



**UNIVERSIDADE FEDERAL DO AMAZONAS**  
**FACULDADE DE PSICOLOGIA**  
**PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA**

**DAVI ARAÚJO DA CUNHA**

**EXPERIÊNCIA SUBJETIVA DE PACIENTES COM DIFICULDADES  
NA RELIZAÇÃO DO EXAME DE RESSONÂNCIA MAGNÉTICA**

**MANAUS-AM**

**2014**

**DAVI ARAÚJO DA CUNHA**

**EXPERIÊNCIA SUBJETIVA DE PACIENTES COM DIFICULDADES  
NA REALIZAÇÃO DO EXAME DE RESSONÂNCIA MAGNÉTICA**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Universidade Federal do Amazonas, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Psicologia, sob orientação da Professora Doutora Iolete Ribeiro da Silva. Linha de pesquisa: Processos psicológicos e saúde.

**MANAUS-AM**

**2014**

## Ficha Catalográfica

(Catalogação realizada pela Biblioteca Central da UFAM)

C972e	<p>Cunha, Davi Araújo. Experiência subjetiva de pacientes com dificuldades na realização do exame de ressonância magnética / Davi Araújo Cunha. - 2014. 109 f. : il. color.. Dissertação (Mestrado em Psicologia) — Universidade Federal do Amazonas. Orientadora: Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Iolete Ribeiro da Silva.</p> <p>1. Promoção da Saúde 2.Imagem de ressonância magnética 3.Psicologia I. Silva, Iolete Ribeiro da, orientador II. Universidade Federal do Amazonas III. Título</p> <p>CDU (1997): 159.9.072.42 (811.3) (043.3)</p>
-------	---

DAVI ARAUJO DA CUNHA

**“Experiência subjetiva de pacientes com dificuldades na realização de exame de ressonância magnética.”**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Universidade Federal do Amazonas, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Psicologia, na Linha de Processos Psicológicos e Saúde.

Aprovada em 06 de agosto de 2014.

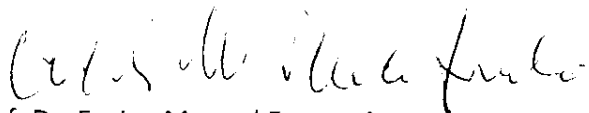
BANCA EXAMINADORA

  
Prof.ª Dra. Iolene Ribeiro da Silva

Universidade Federal do Amazonas - AM

  
Prof. Dr. Euler Esteves Ribeiro

UNATI – Universidade Estadual do Amazonas

  
Prof. Dr. Eurico Manoel Franco Azevedo

Universidade Federal do Amazonas - AM

## **AGRADECIMENTOS**

Agradeço a Deus, a quem devo minha existência e minha crença na Única Esperança.

Aos meus pais, Milton Ferreira da Cunha e Margarida Araújo da Cunha, que, enquanto vivos, ensinaram-me um caminho pautado na honestidade, no gosto pelos estudos e no amor a Deus.

À minha esposa Rosinete Cunha, por compreender que um tempo merecidamente seu precisava ser usado para que essa obra fosse concluída. Obrigado.

Aos meus dois filhos, Felipe Cunha e Fabiane Cunha. Vocês são minhas lembranças constantes de que sou duas vezes feliz.

A toda minha família extensa, que sempre foi um apoio constante e uma torcida fiel.

Ao Professor Doutor Nilson Gomes Vieira Filho, uma vida dedicada a ensinar e a acreditar no ensino. Com ele aprendi que um texto sempre pode ficar melhor e que ciência é igual a paciência.

A Professora Doutora Iolete Ribeiro da Silva, que me ensinou que humildade e notório saber podem caminhar juntos. Sua contribuição atenciosa nesse trabalho foi fundamental.

Aos Professores Doutores Eurico Manoel Franco Azevedo e Euler Esteves Ribeiro, por aceitarem participar da banca examinadora e contribuírem com seus conhecimentos para minha vida acadêmica.

A instituição pesquisada. Vocês demonstraram que a prática hospitalar precisa caminhar lado a lado com a pesquisa científica.

A todos meus colegas do setor de Ressonância Magnética. Obrigado pelo tempo que estive com vocês. Foi um aprendizado contínuo.

Aos meus colegas do mestrado em psicologia da UFAM, e a todos os colaboradores da Faculdade de Psicologia. Em especial à Tânia Leal, que, enquanto estive na secretaria do mestrado, mostrou o que é trabalho eficiente. Obrigado pelo apoio determinado.

Obrigado FAPEAM (Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado do Amazonas).

A você, leitor, que escolheu separar um tempo para se dedicar a leitura dessa pesquisa.

*“Amado, desejo que te vá bem em todas as coisas e que tenhas saúde, assim como bem vai a tua alma.” Terceira epístola universal do apóstolo João, verso 2.*

## RESUMO

O objeto de estudo dessa dissertação foi pesquisar a experiência subjetiva de pacientes que realizam o exame de ressonância magnética de campo fechado em uma instituição de saúde na Cidade de Manaus-AM. Os objetivos concentraram-se em: a) entrevistar e analisar a experiência subjetiva de pacientes que não apresentaram manifestações emocionais/ansiosas durante a realização do exame na sala de RM; b) entrevistar e analisar a experiência subjetiva de pacientes que apresentaram alguma manifestação emocional/ansiosa que dificultou a realização do exame RM; c) entrevistar e analisar a experiência subjetiva de pacientes que apresentaram dificuldade do tipo emocional/ansiosa importante, e que só realizaram o exame de RM de campo fechado com anestesia geral; e, d) expor uma proposta de melhoria do serviço pesquisado, na perspectiva de promoção de cuidados da saúde. A Psicologia como ciência, e o ramo disciplinar aplicado da psicologia da saúde, foram os pressupostos teóricos centrais dessa pesquisa. Dedicada a estudar os processos psíquicos que participam do processo saúde-doença e compreendidos como complexos e multideterminados, a psicologia da saúde orientou o estudo da experiência subjetiva desses pacientes em situação de exame real em um contexto institucional. Foi utilizado o método qualitativo (observação participante) e o pesquisador teve uma posição de reciprocidade com a equipe de RM e com os pacientes em realização do exame, sem praticar intervenção clínica de caráter psicológico. Como instrumentos de coleta: notas de pesquisa, material documental e roteiro de entrevista semiestruturada. Os dados foram analisados a partir dos pressupostos teóricos e hipóteses de trabalho delimitados para essa pesquisa. Como estudo da experiência subjetiva, verificou-se que, as interações intersubjetivas, habilidade técnico-profissional, pensamento em positividade com características resilientes e a experiência de fé, podem funcionar como atenuadores de ansiedade durante esse exame. Percebe-se, ainda, que a escolha anestésica para complicações físicas e ansiosas que impossibilitam o exame é opção única. Como proposta de melhoria do serviço, verificou-se um ambiente físico e relacional satisfatório, mas ainda carente de modificações físicas e instrumentais que beneficiem a subjetividade dos pacientes.

**Palavras-chave:** Psicologia da Saúde. Experiência Subjetiva. Exame de Ressonância Magnética. Promoção da Saúde.

## ABSTRACT

The study object of this dissertation was to research the subjective experience of patients who performed the Magnetic Resonance Imaging exam in closed field at a health institution in Manaus-AM. The objectives focus on: a) interviewing and analyzing the subjective experience of patients who did not presented emotional/anxious manifestations during the exam in the MRI room; b) interviewing and analyzing the subjective experience of patients who presented some emotional/anxious manifestations which hindered the realization of the MRI exam; c) interviewing and analyzing the subjective experience of patients who presented important emotional/anxious difficulty, and only had the closed field MRI exam under general anesthesia; and, d) expose a proposal for improving the researched service, in the perspective of health care promotion. Psychology as a science and applied disciplinary field of health psychology, have been the core theoretical assumptions of this research. Dedicated to study psychic processes which participate in the health-disease process and understood as complex and multidetermined, health psychology has oriented the study of subjective experience of these patients in real exam situation in an institutional context. Qualitative methods (participant observation) were used and the researcher had a position of reciprocity with the MRI team and with patients in the exam without practicing clinical intervention of psychological character. As data collection instruments: research notes, documentary material and semi-structured interviews. Data were analyzed from the theoretical assumptions and hypotheses defined for this research work. As the study of subjective experience, it was found that the intersubjective interactions, technical and professional skills, positive thinking with resilient characteristics and the experience of faith, can function as attenuators of anxiety during this examination. It is clear, however, that the anesthetic choice for physical and eager complications that preclude the examination is the only option. As a proposal for improving the service, there was a physical and relational satisfactory, but still lacking in physical and instrumental changes that benefit the environment subjectivity of patients.

**Keywords:** Health psychology. Subjective experience. Magnectic Resonance Imaging exam. Health care promotion.



## LISTA DE SIGLAS

RM – Ressonância Magnética

NOC – Notas de observação de campo

NRE – Notas reflexivas

ONA – Organização Nacional de Acreditação

OMS – Organização Mundial da Saúde

APA – *American Psychological Association*

UTI – Unidade de terapia intensiva

SUS – Sistema Único de Saúde

PIM – Polo Industrial de Manaus

GE – General Electric

FC – Frequência cardíaca

CF – Constituição Federal

TC – Tomografia Computadorizada

CNS/MS – Conselho Nacional de Saúde/Ministério da Saúde

## LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Quadro 1.1 – Forma de identificação, critério de escolha e local das entrevistas dos participantes pesquisados.....	45
Quadro 1.2 – Distribuição das propostas de melhorias do serviço de acordo com as categorias pesquisadas.....	92
Figura 1 – Imagem de um equipamento de ressonância magnética de campo aberto.....	108
Figura 2 – Imagem de um equipamento de ressonância magnética de campo fechado.....	108
Figuras 3, 4, 5, 6, 7 e 8 – Imagens de alguns acessórios usados em RM.....	109

# SUMÁRIO

<b>1. INTRODUÇÃO</b> .....	10
1.1 IMPLICAÇÃO DO PESQUISADOR E “PROBLEMA” DA PESQUISA.....	11
1.2 OBJETO DE ESTUDO E OBJETIVOS .....	13
1.3 ESTRUTURA GERAL DA DISSERTAÇÃO .....	13
<b>2.A PSICOLOGIA DA SAÚDE: UM REFERENCIAL QUE VAI DA PRÁTICA À TEORIA E VICE-VERSA</b> .....	16
2.1 CONCEITUANDO A PSICOLOGIA DA SAÚDE .....	20
2.2 CONCEPÇÕES SOBRE A RELAÇÃO ENTRE EXPERIÊNCIA SUBJETIVA E O PROCESSO SAÚDE-DOENÇA .....	21
2.3 NOÇÃO DE EXPERIÊNCIA SUBJETIVA E PSICOLOGIA DA SAÚDE .....	24
2.4 A ESPIRITUALIDADE COMO EXPERIÊNCIA SUBJETIVA NO PROCESSO SAÚDE-DOENÇA .....	25
2.5 A PSICOLOGIA DA SAÚDE NO HOSPITAL.....	27
<b>3. CONTEXTO DA INSTITUIÇÃO HOSPITALAR E O SETOR DE RM</b> .....	31
3.1 PERCURSO PREVISTO PARA REALIZAR O EXAME DE RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DE CAMPO FECHADO .....	34
3.2 O APARELHO DE RESSONÂNCIA MAGNÉTICA E SEU FUNCIONAMENTO.....	36
3.3 A RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DE CAMPO FECHADO .....	37
3.4 ESTUDOS E PESQUISAS SOBRE AS DIFICULDADES EM RELIZAR O EXAME DE RESSONÂNCIA MAGNÉTICA .....	38
<b>4. METODOLOGIA DA PESQUISA</b> .....	41
4.1 A OBSERVAÇÃO PARTICIPANTE.....	41
4.2 A POSIÇÃO DO PESQUISADOR .....	42
4.3 O CAMPO INVESTIGATIVO .....	44
4.4 SUJEITOS PESQUISADOS .....	44
4.5 ETAPAS DA PESQUISA .....	46
<b>5. RESULTADOS/DISCUSSÃO</b> .....	52
5.2DISCUSSÃO CRÍTICA DAS DESCRIÇÕES .....	70
5.3DESCRIBÇÃO DO CONTEÚDO DAS ENTREVISTAS – REFERENTES À MELHORIA DO SERVIÇO DE RESSONÂNCIA MAGNÉTICA .....	88
5.4 EXPOSIÇÃO DA PROPOSTA DE MELHORIA DO SERVIÇO DE RM.....	91
<b>6. CONSIDERAÇÕES FINAIS</b> .....	96
<b>REFERÊNCIAS</b> .....	101
<b>ANEXOS</b> .....	105
<b>APÊNDICES</b> .....	106

## 1. INTRODUÇÃO

O presente estudo tem como objetivo central pesquisar a experiência subjetiva de pacientes com dificuldades em realizar o exame de ressonância magnética (RM) de campo fechado em um hospital na Cidade de Manaus-Am. A ressonância magnética (daqui em diante também RM) está entre os equipamentos de primeira linha como recurso disponível para os profissionais da saúde, sobretudo médicos, precedendo muitas vezes procedimentos cirúrgicos e dando com maior precisão informações adicionais, valiosas para as condutas e terapêuticas médicas.

No entanto, alguns pacientes que necessitam realizar o exame de ressonância magnética de campo fechado, não o realizam ou realizam com dificuldades, pois manifestam reações emocionais, cognitivas e comportamentais que precisam ser melhor estudadas. Muitas vezes, eles apresentam ansiedade, exigindo maior manejo dos profissionais de saúde envolvidos no procedimento, maior tempo na realização do exame, e com a possibilidade de uso de procedimentos invasivos como anestesia geral (venosa, inalatória, ou ambas).

No acompanhamento técnico diário de realização desses exames pôde-se refletir sobre as atitudes e reações diferentes dos vários usuários desse serviço, sendo possível destacar três principais tipos na sala de exame de ressonância magnética e que receberam por parte dessa pesquisa pormenorizada descrição e análise, sem pretensões de esgotar o tema, mas sim de gerar novas fontes de debates, ideias e elaborações de hipóteses de pesquisa. O primeiro tipo (I) refere-se a pacientes que realizavam o exame sem demonstrar, ao menos aparentemente, o mínimo receio do equipamento. Alguns chegando até a dormir durante o procedimento, parecendo estar em relaxamento. E, isso, a despeito do forte ruído e do curto espaço físico onde era colocado.

O segundo tipo (II), diz respeito a pacientes que conseguiam realizar o exame de ressonância magnética apresentando comportamento curioso do equipamento, comportamento de esquiva, algum sofrimento manifestado, seja por relato verbal de que não conseguiriam realizá-lo, seja por solicitação verbal de retirada do equipamento para poder respirar. A realização do exame desses pacientes se dava, geralmente, com maior esclarecimento sobre a execução dos procedimentos, além de se dá permissão para um acompanhante de sua confiança ficar na sala de exame.

O terceiro tipo (III), com menor número de pacientes, caracterizava-se por pessoas que reagiam com a demonstração de medo intenso e/ou uma espécie de pânico do equipamento, só conseguindo realizar o exame em outro dia e com ajuda de anestesia geral.

## 1.1 IMPLICAÇÃO DO PESQUISADOR E “PROBLEMA” DA PESQUISA

Como Técnico em Radiologia Médica (operando equipamento de RM), mas ao mesmo tempo com formação de psicólogo e atuando no sistema de saúde de Manaus-AM, o autor dessa pesquisa foi sensibilizado emocionalmente pela dificuldade percebida de vários pacientes em realizar o exame de ressonância magnética e, apresentarem, sobretudo, sintomas de ansiedade e medo. A partir deste impacto e implicação profissional, surgiram reflexões práticas e científicas que o orientou ao estudo da experiência subjetiva destes pacientes em situação de exame.

A noção de implicação (ARDOINO, 1983; ELIAS, 1993; AMADO, 2005) é entendida aqui como ponto de partida da emergência do problema investigativo e da elaboração subsequente deste projeto. Implicar: enredar, envolver, afetar, comprometer (FERREIRA, 1979). Portanto, a implicação não significa apenas enredar-se emocionalmente, mas é também usufruir desse enredamento para uma reflexão crítico-científica sobre o problema da pesquisa e da construção teórico metodológico da mesma, proporcionando um vai-e-vem entre aproximação com o real experienciado e o distanciamento reflexivo necessário para a elaboração complexa do conhecimento científico.

Reflexões sobre a prática de atuação do técnico-autor, sua formação de psicólogo e as formas institucionais para solucionar as dificuldades dos tipos II e III, fizeram surgir algumas questões que podem ser assim colocadas:

- Que aspectos das experiências subjetivas dos pacientes participam da realização do exame de ressonância magnética de campo fechado?
- As manifestações de ansiedade estariam na gênese das dificuldades sérias ou mesmo na impossibilidade em realizar o exame de ressonância magnética de campo fechado?
- Qual sentido que o paciente dá sobre a experiência subjetiva de realização do exame de ressonância magnética de campo fechado?
- Através de uma proposta de melhoria do serviço pesquisado, seria possível aprimorar estes atendimentos?

Em consequência dessas reflexões e do conhecimento de outras pesquisas que serão discutidas no tópico 3.4 do capítulo três, (Thorp, Owens e Dewey, 1990; Meléndez e McCrank, 1993; Escudero, Kozasa e Leite J., 2007; Velloso, *et al.*, 2010; André, 2011; Enders, *et al.*, 2011), e principalmente da psicologia da saúde, cujo foco se concentra “nos processos psicológicos que participam da determinação do estado de saúde e do risco de adoecer” (CALATAYUD, 1997, p.56), levantou-se como hipótese geral de trabalho que as experiências subjetivas referentes às dificuldades de realização do exame RM seriam

singulares em cada paciente e em contexto específico. Supõe-se que essas dificuldades teriam origem em alguma “disfunção” (medo, ansiedade, bloqueio psíquico) em seu estado de saúde ao interagir com este ambiente físico e relacional da sala de exame e que esta “disfunção” seria suscetível de desencadear certa “desregulação” emocional no paciente possibilitando a sinalização de algum mal-estar psíquico, relacional e somático, assim como a emergência de sentidos, significados e sentimentos íntimos aí vivenciados. Uma proposta de melhoria do serviço pesquisado, visando à promoção de cuidados da saúde, incidiria sobre essa “disfunção” e “desregulação” possibilitando o surgimento de medidas práticas para uma atenção especializada a estas pessoas e a uma realização mais adequada deste exame, assim como melhoria na qualidade do serviço oferecido.

A demanda prática que inicialmente era apenas do autor do trabalho, com o aceite da instituição, passou a ser demanda também da instituição. As mudanças observadas na prática cotidiana nos estados de saúde de alguns pacientes durante a realização do exame de RM foram as propulsoras para o levantamento das questões norteadoras bem como para a proposta de melhoria do serviço numa perspectiva de promoção de cuidados da saúde, tal como indicado por Morales Calatayud (1997), um dos principais teóricos da psicologia da saúde e referência teórica principal dessa pesquisa.

Nas palavras de Morales Calatayud (1997):

*“La psicología de la salud surge bajo las demandas y requerimientos de la practica, su motor impulsor no ha estado en la teoria, sino en los cambios que se han operado en el estado de salud de la población y en las prioridades de los servicios de salud, las cuales son variables em dependencia de la situación de cada país”*(MORALES CALATAYUD, 1997, p. 79)

Como exposto por Morales Calatayud (1997) as investigações em psicologia da saúde surgem mais de demandas e requerimentos oriundos da prática do que de teorias. Fato que ocorreu nessa pesquisa. A teoria e metodologia utilizadas aqui surgiram, a partir, primeiramente, das questões que apareceram na prática. A proposta de melhoria na qualidade do atendimento do serviço, aqui pesquisado, constitui-se como prioridade para melhoria da qualidade de vida dos pacientes submetidos ao exame como também melhoria dos serviços de saúde em RM.

Uma pesquisa de caráter qualitativo, em psicologia da saúde, utilizando a metodologia da observação participante, incluindo também entrevistas semiestruturadas e o uso de fontes secundárias de dados, constitui escolha adequada para os objetivos dessa pesquisa. Em psicologia da saúde, abordagem que foi utilizada, enfatiza-se, tanto no âmbito da pesquisa como no da intervenção, a importância de se relatar e ouvir as vozes dos usuários dos serviços de saúde a partir de uma perspectiva ética de solidariedade e respeito.

Trata-se de uma primeira pesquisa psicológica realizada, nessa perspectiva, no contexto de Manaus e do Estado do Amazonas. E isso, apesar desse equipamento induzir, muitas vezes, sofrimento psíquico nos pacientes e dificuldades de manejo para a equipe de saúde envolvida, causando, nesses casos, transtornos nos serviços de radiodiagnóstico. Assim, as análises de cunho mais descritivos dessa pesquisa, são decorrentes do início de uma pesquisa em campo específico, num movimento prático-teórico e vice-versa. Essa relevância se soma as oportunidades que podem surgir a partir dessa investigação tanto no campo da pesquisa como na atuação prática de profissionais da psicologia no ambiente pesquisado.

O objeto de estudo, bem como os objetivos da pesquisa são expostos a seguir.

## 1.2 OBJETO DE ESTUDO E OBJETIVOS

Pesquisar a experiência subjetiva de pacientes que realizam o exame de RM de campo fechado em uma instituição de saúde na Cidade de Manaus-AM.

### **Objetivos**

*a)* Entrevistar e analisar a experiência subjetiva de pacientes que não apresentaram manifestações emocional/ansiosa durante a realização do exame na sala de RM.

*b)* Entrevistar e analisar a experiência subjetiva de pacientes que apresentaram alguma manifestação emocional/ansiosa que dificultou a realização do exame RM.

*c)* Entrevistar e analisar a experiência subjetiva de pacientes que apresentaram dificuldade do tipo emocional/ansiosa importante, e que só realizaram o exame de RM de campo fechado com anestesia geral;

*d)* Expor uma proposta de melhoria do serviço pesquisado, na perspectiva de promoção de cuidados da saúde, referente aos pacientes que tiveram alguma dificuldade observada na realização do exame de ressonância magnética de campo fechado.

## 1.3 ESTRUTURA GERAL DA DISSERTAÇÃO

Além da presente introdução, que se encerra com esta descrição dos capítulos a seguir, essa dissertação tem mais cinco capítulos. O próximo deles tem o título “A Psicologia da Saúde: um referencial que vai da prática à teoria e vice-versa”, cumprindo o objetivo de situar o referencial teórico principal dessa pesquisa, tendo o professor da área da psicologia da saúde

Francisco Morales Calatayud como principal autor. Desse enfoque teórico, é enfatizado o aspecto da promoção de cuidados da saúde e a participação integrada dos vários atores que atuam no sistema de saúde.

Nesse capítulo, ainda, são abordadas algumas concepções sobre experiência subjetiva e o processo saúde-doença, onde se procura situar a categoria principal desse estudo no complexo campo da saúde e das subjetividades que participam desse campo. Concluindo esse capítulo, fazem-se apontamentos teóricos sobre a estreita relação entre aspectos da espiritualidade/religiosidade e seu impacto sobre o processo saúde-doença, bem como os consequentes desdobramentos sobre a subjetividade dos pacientes com experiência de fé.

O terceiro capítulo, que tem como título “Contexto da instituição hospitalar e o setor de RM”, apresenta um panorama histórico e atualizado sobre a instituição hospitalar onde se deu a pesquisa de campo. A seguir é situado o setor de RM dentro do parque de radiodiagnóstico institucional e indicado o labirinto funcional desse setor. Logo a seguir, é feita rápida e necessária descrição do funcionamento do equipamento de RM. Suas peculiaridades e exigências funcionais são mencionadas com especial destaque para o equipamento de RM do tipo de campo fechado. Conclui-se esse capítulo com alguns estudos e pesquisas com equipamentos de RM que estão relacionadas ao tema dessa pesquisa, com o objetivo de contribuir para as discussões desse trabalho.

