidades de saúde à demanda socialmente constituída. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R.A. (Org.) **Construção social da demanda**: direito à saúde, trabalho em equipe, participação e espaços públicos. Rio de Janeiro: IMS/UERJ, CEPESC, ABRASCO, 2005.

CASTORIADIS, C. **A instituição imaginária da sociedade**. São Paulo: Paz e Terra, 1995.

CECCIM, R. B. Onde se lê “ Recursos humanos da saúde”, leia-se “coletivos organizados de produção da saúde”: desafios para a educação. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (Orgs.). **Construção social da demanda**: direito à saúde, trabalho em equipe, participação e espaços públicos. Rio de Janeiro: CEPESC/UERJ/ABRASCO, 2005.

\_\_\_\_\_. Equipes de saúde: a perspectiva entre-disciplinar na produção dos atos terapêuticos. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A.(Orgs.). **Cuidado**: as fronteiras da integralidade. Rio de Janeiro: IMS-UERJ, 2004.

\_\_\_\_\_. et al. Educação e assessoramento em redução de danos: atenção integral à saúde pra usuários de drogas e sua rede social. In: FERLA, A. A.; FAGUNDES, S. 9Orgs.). **O fazer em saúde coletiva**: inovações na atenção à saúde no Rio Grande d'Alto Sul. Porto Alegre: Dacasa, 2002.

\_\_\_\_\_. Criança hospitalizada: a atenção integral como uma escuta à vida. In: CECCIM, R. B.; CARVALHO, P.R.A. (Orgs.) **Criança hospitalizada**: atenção integral como escuta à vida. Porto Alegre: EdUfrgs, 1997, p. 27-41.

CECILIO, L. C. As necessidades de saúde como conceito estruturante na luta pela integralidade e equidade na atenção em saúde. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R.A.(Orgs.). **Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde**. Rio de Janeiro: IMS-UERJ, 2001.

CIBOIS, Ph. **L'analyse factorielle**. Paris, PUF, collection “Que sais-je?”, 1991.

CODO, W., SORATTO, L.; VASQUES-MENEZES, I. Saúde mental e trabalho. In: ZANELLI, J.C.; BORGES-ANDRADE, J.E.; BASTOS, V.B. (Orgs.), **Psicologia, organizações e trabalho no Brasil**. Porto Alegre, RS: Artmed, 2004.

CONILL, E. M. Avaliação da integralidade: conferindo sentido para os pactos na programação de metas dos sistemas municipais de saúde. **Cad. Saúde Pública**, v. 20, n. 5, p. 1417-1423, set.-out., 2004.

\_\_\_\_\_. Políticas de atenção primária e reformas sanitárias: discutindo a avaliação a partir da análise do Programa Saúde da Família em Florianópolis, Santa Catarina, Brasil, 1994-2000. **Cad Saúde Pública**, n.18, Supl., p. 191-202, 2002.

CONTANDRIOPOULOS, A.P.C.F.; et al. Avaliação na área de saúde: conceitos e métodos. In: HARTZ, Z.M.A. **Avaliação em saúde: dos modelos conceituais à prática na análise da implantação de programas**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 1997, P. 29-48.

COUTINHO, M. P. L.; NÓBREGA. S. M.; CATÃO, M. F. M. Contribuições teórica: metodológicas acerca do uso dos instrumentos projetivos no campo das representações sociais. In:\_\_\_\_\_et al. ( Orgs). **Representações Sociais: abordagem interdisciplinar**. João Pessoa: Universitária/UFPB, 2003.

CUNHA, G.T. **A construção da clínica ampliada na atenção básica**. São Paulo: Hucitec, 2005.

DEJOURS, C. **A loucura do trabalho**: Estudo de psicopatologia do trabalho. São Paulo, SP: Cortez, 1992.

DESCHAMPS, J.C. Analyse des correspondances et variations des contenus des représentations sociales. In: ABRIC, Jean-Claude. **Méthodes d'étude des représentations sociales**. Ramonville Saint-Agne: Éditions É'res, 2003.

DESLANDES, S. F. Análise do discurso oficial sobre a humanização da assistência hospitalar. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 9, n.1, p. 7-14, 2004.

DONABEDIAN, A.; WHEELER, J. R.C.; WIASKI, L. Quality, cost and health: an integrative model. **Med Care**, v. 20, n. 6, p. 975-992, 1982.

DONABEDIAN, A. The role of outcomes in quality assessment and assurance. **QRB Qual Rev Bull**, v. 18, p. 356-360, 1992.

DONABEDIAN, A.. M.D. Criteria and standards for quality assesment and monitoring. **QRB**, v. 12, n.3, p. 99-108, 1986a.

DONABEDIAN, A. Quality assurance in our health care system. **Qual Assur Util Rev.** , v. 1, n.1, p. 6-12, 1986b.

DONABEDIAN, A. The definition of quality: a conceptual exploration. In: \_\_\_\_\_. **Explorations in quality assessment and monitoring: the definition of quality and approaches to its assessment..** Ann Arbor, Michigan: Health Administration Press, 1988.

FAVORETO, C. A. O. A velha e renovada clínica dirigida a produção de um cuidado integral em saúde. In: PINHEIRO R.; MATOS, R. A. (Orgs.). **Cuidado: as fronteiras da integralidade.** Rio de Janeiro: ABRASCO, 2004.

FRANCO, T.B.; MAGALHÃES JUNIOR, H.M. Integralidade na assistência à saúde: a organização das linhas de cuidado. In: MERHY, E. E. et al. (Org.). **O trabalho em saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano.** São Paulo: HUCITEC, 2003.

FRANCO, T. B.; MERHY, E.E. A produção imaginária da demanda e o processo de trabalho em saúde. In: MATTOS, R.A.; PINHEIRO, R. (Orgs.). **Construção social da demanda: direito à saúde, trabalho em equipe, participação e espaços públicos.** Rio de Janeiro, CEPESC; ABRASCO, 2005.

FORTALEZA. Prefeitura Municipal. **Cartilha da reforma administrativa.** Fortaleza, 1997.

FERLA, A. A. Pacientes, impacientes e mestiços: cartografia das imagens do outro na produção do cuidado. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R.A. (Orgs.). **Cuidado: as fronteiras da integralidade.** Rio de Janeiro: IMS-UERJ, 2004.

FOUCAULT, M. **O nascimento da clínica.** Ed. Forense, Rio de Janeiro, 1998.

FOUCAULT, M. **Microfísica do poder.** Ed. Graal, Rio de Janeiro, 1979.

FREUD, S. **Além do princípio do prazer.** Ed. Imago: Rio de Janeiro, 1920.

FREUD. **O Mal- Estar na Civilização.** Rio de Janeiro: Editora Imago, 1997.

GONÇALVES, R. B. M. **Tecnologia e organização social das práticas de saúde: características tecnológicas do processo de trabalho na rede estadual de centros de saúde de São Paulo:** Hucitec/ ABRASCO, 1994.

FILHO, J. M.C.; RAMOS, L. R. Epidemiologia do envelhecimento no Nordeste do Brasil: resultados de inquérito domiciliar. **Revista de Saúde Pública**, v. 33, n.5, p. 445-453, 1999.

HERZLICCH, C. & PERRET, J. **Illness and self in society.** Baltimore: Johns Hopkins University, 1987.

IBGE, Fundação. **Anuário estatístico do Brasil**. Fortaleza: IBGE, 2005.

HEIDEGGER, M. **Ser e Tempo I**. Petrópolis : Vozes, 1995.

HOWARD, J.; STRAUSS, A. (Orgs.). **Humanizing health care**. New York: John Wiley & Sons, 1975.

JACQUES, M. da G. C. Abordagens teórico-metodológicas em saúde/doença mental e trabalho. **Psicologia & Sociedade**, v.15, n.1, p. 97-116, jan./jun., 2003.

JODELET, D. Les représentations sociales : phénomène, concept et théorie. In : MOSCOVICI, S. **Psychologie Sociale**. Paris : PUF, 1988.

JODELET, D.. Représentations sociales: un domaine en expansion. In: \_\_\_\_\_(Org.) **Les Représentations sociales**. Paris: Presses Universitaires de France, 1989.

JUNQUEIRA, L. A. P.; INOJOSA, R. M. Descentralização do modelo de prestação dos serviços de saúde em São Paulo. **Rev Adm Pública**, v. 24, n. 4, p. 7-25, 1990.

L'ABBATE, S. Educação em Saúde: uma nova abordagem. **Cad. Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v. 10, n.4, p. 481-490, 1994.

LACERDA, A.; VALLA, V.V. Homeopatia e apoio social: repensando as práticas de integralidade na atenção e no cuidado à saúde. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R.A.(Orgs). **Construção da integralidade, cotidiano, saberes e práticas em saúde**. Rio de Janeiro: IMS-UERJ, 2003.

LEVI-STRAUSS, C. **Antropologia estrutural**. Rio de Janeiro: Tempo Brasileiro, 1974.

LOHR, K. N. outcome measurement: concepts and questions. **Inquiry**, v. 25, n.1, p. 37-50, 1988.

LUZ, M.T. Demanda em saúde: construção social no campo multidisciplinar da saúde coletiva. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R.A. (Orgs). **Gestão em Redes: Práticas de avaliação, formação e participação na saúde**. Rio de Janeiro: CEPESC, 2006.

MALIK, A. M. Qualidade em serviços de saúde nos setores público e privado. **Cad Fundap**, n. 19, p. 7-24, 1996.

MARQUEZ, C. Le mal chronique. **Autrement**, v.142, p. 34-39, 1994.

MARQUES, E. **Redes sociais, instituições e atores políticos no governo da cidade de São Paulo**. São Paulo: FAPESP, 2003.

MASCARENHAS, M.T.M. **Avaliando a implantação da atenção básica em saúde no município de Niterói, RJ**: estudos de caso em Unidade Básica de Saúde e Módulo do Programa Médico de família, 2003. Tese(Doutorado em Saúde Pública)-Escolha Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2003.

MENDES, E.V. **Uma agenda para a saúde**. São Paulo: Editora Hucitec, 1999.

MERHY, E.E. A micropolítica do trabalho vivo em ato: uma questão institucional e território de tecnologias leves. In: \_\_\_\_\_. **Saúde: a cartografia do trabalho vivo**. São Paulo: Hucitec, 2002.

MERHY, E.E. A perda da dimensão cuidadora na produção de saúde: uma discussão do modelo assistencial e da intervenção no seu modo de trabalhar a assistência. In: CAMPOS, C. R. et al.(Orgs.). **Sistema Único de Saúde em Belo Horizonte**: reescrevendo o público. São Paulo: Xamá, 1998.

MERHY, E.E. Em busca da qualidade dos serviços de saúde: os serviços de porta aberta para a saúde e o modelo tecnoassistencial em defesa da vida. In: CECILIO, L.C.O.(Org.). **Inventando a mudança na saúde**. São Paulo: Hucitec, 1977.

\_\_\_\_\_. A micropolítica do trabalho vivo em ato: uma questão institucional e território de tecnologias leves. In: \_\_\_\_\_. **Saúde: a cartografia do trabalho vivo**. São Paulo: Hucitec, 2002.

\_\_\_\_\_. et al. Em busca de ferramentas analisadoras das tecnologia em saúde: a informação e o dia a dia de um serviço, interrogando e gerindo trabalho em saúde. In: MERHY,E.E.; ONOCKO, R.(Orgs.). **Agir em saúde**: um desafio para o público. 2 ed. São Paulo: Hucitec, 2002.

