

UNIVERSIDADE DO VALE DO RIO DOS SINOS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA

RENATA TÔNDOLO TAVARES

**O DISCURSO DOS PROFISSIONAIS SOBRE A RELAÇÃO COM
OS USUÁRIOS NO SERVIÇO DE RADIOLOGIA**

São Leopoldo

2007

Renata Tândolo Tavares

**O DISCURSO DOS PROFISSIONAIS SOBRE A RELAÇÃO COM
OS USUÁRIOS NO SERVIÇO DE RADIOLOGIA**

Dissertação apresentada como requisito parcial para
obtenção do título de mestre em Saúde Coletiva

Orientador: Prof. Dr. José Roque Junges

São Leopoldo

2007

DEDICATÓRIA

Otelina Tôndolo,

Minha mãe e pai

AGRADECIMENTOS

A gratidão é a mais agradável das virtudes; não é, no entanto, a mais fácil.

A lista de pessoas que ajudaram durante esta caminhada é enorme, tentarei incluir todos, desde já peço desculpas aos não nomeados.

Agradeço a minha mãe por suportar as variações de humor e a ausência nos últimos tempos.

Obrigada aos amigos pelo ânimo e boa vontade. A todos que insistiram nos telefonemas, recados e convites mesmo que muitas vezes a resposta chegasse dias depois e fosse sempre "agora não posso". Para lembrá-los: agora eu posso.

Obrigada mana pela presença constante e apoio incondicional. Obrigada mano pelo carinho de sempre. Obrigada "priminhas e priminhos" por estarem por perto. Obrigada aos tios e tias - que família grande - por estarem sempre na retaguarda.

Obrigada aos colegas de trabalho, tanto os que participaram da pesquisa quanto aos que simplesmente estavam ao redor com uma piada, um incentivo ou apenas um sorriso. Especialmente aos que diziam "estuda, sei que é importante pra ti" e me deixavam quietinha num canto enquanto tentava deixar as leituras em dia. E, claro, aos que cantavam e escutavam comigo "Renata ingrata..."

Obrigada aos colegas de mestrado que formaram a melhor e mais famosa turma desse PPG. Reclamações existiram mas deixaremos saudades. Os "mestrandis" mais parceiros que se possa imaginar, que respeitaram o trato de

chorar um de cada vez, de apoiar os coleguinhas sempre e manter os pérfuro-cortantes fora da sala de aula. Carregarei a todos no coração, a homenagem pessoal receberam há alguns meses e tenho certeza que lembrarão para sempre.

Obrigada aos professores pela paciência e generosidade em partilhar seus conhecimentos. As mãezonas Stela, Élide e Lucilda por seu sorriso constante. A Maria Teresa, que amava meu silêncio em aula. E especialmente ao orientador e paciente Roque, que sempre escrevia para "Renatinha", encerrava suas mensagens com "ânimo" e lembrava que a trajetória valia a pena e estava quase no fim.

Obrigada Dai, parceira de caminhada. Surpresa do curso que estará para sempre no coração e amiga para o resto da vida. Importantíssima em todos os momentos para me fazer rir, estudar e lembrar onde estava a pedrinha. Nunca imaginamos ter uma cópia solta por aí, agora sabemos que existe.

Alfredo Antônio e Himalaia José, pela presença constante e alegria que sempre trazem. Isso só eu sei.

Obrigada meu anjo da guarda, não é habitual esse agradecimento mas ele trabalha tanto...

Obrigada Deus por guiar a mim e a todos ao meu redor.

Pai Alfredo e nônio Otávio que estão longe dos olhos e perto do coração: obrigada pela luz.

"Seja a mudança que você deseja ver no mundo"
Mahatma Gandhi

SUMÁRIO

1 PROJETO DE PESQUISA.....	9
1.1 INTRODUÇÃO	12
1.2 JUSTIFICATIVA	14
1.3 REFERENCIAL TEÓRICO	17
1.3.1 O HOSPITAL E A RADIOLOGIA.....	17
1.3.2 TECNOLOGIA E SAÚDE	19
1.3.2.1 Tipos de Tecnologia	23
1.3.3 HUMANIZAÇÃO DAS PRÁTICAS E SERVIÇOS.....	25
1.3.4 INTEGRALIDADE E ACOLHIMENTO	29
1.3.5 CUIDADO.....	34
1.4 OBJETIVOS	36
1.4.1 OBJETIVO GERAL.....	36
1.4.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	36
1.5 METODOLOGIA.....	38
1.5.1 TIPO DE PESQUISA.....	38
1.5.2 COLETA DE DADOS	39
1.5.3 CAMPO DE PESQUISA	42
1.5.4 SUJEITOS DO ESTUDO.....	42
1.5.5 ANÁLISE DOS DADOS.....	44
1.5.6 ASPECTOS ÉTICOS.....	46
1.6 CRONOGRAMA.....	47
1.7 ORÇAMENTO	48
APÊNDICE	49
REFERÊNCIAS.....	51

2	RELATÓRIO	62
2.1	O TRAJETO	63
2.2	E A SAÚDE COLETIVA	64
2.3	PRIMEIROS PASSOS	65
2.4	EXAME DE QUALIFICAÇÃO E AVALIAÇÃO ÉTICA	66
2.5	COLETA DE DADOS	67
2.6	AS INSTITUIÇÕES	67
2.7	PERFIL DOS PARTICIPANTES	68
2.8	CONVERSANDO	72
2.9	DUPLA RECOMPENSA	74
2.10	TRANSCRIÇÃO	75
2.11	ANÁLISE DOS DADOS	75
	ANEXOS	81
	ANEXO A	82
	ANEXO B	83
	ANEXO C	84
3	ARTIGO	85
3.1	INTRODUÇÃO	89
3.2	METODOLOGIA	91
3.3	RESULTADOS E DISCUSSÃO	95
3.3.1	DISCURSO EMPIRICISTA	95
3.3.2	DISCURSO CONTINGENTE	97
3.4	CONCLUSÃO	109
3.5	REFERÊNCIAS	110

UNIVERSIDADE DO VALE DO RIO DOS SINOS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA

RENATA TÔNDOLO TAVARES

**O DISCURSO DOS PROFISSIONAIS SOBRE A RELAÇÃO COM
OS USUÁRIOS NO SERVIÇO DE RADIOLOGIA**

São Leopoldo

2006

Renata Tøndolo Tavares

**O DISCURSO DOS PROFISSIONAIS SOBRE A RELAÇÃO COM
OS USUÁRIOS NO SERVIÇO DE RADIOLOGIA**

Projeto de pesquisa apresentado para a banca de
qualificação

Orientador: Prof. Dr. José Roque Junges

São Leopoldo

2006

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	12
2 JUSTIFICATIVA	14
3 REFERENCIAL TEÓRICO	17
3.1 O HOSPITAL E A RADIOLOGIA	17
3.2 TECNOLOGIA E SAÚDE	19
3.2.1 Tipos de Tecnologia	23
3.3 HUMANIZAÇÃO DAS PRÁTICAS E SERVIÇOS	25
3.4 INTEGRALIDADE E ACOLHIMENTO	29
3.5 CUIDADO	34
4 OBJETIVOS	36
4.1 OBJETIVO GERAL	36
4.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	36
5 METODOLOGIA	38
5.1 TIPO DE PESQUISA	38
5.2 COLETA DE DADOS	39
5.3 CAMPO DE PESQUISA	42
5.4 SUJEITOS DO ESTUDO	42
5.5 ANÁLISE DOS DADOS	44
5.6 ASPECTOS ÉTICOS	46
6 CRONOGRAMA	47
7 ORÇAMENTO	48
APÊNDICE	49
REFERÊNCIAS	51

INTRODUÇÃO

A instituição hospitalar passa por um acelerado processo de evolução técnica e científica em todas as suas áreas e a atenção à saúde parece ser relegada a segundo plano.

A Humanização hospitalar assume extrema importância na realidade dos serviços atualmente pois visa a reflexão das ações de atenção à saúde e respeito à dignidade humana.

O conhecimento científico na área da saúde expandiu-se largamente no que se refere a procedimentos e equipamentos tecnológicos, talvez até supervalorizando isso. Os recursos oferecidos servem para diagnosticar e/ou tratar uma doença, que implica em sofrimento do paciente, mas isoladamente esses recursos não obtêm resultados plenos. Isso ocorre porque é necessário o toque humano para aplicar os recursos e efetivamente amenizar o sofrimento do ser doente.

O reconhecimento da importância da subjetividade de todos os participantes das relações saúde-doença tem levado ao aumento dos estudos visando a humanização das práticas em saúde e a qualificação da assistência prestada.

Esta área de conhecimento pode ser considerada relativamente nova, se comparada a outros temas em saúde, e ainda não se expandiu a todas as suas possibilidades. Não é pretensão deste trabalho exaurir o assunto, apenas

demonstrar uma nova aplicação dos conceitos e práticas relacionados a humanização.

Este estudo pretende captar o discurso do grupo profissional da radiologia, que ainda é pouco explorado apesar de sua relevância na rotina de assistência hospitalar. Com isso visa-se complementar os conhecimentos obtidos até o momento, que se referem, em geral, ao atendimento médico e de enfermagem, visto que a qualificação é resultado de um trabalho contínuo e sincronizado entre todos os elementos constituintes, neste caso, o hospital.

A tecnologia é inerente à vida cotidiana, seja pessoal ou profissional, na área da saúde isto não é diferente. A modernidade está presente em diversas áreas da saúde, a radiologia é um campo em expansão pois subsiste pela utilização de máquinas e quanto maior o desenvolvimento melhor seu rendimento, resultado e aplicabilidade.

A globalização leva a tecnologia ao alcance de todos mas esse desenvolvimento parece acarretar uma redução da humanização. Existe uma relação inversamente proporcional entre o crescimento do desenvolvimento tecnológico e a redução do relacionamento humano, como se fossem substitutivos mas, na realidade são complementares. Essa evolução tecnológica é positiva, entretanto, ela não substitui o fator humano e nem atende a todas as expectativas dos usuários dos serviços, por outro lado um bom atendimento sem os recursos adequados também não é suficiente.

O foco da pesquisa é a humanização exatamente em uma área dominada pela tecnologia, que para funcionar bem deve ter recursos humanos capacitados, assim como em todos os campos da saúde. A união desses fatores contribui para melhorar a assistência prestada.

2 JUSTIFICATIVA

A saúde no Brasil tem sua trajetória desenhada pelos movimentos políticos e sociais ocorridos nas últimas décadas.

A Reforma Sanitária nasceu na luta contra a ditadura, estruturou-se nas universidades e movimentos sindicais até consolidar-se na Oitava Conferência Nacional de Saúde, em 1986. O termo Reforma Sanitária referia-se a um conjunto de idéias relativas às mudanças necessárias na área da saúde (Arouca, 1998; Kraus-Silva, 2004).

Unindo as idéias do movimento sanitarista; o conceito de saúde definido pela Organização Mundial de Saúde – OMS: saúde é o completo bem-estar físico, mental e social e não apenas a ausência de doença ou outros agravos; e o movimento pela emenda constitucional gerado na 8ª Conferência Nacional de Saúde a sociedade brasileira garantiu o direito à saúde e a criação do Sistema Único de Saúde – SUS.

Em 1988 a Constituição da República Federativa do Brasil foi outorgada e a partir disso os direitos e deveres dos cidadãos foram explicitados, caracterizando uma grande evolução na história brasileira.

A saúde é um direito garantido ao cidadão brasileiro e é dever do estado garantir o gozo desse direito à população.

Um olhar sobre o cotidiano das práticas de saúde revela facilmente a enorme contradição existente entre essas conquistas estabelecidas no plano

legal e a realidade de crise vivenciada pelos usuários e profissionais do setor. Há ainda um longo caminho a percorrer para consolidar efetivamente o sistema e garantir o acesso universal preconizado, e é um desafio do Ministério da Saúde avançar no processo de implementação do SUS, ampliando a assistência e qualificando o serviço prestado (Ministério da Saúde, 2003).