O quarto capítulo é o da “Metodologia da Pesquisa”, e cumpre o objetivo de descrever o caminho do pesquisador e os fundamentos metodológicos norteadores da pesquisa. Apresenta a metodologia da pesquisa qualitativa em saúde como adequada para a compreensão da experiência subjetiva de passagem pelo exame de RM. Descreve ainda a importância da observação participante e detalha todos os demais passos metodológicos necessários para a condução de uma pesquisa dessa natureza.

O quinto capítulo identificado como “Resultados/Discussão”, cumpre o objetivo principal de apresentar os resultados da pesquisa e oferecer um recorte interpretativo da experiência subjetiva de passagem pelo exame de RM de campo fechado dos seis participantes das entrevistas semiestruturadas. Notas da observação de campo e traços de memória do autor da pesquisa enquanto observador participante e também enquanto atuava como técnico em RM são objetos também de análise. Foi organizado em quatro subitens.

No primeiro subitem é feita a descrição de todas as entrevistas, com exceção das descrições referentes as propostas de melhoria do serviço de ressonância magnética. No subitem seguinte, apresenta-se comentário crítico sobre essas descrições utilizando o referencial teórico eleito para essa pesquisa e procura responder as três primeiras hipóteses de



trabalho. O vai e vem teoria-prática-reflexão é um movimento constante em toda pesquisa mas se reveste de especial importância nesse segundo e quarto subitem desse capítulo.

No terceiro subitem é feita a descrição das entrevistas somente referentes às propostas de melhoria do serviço de RM, para, no subitem seguinte, ser feita análise e exposição de proposta psicológica visando a promoção de cuidados da saúde, e em possibilitar o surgimento de medidas práticas mais adequadas para realização desse exame, resposta para a quarta e última hipótese de trabalho.

O sexto e último capítulo, intitulado “Considerações finais”, cumpre o objetivo de apresentar breve recapitulação dos resultados da pesquisa. Aponta os desafios da produção do conhecimento científico, suas limitações e possibilidades. Portanto, esse capítulo defende que a complexidade das experiências subjetivas faz parte da complexidade daquilo que se chama humano e está atravessada pela história pessoal, o contexto social e histórico onde as pessoas estão inseridas.

## 2. A PSICOLOGIA DA SAÚDE: UM REFERENCIAL QUE VAI DA PRÁTICA À TEORIA E VICE-VERSA

Esse capítulo cumpre o objetivo de descrever os pressupostos em psicologia da saúde, referência teórica principal dessa pesquisa. Primeiro apresenta, a partir do pesquisador em psicologia da saúde Francisco Morales Calatayud, um breve panorama histórico do surgimento da psicologia e das disciplinas precursoras da psicologia da saúde. Depois, analisa alguns conceitos da psicologia da saúde, tanto o influenciado pela Associação de Psicologia Americana (APA), como pelo contexto latino-americano (Cuba), identificando o pioneirismo desse último na denominação oficial *psicologia da saúde*. Adiante, descreve aspectos gerais da psicologia da saúde e apresenta sua interface com a experiência subjetiva associada ao processo saúde-doença. Apresenta ainda, um breve conceito do termo experiência e em que sentido foi usado nessa pesquisa, para depois, finalmente, apresentar alguns teóricos que desenvolvem temas relevantes para essa pesquisa sobre a experiência religiosa em serviços de saúde.

Como consequência da própria natureza que constitui seu objeto de prática e ciência, a psicologia é um saber e um fazer científicos polêmicos. Desde quando ainda era considerada parte da filosofia (início do século XIX) e principalmente depois quando o acúmulo de alguns conhecimentos influenciados pelas correntes empiristas incentivadas pela revolução industrial forçou sua aproximação da ciência experimental e da tentativa de configuração de um espaço próprio (últimas décadas do século XIX), a falta de concordância em muitos pontos considerados básicos fez surgir uma diversidade de “escolas” com categorias, práticas profissionais e linguagens que foram sendo aplicadas a diferentes campos da vida cotidiana por um longo tempo, obtendo maior definição somente a partir da Segunda Grande Guerra.

Era de se esperar, assim, que uma ciência que desperta como profissão antes mesmo de melhor fundamentação teórica (RIBES, 1982), fosse influenciada nas questões relacionadas ao processo saúde-doença e aos conceitos de saúde então propagados pela milenar medicina. Esta influência foi tão marcante que a psicologia conhecida como clínica é a mais antiga de todos os modelos, tendo começado no final do século XIX (CALATAYUD, 1997), associado às instituições que atendiam doentes mentais. Desde então este modelo tem mudado muito pouco, sendo ainda hoje considerado como tendo uma atuação centrada na doença (mental) e não na saúde e focado mais no indivíduo e menos no grupo ou comunidade.

A psicologia clínica, com sua extensiva prática mais voltada para a doença e para um contexto assistencial, constituiu-se como antecedente importante para o atual modelo de psicologia da saúde. A partir deste modelo inicial de atendimento psicológico surgem outras

psicologias. Ligadas mais ao adoecimento e a recuperação da pessoa, essas novas formas de atendimento psicológico formarão a tela de fundo para o desenvolvimento do ramo aplicado que é o da atual psicologia da saúde.

A psicologia médica, que surge na Europa no começo do século passado como reação a supervalorização da descrição dos sintomas, da procura obstinada pela entidade nosológica, valorizando quase que exclusivamente os vários órgãos e sistemas corporais, pode ser resumida como a disciplina que se ocupa do estudo dos fatores psicológicos que intervêm nas mais diferentes manifestações da prática médica (BUSTAMANTE, 1969). O desenvolvimento do pensamento antropológico da época somado às preocupações humanistas e mais o interesse dos trabalhos de Sigmund Freud (1856-1939) dando destaque ao papel do psiquismo sobre o enfermo e a enfermidade, facilitaram o surgimento de duas correntes de pensamento (Círculo de Viena e Escola de Heidelberg) que vieram contribuir com a evolução da psicologia médica (CALATAYUD, 1997). O caráter mais distintivo da psicologia médica, ainda que também mais voltada para a doença (física ou psicológica), é que o profissional de saúde não abandone os fatores psicológicos que podem estar ajudando a formar a patologia no órgão físico.

É também neste momento que ganha força a medicina psicossomática, baseada na psicanálise e em seus pressupostos de que certas doenças orgânicas ou psíquicas poderiam ser causadas por repressões e conflitos mal resolvidos, notadamente de cunho psicosexual. Mais tarde, por volta dos anos de 1950, alguns estudos trouxeram para o centro das conversas nesta área a relação médico-paciente, bem como a consideração pelos enfermos nas unidades hospitalares e o cumprimento do tratamento proposto.

De acordo com Calatayud (1997), vários estudos são feitos neste sentido, sendo oportuno destacar aqui o de Janis (1958) sobre a preparação psicológica de pacientes que iriam se submeter a procedimentos cirúrgicos, que demonstrou que este tipo de intervenção favoreceu a redução do tempo no pós-operatório bem como a ocorrências de complicações. Importante notar aqui que, para coadunar com a abordagem da psicologia da saúde, a psicologia médica traz um avanço em relação à psicologia clínica. É que esta está mais voltada para a doença mental enquanto aquela já demonstra também atenção à doença do corpo.

A medicina comportamental, como antecedente da psicologia da saúde, inicia-se como continuação da psicologia médica. Tendo como base a análise experimental, que teve seu auge nos Estados Unidos por volta de 1960, a medicina comportamental tem seu foco no papel dos comportamentos aprendidos como originadores de manifestações de doenças. É entendida, portanto, como um campo que procura integrar os conhecimentos comportamentais

e biomédicos que são relevantes para a saúde e para a doença, bem como também a utilização de técnicas oriundas destes conhecimentos com fins preventivo, diagnóstico, de tratamento e de reabilitação dos doentes.

A medicina comportamental tem especial interesse pelo comportamento e também pela mudança do comportamento. Tal interesse, por si só, mostra-se complexo, haja vista que os problemas de saúde não são exclusividade de apenas um enfoque profissional, principalmente quando se lembra dos “transtornos da mente” que guardam relativa aproximação com a psicologia, sobretudo a psicologia clínica, como foi visto no início dos antecedentes da psicologia da saúde.

Um dos princípios da medicina comportamental é o conceito de biofeedback que pode se agrupar a vários tipos de respostas dos sistemas biológicos (somático, nervoso central, endócrino e bioquímico) e que a patologia seria a desregulação ou falha na funcionalidade destes sistemas quando da interação do indivíduo com seu meio ambiente. A medicina comportamental incidiria sobre os comportamentos que estão comprometendo o funcionamento biológico a fim de manter a homeostase ou equilíbrio, utilizando para isto, os princípios da psicologia da aprendizagem. Tais diretrizes orientariam também a mudança de comportamentos descritos como de riscos como a ingestão de alimentos favorecendo a obesidade, adesão ao tratamento medicamentoso ou mesmo para a adaptação do paciente ao ambiente hospitalar.

Embora a medicina comportamental contribua para o desenvolvimento da psicologia da saúde, sua ênfase ainda segue fazendo companhia às manifestações da doença. Com bem pouco avanço no que diz respeito à promoção de cuidados da saúde, se concentra na superação dos sintomas, o que pode levar a uma atenção menor da pessoa e de seu modo de interação social, possível local de muitas de suas dificuldades adaptativas. Há ainda fortes questionamentos teóricos e metodológicos da medicina comportamental entre eles à coerência conceitual, como o que se define como comportamento e seus vários procedimentos e técnicas de análise experimental.

Estes questionamentos levantam a necessidade de uma compreensão do processo saúde-doença numa perspectiva ecológica, a atividade humana vista e revista onde ela se passa, ou seja, no ambiente social. Em outras palavras, respostas para questões básicas não podem ser alcançadas tão somente com soluções práticas e urgentes procedimentos profissionais que produzirão apenas aproximações parciais. Faz-se necessário o envolvimento de vários atores que valorizam o ser humano e seu contexto social e histórico.

Procurando dá um enfoque mais social, outra área tida como precursora da psicologia da saúde precisa ser citada. Foi ela quem mais se afastou da linha clínica individual até então

exercida pela psicologia. Esta é a referência à psicologia comunitária. Como a intenção aqui não é fazer aprofundamento nesta área, torna relevante saber apenas que alguns psicólogos sociais, entre eles Kurt Lewin (1890-1947), foram pioneiros em dinâmicas de grupos e no estudo dos processos de tomadas de decisões. O entendimento básico deste novo enfoque psicológico está sustentado na compreensão de dois aspectos: *a*) que muitas das dificuldades das pessoas podem encontrar solução no campo comunitário, ou seja, no mesmo local de convivência da pessoa com outras e, *b*) quando determinada comunidade decide enfrentar juntas eficiente e eficazmente uma dificuldade qualquer, são produzidos sentimentos de realização e pertencimento.

A comunidade passa a ser vista como objeto de investigação psicológica mais diretamente a partir da década de 1960 nos Estados Unidos. Justamente neste período é que a psicologia aplicada volta-se para a comunidade em busca de respostas que pudessem ajudar na prevenção de doenças e promoção da saúde. Contudo, devido um bom período por assim dizer de condicionamento, quando os profissionais psicólogos se vêm na necessidade de investigar mais a comunidade, estes se voltam quase que exclusivamente para aspectos da prevenção e promoção da saúde mental.

Não tendo, ainda, em alta consideração outros aspectos da saúde que não somente a mental, os psicólogos (muitos deles clínicos) começam tornar salientes objetivos sociais e comunitários a partir de uma perspectiva psicopreventiva. As causas que mais contribuíram para este novo posicionamento foram: *a*) o momento de abertura que o país anunciava para as questões sociais ligadas à saúde na comunidade; *b*) os avanços na ciência comportamental oferecendo métodos e instrumentos de avaliação profissional; *c*) certa insatisfação com o modelo médico, gerando explicações duvidosas da origem das enfermidades, e *d*) descontentamento com a psicoterapia e com seu modelo centrado no psicodiagnóstico.

Os aspectos citados anteriormente, somados a outras demandas, como o oferecimento de serviços de saúde a grupos de origem étnicas e culturais marginais, a abordagens e tentativas de solução de problemas complexos pela comunidade e mais a organização dos comunitários a fim de enfrentar problemas nacionais em um nível local, aproximaram os psicólogos a desenvolverem suas funções mais próximos das comunidades. Assim, a psicologia comunitária tem a intenção de reconhecer os processos psicológicos individuais que são pertinentes no processo saúde-doença, estando estes processos em constante interação com o meio social.

A psicologia comunitária, ainda que inicialmente na prática não obteve destacado afastamento da chamada saúde mental, constitui-se num relevante antecedente para a concepção da psicologia da saúde uma vez que suas práticas são ainda válidas para

instituições que trabalham com atenção primária em saúde, bem como com projetos e políticas de saúde que estejam dispostas a ser formuladas com uma visão mais abrangente.

## 2.1 CONCEITUANDO A PSICOLOGIA DA SAÚDE

Segundo o professor Francisco Morales Calatayud (1997) a psicologia da saúde é

la rama aplicada da psicología que se dedica al estudio de los componentes de comportamiento del proceso salud-enfermedad y de la atención de la salud. Consecuentemente, a la psicología de la salud le interesa el estudio de aquellos procesos psicológicos que participan en la determinación del estado de salud, en el riesgo de enfermar, en la condición de enfermedad y en la recuperación, así como las circunstancias interpersonales que se ponen de manifiesto en la prestación de servicios de salud, lo que se expresa en el plano práctico en un amplio modelo de actividad que incluye acciones útiles para la promoción de salud, la prevención de las enfermedades, la atención de los enfermos y personas con secuelas, y para la adecuación de los servicios de salud a las necesidades de los que los reciben (CALATAYUD, 1997, pp. 57-58).

A partir dessa definição pode-se destacar que: (a) a psicologia da saúde é um ramo aplicado da psicologia; (b) estuda os componentes de comportamento do processo saúde-doença; (c) estuda também a atenção da saúde. A psicologia da saúde é um ramo aplicado da psicologia, entendendo por isso, que se refere a um ramo de atuação em ciência e profissão do psicólogo, no sistema de saúde, em seus aspectos de promoção, prevenção, tratamento e reabilitação.

A psicologia da saúde, como ramo aplicado da psicologia “se dedica ao estudo dos componentes do comportamento no processo saúde-doença” (CALATAYUD, 1997, p. 57). Em publicação mais recente (CALATAYUD, 2011), o referido professor esclarece que subjetividade e comportamento devem ser estudados como unidade conceitual e em suas interações complexas entre seres humanos e meio ambiente. Quanto ao processo saúde-doença, esse processo pode estar associado com uma multiplicidade de causas, entre elas, a psicológica, que aparece associada à subjetividade, ao comportamento e ao social.

A psicologia da saúde, além dos aspectos já descritos, também se ocupa do estudo da atenção da saúde. Entende-se por atenção, a atenção de cuidados no sistema de saúde, isto é, em seus níveis primários, secundários e terciários, além de manter interesse na implementação e acompanhamento de programas de saúde.

A seção 38 da *American Psychological Association* (APA), também tem uma definição de psicologia da saúde que ficou conhecida a partir de Joseph Matarazzo:

*A Psicologia da Saúde é o agregado de contribuições educacionais, científicas e profissionais específicas da Psicologia à promoção e à manutenção da saúde, à prevenção e ao tratamento da doença, à identificação de correlatos etiológicos e diagnósticos da saúde e da doença e respectivas disfunções. Ela visa ainda a análise e o progresso do sistema de assistência à saúde e o desenvolvimento da política sanitária.”(MATARAZZO, 1980, p. 808).*

Morales Calatayud (1997) destaca quatro aspectos importantes desta definição que podem ser assim entendidos: 1) o campo desta especialidade se relaciona com as contribuições da prática dos psicólogos na área da saúde. 2) o termo saúde deve ser entendido de forma abrangente, incluindo o *continuum* saúde e doença, saúde mental e física, diagnósticos e transtornos específicos, como também o sentido de bem-estar e mal-estar. 3) Esse campo não deve ser limitado apenas a construção de teorias e pesquisas, mas ainda relacionado com a aplicação prática dessas investigações tanto na prevenção, no tratamento como na prestação de serviços de saúde, e, 4) é de interesse do psicólogo da saúde conhecer qualquer aspecto referente a saúde que tenha impacto no sistema social, no grupo ou no plano individual. Maiores definições e conceitos do termo psicologia da saúde podem se encontradas em Bloom (1988), Stone (1988) e Teixeira (2004).

## 2.2 CONCEPÇÕES SOBRE A RELAÇÃO ENTRE EXPERIÊNCIA SUBJETIVA E O PROCESSO SAÚDE-DOENÇA

A doença vista como estado ou condição sugere valorização dos processos culturais influenciando nos ambientes sociais e nos significados do adoecer, levando também a várias formas de busca de solução (ALVES e SOUZA, 1999). Disso decorre a constatação possível que, devido ser muitas as variáveis na forma de singularizar o que seria adoecimento, muitas são as práticas de busca de ajuda para tais padecimentos. Certas enfermidades, com suas diferentes capacidades de causar limitação e/ou dor, tendem levar também a procura mais rápida e a diferentes formas de tratamento e ajuda. A posição geralmente aceita hoje é que em todas as causalidades de todas as doenças estão presentes, em níveis maiores ou menores, noções elementares de caráter psicológico. Logo, pode-se considerar superadas as posições defendidas pela então medicina psicossomática de que algumas doenças eram psicossomáticas e outras não.

A psicologia da saúde ainda requer uma concepção teórica robusta que sustente suas aplicações. Enfoques teóricos assim desenvolvidos exigem formulações bem fundamentadas possibilitando realizar análises de suas regularidades, manifestadas a partir de investigações empíricas. No entanto, uma teoria precisa de um salto maior de generalidades do que a empiria, trazendo assim a possibilidade de agregar novos aportes que tragam melhoramentos

ou aperfeiçoamentos à teoria e também seja capaz de oferecer coerência durante a elaboração de sua síntese integradora.

São várias as interpretações e vários os debates entre os processos psicológicos e sua relação com o processo saúde-doença. Tal debate se estende também a própria disciplina (psicologia da saúde) bem como aos aspectos metodológicos dessa nova abordagem. Considerando a complexidade do fenômeno, deve-se fugir de explicações causais universais da origem das doenças ora voltadas para a medicina (com a descoberta dos microorganismos) ora voltada para os aspectos do comportamento (que tipo de comportamento favorece esta ou aquela doença, estilo de vida, padrão Tipo A etc.) Ao criticar fortemente este modelo chamando-o de “atomizado”, Calatayud (1997, p. 86), realça que tais tentativas de entender os determinantes do processo saúde-doença demonstram não compreender a complexidade dessa determinação, nem consideram os aspectos do comportamento como um produto da história influenciando os indivíduos que atuam nas mais diversas situações particulares, e, por isso mesmo, obtendo significados também particulares.

Pérez Lovelle (1987), influenciado por um contexto latinoamericano, propõe uma aproximação onde centra o conceito de saúde como uma qualidade sistêmica, enfatizando o caráter ativo do homem com seu meio ambiente. Nessa atividade proposta, que fica sem sentido a divisão entre biológico, psicológico e social, ele aponta a instância psíquica como participante de todo processo saúde-doença dos indivíduos.

A saúde teria, segundo essa concepção, três níveis de determinação: o nível macrossocial, relação que envolve os aspectos socioeconômicos de toda uma população (por exemplo, de um país, estado ou município); o nível grupal, onde a saúde-doença é estudada a partir do modo de vida e das condições de saúde de certos grupos específicos de certa população; e, o terceiro nível, o nível individual, a relação estar no estilo próprio de cada pessoa e nas condições individuais de vida de cada um. Todos estes níveis guardam intrincada relação entre si. O que tem de comum em todos estes níveis, e que é defendido por essa proposta, é que a personalidade é a expressão determinante de um psiquismo dinâmico que regula as experiências sociais onde o indivíduo está inserido de forma atuante.

Enfoque um pouco mais recente é encontrado no livro de Ribes (1990). Nesse estudo ele realiza um trabalho de conceitualização tentando delimitar a dimensão psicológica na problemática multidisciplinar que envolve o processo saúde-doença. De semelhante a Pérez Lovelle (1987) está a aceitação de uma base interativa entre processos psicológicos e processo saúde-doença e também ao destaque que é dado ao caráter ativo do indivíduo com o meio ambiente. Os três fatores básicos deste modelo são: a) o comportamento estar envolvido na modulação dos estados biológicos, uma vez que regula o contato desse comportamento às



variáveis do ambiente; b) as competências utilizadas pelos indivíduos ajudam a definir os seus diversos agires em situações que indiretamente participam do processo saúde-doença, e, c) a forma individual que cada pessoa lida com condições que podem afetar seu estado de saúde.

A partir dessas bases, são realizadas análises de processos e de resultados, com o objetivo de desenvolver comportamentos úteis, promotores e mantenedores de saúde. Objetiva também, a diminuição dos riscos que contribuiriam para o surgimento da doença. A análise dos processos está vinculada às condições psicológicas dos indivíduos participantes de um contexto sociocultural. A análise dos resultados são as consequências dos processos e estão relacionados a vulnerabilidade corporal individual e seus efeitos nos aspectos de prevenção e da produção de doenças.

Numa contribuição mais recente, Morales Calatayud (2011) lembra que a saúde está mais para um *continuum* do que para algo pleno e total. Estabelecer o limiar sobre o qual acima dele poderia se falar de saúde e abaixo de doença, além de embaraçoso, exigiria a compreensão de uma rede intrincada e de aspectos interdependentes de um conjunto de qualidades, necessitando geralmente ser estudado como um todo e não de forma fragmentada. A saúde vista como “fonte de riqueza da vida cotidiana, como um conceito positivo que acentua os recursos sociais e pessoais, assim como as habilidades físicas como bem-estar que transcende as formas de vida saudáveis” (CALATAYUD, 2011, p. 197), deve levar ao alargamento do estudo do processo de saúde e doença, se afastando da procura simplista de causas únicas e de poucas relações entre outros fatores de convivência do sujeito.

Desta forma, para uma compreensão da psicologia da saúde e para a identificação do espaço do psicólogo da saúde se exigirá uma leitura mais atualizada, fugindo apenas de causalidades lineares. Os processos psicológicos podem participar ativamente tanto na aceleração do processo de doença quanto no processo de cura. Além do que o sujeito humano é uma pessoa que compartilha de espaços sociais com outras pessoas, podendo gerar, neste ambiente social situações que contribuam para o desenvolvimento de aspectos psicológicos que facilitarão ou não a saúde ou a condição de doença. A tênue linha que caracteriza de forma única a reação contra o agente de uma ação da pessoa está permeada por aspectos biológicos, sociais e psicológicos, sendo que as variações psicológicas desempenham significativo papel nesta resistência. O mesmo pode ser dito da forma ímpar com que são interpretadas as variações sociais do ambiente de convivência da pessoa, tendo a potência tanto para agredir quanto para suscitar recursos de recuperação para o indivíduo (CALATAYUD, 2011).

Atualmente, é mais aceito que em todas as doenças estão presentes comportamentos, estados emocionais e julgamentos subjetivos acerca de determinadas condições de saúde e

doença. Com suas limitações implicadas, as demandas de procedimentos médico-diagnósticos e suas impressões vistas de diferentes modos podem ser geradoras de impacto sobre a experiência presente e futura dos envolvidos.

Neste primeiro momento, a comunidade é entendida como uma gama de significados que envolvem seres humanos. O espaço de destaque para as ações da psicologia da saúde, sobretudo em seus aspectos ligados à promoção de cuidados da saúde, tem, no hospital, o local onde muitas das ações da psicologia da saúde podem ser estudadas e debatidas. Pode também, funcionar como uma comunidade que esteja a serviço da promoção da saúde e não somente da recuperação da mesma. O fluxo de pessoas que experienciam os espaços hospitalares (pacientes, acompanhantes, familiares, fornecedores, trabalhadores da saúde etc.) requer uma visão mais ampla e multidisciplinar, que certamente inclui o psicólogo da saúde, para ações positivas ligadas ao processo saúde-doença.