\_\_\_\_\_.; BUENO, W. S.; FRANCO, T. O acolhimento e os processos de trabalho em saúde: o caso de Betim. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 15, n.2, p. 345-353, 1999.

MINAYO, M.C.S. **O desafio do conhecimento**: metodologia da pesquisa qualitativa em saúde. São Paulo: Hucitec,1999.

MIRANDA, D. S. ; LOBATO, S. M. R. Processos de adoecimento ligados ao gênero : uma história de (des)valorização dos múltiplos papéis feminino. **Artigo Científico**, 2009. Disponível em: <[www.artigocientifico.uol.com.br](http://www.artigocientifico.uol.com.br)>. Acesso em : 2 de fev. 2009.



MOSCOVICI, S. **Representações sociais**: investigações em psicologia social. Petrópolis : Vozes, 2003.

\_\_\_\_\_. **La psychanalyse, son image et son public**. Paris: Presses Universitaires de France, 1976.

\_\_\_\_\_. Notes towards a description of social representations. **European Journal of Social Psychology**, v. 18, p. 211-250, 1988.

\_\_\_\_\_. Des representations collectives aux représentations sociales. In: JODELET, D.(Orgs.). **Les représentations sociales**. Paris: Presses Universitaires de France, 1989.

NOVAIS, H.M.D. Avaliação de programas, serviços e tecnologias em saúde **Revista de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.34, n.5, out. 2000.

NÓBRAGA, S.M.; COUTINHO, M. da P. L. O teste de associação livre de palavras. In: COUTINHO et al. (Orgs.). **Representações sociais**: abordagem interdisciplinar. João Pessoa: Universitária/UFPB, 2003.

\_\_\_\_\_. Sobre a Teoria das Representações Sociais. In: MOREIRA, A.S.P.; JESUÍNO, J. C. (Orgs.) **Representações sociais**: teoria e prática. João Pessoa: Editora Universitária, 2003.

NUNES, C. Reconstrução da memória. **Cadernos de Pesquisa**, v.61, p.72-80, 1987.

OLIVEIRA, D. C. Representações sociais e saúde pública: a subjetividade como partícipe do cotidiano em saúde. **Revista de Ciências Humanas**. Florianópolis: EDUFSC, V. 1, N. 1, 2000.

ONOCKO-CAMPOS, R. T.: FURTADO, J. P. Entre a saúde coletiva e a saúde mental: um instrumental metodológico para avaliação da rede de Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) do Sistema Único de Saúde. **Cad Saúde Pública**, v.22, n. 5, p.1053-1062, 2006

ORTIGA, A. M. B. **Efeitos da municipalização no acesso e na integralidade dos serviços de saúde, Blumenau, SC,(1994-1998)**. 1999. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública). Departamento de Saúde Pública, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 1999.

PASSOS, D.S.; PAIVA, M.S.; OLIVEIRA, J.F. Vulnerabilidade de mulheres soropositivas frente a reinfecção pelo HIV e as representações sociais da AIDS. In: CONGRESSO VIRTUAL HIV/AIDS,6.,2005, Lisboa, Portugal.**Anais...** Lisboa, 2005.

PERESTRELLO, D. **A medicina da pessoa**. 4. ed. São Paulo: Atheneu, 1989.

PINHEIRO, R.; FERLA, A.A.; SILVA JUNIOR, A. G. A integralidade na atenção à saúde da população. In: MARTINS, J.J. N. et al.(Orgs.). **Educação médica em transformação**: instrumentos para a construção de novas realidades. São Paulo: Hucitec, 2004.

\_\_\_\_\_. et al. Demanda em saúde e direito à saúde: liberdade ou necessidade? Algumas considerações sobre os nexos constituintes das práticas de integridade. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (Orgs.). **Construção social da demanda**: direito à saúde, trabalho em equipe, participação e espaços públicos. Rio de Janeiro: CEPESC/UERJ/ABRASCO, 2005.

RICOEUR, P. La souffrance n'est pas La douleur. **Autrement**, v.142, p.58-69, 1994.

RIOS. T. A. **Ética e competência**. São Paulo: Cortez, 1993.

RUTSTEIN, D. D. et al. Measuring the quality of medical care. A clinical method. **New Engl J. Med**, v.294, n.11, p. 582-588, 1987.

SAWAIA, B.B. Família e afetividade: a configuração de uma práxis ético-política, perigos e oportunidades. In: ACOSTA, A. R.; VITALE, M. A.F. **Família**: Redes, laços e políticas públicas. São Paulo: Cortez: Instituto de Estudos Especiais-PUC/SP, 2005.

SAMPAIO, J. J.. C.; MESSIAS, E.L.M. A epidemiologia em saúde mental e trabalho. In: JACQUES, M. G.; CODO, W. (Orgs.). **Saúde mental & trabalho**: leituras. Petrópolis: Vozes, 2002.

SANTOS; I. S.; VICTORA, C.G. Serviços de saúde: epidemiologia, pesquisa e avaliação. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 2, 2004.

SERAPIONI, M. Avaliação da qualidade em saúde: contribuição da sociologia da saúde para a superação da polarização entre a visão dos usuários e a perspectiva dos profissionais de saúde. **Saúde em Debate**. Rio de Janeiro, v.23, n.53, p. 81-92, 1999.

SILVA, A. O. et al. Utilização da teoria das representações sociais no campo da saúde, UFPB, João Pessoa: tendências e perspectivas. In: COUTINHO, M.da P.L.et

al. ( Orgs). **Representações Sociais**: abordagem interdisciplinar. João Pessoa: Universitária/UFPB, 2003.

STOTZ, E. N. **Necessidades de saúde**: mediações um conceito ( contribuição das ciências sociais para a fundamentação teórica – metodológica de conceitos operacionais da área de planejamento). 1991. Tese (Doutorado em Saúde Pública) – Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 1991.  
SILVA JUNIOR, A. G. Lógicas de programar ações de saúde. In: BARBOZA, P.R.(Orgs.). **Curso de Especialização Autogestão em Saúde**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2001.

SILVA JUNIOR, A. G.; MASCARENHAS, M. T. Avaliação da atenção básica em saúde sob a ótica da integralidade: aspectos conceituais e metodológicos. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. ( Orgs.). **Cuidado**: as fronteiras da integralidade. Rio de Janeiro: IMS-UERJ,2004.

\_\_\_\_\_. et al. Avaliação de redes de atenção à saúde: contribuições da integralidade. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A.(Orgs. ). **Gestão em Redes**: práticas de avaliação, formação e participação na saúde. Rio de Janeiro: CEPESC, 2006.

SILVA, L.M.V. Conceitos, abordagens e estratégias para a avaliação em saúde. In: HARTZ, Z.M.A.; SILVA, L.M.V. (Orgs.). **Avaliação em Saúde**: dos modelos teóricos à prática na avaliação de programas e sistemas de saúde. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005.

VASCONCELOS, E. M.(Org.). **A espiritualidade no trabalho em saúde**. São Paulo: Hucitec, 2006.

VIANA, A. L. D’A.; FARIAS, R.; PACÍFICO, H. O SUS e as novas práticas de avaliação para gestão em redes: é possível conciliar a visão clássica de avaliação com novas práticas? In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A.(Orgs. ). **Gestão em Redes**: práticas de avaliação, formação e participação na saúde. Rio de Janeiro: CEPESC, 2006.

VIEIRA-DA-SILVA, L.M.; FORMIGLI, V.L.A. Avaliação em saúde: limites e perspectivas. **Cadernos de Saúde Pública**, v.10, n.1, p. 80-91, 1994.

WHITE, K.L.; WILIAMS, T.F.; GREENBERG, B.G. The ecology of medical care. **N. Eng. J. Med.**, n.265, p.885-892, 1961. Disponível em: <www.psqweb.med.br>. Acesso em : 2 de fev. 2009.

ZOHAR, D.; MARSHALL, I. **QS**: inteligência espiritual. Rio de Janeiro: Record, 2000.

## APÊNDICES

### APÊNDICE A – Solicitação à instituição para entrada no campo

De: Mestranda Aglair de Alencar Araripe Arruda

Para: Diretor de Ensino e Pesquisa do Hospital Universitário Walter Cantídio da UFC

Assunto: Solicitação de pesquisa

Sr. Diretor

Sou Assistente Social da UFC lotada no HUWC, atuando no ambulatório de Saúde Mental, encontro-me cursando o Mestrado em Saúde Pública, do Centro de Ciências da Saúde pela Universidade Estadual do Ceará e desenvolvendo um projeto de dissertação intitulado: **“Queixas Psicossomáticas: Representações de Pacientes e Profissionais do Ambulatório Clínico de Gastroenterologia e Cardiologia”**.

O presente estudo pretende explorar as representações sociais dos pacientes portadores de diagnóstico de úlceras gástricas e hipertensão arterial em acompanhamento ambulatorial em relação ao tratamento, o conceito do sofrimento psíquico, intervenções do Assistente Social diante do paciente em tentar ver o sofrimento psíquico e traçar o perfil sócio-demográfico. Nesse sentido, gostaria de solicitar sua autorização para a realização da pesquisa com os profissionais e pacientes desta instituição.

A pesquisa se realizará através do Teste de Associação Livre de Palavras, entrevistas semi-estruturadas. Os dados das entrevistas serão analisados a partir do referencial teórico da Análise de Conteúdo e os dados do teste de associação livre de palavras serão analisados através de um programa de computador – EVOG.

Será garantido o sigilo das identidades entrevistadas, bem como, os mesmos terão o direito de aceitar ou não participar do estudo, sem que traga qualquer prejuízo para o desenvolvimento da pesquisa.

Informo que os dados serão apresentados ao curso de mestrado Profissional em Saúde Mental e divulgados junto a comunidade acadêmica, respeitando o caráter confidencial de sua identidade. Sem mais para o momento, agradeço a atenção e compreensão dispensada.

---

Aglair de Alencar Araripe Arruda

## **Apêndice B– Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para os Profissionais de Saúde**

### **UNIVERSIDADE ESTADUAL DO CEARÁ – UECE**

**PESQUISA: REPRESENTAÇÃO SOCIAL DO ATENDIMENTO DE PACIENTES E PROFISSIONAIS DE SAÚDE EM RELAÇÃO ÀS QUEIXAS DIFUSAS QUE INDICAM SITUAÇÕES DE SOFRIMENTO PSÍQUICO: qualidade do atendimento.**

A pesquisa tem como foco a REPRESENTAÇÃO SOCIAL DO ATENDIMENTO DE PACIENTES E PROFISSIONAIS DE SAÚDE EM RELAÇÃO ÀS QUEIXAS DIFUSAS QUE INDICAM SITUAÇÕES DE SOFRIMENTO PSÍQUICO: qualidade do atendimento. Para a compreensão mais ampla dos sujeitos, que chegam aos ambulatórios Gastroenterologia e Cardiologia, apresentando diversas queixas difusas, cujas sintomatologias são indicativas da necessidade de acompanhamento especializado, e que também sinalizam, em suas falas, queixas psicossomática, torna-se relevante que referidas queixas sejam percebidas pelos profissionais. O estudo fundamenta-se nos pressupostos da teoria das Representações Sociais na perspectiva de Celso Pereira de Sá. Essa escolha ocorreu em virtude de fornecer subsídios para desvendar a subjetividade dos usuários e profissionais da saúde, possibilitando compreender, por meios das representações sociais, as interpretações desses sujeitos acerca de suas queixas psicossomática e seus sofrimentos psíquicos que foram acometidos de adoecimentos mentais e, ainda, observar seus discursos, imagens, maneira de pensar, sentir e agir no cotidiano. A presente pesquisa tem como objetivo: **explorar as representações sociais de sofrimento psíquico, de si mesmo, e a qualidade do atendimento de pacientes de ambulatório clínicos, que indicam queixas difusas, na perspectiva dos pacientes e profissionais de saúde de Instituição de Ensino Superior, identificando os indicadores de qualidade de atenção aos portadores de queixas psicossomática atendidos em ambulatórios clínicos (humanização, satisfação, informação, referência-contrareferência, atitudes, conflitos e estereótipos)**. Desenvolvida e articulada em diferentes etapas, utilizará métodos de pesquisa (qualitativo), técnicas e instrumentos apropriados ao tipo de dado e informação a ser coletada. Portanto solicito que os profissionais da área de saúde participem da pesquisa respondendo o teste de associação livre de palavras, grupo focal, entrevista semi-estruturada com formulários e gravada.