Assim como o direito garantido em lei, o conceito de humanização ainda é visto como algo distante, um movimento de gestores, não estimulando e atingindo a realidade dos profissionais da assistência. Sem uma explanação antes de implantar uma política de humanização pode-se subentender que a prática era (des)humanizada ou não era feita por e para humanos?(Deslandes, 2005)

A qualificação da assistência por meio da humanização é uma forma também de atender aos fundamentos da Constituição que é a dignidade da pessoa humana, ou seja, além de seu direito de acesso garantido, o serviço prestado deve ser digno.

Para qualificar e manter uma boa prestação de serviços é necessária a avaliação constante. O campo de avaliação da satisfação do usuário, por exemplo, é bastante explorado atualmente. Observa-se em Kotaka, et. al. (1997) uma pesquisa realizada entre usuários dos serviços de saúde que nenhum dos tópicos abordados refere-se diretamente a área de diagnóstico por imagens. Ela pode estar associada a categorias como “Outros profissionais” ou “Tecnologia”, mas por serem gerais não se consegue detectar qual é a opinião dos usuários sobre tal serviço. Visto que a avaliação é ponto de partida para melhorias supõe-se que se um serviço não é avaliado provavelmente não será aprimorado ou, pelo menos, não está no foco da administração.

Pesquisas indicam que a relação entre profissional de saúde e paciente tornou-se mais distante com a introdução do sistema informatizado (Machado, Lima, 2001). Esses dados referem-se basicamente ao atendimento médico e de enfermagem, mas voltando esse foco para a área da radiologia em que os procedimentos dependem de uma máquina: Como funciona essa relação?

Pesquisas com público dificilmente referem-se especificamente ao serviço de radiologia, este é um diferencial deste estudo. Assim como o foco é o discurso dos profissionais a fim de evitar o viés de avaliação do público, como o “gratitude bias” – sentimento de gratidão - que pode reduzir a crítica pelo medo dos usuários de perder o acesso aos serviços (Bernhardt apud Vaistman e Andrade, 2005). Especialmente em pesquisas fechadas os pacientes, em sua maioria, são pouco críticos em relação à qualidade dos serviços e em serviços públicos ainda pode haver uma relação de dependência com os profissionais que prestam a assistência.

Ao observar um serviço de radiodiagnóstico independente da instituição em que estiver, nota-se em particular um discurso entre a equipe. A análise deste discurso pretende esclarecer se isso prejudica o atendimento ao paciente e a qualidade do serviço prestado. A partir dos conceitos de humanização, acolhimento, integralidade e equidade serão identificadas ações na rotina profissional que correspondam ou contrariem a estes.

3 REFERENCIAL TEÓRICO

3.1 O Hospital e a Radiologia

Historicamente os hospitais sempre acolheram necessitados mas sua real finalidade variava conforme a época e sua localização (Pessini, 2004).

A reinvenção do hospital como instrumento terapêutico é relativamente nova, em torno de 1780 essa nova “prática” foi adotada (Foucault, 2003). Anteriormente o hospital era simplesmente um local de isolamento ou um “morredouro”. A mudança na concepção do hospital acarretou mudanças em todo funcionamento dessa instituição desde a qualificação das pessoas que trabalhavam até a busca de novos recursos diagnósticos e terapêuticos.

O termo "hospital" remonta a idéia de saúde-doença, adoecimento-cura e de um local onde o foco de todas as ações e atenções é o ser humano, lá denominado paciente e / ou usuário.

A instituição hospitalar é composta por diversos setores e estes se caracterizam por diversos processos de trabalho. Esse conjunto deve funcionar de forma harmônica a fim de aperfeiçoar seus procedimentos e, conseqüentemente, seus resultados.

A descoberta dos raios-X foi em 1895 e sua aplicação de forma sistematizada se deu em meados do século XX (Okuno, et. al. 1986). Tal descoberta, em relação ao hospital, pode ser considerada recente mas

bastante evoluida. O campo da radiologia é bastante estudado e novas formas e aplicações foram criadas e multiplicaram-se exponencialmente.

Entre os setores de um hospital está o de diagnóstico, que constitui o passo intermediário no processo de atendimento ao paciente.

O diagnóstico por imagens pode ser composto por diversos sub-setores correspondentes aos diversos métodos diagnósticos, como radiologia, tomografia computadorizada, mamografia, ecografia, ressonância magnética, entre outros. O enfoque deste trabalho será a radiologia convencional porque este ainda é o método de diagnóstico por imagens mais utilizado em qualquer hospital geral. Esse é o rastreamento inicial, a partir dele, pode-se realizar um diagnóstico ou solicitar algum outro método diagnóstico de maior especificidade e custo, como a tomografia computadorizada, por exemplo.

A radiologia pode ser considerada o braço tecnológico da medicina embora não sendo a única, é uma das poucas especialidades que depende fundamentalmente de aparelhos para ser desenvolvida.

Obviamente a interpretação é feita por um médico, mas o procedimento é realizado por um profissional técnico ou tecnólogo, e os passos do exame dependem do funcionamento de um aparelho.

O diagnóstico clínico em muitos casos depende de um complemento para confirmar ou descartar hipóteses e o método de imagens é um dos principais utilizados rotineiramente.

O serviço de radiologia em uma instituição hospitalar funciona 24 horas por dia, com diversos profissionais, salas e aparelhos. Os procedimentos realizados são os mais diversos, pois não existe um serviço de radiologia para atender a cada área específica da medicina, ou seja, no mesmo serviço são

atendidos adultos e crianças, portadores de doenças crônicas, pacientes vegetativos, etc. Tal diversidade requer maior flexibilidade dos profissionais envolvidos que devem adaptar os aparelhos e a si próprios para atender a cada uma dessas pessoas.

O procedimento realizado na radiologia em geral é específico, de curta duração e os dados clínicos do paciente são informados previamente. Essa rotina pode levar o profissional treinado para operar diferentes equipamentos a automatizar suas ações, lembrando-se apenas da parte radiografada e a técnica necessária. Tecnicamente o procedimento pode ser um sucesso, o paciente terá um diagnóstico preciso para retornar ao seu médico clínico, entretanto para ele estes momentos por mais breves que sejam, são de extrema relevância e podem ser altamente estressantes (Bontrager, 2003).

3.2 Tecnologia e Saúde

Superar a díade "tecnologia e fator humano" é etapa rumo à construção de um olhar ampliado sobre o cuidado em saúde, incluindo as tecnologias leves no arsenal dos saberes e competências de saúde (Deslandes, 2005).

A tecnologia é apenas um instrumento de trabalho na área da saúde pois seu produto final não é um bem físico e sim um bem humanístico, então se deve priorizar a relação profissional-paciente e não profissional-máquina (Maciel-Lima, 2004).

Um aspecto negativo da rápida evolução tecnológica na saúde é a tendência de substituir-se o bom atendimento pela alta tecnologia, como se a utilização de um aparelho moderno satisfaça todas as necessidades e

expectativas do paciente (Maciel-Lima, 2004). Nada pode substituir o fator humano pois o ser humano, como ser social, precisa de contato e de comunicação com seus semelhantes e isso não pode ser trocado por nenhum outro elemento.

Como dito anteriormente os aspectos tecnológicos e humanos são complementares entre si, mesmo um profissional capacitado pode ter problemas nas suas atividades se não dispor de recursos materiais / tecnológicos em quantidade e qualidade necessários. Por outro lado, a tecnologia, por mais avançada que seja não supre sozinha as necessidades do paciente. Ela precisa ser operada com conhecimento e aplicada de forma correta e "humana" aos pacientes, atendendo suas expectativas, explicando as operações e cuidando do seu bem-estar, função que nenhum instrumento técnico realiza.

Os profissionais de saúde inseridos na racionalidade do modelo biomédico focalizam a doença, priorizando a objetividade do diagnóstico, que está cada vez mais acessível pelo crescente investimento em aparelhagens de alta tecnologia, mas que encarecem o custo da medicina e mantêm um distanciamento físico do paciente (Lacerda & Valla, 2003).

O paradigma mecanicista cartesiano de redução dos fenômenos complexos a elementos basilares e a pesquisa dos elementos interativos nas ciências humanas é sempre considerado inadequado para explicar a complexidade do real e do homem. A mudança do paradigma das ciências biomédicas dirige-se a uma abordagem sistêmica, ecológica, relacional, que nos assinala um modo mais adequado de pensar a complexidade e a

interdependência entre os fatores genéticos, bioquímicos, psicológicos, culturais e ambientais do sistema-homem (Bellino, 2001).

As práticas médicas modernas sob a influência da lógica tecnoutilitarista contrariam a importância simbólica do corpo na construção das significações individuais e coletivas da saúde (Martins, 2003).

O contato profissional-paciente num serviço de radiodiagnóstico geralmente é breve. Contudo pode-se afirmar que para o paciente este contato é de extrema importância, mas o que ele significa para o profissional?

Balint (1957) afirma que quanto mais o médico (leia-se aqui o profissional da saúde) enfatiza o órgão doente e não a pessoa, menos chance terá de entender os sintomas do paciente, justificando, assim, a necessidade deste profissional ter uma adequada formação psicoterapêutica.

A sociedade está fascinada pela ciência, pela técnica e seus progressos a ponto de coisificar as pessoas e endeusar a técnica (Pessini, 2004). Não se pode negar os progressos gerados pela tecnologia mas aplicá-las com melhor discernimento, unindo suas vantagens com a prática humanística de valorização do ser e sua subjetividade.

Segundo Morin (1994) ocorre a disjunção das ciências da natureza e do homem pois divide-se o ser em biológico, cultural, social, etc. quando ele deveria ser visto como um conjunto para melhor compreendê-lo e tratá-lo de acordo com suas necessidades. O ser humano tende a sentir-se ainda mais fragilizado quando tem sua saúde ameaçada e, neste momento, mais do que em outras situações de sua existência ele requer maior atenção e cuidado. Cada ação realizada em relação a este ser humano que torna-se o “paciente”

deve ser tomada com atenção e cuidado, considerando o todo seu conjunto (humano, biológico, social, etc.)

Além da ansiedade gerada pelo procedimento diagnóstico tem ainda outros fatores que prejudicam a relação profissional-paciente. Segundo Yépez e Morais (2004) a relação profissional-usuário está quase sempre alicerçada na crença de que é somente o profissional de saúde que sabe a respeito do estado de saúde ou doença do usuário. A comunicação entre estes tende a ser insatisfatória, tanto pela limitação de tempo e conseqüentemente pela falta de disponibilidade que a maioria desses profissionais enfrenta por ter que conciliar diferentes atividades, quanto pela insuficiente preparação para ouvir e dialogar com o paciente. Na radiologia o maior agravante é a idéia do paciente de que o profissional que o atende sabe tudo sobre sua situação, pois pode "enxergá-lo" de uma forma privilegiada, detendo um poder pois sabe de sua doença e não o informa, tendo presente ainda que a ética profissional proíbe a informação do diagnóstico ao paciente.

O fato de ser submetido a um procedimento de diagnóstico, invasivo ou não, pode gerar um alto nível de ansiedade no paciente, seja pelo que poderá ser descoberto, seja pela pessoa desconhecida que o examinará ou por ser "entregue" a uma máquina que o assusta.

Geralmente emprega-se a noção de "humanização" para a forma de assistência que valorize a qualidade do cuidado do ponto de vista técnico, associada ao reconhecimento dos direitos do paciente, de sua subjetividade e referências culturais. Implica ainda a valorização do profissional e do diálogo intra e interequipes (Deslandes, 2001).

Essa é uma relação delicada em que dois mundos são aproximados, deve ser reconhecida e valorizada a subjetividade do usuário para que haja uma boa interação entre profissional e paciente. Em toda relação está sempre um "outro" e só desenvolvem-se relações éticas quando se vê o "outro" como interlocutor válido e como agente social das próprias mudanças por meio da reflexão consciente e compartilhada do problema.