### 2.3 NOÇÃO DE EXPERIÊNCIA SUBJETIVA E PSICOLOGIA DA SAÚDE

Do ponto de vista etimológico, o vocábulo “experiência” tem vários significados que se originam mais no cotidiano e no senso comum que da reflexão filosófica ou científica. Segundo Valle (1998) a palavra ‘experiência’ vem do grego “*empiria*”, matriz de “empírico” e de “empirismo”, no português “experiência” tem origem no latim.

Em coerência com o texto de Valle (1998), um dos primeiros sentidos da palavra experiência, nascido do cotidiano, tem a ver com uma apreensão da realidade pelo sujeito antes mesmo de um juízo reflexivo sobre o objeto apreendido. Pode ser considerada como uma forma elementar de sentir, de fazer e de conhecer espontaneamente a partir das primeiras interações do sujeito com o ambiente e que pouco a pouco vai se tornando em condições necessárias para o conhecimento. Sua confiabilidade se dá essencialmente por um processo de repetição da experiência consigo mesmo e do que conhece em outra pessoa, o que lhe facilita em relação à orientação a nível prático e da representação que tem do mundo. Na linguagem científica tradicional, um dos primeiros sentidos da palavra experiência remete à experimentação e a verificação/validação em ambiente laboratorial.

No campo da Psicologia, Sévigny (2002), destaca que, a experiência subjetiva evoca significações concreta e pessoal daquilo que é vivido por determinado indivíduo. Remete em primeiro lugar para o próprio sujeito e a necessária passagem dessa experiência pelo corpo. Nessa, todo o organismo está envolvido na experiência do sujeito em relação a alguma coisa, seja a situação social na qual ele está implicado, seja o sentimento íntimo que ele experiencia.

Na psicologia da saúde o interesse maior está no estudo dos processos psicológicos que participam da determinação do estado de saúde-doença, como também no risco de adoecer, da condição de doença e de sua recuperação (CALATAYUD, 1997). O foco de estudo dos processos psicológicos é aqui a experiência subjetiva de pacientes que realizam o exame de RM em contexto hospitalar. Ressalte-se que do ponto de vista semântico, a palavra experiência se refere essencialmente à percepção subjetiva mais imediata das coisas, das pessoas e do mundo. Nesse caso, seria algo que toca sensorialmente e subjetivamente as pessoas sem uma clara intermediação lógica com pensamentos racionalizados. A passagem concreta pelo exame de RM vem aprofundar os significados à vivência de realização de RM de campo fechado e suas implicações à situação de saúde do processo saúde-doença a partir da ação prática experienciada.

#### 2.4 A ESPIRITUALIDADE COMO EXPERIÊNCIA SUBJETIVA NO PROCESSO SAÚDE-DOENÇA

Mesmo diferindo entre as variadas tradições religiosas, as noções de fé e da espiritualidade estão presentes desde os primeiros sistemas e representações que o homem produziu de si mesmo e do mundo (TETZNER, 2005). A forma como cada pessoa compreende e vivencia sua experiência de fé depende de sua história pessoal, da cultura e do contexto social a que pertence. Depende também de seu estado de saúde e do significado que é dado a ele.

De acordo com a pesquisa de Tetzner (2005), a experiência de sofrimento por ter uma doença grave (câncer), ganhou, a partir de relatos dos pacientes, um novo sentido com a fé. Nas pessoas que já participavam de uma comunidade religiosa ou vivenciavam uma vida de fé, houve mais facilidade para compreender e aceitar a doença. A experiência de estar na condição de doente pôde, para os que exerciam confiança e esperança em Deus, compreender a doença como: *a*) uma maior proximidade de Deus; *b*) oportunidade para ser mais forte, por causa dessa proximidade; *c*) uma prova de fé; *d*) uma forma de se empatizar com o sofrimento do outro e, *e*) uma forma de intensificar e clarificar as amizades, tendo como retribuição o carinho das pessoas.

A constatação, nas últimas duas décadas, do aumento da frequência de publicações científicas e discussões a respeito da influência da experiência religiosa e da espiritualidade sobre a saúde humana (HATHAWAY e PARGAMENT, 1991; AZADBONI e RABINATAJ, 2011), tem aumentado o debate das inter-relações entre saúde e espiritualidade. Uma resolução publicada na Emenda da Constituição de 7 de abril de 1999 da

Organização Mundial da Saúde (OMS), propõe incluir o âmbito espiritual no conceito multidisciplinar de saúde (DAL-FARRA e GEREMIA, 2010). O impacto desse acréscimo, mais as crescentes pesquisas psicológicas, principalmente, trazem repercussões ao estudo da experiência subjetiva de pessoas que se encaixam no rótulo estigmatizante de pacientes.

Para além das indefinições dos limites conceituais (VASCONCELOS, 2006; PAIVA, 2006; DEL-FARRA; GEREMIA, 2010) a respeito da questão da espiritualidade/religiosidade, essa pesquisa defende que a experiência de fé tem feito parte do cotidiano de pessoas que estão com seu estado de saúde alterado e em busca de equilíbrio. Essa mesma experiência também está presente nas pessoas que cuidam dos pacientes.

Vasconcelos (2006) vê a espiritualidade como ferramenta de humanização para trabalhadores em serviços de saúde. Falando especificamente dos benefícios da espiritualidade para os profissionais da saúde ele assegura que “ela torna o profissional mais capaz de lidar com as emoções intensas e os questionamentos angustiados que fluem dos pacientes e seus familiares” (VASCONCELOS, 2006, p. 68). Para o autor, se esse profissional conseguir se desvencilhar da visão dualista imposta pelo modelo biomédico (que separa a dimensão material da espiritual), estará em condições ótimas de compreensão da natureza humana. Essa posição privilegiada é também desafiante: esse profissional se depara rotineiramente com a vulnerabilidade humana e com toda a complexidade e intensidade que a acompanha.

A integração entre ciência e espiritualidade tem grande potencial como estratégia de enfrentamento dos problemas de saúde não só para os indivíduos, como também para a coletividade. Na saúde coletiva, muito se tem enfatizado o conceito de promoção da saúde como processo de capacitação da comunidade para atuar na melhoria da sua qualidade de vida e saúde, incluindo maior participação no controle dos serviços de saúde (VASCONCELOS, 2006).

Paiva (2006) após fazer sucinta diferenciação entre psicologia do cotidiano e psicologia científica e de dizer da gradual reverência que a atenção científica vem dando a essa outra psicologia, diz que, ao menos na realidade brasileira, é forte a permanência do referente religioso.

Num projeto de educação para a saúde que leve em conta o sentido que as pessoas constroem e que é objeto de estudos da psicologia da saúde, aspectos ligados ao referente religioso forte constitui-se em espaço de significações e ideias. As investigações em psicologia da religião (PAIVA, 2005) podem evidenciar modos variáveis que as pessoas usam a espiritualidade a fim de integrar o sentido de existência que dão para suas vidas. Nas

instituições de saúde, sobretudo hospitais, processo saúde-doença, experiência subjetiva e espiritualidade encontram-se, muitas vezes, em uma rede de ricos significados.

## 2.5 A PSICOLOGIA DA SAÚDE NO HOSPITAL

O hospital, em boa parte dos países, foi eleito como a mais importante estrutura médica científica (HELMAN, 2003). As diferenças nesse nível de atenção à saúde em relação aos demais níveis são as densidades tecnológicas existentes num hospital, e por isso, maior concentração espacial, além da crença comum de que no hospital os problemas de saúde são mais graves, não sendo possíveis de ser tratados adequadamente por médicos generalistas ou mesmo nos setores informal e/ou popular (HELMAN, 2003; MENDES, 2010).

Morin (2013) afirma que o hospital funciona ao mesmo tempo como um espaço de humanização e desumanização. Como espaço de humanização emergem: a) o alto investimento tecnológico da cirurgia e da medicina; b) a alta concentração no espaço hospitalar das mais variadas especialidades dando aparente segurança aos que buscam esta instituição; c) as melhores técnicas de cuidados e investigação, e, d) um lugar propício para o missionário que tem o privilégio de cuidar da vida humana. Como espaço que desumaniza também, o hospital caracteriza-se por: a) excessiva compartimentalização e especialização da especialização, colocando o paciente como um órgão; b) hierarquia inflexível, retardando decisões emergentes; e, c) incentivo nem sempre velado à passividade do paciente.

Nessa tensão hospitalar pode-se acrescentar ainda escasso recurso de pessoal e remuneração, a hiperespecialização dos médicos que os obriga a valorizar o órgão de sua habilidade, a supervalorização dos meios sofisticados de diagnósticos. A soma desses fatores vem transformando o paciente em objeto e impedindo o retorno de habilidades clínicas consagradas voltadas para o toque, para a escuta, para a visão e para a intuição (MORIN, 2013).

Para atenuar tal constatação, a psicologia da saúde surge nos hospitais como alternativa ao modelo biomédico, apoiada na ideia vigente da influência social neste processo. Sem prescindir desse modelo, a psicologia da saúde se aprofunda indo para além da evidência física dos efeitos sobre a saúde relacionada a comportamento ou fatores de risco, procurando focalizar na promoção da saúde, estimulando bons hábitos de vida e o resultado deste para a comunidade (ROBERTS; TOWELL e GOLDING, 2001). Diferentemente de modelos que sustentam que as causas das doenças são puramente físicas, o modelo biopsicossocial (McINTYRE, 1997; ROBERTS; TOWELL e GOLDING, 2001; VIEIRA FILHO, 2012)

considera as muitas variáveis como determinando relações que envolvem o processo saúde-doença, realçando as experiências subjetivas das pessoas e suas tentativas de significar seus eventos vividos.

Ainda que seja fácil verificar que o modelo biomédico ainda domina na investigação sobre a doença, e isso devido a questões desafiadoras em explorar conteúdos subjetivos e significativos das pessoas, fica o desafio de identificar caminhos alternativos que possam dar conta da complexidade do estar na condição de doente e do estar na condição de sadio.

Por conta disso, “os psicólogos estão presentes nos hospitais há mais de cinquenta anos, a maior parte desse tempo em atividades ligadas aos serviços de psiquiatria” (CALATAYUD, 1997, p. 141). Contudo, foi somente a partir da década de 1970 que a psicologia ampliou seu atendimento nos hospitais principalmente após a significativa admissão das variáveis psicológicas na evolução de algumas doenças, sobretudo as doenças crônicas, cada dia mais frequente nos hospitais. Foi também entre os anos de 1970 e 1990 que houve uma ressignificação da causalidade na explicação da doença, passando a ser vista como um processo transdisciplinar e fenomenalmente complexo, necessitando uma abordagem integradora e englobando as dimensões biopsicossocioespiritual.

Outros fatores que contribuíram para fortalecer a necessidade de psicólogos em instituições de saúde foram: a) fator conhecido como adesão ao tratamento, em geral sobre pacientes hipertensos, cardíacos, diabéticos, insuficiência renal crônica e câncer; b) desenvolvimento de recursos tecnológicos da psicologia com fins de intervenção em problemas de saúde, como os aparelhos de ressonância magnética; c) a incorporação de serviços de cuidados intensivos, mobilizando profissionais, pacientes e familiares, geralmente com modificações no ritmo de trabalho, necessidade de conhecimento do aparato tecnológico e formas de comunicação com a família (aqui se incluem os cuidados que envolvem questões éticas e psicológicas de pacientes que receberão novos órgãos (transplantes), fertilização *in vitro*, assessoramento genético, equipamentos que mantêm a vida mesmo depois de declarada a morte encefálica; d) o desenvolvimento de recursos não farmacológicos ou físicos para o tratamento da dor; e) maior interesse dos próprios psicólogos por uma atuação mais ampla e independente, e, por fim, f) o interesse também maior por parte de alguns dirigentes de hospitais em reconhecer a importância do trabalho de psicólogos nessas instituições (CALATAYUD, 1997).

Agora, mesmo nos hospitais em que existem serviços de psicologia funcionando, pode acontecer do trabalho psicológico ser realizado de forma compartimentalizada, em razão do forte modelo institucional ainda vigente. O médico cuida da *soma*, o psicólogo cuida da *psique*. Quando, numa equipe exemplar, todos deveriam estar preocupados com as

necessidades emocionais dos pacientes, com seu comportamento adaptativo e com sua recuperação orgânica. O psicólogo da saúde num hospital não pode, portanto, se contentar unicamente com as necessidades emocionais dos pacientes, ou somente do controle do seu comportamento ou muito menos ainda ser o único responsável por dar as más notícias aos familiares e a atender às suas solicitações.

Admitir essa forma auxiliar de trabalho é não reconhecer seu papel como protagonista diretamente comprometido com o processo, e ainda, é não reconhecer que uma doença não envolve somente uma lesão, mais é acima de tudo um estado, que é reconhecido pelo doente, pelos amigos, pelos parentes e profissionais da saúde de formas particularmente diferentes.

A criação de serviços de psicologia dentro dos hospitais não é uma tendência e sim uma realidade e uma necessidade. Tais serviços, respondendo diretamente ao diretor clínico, devem ter objetivos claros e dispor de aparato humano e tecnológico suficientes, tendo ainda suas atividades compartilhadas por outras instituições hospitalares com objetivo de aprendizagem mútua.

A inserção, todavia, de tal profissional num ambiente marcadamente comandado pela medicina, não é tarefa fácil. O psicólogo da saúde num hospital precisará desenvolver alguns conhecimentos que lhes serão de grande ajuda ao interagir com outros profissionais que estarão cuidando da recuperação do paciente. Isso passa pelo estudo do corpo humano e de suas patologias, bem como a forma de ação e frequência dessas patologias em determinado contexto; precisa ainda conhecer as crenças de saúde que estão vinculadas àquela aparição de doença, métodos de diagnósticos e demais procedimentos médicos (clínicos e cirúrgicos), além, é óbvio, de reconhecer os riscos de adoecimento, sobretudo os psicológicos e sociais (CALATAYUD, 1997).

Infelizmente, tal especialização para os psicólogos da saúde ainda são escassas nos meios acadêmicos brasileiro. Muitos dos psicólogos da saúde que atuam hoje em hospitais exercem suas atividades à custa de muito esforço pessoal e, ainda que haja programas de especialização ou mestrado em psicologia da saúde, não daria para atender de pronto os mais diversificados serviços médicos hospitalares modernos. Outro ponto também relevante é que o psicólogo da saúde deve aproveitar o espaço hospitalar para desenvolver outros sentidos para a aplicação do conhecimento psicológico. Pode observar os mais variados setores do ambiente hospitalar (ambulatórios, recepção, trabalhadores dos serviços administrativos, pacientes, profissionais do setor de radiodiagnóstico etc), e ajudar a criar práticas que visem à promoção de cuidados da saúde desta grande demanda formada por todos que participam mais diretamente do espaço hospitalar.

Mas, quais são os objetivos do psicólogo da saúde num hospital? Dito de outra forma, em que momento da experiência de passagem por um hospital poderia receber a atenção de psicólogos da saúde? Os psicólogos da saúde podem aplicar o conhecimento psicológico ao processo de saúde-doença num hospital nos seguintes porém não exclusivos momentos: a) momento de cuidados psicológicos e assistência direta aos doentes e seus familiares; b) momento de transmitir o conhecimento da psicologia à estudantes, profissionais de nível auxiliar e médio, bem como profissionais de ensino superior, utilizando no espaço hospitalar treinamentos e cursos sobre problemas psicológicos específicos; c) momento de investigar mais diretamente os processos psicológicos nos problemas de saúde que exigiram hospitalização e, d) momento de avaliação da ação institucional como satisfação dos usuários, o espaço do ambiente hospitalar, adequações de rotinas, orientações para o funcionamento mais adequado de determinados equipamentos de trabalho e serviços de saúde, considerando que tais aspectos variam de hospital para hospital.

Dependendo do tamanho da instituição hospitalar, pode ser o caso que este último item, especialmente, precise de psicólogo exclusivo para esta investigação. Deve, contudo, trabalhar em conjunto com os demais psicólogos e com eles fornecendo e recebendo observações para o desenvolvimento deste serviço.

O tamanho de um hospital brasileiro se define pelo número de leitos. A Secretaria Nacional de Ações Básicas de Saúde, ligada ao Ministério da Saúde, publicou em 1977 alguns conceitos e definições em saúde visando a normatização de termos e definições usados nos serviços de saúde, sobretudo os serviços públicos, mas que a iniciativa privada também passou a adotá-los. Um hospital com até 50 leitos é considerado de pequeno porte; de 51 a 150 leitos é de médio porte; entre 151 e 500 leitos é considerado de grande porte, e acima de 501 leitos de capacidade extra. O mesmo manual destaca que os termos pequeno, médio, grande e extra referem-se unicamente ao número de leitos, não tendo qualquer relação com a qualidade e a complexidade da assistência prestada.

Com isto em vista, não existem muitos dados que orientem quantos psicólogos por número de leitos deve possuir um serviço de psicologia hospitalar. Isso dependerá, obviamente, não somente da quantidade de leitos mas principalmente da amplitude que se queira dar ao serviço. Morales Calatayud (1997) recomenda com base em sua experiência, *“un psicólogo contratado a tiempo completo por cada 80-100 camas”* (CALATAYUD, 1997, p. 148).



### 3. CONTEXTO DA INSTITUIÇÃO HOSPITALAR E O SETOR DE RM

Este capítulo tem como objetivo apresentar a instituição hospitalar pesquisada e o percurso previsto para a realização do exame de RM. A explicitação do contexto institucional, do itinerário para realizar o exame e do ambiente em si da máquina (magneto) é absolutamente fundamental para os objetivos dessa dissertação, que procurará caracterizar que, um ambiente que quebre rotinas, que é geralmente desconhecido, que gera dependência de cuidados alheios e que possui regras próprias, participa da construção da experiência subjetiva dos pacientes que passam por esse ambiente que é físico mas também relacional. No final desse capítulo são apresentadas algumas pesquisas que envolvem dificuldades em realizar o exame de RM, com o objetivo de contribuir para as discussões que serão feitas no capítulo cinco.

A instituição hospitalar pesquisada, de base confessional, teve suas atividades iniciadas no ano de 1976, então uma pequena clínica localizada no bairro Adrianópolis (Manaus-Am). Porém, foi desde a década de 1930 nos estados do Pará e Amazonas, que esse trabalho teve início com a vinda de um casal missionário americano (Sr. Léo e Sra. Jessie Halliwell). Determinados a oferecer assistência à saúde na Amazônia brasileira, esse casal percorria os rios desses estados, oferecendo, geralmente, os seguintes tipos de serviços: a) ações mínimas voltadas para a promoção da saúde e prevenção de doenças e o estímulo ao desenvolvimento de hábitos saudáveis; b) tratamento medicamentoso com os escassos remédios que dispunham vindos em sua maioria de doações de seu país de origem; e, c) apoio espiritual/religioso, baseado na fé cristã. Esse período coincide com as grandes epidemias de malária na Amazônia, que nessa época tinha outros nomes: sezão, impaludismo, maleita, tremedeira, febre (VIEIRA FILHO e HIDALGO, 2012). Para efetuar esse trabalho missiológico, termo que deve ser bem familiar para trabalhadores da área da saúde, foi necessário construir uma pequena embarcação que ficou conhecida como Luzeiro I, fabricada em Belém, Pará.

Levar orientações de higiene e cuidados básicos de assistência primária à saúde era a missão das lanchas (e de um hidroavião) da Missão Central Amazonas (MCA), então subsede administrativa de uma instituição evangélica localizada em várias partes do mundo e mantenedora do projeto Luzeiro que tinha (e ainda tem) como missão “promover a saúde física, mental e espiritual, seguindo o exemplo do Senhor Jesus, o Médico dos médicos.” Não é difícil imaginar que a experiência de enfrentamento diário dos perigos da selva, das correntezas dos rios e animais selvagens, as dificuldades entre os nativos da região e

problemas com maquinários, motores e manutenção eram desafios constantes na vida desses missionários nas lanchas do extenso Amazonas (CLAJUS, 2002).

Com o aumento da demanda e a necessidade de solucionar os casos mais graves identificados, foi construída na Cidade de Manaus uma pequena clínica. O casal missionário atendia os ribeirinhos (pessoas que moram ao longo dos rios) e, quando necessário, fazia os encaminhamentos para esse novo espaço construído. Tal história para seu surgimento, torna possível afirmar que essa instituição hospitalar nasceu nos rios da Amazônia, e desde seu início esteve comprometida com a saúde das comunidades.

No auge do seu funcionamento, o projeto Luzeiro teve dezesseis embarcações médicas-odontológicas. Atendendo e, ao mesmo tempo, servindo de transporte, residência e consultório, essas embarcações contavam com apoio aéreo de um hidroavião que foi batizado de Leo Halliwell. O hospital das lanchas, como ainda hoje é conhecido por muitas pessoas, migrou para a terra firme, cresceu e mudou duas vezes de endereço para manter e acompanhar o desenvolvimento do próprio município onde está localizado. Contudo, ainda hoje, mantém o projeto de prestar assistência médica e espiritual aos ribeirinhos próximos da capital amazonense iniciado há mais de 80 anos.

Como instituição de saúde privada filantrópica desde seu início, a instituição pesquisada conta hoje com 825 funcionários e 148 leitos, fazendo parte da rede de atenção à saúde municipal mediante contrato (celebrado em setembro de 2013) de direito público de atendimento celebrado com o Sistema Único de Saúde (SUS) de acordo com o que autoriza os artigos 199 da Constituição Federal (CF) e artigo 4 da Lei 8.080 de 19/09/1990.

Atualmente a demanda atendida por este hospital geral é formada praticamente por atendimentos gerados por ele mesmo. Sua clientela tem a seguinte configuração: a) convênios firmados com empresas do Polo Industrial de Manaus (PIM) e com empresas do setor de serviços que contratam os serviços hospitalares para seus trabalhadores e dependentes; b) instituições públicas que oferecem plano de saúde privado complementar para seus servidores; c) usuários particulares; d) usuários advindos de contrato firmado com o Sistema Único de Saúde (SUS) e a instituição em lide, e, e) usuários que se enquadram e solicitam o serviço social gratuito (conhecido como SAMA).

O *staff* de profissionais abrange as mais diversas especialidades que vão desde alergologia, anestesiologia, cardiologia, cirurgia bariátrica, ginecologia e obstetrícia, ortopedia, proctologia, neurologia, entre muitas outras. Possui um amplo ambiente para cirurgias e UTI para adultos, crianças e neonatal. Possui ainda moderno laboratório de análises clínicas, ambulatórios recentemente ampliados. Recentemente (2013) recebeu

credenciamento da Organização Nacional de Acreditação (ONA) se tornando a primeira instituição hospitalar do Amazonas com este título.

A Acreditação é um sistema de avaliação que segue rígidos padrões de qualidade na assistência e segurança do paciente. Nesta primeira fase (ONA1), verifica-se diversos requisitos, entre eles infraestrutura local, os tipos de materiais, equipamentos utilizados, qualificação de recursos humanos e os processos adotados por um hospital. Das mais de sete mil instituições hospitalares brasileiras, apenas menos de 250 possui essa certificação, pois esse título exige alto investimento financeiro e mudanças radicais nos processos de trabalho visando a melhoria da qualidade e segurança na assistência ao paciente. À época da redação definitiva dessa pesquisa, a instituição recebera a Acreditação ONA2.

Sem departamento de psicologia em seu organograma institucional, a instituição pesquisada conta com psicólogos autônomos que fazem atendimento ambulatorial regular com hora marcada e atendem às solicitações médicas de pacientes internados que necessitam de parecer psicológico.

O parque radiodiagnóstico possui uma série de equipamentos que auxiliam o médico no diagnóstico e tratamento dos clientes que procuram o serviço hospitalar. Os assim chamados exames complementares estão exigindo cada vez mais precisão em seus resultados e com isso uma constante atualização e modernização de seus equipamentos são de extrema necessidade para se oferecer uma medicina de qualidade.