Garante-se que a pesquisa não trará prejuízo na qualidade e condição de vida e trabalho dos participantes da pesquisa, salientando que as informações serão sigilosas, e que não haverá divulgação personalizada das informações. Os dados e as informações coletadas serão utilizados para compor os resultados da investigação, as quais serão publicadas em periódicos e apresentados em eventos científicos, além de proporcionar benefícios melhorar as condições sociais da população, por meio da qualidade dos serviços prestados.

Todos os participantes têm a segurança de receber esclarecimento a qualquer dúvida acerca da pesquisa; a liberdade de retirar o consentimento a qualquer momento da pesquisa. Coordenadora da pesquisa: **Aglair de Alencar Araripe Arruda**, Fone: (85) 3242.2465 – 999624554 à rua República do Líbano 300/602 Bl.G CEP 60 160 140 Telefone do CEP 40098338

Fortaleza-CE, / / 2008

---

 Assinatura do(a) Participante

---

 Assinatura do Pesquisador

UNIVERSIDADE ESTADUAL DO CEARÁ – UECE

**APÊNDICE C-Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para os Paciente****UNIVERSIDADE ESTADUAL DO CEARÁ – UECE****TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PARA OS PACIENTES**

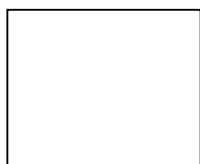
Estamos desenvolvendo uma pesquisa intitulada: REPRESENTAÇÃO SOCIAL DO ATENDIMENTO DE PACIENTES E PROFISSIONAIS DE SAÚDE EM RELAÇÃO ÀS QUEIXAS DIFUSAS QUE INDICAM SITUAÇÕES DE SOFRIMENTO PSÍQUICO: qualidade do atendimento. Com a mesma pretendemos avaliar o sofrimento do paciente em relação a sua doença e a qualidade do atendimento de pacientes do ambulatório clínico.

Assim, gostaríamos de contar com sua participação em entrevistas gravadas; e um teste de associação livre de palavras. Esta técnica consiste em pedir ao paciente que, a partir de uma palavra apresentada pelo pesquisador, digam as palavras ou expressões que lhe venham imediatamente a sua mente. Exemplo: se eu disser para você carnaval, o que vem em sua mente.

Esclarecemos que todas as informações obtidas no decorrer deste estudo serão mantidas em sigilo e que a sua identificação não será revelada.

Todos os participantes têm a segurança de receber esclarecimento de qualquer dúvida acerca da pesquisa; a liberdade de retirar o consentimento a qualquer momento da pesquisa. Coordenadora da pesquisa: **Aglaire de Alencar Araripe Arruda**, residente à rua República do Líbano 300/602 bl G CEP 60 160 140 Fone: (85) 3242.2465 – 99962454. Telefone CEP 40098338

---

 Assinatura do(a) participante



---

 Polegar direito

---

 Assinatura do pesquisador

Eu \_\_\_\_\_ aceito participar da pesquisa: REPRESENTAÇÃO SOCIAL DO ATENDIMENTO DE PACIENTES E PROFISSIONAIS DE SAÚDE EM RELAÇÃO ÀS QUEIXAS DIFUSAS QUE INDICAM SITUAÇÕES DE SOFRIMENTO PSÍQUICO: qualidade do atendimento, de forma livre e esclarecida.

Fortaleza-CE, / / 2008

Ass./Rubrica do participante: \_\_\_\_\_

Ass. do Pesquisador: \_\_\_\_\_

### **Apêndice D – Termo de Fiel Depositário**

Ao SAME

A Instituição Hospital Universitário Walter Cantídio – UFC

Estabelecido: Rua Capitão Francisco Pedro, nº 1290 – Bairro: Rodolfo Teófilo

Está sendo desenvolvida uma pesquisa sobre **Queixas Psicossomáticas: Representações de Pacientes e Profissionais do Ambulatório Clínico de Gastroenterologia e Cardiologia**

. Neste estudo, pretende-se avaliar a qualidade do atendimento dos ambulatórios de Cardiologia e Gastroenterologia sob o ponto de vista do usuário e profissionais, verificando os procedimentos, encaminhados de acordo com a clientela. Assim, venho através desta solicitar a autorização para coletar dados em prontuários, contendo informações sobre os usuários dos referidos ambulatórios nos anos de 2007 a 2008.

Esclareço que:

- As informações coletadas nos prontuários somente serão utilizadas para os objetivos da pesquisa;

- O sigilo das informações ficará resguardado e o anonimato dos usuários e profissionais serão preservados.

Em caso de esclarecimentos entrar em contato com a pesquisadora responsável:

Nome: Aglair de Alencar Araripe Arruda

Endereço: Rua República do Líbano, nº 300 – apto. 602 – Bloco G.

Bairro: Meireles.

Telefone: 3242-2465/999624554.

Assumo, perante o Hospital Universitário Walter Cantídio – UFC e ao SAME a responsabilidade pelo termo.

Fortaleza-CE, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2008.

\_\_\_\_\_  
Assinatura do Responsável

---

Assinatura do Pesquisador

**APÊNDICE E- Roteiro da entrevista para o usuário e o profissional**

**Dados de Identificação:**

Nome (iniciais):

Idade:

Escolaridade:

Profissão/ ocupação

Religião:

Estado civil:

Tempo de formado ( profissional)

Tempo de trabalho no HUWC

**Questão aberta**

Eu gostaria que você me falasse sobre o atendimento neste ambulatório?

Entrevistado (a) \_\_\_\_\_ Data \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Assinatura do pesquisador \_\_\_\_\_



**APÊNDICE F- Teste de Associação Livre de Palavras para o Paciente**

Nome (iniciais)

Idade

Ambulatório:

**Liste cinco palavras por ordem de importância em cada quesito.**

1. Se eu disser para você sofrimento, o que vem em sua mente?

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

2. Se eu disser para você paciente, o que vem em sua mente?

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

3. Se eu disser para você profissional, o que vem em sua mente?

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

4. Se eu disser para você atendimento médico, o que vem em sua mente?

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

5. Se eu disser para você atendimento médico, o que vem em sua mente?

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Entrevistado (a) \_\_\_\_\_ Data \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Assinatura do pesquisador \_\_\_\_\_

**APÊNDICE G - Teste de Associação Livre de Palavras para o Profissional**

Nome (iniciais)

Ambulatório:

Profissão:

1. Se eu disser para você queixa difusa, o que vem em sua mente?

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

2. Se eu disser para você sofrimento, o que vem em sua mente?

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

3. Se eu disser para você paciente, o que vem em sua mente?

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

4. Se eu disser para você profissional, o que vem em sua mente?

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

5. Se eu disser para você atendimento médico, o que vem em sua mente?

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Entrevistado (a) \_\_\_\_\_ Data \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Assinatura do pesquisador \_\_\_\_\_

**APÊNDICE H- Carta de solicitação à comissão de Ética em Pesquisa**

De: Mestranda Aglair de Alencar Araripe Arruda

Para: Comissão de Ética em Pesquisa

Assunto: Solicitação de pesquisa

Aglair de Alencar Araripe Arruda, Assistente Social da UFC, lotada no HUWC, atuando no ambulatório de Saúde Mental, encontro-me cursando o Mestrado Profissional em Saúde Mental, pela Universidade Estadual do Ceará e encaminho ao CEP o meu projeto de dissertação, intitulado: " **Queixas Psicossomáticas: Representações de Pacientes e Profissionais do Ambulatório Clínico de Gastroenterologia e Cardiologia** ".

O presente estudo pretende explorar as representações sociais dos pacientes portadores de diagnóstico de úlceras gástricas e hipertensão arterial em acompanhamento ambulatorial em relação ao tratamento, o conceito do sofrimento psíquico, intervenção do Assistente Social diante do paciente em tentar ver o sofrimento psíquico e traçar o perfil sócio-demográfico. Nesse sentido, gostaria de solicitar ao Conselho de Ética autorização para a realização da pesquisa com os profissionais e pacientes do Hospital Universitário Walter Cantídio da UFC.

A pesquisa se realizará através do Teste de Associação livre de palavras, entrevistas semi-estruturadas. Os dados das entrevistas serão analisados a partir do referencial teórico da Análise de Conteúdo e os dados do teste de associação livre de palavras serão analisados através de um programa de computador – EVOC.

Estará garantido o sigilo das identidades entrevistadas, bem como, os mesmos terão o direito de aceitar ou não participar do estudo sem que traga qualquer prejuízo para o desenvolvimento da pesquisa.

Informo que os dados serão apresentados ao curso de mestrado Profissional em Saúde Mental e divulgados junto a comunidade acadêmica, respeitando o caráter confidencial de sua identidade.

Sem mais para o momento, agradeço a atenção e compreensão dispensada.

Aglair de Alencar Araripe Arruda

**APÊNDICE I- Entrevista com os profissionais que trabalham nos ambulatórios de gastroenterologia e cardiologia**

**Profissional**

- 1- Quais os sintomas que os pacientes apresentam antes de ser encaminhado para este ambulatório?
- 2- Qual a intervenção que foi utilizada para amenizar os sintomas?
- 3- Quais os sintomas que os pacientes continuam sentindo no decorrer do tratamento?
- 4- Qual a relação dos sintomas do paciente, com os problemas do dia a dia?
- 5- Até onde esses sintomas do paciente, prejudicam sua convivência sociofamiliar?
- 6- Até onde esse sintomas do paciente prejudicam sua convivência no trabalho?
- 7- O que o atendimento médico pode auxiliar no bom andamento do tratamento?

## **APÊNDICE J- Entrevista com os pacientes dos ambulatórios de gastroenterologia e cardiologia**

### **Ambulatório:**

- 1- Quais os sintomas que você sentia antes de ser encaminhado para esse ambulatório?
- 2- Qual a intervenção utilizada para amenizar os sintomas?
- 3- Quais os sintomas que você continuou sentindo no decorrer do tratamento?
- 4- Qual a relação dos seus sintomas com os problemas do dia- a- dia?
- 5- Até onde esses sintomas prejudicam sua convivência sociofamiliar?
- 6- Até onde esses sintomas prejudicam a sua convivência no trabalho?
- 7- O que o atendimento médico auxilia no bom andamento do tratamento?