Não se deve condenar a tecnologia e seus progressos mas unir o saber e aplicá-la da melhor forma possível. Relegar a dimensão humana à sombra da tecnologia não é a ação mais correta, mas adotar critérios para reconhecer suas devidas proporções. Se possível deve-se reconduzir os aparelhos e técnicas à sua condição de métodos complementares voltados para o benefício do ser humano em toda sua complexidade biopsicossocial-espiritual (Pessini, 2004; Fortes e Zoboli, 2003).

3.2.1 Tipos de Tecnologia

Com base em Merhy (2000) na área médica existem três tipos de “valises tecnológicas”, correspondentes às tecnologias duras, tecnologias leve-duras e as tecnologias leves. Os três tipos de tecnologias convivem e são utilizados na prática diária da assistência à saúde.

As tecnologias duras correspondem aos equipamentos que expressam uma caixa de ferramentas tecnológicas como um tomógrafo computadorizado, por exemplo.

As tecnologias leve-duras correspondem aos saberes estruturados como a clínica e a epidemiologia, aprendidos ao longo do tempo.

As tecnologias leves são as presentes no espaço relacional trabalhador-usuário, que estão implicadas com a produção das relações entre dois sujeitos, que só tem materialidade em ato.

O campo da saúde atualmente lida com certo conflito entre as três tecnologias. Existem tentativas de transformação e ligação entre elas, isto ocorre sob formatos tecnológicos instrumentalizados por saberes bem definidos, entretanto ainda não se pode afirmar que as três tecnologias estejam integradas, e sua plena aplicação se dará quando atuarem em harmonia a favor do bem comum que é a atenção qualificada à saúde.

Na área da radiologia podem ser exemplificados os três tipos de tecnologia:

- Na estrutura física está a tecnologia dura, representada por um aparelho de raios-X;

- As tabelas de exposição e a adequação da técnica apropriada para realizar cada tipo de exame de acordo com as necessidades do usuário representam a tecnologia leve-dura;

- Na conversação e interação entre o trabalhador e o usuário está a tecnologia leve. Essa é a força transformadora e diferencial de todo o processo, estende-se desde o cumprimento inicial, passando pela explicação do procedimento até o último instante desse contato.

As tecnologias duras são inerentes ao serviço, as leve-duras guiam a sua boa utilização. As tecnologias leves diferenciam o processo de atendimento humanizando a relação.

Merhy e Franco (2003) utilizam a mesma terminologia em referência a Composição Técnica do Trabalho, denominando as tecnologias leves de

“trabalho vivo”, que se refere aos atos relacionais e as tecnologias duras de “trabalho morto”, que reflete um trabalho ou processo pronto traduzido em um equipamento ou um processo-padrão.

Estudando-se esses conceitos atentamente nota-se a distinção dada pelo autor a cada tipo tecnológico mas é mesmo necessário chamar o relacionamento humano de tecnologia? Psicologia, antropologia, sociologia entre outras tantas ciências estudam o ser humano em toda sua complexidade e não denominam de tecnologia.

3.3 Humanização das Práticas e dos Serviços

O desenvolvimento tecnológico na área da saúde passou a ser prioridade, as doenças são objetos do saber reconhecido cientificamente e a assistência torna-se cada vez mais desumanizada; a singularidade do paciente - emoções, crenças e valores – foram relegadas a segundo plano (Martins, 2003).

Geralmente emprega-se a noção de "humanização" para a forma de assistência que valorize a qualidade do cuidado do ponto de vista técnico, associada ao reconhecimento dos direitos do paciente, de sua subjetividade e referências culturais. Implica ainda a valorização do profissional e do diálogo intra e intequipes (Deslandes, 2001).

Humanizar é ofertar atendimento de qualidade articulando os avanços tecnológicos com acolhimento, com melhoria dos ambientes de cuidado e das condições de trabalho dos profissionais (Ministério da Saúde, 2004).

Esse processo de humanização muitas vezes é bastante temido por ser amplo, demorado e complexo, e sofre muitas resistências a sua aplicação pois

requer mudanças comportamentais. Não há modelos prontos e cada equipe e cada profissional tem que desenvolver seu processo de humanização de acordo com sua realidade (Nogueira e Martins apud Martins, 2003).

A humanização é uma política que visa reformular os moldes da atenção em saúde. Em 2000 o Ministério da Saúde lançou o Plano Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar (PNHAH), que representa uma iniciativa importante na saúde pública e as instituições privadas também montam seus processos com esse enfoque pois esse fator influencia diretamente na qualidade da assistência prestada.

O Ministério da Saúde (2004) justifica o programa de humanização, dentre outros motivos, considerando os benefícios do desenvolvimento científico e tecnológico que tem como efeito adverso a desumanização, pela redução do contato interpessoal, quando o paciente é reduzido a um objeto despersonalizado da técnica de investigação. Existem situações em que os pacientes nem sequer são informados sobre o que está sendo feito com eles.

O PNHAH é amplamente divulgado nas instituições hospitalares mas a visão ainda distante da humanização justifica-se pelo fato do setor saúde no Brasil ainda estar em construção, cuidando da organização dos serviços e adequação de recursos para financiar o sistema (Gentile, 2004). Essa construção deveria ocorrer de forma conjunta, oferecendo serviços qualificados e humanizados a toda a população.

O termo "humanização" é bastante utilizado na saúde e abrange diversos aspectos desde o discurso oficial até a prática profissional diária. É um processo conjunto entre todos os componentes de um hospital que, até o momento funciona mais na teoria que na prática. A bibliografia sobre o tema

em geral cita os processos de enfermagem e o atendimento médico como foco. Indiscutivelmente esta é a atenção primária e merece destaque, entretanto é necessária a sincronia entre todos os níveis de atenção.

O atendimento básico precede outros processos diagnósticos e/ou terapêuticos. Se o primeiro contato for qualificado, (em todos os seus aspectos) já atende, em parte, a expectativa do paciente. Se a seqüência deste trabalho não seguir a mesma linha nas outras dimensões organizacionais o processo perde qualidade e pode acarretar diretamente no fracasso do processo. A integração, comunicação, vínculo e reconhecimento mútuo entre profissionais e usuários, entre equipes profissionais e gestores são fundamentais para aumentar a possibilidade de eficácia no atendimento (Ministério da Saúde, 2000).

(...) Na avaliação do público, a forma de atendimento, a capacidade demonstrada pelos profissionais de saúde para compreender suas demandas e expectativas são fatores que chegam a ser mais valorizados que a falta de médicos, a falta de espaço nos hospitais, a falta de medicamentos (Ministério da Saúde, 2000).

O programa oficial de humanização propõe alguns parâmetros referentes ao atendimento aos usuários, condições de acesso, presteza dos serviços, qualidade das instalações, equipamentos e condições ambientais do hospital, qualidade da relação entre usuários e profissionais. Pode ainda ser considerada a forma de assistência que valorize a qualidade do cuidado do ponto de vista técnico, associada ao reconhecimento dos direitos do paciente, sua subjetividade e referências culturais. Implica ainda a valorização do profissional e do diálogo intra e intequipes.

A definição de “humanizar” encontrada nos documentos oficiais da PNHAH é uma das que melhor resume esse processo: é ofertar atendimento de qualidade articulando os avanços tecnológicos com acolhimento, com melhoria nos ambientes de cuidado e das condições de trabalho dos profissionais (Ministério da Saúde, 2004).

A política de humanização é muitas vezes considerada apenas parte de programas de qualificação, com certeza devem ser associados outros fatores como a capacidade técnica, materiais e instalações físicas adequadas. Todas as ações conjuntas contribuem para melhorar a qualidade do serviço, resultando de forma positiva nos três elementos destacados por Donabedian (1988): estrutura, processo e resultados.

A qualidade da atenção pode ser medida basicamente por estas três categorias. Estrutura refere-se aos fatores organizacionais e os recursos disponíveis para subsidiar o atendimento, sejam eles materiais ou humanos. Processo envolve a interação entre a estrutura e o usuário, corresponde ao encontro do profissional e a tecnologia disponível e seu paciente. O Resultado é o produto final, ou seja, a consequência do atendimento prestado que pode, entre outros, ser verificada pelo estado de saúde do usuário atendido (Campbell et. al. 2000, Brook et. al. 1996, Donabedian, 1988).

A humanização esvaziada da troca de opiniões com usuários, da conscientização dos profissionais, das novas finalidades e projetos comuns para a saúde limita-se a um Programa de Qualidade Total focada nas organizações e processos (Puccini e Cecilio, 2004).

A humanização objetiva além da qualificação (Puccini e Cecilio, 2004) e isso depende de ações que superam o micro-universo de cada setor, exigindo

ações macro-estruturais, envolvendo e sincronizando todos os componentes. Como foi dito anteriormente, a seqüência de um atendimento inicial perfeito complementado por atos puramente técnicos e desumanizados não atingirá a qualidade esperada e não satisfará completamente os usuários.

Conforme o Manual PNHAH (Ministério da Saúde, 2004) humanizar é garantir à palavra a sua dignidade ética. Resume os conceitos envolvidos de forma simples e objetiva, considerando o principal aspecto que é a valorização do ser e sua subjetividade que deve ser reconhecida e valorizada pelo outro.

Por isso é importante a boa comunicação e a importância de um atendimento humanizado na radiologia. O foco da "humanização do atendimento" considera a relação médico-paciente e os cuidados de enfermagem, ambos de extrema importância mas não subsistem sozinhos no processo, existem áreas de apoio que também merecem atenção visto que sem um processo conjunto, de nada adianta um bom atendimento inicial se a continuação é deficitária, a qualidade está no movimento conjunto de todas as partes envolvidas.

3.4 Integralidade e Acolhimento

As práticas assistenciais invocam situações entre profissionais da saúde e sujeitos sofredores que almejam reduzir seu sofrimento. Para a biomedicina a assistência consiste em buscar na doença a causa do sofrimento e aplicar tecnologias que a combatam. Se houver outro tipo de sofrimento provocado pelas tecnologias de diagnóstico e tratamento é possível que alguns profissionais o neguem sistematicamente (Mattos, 2003).

Pinheiro e Mattos (2001, 2003, 2004) organizaram três obras referentes a Integralidade, onde citam diferentes dimensões do conceito.

A primeira dimensão é a “integralidade focalizada” que acontece no espaço bem delimitado de um serviço de saúde. Nesta modalidade, a integralidade significa o encontro do usuário com a equipe de saúde, caracterizado pela preocupação e pelo compromisso do profissional em realizar a escuta das necessidades de saúde da pessoa / usuário que busca o serviço com uma demanda específica. Cabe à equipe decodificar e atender da melhor maneira possível a demanda, verbalizada ou não pelo usuário.

As necessidades singulares de saúde das pessoas devem constituir o alvo dos serviços de saúde, desde a rede básica até os serviços altamente especializados. Essa dimensão da integralidade denomina-se “integralidade ampliada”, compreendendo a articulação das múltiplas integralidades focalizadas numa rede processual e institucional, tendo como epicentro cada serviço de saúde. Assim, as necessidades reais das pessoas se articulam em fluxos e processos de diferentes níveis, fazendo com que a integralidade no “micro” seja refletida no “macro”. A organização inter-setorial do “macro” deve resultar em maior possibilidade de integralidade ao nível do “micro”, possibilitando a resolubilidade na resposta (Cecílio, 2001).

A integralidade pode se materializar como princípio, direito e serviço na atenção e no cuidado em saúde (Campos, 2005), visto que é uma ação que resulta da interação democrática entre atores no cotidiano de suas práticas na oferta de cuidado de saúde.

Mattos (2003) aponta diferentes níveis de integralidade. O primeiro decorre do movimento conhecido como medicina integral, referindo-se às

atitudes dos profissionais nas práticas de saúde. O segundo diz respeito à organização dos serviços de e das práticas de saúde. O terceiro identifica-se com os atributos das respostas governamentais aos problemas de saúde ou às necessidades específicas de um determinado grupo de pessoas. A integralidade serve como princípio orientador das práticas, norteador da organização do trabalho e inspirador da organização das políticas de saúde.