Devido o significativo volume de clientes atendidos no ambulatório e no pronto atendimento, o parque radiodiagnóstico tem sua demanda formada a partir essencialmente desses dois setores. Os principais equipamentos a serviço do auxílio diagnóstico neste departamento são: aparelhos de ultrassonografia (2), raios-X fixos (2), raios-X móvel (2), arco cirúrgico (1), aparelho de mamografia (1), Densitometria óssea (1), uma tomografia computadorizada (TC) e um equipamento de ressonância magnética (RM). A época da pesquisa, a instituição hospitalar estava em fase final de preparação física para ser instalados mais um aparelho de tomografia computadorizada e um aparelho de ressonância magnético de campo fechado, ambos já comprados. Entretanto, a trajetória para a realização do exame de ressonância magnética de campo fechado se configura com características peculiares. No próximo item será descrito o itinerário usado para a realização do exame de ressonância magnética de campo fechado.

### 3.1 PERCURSO PREVISTO PARA REALIZAR O EXAME DE RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DE CAMPO FECHADO

O movimento de pacientes no setor de ressonância magnética escolhido à época da pesquisa, era em média de 30 pacientes/dia. De praticamente todas as regiões do corpo pode ser realizado exame com este equipamento da marca GE, de 1.5 tesla (*t*), modelo mais usado no campo de diagnóstico. As únicas ressonâncias que não são feitas neste aparelho são as do coração e as transretais, mas não por incapacidade do equipamento mas sim devido a instituição ainda não haver adquirido as bobinas apropriadas.

Fazendo uso da metáfora do labirinto, e utilizando a fase exploratória da pesquisa, será descrito os percursos seguidos até a chegada ao momento em que o paciente realiza o exame de ressonância magnética de campo fechado na instituição pesquisada, foco principal desta pesquisa.

O cliente dá entrada na recepção exclusiva para este exame, tendo sido previamente marcado o dia e hora do seu atendimento. Como geralmente são clientes com convênios, ele aguarda para receber a autorização do seu convênio via fax para a recepcionista responsável pelo envio desta autorização. Enquanto aguarda, o paciente recebe alguns formulários informativos sobre se pode entrar em sala com um alto campo magnético e um termo de consentimento para uso de medicamentos, se necessários.

Como o autor deste trabalho teve a oportunidade também de trabalhar nesse departamento, verificou que no momento em que aguarda a autorização do exame de ressonância magnética e preenche os questionários (anexo A), surgem algumas inquietações por parte dos pacientes. Algumas dessas inquietações foram identificadas pelo autor desta pesquisa como precursoras de possíveis alterações do tipo ansiosas durante a realização do exame de RM propriamente dito. Entre elas está a pergunta frequente se o aparelho emite radiação. Cumpre esclarecer logo que a ressonância magnética não trabalha com radiação ionizante (como acontece com a tomografia computadorizada, por exemplo), portanto sem riscos para alterações a nível celular causado por radiação.

Outros questionamentos, ainda na recepção, são sobre o tempo de realização do exame, se algum acompanhante pode ficar com ele na sala de exame, se irá tomar medicamentos etc. Tais atitudes precisam desde cedo receber atenção especial dos profissionais envolvidos com o fim de informar o paciente e oferecer algum tipo de tranquilidade.

Chegada autorização, a requisição do exame é enviada para o setor de ressonância e o paciente espera na recepção para ser chamado. Quando sua vez se aproxima, uma técnica de

enfermagem vai chamá-lo e leva-o para um vestiário. Neste vestiário ele deixa sua roupa e outros pertences num armário chaveado e aguarda com um conjunto de calça e blusa fornecido pela instituição. Depois, a mesma técnica de enfermagem o conduz para sala de exame onde já está preparada para o tipo de exame que fará. Cada região do corpo exige um acessório (bobina de rádio frequência) específico. A bobina é um instrumento que fica próximo ao corpo do paciente para enviar sinal ao campo magnético e assim transformar as modificações do corpo sofridas por este campo em imagens digitais, visíveis com ajuda de um monitor na sala de comando, após sucessivos cálculos matemáticos.

Na sala de RM o paciente recebe orientações, geralmente da técnica de enfermagem, sobre o que se espera dele no momento do exame. A principal informação é que ele não deve se mexer e que pode respirar normalmente. Todo paciente recebe protetores auriculares e é orientado a colocá-los com intuito de diminuir o ruído provocado pelo aparelho de RM. Outro item obrigatório, que é entregue ao paciente e explicado como operá-lo, é o dispositivo que ele pode acionar a qualquer momento durante a realização do exame, levando assim o técnico em ressonância interromper a sequência que está sendo feita e conversar com o paciente por meio de um mecanismo de áudio instalado nos dois ambientes (sala de comando e sala de exame).

Os exames levam entre 12 e 40 minutos para sua realização. Os pacientes que fazem ressonância de crânio, face, pescoço recebem uma bobina em forma de capacete que fica realmente muito próximo do corpo, mas não em contato direto. Já as bobinas para as regiões de tórax, abdome superior, membros superiores e inferiores ficam em contato mais direto com o paciente, ficando entre paciente e bobina apenas almofadas especiais já fornecidas pelo fabricante do equipamento de RM.

Como o campo magnético tem formato circular com extensão maior que a do corpo humano, os exames realizados necessitam, geralmente, que os pacientes fiquem totalmente dentro do aparelho, trazendo algumas vezes reações de ansiedade em alguns deles. Para alguns exames como o de tórax e abdome, são colocados sensores que detectam o nível da respiração e a frequência cardíaca (FC).

Durante todo o exame, fica um técnico em uma sala especial ao lado (sala de comando). Esta sala é especialmente projetada para vê o paciente através de um vidro colocado para este fim. É possível também ouvir o paciente através de um sistema de áudio, já incluído como acessório obrigatório do sistema de RM. O paciente recebe instruções para acionar um dispositivo que fica em sua mão em caso de necessidade de interromper o exame, podendo ficar ouvindo música durante a realização do mesmo.

Fato observado pelo autor deste trabalho ainda enquanto profissional técnico em ressonância é a total dependência a que o paciente está submetido ao fazer o exame de ressonância magnética. Durante a realização do exame o paciente fica sob a inteira responsabilidade do técnico em ressonância e demais profissionais envolvidos, pois serão esses profissionais que o auxiliarão em casos emergenciais como queda de energia, mau funcionamento do aparelho e nervosismo ou medo por parte do paciente, entre outros. Uma relação minimante de confiança e competência precisa ser estabelecida.

No círculo de conversas informais entre técnicos em ressonância, já se relatou o caso de um técnico que dormiu enquanto acompanhava a realização do exame de RM. O exame foi concluído e o paciente ficou esperando ser retirado da máquina. Como isto não aconteceu, o paciente conseguiu sair de dentro do túnel sozinho com muito esforço. Tal fato poderia ter sido agravado se o paciente fosse totalmente dependente e/ou estivesse em um estado mais grave de saúde. Ocorrências como essa justificam a preocupação que fabricantes de aparelhos de RM e profissionais que trabalham com esses equipamentos devem ter para que os benefícios desse método de diagnóstico sejam realmente alcançados.

### 3.2 O APARELHO DE RESSONÂNCIA MAGNÉTICA E SEU FUNCIONAMENTO

As imagens adquiridas pelo método de ressonância magnética (RM) datam de um período recente. Em 1972, Lauterbour, da Universidade de Illinois, obteve as primeiras imagens de RM, as quais foram publicadas na *Revista Nature*. Em 1976, Mansfield, da Universidade de Nottingham, produziu as primeiras imagens de uma parte do corpo: um dedo. Em 2003, pelos avanços proporcionados pela aplicação da técnica de imagem por ressonância magnética (IRM), Paul Lauterbour e Peter Mansfield receberam o prêmio Nobel de Medicina. O Brasil foi o primeiro país da América Latina a realizar o exame de ressonância magnética no Hospital Israelita Albert Einstein, em 1986, em São Paulo (LAUTERBUR, 1973; HAGE e IWASAKI, 2009).

Para falar em equipamento de ressonância magnética (RM), é necessário falar de átomo. Considerando o conceito tradicional, átomo é uma palavra grega que significa indivisível. É a menor partícula de um elemento químico. Sua estrutura mais conhecida, embora atualmente questionada, é semelhante à do sistema solar, consistindo em um núcleo no qual fica concentrada a massa (como o sol) e de partículas girando ao seu redor, denominadas elétrons (como os planetas). O núcleo do átomo é formado por partículas com carga positiva, chamada prótons, e partículas sem carga, denominadas nêutrons.

O número de prótons determina o número atômico do elemento químico e é responsável pelo seu comportamento quando junto a outros elementos; o número de prótons somado ao número de nêutrons forma a massa do átomo. Os elétrons que giram em torno do núcleo possuem carga negativa e determinam a estabilidade elétrica do elemento, ou seja, quando o número de prótons é igual ao número de elétrons, as cargas se anulam e o átomo fica estável; quando o número de elétrons é diferente, esse átomo se torna instável, e é denominado íon (WERLANG, BERGOLI e MADALOSSO, 2009).

Como o propósito deste estudo não é um aprofundamento maior da física da ressonância, é suficiente saber que essa propriedade do átomo de se estabilizar e desestabilizar será grandemente utilizada na ressonância magnética. Autores como Nascimento (1996), Haaga (1996), Lufkin (1999), Bontrager (2003) e Fanton (2007), são dicas para um maior conhecimento da física e funcionamento de um equipamento de ressonância magnética.

Quando os átomos principalmente de hidrogênio (felizmente em maior número no corpo humano), começam a se movimentar após serem expostos a um forte campo magnético, outros equipamentos unidos a este campo magnético, como bobinas de radiofrequências, bobinas de superfície, gradientes e complicados sistemas de informática, irão gerar uma imagem capaz de representar visualmente estruturas internas que foram medidas com precisão matemática. São assim adquiridas imagens de alta definição e sem a utilização de radiação ionizante.

### 3.3 A RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DE CAMPO FECHADO

Ao espaço ao redor de um ímã dá-se o nome de campo magnético, onde existe a atuação de forças magnéticas sobre materiais ferrosos. É uma grandeza medida em *gauss*. Somente para efeito de um melhor entendimento, o campo magnético da terra é de 0,6 *gauss* (*g*). Quando a força do campo magnético chega a 10.000 *gauss*, temos 1 *tesla* (*t*). Quando falamos em ressonância magnética de alto campo estamos falando de equipamentos com cerca de 1.5 tesla, ou seja, 15.000 *gauss*; quase 25 mil vezes maior que o campo magnético da Terra.

Geralmente os equipamentos de RM considerados de alto campo são comercializados no formato de túnel (campo fechado), embora também existam nesse mesmo formato em médio e até mesmo em baixo campo magnético. Por sua vez, os equipamentos de RM considerados como de campo aberto (formato de C), são, frequentemente apenas de médio ou mesmo baixo campo magnético. As vantagens dos equipamentos de campo aberto (em formato de C), é que eles fornecem melhor visibilidade para o paciente que está dentro do

equipamento, tendo como inconveniente uma limitação na qualidade da imagem e maior tempo na realização do exame (WERLANG, BERGOLI, MADALOSSO, 2009). Por causa dessas duas inconveniências tem caído muito sua aquisição pelas instituições de saúde.

Na prática diária, os equipamentos de ressonância magnética (RM) atuais, seja de campo aberto (em formato de C) ou de campo fechado (em formato de túnel) exigem do paciente imobilidade em um ambiente confinado, por períodos de tempo variados. Alguns acessórios obrigatórios para a realização do exame de ressonância magnética além da parte do corpo a ser investigada, podem contribuir também para diferentes formas de colaboração por parte dos pacientes. Alguns desses acessórios, com seus respectivos comentários, podem ser vistos nos apêndices desse trabalho.

### 3.4 ESTUDOS E PESQUISAS SOBRE AS DIFICULDADES EM RELIZAR O EXAME DE RESSONÂNCIA MAGNÉTICA

Neste subitem serão apresentadas, resumidamente, alguns estudos e pesquisas feitas com RM que interessam a presente investigação e que tem, portanto, valor em contribuir para as discussões.

Cristhophe André, médico psiquiatra no Hospital Saint-Anne em Paris, em seu livro *Psicologia do medo* (ANDRÉ, 2011) faz um aprofundado estudo das mais diversas formas de fobias, citando que cerca de 4% a 10% de pacientes não podem suportar entrar em *scanners* (chamados de corpo inteiro), como, por exemplo, equipamentos de ressonância magnética. Quando alguns “pacientes têm necessidades de fazer tais exames, por motivos de suspeitas de doenças somáticas graves, acontece de eu ser convidado a usar a sala de radiologia do hospital onde trabalho para exercitá-los e ajudá-los a enfrentar essa situação” (ANDRÉ, 2011, p. 161).

Enders et al. (2011), Humboldt Universität zu Berlin and Freie Universität Berlin, consideram a ressonância magnética como a mais importante inovação no campo da medicina ocorrida nos últimos 25 anos. Relatam que dos mais de 80 milhões de exames de ressonância magnética realizado no mundo, a claustrofobia é um problema comum em cerca de 2 milhões de procedimentos (2,0 a 2,5%), o que provoca sérias dificuldades para a realização deste exame. A proposta de pesquisa, ainda em andamento, supõe que os scanners de campo aberto seriam menos geradores de claustrofobia quando comparado aqueles de campo fechado, como é o caso do scanner da instituição hospitalar pesquisada.

Meléndez e McCrank (1993), University of Western Ontario (London), após um longo estudo de revisão de dados (de 1980 a abril de 1993), tendo como base principal o MEDLINE, constataram que reações relacionadas à ansiedade ocorriam em aproximadamente



4% a 30% dos pacientes que se submetiam ao exame RM. Esses pacientes estavam entre aqueles que apresentavam desde uma apreensão leve até uma reação severa que interferiam no desempenho desse exame. Este estudo sinaliza a necessidade de uma caracterização mais precisa da natureza e incidência dessa ansiedade e a possibilidade de identificação de pacientes mais suscetíveis, além da criação de estratégias gerais e individuais no atendimento.

Escudero, Kozasa e Leite J. (2007), pesquisadores da Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP – Brasil), realizaram um estudo (que não chegou a ser concluído) cujo objetivo era elaborar e avaliar um protocolo de base cognitivo comportamental que visava reduzir o medo e a ansiedade em pacientes submetidos ao exame de ressonância magnética. Utilizaram uma amostra de 51 pacientes que foram aleatoriamente divididos em quatro grupos (A, B, C e D). O grupo **A**, recebeu instruções detalhadas concernentes ao procedimento prático do exame, e foi submetido às técnicas de reestruturação cognitiva, de relaxamento e treino da respiração. O grupo **B** foi submetido às técnicas de relaxamento e ao treino da respiração. O grupo **C** recebeu informações detalhadas concernentes ao procedimento prático do exame e intervenção de reestruturação cognitiva. O grupo **D**, grupo controle, recebeu apenas informações gerais do exame. O protocolo, objeto do estudo, foi aplicado a todos os 51 pacientes antes e logo após a realização do exame de ressonância magnética. Os resultados apontaram que o grupo **A**, justamente o que havia recebido a maior combinação de intervenções cognitivas e comportamentais, foi também o grupo que apresentou maior redução do desconforto durante a realização do exame.

Velloso, *et al.* (2010), estudaram a claustrofobia numa amostra de 20 pacientes que foram entrevistados antes do exame de ressonância magnética. Ressalta-se que estes pacientes tinham indicação médica para a realização do RM com o uso de anestesia. Após as entrevistas, eles aceitaram se submeter à intervenção em hipnose, utilizando a técnica clássica de Braid. O resultado positivo foi que quinze desses 20 pacientes conseguiram realizar o exame sem a necessidade de anestesia.

Thorp e colaboradores (1990), do departamento de Psicologia e Radiologia da Universidade de Liverpool, publicaram o artigo *Subjective experiences of magnetic resonance imaging*, (Experiências subjetivas no exame de ressonância magnética). Essa importante pesquisa foi desenvolvida em duas principais fases.

Na primeira fase, foram realizadas entrevistas com 15 pacientes que se submeteriam ao exame de tomografia computadorizada e 15 pacientes que fariam o exame de ressonância magnética.

As questões abertas das entrevistas estavam relacionadas às quatro aspectos principais: *a)* percepção do diagnóstico pelos próprios pacientes, *b)* experiência anterior a outros exames,

c) levantamento da experiência prévia dos pacientes com os equipamentos envolvidos no procedimento e, d) preocupações e ansiedades existentes.

Na segunda fase, como resultado dessas entrevistas iniciais, foi elaborado um questionário que foi aplicado a 40 pacientes que precisavam realizar os exames de tomografia computadorizada (TC) e ressonância magnética (RM). Os resultados dos questionários demonstraram o seguinte: 40% dos pacientes que realizaram o exame de RM se queixaram do espaço confinado do equipamento contra 15% que tiveram queixa semelhante no aparelho de tomografia computadorizada. A principal análise das preocupações enfocou a máquina em si, o ambiente da máquina e as interações sociais envolvidas. Os pacientes que relataram o exame como desagradável tendem, segundo esta pesquisa, ser aqueles com elevado níveis de ansiedade, que mostram desconhecimento da forma de execução do exame e que possuem percepção subjetiva de que seu diagnóstico pode ser grave.

Do exposto, percebe-se a necessidade de se conhecer melhor às experiências subjetivas das pessoas que realizam o exame de ressonância magnética, uma vez que essas experiências e os processos psicológicos envolvidos podem participar ativamente da forma como é entendido este procedimento contribuindo favoravelmente ou não para sua execução. Uma metodologia de pesquisa adequada possibilitaria investigação dessas experiências.

## 4. METODOLOGIA DA PESQUISA

Nesse capítulo serão apresentados os fundamentos e percursos metodológicos norteadores desta pesquisa, incluindo os procedimentos e seu detalhamento para a realização do presente estudo. Para que estes procedimentos fossem escolhidos foi considerado o objeto de estudo que, neste caso, é a experiência subjetiva de pacientes que realizam o exame de ressonância magnética em campo fechado. Desta forma, foi proposto como método de pesquisa a observação-participante. Tal orientação metodológica está em coerência com o objeto de estudo e a proposta de estudar a partir da experiência participante, o tão necessário jogo dialógico entre experiência e teorização.

O objetivo geral deste estudo foi pesquisar a experiência subjetiva de pacientes com dificuldades em realizar o exame de ressonância magnética (RM) de campo fechado em um hospital na cidade de Manaus-Am.

O método escolhido para a pesquisa foi o qualitativo. Este método permite investigar concepções, crenças e valores, além de sentidos e significados que podem se manifestar e que estão presentes nas tomadas de decisões e nas ações concretas dos indivíduos (MINAYO, 2000). Ou seja, esse método permite compreender quais os sentidos e significados que os pacientes atribuem à experiência vivida de passagem pelo exame de ressonância magnética de campo fechado, e ainda, como ocorre no cotidiano desse espaço, a interface entre a experiência de passagem pelo exame e as narrativas singulares que surgem sobre essa experiência.

Trabalhar qualitativamente implica em entender e interpretar o fenômeno a partir do que o sujeito dá como sentido ou significado, que são produto das interpretações de como ele vive, sente e/ou pensa, através de técnicas de observação ampla e entrevistas.

O método qualitativo, ainda, valoriza o contato pessoal e os elementos que estão presentes no campo investigativo (TURATO, 2003). Considera importante também o relatar e o ouvir as vozes dos usuários dos serviços de saúde a partir de uma perspectiva ética de solidariedade e respeito.

### 4.1 A OBSERVAÇÃO PARTICIPANTE

Considerando que a experiência subjetiva de realização do exame de ressonância magnética de campo fechado se dá também em decorrência da interação social, seja ela física ou relacional, o método dessa pesquisa foi o da observação participante. Sua escolha foi por ser esse método capaz de possibilitar a participação no processo de execução do exame de

ressonância magnética de campo fechado durante o cotidiano dessa prática. A compreensão e interpretação do experienciado nesse ambiente de exame advindas a partir somente do que é adquirido nas narrativas podem, por vezes, aparecer confusas e enviesadas, daí a proposta desta pesquisa de reconhecer a necessidade de vivência no cotidiano investigado.

Observar enquanto participa é visto por Gonçalves Filho (2009) como a situação de deslocamento para perto de quem, no caso desta pesquisa, realiza o exame de ressonância magnética de campo fechado. Para este autor, será essa proximidade condição para a compreensão do sentido atribuído por determinado sujeito ou grupo de sujeitos que experienciam praticamente determinado evento de vida.

Breakwell (2010) considera a observação participante como um dos métodos observacionais de pesquisa e que envolvem uma abordagem interpretativa da observação. Isto implica dizer que a observação participante envolve um processo subjetivo de quem observa, uma vez que ele inclui sua própria experiência, ações e pensamentos como importantes fontes de dados. Esse mesmo autor salienta ainda que a “abordagem também enfatiza que a interpretação é um componente vital da coleta dos dados e da análise subsequente” (BREAKWELL, 2010, p. 149). Ideia também defendida pelo autor da presente pesquisa.

No caso desta pesquisa, a observação participante visa à produção de conhecimentos que permitam uma nova leitura da realidade conhecida por pacientes que realizam o exame de ressonância magnética de campo fechado. Considera-se aqui ainda a vivacidade da realidade, que se coloca como sujeito que interpela o pesquisador de forma que ele não entra no campo de pesquisa “como elemento estável e fixo” (STRECK, 2006, p. 271).

#### 4.2 A POSIÇÃO DO PESQUISADOR

A proposta de realização da pesquisa foi erguida a partir da vivência do autor enquanto profissional técnico em radiologia médica (operando equipamento de ressonância magnética) mas ao mesmo tempo com formação de psicólogo. Implicado nesta situação, o autor foi sensibilizado emocionalmente pela dificuldade de vários pacientes em realizar o exame de ressonância magnética e, apresentarem, sobretudo, sintomas de ansiedade e medo. A partir deste impacto, surgiram reflexões práticas e científicas que o orientou, mais adiante, ao estudo da experiência subjetiva destes pacientes em situação real de exame, dando origem à redação desta pesquisa.

Entretanto, para efeito dessa pesquisa, a posição do autor foi modificada de técnico em radiologia médica com formação em psicologia para observador participante/pesquisador. Na prática profissional esta nova posição foi alterada com o pedido de afastamento feito pelo

autor da pesquisa das funções de técnico em ressonância magnética por seis (6) meses, período utilizado na pesquisa de campo *stricto sensu*.

Como pesquisador, o foco de interesse para o estudo foi a experiência subjetiva de pacientes durante a realização do exame de ressonância magnética de campo fechado. Ou seja, a atribuição dada em forma de sentidos e significados singulares no momento em que, já na sala de exame, se preparava para realizar o exame propriamente dito, e que foi solicitada durante a entrevista individual de pesquisa feita posterior a esse exame.

Outros momentos envolvidos na realização do exame de ressonância magnética também foram analisados (momento na recepção, na sala de espera e logo após o exame). Se distanciando do termo experiência como sinônimo de experimento, a pesquisa procurou compreender os aspectos subjetivos de pacientes concretos, não idealizados, vivenciando uma situação institucional real. A análise da concretude desse paciente e de sua forma de se comportar durante o exame de ressonância magnética foi contrastada à experiência subjetiva de passagem pelo exame, sem evidentemente desejar chegar a uma relação de causa e efeito, mas observando o processo que se desenvolveu no relato da entrevista.

Nesta pesquisa, o pesquisador teve uma posição de relação de reciprocidade com a equipe de RM e com pacientes em realização deste exame, bem como na entrevista com os pacientes selecionados para a mesma, sem, no entanto, praticar intervenção clínica de caráter psicológico. Nesta relação de interlocução e diálogo se constrói gradualmente um saber compartilhado (STRECK, 2006) com a equipe de trabalho e com os pacientes, sobretudo, nas conversas cotidianas, entrevistas, que vão permitindo pouco a pouco um conhecimento contextualizado que será posteriormente analisado pelo pesquisador, com ajuda de material complementar (formulários, registros institucionais etc).