## APÊNDICE H - Dicionário de palavras

Evocações dos usuários e dos profissionais de saúde

Estímulo 1 – sofrimento

Aborrecimento	Aborrecimento	Abandono social
Acompanhamento	Ajuda	Ajuda
Ajuda	Agonia	Amargura
Amor	Angústia	Angústia
Angústia	Angústia	Angústia
Angústia	Angústia	Angústia
Angústia	Angustia	Angústia
Angustia	Angustia	Angustia
Angustia	Angustia	Angustia
Angústia	Angustia	Angustia
Angustia	Angustia	Angústia
Angústia	Angustia	Angústia
Angustia	Angustia	Angustia
Angustia	Angústia	Angustia
Angústia	Angústia	Angústia
Angústia	Angústia	Angústia
Angústia	Angústia	Angústia
Ansiedade	Ansiedade	Ansiedade
Ansiedade	Ansiedade	Ansiedade
Ansiedade	Antipatia	Aperreio
Apoio	Apressado	Atendimento
Atenção	Atenção	Assistência
Atritos	Carência	Carência
Cansaço	Cansaço	Cansaço
Cansaço	Cansativa	Cansativa
Cansativa	Carinho	Choro
Choro	Choro	Choro
Choro	Choro (lágrima)	Choro
Choro	Choro	Choro
Choro	Cirurgia	Consulta
Controle	Cuidado	Cura
Egoísmo	Falta de amor	Falta de assistência
Falta de dinheiro	Falta de dinheiro	Fome
Demora	Demora	Demora
Demora	Demora	Demora
Desânimo	Desânimo	Desânimo (Falta de ânimo)
Desconforto em repouso	Descaso	Desespero
Desespero	Desejo	Deslocamento



Falta de união	Fome	Fome
Fome	Fome	Fome
Fome	Fila	Físico
Gosto de ficar	Gravidade	Hospital
Hospital	Impaciente	Insegurança
Incerteza do amanhã	Insatisfação	Insatisfação
Locomoção	Longe	Mal habituado
Maus-tratos	Maus-tratos	Maus-tratos
Mal-estar	Medo	Medo
Medo	Mental	Morte (perda)
Morte	Morte	Morte
Morte	Morte (perda)	Morte
Não consegue falar com o médico	Não existe	Não ter bom pensamento
Não perdoar	Não ter Deus	Necessidade
Necessidade	Nervosismo	Ódio
Ônibus	Paciência	Paciência
Paciente	Paciente	Patológica
Pobreza	Pobreza	Pobreza
Pouca saúde	Pouco médico	Precisão
Preocupação	Preocupação	Preocupação
Preocupação	Preocupação	Problema
Problema	Problemas	Queixa
Queixa	Raiva	Reação do medicamento
Recuperar saúde	Sair cedo	Sair cedo de casa
Sair tarde	Saúde	Saúde
Saudade	Saudade	Sede
Sem saber o que tem	Sem perspectiva	Sufrimento
Solidão	Solidão	Solidão
Solidão	Solidão	Solidão
Solidão	Solidão	Stress
Stress	Stress	Stress
Stress	Stress	Stress
Stress	Stress	Stress
Suspenso	Temor	Traição
Tristeza	Tristeza	Tristeza
Tristeza	Tristeza	Tristeza
Tristeza	Tristeza	Tristeza
Tristeza	Tristeza	Tristeza
Tristeza	Tristeza	Tristeza
Tristeza	Tristeza	Tristeza
Tristeza	Tristeza	Tristeza
Tristeza	Tudo é bom	Vida ruim



## Evocações dos usuários e dos profissionais de saúde

## Estímulo 2- paciente

Acalmar	Acalmar	Acamada
Acamada	Acamado	Acompanhamento
Acompanhamento	Acompanhamento	Acompanhamento
Acompanhamento	Agitada	Agoniado
Ajuda	Ajudar	Ajudar
Alegria	Alegria	Alegria
Amor	Amor	Amor
Amor	Amparo	Angustia
Angústia	Angustia	Ansioso
Atenção	Ativo	Boa vontade do médico
Boa vontade do médico	Bom	Calma
Calma	Calma	Calma
Calma	Cansaço	Carência
Carência	Carência	Carinho
Carinho	Carinho	Cauteloso
Cliente	Compreender	Cirurgia
Confiança	Confiança	Confiança
Confiança	Confortar	Confortar
Confortar	Confortar	Consulta
Consulta	Consulta	Consulta
Consulta	Consulta	Consulta
Consultar	Consulta	Cuidar
Cuidado	Cuidado	Cura (sasar)
Cura	Cura	Cura
Cura	Cura	Cura
Cura(sasar)	Cura	Cura
Cura	Cura	Curar
Cura	Cura	Cura
Cura	Cura	Cura
Cura	Cura	Cura
Cura	Cura	Cura
Cura	Cura	Cura
Cura	Cura	Cura
Cura	Cura	Cura
Debitado	Deitado	Demora
Demora	Demora	Demora
Demora	Desimpaciente	Depende do outro
Desrespeito	Determinado	Deus
Dificuldades na consulta	Dificuldade para marcar exame	Disponível
Doar	Doença	Doença
Doença	Doença	Doença
Doença	Doença	Doença
Doença	Doença	Doença
Doença	Doença	Doença

Doença	Doença	Doença
Doença	Doente	Doente
Doente	Doente	Doente
Doente	Doente	Doente
Doente	Doente	Doente
Doente	Doente (enfermo)	Doente
Doente	Doente	Doente
Doente	Doente	Doente
Doente	Doente	Doente
Doente	Doente	Doente
Doente	Dor	Dor
Dor	Dor	Droga
Encaminhamentos	Escuta (ouvir)	Escuta (ouvir)
Escuta (saber ouvir)	Escuta (saber ouvir)	Escuta(ouvir)
Escuta (saber ouvir)	Escuta	Escuta(saber ouvir)
Esperança	Esperança	Esperança
Esperança	Esperançoso	Espera
Espera	Esperar	Esperar
Espera	Esperar	Esperar
Esperar	Espera	Esperar
Espera	Esperar	Esperar
Espera	Espera	Espera
Exame	Exame	Exame
Exame	Exame	Exame
Exame	Exame	Exame
Exame	Exame	Exame
Exame	Exame	Exame
Exame	Excluído	Falta de amor
Família	Fé	Fé
Fé	Fé	Fila
Fila	Físico	Gratidão
Hospital	Hospital	Hospital
Hospital	Hospital	Hospital
Hospital	Humilde	Impaciência
Impaciente	Impaciente	Impaciente
Indefeso	Insuficiência	Insuperável
Isolado	Lentidão	Libertação
Lugar para se consultar	Médico	Médico
Médico	Médico certo	Medicina
Medo	Medo	Melhora
Morte	Necessidade	Operação
Orientação	Paciência	Paciência
Paciência	Paciência	Paciência
Paciência	Paciência	Paciência
Paciência	Paciência	Paciência
Paciência	Paciência	Paciência
Paciência	Paciência	Paciência
Paciência	Paciência	Paciência
Paciência	Paciência	Paciência
Paciente	Paciente	Paciente
Paciente	Passivo	Paz

Pensar positivo	Pensar no amanhã	Perturbado
Pessoa importante	Pobre	Preocupado
Preocupação	Problema de alguma coisa	Profissão
Queixa	Relação	Relação médico-paciente
Rejeição	Remédio	Remédio
Remédio	Remédio	Remédio
Remédio	Remédio	Remédio
Remédio	Remédio	Remédio(medicação)
Remédio(medicamento)	Remédio	Remédio
Remédio	Renuncia	Respeito
Respeito	Responsável	Retorno
Retorno para o médico	Retribuição	Rotina
Rotinas	Sábio	Sabedoria
Satisfeito	Saúde	Saúde
Saúde	Saúde	Saúde
Saúde	Saúde	Saúde
Saúde	Seguro	Sofre
Sofre	Sofre	Sofre (sofredor)
Sofre	Sofre	Sofrimento
Sofrimento	Sofrimento	Sofrimento
Sofrimento	Sofrimento	Sofrimento
Sofrimento	Sofrimento	Solucionar
Solucionar	Solucionar(solução dos problemas)	Stress
Suportar	Tolerância	Tolerância
Tolerância	Tolerância	Tranquilo
Tranquilidade	Tranqüila	Transtorno
Tratamento	Tratamento	Tratamento
Tratamento	Tratamento	Tratamento
Tratamento	Tratamento	Tratamento
Tratamento	Tratamento	Tratamento
Tratamento	Tratamento	Tratamento
Tratamento	Tratamento	Tratamento
Tratamento	Tratamento	Tratamento
Tratamento	Tratamento	Tratamento
Vulnerável	Tratamento	Tratamento

## Evocações dos usuários e dos profissionais de saúde

## Estímulo 3- profissional

Aborrecido	Aceitação	Agilidade
Ajudar	Ajuda	Ajuda
Ajuda	Ajuda	Ajuda
Ajuda	Ajuda	Ajuda
Ajuda	Aliviar	Amor
Amor	Amor	Amigo
Amigo	Amigo	Amigo
Aperfeiçoamento	Aposentadoria	Aposentadoria
Apoio	Apoio	Aprender
Aprender	Aprendizagem	Aprendizagem
Atenção	Atenção	Atenção
Atenção	Atenção	Atenção
Atencioso	Atencioso	Atendimento
Assíduo	Assistência	Assistente social
Assistente social	Autoridade	Bom atendimento
Bom atendimento	Bom atendimento	Bom atendimento
Bom atendimento	Bom atendimento	Bom atendimento
Bom atendimento	Bom atendimento	Bom atendimento
Bom atendimento	Bom atendimento	Bom atendimento
Bom atendimento	Bom atendimento	Bom atendimento
Bom atendimento	Bom atendimento	Bom atendimento
Bom relacionamento	Bom relacionamento	Bom relacionamento
Bom relacionamento	Bom relacionamento	Bom relacionamento
Bom relacionamento	Bom relacionamento	Bom relacionamento
Bom relacionamento	Bom tratamento	Bom profissional
Capacitado	Capacitado	Capacitado
Capacitado	Capacitado	Capacitado
Capacitado	Capacitado	Capacitado
Cara feia	Cara feia	Casa
Caridoso	Caridoso	Caridoso
Caráter	Caráter	Caráter
Choro	Cidadão	Coragem
Coragem	Coragem	Corrido
Conhecimento	Conhecimento	Conhecimento
Conhecimento	Conhecimento	Conhecimento
Compartilhar	Competente	Competente
Competente	Competente	Competente
Competente	Competente	Competente
Competente	Competente	Competente
Competente	Competente	Compreensão
Competente	Competente	Competente
Competente	Competente	Competente
Competente	Compreensão	Compreensão

Compreensão	Compreensão	Compreensão
Comportamento	Compromisso	Compromisso
Compromisso	Compromisso	Cuidadosa
Cuidado	Cura	Cura
Dedicação	Dedicação	Dedicação
Dedicado	Dedicado	Dedicação
Dedicação	Desenvolvimento	Dignidade
Dignidade	Dignidade	Disponível
Dividir	Educação	Enfermeiro
Enfermeira	Ético	Ético
Ético	Ético	Ético
Ético	Ético	Ético
Ético	Ético	Ético
Ético	Ético	Ético
Ético	Ético	Ético
Ético	Escuta (ouvir)	Escuta
Escuta	Escuta	Escuta
Escuta	Especializado	Especializado
Especializado	Especializado	Especializado
Especializado	Especializado	Espera
Espera	Esperar	Estudo
Estudo	Estudioso	Eficiência
Eficiência	Enfermeiro	Exame
Explicar	Fala pouco	Fazer cursos
Fila	Fila	Força
Função	Habilidade	Honestidade
Honesto	Honesto	Honesto
Honesto	Honesto	Honra
Hospital	Humano	Humilde
Humilde	Humildade	Humilde
Humilde	Humildade	Humilde
Impaciente	Indelicados	Incompreensivo
Integro	Integridade	Integro
Inteligente	Inteligente	Inteligente
Leal	Legal	Locomoção
Médico	Médico	Médico
Médico	Médico	Médico
Médico	Médico	Médico
Médico	Médico	Médico
Não aprendiz	Não fala	Moral
Orientador	Orgulho	Nutrição
Ótimo	Qualidade	Orgulho
Qualidade	Qualidade	Qualidade
Qualificação	Qualificado	Qualidade
Qualificação	Qualificado	Qualificação
Qualificação	Qualificado	Qualificado
Qualificado	Paciência	Qualificado
Paciência	Paciência	Paciência
Pesquisador	Pesquisa	Paciência
Pontual	Pontual	Percepção
		Pontual