A medicalização da sociedade é alarmante, as pessoas são vistas como doentes potenciais e, geralmente, os aspectos socioculturais e psíquicos são relegados a segundo plano (Mattos, 2003). A integralidade sugere a visão holística do indivíduo e esse deve ser o norteador das ações em saúde.

O esforço em compreender o conjunto de necessidades de ações e serviços de saúde que um paciente apresenta é o exercício real da integralidade. O modelo teórico conceitual que articula a biomedicina é o obstáculo epistemológico mais claro para o real desenvolvimento da integralidade. A ênfase nos aspectos biológicos, a perspectiva fragmentada e fragmentadora, a hierarquização implícita de saberes são quase que programaticamente opostas às idéias agregadas sobre a integralidade (Junior, 2002).

Na radiologia, área dominada pelo modelo biomédico que fragmenta a visão e as ações dos trabalhadores, a integralidade é fundamental para implementar a humanização em todo o sistema. O início deve ser exatamente na relação profissional-paciente, em que o profissional deve ver o usuário como um ser integral, um corpo inteiro, com sua subjetividade e necessidades.

Essa consideração se deve a excessiva fragmentação que pode ocorrer, por exemplo, quando um usuário é encaminhado ao serviço para realizar uma

radiografia de tórax. A visão do profissional pode se reduzir exatamente a um “tórax” e não perceber a pessoa que está procurando seus serviços, com suas fragilidades e necessidades que merecem atenção integral.

Além da integralidade na atenção deve-se proporcionar o acolhimento para prestar um serviço humanizado. O termo acolhimento é definido como “ato ou efeito de acolher; recepção, atenção, consideração, refúgio, abrigo, agasalho” (Ferreira, 1999). Acolher significa receber, proteger, abrigar, amparar (Ferreira, 1999; Houaiss, 2004). Os termos não se correlacionam diretamente às questões da saúde mas alguns de seus significados são atributos da integralidade (Gomes e Pinheiro, 2005) e podem ser aplicados à prática da assistência em qualquer serviço de saúde.

O acolhimento se dá como uma escuta qualificada do usuário, através de compromisso com a resolução de seus problemas de saúde, propondo sempre uma resposta positiva e encaminhamentos seguros quando necessários (Merhy, et. al. 2003).

O usuário, qualquer que seja, espera que a relação trabalhador de saúde – usuário seja capaz de gerar um acolhimento, que permita uma atuação sobre o seu sofrimento, o seu problema. Há uma grande expectativa de que o trabalhador, individual ou coletivamente, possa responder resolutivamente ao problema do usuário (Merhy et. al. 1997).

Enquanto postura profissional o acolhimento pressupõe uma atitude que permita receber bem os usuários, escutar de forma adequada, atender suas demandas e, inclusive, solidarizando-se com o sofrimento (Solla, 2005).

Martins (2003) reforça a necessidade do acolhimento pois afirma que se o paciente sentir-se compreendido e respeitado pelo profissional que o atende há

maior chance de colaboração mútua e sucesso no tratamento. Segundo Camelo (2000) o processo de ajuda (acolhimento) é finalizado quando o ajudado se torna seu próprio ajudador.

Na radiologia o acolhimento deve se dar desde o início do atendimento, na recepção do setor, onde o usuário deve, primeiramente, sentir-se bem. E durante sua permanência no serviço ele deve literalmente sentir-se acolhido, isto é, recebido, orientado e respeitado.

Na prática de um serviço de radiodiagnóstico onde um grande número de pessoas é atendido o acolhimento se faz ainda mais importante pelo fato de cada uma dessas pessoas necessitar de atenção diferenciada, respeitando suas fragilidades. Cada um deve receber a explicação sobre o que será feito (tipo de exame, como funciona, etc.) e ser devidamente orientado sobre o que fazer, onde aguardar e, sempre que necessário, ser tranquilizado quando apresentar algum tipo de sofrimento decorrente dessa situação.

A situação de necessitar de um exame já pode gerar ansiedade e isso pode aumentar pelo “processo” que o usuário é submetido no serviço de radiologia, como a troca de roupas (por necessidade de alguns exames), a ausência de um acompanhante, a exposição diante de pessoas estranhas, etc.

O acolhimento em pleno funcionamento gera maior disposição do usuário em colaborar com o profissional, gerando benefícios para ambos, pois o paciente terá suas necessidades melhor atendidas e o profissional terá maior facilidade para realizar os procedimentos necessários visto que a colaboração do paciente é primordial na radiologia.

3.5 Cuidado

A palavra “cuidado”, assim como o acolhimento, evoca significados ligados a saúde como atenção e desvelo, por exemplo. O cuidar faz parte da história humana, sempre fez parte da medicina (ou deveria fazer) e por um longo período foi característica da enfermagem e hoje se tenta resgatá-lo, tanto no conhecimento como em sua arte (Waldow, 1998).

O cuidado ou o ato de cuidar é considerado comumente uma atividade dos profissionais da enfermagem (Waldow, 1998) pois remete à idéia de cuidados a beira do leito e de ser uma tarefa menor, destinada a subalternos, no ambiente hospitalar (Ferreira, 2005). Essa “redução” deve-se ao histórico do surgimento do hospital, a lenta evolução da instituição aos moldes atuais, o nascimento e a evolução das profissões (formação de profissionais para atuar nos hospitais) e as superespecializações que valorizam cada vez mais a parte doente esquecendo o todo do ser humano, verifica-se isso no uso de metonímias como citado por Gilbert et. al. (2006) em que o paciente é nomeado por seu sintoma ou patologia.

A ética do cuidar o define como gostar de, ter um compromisso emocional com, e ter disposição para agir em benefício das pessoas com as quais se tem um relacionamento significativo (Beauchamp e Childress, 2002).

Essas características devem ser encontradas em todos os profissionais da saúde, logo o ato de cuidar não é uma atividade privativa da enfermagem, essa visão fragmentada fere os princípios da humanização, em que todo o serviço deve ser qualificado e integrado. O sofrimento do usuário não se manifesta

apenas no leito ou durante um procedimento específico, ele está presente em todas as suas relações.

O cuidado humanizado em saúde pressupõe o respeito à individualidade do ser, implica ao cuidador ainda a capacidade de conhecer e compreender a si mesmo e ao outro e uma postura ética que permeie suas ações (Waldow, 1998, Pessini e Bertachini, 2004, Backes et. al. 2006).

A humanização do cuidado pretende que ele não se resuma apenas em exercer uma atividade, independente da profissão, mas seja sobretudo na passagem das competências, superando os limites da divisão do trabalho em relação ao tratar e o cuidar (Ferreira, 2006).

O cuidado está intimamente ligado aos conceitos de integralidade e acolhimento e sua aplicação na radiologia se dá de forma conjunta. O cuidado pode ser considerado o fator determinante da humanização, ele envolve a atenção integral e o respeito às necessidades de cada usuário, somados a busca da excelência no atendimento, em todas as suas etapas.

4 OBJETIVOS

4.1 Objetivo Geral

Identificar o discurso dos profissionais da radiologia sobre a humanização do atendimento ao paciente.

4.2 Objetivos Específicos

1. Captar a compreensão dos profissionais de radiologia sobre a relação entre tecnologia e saúde
2. Identificar o conhecimento das implicações da integralidade e o acolhimento na prática diária da radiologia
3. Conhecer a percepção e o discurso dos profissionais sobre a subjetividade do usuário

Resultados Esperados

A pesquisa objetiva a obtenção e posterior divulgação de informações sobre a humanização na área da radiologia. A partir dos dados coletados serão elaborados artigos científicos visando a publicação em revistas da área, assim

como a tese que será submetida à avaliação para a obtenção do título de mestre.

Os dados coletados serão ainda expostos em congressos e seminários e nas instituições pesquisadas a fim de devolver a população de estudo os conhecimentos obtidos.

5 METODOLOGIA

5.1 Tipo de Pesquisa

A pesquisa terá abordagem qualitativa de caráter descritivo e exploratório tendo como delineamento o estudo de caso.

A pesquisa qualitativa responde a questões muito particulares do universo de significados, motivos, aspirações, crenças, valores e atitudes do espaço mais profundo das relações, processos e fenômenos que não podem ser reduzidos à operacionalização de variáveis (Minayo, 2001).

Segundo Gil (2002) as pesquisas descritivas têm como objetivo primordial a descrição de um fenômeno ou o estabelecimento de relações entre variáveis que incidem neste fenômeno, enquanto as pesquisas exploratórias têm como principal finalidade o esclarecimento de conceitos ou idéias, visando à formulação de problemas mais precisos ou de hipóteses que possam ser objeto de estudos posteriores.

A abordagem exploratória dá uma visão geral e utiliza-se quando o tema é pouco explorado, como o dessa pesquisa.

O estudo de caso trabalha a coleta, análise e apresentação dos resultados. É um tipo de estudo que permite uma investigação que preserva as características holísticas e significativas de eventos reais (Yin, 2001).

Yin (2001) diz que o estudo de caso é uma investigação empírica que investiga um fenômeno contemporâneo dentro do contexto da vida real, especialmente quando os limites entre o fenômeno e o contexto não estão claramente definidos.

O estudo de caso reúne informações tão numerosas e tão detalhadas quanto possível com vistas a apreender a totalidade de uma situação (Bruyne et. al. apud Roese, 1998).

O estudo de caso permite explicar manifestações de características específicas em realidades sociais concretas. Trata preferencialmente casos com algo de novo para o ponto de vista da ciência. Serve, em especial, para o detalhamento, exemplificação para questionar a abrangência de um conceito.

A organização das questões em um roteiro de pesquisa é etapa indispensável no desenvolvimento de um estudo de caso.

5.2 Coleta de Dados

A coleta de dados se dará pela realização de grupo focal.

A discussão em grupo sobre um tema determinado norteia os grupos focais. As discussões focais foram aplicadas em várias áreas tendo como ponto em comum a importância dada às percepções, sentimentos e interpretações dos participantes das pesquisas.

O grupo focal permite obter uma quantidade muito maior de interações entre os participantes a respeito de um tópico, em limitado intervalo de tempo, voltado para o tema da pesquisa. Uma desvantagem dessa técnica é que o

grupo constituído não está no seu espaço natural de trocas sociais e limita-se ao comportamento verbal.

A entrevista de um grupo focal tem como objetivo primordial descrever e entender as percepções, interpretações e crenças de uma determinada população, a partir da perspectiva dos participantes (Khan e Manderson apud Rice e Ezzy, 2002). Essas interpretações são reveladas durante a discussão do grupo, a troca de idéias gera a produção de sentidos.

A técnica de entrevistas em grupo focal estimula os participantes a falar e a reagir àquilo que outras pessoas do grupo dizem, permitindo observar a interação evidenciando-se as similaridades e diferenças das opiniões. É o ambiente em que os participantes levam em consideração os pontos de vista de outros na formulação de suas respostas e comentam suas próprias experiências e as dos outros. O grupo focal utiliza as interações para produção e coleta de dados que seriam menos acessíveis em entrevistas individuais. Carey apud Ezzy e Rice (2002) chama “group effect” ou “efeito do grupo” essas interações observadas.

O grupo deve ter uma composição homogênea, para isto aspectos como experiência profissional e envolvimento e participação na atividade avaliada podem servir como variáveis (Tanaka e Melo, 2001). O objetivo é estudar especificamente o grupo de técnicos e tecnólogos pois exercem a mesma função e compõem uma classe pouco descrita em pesquisas científicas, ao contrário da enfermagem, por exemplo.

Serão compostos três grupos focais, um em cada instituição selecionada. Estão previstas três reuniões de cada grupo na etapa inicial. E, para finalizar o debate, será realizada uma reunião unindo participantes das três instituições.

Visto que não é objetivo da pesquisa fazer comparações, esse grupo focal misto (com participantes das três instituições) visa apenas gerar mais conhecimento utilizando dados retirados das entrevistas anteriores.