Este posicionamento foi adotado considerando a experiência prática do pesquisador no serviço de ressonância magnética e os objetivos dessa pesquisa. Nesta posição o pesquisador procurou garantir a interlocução dos diferentes personagens e a comunicação permanente dos participantes do setor pesquisado, assumindo papel de conectar o conhecimento local com o conhecimento científico a fim de construir um novo conhecimento que contribua diretamente para a melhoria do serviço pesquisado.

Essa posição pôde, ainda, contribuir para uma análise da experiência subjetiva de pacientes que realizam o exame de ressonância magnética de campo fechado. Possibilitou também, uma atitude dialógica entre reações e comportamentos manifestados pelos pacientes, e sua experiência subjetiva desse momento colhida durante a entrevista, sob a consideração do pressuposto da psicologia da saúde em seus aspectos da promoção dos cuidados da saúde.

### 4.3 O CAMPO INVESTIGATIVO

A pesquisa foi realizada numa instituição hospitalar da rede privada da cidade de Manaus, Estado do Amazonas, localizado na zona sul desta cidade, em área urbana. O local específico foi o Departamento de Radiodiagnóstico (setor de ressonância magnética) desta instituição. O equipamento de ressonância magnética utilizado foi da fabricante GE, modelo HDe de 1,5 t., de 8 canais, ano de fabricação 2009. Considerado hospital geral de porte II de acordo com os critérios da Portaria nº 2.224/GM em 5 de dezembro de 2002 por possuir na época da pesquisa 130 leitos (no porte II estão todas as instituições de saúde brasileira que possuem entre 50 e 149 leitos, entre outros critérios de avaliação), a instituição hospitalar de direito privado pesquisada está autorizada a prestar assistência à saúde no Brasil de acordo com os artigos 197 e 199 da Constituição Federal (CF) de 1988 e pelos artigos 1º e 4º da lei 8.080 de 1990 que versa sobre a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes. As instituições de saúde de direito privado podem, inclusive, participar do sistema único de saúde (SUS) em caráter complementar, de acordo com o parágrafo 2º do artigo 4º da referida lei 8.080 de 19 de setembro de 1990.

### 4.4 SUJEITOS PESQUISADOS

Tratando-se de uma pesquisa qualitativa, os seis participantes selecionados para a pesquisa foram pacientes que possuíam a solicitação médica para realizar o exame de ressonância magnética e que fizeram o exame no próprio hospital local da pesquisa. Estes participaram de uma entrevista ocorrida após a realização do exame ou após a tentativa de realização do exame. Com idade variando entre 33 anos e 68 anos de idade, os sujeitos da pesquisa foram 03 (três) do sexo masculino e 03 (três) do sexo feminino, com formação acadêmica entre ensino fundamental (2), ensino médio (2) e ensino superior (2). Os participantes foram escolhidos após o período de observação feita pelo pesquisador (observação participante) no local da pesquisa. No quadro a seguir, apresenta-se resumo dos participantes, a partir da primeira entrevista realizada.

Forma de identificação dos participantes das entrevistas	Critérios para recrutamento dos participantes	Local de realização das entrevistas semiestruturadas
CJ – Tipo I	Realizou o exame de ressonância magnética sem apresentar dificuldades ansiogênicas aparentes.	Sala de laudos pertencente ao setor de ressonância magnética da instituição pesquisada. O participante foi recrutado e concordou em ser entrevistado logo após a realização do exame.
IA – Tipo I	Realizou o exame de ressonância magnética sem apresentar dificuldades ansiogênicas aparentes.	Sala de exame de raios-x pertencente ao departamento de radiodiagnóstico da instituição pesquisada. Participante foi recrutado e concordou em ser entrevistado logo após a realização do exame.
VM – Tipo II	Apresentou alguma dificuldade do tipo ansiogênica durante a realização do exame de RM.	Sala de exame de raios-x pertencente ao departamento de radiodiagnóstico da instituição pesquisada. Participante foi recrutado e concordou em ser entrevistado logo após a realização do exame.
JR – Tipo II	Apresentou alguma dificuldade do tipo ansiogênica durante a realização do exame de RM.	Sala do Laboratório de Psicologia da Saúde - LAPSI, da Universidade Federal do Amazonas – UFAM. Esta entrevista aconteceu dentro do período da observação participante.
EF – Tipo III	Participante que não conseguiu concluir o exame na data e hora marcada por apresentar muita dificuldade do tipo ansiogênica na hora de realização do exame de RM. Precisou marcar com anestesia.	Sala do Laboratório de Psicologia da Saúde – LAPSI, da Universidade Federal do Amazonas – UFAM. Esta entrevista aconteceu dentro do período da observação participante.
FM – Tipo III	Participante que não conseguiu concluir o exame. Apresentou muita dificuldade do tipo ansiogênica na hora de realização do exame de RM. Precisou marcar com anestesia.	Sala de atendimento interno das dependências da instituição pesquisada. O participante foi recrutado e entrevistado após o período da observação participante.

Quadro 1.1. Forma de identificação, critério de escolha e local das entrevistas dos participantes pesquisados.

Dentre os participantes recrutados, três já haviam realizado o exame em época anterior ao início da observação participante, sendo escolhidos após levantamento de registros documentais existentes no setor. Dois dos recrutados realizaram o exame durante o período da observação participante e um participante foi recrutado depois do término do período da observação participante.

O contato e a proximidade com os profissionais do setor da instituição pesquisada possibilitaram ao pesquisador receber apoio no sentido de identificar pacientes que preenchiam os critérios expostos para a realização das entrevistas. Cabe ainda ressaltar que todos os espaços utilizados para as entrevistas foram previamente reservados para esta finalidade.

Desta forma, ficaram assim distribuídos os participantes da entrevista semiestruturada: *a)* 02 (dois) que realizaram o exame de ressonância magnética sem apresentar dificuldades ansiogênicas aparentes, classificados como tipo I; *b)* 02 (dois) porque apresentaram alguma dificuldade do tipo ansiogênica para iniciar e concluir o exame, classificados como do tipo II, e, *c)* 02 (dois) que não conseguiram realizar o exame no momento marcado porque apresentaram muita dificuldade, impedindo de realizar o exame naquele momento, recebendo orientação de fazê-lo somente posteriormente com ajuda anestésica, classificados para efeito desta pesquisa como do tipo III.

As entrevistas aconteceram após solicitação direta do pesquisador aos sujeitos e sua anuência através da assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

## 4.5 ETAPAS DA PESQUISA

Seguem-se as várias etapas da pesquisa até o momento da análise e interpretação dos dados.

### 4.5.1 Procedimentos

Trata-se de uma pesquisa que envolveu a participação de profissionais que prestam assistência a saúde e de pacientes que utilizam essa assistência. Desta forma, é relevante destacar o compromisso com a preservação do sigilo, a fim de proteger informações e identidades confidenciais dos envolvidos na pesquisa, bem como obter a autorização da instituição para a realização da pesquisa. Essa diretriz norteou toda a pesquisa, inclusive no uso das transcrições literais ou não, onde foi respeitado o critério de autorização e o uso exclusivo para fins acadêmicos.



Como forma de validar a participação voluntária da pesquisa, foi solicitado aos sujeitos da pesquisa a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), conforme Resolução CNS/MS 196/96.

Além desses cuidados éticos, o projeto de pesquisa foi submetido à aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Federal do Amazonas (CEP-UFAM), sendo aprovado através do parecer 262.387 de 03 de maio de 2013 (anexo A). Posteriormente, a pesquisa seguiu as seguintes etapas metodológicas descritas adiante.

#### **4.5.2 Etapa exploratória: construção do projeto**

Esta etapa teve seu início a partir da implicação do pesquisador com o tema da pesquisa. Esta implicação, descrita na introdução desse trabalho, foi problematizada e discutida em reunião de orientação para elaboração do projeto de pesquisa, resultando na delimitação do objeto de pesquisa e de seus objetivos. A partir desse momento, foi realizado uma revisão das publicações referentes ao tema, bem como feita revisão dos pressupostos teóricos que foram utilizados no estudo do objeto de pesquisa, e ainda, feita a definição metodológica de investigação em concordância com os pressupostos teóricos escolhidos. Nesta etapa verificou-se que havia pouca produção científica para o estudo da experiência subjetiva de pacientes submetidos ao exame de ressonância magnética, e nenhuma pesquisa psicológica dessa natureza no contexto de Manaus e do Estado do Amazonas.

A partir desse momento foi feita a inserção no campo investigativo. Inicialmente foi repassado e explicitado em reunião com a direção da instituição a ideia do projeto, a posição do pesquisador e a metodologia da pesquisa. O retorno institucional foi positivo e incentivador para a consecução da pesquisa.

Com a equipe de profissionais técnicos de enfermagem e técnicos em radiologia médica que trabalhavam no setor de ressonância magnética foi feito também uma reunião esclarecedora sobre a pesquisa, deixando claro a esses profissionais que a posição do pesquisador seria nova, ou seja, o pesquisador não poderia realizar os exames de ressonância magnética nem intervir como psicólogo (embora tecnicamente capacitado para ambos). Nesta conversa foi dirimida uma preocupação fundamental: o esclarecimento e a diferenciação do triplo papel do autor desse trabalho: Técnico em ressonância magnética, psicólogo e pesquisador. Houve uma compreensão da equipe do setor e mais uma vez a questão do sigilo e confidencialidade também foram abordados.

A seguir foi feito levantamento do material documental referente aos exames de ressonância magnética (prontuários, autorização de exames de ressonância magnética e

documentos oficiais do fabricante do equipamento de ressonância magnética). Durante o período que o pesquisador esteve na posição de observador participante foram selecionados os sujeitos descritos nas categorias já citadas e feito contato prévio a fim de obter seu consentimento para participar das entrevistas.

#### **4.5.3 Etapa do trabalho de campo**

Foram utilizados como instrumentos de pesquisa: *a)* Levantamento de material documental do fabricante do equipamento de ressonância magnética, do hospital e da sala de exame de ressonância magnética; *b)* diário de campo – organizado em notas de observação de campo (NOC) e notas reflexivas (NRE); *c)* consulta dos documentos de solicitação de exame dos pacientes entrevistados; *d)* roteiro de entrevista semiestruturada, e, *e)* realização, gravação e transcrição das entrevistas semiestruturadas com seis participantes voluntários.

- a) Levantamento de material documental do fabricante do equipamento de ressonância magnética, e do livro da sala de exame de ressonância magnética (livro de anotações de pacientes que realizaram o exame).

No período da observação participante, o pesquisador fez levantamento dos documentos do fabricante do equipamento e colheu dados referentes aos aspectos da segurança do paciente. Colheu dados, também, das recomendações sobre quais pacientes podem realizar o exame de ressonância magnética, já mencionados no capítulo referente ao contexto institucional pesquisado. Levantou e colheu dados ,ainda, do livro de registro dos pacientes que fazem o exame de ressonância magnética existente no setor e que somente são preenchidos após o paciente efetivamente haver realizado o exame. Para esse levantamento e coleta de dados foi realizada uma leitura flutuante dos mesmos, com destaque ao que o pesquisador achou relevante à pesquisa.

Os destaques foram registrados nas notas de observação de campo (NOC) e em notas reflexivas (NRE).

- b) Diário de Campo – NOC e NRE

O diário de campo foi organizado em notas de observação de campo (NOC) e notas reflexivas (NRE). A primeira se refere ao registro da rotina do serviço de ressonância, os diálogos entre técnicos e pacientes e fluxo do atendimento. A segunda nota se refere à reflexão desse momento observacional, impressão do pesquisador e início do processo

interpretativo dos diálogos em harmonia com os pressupostos teóricos estudados. Foram feitos sempre ao final de cada período da manhã ou da tarde. As notas de observação de campo (NOC) foram registros da observação prática. Funcionou como instrumento de anotação do cotidiano do serviço de ressonância magnética e que permitiu ao observador registrar ações de profissionais e pacientes envolvidos na execução desse exame e, principalmente, a forma de agir dos pacientes no momento de realizar o exame de RM.

As notas reflexivas (NRE) foram o início do processo interpretativo observado em diálogo com os pressupostos escolhidos. Esta etapa foi desafiante porque já se tornava evidente, como já citado na introdução deste trabalho, o tão necessário distanciamento do autor desta pesquisa de outros papéis (técnico em RM, psicólogo) anteriormente exercidos no ambiente da pesquisa.

Para contemplar os diversos tipos de exames de ressonância magnética, o pesquisador compareceu no campo alternando nos períodos da manhã, tarde e noite, com uma média de quatro horas diárias nesses turnos, durante cerca de seis meses. Isso levou a uma visão mais ampla do movimento do campo pesquisado, além de acompanhar pacientes que não poderiam fazer o exame exceto naquele horário (por exemplo, horário noturno).

c) Consulta dos documentos de solicitação de exame dos pacientes entrevistados.

No tempo utilizado para a pesquisa de campo, o pesquisador teve acesso e colheu dados do documento *solicitação de exame complementares*, onde constava principalmente os dados de identificação do paciente, autorização para a realização do procedimento, um questionário sobre principais sintomas e contra indicação para a realização do exame de ressonância magnética e região do corpo a ser realizado o exame. Os dados daí advindos recebiam destaque do pesquisador de acordo com o interesse para a pesquisa, sendo esses destaques registrados nas notas da observação de campo (NOC) e posteriormente nas notas reflexivas (NRE).

d) Roteiro das entrevistas semiestruturadas

Este documento, criado especificamente para essa pesquisa, foi organizado em quatro seções: 1) dados de identificação – informações pessoais e região a ser examinada, principalmente; 2) dados da experiência subjetiva – como conhecimento anterior do exame, como vivenciou o momento de espera e de realização do exame, além de aspectos ligados ao sono e alimentação na véspera e no dia do exame; 3) dados de atendimento no serviço de RM

– aspectos do ambiente físico e relacional do ambiente de realização do exame e melhorias no serviço indicados por quem participou das várias etapas de realização do mesmo; e, 4) observações – espaço livre para impressões dos participantes da entrevista semiestruturada. Este último item contribuiu de forma significativa para a elaboração do capítulo sobre as propostas de melhorias para o serviço de ressonância magnética. O roteiro para a entrevista semiestruturada foi documento fundamental para manter o foco do tema da pesquisa, ao mesmo tempo em que permitia ao paciente falar de forma voluntária e livre, evitando o caráter diretivo no momento das entrevistas.

e) Realização, gravação e transcrição das entrevistas semiestruturadas.

Das seis entrevistas, cinco foram realizadas no período da observação participante. Apenas uma entrevista aconteceu em momento posterior a observação participante devido haver necessidade de adequações quanto ao horário disponível do participante voluntário. Participaram da entrevista os pacientes que concordaram em assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) e que haviam durante a realização do exame de ressonância magnética apresentado as seguintes atitudes: 1) realizaram o exame com aparente tranquilidade; 2) realizaram o exame mas com alguma dificuldade do tipo ansiogênica, e 3) não conseguiram realizar o exame porque sentiram serias dificuldades ansiosas. Dois pacientes de cada tipo foram selecionados para participar das entrevistas.

As entrevistas aconteceram em um caráter dialógico. No formato de uma conversa, os entrevistados ficaram à vontade para falar sobre cada item do roteiro da entrevista que tinha caráter apenas de orientação, com objetivo de manter a temática proposta. Com duração média de 40 minutos, os entrevistados memoravam sua experiência subjetiva de passagem pelo exame de ressonância magnética, sendo que três entrevistas foram realizadas logo após a realização do exame e as demais em outro momento previamente acordado por pesquisador e entrevistado. O tempo decorrido entre a realização do exame e a entrevista não apareceu como elemento dificultador pois os entrevistados guardavam de forma vívida a experiência de passagem pelo exame. A entrevista foi gravada em áudio, transcrita literalmente e armazenada em banco de dados criado especificamente para este fim, sempre com vistas a preservar a confidencialidade dos envolvidos.

A partir daí, processou-se a análise dessas transcrições com base nas hipóteses de trabalho e nos pressupostos teóricos norteadores da pesquisa. Com a contribuição das observações participantes e das entrevistas dialógicas, procurou-se conhecer a experiência prática vivenciada pelo paciente numa instituição hospitalar real, levando em conta o

contraste entre a concretude do ambiente e a subjetividade do paciente, sem uma relação de causa e efeito mas procurando compreender a processualidade do mesmo através da entrevista.

#### **4.5.4 Etapa da análise e interpretação do material de campo**

O material de campo coletado foi analisado fora do contexto institucional em que se deu a pesquisa. Essa análise foi feita a partir das transcrições literais das verbalizações dos entrevistados e das notas de observação de campo, e que foram complementadas por orientações que aconteceram na UFAM em conjunto com o orientador dessa pesquisa.

A análise foi dirigida por um recorte interpretativo a partir dos pressupostos delimitados. Tendo sido processual, a interpretação seguiu os seguintes passos: a) leitura flutuante do material; b) leitura detalhada em que se salientaram os aspectos relacionados a experiência subjetiva do paciente em contato com todo o ambiente de exame (recepção, salas de espera, sala de exame), da sua interação com a equipe de profissionais envolvida, do momento de passagem pelo equipamento de ressonância magnética e das sugestões dos entrevistados de melhorias para o setor pesquisado; c) elaboração de aspectos interpretativos.

A interpretação dos resultados considerou, ainda, os recursos da memória do pesquisador. Como profissional técnico em ressonância magnética, sua experiência nessa área, sua formação como psicólogo trabalhando no contexto da saúde e mais o estudo dos pressupostos teórico-metodológicos foram focos de coleta de dados e análise. Os dados coletados durante a observação participante das verbalizações informais de profissionais e pacientes foram também valorizados e incluídos para análise e interpretação considerando que tais atores também são detentores de conhecimento e capazes de esclarecer o contexto em que estão inseridos, neste caso, o serviço de ressonância magnética da instituição pesquisada. Essa forma de análise possui coerência com o método de interpretação de sentidos utilizado nessa pesquisa (MINAYO, 2007).

Os dados colhidos e posteriormente analisados e interpretados permitiram a apresentação de resultados da experiência subjetiva de pacientes que realizaram o exame de ressonância magnética de campo fechado. Foram contemplados os seguintes aspectos: a) a experiência vivida de passagem pelo exame de RM de pacientes com diferentes níveis de dificuldades em realizar o exame; b) a descrição a partir do próprio paciente dessa experiência e de autossignificados; c) comentário crítico das descrições; e, d) uma proposta de melhoria no atendimento do setor pesquisado.

## 5. RESULTADOS/DISCUSSÃO

Este capítulo, organizado em quatro subitens, apresentará os resultados e fará a discussão da presente pesquisa. No primeiro subitem será apresentado a descrição de todas as entrevistas semiestruturadas, com exceção das descrições referentes a proposta de melhoria do serviço de RM. No segundo subitem, será apresentado comentário crítico da descrição das entrevistas e, no final, uma síntese de cada categoria investigada.

No terceiro subitem, será apresentado a descrição das entrevistas somente referente as propostas de melhoria do serviço de RM feitas pelos entrevistados. Considerará, ainda, os relatos verbais obtidos durante a observação de campo e a experiência do autor da pesquisa enquanto exercia a função de técnico operando o equipamento de RM. A seguir, já no quarto subitem, serão apresentadas as propostas de melhoria defendida nessa dissertação, tendo como fio condutor as hipóteses de trabalho estabelecidas, os pressupostos teóricos em psicologia da saúde e demais referências, e os dados levantados no campo investigativo.

Antes, porém, será apresentado como foi orientado o roteiro das entrevistas. A seguir, serão explicitados os termos dos tópicos norteadores criados para as descrições e, posteriormente, para a análise crítica das entrevistas.

### **Tópicos norteadores criados para as descrições e roteiro das entrevistas**

As seis entrevistas semiestruturadas, descritas a seguir, fazem parte do material coletado no campo investigativo. Tiveram como categoria conceitual principal a experiência subjetiva de pacientes que realizaram o exame de ressonância magnética de campo fechado. O roteiro dessas entrevistas foi orientado da seguinte forma: *a)* conhecimento prévio sobre o exame realizado; *b)* causa do exame; *c)* como experimentou o exame; *d)* como se relacionou com a equipe de saúde que participou da realização do exame, e *e)* sugestões que deu sobre o serviço do exame realizado.

Os tópicos norteadores foram utilizados com todos os participantes nas entrevistas semiestruturadas. A seguir, apresenta-se a explicitação deles, bem como seu uso:

Conhecimento prévio do paciente sobre o exame. O conhecimento aqui referido trata-se do ato de conhecer pela experiência ou pela informação recebida; daquilo que é sabido por alguém e da informação organizada a respeito da realidade dos acontecimentos.

A causa do exame. Causa aqui compreendida como aquilo que faz com que algo aconteça. Ou seja, o motivo que leva alguém intentar uma ação.

Como experimentou o exame. O termo experimentar faz aqui referência ao ato de vivenciar por meio da prática, algo que passa necessariamente pelo corpo.

Como se relacionou com a equipe de saúde. O relacionamento aqui descrito se refere a existência de uma conexão; ao mostrar ou assinalar essa existência. Não no sentido de estabelecer causa e efeito mas como forma de estudar os processos em que ocorreram tais relações.

Sugestões que deu sobre o serviço do exame. A sugestão aqui solicitada tem o sentido de dar ou oferecer uma ideia a alguém. Refere-se, portanto, a ação de sugerir, de opinar sobre certo fato ou evento, no caso, suas ideias para a melhoria do serviço de RM.

As entrevistas foram organizadas a partir das dificuldades (da menor para a maior) que os pacientes manifestaram durante a realização do exame. Portanto, as duas primeiras se referem às entrevistas dos participantes que fizeram o exame sem dificuldades ansiogênicas. Evidentemente esse “sem dificuldades” é do ponto de vista do profissional que acompanhou o exame. As duas entrevistas seguintes são de participantes que conseguiram realizar o exame mas demonstraram dificuldades do tipo ansiosa. E as duas últimas são de participantes que não conseguiram realizar o exame naquele dia e hora marcados porque apresentaram dificuldades importantes relacionadas à ansiedade, tendo que ter seu exame remarcado e agendado com acompanhamento de anestesista.

Optou-se por essa ordem de apresentação das entrevistas devido ser este o planejamento inicial da pesquisa no momento em que se estabeleceram os critérios de seleção dos participantes das entrevistas.

Vale destacar, ainda, que as entrevistas ocorreram em um espaço de conversação e troca, e não em um clima similar a um interrogatório ou mesmo da busca pela resposta simples, o que geraria dificuldades para falar livremente sobre sentimentos íntimos vivenciados neste procedimento. Assim, foi criado um ambiente de diálogo capaz de fomentar novos espaços de troca e reflexão, possibilitando emergir e envolver as emoções do participante, situação primordial para fazer surgir aspectos de sua experiência subjetiva, categoria principal desse estudo.

## 5.1 DESCRIÇÃO DO CONTEÚDO DAS ENTREVISTAS

A seguir, serão apresentadas as descrições das entrevistas, respeitando a ordem indicada.

### **Descrição - entrevista semiestruturada com CJ – tipo I – fez “ sem dificuldades”.**

CJ foi o terceiro participante entrevistado. Do sexo masculino, 33 anos, católico, técnico em manutenção de mecânica e elétrica. Com cerca de 40 minutos de duração, essa entrevista foi realizada dentro do período de seis meses da observação participante, e ocorreu em uma das salas do serviço de radiodiagnóstico da instituição pesquisada. O recrutamento para a entrevista foi feito logo após o mesmo haver concluído seu exame de ressonância magnética do joelho. Este exame foi solicitado pelo especialista (medico ortopedista) após consulta realizada no ambulatório dessa mesma instituição dias antes.