Poucos	Prudente	Produtividade
Produtivo	Profissão	Profissão
Profissão	Profissional	Profissional
Profissão	Psicólogo	Registra
Remuneração	Remuneração	Remuneração
Remuneração	Respeito	Respeito
Respeito	Respeito	Respeito
Respeito	Respeito	Respeitar
Respeito	Respeito	Respeito
Respeito	Respeito	Respeito
Responsabilidade	Responsabilidade	Responsabilidade
Responsabilidade	Responsabilidade	Responsabilidade
Responsável	Responsável	Responsável
Responsável	Responsável	Responsável
Responsável	Ruim	Ruim
Ruim	Sábio	Sábio
Sábio	Sábio	Sábio
Saúde	Saúde	Saúde
Segurança	Sem tempo	Sentimento
Sério	Serio	Serio
Sinceridade	Sufrimento	Técnica
Técnica	Tipos diferentes	Tipos diferentes
Trabalho	Trabalho	Trabalho
Trabalho	Trabalho	Trabalho
Trabalho	Trabalho	Trabalho
Trabalho	Trabalho	Trabalho
Trabalho	Trabalho	Trabalho
Trabalho	Trabalho	Trabalho bem
Tranquilo	Tratamento	Tratamento
Tratamento	Treinar	Vocação
Zelosa		

## Evocações dos usuários e dos profissionais de saúde

## Estímulo 4- atendimento médico

Abaixo de Deus	Abusado	Acompanhamento
Acompanhamento	Aflito	Alívio de sofrimento
Ajuda	Ajuda	Ajuda
Ajuda	Ajuda	Ajuda
Amável	Ambulatório	Amigo
Amigo	Amigo	Ansiosa
Ansioso	Assistência	Assepsia
Assustada	Atenção	Atenção
Atenção	Atenção	Atenção
Atenção	Atenção	Atendimento
Atendimento	Atendimento	Atraso
Aprender	Aprender	Autoritário
Boa relação médico-paciente	Boa relação médico-paciente	Boa relação médico-paciente
Boa relação	Boa relação médico-paciente	Boa relação médico-paciente
Bom	Bom atendimento	Bom atendimento
Bom atendimento	Bom atendimento	Bom atendimento
Bom atendimento	Bom atendimento	Bom atendimento
Bom atendimento	Bom atendimento	Bom atendimento
Bom atendimento	Bom atendimento	Bom atendimento
Bom atendimento	Bom atendimento	Bom atendimento
Bom atendimento	Bom atendimento	Bom atendimento
Bom atendimento	Bom atendimento	Bom atendimento
Bom atendimento	Bom atendimento	Bom atendimento
Bom atendimento	Bom atendimento	Bom atendimento
Bom profissional	Bom profissional	Bom profissional
Bom profissional	Bom profissional	Bom profissional
Bom profissional	Bom profissional	Bom profissional
Bom profissional	Bom profissional	Bom profissional
Bondoso	Calmo	Cansativo
Caridoso	Cardiologia	Carinhoso
Capacitado	Capacitado	Capacitado
Capacitado	Capacitado	Capacitado
Capacitado	Capacitado	Capacitado
Capacitado	Capacitado	Capacitado
Capacitado	Capacitado	Choro
Competente	Competente	Competente
Competente	Competente	Competente
Competente	Completo	Completo
Compreensão	Compreensão	Compreensivo
Compreender	Compreender	Compreender

Compromisso	Compromisso	Compromisso
Compromisso	Compromisso	Compromisso
Compromisso	Compromisso	Comprometimento
Comprometimento	Condições de trabalho	Confiança
Confiança	Confiança	Confortar
Conhecimento	Conselheiro	Consulta
Consulta	Consulta	Consulta bem
Consultar	Corretos	Conforto do paciente
Conversar	Cuidado	Cuidado
Cura	Cura	Cura
Cura	Cura	Cuida
Dedicação	Dedicação	Demanda
Demora	Demora	Demora
Demora	Demora	Demora
Desenvolvimento	Desumano	Doença
Doença	Doença	Diagnóstico
Diagnóstico	Diagnóstico	Diagnóstico
Diagnóstico	Diagnóstico	Diagnostico
Diálogo	Difícil	Dúvidas
Educados	Educado	Educação
Eficiente	Eficiente	Eficiente
Eficiente	Encaminhamento	Escutar
Escuta(saber ouvir)	Escuta(saber ouvir)	Escuta
Escuta	Escuta	Escuta
Escuta	Escuta	Escuta
Escuta (ouvir)	Escuta	Escuta
Escuta	Escuta	Escuta
Escuta	Escuta	Escuta
Especializado	Especializado	Especializado
Especializado	Especializado	Especializado
Especializado	Especializado	Especializado
Espera	Estuda	Ético
Ético	Ético	Ético
Ético	Ético	Ético
Ético	Ético	Exame
Exame	Exame	Exame
Explica	Explica	Explicação
Explica	Explicação	Explicação do diagnóstico
Explicação	Explica	Explica
Explica melhor	Fundamental	Gente
Gente boa	Grosseiros	Humanidade
Humanização	Humano	Humano
Humilde	Humilde	Humilde
Humilde	Inteligência	Integral
Legal	Leal	Maravilhoso
Melhorar	Melhorar	Melhorar
Mente	Não assistência	Não comparece
Não dão medicamento	Não ignorante	Não maltrata
Não ser grosseiro	Não tem qualidade	Necessidade de melhorar



Nem sempre é bom	Objetividade	Objetivo
Objetivo	Organizado	Orientação
Orientação	Orientação	Paciência
Paciência	Paciência	Paciência
Paciente	Pesquisa	Perfeição
Pontual	Pontual	Pontual
Pontual	Poucos	Professor
Profissional	Profissional	Próximo
Qualidade	Qualidade	Qualidade
Qualidade	Qualidade	Qualidade
Qualidade	Qualidade	Qualidade
Qualidade	Qualidade	Qualidade
Qualidade	Qualificado	Qualificado
Qualificado	Qualificado	Rápido
Rápido	Relação sem intermediário	Remédio
Remédio	Remédio	Remédio
Remédio	Remédio	Remédio(receita)
Remédio(medicamento)	Remédio(medicamento)	Remédio(medicamentos)
Remédio	Remédio	Remédio
Respeito	Resolução	Respeito
Respeito	Respeito	Respeito
Respeito	Respeitosamente	Responsável
Responsável	Responsável	Responsável
Responsável	Responsável	Responsável
Responsável	Responsável	Responsável
Retorno seja próximo	Retorno	Ruim
Ruim	Sábio	Sábio
Sagrado	Saúde	Saúde
Saúde	Satisfação	Satisfação
Segurança	Simpático	Simpática
Simplicidade	Sofrimento	Solucionar problemas
Solucionar	Solucionar problemas	Solucionar
Solucionar o problema	Solucionar	Solucionar o problema
Solucionar problema	Solucionar o problema	Só o médico
Sus	Temerosa	Tolerância
Tratamento	Tratamento	Tratamento
Troca		

**ANEXO A – Parecer da Comitê de Ética**

**ANEXO B – Declaração da Comissão Julgadora do Exame de Qualificação**

## ANEXO C - Banco de dados

114tristel chorol desespl angust1 solidal calma2 alegri2 tratam2 tranqu2  
 dor2 trabal3 remune3 força3 inteli3 corage3 cura4 consul4 bompr4 batend4  
 remedi4\*  
 113carinh1 dor1 saudad1 fdinhe1 angust1 doente2 espera2 cura2 cuida2 deus2  
 quali3 respei3 etico3 conhec3 produt3 quali4 remedi4 respon4 sabio4\*  
 113dor1 fome1 onibus1 angust1 doente2 acama2 cura2 remedi2 hospit2 etico3  
 espec3 compet3 amigo3 ajuda3 etico4 compet4 objeti4 espec4 proxim4\*  
 114paci1 tristel angust1 dor1 esperal pacien2 saude2 doente2 tratam2 acama2  
 respon3 respei3 compet3 ajuda3 pontua3 compro4 capaci4 pontua4 respei4  
 nsgros4\*  
 113doença1 demoral angust1 proble1 dor1 doente2 acama2 pacien2 tolera2  
 tratam2 digni3 respon3 respei3 pontua3 espec4 respon4 compet4 capaci4  
 amavel4\*  
 115dor1 angust1 preocup nervos1 desanil pacien2 sofrim2 cura2 angust2  
 cansa2 batend3 compre3 ajuda3 compre3 batend4 capaci4 abusa4 bompr4  
 soluci4\*  
 115dor1 fassis1 fcompl funil mtratol morte2 sofrim2 famor2 cura2 saude2  
 ajuda3 amigo3 batend3 pacien3 brella3 atend4 bompr4 soluci4 retor4 carido4\*  
 114cansal pacien1 ansied1 angust1 doente2 cura2 doença2 tratam2 tolera2  
 ajuda3 compet3 orien3 pesqui3 soluci4 cura4 diagno4 tratam4\*  
 114stress1 esperal angust1 ansied1 doença2 cura2 esper2 neces2 tratam2  
 ajuda3 pesqui3 saude3 capaci3 compet3 cura4 tratam4 pesqui4 orient4  
 profes4\*  
 115esperal cansal angust1 stress1 sofrim2 impaci2 angust2 doença2 cura2  
 trabal3 aposen3 locomo3 profis3 remune3 ncompa4 grosse4 batend4 cura4  
 nmedi4\*  
 114stress1 angust1 fdinhe1 doença1 sofrim2 alegri2 doença2 cura2 compre2  
 trabal3 quali3 etico3 corage3 inteli3 batend4 escuta4 espec4 sabio4  
 amigo4\*  
 114dor1 fdinhe1 angust1 famor1 paci2 determ2 doente2 espera2 cura2 trabal3  
 qualid3 honra3 espec3 casa3 sofrim4 ntqual4 escuta4 atend4 melhor4\*  
 113nfmed1 desejo1 stardel diagnol ssaber1 espera2 boavm2 pacien2 demora2  
 insufi2 poucos3 corri3 batend3 ruim3 stempo3 exame3 bompr4 assist4 batend4  
 ruim4 nassi4 poucos4\*  
 112hospit1 mortel exame1 esperal saude2 exame2 hospit2 remedi2 medico2  
 brella3 atença3 batend3 escuta3 regis3 doença4 acompa4 dieta4 orient4  
 satisf4\*  
 113dificul esperal longel fdinhe1 dor1 doença2 exame2 tratam2 medico2 cura2  
 espera3 trabal3 fila3 tdife3 saude3 batend4 compre4 atença4 escuta4 confia4  
 diagno4\*  
 112doença1 cuidal mestar1saudel atençal doença2 espera2 remedi2 dificu2  
 lenti2 ajuda3 trabal3 remune3 batend3 dedica3 simpa4 atença4 batend4  
 escuta4 satisf4 remedi4\*  
 113doença1 fome1 duvidal suspen1 insegul paci2 debili2 indefe2 doente2  
 depend2 compre3 prude3 sentim3 profis3 compet3 capaci4 profis4 segura4\*  
 115enfrel psaudel doente1 locomol dor1 pacien2 opera2 tratam2 exame2  
 sofrim2 compre3 atença3 medico3 brella3 batend4 escuta4 legal4 bom4 gboa4\*  
 111doença1 demoral cansal pmedic1 chorol dificul pacien2 desimp2 doença2  
 remedi2 exame2 agita2 batend3 aprend3 napren3 trabal3 choro3 cuida4 atença4  
 escuta4 choro4 compre4\*  
 111compre1 rsaudel apoio1 assist1 ansied1 saude2 carinh2 amor2 segura2  
 tratam2 cuida3 batend3 tratam3 bompr3 batend4 respei4 cuida4 educa4 orien4\*  
 113atençal esperal chorol dor1 doença2 tratam2 exame2 consul2 cura2 saude2  
 assist3 batend3 pacien3 trabal3 compor3 batend4 calma4 pacien4 resolu4  
 escuta4 explic4\*  
 113ansied1 esquel scedol cansal stress1 pacien2 espera2 doente2 consul2  
 lugar2 respei3 ajuda3 trabal3 batend3 brella3 educa4 nigno4 nmaltr4 batend4  
 maravi4\*