O roteiro de temas abordados será o seguinte, de acordo com os objetivos do estudo:

- O exercício profissional e o ambiente de trabalho da radiologia.
- A tecnologia e a saúde na vida profissional diária (exploração dos tipos de tecnologia: leves e duras).
- As diferentes pessoas atendidas e a compreensão de suas subjetividades.
- A integralidade, o acolhimento e o cuidado na prática pela percepção dos profissionais.
- A humanização e seus significados na radiologia.

A pesquisadora será a facilitadora dos grupos focais. Nos três grupos previstos a pesquisadora pertence ao quadro de funcionários mas não tem contato profissional direto com nenhum dos pesquisados, seja por diversidade de horários ou mesmo de setor (radiologia, tomografia, etc.).

O possível constrangimento inicial deve ser superado pelo "group effect", após as primeiras falas a tendência é de que todos expressem suas idéias de forma natural.

O fato da pesquisadora ser a facilitadora do grupo é positivo também para a avaliação dos dados pois além da observação das expressões gestuais dos pesquisados, ela possui as melhores informações sobre expressões faciais, tons de voz, contexto e clima da discussão. Tais dados são importantes para a análise e poderiam ser perdidos no caso de troca do facilitador.

5.3 Campo de Pesquisa

A pesquisa visa analisar a percepção dos profissionais da radiologia sobre a relação com o paciente em seu trabalho e tal análise será realizada com profissionais de três diferentes instituições, visto que a formação dos profissionais é similar. As três instituições previamente selecionadas são hospitais de grande porte, localizados em Porto Alegre, RS, diferindo entre si pela natureza jurídica:

Hospital Público: Hospital Nossa Senhora da Conceição S.A. que presta atendimento totalmente voltado aos usuários do Sistema Único de Saúde.

Hospital Universitário: Hospital de Clínicas de Porto Alegre, vinculado a Universidade Federal do Rio Grande do Sul – UFRGS, presta atendimento aos usuários do sistema público e privado (particulares e conveniados).

Hospital Particular: Hospital Mãe de Deus, hospital com certificado de Acreditação Hospitalar (de reconhecimento nacional), desenvolve atividades de qualificação constantes e presta atendimento somente a usuários de convênios e particulares.

5.4 Sujeitos do Estudo

Os grupos pesquisados serão compostos por profissionais técnicos e tecnólogos em Radiologia, vinculados às instituições selecionadas.

Serão formados três grupos, um em cada instituição, com oito componentes cada. O número proposto se divide da seguinte forma:

- Dois trabalhadores do turno da noite;
- Três trabalhadores do turno da manhã;
- Três trabalhadores do turno da tarde.

A seleção dos profissionais será baseada na data de admissão na instituição:

- O funcionário com a data de admissão mais antiga de cada turno;
- O funcionário com data de admissão mais recente de cada turno;
- O terceiro trabalhador selecionado do turno da manhã será o segundo mais recente na instituição;
- O terceiro trabalhador selecionado do turno da tarde será o segundo mais antigo na instituição.

Em caso do profissional selecionado não aceitar participar será convidado outro, seguindo os mesmos critérios.

Para a última entrevista prevista com grupo misto, a escolha dos participantes será intencional, visando unir os mais participativos e que possam contribuir ainda mais com a pesquisa.

As reuniões serão realizadas em cada instituição com seu grupo de profissionais em salas cedidas pela chefia do setor de radiologia. O Hospital Nossa Senhora da Conceição e o Hospital Mãe de Deus já tem reuniões previstas para janeiro em três semanas consecutivas. As datas de reunião no Hospital de Clínicas de Porto Alegre serão definidas a partir da liberação do Comitê de Ética da instituição .

5.5 Análise dos Dados

Os dados coletados em áudio serão transcritos para a posterior análise das práticas discursivas.

Após a gravação dos dados a sua transcrição é uma etapa necessária para sua interpretação. Uma boa transcrição deve ser um registro tão detalhado quanto possível do discurso a ser analisado, a fim de não perder as características centrais da fala (Bauer e Gaskell, 2002).

A transcrição é seguida por uma leitura cética dos dados para familiarizar-se com o texto e suspender a crença naquilo que é tido como algo dado (Gill, 2002). Essa leitura pretende desenvolver uma “mentalidade analítica” (Schenkein apud Bauer e Gaskel, 2002).

A etapa seguinte é a codificação em categorias que serão determinadas pelas questões de interesse. Inicialmente de forma mais abrangente com o propósito de incluir todos os pontos importantes até chegarmos a categorias mais específicas. A codificação envolve uma comparação constante dos fenômenos, casos e conceitos, assim como a formulação de questões dirigidas ao texto. O desenvolvimento envolve a formulação de redes de categorias ou conceitos e suas relações (Flick, 2004).

A partir dos dados já transcritos e codificados é feita a análise do discurso. Esse processo combina análise lingüística com análise de processos de conhecimento e construções, sem restrição aos aspectos formais das apresentações e processos lingüísticos (Flick, 2004).

As práticas discursivas, segundo Spink (1999), podem ser definidas como linguagem em ação, as maneiras de produzirem sentidos e posicionar-se nas relações sociais cotidianas.

O que há em comum entre as diferentes perspectivas de análise do discurso é que todas rejeitam a noção realista de que a linguagem é simplesmente um meio neutro de refletir, ou descrever o mundo. É uma convicção da importância central do discurso na constituição da vida social (Gill, 2002).

A palavra significa de diferentes maneiras para cada sujeito, e a interlocução entre os sujeitos leva a construção de sentidos. Essa produção é o mais importante para a análise do discurso (Triviños, 2001).

O estudo pretende verificar a produção de sentidos de um grupo de profissionais, pois este é um empreendimento coletivo, mais precisamente interativo, por meio do qual as pessoas – na dinâmica das relações sociais historicamente datadas e culturalmente localizadas – constroem os termos a partir dos quais compreendem e lidam com as situações e fenômenos a sua volta (Spink, 1999).

Segundo Bakhtin apud Spink (1999) a linguagem é uma prática social e os sentidos são produzidos na coletividade, o que torna essa pesquisa ainda mais rica. Austin apud Triviños (2001) afirma que quando falamos não estamos expressando um significado e sim que estamos fazendo alguma coisa. A interação gerada nos grupos focais corresponde a uma ação, esta pode ser desde uma simples manifestação até uma ressignificação de conceitos a partir de sua verbalização.

5.6 Aspectos Éticos

O projeto de pesquisa será encaminhado e submetido a avaliação do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade do Vale do Rio dos Sinos – UNISINOS, atendendo às diretrizes da Resolução 196/96 Do Conselho Nacional de Saúde do Ministério da Saúde.

O projeto poderá, ainda, ser submetido aos Comitês de ética das instituições pesquisadas se solicitado.

Será solicitada carta de anuência das três instituições para o desenvolvimento da pesquisa.

Em cumprimento as normas da Resolução 196/96 será redigido um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice A) a ser apresentado e explicado aos sujeitos da pesquisa. Mediante o aceite, os sujeitos da pesquisa assinarão o termo em duas vias, uma para arquivo junto aos documentos da pesquisa e outra para o entrevistado.

Será garantido o anonimato (uso de nomes fictícios no estudo), o esclarecimento de qualquer dúvida, liberdade de desistência da pesquisa a qualquer tempo, sem qualquer prejuízo ao participante do estudo. Serão esclarecidos os objetivos, a justificativa e a metodologia do estudo. Todos os arquivos de áudio serão apagados após a transcrição dos dados.

Para a realização das entrevistas será assegurado aos participantes tratar-se de um estudo direcionado para a obtenção do título de Mestre no Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva da Universidade do Vale do Rio dos Sinos.

ORÇAMENTO

Material	Quantidade	Valor unitário (R\$)	Subtotal (R\$)
Pacote de 500 folhas A4	4	15,00	60,00
Caneta esferográfica	3	3,00	9,00
Cartucho impressora	3	35,00	105,00
Gravador digital	1	300,00	300,00
Pilhas	20	2,00	40,00
Câmera Digital	01	1.000,00	1.000,00
Pen Drive	01	200,00	200,00
Fotocópias	700	0,13	91,00
Internet(em meses)	12	60,00	720,00
Encadernação	4	10,00	40,00
Combustível (litros)	400	2,70	1.080,00
Total			R\$ 3.645,00

Os custos da pesquisa são de responsabilidade da pesquisadora.

APÊNDICE

APÊNDICE A

Termo de consentimento livre e esclarecido

INFORMAÇÃO AO SUJEITO DE PESQUISA

A mestranda em Saúde Coletiva da Universidade do Vale do Rio dos Sinos – UNISINOS, Renata Tândolo Tavares, sob a orientação do Prof. José Roque Junges, integrante do programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva – Mestrado em Saúde Coletiva da UNISINOS, está pesquisando o discurso dos profissionais da área da radiologia sobre a relação com os pacientes.

A pesquisa tem como objetivo “identificar o discurso dos profissionais sobre a relação estabelecida com os usuários.” Através do estudo de caso, acredita-se ser possível compreender a realidade em que os profissionais estão inseridos e conhecer sua compreensão sobre o relacionamento com os usuários e sua importância para o atendimento.

Os dados serão coletados em áudio posteriormente transcritos para o desenvolvimento da pesquisa. As informações obtidas durante a coleta dos dados não poderão servir para prejudicar os profissionais

Para participar desta pesquisa, será necessária a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, em duas vias, ficando uma com a pesquisadora e a outra com o participante. O participante poderá retirar-se da pesquisa em qualquer momento, sem nenhum ônus para sua pessoa. Receberá todos os esclarecimentos necessários antes e no decorrer da pesquisa. Os resultados da pesquisa serão devolvidos aos participantes, antes de sua publicação.

A pesquisadora compromete-se com a confidencialidade das informações obtidas nos grupos focais e garante o anonimato dos participantes.

CONSENTIMENTO DO SUJEITO DE PESQUISA

Compreendi o objetivo e a metodologia da pesquisa e estou disposto a participar como depoente.

Em caso de dúvida poderei entrar em contato com o Comitê de Ética do Hospital de Clínicas de Porto Alegre, pelo telefone: (51) 2101-8304.

Assinatura do participante

Assinatura da Pesquisadora responsável

Pesquisadora: Renata Tândolo Tavares
Telefones de contato: - Residencial – (51) 3340 1935
- Celular – (51) 9858 9418
Orientador: Prof. Dr. José Roque Junges
Telefone: 3591 1122
Universidade do Vale do Rio dos Sinos – Unisinos
Avenida Unisinos, 950
93001- 970 / São Leopoldo (RS)
Telefone do Comitê de Ética da Unisinos: 590.3333 (ramal 3203)

REFERÊNCIAS

AKERMAN, Marco e NADANOVSKY, Paulo. Avaliação dos serviços de saúde: avaliar o quê? Cad. Saúde Pública, out./dez. 1992, vol.8, no. 4, p.361-365.

AYRES, José Ricardo de Carvalho Mesquita. Hermenêutica e humanização das práticas de saúde. Ciênc. Saúde coletiva, jul./set. 2005, vol.10, no. 3, p.549-560.

AYRES, José Ricardo de Carvalho Mesquita. Sujeito, intersubjetividade e práticas de saúde. Ciênc. Saúde coletiva, 2001, vol.6, no. 1, p.63-72.

BACKES, Dirce Stein; LUNARDI, Valéria Lerch; LUNARDI FILHO, Wilson D. A humanização hospitalar como expressão da ética. Rev. Latino-Am. Enfermagem. Ribeirão Preto, v. 14, n. 1, 2006.

BAUER, Martin W. e GASKELL, George. Pesquisa Qualitativa com Texto, Imagem e Som: Um Manual Prático. Petrópolis: Vozes, 2002.

BALINT, Michael. The doctor, his patient and the illness. 1. ed. New York: International Universities, 1957.

BEAUCHAMP, Tom L. E CHILDRESS, James F. Princípios de ética biomédica. São Paulo: Loyola, 2002.

BELLINO, Francesco. Fundamentos da bioética: aspectos antropológicos, ontológicos e morais. Bauru: EDUSC, 1997. 298 p.

BONTRAGER, Kenneth L. Tratado de técnica radiológica e base anatômica. 5 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2003.