Para esse exame não houve a necessidade de jejum ou uso de medicamentos conhecidos como meios de contrastes. Assim que o paciente saiu da sala de realização do exame, foi recebido pelo técnico responsável pelo exame e encaminhado para uma sala em que o pesquisador o aguardava. Explicado o objetivo, foi solicitado sua permissão para participar dessa pesquisa através de uma entrevista semiestruturada que seria realizada naquele momento. Tendo aceitado, foi iniciada a entrevista.

#### 1 Conhecimento anterior do paciente sobre o exame.

Nesse sentido, CJ diz que *“nunca tinha feito rm é a primeira vez que tô fazendo, graças a Deus foi tudo tranquilo, vai da pessoa ter tranquilidade; chegar, conversar com a pessoa.”*

#### 2 A causa do exame.

O que levou CJ realizar o exame foi uma queda sofrida em que bateu *“a bolacha”* (patela seria o termo anatômico correto) do joelho há pouco mais de um ano. Depois desse acidente ele apresentou sérias dificuldades de mexer o lado afetado, vindo a sentir muitas dores nessa região, impedindo-o de ficar muito tempo sentado. Referiu sentir um *“estalo”* quando mexe o joelho, precisando fazer alguns movimentos do tipo esticar e relaxar para minimizar a dor. O tempo existente entre a queda e a realização do exame é explicado pelo paciente como dificuldades entre a empresa em que trabalha e a operadora do plano de saúde contrato por ela (períodos de carências, limitação da abrangência do plano contratado etc). Sobre isso ele diz: *“só que antes eu vinha aqui pela empresa e não tinha autorizado aquele negócio todo, mas graças a Deus agora deu tudo certo fiz a rm e...esperar o resultado para ver como vai ficar.”*

#### 3 Como experimentou o exame.

CJ não demonstrou verbalmente nenhuma preocupação no dia anterior ao exame, afirmando *“não, nunca me preocupei com esse negócio de exames, essas coisas eu levo o negócio a sério; pronto, tem um bocado de exame pra fazer amanhã e tal, tô preocupado, pô*



*vai dá tudo errado...a gente tem que pensar sempre positivo, pensando positivo com certeza vai dá tudo certo.”*

Também permaneceu em jejum por quase todo o dia. Devido outros exames já realizados, sobre o jejum ele comentou: *“Desde as 05:00 da manhã que eu não como nada”* (a entrevista ocorreu as 20:00 horas).

Já no ambiente da sala de exame, CJ considerou-o como *“muito zoadento”*, tendo que apelar para uma postura de tranquilidade, diante de algo que não conseguiu definir muito bem com palavras: *“rapaz ali é um ambiente assim, muito zoadento, agora é uma coisa que a pessoa tem que ter tranquilidade pra fazer. Não precisa se desesperar, tá vendo aquele negócio sugar uma pessoa pra dentro ali, mesmo um momento de...”* Mesmo assim, não descreve como desesperador esse momento. Faz mais uma vez menção ao barulho da máquina, fazendo supor ser este um fator de grande incômodo durante a realização do exame. O paciente usou protetores auditivos obrigatórios, porém *“isso aí é só pra abafar o mínimo mesmo...realmente a pessoa vai usar aquele abafador mas nunca vai abafar...é só o mínimo mesmo.”* Considera esse ruído como *“intermitente, direto assim.”*

O modo como destacou seu enfrentamento diante do exame é indicativo de uma postura pessoal voltada para a positividade, tranquilidade e pragmatismo, o que teria contribuído para evitar perda de sono na noite anterior, preocupações a respeito do exame a ser feito e dificuldades comprometedoras para a realização e conclusão do exame.

#### 4 Como se relacionou com a equipe de saúde.

O entrevistado assinalou que recebeu um bom tratamento da equipe de saúde responsável pelo exame (principalmente profissionais da recepção, enfermeiros e médicos), afirmando que *“o que eu tenho aqui para falar da recepção, enfermeiros, médicos eu dou 10 para cada um, fui bem recebido, fui bem tratado.”*

### **Descrição - entrevista semiestruturada com IA – tipo I – fez “sem dificuldades”**

IA foi a quinta participante da entrevista. Sexo feminino, católica, 49 anos de idade, auxiliar de serviços gerais. Colaborativa, aceitou fazer a entrevista logo após haver realizado o exame de ressonância magnética da coluna cervical. Foi entrevistada no período compreendido pela observação participante. A entrevista, que durou cerca de 25 minutos, foi realizada em uma das salas do serviço de radiodiagnóstico, serviço esse que abrange o setor de RM.

Logo após realizar o exame, a participante foi atendida pelo técnico responsável pelo exame e encaminhada para a sala onde o pesquisador a aguardava. Foi feito contato inicial, onde foi esclarecido os motivos da entrevista e solicitado sua participação voluntária, procurando deixa-la à vontade para fazer qualquer comentário, garantindo para isso, o respeito aos princípios da ética e objetivo de uma pesquisa dessa natureza. Foi valorizado questões como conforto, capacidade de sigilo e acessibilidade para a entrevista na escolha da sala para a realização da entrevista. É importante destacar que, embora a participante tenha colaborado durante toda a entrevista, foi observado que mesmo tendo feito esforços para uma maior interação nessa conversação, suas respostas foram curtas, objetivas, limitando-se quase que exclusivamente a responder apenas o perguntado.

#### Conhecimento anterior do paciente sobre o exame.

A participante já possuía conhecimento prático do exame e do equipamento de RM, tendo já realizado em novembro de 2012 (oito meses antes da entrevista) o mesmo exame. Sua resposta: *“já, já fiz.”*

#### A causa do exame.

A participante fez esse exame (RM Coluna Cervical) porque vinha sentindo tonturas e dores no pescoço e na cabeça: *“eu sinto muita tontura, aqui nessa parte (mostra a região do pescoço) é muito tenso, dói aqui meu pescoço e dói minha cabeça.”*

#### Como experimentou o exame

IA diz não ter tido nenhuma dificuldade para fazer o exame, respondendo com um *“foi bem”* o período durante o exame. Destacou ainda que *“foi tudo bem”* dentro da sala de exame.

#### Como se relacionou com a equipe de saúde.

IA afirma que foi bom o atendimento recebido por todos os profissionais de saúde. Foi orientada a não vir em jejum e também recebeu a informação que não precisaria tomar nenhum medicamento durante o exame. Sobre o tempo de espera para chegar a sua vez de realizar o exame também foi considerado por ela como tudo bem, mesmo que tenha sido chamada muito tempo depois de seu horário marcado. A observação participante permitiu fazer essa constatação, uma vez que o pesquisador participou durante todo o período da tarde onde se deu o exame e a entrevista posterior. Limitou-se a dizer sobre o momento relacional que *“foi tudo bem também.”* E, ainda, *“fui bem atendida.”*

#### Sugestões que deu sobre o serviço do exame.

A participante considerou que foi bem atendida, não tendo feito nenhuma sugestão para o serviço: *“Toda vez que venho sou bem atendida, não tenho nenhuma reclamação não.”*

Comentário: Quando solicitado para falar sobre sua noite de sono anterior ao exame a participante disse que foi tranquila, tendo apenas um pouco de preocupação com relação ao exame. Sobre está preocupada com o exame ela comentou *“fiquei um pouco, só que eu tomo remédio pra depressão, que é pra dormir, aí dormi bem.”* Quando solicitada a dizer a quanto tempo fazia uso do(s) medicamento(s), IA mostra certa hesitação e relata: *“pra depressão? Um ano e seis meses.”*

Ao ser solicitada novamente, a título de esclarecimento, se só teve um pouco de preocupação porém nada que viesse a tirar o sono, IA respondeu *“não, porque eu tomo remédio.”* Os medicamentos citados foram: amytril, 25 mg um comprimido à noite e fluxene, 20 mg, um comprimido pela manhã. IA tem seguido o tratamento medicamentoso. Sobre se faz acompanhamento psicológico, IA respondeu que *“não, só psiquiátrico,”* afirmando que não chegou a ser encaminhada ao acompanhamento psicológico também. Ao final da entrevista, foi insistido sobre se havia mais alguma coisa que gostaria de falar, sua resposta foi *“acho que se não tivesse sob medicação daria tipo um sistema nervoso.”*

As próximas duas descrições correspondem aos participantes que realizaram o exame de rm mas que apresentaram reações do tipo ansiosa, exigindo melhor manejo da equipe de saúde responsável pelo mesmo.

### **Descrição – entrevista semiestruturada de JR – Tipo II – “fez mas com dificuldades”**

JR foi o primeiro participante entrevistado. Sexo masculino, 41 anos de idade, católico, metalúrgico. Com cerca de uma hora de duração, essa entrevista foi realizada dentro do período da observação participante e ocorreu na sala onde funciona o Laboratório de Psicologia da Saúde, na Universidade Federal do Amazonas – UFAM. Não houve necessidade jejum ou de tomar algum medicamento para esse procedimento. O recrutamento foi feito através da lista de pacientes que realizaram rm na instituição pesquisada. Nesta lista, existe um espaço para as observações, geralmente usado para pacientes que tiveram alguma alteração durante o exame. Algumas das alterações que podem ser anotadas nesse espaço são sobre reações alérgicas devido ao uso de medicamentos ou materiais, ao uso de anestesia e, também, para aqueles que manifestaram alguma dificuldade do tipo ansiosa para realizar o exame.

A partir desse dado foi feito contato telefônico para JR e explicitado o objetivo da pesquisa. Com sua autorização, foi marcado o dia e local mais adequados para participante e pesquisador. Nesta segunda categoria, houve a necessidade do pesquisador aprofundar alguns

temas que serviram de roteiro, bem como investigar temas que surgiram na dinâmica da conversação. JR fez rm de coluna torácica e rm de coluna lombar.

#### Conhecimento anterior sobre o exame

JR conhecia na prática o exame de rm: *“Já, já, tinha feito.”* O exame anterior tinha sido feito, inclusive, em um equipamento semelhante ao que foi usado nesse trabalho (campo fechado). Complementando ele diz: *“já tinha feito, já tinha feito rm; só que a demora e as dores que eu vinha sentindo, foi que...”*

#### Causa do exame

*“Eu tinha problema na coluna, né, hérnia de disco. E...não conseguia mais ter trabalho, sentia muitas dores e aí foi quando procurei o medico e me passou a rm.”* A primeira experiência de JR tinha sido também para investigar alterações em sua coluna, *“um problema degenerativo em L5 e S1.”* Tais termos médicos são abreviaturas que fazem referencia as regiões anatômicas da quinta vértebra da coluna lombar e da primeira vértebra da coluna sacra, respectivamente.

Ao fazer o segundo exame de rm da coluna, JR percebeu que não estava melhorando. Sobre isso ele diz: *“quando eu fui ver a próxima rm já tinha dado na L1, L2, L3, L4, L5 e S1 (todas as vértebras da coluna lombar e mais a primeira da coluna sacra). Aí, pô, conseguir fazer a fisioterapia, estava fazendo RPG. Sai da fisioterapia, tomava remédio, com duas, três horas tava com dores. Toda vez que ía fazer fisioterapia sentia mais dores ainda.”*

A partir daí ele troca de médico e de remédio e tem a fisioterapia cancelada. Nesta nova fase ele diz; *“foi aí que eu tive uma melhora...eu estava psicologicamente afetado; não pode fazer isso, não pode fazer aquilo, não pode fazer nada, e aí...pensei besteira...”* sobre esta última frase do relato, foi investigado mais um pouco a que se referia *“pensar besteira”*. JR diz: *“Pra empresa eu era inútil. Uma pessoa que adoce numa empresa é inútil, não serve pra nada. Então...a empresa, ah tá doente, tá descartado, fica isolado. Pô, eu sempre fui uma pessoa de trabalhar entendeu? Nunca de ficar num local só olhando as pessoas trabalhando, sempre quando meus colegas trabalhavam eu procurava ajudar, e, pô depois que eu adoeci não conseguia fazer mais nada.”*

#### Como experimentou o exame.

JR relata o seguinte sobre esse momento: *“...barulho da máquina, me deu um desconforto, comecei a passar mal. Tava sentindo dores também, não podia me mexer, pô chegou certo ponto que foi, foi...tentei segurar a respiração, vê se dava pra aliviar a dor e aí começou a me dá um...(passou a fazer gestos circulares com ambas as mãos, parecendo faltar palavras). Com o avanço do exame, JR também vai tendo mais dificuldades. Sobre isso ele diz: *“Aquele desconforto lá dentro...e aquilo tava me incomodando, sabe, até certo momento**

*apertei os dentes pra ver se meu ouvido...apertei os dentes e prendi a respiração, pra ver se eu segurava. Foi me dando um negócio, uma pressão na cabeça, pensei que estava passando mal.”* Esta experiência de exame e as alterações que sentiu é explicado assim por JR, uma vez que já tinha realizado outras vezes esse exame: *“Já tinha feito, só que a demora e as dores que eu vinha sentindo, fui que...”* A demora a que ele se refere aqui pode ser porque estava fazendo dois exames (rm de coluna torácica e rm coluna lombar).

Sua experiência de passagem pelo exame de rm trouxe também repercussão no seu sono da noite subsequente ao exame. Sobre isso ele relata: *“Depois que eu fiz a rm que passei mal, a noite que eu fui dormir, não consegui dormir; quando eu fechava o olho me dava um calafrio por todo o corpo (gesticulando) fazendo ciiiiiiiisque, e medo.”* Solicitado a falar se era uma experiência nova, JR diz: *“Nunca tinha acontecido comigo. Depois que eu fiz essa rm que deu medo lá...que tinha dado síndrome do pânico né? E aí fui ao psiquiatra...passei uns três dias assim, com medo né, de dormir e...quando eu fechava o olho me dava um calafrio.”*

Em outro trecho da conversa, JR diz que quando chegou em casa relatou o ocorrido para sua esposa acreditando que tal reação tinha sido só na hora do exame. Sobre essa experiência ele relata: *“Na hora de dormir que o bicho pegou. Passei um tempo sem dormir, com aquele medo, de eu fechar o olho e eu...rezava, pedia a Deus pra ter sono. Se eu levantasse para ir ao banheiro a noite e voltasse não dormia mais, só eu sei como eu passei.”*

Procurado o médico, foi prescrito o medicamento rivotril e solicitado ainda realizar eletroencefalograma (EEG). Ela relata assim a experiência com o exame de eletroencefalograma: *“Quando a moça tava colocando os fios, me deu de novo. Eu pensei comigo mesmo o que está acontecendo comigo? Aí eu me concentrava, rezava, pedia a Deus pra me ajudar. Depois disso fui fazer um raios-X porque estava com dores no peito, quando fiquei sozinho na sala me deu de novo aquele medo. Fui ao médico e... não pode fazer isso, não pode fazer aquilo...quase terminei meu casamento, estava estressado, a mulher não podia falar xis que eu respondia com ypsilon. Sabe, um momento difícil, vai com médico pra cá, vai com medico pra li e nada de...vou parar de tomar remédio, toda vez que tomava remédio sentia mais dores, não podia mais fazer exercício físico. O único esporte que praticava era futebol, o médico diz ah você não pode rapaz... se eu parar de jogar futebol é melhor eu ir brincar de boneca.”*

JR não faz menção de dificuldades referente ao momento de espera do exame, trazendo todo seu incômodo para o momento dentro do equipamento. Sobre isso ele diz: *“Acho o que aconteceu comigo foi a demora dentro da máquina e aquele desconforto que eu tava tendo que não podia me movimentar, e eu tava sentindo dores, dores, dores e aí*

*diziam...você não pode se mexer de forma nenhuma que isso vai atrapalhar o seu exame, e aí o barulho da maquina foi me incomodando...”*

Fazendo menção ao que sentiu durante esse exame, JR cita a realização do exame anterior onde relata que o responsável pelo exame disse que seria rápido. Sua fala foi: *“acho que talvez poderia me dar se eu tivesse prolongado mais o exame, né?”*

#### Relacionamento com a equipe de saúde

JR descreve seu relacionamento com a equipe de saúde relatando uma dúvida que teve na hora de gerar o protocolo de atendimento na recepção. Ele acreditava que era apenas uma rm e não duas, vindo descobrir que teria que fazer dois exames somente no dia do exame e nesse momento. *“Eu fiquei em dúvida foi na hora que passei o papel para a recepcionista e disse que vim fazer uma rm lombar e aí ela disse não o senhor vai fazer a lombar e a torácica.”* Em outro trecho diz: *“Rapaz, fui bem tratado.”*

Comentário: JR a época da entrevista não estava mais tomando remédio indicado pelo psiquiatra, e tomando ocasionalmente os remédios para a coluna. Relatou não ter feito acompanhamento psicológico. Acredita está bem melhor. Sobre isso ele diz: *“Hoje eu sinto que eu posso fazer rm, né? Mas sempre que vou ao médico eu falo que tive uma crise numa máquina; não sei se vou ter novamente, mas graças a Deus espero que não. Eu não aconselho ninguém a passar por isso que eu passei.”*

#### **Descrição – entrevista semiestruturada com VM – tipo II – “fez mas com dificuldades”**

VM foi a quarta a participar da entrevista semiestruturada. Do sexo feminino, 36 anos de idade, profissão Babá, evangélica. Fez exame de rm das mamas (direita e esquerda). Essa entrevista foi realizada dentro do período da observação participante. O recrutamento foi feito logo após a paciente haver realizado seu exame de rm, tendo sido entrevistada em uma das salas que compõem o serviço de radiodiagnóstico da instituição pesquisada. Similar aos demais participantes que aceitaram participar da pesquisa, assim que VM saiu da sala de exame, foi recebida pelo técnico responsável pelo mesmo e em seguida encaminhada para a sala onde seria realizada a entrevista. Não houve, para esse exame necessidade de jejum ou meio de contraste endovenoso.

#### Conhecimento anterior sobre o exame.

VM não tinha conhecimento prático do exame de rm. Os exames que já tinha feito referente ao motivo da consulta segundo ela foram “raios-x, mamografia e ultrassonografia mamária.”

Causa do exame.

Sobre a causa do exame VM relatou o seguinte: *“Os raios-x ele pediu de rotina, os outros exames ele tinha pedido de rotina, e o outro agora (se referindo à rm) é porque ele tinha visto um...no lado direito (indicou algum ponto em direção a sua mama direita) aí ele queria ver mais precisamente...se ia dá alguma coisa.”* VM não consegue achar o termo técnico que o médico teria dito, possivelmente nódulo na mama direita, o que estava causando uma assimetria focal desse lado da mama, o que resultou no pedido de exame de rm.

Como experimentou o exame.

Sobre esse tema VM responde prontamente: *“Ansiosa, ansiosa, nervosa né, muito nervosa. Não tinha ideia como seria o exame. Tanto que lá na hora eu pensei será que eu vou pegar choque, dava a impressão que uma hora eu ia cortar né, ia chegar perto dos meus seios.”* Esse pensamento parece exercer forte influência sobre VM durante a experiência concreta de realização do exame, pois em outro momento da entrevista ela diz *“eu tinha a impressão que vinha tipo cortar, na minha cabeça vinha agora vai cortar meu seio. São várias zoadas e aí naquela hora que parava eu tentava acalmar, eu tentava relaxar. Mas a sensação que eu tive era de que alguma coisa ia puxar meus seios.”*

Aproveitando os pequenos intervalos de silêncio do equipamento, VM procurava se acalmar. Um dos recursos utilizados nesse momento foi o apelo religioso. Sobre esse tema ela comenta: *“Eu vinha orando pra Deus, orando pra Deus: Senhor me dê forças, me ajuda a fazer este exame, minha vontade era de apertar aquele botão, mas se eu apertasse ali ia interromper o exame, então ei ser mais demorado; então eu pedi de Deus, até louvor eu cantei, eu vou cantar, assim na mente.”* Sobre se havia obtido ajuda através da sua experiência de fé VM conta que *“ajudou com certeza, graças a Deus me ajudou mesmo a fazer...foi com a ajuda de Deus mesmo, tá naquele local assim fechado dá a sensação que você não vai sair dali mais, sensação muito estranha.”*

A noite anterior ao exame foi também investigada. Sobre esse momento VM diz: *“Eu procurei não me preocupar justamente com medo de não conseguir fazer o exame, eu fiz de conta que não tinha esse exame pra fazer. Eu fiquei ansiosa mas não tanto como das outras vezes, porque qualquer exame que eu tenho pra fazer, mesmo de sangue eu fico muito ansiosa, então eu procurei tirar mesmo da minha...”*

VM afirmou que procurou ajuda psicológica para esse nervosismo, e conta que *“já tive acompanhamento psicológico, acho que foi só umas quatro sessões, aí eu parei devido o trabalho...”* Quando solicitada a falar se já havia tomado remédio para esse “nervosismo” ela comenta o seguinte: *“Eu já tomei alguns comprimidos, mas não me lembro do nome, o clínico que passou pra mim...eu tive uma crise de sistema nervoso.”* Após o termo “como foi?” feito

pelo pesquisador, VM disse: *“Uma pequena discussão com minha filha e o namorado dela. Ela se envolveu com um cara bem mais velho do que ela e eu não aceitava, tinha medo né...ele queria tirar um carro no nome dela, eu achava que ele queria sujar o nome dela, a gente discutiu...sei que vim bater aqui no neuro quando eu cheguei, falta de ar, eu sai de casa muito mal, e desde aí eu fiquei com o sistema nervoso muito abalado.”* VM relata ainda que esse episódio aconteceu há cerca de dois anos (a entrevista foi realizada em julho 2013) e que precisou tomar remédios. Seu relato: *“tá com uns dois anos, e tomando remédio...esse ano é que eu disse que não ia mais tomar remédio.”*

Sua experiência em religiosidade aparece no seguinte trecho novamente: *“Deus tem me dado muita força, porque se não fosse Ele não sei o que seria de mim, só ele mesmo pra dá graça pra gente,”*

#### Relacionamento com a equipe de saúde.

VM, sobre esse tema, falou que gostou do serviço oferecido. Ela disse: *“Tudo ótimo, tudo ótimo.”*

As duas últimas descrições das entrevistas semiestruturadas que se seguirão serão referentes àqueles pacientes que não conseguiram realizar o exame a não ser com o uso de anestesia.

#### **Descrição – entrevista semiestruturada com EF – tipo III – não conseguiu concluir o exame**

EF foi o segundo participante da série de seis entrevistas semiestruturadas. Do sexo masculino, 66 anos de idade, administrador, de religião Espírita. Participou da entrevista durante o período da observação participante. O exame que tentou fazer foi rm da coluna cervical. A entrevista, que teve duração de uma hora e meia, ocorreu na sala do Laboratório de Psicologia da Saúde, da Faculdade de Psicologia da Universidade Federal do Amazonas – UFAM.

O recrutamento do participante se deu por contato telefônico após identificá-lo como preenchendo os requisitos para essa categoria da pesquisa. Seu nome e contato telefônico foram obtidos da seguinte forma: para iniciar qualquer exame de rm, é feito um cadastro no monitor do equipamento e outro em um caderno de controle dos técnicos que operam o equipamento. Neste caderno é feitas algumas observações, dentre elas se o paciente não conseguiu fazer o exame. O paciente não precisou de jejum e não fez uso de meios de medicamentos, dado a natureza do exame e seu fim investigativo. Desde o primeiro contato com o participante ele mostrou-se interessado em participar da entrevista, retornando



inclusive os contatos telefônicos e dando explicações do porque de certo atraso no dia e hora combinados.