115aborrel atend1 egois1 escuta1 queixa1 pacien2 consul2 exame2 saude2  
 doenca2 batend3 ruim3 atend3 compet3 demora4 explic4 atend4 duvida4  
 escuta4\*

115preocul esperal apress1 saudel amor1 medico2 remedi2 hospit2 tratam2  
 encami2 funcao3 dedica3 profis3 amor3 aceita3 compet4 aprend4 tolera4  
 dedica4\*

114esperal fdinhe1 angust1 dor1 compre1 doente2 carinh2 tratam2 amor2  
 pacien2 profis3 sabio3 carate3 humild3 carido3 cardio4 quali4 batend4  
 simpa4 compre4\*

114doentel aborrel proble1 doenca1 deslo1 remedi2 satisf2 consul2 mcerto2  
 batend3 tratam3 respei3 batend4 escuta4 estudo4 diagno4\*

115cansal chorol stress1 discril fprior1 pacien2 saude2 orien2 angust2  
 melhor2 doenca2 brela3 fhuma3 sofrim3 indeli3 cura3 batend4 humano4 escuta4  
 explic4\*

115demoral filal cansal esperal dor1 remedi2 consul2 doenca2 exame2 tratam2  
 brela3 escuta3 batend3 aborre3 escuta4 batend4 atenca4 corret4\*

115proble1 precis1 ajuda1 fcondil dificul remedi2 doenca2 pacien2 calma2  
 fe2 pacien3 compet3 desenv3 compet4 batend4 desenv4 escuta4 explic4 exame4\*

114pacien1 acompal consull cirurg1 control pacien2 acompa2 consul2 cirurg2  
 doenca2 batend3 humano3 educa3 batend4 dialog4 atenca4 escuta4 explic4\*

124tristel mortel fempre1 fdinhe1 angust1 dor1 depres1 consul2 proble2  
 tratam2 acompa2 remedi1 profis3 etico3 capaci3 espec3 batend3 batend4  
 capaci4 diagno4 etico4 remedi4 exame4\*

124fempre1 doentel dor1 depres1 angust1 pertur2 deita2 remedi2 tratam2  
 espera2 capaci3 batend3 espec3 escuta3 brela3 batend4 etico4 escuta4  
 remedi4 soluci4\*

121tristel antipal angust1 desanil dor1 pacien2 stress2 calma2 doente2  
 espera2 profis3 quali3 estudo3 percep3 batend3 qualid 4 soluci 4 escuta4  
 etico4 explic4\*

125dor1 neces1 falguel medol angust1 pacien2 exame2 doente2 cura2 preocu2  
 aprend3 conhe3 qualid3 espec3 capaci3 batend4 quali4 conver4 escuta4  
 diagno4 ansied4\*

122dor1 medol angust1 chorol solidal sofrim2 medo2 ansied2 preocu2 cura2  
 quali3 amor3 voca3 dedica3 etico3 assust4 ansied4 temero4 aflito4 soluci4\*

124doenca1 amargul aperrel preocul atrito1 paci2 boavm2 dor2 tratam2 cura2  
 quali3 fcurso3 treina3 aprend3 aperfe3 perfei4 pontua4 batend4 bompr4  
 quali4\*

122mtratol dor1 desres1 angust1 depres1 pacien2 cura2 sofrim2 pobre2  
 espera2 conhe3 honest3 quali3 humild3 etico3 conhe4 bompr4 espec4 etico4  
 qualid4\*

124mhabit1 fcidad1 famor1 sofrim1 mortel fe2 droga2 esper2 pacien2 cura2  
 honest3 etico3 serio3 cidada3 respei3 ruim4 qualid4 desuma4 autori4  
 espec4\*

124mortel odio1 traier1 nperd1 angust1 dor1 ndeus1 supor2 espera2 sabedo2  
 cura2 libert2 habili3 brela3 conhe3 produt3 etico3 consul4 retorn4 remedi4  
 qualid4 amigo4\*

123fliber1 solidal doenca1 famor1 dor1 tristel depres1 doente2 espera2  
 cautel2 fe2 retrib2 serio3 integr3 compet3 etico3 amigo3 compet4 etico4  
 espec4 aprend4 humano4\*

125dor1 angust1 preocul depres1 saudad1 pacien2 tranqu2 hospit2 fe2 cura2  
 trabal3 compet3 honest3 compre3 espec3 qualid4 leal4 capaci4 espec4  
 dedica4\*

125scasal dor1 fome1 sedel angust1 doente2 paci2 soluci2 saude2 cura2  
 orgulh3 leal3 honest3 amigo3 capaci3 adeus4 soluci4 smedic4 atenca4  
 compro4\*

125incert1 temor1 fassis1 dor1 angust1 doente2 dispon2 tratam2 cura2  
 soluci2 respon3 capaci3 compro3 dispon3 soluci4 capaci4 encami4 respei4  
 objeti4\*

123dor1 angust1 depres1 tristel solidal paz2 alegri2 calma2 tranqu2 doente2  
 honest3 trabal3 dedica3 cuida3 zelo3 atenca4 amigo4 remedi4 consel4  
 capaci4\*

122espera1 dor1 durat1 reaça01 angust1 agonia2 doente2 mpaci2 insupo2  
 esper2 qualid3 dividi3 compro3 respei3 compar3 respei4 compro4 ajuda4  
 capaci4 especi4\*  
 122doente1 npensal neces1 fempre1 dor1 depres1 calma2 doar2 positi2 pensar2  
 doente2 respon3 respei3 qualid3 compro3 serio3 saude4 ajuda4 capaci4 bompr4  
 compro4\*  
 124dor1 medo1 angust1 impacil sofrim2 cura2 doente2 espera2 impacil medico3  
 impacil autori3 capaci3 orgulh3 bompr4 objeti4 pontua4 cura4 capaci4\*  
 121dor1 tristel depres1 angust1 fempre1 foport1 exclu2 rejei2 cura2 isola2  
 dor2 quali3 qualid3 compre3 respei3 digni3 remedi4 simpli4 qualid4 atença4  
 etico4\*  
 123dor1 agonial angust1 chorol demoral doença2 sofrim2 remedi2 medo2 exame2  
 capaci3 efici3 conhec3 escuta3 demora4 acompa4 efici4 compet4\*  
 123nexist1 gficarl boml hospit1 doente2 cura2 tratam2 saude2 hospit2 brella3  
 otimo3 batend3 efici4 rapido4 batend4 bompr4\*  
 125espera1 ansied1 doençal gravil stress1 doença2 acompa2 tratam2 rotina2  
 remedi2 exame2 demora2 batend3 nfala3 finfo3 ruim3 cfeia3 batend4 paci4  
 consul4 remedi4 escuta4 explic4\*  
 124espera1 demoral examel consul2 exame2 retorn2 dificu2 medico3 legal3  
 compet3 brella3 atença3 batend4 exame4 explic4 escuta4\*  
 122dor1 tristel angust1 chorol fempre1 tratam2 cura2 espera2 remedi2  
 acompa2 medico3 social3 enferm3 psico3 nutri3 batend4 especi4 etico4  
 bondos4 remedi4\*  
 124angust1 tristel dor1 fempre1 fome1 retorn2 demora2 consul2 cura2 espera2  
 medico3 tratam3 cura 3 batend3 espera3 batend4 exame4 explic4 pacien4  
 bompr4\*  
 125doençal fempre1 dor1 fome1 ansied1 tratam2 cura2 doença2 remedi2 demora2  
 batend3 explic3 falap3 medico3 cfeia3 batend4 explic4 consul4 remedi4  
 rapido4\*  
 124espera1 fdinhel dificul doençal dor1 doente2 cura2 exame2 tratam2  
 espera3 trabal3 saude3 tdife3 fila3 confia4 batend4 compre4 diagno4\*  
 121doençal stress1 angust1 dor1 fome1 demora2 rotina2 doença2 carinh2 amor2  
 sabio3 aposen3 etico3 remune3 carido3 demora4 tratam4 compro4 humild4  
 bompr4\*  
 121solidal stress1 doençal ansied1 demoral pacien2 remedi2 cura2 acompa2  
 hospit2 humild3 escuta3 sabio3 medico3 etico3 demora4 objeti4 qualid4  
 capaci4 saude4\*  
 124angust1 fdinhel dor1 stress1 solidal espera2 exame2 tratam2 cura2  
 hospit2 carido3 capaci3 humild3 efici3 escuta3 efici4 pontua4 remedi4  
 ajuda4\*  
 121stress1 cansal solidal doençal ansied1 amor2 sabio2 profis2 humild2  
 cura2 carate3 trabal3 sabio3 corage3 inteli3 compet4 bompr4 atença4  
 compro4\*  
 221dor1 tristel doençal insatil angust1 ajuda2 soluçi2 conver2 confia2  
 sofre compet3 quali3 etico3 respon3 brella4 remedi4 alivio4\*  
 224dor1 angust1 paci1 fisico1 mental1 dor2 fisico2 transt2 pacien2 doente2  
 medico3 hospit3 aprend3 estudo3 consul4 mente4 ambula4 gente4 profis4  
 qualid4\*  
 222dor1 desespl angust1 patolo1 tristel passi2 ativo2 doente2 famili2 rela2  
 atença3 apoio3 respei3 tecni3 agil3 saude4 doença4 remedi4 brella4 sus4\*  
 221tristel dor1 ajuda1 angust1 chorol conver2 escuta2 acalma2 confor2 cura2  
 respon3 carate3 compet3 digni3 humild3 pacien4 nsbom4 inteli4 humild4  
 respon4\*  
 221vrui1 dmedic1 dor1 descon1 angust1 carenc2 amparo2 sofre2 confor2  
 tecni3 respon3 respei3 compet3 assep4 brella4 educa4 escuta4 qualid4\*  
 221tristel ansied1 angust1 dor1 carenc2 vulner2 sofre2 cuida2 compet3  
 pontua3 assidu3 tranqu3 atença3 etico3 dificu4 comple4 funda4 sagra4  
 respons4\*  
 221dor1 angust1 chorol cural queixal queixa2 cura2 escuta2 ajuda2 confia2  
 compet3 atença3 etico3 apoio3 qualid4 respei4 brella4 soluçia4\*