BRASIL. Ministério da Saúde. SUS – 15 anos de implantação: desafios e propostas para sua consolidação. Brasília: Ministério da Saúde, 2003.

BRASIL. Resolução 196/96 sobre pesquisas envolvendo seres humanos. In: Diário Oficial da União, Brasília, p. 21082-21085, 6 out. 1996.

CAMPOS, Rosana Onocko. O encontro trabalhador-usuário na atenção à saúde: uma contribuição da narrativa psicanalítica ao tema do sujeito na saúde coletiva. Ciênc. Saúde coletiva, jul./set. 2005, vol.10, no.3, p.573-583.

CAPRARA, Andrea e FRANCO, Anamélia Lins e Silva. A relação paciente-médico: para uma humanização da prática médica. Cad. Saúde Pública, jul./set. 1999, vol.15, no.3, p.647-654.

CECCIM, Ricardo Burg e FEUERWERKER, Laura C. Macruz. Mudança na

graduação das profissões de saúde sob o eixo da integralidade. Cad. Saúde Pública, set./out. 2004, vol.20, no. 5, p.1400-1410.

COHN, Amélia e ELIAS, Paulo Eduardo Mangeon. Equidade e reformas na saúde nos anos 90. Cad. Saúde Pública, 2002, vol.18 supl, p.173-180.

DESLANDES, Suely F. Análise do discurso oficial sobre a humanização da assistência hospitalar. Ciênc. Saúde coletiva. Rio de Janeiro, v. 9, n. 1, 2004.

DESLANDES, Suely Ferreira e AYRES, José Ricardo de Carvalho Mesquita. Humanização e cuidado em saúde. Ciênc. Saúde coletiva, jul./set. 2005, vol.10, no. 3, p.510-510.

DONABEDIAN, A. The quality of care. How can it be assessed? Journal of the American Medical Association, 1988, 260:1743-1748.

DUARTE, Everardo. Sobre a Sociologia da Saúde. São Paulo: Hucitec, 1999.

EZZY, Douglas e RICE, Pranee L. Qualitative Research Methods. New York: Oxford, 2002.

FERREIRA, Aurélio Buarque de Holanda. Aurélio século XXI: o dicionário da língua portuguesa. 3. ed. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1999. 2128 p.

FLICK, Uwe. Uma Introdução à Pesquisa Qualitativa. Porto Alegre: Bookman, 2004.

FOUCAULT, Michel. Microfísica do poder. 18 ed. Rio de Janeiro: Graal, 2003.

FRANCO, Túlio Batista, BUENO, Wanderlei Silva e MERHY, Emerson Elias. O acolhimento e os processos de trabalho em saúde: o caso de Betim, Minas Gerais, Brasil. Cad. Saúde Pública, abr./jun. 1999, vol.15, no. 2, p.345-353.

FREYRE, Gilberto. Médicos, Doentes e Contextos Sociais: Uma Abordagem Sociológica. Rio de Janeiro: Globo, 1983.

GIL, Antonio Carlos. Como elaborar projetos de pesquisa. 4ed. São Paulo: Atlas, 2002.

GILBERT, Ana Cristina Bohrer, CARDOSO, Maria Helena Cabral de Almeida e WUILLAUME, Susana Maciel. Mulher, Medicina e tecnologia nos discursos de residentes em Obstetrícia/Ginecologia. Cad. Saúde Pública, maio 2006, vol.22, no. 5, p.941-950.

GOMES, Márcia Constância Pinto Aderne; PINHEIRO, Roseni. Acolhimento e vínculo: práticas de integralidade na gestão do cuidado em

saúde em grandes centros urbanos. Interface (Botucatu). Botucatu, v. 9, n. 17, 2005.

HOUAISS, ANTÔNIO; VILLAR, MAURO DE SALLES; FRANCO, FRANCISCO MANOEL DE MELLO; INSTITUTO ANTÔNIO HOUAISS DE LEXICOGRAFIA. Dicionário Houaiss da língua portuguesa. 1. ed. Rio de Janeiro: Objetiva, 2004. 2922 p.

HORTALE, Virginia Alonso. Fórum: a integralidade na perspectiva da formação, das práticas e da avaliação em saúde. Cad. Saúde Pública, set./out. 2004, vol.20, no. 5, p.1398-1399.

HARTZ, Zulmira M. de Araújo e CONTANDRIOPOULOS, André-Pierre. Integralidade da atenção e integração de serviços de saúde: desafios para avaliar a implantação de um "sistema sem muros". Cad. Saúde Pública, 2004, vol.20 supl. 2, p.331-336.

KLOETZEL, Kurt, BERTONI, Anete Machado, IRAZOQUI, Maristela Costa et al. Controle de qualidade em atenção primária à saúde. I A satisfação do usuário. Cad. Saúde Pública, jul./set. 1998, vol.14, no. 3, p.263-268.

KOTAKA, Filomena, PACHECO, Maria L. R; HIGAKI, Yasue. Avaliação pelos usuários dos hospitais participantes do programa de qualidade hospitalar no estado de São Paulo, Brasil. Revista de Saúde Pública, 1997, vol. 31.

KRAUSS-SILVA, Letícia. Avaliação tecnológica em saúde: questões metodológicas e operacionais. Cad. Saúde Pública, 2004, vol.20 supl. 2, p.199-207.

LEMME, Antonio C., NORONHA, Gerson e RESENDE, José B. A satisfação do usuário em hospital universitário. Rev. Saúde Pública, fev. 1991, vol.25, no. 1, p.41-46.

LEVCOVITZ, Eduardo; LIMA, Luciana Dias de; MACHADO, Cristiani Vieira. Política de saúde nos anos 90: relações intergovernamentais e o papel das Normas Operacionais Básicas. Ciênc. Saúde coletiva., Rio de Janeiro, v. 6, n. 2, 2001.

MACIEL-LIMA, Sandra Mara. Acolhimento solidário ou atropelamento? A qualidade na relação profissional de saúde e paciente face à tecnologia informacional. Cad. Saúde Pública, mar./abr. 2004, vol.20, no. 2, p.502-511.

MARTINS, Paulo Henrique. Contra a Desumanização da Medicina: crítica sociológica das práticas médicas modernas. Petrópolis: Vozes, 2003.

MATTOS, Ruben Araujo de. A integralidade na prática (ou sobre a prática da integralidade). Cad. Saúde Pública, set./out. 2004, vol.20, no. 5, p.1411-1416.

MERHY, Emerson Elias. Um Ensaio sobre o Médico e suas Valises

Tecnológicas. Interface, fev/2000, vol. 6, no. 1, p. 109-117.

MERHY, Emerson Elias; CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa; CECILIO, Luiz Carlos de Oliveira. Inventando a Mudança na Saúde. 2 ed. São Paulo: Hucitec, 1997.

MEZOMO, João C. Hospital Humanizado. São Paulo: Centro São Camilo de Desenvolvimento em Administração da Saúde, 1979.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. O Desafio do Conhecimento: Pesquisa Qualitativa em saúde. 4 ed. São Paulo, Hucitec, 1992.

MINICUCCI, Agostinho. Dinâmica de grupo: teorias e sistemas. 4. ed. São Paulo: Atlas, 1997. 294 p.

NERI, Marcelo e SOARES, Wagner. Desigualdade social e saúde no Brasil. Cad. Saúde Pública, 2002, vol.18 supl, p.77-87.

PEDUZZI, Marina. Equipe multiprofissional de saúde: conceito e tipologia. Rev. Saúde Pública, fev. 2001, vol.35, no. 1, p.103-109.

PESSINI, Léo e BARCHIFONTAINE, Christian de Paul de. Problemas Atuais de Bioética. 5 ed. São Paulo: Loyola, 2000.

PESSINI, Léo e BERTACHINI, Luciana. Humanização e Cuidados

Paliativos. São Paulo: Loyola, 2004.

PINHEIRO, Marcelo Cardoso, WESTPHAL, Márcia Faria e AKERMAN, Marco. Eqüidade em saúde nos relatórios das conferências nacionais de saúde pós-Constituição Federal brasileira de 1988. Cad. Saúde Pública, mar./abr. 2005, vol.21, no.2, p.449-458.

PINHEIRO, Roseni e MATTOS, Ruben Araújo. Os Sentidos da Integralidade. Rio de Janeiro: UERJ / ABRASCO, 2001.

PRATA, Pedro Reginaldo. Desenvolvimento econômico, desigualdade e saúde. Cad. Saúde Pública, jul./set. 1994, vol.10, no. 3, p.387-391.

PUCCINI, Paulo de Tarso; CECILIO, Luiz Carlos de Oliveira. A humanização dos serviços e o direito à saúde. Cad. Saúde Pública. Rio de Janeiro, v. 20, n. 5, 2004.

RAMOS, Donatela Dourado e LIMA, Maria Alice Dias da Silva. Acesso e acolhimento aos usuários em uma unidade de saúde de Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil. Cad. Saúde Pública, jan./fev. 2003, vol.19, no. 1, p.27-34.

REZENDE, Ana Lucia Magela de. Saúde: Dialética do Pensar e do Fazer. 2 ed. São Paulo: Cortez, 1989.

ROZEMBERG, Brani, SILVA, Ana Paula Penna da e VASCONCELLOS-SILVA, Paulo Roberto. Impressos hospitalares e a dinâmica de construção de seus sentidos: o ponto de vista dos profissionais de saúde. Cad. Saúde Pública, nov./dez. 2002, vol.18, no. 6, p.1685-1694.

SCHRAMM, Fermin Roland e ESCOSTEGUY, Claudia Caminha. Bioética e avaliação tecnológica em saúde. Cad. Saúde Pública, out./dez. 2000, vol.16, no.4, p.951-961.

SILVA, Jarbas Barbosa da e BARROS, Marilisa Berti Azevedo. Epidemiologia e desigualdade: notas sobre a teoria e a história. Rev Panam Salud Publica, dez. 2002, vol.12, no.6, p.375-383.

SOLLA, Jorge José Santos Pereira. Acolhimento no sistema municipal de saúde. Rev. Bras. Saude Mater. Infantil. Recife, v. 5, n. 4, 2005.

SPINK, Mary Jane P. Práticas Discursivas e Produção de Sentidos no Cotidiano: Aproximações Teóricas e Metodológicas. São Paulo: Cortez, 1999.

TANAKA, Oswaldo Y. MELO, Cristina. Avaliação do Programa de Saúde do Adolescente - Um modo de fazer. São Paulo: Edusp, 2001.

TRAVASSOS, Claudia. Equidade e o Sistema Único de Saúde: uma contribuição para debate. Cad. Saúde Pública, abr./jun. 1997, vol.13, no. 2, p.325-330.

TRAVERSO-YEPEZ, Martha e MORAIS, Normanda Araújo de. Reivindicando a subjetividade dos usuários da Rede Básica de Saúde: para uma humanização do atendimento. Cad. Saúde Pública, jan./fev. 2004, vol.20, no. 1, p.80-88.

TRIVIÑOS, Augusto Nivaldo Silva. Bases teórico-metodológicas da pesquisa Qualitativa em Ciências Sociais: idéias gerais para a elaboração de um Projeto de Pesquisa. Cadernos de Pesquisa Ritter dos Reis, Porto Alegre, Faculdades Integradas Ritter dos Reis, v. 04, nov. 2001. 2. ed.

VAITSMAN, Jeni e ANDRADE, Gabriela Rieveres Borges de. Satisfação e responsividade: formas de medir a qualidade e a humanização da assistência à saúde. Ciênc. Saúde coletiva, jul./set. 2005, vol.10, no. 3, p.599-613.

VALLA, Victor Vincent. Saúde e Educação. Rio de Janeiro: DP & A, 2000.

VICTORA, Ceres Gomes; KNOUTH, Daniela Riva; HASSEN, Maria Nazareth Agra. Pesquisa Qualitativa em Saúde: Uma Introdução ao Tema. Porto Alegre: Tomo Editorial, 2000.

WALDOW, Vera Regina. Cuidado Humano: o resgate necessário. Porto Alegre: Sagra Luzzatto, 1998.