#### Conhecimento do paciente sobre o exame

EF já tinha conhecimento prático do exame de rm, tendo feito um exame da região do abdômen para diagnóstico de pedra na vesícula. Este exame foi realizado sem dificuldades. Sobre isso ele diz: *“Já tinha feito, para ver cálculo no colédoco. Fiz normal.”*

#### Causa do exame

EF fez o exame de rm da coluna cervical porque depois que realizou a segunda cirurgia do coração em 2011, mesmo período em que recebeu o diagnóstico de leucemia mielóide crônica, passou a sentir uma dormência na região do tórax. Sobre isso ele diz: *“Eu voltei sentindo uma dormência aqui (apontando para a região do tórax), e me amedrontaram dizendo é do coração; procurei meu cardiologista. Ele disse pode ser do coração mas pode ser também da coluna, foi quando ele pediu esse exame.”* O termo *voltei* se refere aqui ao retorno dele da cirurgia cardíaca que fez em São Paulo: O médico iniciou a investigação solicitando então uma rm de coluna cervical. Sobre o resultado do exame EF relata: *“E era viu...tinha...deu lá, eu não sei os termos técnicos mas deu lá uma, uma, um desviozinho, o cardiologista me mostrou, tá vendo aqui. Aí eu fui para a quiropraxia, ele começou a me quebrar pra lá pra cá, depois desaparece;, eu ainda tenho de vez em quando.”*

#### Como experimentou o exame

EF relata ter realizado um longo itinerário para cuidar de sua saúde. Fez colocação de *stents* cardíacos em 1998 e em 2009, nesse último ano tendo que ir às pressas para São Paulo. No final de 2011 EF enfrentou outra situação de saúde. Seus leucócitos chegaram a 95000, quando a faixa considerada normal é entre 5.000 e 10.000 leucócitos. Passou trinta e dois dias internado, precisou fazer outra cirurgia cardíaca (uma safena e outro stent). Segundo ele, nessa cirurgia *“morri em cima da mesa, tiveram que desfibrilar.”* Depois de uma série de exames como de sangue, cariótipo, mielograma e biópsia constataram que era portador de leucemia mielóide crônica. Sobre essas intercorrências e a relação de como experimentou o exame de rm, ele conta: *“No transcorrer de todos esses percalços de saúde que eu tive fiquei com dificuldade de respirar porque eu sou ex-fumante, então tem uma hora lá que ele dizia que eu tenho que prender a respiração eu não conseguia, aí eu expliquei pra ele: olha eu não tô conseguindo, porque eu tenho que respirar, acho que é ansiedade, não sei. Foi quando ele fez a solicitação de anestesia e foi tudo normal; exame tranquilo que eu não tenho a menor sequela dele.”*

É importante destacar que, durante a época de realização do exame de rm da coluna cervical, EF acreditava estar sob efeito de influências espirituais. Sua fala aqui, e em trechos

em que menciona aspectos da sua experiência espiritual é longa. Isto faz supor uma valorização pessoal sobre o tema, podendo ainda indicar seu principal interesse em participar dessa entrevista. Seu relato:

*“Agora eu tinha que te contar uma coisa...não sei se isso vai interessar. É o lado espiritual da coisa, na minha concepção de leigo. Eu sou formado na área das ciências humanas, eu sou administrador e tenho curso em contabilidade, mas na minha concepção o verdadeiro psicólogo é aquele que estuda a alma realmente, o espírito como ele é, né? Eu sou Espírita há 44 anos e eu estava nessa fase sob efeito daquilo que nós chamamos de magia negra. As pessoas não querem admitir mas é um fato isto, a minha doutrina explica que há uma aproximação de um espírito bom te causa uma sensação boa e a aproximação de um espírito ruim te causa uma sensação ruim e a magia é como o matador de aluguel: o cara contrata ele, te dou tanto tu vai e mata fulano, a mesma coisa lá. Porque na realidade, o que acontece a mediunidade é um fato que a ciência do homem não leva em conta mas ela é um fato, já conversei com minha mãe duas vezes na minha irmã, minha mãe falecida, morta de preocupada com ela porque é filha caçula e é a menos ajuizada de todos (risos) então...eu tenho provas cabais da existência disso porque eu estudo; me tornei isso por causa de uma médium que foi que acabou sendo minha namorada e depois minha companheira por treze anos. Então, nessa doença eu padei muito do coração por coisas colocadas por eles. Eu só me libertei disso a quatro, cinco meses atrás numa casa espírita que eu frequento aqui em Manaus.”*

Solicitado a falar sobre a relação entre seu estado de saúde na época, sua crença no estar sendo afetado por “aproximações de espíritos ruins” e o exame que precisava fazer, EF diz o seguinte: *“Eu estava sob esse efeito.”* Nesse mesmo trecho ele conta: *“Hoje eu sou um homem que converso, raciocino...mas fiquei ruim, eu me aposentei porque cheguei ao ponto de não escrever mais, há seis, sete anos atrás por causa da magia negra.”*

É importante salientar que embora EF acredite na participação de interação de espíritos no cotidiano das pessoas, o fato dele não ter conseguido realizar o exame de rm parece não estava diretamente ligado a sua crença de estar “sob efeito” de magia negra, porém mais diretamente a uma dificuldade física (dificuldade de manter a respiração em um nível que não comprometesse a qualidade do exame), e certo nível de ansiedade. Dificuldade respiratória explicada por ele pelo fato de ter sido fumante de longa data.

Solicitado a dizer se durante o exame ele pensava que esse tipo de interferência espiritual podia está comprometendo o bom desempenho que se esperava dele para fazer aquele exame específico, EF responde: *“Não, nenhuma. Ele dizia (o técnico responsável) encha o pulmão e prenda, eu conseguia prender mas ia até um limite e aí (fazendo sinal de*

*encher os pulmões e depois soltar a respiração) tinha que soltar e respirar, eu não conseguia.”*

Ao estranhar o comando de encher e prender a respiração para o exame de rm de coluna, o pesquisador comenta: *“Eu estou achando estranho, porque o exame que pede para encher e prender não é da coluna, exame da coluna cervical não se faz enchendo e prendendo a respiração...”* O participante, após consideração, diz *“Não ele não mandava....eu estou errado. Ele dizia assim para eu ficar imóvel, e não dava porque eu tinha (fazendo sinal de puxar profundamente a respiração) eu tinha que fazer isso...Ele dizia fica o mais sossegado possível... e aí eu ia até...de repente...”*

Em outro trecho da entrevista, novamente EF procura colocar a impossibilidade de realizar o exame como uma explicação apenas física e não espiritual. Solicitado a dizer se depois de liberto teria tido alguma dificuldade em realizar o exame de rm, EF conta que *“teria, teria. O respiratório não é espiritual, é físico, eu fiquei assim desde a minha cirurgia eu me queixei pro médico aqui, eu acho que eles não estão ponderando que eu, eu possa ter um enfisema pulmonar quem sabe eu fui fumante durante trinta e três anos...”*

No entanto, sua recuperação e livramento da magia negra, foi, para EF, devido sua crença no mundo espiritual. Sobre isso ele diz: *“Agora eu tive muita sorte. Primeiro, sou espírita, e eles vieram em meu socorro, tenho muitos amigos lá do outro lado, tenho um deles que é forte muito forte, o que é forte pra mim, é a mesma coisa que um coronel chega e dá uma ordem pro comando por exército dele e o exercito vai e cumpre esse cara é assim e é um personagem da história. Ele vem numa médium chamada Mesulam Dona Mesulam, por sinal faz tempo que não falo com ele, vem espontaneamente. Atahualpa é o nome dele, daquele imperador inca. Ele retirou diante de mim sete entidades que estavam me atormentando e não te digo que eu estou livre dele porque ninguém fica, mas hoje pelo menos eu já identifico eles e na hora que eu identifico me concentro faço uma oração e peço ajuda dele porque ele disse: na primeira vez que ele se manifestou espontaneamente nessa médium pra mim... e disse eu sou Atahualpa, eu senti um calafrio quando ele falou isso eu perguntei o da História? É, quando você precisar é só você me chamar. Aí eu vi a força que ele tinha não larguei mais dele mas não tenho só ele não, tenho outros.”*

Mesmo com a ajuda espiritual, EF conta que ficou por certo tempo preso a esses espíritos ruins. Corrigindo o entendimento do pesquisador de EF está livre há sete anos ou mais, ele relata *“Não, a libertação total eu só consegui a uns seis, sete meses atrás. Eles ficaram me sacaneando muito tempo, muito tempo.”*

Solicitado a falar se essa libertação espiritual teve ressonância no somático, EF diz o seguinte: *“Tudo. Eu fiquei morto, morto, eu era um morto vivo.”*

A direção peculiar seguida nessa entrevista, conduziu o entrevistador a investigar outros aspectos que pudessem trazer uma melhor compreensão da experiência subjetiva do exame realizado e de crenças e recursos procurados para seu processo saúde-doença.

Ao ser solicitado para desenvolver o trecho em que disse “*eu era um morto vivo*”, e se poderia ter ido para a depressão, EF diz: “*Eu entrei em depressão. eu venço minhas depressões de maneira espírita, pela fluidificação da água. No mundo espiritual brasileiro tem um espírita que nós consideramos um Kardec brasileiro que é Adolfo Bezerra de Menezes, ele tem uma oraçãozinha; uma amiga me ensinou quando entrei, quando fiz a cirurgia tive a primeira depressão não sabia o que era. Eu sempre fui um cara muito batalhador sabe, destemido... Eu nunca fiz mal pra ninguém e com a cirurgia fiquei pra baixo de mais liguei pra ela... não dormi a noite. Ela disse: claro você foi violentado no seu físico e no seu espiritual, que o espiritismo ensina que você tem esse corpo, o somático, e tem o não somático, que é o espiritual que é igualzinho a este. Se nós dois morrêssemos hoje e passássemos para o lado de lá nós iríamos nos conhecer por causa dessa afeição, é assim que é...Ela me ensinou. O que que a gente faz: pega um copo de preferência que nunca tenha sido usado, enche com água potável faz uma oração...e faz a oração dele, a de Bezerra de Menezes e pede assim como eu estou conversando que ele coloca o remédio naquela água, ele coloca, só que ela me ensinou faz assim tampa e vai dormir e no dia seguinte toma o dia todo eu fiz de um domingo para uma segunda, na segunda tomei aquela água todinha, na terça eu amanheci com depressão, na quarta eu estava limpo não tinha nada. Sete oito meses depois lá vem de novo me concentrei três vezes, então eu já tive outras essa última separação então foi traumatizante demais eu fiquei muito pra baixo não morri porque eles não deixaram e fui morar só, e se te mostrar o lugar vai me chamar de doido(sorrindo) foi um deles que me mandou ir pra lá e fui. Passei dois anos e meio lá até conhecer essa companheira atual com quem eu estou morando.*”

Sobre essa nova companheira EF comenta: “*Ela também tem mediunidade. Ela vê, e meu drama com ela está sendo isso porque, além dela a filhinha de sete anos agora que já me chama de pai também é médiun. Isso foi o vizinho na reunião mediúnica que eu frequento, que eu estou às voltas com duas médiuns e se, e se o psicólogo não entender isso ele vai intoxicar o paciente dele de remédio e não vai curar, quando ela for espiritual, porque tem a física né aquele que ele cai, eu tenho amigo que é assim caiu o quê? O lítio?*”

Nesse trecho o pesquisador faz menção da existência de substâncias cerebrais (lítio, serotonina etc) que participam do processo do humor das pessoas. Sobre isso ele diz:

“*Então, observa bem, tem o físico, a gente sabe que tem, esse é curado pela medicina dos homens, mas quando ela é espiritual tem de ser curada pelo espírito se não eles vão rir,*

*pintar e bordar. Eu tenho um amigo que ele tem queda de lítio, quando entrava em depressão só queria se matar. Tu queres ver um caso típico que as ciências dos homens não estuda dessa forma que eu vou te explicar o epilético. A ciência cataloga como doença e não é doença, é um fenômeno mediúnico, o epilético geralmente é um médium e como temos nosso passado espiritual, cometemos em outras vidas muitos erros, a gente traz conosco esta bagagem em algum momento, provavelmente, muito provavelmente na encarnação anterior ele, o epilético feriu alguém, magoou demais alguém, destruiu família, é... matou o cara, alguma coisa ele fez de violento que ele não pode reparar lá e a doutrina ensina, a doutrina espírita ensina que você vai pagar igual Jesus quando ele disse que a gente vai pagar até o último centil. É aqui na terra através da reencarnação, você foge da lei dos homens mas não foge da lei de Deus. Então esse epilético cometeu esse erro lá muito grave e reencarnou, o cara que foi ofendido não reencarnou ou por saber do mecanismo ou porque não quis e é mais fácil pra ele obsidiar (sujeitar) quando o outro está na matéria porque na matéria ao reencarnar você esquece momentaneamente o seu passado para você poder ter o mérito da recuperação e eles lá de cima vão providenciar todo o meio para você reparar isso aí. Como ele cometeu crime geralmente ele vem médium, os mentores dele encarregado daquela evolução daquele espírito fazem com que ele venha médium ao se deparar com ele tem a vidência com o obsessor; a raiva é tão grande que ele sai do corpo, ele não se domina ele sai e corpo cai geralmente babando e já disseram que essa baba é venenosa, não tem nada a ver, só se o corpo for doente e quando ele termina aquela saída a medicina sabe que ele volta com corpo todo dolorido e a medicina não sabe dizer o que é. Quando ele sai e se depara com o adversário dele eles vão pra porrada ele bate e apanha quando o fenômeno termina por interferência dos dois lados porque cada um dos lados tem seus amigos ele volta para o corpo, ele não sabe o que aconteceu porque é inconsciente mas o que ele sabe é que está todo dolorido e não sabe explicar porque.”*

Instado a considerar o tema da mediunidade num espaço dito científico, EF pontua: *“Colega, se não tiver vai ficar cega a vida inteira, por exemplo, esse cardiologista que me atende São Paulo ele é tido como um dos dez maiores do mundo, tá quase com 90 anos, mas ele não aceita, eu já conversei com ele assim como estou aqui: Dr., tem que haver um elo. Tenho amigos EF, médiuns que eu converso me explicam mas eu não aceito, num entendo. Só vai, coitado, entender quando chegar lá se tiver um bom, porque é assim, tem os espíritos da direita da luz e os da esquerda das trevas, esses são numerosíssimos, tu entendestes? Aí quando tu entendes isso, tu vais entender o ensinamento dEle, muitos chamados e poucos os escolhidos, entendeu?”*

### Relacionamento com a equipe de saúde

Seu comentário nesse item foi objetivo: *“tudo, não tenho queixa não, não tenho queixa não.”*

### **Descrição – entrevista semiestruturada FM – tipo III – não conseguiu concluir o exame**

FM foi o último a participar do processo de entrevista. Do sexo masculino, 68 anos de idade, evangélico, teólogo. A entrevista com FM foi num período posterior ao período da observação participante. Isto ocorreu devido algumas dificuldades encontradas no fato de ter os pacientes que se enquadravam nessa categoria, mas que não tinham horários disponíveis. A experiência prática do pesquisador no dia a dia do exame de rm por mais de dois anos como técnico de rm, permite pensar ainda que o número reduzido de pacientes pertencentes a esse grupo também é proporcionalmente menor que as demais categorias.

O exame de FM foi o da coxa, não necessitando de jejuns ou medicamentos no momento do exame. O recrutamento seu deu após a gerente do serviço de rm comunicar ao pesquisador, por telefone, que um paciente não teria conseguido fazer o exame por apresentar sintomas de ansiedade, e que o exame seria marcado então com anestesista. De posse do contato telefônico desse paciente, o autor dessa pesquisa fez contato com o paciente, explicitando o objetivo do trabalho e solicitando sua participação. Chegado ao acordo, a entrevista foi marcada para ocorrer em uma das salas das dependências da instituição pesquisada.

Vale destacar aqui a participação colaborativa dos trabalhadores da saúde da instituição pesquisada. Mais de uma vez esses trabalhadores entraram em contato com o autor do trabalho para informar de pacientes que se encaixavam nessa categoria. A receptividade desse participante bem como dos demais em participar das entrevistas também foi um fator facilitador para a continuidade dessa pesquisa.

### Conhecimento anterior do paciente sobre o exame.

FM diz já ter conhecimento prático sobre o equipamento de rm. Sobre esse tema, ele diz: *“É, já conheço. A primeira vez faz uns cinco anos”*. Relata ainda que nas vezes anterior ele realizou exame da cabeça e da coluna: *“Duas vezes da coluna. Hérnia de disco.”* Dessa época o paciente lembra ter feito o exame de forma ansiosa: *“A moça me deu uma bombinha na mão, e aí não consegui, chamei a moça, fiz o exame mas totalmente tenso. Consegui, mas...”*

### Causa do exame

O motivo da consulta e da conseqüente solicitação para realizar a rm foi expressa dessa forma por FM: *“Eu tenho um nódulo na coxa há muitos anos, e me incomoda, só que quando eu deixo a perna tensa ele estava, e um tempo desse ele ficou dolorido...Foi quando eu vim com o ortopedista e ele pediu uma ultrassonografia e, não satisfeito, pediu agora a rm, pra ver se precisa operar ou não, se é indiferente, sei que tem 5x2,5cm.”*

Solicitado a dizer se era palpável, FM conta que *“sim, você estica a perna aparece...não sei, pra mim foi um tostão jogando futebol.”*

### Com experimentou o exame

O momento vivenciado por FM foi expresso nos seguintes termos: *“Nas duas vezes foi ansioso, tenso. Uma coisa que me faz lembrar que eu reagir, me colocaram de ponta cabeça e não resolveu, que minha esposa veio, pegou nos meus pés...é que a primeira vez a moça me vestiu de um cobertor pesado do pescoço até os pés, com braços esticados, quando ela colocou aquele negócio me deu um desespero. Mandei ela tirar tudo. Ah, sim aquele negócio que tampa o ouvido, aquilo não precisa. Mandei tirar também, tira, tira, tira. Fiquei só com a roupa normal, o clima tava bom, aí fiquei de ponta cabeça e não deu; marquei para outro dia; os meninos foram bacana lá, disseram: não o senhor volta depois, e no outro dia entrei naquele tubão lá aí a A (sua esposa) mexeu nos meus pés e tal, que eu consegui fazer. Mas...outra vez que foi da coluna e...não dá, não dá...vou dá trabalho pro pessoal aí, aí eu fiz com anestesia, já fiz um com anestesia, vou fazer outro agora.”*

Falando ainda de sua última experiência de exame de rm FM diz: *“Da outra vez que os meninos tentaram, e foram todos gentis aí, mas me deu medo da máquina. Não sei de onde é que vem esse medo, essa claustrofobia, não sei de onde é que vem isso aí. Acho que em parte em si é o barulho da máquina, você ficar lá dentro e ouvindo...”* Fora o último exame que fez anestesiado, FM fala que *“todas as vezes eu vim tenso porque eu já conhecia o caminho.”*

Mesmo após, por parte do pesquisador, receber algumas informações técnicas básicas sobre esse ruído, sugerindo jocosamente inclusive que quem conseguir tirar esse barulho ganha um nobel, FM diz: *“Rapaz, mas é cruel.”* Outro fator que FM relata sobre essa experiência de passagem pelo exame é sobre a necessidade de ficar imóvel. Sobre isso, ele diz: *“Isso de ficar parado também deixa a gente tenso. Mas eu tenho consciência disso, é o desespero de tá ali fechado. Ah, e outra coisa, outro dia eu fui à Y (faculdade de Manaus) e entrei no elevador, naquela caixa metálica, que eu toco o botão e nada, nem sobe nem desce, me angustiei lá. Comecei bater na porta lá, apertei em tudo que é botão, agora tô com medo de entrar no elevador sozinho. Até no aeroporto em Brasília, lá nos Estados Unidos*

(consertando) *cara, não vou entrar não, vou pela escada, fiquei com medo, então preciso cuidar disso aí.*”

Solicitado a conversar sobre o tempo em que tem sentido esse medo, FM conta: *“Recente. Depois de três, dois, dois anos, quando começou esses exames. Tive uma vez de ficar deitado e me sufocar com o cobertor. Eu tô trabalhando minha cabeça com isso, viu?”*

Quando foi pedido para falar sobre a noite anterior ao exame, FM relata que *“teve uma vez que pensei em desistir. Nada espantoso, mas sentir uma reação mesmo.”*

#### Relacionamento com a equipe de saúde

Procurando entender o aspecto relacional do paciente com a equipe de saúde foi solicitado falar sobre como ele experimentou esse relacionamento desde a recepção de exames. FM disse: *“Porque implica, né? Em termos de profissionais foi tudo bem. Não tenho o que me queixar, foi legal aí. Quando a gente tá com um mais conhecido é diferente, né?”*

## 5.2 DISCUSSÃO CRÍTICA DAS DESCRIÇÕES

Este ítem procura discutir a descrição das entrevistas semiestruturadas. Considera também, a partir da metodologia adotada, os dados levantados no campo investigativo (entrevistas e observações de campo) analisados a partir dos pressupostos teóricos e das hipóteses de trabalho. A discussão das entrevistas obedecerá a mesma ordem em que ocorreu a descrição, ou seja, primeiro será apresentada a discussão dos participantes do tipo I (fizeram o exame “sem dificuldades” – CJ e IA), em seguida os participantes do tipo II (fizeram o exame mas com dificuldades – JR e VM), e, por último, os participantes do tipo III (não conseguiram concluir o exame – EF e FM).

### **Tipo I – fizeram o exame de RM “sem dificuldades”**

#### **Participante CJ**

Há cerca de um ano e meio o paciente sofreu uma queda e bateu o joelho, passando a sentir dores nessa região e dificuldade para andar, sendo então solicitado por seu médico o exame de rm do joelho.

*“Não, nunca me preocupei esse negócio de exames não, essas coisas nunca...eu sempre levo o negócio a sério, pronto. Ah, tem um bocado de exame pra fazer amanhã e tal, e pô tô preocupado, pô vai dar tudo errado.*



*Esse negócio a gente na verdade tem que pensar positivo, pensando positivo com certeza vai dá tudo certo.” (CJ, 33 anos, rm Joelho).*

CJ nunca tinha feito o exame de RM, não tendo assim conhecimento prático sobre a realização do mesmo. Talvez, esse aprendizado anterior atenuasse sua ansiedade em fazê-lo assim como seu apelo religioso em solicitar ajuda para tranquilizá-lo (*graças à Deus foi tranquilo...*). Ele destaca seu enfrentamento com tranquilidade e pensamento positivo em relação a situação ansiogênica do exame, salientando a importância das interações intersubjetivas do *“conversar com a pessoa”* da parte dos profissionais.

Ao enfatizar que *“pensando positivo com certeza vai dá tudo certo”* ele estaria também valorizando o equilíbrio do EU associado ao pensar positivo e a uma postura otimista de si. Tudo isso teria contribuído para suportar, com certa resignação, os momentos e rituais de espera e realização do exame de RM, dando a impressão aos profissionais que ele teria realizado *“sem dificuldades”*.

O momento entre paciente e equipe de profissionais envolvidos em todo o processo de realização do exame constitui-se em espaço socialmente compartilhado, portanto, gerador de momentos singulares para o paciente, podendo interferir nas várias etapas de realização do exame (recepção, sala de espera, sala de exame etc). O fragmento seguinte se refere a esse momento:

*“O que eu tenho para falar aqui da recepção, dos enfermeiros, médicos...eu dou 10 para cada um, fui bem recebido, fui bem tratado.”(CJ, 33 anos, rm Joelho).*

O paciente CJ experimentou satisfatoriamente o momento relacional com os profissionais da equipe de saúde atribuindo uma nota que corresponde, no ambiente cultural pesquisado, a um conceito positivo (*“dou 10 para cada um”*) de atendimento. Ao adotar uma postura de conformação (*“aqui está tudo dentro das normas das pessoas serem atendidas”*) e positividade, estaria de acordo com o posicionamento assumido para enfrentamento da experiência de exame. Essa avaliação positiva do momento relacional teria contribuído para uma impressão de tranquilidade com posterior conclusão do exame (*“acho que pra mim está tudo ok, tudo tranquilo”*).

O contato direto com a sala de exame e a máquina de rm (conhecida como magneto), foco desta pesquisa, recebeu o seguinte destaque por parte de CJ:

*“Rapaz, é um ambiente assim meio, como se diz, zoadento, agora é uma coisa que a pessoa tem que ter tranquilidade pra fazer, não precisa se*

*desesperar, tá vendo aquele negócio sugar a pessoa pra dentro ali, mesmo um momento de...*”(CJ, 33 anos, rm Joelho).