221dor1 doenca1 angust1 fdinhe1 carenc1 medici2 pacien2 escuta2 confor2  
 acalma2 etico3 moral3 amor3 respei3 sabio3 respon4 humano4 ajuda4 atenca4\*  
 221triste1 doenca1 morte1 pobre1 angust1 respei2 cuida2 atenca2 escuta2  
 pacien2 sofre2 honest3 atenca3 respon3 dedica3 etico3 comple4 qualid4  
 integr4 compre4 compro4\*  
 221desilu1 insatil dor1 morte1 ajuda1 grati2 esper2 pacien2 escuta2 confia2  
 compet3 conhec3 pacien3 segura3 alivio3 atenca4 respei4 confor4 ajuda4  
 troca4\*  
 224dor1 angust1 pobre1 fpersp1 triste1 sofre2 renunci2 espera2 fila2 desrei2  
 ajuda3 medico3 enferm3 social3 respon3 melhor4 demora4 brella4 rela4  
 ctraba4\*  
 221doenca1 morte1 dor1 triste1 choro1 doente2 escuta2 rela2 confor2 respei3  
 since3 integr3 dedica3 respon3 atenca4 brella4 compre4 confia4\*  
 212fome1 ffe1 fempre1 abandon1 descas1 carenc2 impaci2 pimpor2 sofre2  
 doente2 estudo3 atenca3 incom3 quali3 etico3 cansa4 quali4 descon4 demand4  
 organi4 respon4\*  
 211dor1 triste1 fdinhe1 raiva1 angust1 ajuda2 escuta2 doente2 ajuda2  
 humild3 medico3 compet3 respon3 espera4 atraso4 diagno4 humild4\*  
 214preocul mtratol angust1 solidal dor1 doente2 espera2 client2 fila2  
 respon2 trabal3 respon3 compet3 respei3 quali3 cuida4 respon4 capaci4  
 quali4 humano4\*  
 211dor1 triste1 angust1 choro1 carenc1 conver2 confia2 confor2 ajuda2  
 escuta2 dedica3 honest3 compro3 humild3 pacien3 respon4 ajuda4 humild4  
 confor4 compro4\*  
 214dor1 depres1 angust1 ansied1 triste1 desani1 doente2 tolera2 pacien2  
 tratam2 respei2 compet3 tbem3 integr3 etico3 respei3 capaci4 etico4 respon4  
 compro4 carinh4\*  
 213dor1 morte1 pobre1 spersp1 angust1 sofre2 espera2 tolera2 tratam2  
 doente2 compet3 medico3 ajuda3 enferm3 respon3 respei3 melhor4 nmelho4  
 compro4 demora4 respon4\*

## ANEXO D - Dicionário *Tri-Deux*, versão 2.2

TRI-DEUX Version 2.2

IMPortation des MOTs d'un fichier de questions ouvertes  
ou de mots associ,s ... un stimulus - janvier 1995  
Renseignements Ph.Cibois UFR Sciences sociales Paris V  
12 rue Cujas - 75005 PARIS  
Programme IMPMOT

Le fichier de sortie mots courts tri,s est banco.DAT  
et servira d'entr,e pour TABMOT  
Le fichier de position en sortie sera banco.POS  
et servira d'entr,e pour TABMOT  
Le fichier d'impression est banco.IMP  
Position de fin des caract,ristiques 3  
Nombre de lignes maximum par individu 3

Le stimulus est en fin de mot et sera report,  
en fin de caract,ristiques ... la position 4  
il sera laiss, en fin de mot  
Nombre de lignes lues en entr,e 78  
Nombre de mots ,crits en sortie 1530  
Nombre de mots de longueur sup,rieure ... 10 = 0  
seuls les 10 premiers sont ,t, imprim,s  
D,coupage en mots termin,  
Tri termin,

Les mots sont mis en 4 caractŠres

Impression de la liste des mots

3	3	1 4	4	2	abandol	aban	1	aborrel	abor	2	
aborre3	abol1	1	abusa4	abus	1	acalma2	acal	2	acama2	acal	3
aceita3	acei	1	acompa1	acom	1	acompa2	acol	5	acompa4	aco2	2
adeus4	adeu	1	aflito4	afli	1	agil3	agil	1	agita2	agil	1
agonia1	agon	1	agonia2	ago1	1	ajuda1	ajud	3	ajuda2	ajul	5
ajuda3	aju2	10	ajuda4	aju3	6	alegri2	aleg	3	alivio3	aliv	1
alivio4	alil	1	amargul	amar	1	amavel4	amal	1	ambula4	ambu	1
amigo3	amig	4	amigo4	amil	3	amor1	amor	1	amor2	amol	4
amor3	amo2	3	amparo2	ampa	1	angust1	angu	46	angust2	angl	3
ansied1	ansi	10	ansied2	ans1	1	ansied4	ans2	2	antipal	anti	1
aperfe3	aper	1	aperrel	apel	1	apoiol	apoi	1	apoiol3	apol	2
aposen3	apo2	2	aprend3	apre	4	aprend4	apr1	2	apress1	apr2	1
assep4	asse	1	assidu3	ass1	1	assist1	ass2	1	assist3	ass3	1
assist4	ass4	1	assust4	ass5	1	atend1	aten	1	atend3	atel	1
atend4	ate2	3	atença1	ate3	2	atença2	ate4	1	atença3	ate5	8
atença4	ate6	12	ativo2	ativ	1	atraso4	atra	1	atritol	atr1	1
autori3	auto	1	autori4	aut1	1	batend3	bate	20	batend4	bat1	28
boavm2	boav	2	bom1	bom1	1	bom4	bom1	1	bompr3	bom2	1
bompr4	bom3	12	bondos4	bond	1	brela3	brel	10	brela4	brel	6
calma2	calm	5	calma4	call	1	cansal	cans	7	cansa2	can1	1
cansa4	can2	1	capaci3	capa	9	capaci4	cap1	14	carate3	cara	3
cardio4	car1	1	carenc1	car2	2	carenc2	car3	3	carido3	car4	3
carido4	car5	1	carinh1	car6	1	carinh2	car7	3	carinh4	car8	1
casa3	casa	1	cautel2	caut	1	cfeia3	cfei	2	chorol	chor	11
choro3	chol	1	choro4	cho2	1	cidada3	cida	1	cirurg1	ciru	1
cirurg2	cirl	1	client2	clie	1	compar3	comp	1	compet3	com1	20
compet4	com2	7	comple4	com3	2	compor3	com4	1	compre1	com5	2
compre2	com6	1	compre3	com7	6	compre4	com8	6	compro3	com9	4
compro4	om10	10	confia2	conf	4	confia4	con1	3	confor2	con2	5



confor4	con3	2	conhec3	con4	6	conhec4	con5	1	consel4	con6	1
consul1	con7	1	consul2	con8	9	consul4	con9	5	control	on10	1
conver2	on11	3	conver4	on12	1	corage3	cora	3	corret4	cor1	1
corri3	cor2	1	ctraba4	ctra	1	cuidal	cuid	1	cuida2	cui1	3
cuida3	cui2	2	cuida4	cui3	3	cura	cura	1	cura1	curl	1
cura2	cur2	32	cura3	cur3	1	cura4	cur4	5	debili2	debi	1
dedica3	dedi	7	dedica4	ded1	2	deita2	deit	1	demand4	dema	1
demora1	dem1	6	demora2	dem2	5	demora4	dem3	6	depend2	depe	1
desres1	depl	9	desanil	desa	3	descas1	des1	1	descon1	des2	1
descon4	des3	1	desejo1	des4	1	desenv3	des5	1	desenv4	des6	1
desesp1	des7	2	desilul	des8	1	desimp2	des9	1	deslo1	es10	1
desrei2	es11	1	desres1	es12	1	desuma4	es13	1	determ2	dete	1
deus2	deus	1	diagno1	diag	1	diagno4	dia1	7	dialog4	dia2	1
dieta4	diet	1	dificul	difi	3	dificu2	dif1	2	dificu4	dif2	1
dificul	dif3	1	digni3	dign	3	discril	disc	1	dispon2	dis1	1
dispon3	dis2	1	dividi3	divi	1	dmedicl	dmed	1	doar2	doar	1
doente1	doen	4	doente2	doe1	28	doença1	doe2	18	doença2	doe3	17
doença4	doe4	2	dor1	dor1	51	dor2	dor1	4	droga2	drog	1
durat1	dura	1	duvidal	duvi	1	duvida4	duv1	1	educa3	educ	1
educa4	edul	3	efici3	efic	2	efici4	efil	3	egois1	egoi	1
encami2	enca	1	encami4	encl	1	enferm3	enfe	3	enfrel	enfl	1
escuta1	escu	1	escuta2	escl	8	escuta3	esc2	6	escuta4	esc3	19
especi3	espe	6	especi4	esp1	9	esper2	esp2	5	esperal	esp3	13
espera2	esp4	16	espera3	esp5	3	espera4	esp6	1	esque1	esqu	1
estudo3	estu	3	estudo4	est1	1	etico3	etic	18	etico4	etil	9
exame1	exam	2	exame2	exa1	13	exame3	exa2	1	exame4	exa3	4
exclu2	excl	1	explic3	expl	1	explic4	expl	10	falap3	fala	1
falque1	fall	1	famili2	fami	1	famor1	fam1	3	famor2	fam2	1
fassis1	fass	2	fcidad1	fcid	1	fcompl	fcom	1	fcondi1	fcoll	1
fcurso3	fcur	1	fdinhe1	fdin	10	fe2	fe2	4	femprel	femp	8
ffe1	ffe1	1	fhuma3	fhum	1	fila1	fila	1	fila2	fill	2
fila3	fil2	2	finfo3	finf	1	fisico1	fisi	1	fisico2	fis1	1
fliber1	flib	1	fome1	fome	7	foport1	fopo	1	força3	forç	1
fpersp1	fper	1	fprior1	fpri	1	funda4	fund	1	funil	fun1	1
funçao3	fun2	1	gboa4	gboa	1	gente4	gent	1	gficarl	gfic	1
grati2	grat	1	gravi1	gral	1	grosse4	gros	1	habili3	habi	1
honest3	hone	7	honra3	hon1	1	hospit1	hosp	2	hospit2	hos1	7
hospit3	hos2	1	humano3	huma	1	humano4	hum1	4	humild2	hum2	1
humild3	hum3	7	humild4	hum4	4	impaci1	impa	1	impaci2	imp1	3
impaci3	imp2	1	incert1	ince	1	incom3	incl	1	indefe2	inde	1
indeli3	ind1	1	insati1	insa	2	insegul	ins1	1	insufi2	ins2	1
insupo2	ins3	1	integr3	inte	3	integr4	int1	1	inteli3	int2	3
inteli4	int3	1	isola2	isol	1	leal3	leal	1	leal4	lea1	1
legal3	lega	1	legal4	leg1	1	lenti2	lent	1	libert2	libe	1
locomo1	loco	1	locomo3	loc1	1	longel	long	1	lugar2	luga	1
maravi4	mara	1	mcerto2	mcer	1	medici2	medi	1	medico2	med1	3
medico3	med2	11	medol	med3	3	medo2	med4	2	melhor2	melh	1
melhor4	mell	3	mentall	ment	1	mente4	men1	1	mestar1	mest	1
mhabit1	mhab	1	moral3	mora	1	mortel	mor1	8	morte2	mor2	1
mpaci2	mpac	1	mtrato1	mtra	3	napren3	napr	1	nassi4	nass	1
ncompa4	ncom	1	ndeus1	ndeus	1	neces1	nece	2	neces2	necl	1
nervos1	nerv	1	nexist1	nexi	1	nfala3	nfal	1	nfmed1	nfme	1
nigno4	nign	1	nmaltr4	nmal	1	nmedi4	nmed	1	nmelho4	nmel	1
npensa1	npen	1	nperdl	npe1	1	nsbom4	nsbo	1	nsgrs4	nsgr	1
ntqual4	ntqu	1	nutri3	nutr	1	objeti4	obje	4	odio1	odio	1
onibus1	onib	1	opera2	oper	1	organi4	orga	1	orgulh3	org1	2
orien2	orie	1	orien3	ori1	1	orien4	ori2	1	orient4	ori3	2
otimo3	otim	1	paci1	paci	2	paci2	pac1	4	paci4	pac2	1
pacien1	pac3	2	pacien2	pac4	23	pacien3	pac5	5	pacien4	pac6	3
passi2	pass	1	patolol	pato	1	paz2	paz2	1	pensar2	pens	1
percep3	perc	1	perfei4	per1	1	pertur2	per2	1	pesqui3	pesq	2
pesqui4	pes1	1	pimpor2	pimp	1	pmedic1	pmed	1	pobre1	pobr	3
pobre2	pobl	1	pontua3	pont	3	pontua4	pon1	4	positi2	posi	1
poucos3	pouc	1	poucos4	poul	1	precis1	prec	1	preocul	pre1	5
preocu2	pre2	2	proble1	prob	3	proble2	pro1	1	produt3	pro2	2