YIN, Roberto K. Estudo de Caso: Planejamento e Métodos. 2 ed. Porto

Alegre: Bookman, 2001.

RELATÓRIO DE PESQUISA

O trajeto

Ao longo do tempo de amadurecimento da idéia e o desenvolvimento desta pesquisa não pude determinar quando tudo começou. Os motivos sempre foram claros e se tornaram o combustível necessário para a jornada.

Escolhi a Radiologia como profissão por paixão, estudei e trabalhei nesta área. Por convicção resolvi dedicar mais tempo para aprofundar meus conhecimentos e tentar abordar e qualificar esta área com uma visão diferenciada.

Ao concluir um curso de especialização o projeto de pesquisa apresentado já era recebido com interesse e estranhamento pois era um esboço do que se apresenta agora. A idéia principal que venho cultivando é a de tratar a radiologia não apenas como um "braço tecnológico" da medicina mas também como uma área de assistência à saúde e qualificá-la para isso.

O idealismo como característica pessoal foi o primeiro ânimo na caminhada. Considero indispensável a dedicação e a demonstração de que tudo é feito o melhor possível e isso é aplicado em tudo, inclusive no trabalho. Participar de uma rotina mecanizada como a padronizada na Radiologia é desconcertante e creio que a melhor forma de mudar isso é tomando uma atitude.

E a Saúde Coletiva

Com o curso de mestrado em Saúde Coletiva pude agregar muitos conhecimentos que até algum tempo atrás eram apenas idéias distantes de minha realidade. Entre tantos a humanização teve destaque.

O apreço pelo tema talvez deva-se exatamente à idéia de qualificação que pretendia para a minha área profissional, ou também por estar em evidência na Saúde Coletiva, ou ainda pela percepção de que é um assunto muito falado mas pouco praticado.

A área da saúde envolve todos os setores que tratam do ser humano e seu bem-estar físico e mental, independente da forma que isso seja feito. A radiologia é uma parte da assistência, não é início nem fim da relação mas em grande parte é um elo importante entre diagnóstico e cura. Por que ser diferente?

Seres humanos quando buscam atendimento, em geral estão em situação de vulnerabilidade e querem e devem ser tratados da melhor forma possível, respeitando sua individualidade. Essas pessoas chegam por encaminhamento médico, receberam atendimento de enfermagem, etc. Nas grandes instituições hospitalares são estabelecidos protocolos de atendimento que incluem o trabalho de humanização do atendimento. Como o atendimento é uma seqüência e seu bom desempenho não deve ser interrompido todas as suas etapas têm que ser abrangidas.

Para o atendimento e realização de um exame radiológico de qualquer pessoa é fundamental o uso de equipamentos, o que proponho é a mudança de foco: o centro é o paciente e não a máquina. Não faço tal afirmação como

acusação, a profissão de técnico ou tecnólogo em radiologia é baseada em técnicas de exame e manuseio de aparelhos e isso inicia nos cursos de formação.

No entanto, apenas essas percepções não mudariam a realidade, esta pesquisa é um passo inicial para que isso aconteça.

Primeiros passos

Iniciei o curso com grande expectativa a respeito de meu aproveitamento em áreas tão diferentes e em alguns casos tão distantes da minha formação. O acolhimento recebido foi importante para o bom desenvolvimento, assim como a atenção especial de alguns professores para montar o quebra-cabeças que depois seria chamado de projeto de pesquisa.

Sua montagem foi cansativa pois me faltavam muitos conhecimentos metodológicos que obrigatoriamente foram trabalhados junto a busca por referencial teórico para montar todo o trabalho.

Inicialmente a proposta era pesquisar o público mas não obteria um resultado diferenciado e específico sobre a radiologia visto que os usuários do setor passam por outros setores numa instituição hospitalar e seria difícil contemplar somente esta parte do atendimento. As publicações que tratam dos profissionais da saúde em geral focam o médico e a equipe da enfermagem. A busca pelo diferencial levou a idéia de pesquisar os profissionais da radiologia.

Após diversas tentativas defini os objetivos, a população de estudo, a forma de coletar e analisar os dados e a base teórica que viabilizasse sua realização. Chegava o momento de praticar tudo que ensaiei durante meses.

Exame de qualificação e aspectos éticos

O projeto de pesquisa foi submetido a avaliação para qualificação em setembro de 2006. Alguns pontos foram ressaltados, sugestões dadas e aspectos positivos elogiados principalmente por sua originalidade.

Após a aprovação o projeto foi submetido a quatro Comitês de Ética: Universidade do Vale do Rio dos Sinos - Unisinos, Hospital Nossa Sra. da Conceição, Hospital de Clínicas de Porto Alegre e Hospital Mãe de Deus.

Em outubro de 2006 o Comitê de Ética da Unisinos emitiu parecer favorável (anexo 1), em dezembro de 2006 o HNSC (anexo 2) e em janeiro de 2007 o HCPA também liberou a realização da pesquisa (anexo 3).

O Hospital Mãe de Deus foi excluído da pesquisa pois o projeto foi encaminhado em novembro com toda a documentação exigida pela instituição, incluindo a liberação da chefia do setor. O receio inicial era conseguir a aprovação do serviço para usar suas dependências e entrevistar os funcionários, visto que é uma empresa privada. A receptividade do Dr. Armando Abreu, médico responsável pelo serviço foi surpreendente e confortante. Além da liberação da papelada para a pesquisa, no mesmo dia obtive a listagem de funcionários com os dados necessários para a escolha dos sujeitos da pesquisa. Apesar da facilidade e apoio obtido no setor de radiologia o Comitê de Ética apresentou demora excessiva e até a última informação obtida em abril de 2007 não havia sido expedido sequer o laudo preliminar para passar pela reunião do Comitê para avaliação.

Por esses motivos o HMD foi excluído da pesquisa, visto que já havia atrasado em cerca de três meses o cronograma proposto no projeto da pesquisa, para evitar que se ultrapassassem os prazos estabelecidos pela Capes - Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior para conclusão do curso.

Coleta de dados

A possibilidade de conseguir maior riqueza de dados levou a optar pela discussão focal. A entrevista individual seria mais simples na realização mas talvez não abrangesse tantos assuntos e tão detalhadamente quanto abordados pelo grupo.

Mesmo com a dificuldade da reunião do grupo, fato ressaltado pela banca examinadora, foi aceito o desafio em prol da qualidade da pesquisa.

Segundo Lunt e Livingstone os grupos focais têm duplo poder. Primeiro, geram discussão revelando assim tanto os significados presumidos pelas pessoas no tópico de discussão como a forma que negociam esses significados. Segundo, geram diversidade e assim revelam o que Billig denomina a natureza dilemática dos argumentos cotidianos.

As instituições

A busca pela diversidade levou-me a tentativa de conversar com três grupos de diferentes instituições. Devido ao atraso na liberação pelo Comitê de

Ética do Hospital Mãe de Deus, conversei com dois grupos, um do Hospital Nossa Senhora da Conceição e um do Hospital de Clínicas de Porto Alegre.

Parte do Grupo Hospitalar Conceição, o HNSC é um hospital geral, com atendimento 100% pelo Sistema Único de Saúde. Oferece acesso a todas as especialidades médicas em seu Ambulatório, na Emergência e na Internação. Possui a maior emergência do Rio Grande do Sul. Durante o ano de 2006 os exames da radiologia convencional e tomografia computadorizada totalizaram 108.657 atendimentos.

O HCPA é um hospital público, geral e universitário, atende cerca de 60 especialidades, disponibilizando desde procedimentos simples até os mais complexos. Sua clientela é formada por pacientes do Sistema Único de saúde e de convênios particulares.

Perfil dos participantes

Os profissionais que participaram da pesquisa foram escolhidos de acordo com os critérios de seleção estabelecidos no projeto de pesquisa. Conforme descrito abaixo:

- Dois trabalhadores do turno da noite ou intermediário;
- Três trabalhadores do turno da manhã;
- Três trabalhadores do turno da tarde.

A seleção por turno foi baseada nos seguintes critérios:

- O trabalhador com a data de admissão mais antiga de cada turno;
- O trabalhador com a data de admissão mais recente de cada turno;
- O terceiro trabalhador selecionado da turno da manhã é o segundo mais recente na instituição;
- O terceiro trabalhador selecionado da tarde é o segundo mais antigo na instituição.

No Hospital de Clínicas de Porto Alegre houve uma perda por incompatibilidade de horários e foi chamado outro profissional seguindo os critérios estabelecidos.

No intuito de preservar a identidade dos depoentes em respeito à Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde do Ministério da Saúde, e conforme previsto no Termo de Consentimento Livre e Esclarecido assinado por todos eles serão apresentados por pseudônimos. Com a mesma finalidade foram suprimidos os dados referentes a sexo e tempo de trabalho na instituição.

Os representantes foram escolhidos a partir dos critérios estabelecidos no projeto da pesquisa afim de evitar qualquer viés. Em caso de uma seleção intencional isso poderia ocorrer pois faço parte dos grupos estudados e conheço cada um dos profissionais. Na metodologia qualitativa ao contrário da quantitativa, o "representativo" não é um dado estatístico, conforme Iniguez, significa que o participante está no seu papel, ou seja, o importante é sua participação e interação e não suas qualidades pessoais e sim o fato de que é membro de um grupo coletivo.

Cogitei inúmeras possibilidades, principalmente nomes de artistas pois esses "fotógrafos" em muitas ocasiões fazem arte com aparelhos de raios-X

apesar das dificuldades encontradas no dia-a-dia. Sem a pretensão de equiparar-me a Gilbert e Mulkay, utilizei sua obra "Abrindo a Caixa de Pandora" como referência para análise e desse título surgiu a idéia dos pseudônimos.

Na mitologia grega Pandora foi a primeira mulher criada por Zeus como punição aos homens pela ousadia do titã Prometeu em roubar aos céus o segredo do fogo. Para criá-la vários deuses colaboraram com partes.

Segundo a lenda grega, Prometeu criou o homem de argila e roubou a chama sagrada de Hélio (Deus Sol) para dar-lhe o sopro da vida. Prometeu foi preso e castigado por Zeus, porém antes deixou com seu irmão Epmeteum uma caixa contendo todos os males que poderiam atormentar o homem, pedindo que não deixasse ninguém se aproximar. Por sua vez, Pandora seduziu Epmeteum e conseguiu chegar até a caixa e a abriu, assim inúmeros males saíram da caixa de forma tão assustadora que ela teve medo e fechou antes que saísse o último: o mal que acaba com a esperança.

Deste mito ficou a expressão caixa de Pandora, que usada em sentido figurado significa que algo sob aparente inocência esconde surpresas inimagináveis em seu interior.

Partindo da idéia de essa pesquisa me proporcionou muitas surpresas e me deu a oportunidade de abrir uma nova caixa de Pandora, resolvi chamar os participantes com pseudônimos de deuses e titãs gregos.

Oceanus - Um dos mais participativos do grupo, 40 anos, formado há 13 anos. Trabalha em outro hospital para melhorar a renda. Gosta da profissão e não quer mudar sua área.

Hefesto - Aguardando colocação em outra área, na qual tem pós-graduação. Aos 28 anos, concluiu o curso há 10 anos. Trabalha em outra instituição também na radiologia.

Atena - Tem 38 anos, concluiu o curso há 15, o Hcpa é seu único vínculo empregatício no momento, não pretende mudar de área profissional.

Apolo - Tem 39 anos. Apesar de trabalhar em duas instituições hospitalares procura mudar sua área de atuação devido a insatisfação com a situação da categoria profissional.

Éolo - Tem 42 anos, 20 de profissão. Trabalha na radiologia em outra instituição hospitalar e não pretende mudar sua área de atuação.

Poseidon - 42 anos, cerca de 17 de profissão. Está cursando graduação em outra área. Apresenta grande revolta com a profissão e espera ansiosamente pela mudança de área.

Héstia - Tem 40 anos. Considera-se em situação estável e não pretende mudar de área profissional.

Artemis - 42 anos, 15 de profissão. Não pretende mudar de área profissional.

Eros - Tem 24 anos. Mostra contentamento com a escolha, pretende seguir e crescer na profissão. Formou-se há cerca de um ano e meio.

Cronos - Tem 25 anos, formou-se há dois anos. Pretende mudar de profissão em futuro próximo.

Crio - Tem 26 anos, formado há 6. Cursando graduação em área distinta, aguarda a conclusão para trocar de área.

Temis - 27 anos, formado há 5 anos. Trabalha em outra instituição hospitalar e pretende apenas ampliar seus conhecimentos na radiologia para crescer, sem mudar a área.

Hera - 36 anos, tem cerca de 10 anos de profissão. Gosta da profissão e não pretende mudar de área.

Dionísio - Tem 30 anos, formado há 12. Um dos mais entusiastas defensor da profissão, não cogita mudar sua área de atuação.

Deméter - O integrante mais velho do grupo, 51 anos, tem 23 anos de experiência.

Febe - Aos 40 anos, tem 17 de profissão. Trabalha no turno da noite, não tem vínculo com outra instituição nem pretende mudar de área. Fala e demonstra que gosta da profissão.

Conversando...

A idéia de participar de uma discussão inicialmente tinha resistência por parte do grupo de profissionais mas o fato de, aos poucos, alguns aceitarem participar desencadeou uma seqüência, talvez por reduzir o receio inicial. E não houve nenhuma perda, todos os convidados compareceram aos encontros.

Nossos encontros foram durante o mês de janeiro, nos finais-de-tarde, às 18:30 horas, em dias de extremo calor. Cada grupo se reuniu na sua instituição de trabalho, em salas reservadas.

O constrangimento foi mais facilmente diluído em comparação com a entrevista individual pois em geral o grupo tornava-se um ponto de apoio para as falas dos componentes, tornando a conversa mais leve e fluida.

A uniformidade do grupo foi um dos facilitadores. O fato de todos se conhecerem por dividir o mesmo local de trabalho e principalmente por todos exercerem a mesma função (técnico em radiologia). Isso deixou os grupos mais confortáveis para falar inclusive de questões de relacionamento com médicos e equipe de enfermagem, além da implícita sensação de desamparo em relação a instituição e inferioridade em relação a outros grupos profissionais.

Os grupos mostraram ótima interação durante as reuniões. O grupo do Hospital Nossa Senhora da Conceição (HNSC) mostrou-se mais animado, em comparação ao do Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA), que mostrou maior apreensão e medo de represálias por parte da instituição.

Essas impressões foram reforçadas no decorrer das discussões. Apesar da precariedade de recursos da instituição reclamadas pelos profissionais a motivação e satisfação com o local de trabalho pareceu maior no HNSC.

É que o cara entra aqui e engrena, sabe?! Faz diferença na vida do cara.

Ao contrário da impressão dada pelos profissionais do HCPA, que durante grande parte das reuniões demonstrava receio em relação à possibilidade de a instituição saber quais os depoimentos dados.

Acho que tá, um pouquinho, fugindo da missão.

Num lugar que alguém grita 'bota pra rua' tu não tem o que dizer.

O que deixou ainda mais clara essa diferença foi como se desenvolveram as discussões. No grupo do HNSC apenas houve uma inibição inicial, considerada normal. No grupo do HCPA mesmo com brincadeiras o medo de reconhecimento era constantemente lembrado.

Ah, muda meu nome aí pra Alberto Roberto.

Esse medo deu uma característica especial ao grupo: o intenso uso de gestos. Pude notar que em alguns momentos o gravador ainda era lembrado e ao invés de falar os participantes gesticulavam. Sinalizavam algumas coisas, como: loucura (fulano parece louco), dinheiro (só visa lucro) ou dúvida (antes calar que falar algo errado).

Dupla recompensa

Como pesquisadora já considerei uma vitória conseguir reunir os grupos profissionais em três reuniões cada, além de obter tanta colaboração. Como profissional da radiologia fiquei ainda mais feliz com esse retorno por conhecer a rotina cansativa da maioria dos profissionais, a dificuldade de horário, além da época do ano em que foram realizadas as reuniões, período de férias, horas-extras, etc.

Ao final tive uma grande surpresa: os grupos manifestaram vontade de continuar com as reuniões. Se pudesse, creio que faria semanalmente e certamente surgiriam novas informações.

Com o grupo do HNSC a maior dificuldade estava em encerrar as reuniões devido à intensidade das discussões e vontade de falar dos participantes.

Quando é a próxima?

O grupo do HCPA intitulou as reuniões de terapia em grupo e expressou o desejo de fazer reuniões com mais frequência.

Bah, a gente devia fazer isso mais vezes!

Creio que pelo trabalho estressante, a excessiva demanda e a falta de oportunidade de expressão nas instituições as discussões foram realmente benéficas, como uma troca de experiências e um desabafo.

Transcrição

Uma das fases mais longas e cansativas de toda a trajetória. Fiz a transcrição logo após as reuniões a fim de unir as anotações do diário de campo às falas para referenciar posteriormente. Potter sugere que a transcrição seja feita pelo entrevistador e pesquisador pois isso ajuda-o a conhecer detalhadamente seu material de estudo.

A transcrição dos diálogos auxilia a sistematizar a análise das práticas discursivas em busca dos aspectos formais da construção lingüística, dos repertórios usados e da dialogia implícita na produção de sentidos.

Análise dos dados

O método de processamento dos dados escolhido foi a análise do discurso. É um método teoricamente mais completo que a análise de conteúdo e permite maior aprofundamento dos dados. Há vasto referencial teórico sobre a análise de discurso, apesar de ser um método recente, assim como existem diversas formas de fazê-la.

A aproximação discursiva constitui um campo de estudo recente e é impossível falar tanto de uma concepção teórica uniforme, quanto de uma única forma de fazer "análise de discurso".

A expressão "análise de discurso" iniciou como área da lingüística, com o decorrer dos anos a antropologia, a sociologia, psicologia entre outras disciplinas desenvolveram métodos específicos de análise. O uso do termo análise de discurso tende a ser identificado com o método iniciado por M. Pechêux que refere-se ao discurso como algo determinado pelas condições de produção e por um sistema lingüístico. Sua análise é basicamente através da semântica e sintática do discurso.

Assim como Spink, Potter e outros autores acredito na linguagem como ação e esse conceito de análise de discurso não é o mais adequado para tal abordagem, nem o termo "discurso". Utilizarei o conceito "práticas discursivas", que é definido como linguagem em ação, as maneiras a partir das quais as pessoas produzem sentidos e se posicionam em relações sociais.

Segundo Parker pode-se experienciar um mundo que está além da linguagem. Assim os pesquisadores buscam entender como objetos são construídos no discurso e como são aí construídos os sujeitos. Para alcançar esse conhecimento utiliza-se a análise das práticas discursivas com enfoque da escola anglo-saxã, que ao invés da análise semântica utiliza a pragmática, estudando a dimensão performática do uso da linguagem, e, principalmente, tem a concepção de que a linguagem pode afetar a realidade.

Essa mudança iniciou com o "giro lingüístico", um fenômeno que estimulou diversas ciências sociais a dar atenção maior ao papel desempenhado pela linguagem, contribuindo para a formação de novos conceitos sobre a natureza do conhecimento. A partir daí a linguagem foi vista como um fenômeno social, permitindo novos enfoques metodológicos.

Baseado no giro lingüístico, Austin abriu uma nova possibilidade para a análise de discurso gerando a Teoria dos atos da fala. Objetivamente essa teoria considera que falar não serve apenas para descrever algo, mas também para fazer coisas. Com esses conceitos bem fundamentados pude partir para a análise.

A leitura flutuante foi a leitura dos dados repetida até a exaustão a fim de destacar as características principais dos discursos.

Após sucessivas leituras e discussões com o orientador, foi eleito o método defendido por Potter e Wetherell, que baseia-se no uso de repertórios interpretativos.

Para o processamento dos dados foram aproveitados ainda alguns métodos de organização propostos por outros autores, como a elaboração de mapas e árvores de associação de idéias citado por Spink, visando facilitar a organização e obter o máximo dos dados coletados.

As práticas discursivas têm como elementos constitutivos: a dinâmica - que são os enunciados orientados por vozes - e os conteúdos - os repertórios interpretativos.

Os repertórios podem ser considerados os elementos essenciais que os sujeitos utilizam para construir versões das ações, os processos cognitivos e outros fenômenos. Qualquer repertório determinado está constituído por uma gama restrita de termos usados de uma forma estilística e com uma gramática específica. Normalmente esses termos produzem uma ou mais metáforas-chave, e a presença de um repertório muitas vezes está assinalada por certos tropos ou figuras do discurso.

Segundo Wetherell os repertórios são diferentes formas de falar sobre o mesmo tema. Originam-se na comunidade lingüística onde acontece a socialização das pessoas e se transmitem através de dispositivos e relações, compondo uma espécie de catálogo de termos e formas recorrentes de falar.

O objetivo da pesquisa é mostrar o discurso dos profissionais utilizando a técnica escolhida de análise de discurso a partir da identificação dos repertórios interpretativos. Gilbert e Mulkay elaboraram uma pesquisa com a fala de cientistas sobre seu trabalho. A associação a este trabalho foi inevitável e ao ler o corpus da pesquisa pude perceber os dois repertórios citados pelos autores encaixados no meu grupo de profissionais.

A fala destes profissionais é a busca da voz coletiva pois indivíduos e grupos sociais possuem significados e valores específicos, expressos de forma sistemática por meio da linguagem.

Gilbert e Mulkay consideram que a variabilidade no discurso científico pode ser explicada reconhecendo-se a existência de dois repertórios: o empírico e o contingente. O empírico é o relato formal, que é impessoal e politicamente correto. O contingente é o relato informal, que apresenta as percepções pessoais e detalhes ocultados no outro repertório.

Assim como estes autores pude identificar dois repertórios distintos e tomei a liberdade de utilizar classificações similares. O primeiro é o repertório idealizado, onde as falas representam o que é pensado pelos profissionais e que podem ser mostradas ao mundo, o relato formal das ações.

Ser técnico:

...é ser um profissional da saúde preocupado com o bem-estar do paciente...

Importante colaborador na busca do diagnóstico do paciente e na prevenção de doenças.

É um privilégio, pois é uma área dentro da área da saúde em que podemos atuar junto e direto com o paciente, trazendo um pouco mais de conforto e dedicação a ele, que é nosso foco principal.

Os usuários:

... pessoas extremamente simples e necessitadas de saúde e de afeto.

Pessoas que precisam de atenção.

...é submisso...vem com medos e carências decorrentes da sua doença. É muito educado...

O segundo é o repertório informal, que mostra narrativas do que é vivenciado, relatos "crus", com comentários e desculpas para os atos tomados, sem a possibilidade de correção e, em geral, ditos no calor das discussões.

Não dá, tu manda o cara ficar de pé, é capaz de subir e ficar de pé em cima da mesa de exame, cara.

Eles não entendem.

Jaguara.

São pobres e precisam disso, então tem que atender bem.

Para complementar a análise estudei as contradições apresentadas nos repertórios selecionados. Identifiquei a sua variabilidade e as incongruências no uso da linguagem.

Incluir a variabilidade em uma análise significa respeitar a polissemia dos discursos ao invés de homogeneizá-los ou reduzi-los. A incorporação à psicologia social do caráter retórico assim como ideológico do pensamento humano enriquece substancialmente a análise das práticas discursivas.

O caráter controvertido, ambíguo e até contraditório de todas as manifestações do pensamento é muito difícil de ser apreendido pela psicologia social cognitiva. É realmente através de uma aproximação discursiva que se pode apreender e compreender a funcionalidade do fenômeno ideológico. A linguagem como ação ou prática social precisa sempre do contexto e argumentações que indiquem o objetivo ou intencionalidade do discurso.

Foi aberta a Caixa de Pandora...

ANEXOS

-CEP UNISINOS

-CEP GHC

-CEP HCPA