profes4	pro3	1	profis2	pro4	1	profis3	pro5	6	profis4	pro6	2
proxim4	pro7	1	prude3	prud	1	psaudel	psau	1	psico3	psic	1
quali3	qual	10	quali4	qual	6	qualid	qua2	1	qualid3	qua3	5
qualid4	qua4	10	queixa1	quei	2	queixa2	que1	1	raiva1	raiv	1
rapido4	rapi	2	reaçao1	reaç	1	regis3	regi	1	rejei2	reje	1
rela2	rela	2	rela4	rell	1	remedi1	reme	1	remedi2	rem1	14
remedi4	rem2	14	remune3	rem3	4	renunc2	renu	1	resolu4	reso	1
respei2	res1	2	respei3	res2	16	respei4	res3	6	respon2	res4	1
respon3	res5	13	respon4	res6	9	respons4	res7	1	retor4	reto	1
retorn2	ret1	2	retorn4	ret2	1	retrib2	ret3	1	rotina2	roti	2
rsaudel	rsau	1	ruim3	ruim	3	ruim4	ruil	2	sabedo2	sabe	1
sabio2	sabl	1	sabio3	sab2	5	sabio4	sab3	2	sagra4	sagr	1
satisf2	sati	1	satisf4	sat1	2	saudad1	saud	2	saudel	saul	2
saude2	sau2	9	saude3	sau3	3	saude4	sau4	3	scasal	scas	1
scedel	sced	1	sedel	sede	1	segura2	segu	1	segura3	segl	1
segura4	seg2	1	sentim3	sent	1	serio3	seri	3	simpa4	simp	2
simpli4	sim1	1	since3	sinc	1	smedic4	smed	1	social3	soci	2
sofre	sofr	1	sofre2	sofl	6	sofrim1	sof2	1	sofrim2	sof3	9
sofrim3	sof4	1	sofrim4	sof5	1	solidal	sol1	8	soluci	soll	1
soluci2	sol2	2	soluci4	sol3	8	soluçi2	sol4	1	spersp1	sper	1
ssaber1	ssab	1	stardel	star	1	stempo3	stem	1	stress1	stre	10
stress2	str1	1	supor2	supo	1	sus4	sus4	1	suspen1	sus1	1
tbem3	tbem	1	tdife3	tdif	2	tecni3	tecn	2	temero4	teme	1
temor1	tem1	1	tolera2	tole	4	tolera4	toll	1	trabal3	trab	14
trair1	tra1	1	tranqu2	tra2	3	tranqu3	tra3	1	transt2	tra4	1
tratam2	tra5	24	tratam3	tra6	3	tratam4	tra7	3	treina3	trei	1
tristel	tris	19	troca4	troc	1	voca3	voca	1	vruim1	vru1	1
vulner2	vuln	1	zelo3	zelo	1						
Nombre de mots entr,s				1530							
Nombre de mots diff,rents				486							

Impression des tris ... plat

Question 015	Position	15	Code-max.	2
Tot.	1	2		
1530	1180	350		
100	77.1	22.9		

Question 016	Position	16	Code-max.	2
Tot.	1	2		
1530	700	830		
100	45.8	54.2		

Question 017	Position	17	Code-max.	5	
Tot.	1	2	3	4	5
1530	350	182	256	447	295
100	22.9	11.9	16.7	29.2	19.3

## ANEXO E - Análise Fatorial de Correspondência

TRI-DEUX Version 2.2  
 Analyse des ,cartes ... l'ind,pendance - mars 1995  
 Renseignements Ph.Cibois UFR Sciences sociales Paris V  
 12 rue Cujas - 75005 PARIS  
 Programme ANECAR

Le nombre total de lignes du tableau est de 50  
 Le nombre total de colonnes du tableau est de 9  
 Le nombre de lignes suppl,mentaires est de 0  
 Le nombre de colonnes suppl,mentaires est de 0  
 Le nombre de lignes actives est de 50  
 Le nombre de colonnes actives est de 9

M,moire disponible avant dimensionnement 499122  
 M,moire restante aprřs dim. fichiers secondaires 496774  
 M,moire restante aprřs dim. fichier principal 494966

AFC : Analyse des correspondances

\*\*\*\*\*

Le phi-deux est de : 0.236445

Pr,cision minimum (5 chiffres significatifs)

Le nombre de facteurs ... extraire est de 4

Facteur 1

Valeur propre = 0.139158

Pourcentage du total = 58.9

Facteur 2

Valeur propre = 0.039647

Pourcentage du total = 16.8

Facteur 3

Valeur propre = 0.026975

Pourcentage du total = 11.4

Facteur 4

Valeur propre = 0.016370

Pourcentage du total = 6.9

Coordonn,es factorielles (F= ) et contributions pour le facteur (CPF)

Lignes du tableau

\*-----\*-----\*-----\*-----\*-----\*-----\*-----\*-----\*

ACT. F=1 CPF F=2 CPF F=3 CPF F=4 CPF

\*-----\*-----\*-----\*-----\*-----\*-----\*-----\*-----\*

aju2	328	10	-385	50	-350	61	11	0	ajuda3
angu	-195	17	42	3	-6	0	-66	16	angust1
ansi	-70	0	-142	7	208	21	-110	10	ansied1
ate5	-624	30	24	0	-8	0	449	131	atença3
ate6	-245	7	-88	3	221	29	109	12	atença4
bate	382	28	-121	10	43	2	82	11	batend3
bat1	458	56	-57	3	1	0	-55	7	batend4
bom3	196	4	267	29	19	0	21	0	bompr4
bre1	508	25	-62	1	37	1	49	2	bre1a3
capa	326	9	401	49	186	15	-359	94	capaci3
cap1	172	4	99	5	-90	6	-2	0	capaci4
chor	-363	14	-87	3	36	1	222	44	choro1
com1	-344	23	-322	70	-16	0	-118	23	compet3

om10	-382	14	-5	0	38	1	170	24	compro4
con8	476	20	-106	3	-147	10	-260	49	consul2
cur2	188	11	165	29	98	15	-61	10	cura2
dep1	13	0	476	69	-77	3	24	0	depres1
doe1	-15	0	-36	1	-272	103	10	0	doente2
doe2	-225	9	32	1	160	23	-47	3	doença1
doe3	495	40	-276	44	113	11	85	10	doença2
dor1	-174	16	69	9	26	2	-34	5	dor1
esc1	-1467	165	-388	40	411	67	26	0	escuta2
esc3	369	25	-204	27	145	20	8	0	escuta4
esp1	263	6	381	44	-283	36	274	55	especi4
esp3	493	30	-71	2	-79	4	73	6	espera1
esp4	43	0	154	13	-379	113	-41	2	espera2
etic	-440	33	125	9	-49	2	25	1	etico3
etil	-69	0	378	43	-133	8	35	1	etico4
exa1	432	23	-45	1	96	6	48	2	exame2
exp1	460	20	-64	1	316	50	-71	4	explic4
fdin	22	0	-112	4	-228	26	-331	89	fdinhe1
femp	-28	0	584	92	-5	0	220	31	fempre1
med2	-190	4	125	6	24	0	-156	22	medico3
mor1	-547	23	95	2	-52	1	-93	6	mortel
pac4	65	1	-193	29	151	26	-5	0	pacien2
qual	-268	7	167	9	-143	10	212	37	quali3
qua4	-575	32	315	33	312	48	-101	8	qualid4
rem1	363	18	4	0	114	9	293	98	remedi2
rem2	7	0	359	61	-25	0	37	2	remedi4
res2	-320	16	-72	3	-284	64	68	6	respei3
res5	-717	64	-217	20	4	0	-16	0	respon3
res6	-614	33	-584	103	-406	73	89	6	respon4
sau2	510	22	-287	25	104	5	236	41	saude2
sof3	489	21	46	1	102	5	261	50	sofrim2
sol1	-77	0	281	21	-110	5	-111	8	solidal
sol3	250	5	74	1	355	50	102	7	soluci4
stre	243	6	-53	1	278	38	-97	8	stress1
trab	279	10	-186	16	-188	24	-44	2	trabal3
tra5	337	26	-70	4	-84	8	-155	47	tratam2
tris	-634	73	31	1	30	1	-71	8	tristel

```
*-----*-----*-----*-----*-----*-----*-----*-----*
* * *1000* *1000* *1000* *1000*
*-----*-----*-----*-----*-----*-----*-----*-----*
```

Modalit,s en colonne

```
*-----*-----*-----*-----*-----*-----*-----*-----*
ACT. F=1 CPF F=2 CPF F=3 CPF F=4 CPF
*-----*-----*-----*-----*-----*-----*-----*-----*
0151 247 115 61 25 27 7 -0 0
0152 -897 417 -222 90 -98 26 1 0
0161 213 49 -307 358 -85 40 49 22
0162 -176 40 253 295 70 33 -40 18
0171 -666 230 -122 27 269 193 27 3
0172 -83 2 377 136 -253 90 502 582
0173 114 5 -84 10 -335 237 -24 2
0174 99 7 88 20 -130 65 -235 350
0175 548 135 -157 39 364 308 77 23
*-----*-----*-----*-----*-----*-----*-----*-----*
* * *1000* *1000* *1000* *1000*
*-----*-----*-----*-----*-----*-----*-----*-----*
```

Fin normale du programme

## ANEXO F - Representação gráfica dos Fatores 1 e 2

TRI-DEUX Version 2.2  
 Repr,entation de plans factoriels - janvier 1995  
 Renseignements Ph.Cibois UFR Sciences sociales Paris V  
 12 rue Cujas - 75005 PARIS  
 Programme PLANFA

Le nombre total de lignes du tableau est de 50  
 Le nombre total de colonnes du tableau est de 9  
 Le nombre de lignes supl,mentaires est de 0  
 Le nombre de colonnes supl,mentaires est de 0  
 Le nombre de lignes actives est de 50  
 Le nombre de colonnes actives est de 9  
 Le nombre de facteurs calcul,s est de 4

Facteur horizontal : 1  
 Facteur vertical : 2  
 Repr,entation des lignes : 3  
 Repr,entation des colonnes : 3  
 Nombre des blocs d',dition : 1  
 Inversion axe horizontal : 0  
 Inversion axe vertical : 0  
 Seuil de contribution des lignes : 20  
 Seuil de contribution des colonnes : 111