Essas expressões diante do equipamento e durante o exame, são evidências de terem gerado impacto sobre CJ. Sentimentos íntimos de aflição parecem que emergiram mas logo foram contidos à força da *“pessoa ter tranquilidade”*. Faltam palavras para uma definição mais precisa dessa experiência (*“vendo aquele negócio sugar”, “um ambiente meio assim”, “mesmo um momento de...”*), própria de momentos de perda de sentido para dada realidade que parece indicar sofrimento (BARUS-MICHEL, 2012). Para recuperar a saúde afetiva/somática o paciente utiliza a postura de tranquilidade e não desespero para o exame que precisa ser feito.

O barulho do equipamento parece ter sido fator de grande interferência para a realização do exame. Apesar do uso obrigatório dos protetores auditivos, já tratados em capítulo anterior, para CJ *“isso aí é só para abafar o mínimo...realmente a pessoa vai usar aquele abafador mas nunca vai abafar”*. Estando orientado sobre as limitações desses protetores, CJ se mobiliza subjetivamente para a experiência de passagem pelo equipamento utilizando como recursos uma conduta pragmática e racionalizada como alternativa para fazer uma regulação psíquica adequada para conclusão do exame. De modo similar à capacidade dos protetores de apenas abafar (e não anular) o ruído, seus esforços em positividade seriam a forma encontrada para *“abafar”* o que existiria de negativo na experiência de exame e, assim, chegar ao término do mesmo.

CJ mostrou-se satisfeito com os vários momentos de realização do exame, não tendo nenhuma sugestão (positiva ou negativa) para fazer (*“fui bem tratado”*). Sua atitude positiva diante do enfrentamento de realização do exame, sua valorização da intersubjetividade envolvida além de sua conformação diante dos reveses, teriam contribuído para a realização do exame e para o silêncio quase total diante do convite de oferecer propostas para a melhoria do serviço. Sua proposta de melhoria viria de forma indireta e será discutida no subitem referente a descrição e proposta de melhorias para o serviço de RM.

### **Participante IA**

O segundo participante da categoria dos que realizaram o exame sem aparentemente haver apresentado algum desconforto psíquico ou somático foi uma senhora que será identificada aqui como IA.

IA, 49 anos de idade, já tinha conhecimento prático do exame, tendo feito esse exame há nove meses (*“já fiz”*). Realizou novamente o exame de rm devido sentir dores de cabeça e tonturas. Tais sintomas não estavam presentes durante a realização do exame. Suas respostas

são curtas, monossilábicas, parecendo refletir algo de sua subjetividade muito mais do que algum limite cognitivo (*“foi bem; foi tudo bem.”*)

Os termos *“foi tudo bem”*, *“foi tudo bem também”* e *“fui bem atendida”*, refletem os momentos vividos durante o exame e parecem, pelo observado durante a entrevista, que foram experimentados de forma mais conformada do que tranquila.

Na continuação da conversação, foi possível identificar o possível motivo que justifica o fato de IA ter experimentado esse exame em um estado considerado *“tudo bem.”* IA fazia uso de medicamento antiansiolítico e antidepressivo há cerca de um ano e meio. Sobre seu estado emocional associado a preocupação na noite anterior ao exame foi explicado assim: *“fiquei um pouco; só que eu tomo remédio pra depressão, que é pra dormir, aí dormi bem.”* Sua segurança emocional no momento do exame parece estar apoiada na crença do efeito medicamentoso esperado. O fragmento que mais expressa essa crença em sua condição de saúde para execução do exame é: *“Acho que se não tivesse sob medicação daria tipo um sistema nervoso.”*

### **Síntese – Tipo I**

Nessa análise foi possível destacar como, em face do desconhecimento do exame, o paciente inicia e completa um procedimento capaz de gerar situação ansiogênica utilizando recursos subjetivos que parecem marcar não somente sua forma de enfrentar o exame mas também uma postura diante da própria vida: serenidade no que precisa ser feito, tranquilidade para execução e pensamento em positividade com características resilientes.

Além disso, o encontro do paciente com a equipe de saúde, assume o debate da psicologia da saúde adentrando na perspectiva da promoção de cuidados da saúde. A valorização de um diálogo esclarecedor por parte de pacientes e equipe de saúde pode funcionar como oportunidade para promover saúde, contribuindo para a conclusão de procedimentos médicos complementares que de outra forma poderiam adiar a continuação do tratamento.

Assim, pode-se dizer que o sujeito, o ambiente social e físico participam ativamente da construção das experiências subjetivas. Não existem, portanto, pontuais e simples razões responsáveis por certa experiência subjetiva. O que há são fontes diversas que de forma interatuantes são responsáveis por formas singularmente elaboradas de enfrentamento de uma situação real.

O fenômeno psicológico não acontece dissociado do biológico e do social. A farmacoterapia apropriada pode sim gerar enfrentamentos suficientemente seguros durante a realização de procedimentos médicos. A ação concreta de dado evento pode ser alcançado a

partir de um estado emocional mediado por certa estabilidade bioquímica. O risco aqui, no entanto, seria colocar a regulação bioquímica como condicionante mais importante para que as demais regulações (psíquica e social) aconteçam, ao invés de compreender que o biológico, o social e o psicológico estão participando conjuntamente para o processo de regulação da pessoa como um todo (RIAL, 2000).

## **Participantes do Tipo II – fizeram mas com dificuldades**

### **Participante JR**

Como ainda não havia alcançado melhora em sua situação de saúde, JR experimentou pela terceira vez a realização do exame de rm da coluna lombar, tendo, portanto, conhecimento prático do exame. Suas duas experiências anteriores foram também no mesmo tipo de equipamento (de campo fechado), e não relatou nenhum tipo de dificuldade para sua realização. O segundo exame havia demonstrado piora em seu quadro clínico, quando comparado com a RM anterior. As duas primeiras RM foram somente da coluna lombar. Dessa última vez JR realizou exames da coluna lombar e da coluna torácica, ampliando assim as regiões anatômicas investigadas.

*“Eu tinha problema na coluna, hérnia de disco. E...não conseguia mais ter trabalho, sentia muitas dores e aí foi quando procurei o médico e me passou a rm.”(JR, 41 anos, rm col. torácica e lombar).*

A enfermidade de JR (hérnia de disco em vários espaços dos corpos vertebrais) parece abranger não somente as impressões sensíveis, mas também um sentido atribuído a essas impressões. Esse sentido passa pelo investimento subjetivo relacionado ao trabalho. Tal investimento quando não reconhecido (MORAES, 2010) seria capaz de gerar sofrimento, sensação de vazio e de menos valia. Este aspecto parece receber de JR especial importância quando diz:

*“Pra empresa eu era inútil. Uma pessoa que adoce numa empresa é inútil, não serve pra nada. Então...a empresa, ah tá doente, tá descartado, fica isolado. Eu sempre fui uma pessoa de trabalhar entendeu? Nunca de ficar num local só olhando as pessoas trabalhando, quando meus colegas trabalhavam eu procurava ajudar, e depois que eu adoeci não conseguia fazer mais nada.”(JR, 41 anos, rm col. torácica e lombar).*

A experiência de passagem pelo exame de RM, como mais um aspecto de sua busca por saúde e enfrentamento da doença, parece vir acompanhada de interdições médicas (“não

*pode fazer isso, não pode fazer aquilo, não pode fazer nada*”), subjetivamente entendidas como prescrições normativas, com o mínimo de diálogo. JR não tinha o que falar, somente o que fazer. Seu estoque de conhecimento para orientá-lo nas mais diversas situações, adquirido ao longo de seu percurso biográfico, supõe aqui perda da processualidade e fluidez que lhes são característicos. No momento em que recebe as prescrições normativas citadas, JR tem potencializadas suas incertezas que marcam seu momento em lidar pessoal e socialmente com a enfermidade.

Mesmo considerando que o momento de espera para realizar o exame foi sem incômodos, JR leva para o momento dentro do equipamento sua experiência de desconforto. Suas expressões são as seguintes:

*“Acho o que aconteceu comigo foi a demora dentro da máquina e aquele desconforto que eu tava tendo que não podia me movimentar, e eu tava sentindo dores, dores, dores e aí diziam: você não pode se mexer de forma nenhuma que isso vai atrapalhar o seu exame, e aí o barulho da máquina foi me incomodando...”*(JR, 41 anos, rm col. torácica e lombar).

Quatro fatores objetivos são mencionados por JR como comprometedores para a realização de seu exame: 1) Maior tempo para realizar seu exame (lembrar que ele realizou dois exames); 2) necessidade imperiosa de imobilidade (*“não pode se mexer de forma alguma”*); 3) sentia dores durante o exame, possivelmente agravados pelos dois fatores anteriores; e, 4) ruído da máquina em funcionamento. Esse relato é indicador que esses fatores foram necessários e suficientes para a sensação de medo experimentada por JR (*“me deu medo”*).

Como o fator tempo de passagem dentro do equipamento foi maior, é possível supor, a priori, que ele tenha sido determinante para a reação de JR, uma vez que os outros três fatores estavam presentes nas duas vezes em que ele realizou o exame de rm. Contudo, é preciso avaliar também que sua condição de saúde estava em fase de agravamento, solicitando dele outros recursos para enfrentar a situação de seu estado; recursos esses que parecem ter falhado (*“psicologicamente estava muito afetado...sentia dores, não podia fazer exercícios...tomava remédio...a mulher falava xis e eu respondia ypsilon...um momento difícil.”*).

Como conjunto de qualidades sistêmicas complexas, a saúde existe apenas quando pensada em um *continuum* desde a saúde até a doença (CALATAYUD, 2011, *apud*, PÉREZ LOVELLE, 1987). Com isso, a experiência vivida num ambiente tido como limitador de movimentos, provocador de ruídos e que exige um tempo considerável de permanência

poderia ser interpretada como potencialmente agressivo para a pessoa, gerando desconforto e mal estar físico e psíquico.

Não se trata aqui apenas da descrição de comportamentos mas sim entender o contexto no qual são produzidos os processos subjetivos de tais comportamentos, condicionados logicamente pela história peculiar de cada pessoa. Após realizar o exame que lhe “*deu medo*”, JR remete a outras experiências vividas que, após o exame de RM, trouxeram semelhante desconforto psíquico e somático:

*“Depois que eu fiz a rm que passei mal, a noite que eu fui dormir, não consegui dormir; quando eu fechava o olho me dava um calafrio por todo o corpo. Passei uns três dias assim, com medo de dormir. Rezava, pedia a Deus pra ter sono.”*(JR, 41 anos, rm col. torácica e lombar).

Seu apelo religioso e mais tarde a procura médica (“*fui ao médico, o psiquiatra passou rivotril pra mim*”), indicam as escolhas feitas por JR como forma de lidar com sua reação aguda ao estresse ou como ele mesmo definiu como “*síndrome do pânico*”, possivelmente influenciado pelo saber médico. Pode-se supor aqui que as manifestações de ansiedades estariam na gênese das dificuldades atuais em realizar o exame de RM, uma das hipóteses investigadas nessa pesquisa.

Nestes momentos de padecimentos (na sala de exame, em casa tentando dormir ou fazendo outros procedimentos médicos), JR parece considerar como importante o aspecto de sua experiência de fé como forma subjetivamente utilizada para encarar a realidade concreta (*ai eu rezava, pedia a Deus para me ajudar...*). Este é um dado que merece destaque. A experiência de fé participa do mecanismo de elaboração subjetiva de saídas para a crise do processo de saúde-doença. Para Paiva (2006), a espiritualidade merece consideração por se tratar de “um fato social, pedagógico, psicológico e médico” (PAIVA, 2006, p. 127). Portanto, uma unidade biopsicossocioespiritual (DUEÑAS, FUILLERATY e PÉREZ, 1996) inerente ao humano. A realidade concreta no trabalho em serviços de saúde impõe como importante a valorização da espiritualidade/religiosidade nas ações coletivas de saúde, na formação profissional e no trabalho de atendimento, para além da dependência de se acreditar ou não em Deus.

Os termos espiritualidade/religiosidade recebem por parte da psicologia e de outras disciplinas diferentes definições que esta pesquisa não tem como objetivo investigar. Para efeito desse estudo, o termo eleito será o de religiosidade como sinônimo de espiritualidade e no sentido de referir-se tanto a busca de sentido, de conexão, de transcendência, como em busca mesmo de experimentação religiosa (PAIVA, 2005), admitindo o *conceito do sagrado*

introduzido por Pargament (1999), e questionado por Paiva (2003), como fator integrador de ambos os termos. Tal esclarecimento se faz necessário porque o tema religiosidade, como já foi destacado, apareceu de forma recorrente durante essa pesquisa, fato que será demonstrado no prosseguimento dessa dissertação.

Um certo descuido com o que foi prescrito pelo médico pode ser percebido em JR quando fica em dúvida ao receber da recepcionista a informação de que seriam dois exames e não apenas um que faria. Aqui se pergunta se o fato de saber com mais antecedência que precisaria ficar mais tempo dentro do equipamento de rm seria benéfico ou não para seu enfrentamento subjetivo e resolução das dificuldades porque passou durante o exame. Nesse caso específico pode-se pensar que não, uma vez que além do fator tempo seu desconforto era também físico/somático.

Na época de realização da entrevista JR sentia-se mais confiante para realizar RM ou outro exame médico (*“não sei se vou ter novamente, mas graças a Deus espero que não. Eu não aconselho ninguém a passar por isso que eu passei”*), sugerindo haver superado a experiência vivida como ansiosa. Porém disso parece ainda não ter certeza, pois logo a seguir sua experiência concreta é ampliada para o futuro chegando a englobar o outro na mesma ação experimentada; produto de um pensamento que é individual e coletivo ao mesmo tempo. Manifestando preocupação com a saúde do outro estaria desejando o mesmo para ele.

## **Participantes do Tipo II - fizeram mas com dificuldades**

### **Participante VM**

O segundo participante pertencente a esse tipo (II) que fez o exame de RM embora apresentando algumas dificuldades foi VM, 36 anos, casada, Babá, evangélica.

Sem qualquer conhecimento prático do exame, VM realiza o exame de rm das mamas (direita e esquerda), após realização de outros exames que se mostraram não conclusivos para os sinais físicos identificados em exame clínico: uma assimetria focal do lado da mama direita.

*“Os raios-x ele pediu de rotina, os outros exames ele tinha pedido de rotina, e o outro agora (se referindo à RM) é porque ele tinha visto um...no lado direito (indicou algum ponto em direção a sua mama direita) aí ele queria ver mais precisamente...se ia dá alguma coisa.”* (VM, 36 anos, rm mamas)

O desconhecimento do exame, o grau crescente de complexidade dos mesmos, a imprecisão nos resultados médicos obtidos até ali, sugerem que o imaginário de VM foi

ativado fazendo surgir sentimentos íntimos já desde antes da realização do exame (*ansiosa, ansiosa, nervosa, muito nervosa, não tinha ideia como seria o exame, tanto que lá na hora eu pensei assim: será que vou pegar choque*). Talvez a valorização de uma intervenção dialógica advindas desde a indicação do exame por parte do médico assistente até o momento de realização do exame atenuasse sua ansiedade em fazer o exame.

A intervenção dialógica seria aquela capaz de gerar mútua compreensão (entre paciente e equipe de saúde) produzindo uma partilha de ideias ou até mesmo de sentimentos, necessários para a promoção e melhoramento da saúde das pessoas e das comunidades humanas (CALATAYUD, 2011). A pesquisa de Thorp e colaboradores (1990), já evidenciava que o desconhecimento na forma de execução do exame de RM constitui um dos condicionantes para níveis elevados de ansiedade durante o exame de RM.

Seu padecimento psíquico dentro da sala de exame faz emergir, durante a entrevista, expressões carregadas de imagens e representações singulares (*eu tinha medo que vinha tipo cortar...na minha cabeça vinha: agora vai cortar meu seio*). O intervalo entre as “zoadas” da máquina seriam oportunidades para alcançar regulação emocional através da solicitação de proteção divina (*eu vinha orando pra Deus: Senhor me dê forças. Até louvor em cantei, assim, na mente*). Expressões como “*Senhor me dê forças*” e “*minha vontade era apertar o botão e interromper o exame*”, sugerem que VM vivencia o que há de contraditório e plural nos sujeitos e em suas relações envolvendo sua história pessoal e as interrelações com os outros e com o mundo. Esse momento de contradição, característicos de experiências subjetivas diversas, é evidenciado em VM quando oscila entre a crença na solução divina em ajudá-la e a crença na solução humana (“*minha vontade era apertar o botão*”).

Assim como em JR, a experiência de fé em VM parece ter sido potente agente mobilizador interno para alcançar seus objetivos e concluir o exame (“*foi com a ajuda de Deus que me ajudou a fazer[...]*Deus tem me dado muita força, porque se não fosse ele não sei o que seria de mim”).

Entregue ao transcendente e dele dependente, VM estaria depositando em Deus seu equilíbrio interno e interrelacional. Expressões como essas, comuns em qualquer encontro com humanos mas sobretudo em ambientes de saúde, e mais estudos de eminentes psicólogos como Carl Jung, E. Erickson, Eric From, A. H. Maslow e G. Goldstein (VALLE, 2005), entre outros, tornou, nas palavras de Valle (2005), “teoricamente inviável manter a hostilidade da psicologia anterior em relação a tudo o que dissesse respeito ao religioso” (VALLE, 2005, p. 84,85). A experiência em religiosidade, termo explicitado anteriormente como vivência específica do mundo do sagrado, está num jogo inter e proativo que envolve todo o sujeito em



sua constituição, que é, também, biopsicossocial, fazendo surgir o que Valle chama de “*Homo Religiosus*” (VALLE, 2005, p.92).

### **Síntese - Tipo II**

Na análise desses participantes, é interessante destacar como diferentes recursos de suas experiências subjetivas foram ativados diante de um mesmo fator externo, no caso, o exame de RM de campo fechado. Singular em cada paciente, a experiência subjetiva de medo ou ansiedade suficientemente forte para gerar dificuldades em realizar o exame de RM tem sua origem em fontes diferentes, que na sua interação, são responsáveis por certo estado subjetivo: sentimento de não utilidade no trabalho, desentendimento familiar, limitações físicas prescritas pela autoridade médica, interpretação como demorado o procedimento de RM proposto, ruído da máquina interpretado como desconfortável, o desconhecimento da máquina e do exame, medo de fazer outros exames médicos, o apoio divino como importante recurso para chegar a conclusão do exame, são todos desdobramentos emocionais que formam a experiência subjetiva de passagem pelo exame de RM de campo fechado, presentes nestes e, possivelmente, em outros pacientes que necessitem fazer o mesmo exame.

A alteração do estado de saúde da pessoa passa pela interação do ambiente físico e relacional experienciado. A experiência concreta de passagem pelo exame de RM é capaz de suscitar ou desencadear certa “desregulação” física e emocional, possibilitando assim a emergência de sentimentos íntimos aí vivenciados.

A psicologia da saúde, com sua ênfase no estudo dos processos psíquicos que participam da condição de saúde-doença das pessoas e da comunidade, pode contribuir em seus aspectos de promoção de cuidados da saúde e prevenção de doenças incidindo sobre essa “desregulação” e propor medidas práticas para atenção especializada e para realização mais adequada desse exame em pessoas que apresentam dificuldades similares. Algumas dessas propostas serão mencionadas nos itens subsequentes e detalhadas no capítulo que apresenta a proposta de melhoria para o serviço de RM.

Comum também aos dois casos desse grupo é seu posicionamento subjetivo ligado a experiência de fé/religiosidade diante da experiência de exame. Tal constatação deixa incompleto o termo biopsicossocial (McINTYRE, 1998), ao não incluir ou incluir tacitamente o aspecto da religiosidade, tão presente nas pessoas que procuram assistência para sua saúde. O termo *biopsicossocioespiritual* apresenta-se como necessário, não somente pelas sucessivas investigações direcionadas ao tema da espiritualidade na atualidade como também pela própria abertura que a ciência psicológica, livre do medo de ser taxada de pseudociência, tem dado ao assunto.

Inclinar-se como ciência e profissão para onde o indivíduo ou comunidade formado por indivíduos estão inclinados é admitir que faz parte da natureza do conhecimento científico sua (re)construção constante, e que não dá mais para desvincular trabalhos científicos em saúde, sobretudo, e visão religiosa, mas entendê-los como partes integrantes da compreensão do humano.

### **Participantes – Tipo III - não conseguiram concluir o exame**

#### **Participante EF**

O participante EF, sexo masculino, 66 anos de idade, administrador, de religião Espírita, já tinha conhecimento prático do exame, tendo feito exame anterior sem dificuldades. Na época da necessidade de fazer o segundo exame (RM da coluna cervical), EF tinha passado por duas cirurgias cardíacas e tinha recebido o diagnóstico de leucemia mielóide crônica. Durante seu percurso terapêutico, teve que ir pelo menos três vezes para São Paulo, duas vezes em caráter de urgência. Depois desse período, EF passou a sentir dormência no tórax e procurou ajuda médica. O médico solicitou o exame de RM de coluna cervical, que foi experimentado assim por EF:

*“No transcorrer de todos esses percalços de saúde que eu tive fiquei com dificuldade de respirar porque eu sou ex-fumante, então tem uma hora lá que ele dizia que eu tenho que prender a respiração eu não conseguia, aí eu expliquei pra ele: olha eu não tô conseguindo, porque eu tenho que respirar, acho que é ansiedade, não sei.”*(EF, 66 anos, rm da col. cervical).

Mesmo tendo conhecimento prático da realização do exame e do meio social envolvido no procedimento, esse aprendizado não contribuiu para atenuar a ansiedade de EF em fazer o exame de RM. Seus percalços de saúde (*morri em cima da mesa de cirurgia; tiveram que desfibrilar[...].entrei em depressão[...].eu era um morto vivo*), o fato de ser ex-fumante e mais a necessidade de prender a respiração enquanto realizava o exame, sugerem ter exercido forte impacto sobre o estado de saúde de EF (somática e psiquicamente) ao ponto de ser solicitado realizar o exame com anestesia.

Tais expressões são indicativas da interdependência dos fatores biológicos (problemas cardíacos), sociais (*me aposentei porque cheguei ao ponto de não escrever mais*) e psicológicos (*acho que é ansiedade*), como intrinsecamente constitutivos e atuantes do processo saúde-doença. O desenvolvimento de uma complicação de saúde seria, portanto, manifestado a partir de uma resposta muito peculiar do indivíduo, em uma situação específica,

onde estariam presentes não somente características dessa complicação de saúde, mas também de estados emocionais, comportamentais, sociais e valores acerca da situação de saúde e do impacto subjetivo sobre sua vida futura (CALATAYUD, 1997). Desnecessário é dizer aqui que estão superados na atualidade (advogado pelo auge da medicina psicossomática) que manifestações psicológicas ou traços psicológicos típicos seriam a causa (sozinho) de certos padecimentos físicos.

Para Calatayud (1997; 2011), o reconhecimento ou a aceitação de certa situação de saúde recebe forte influência cultural e de diferentes ambientes sociais e de vivências pessoais. Isto gera também diferentes representações que participam da construção da experiência subjetiva de quem sofre. EF comenta o seguinte sobre esse tema:

*“Agora eu tinha que te contar uma coisa...não sei se isso vai interessar. É o lado espiritual da coisa, na minha concepção de leigo. Eu sou formado na área das ciências humanas, eu sou administrador e tenho curso em contabilidade, mas na minha concepção o verdadeiro psicólogo é aquele que estuda a alma realmente, o espírito como ele é, né? Eu sou Espírita há 44 anos e eu estava nessa fase sob efeito daquilo que nós chamamos de magia negra. As pessoas não querem admitir mas é um fato isto, a minha doutrina explica que uma aproximação de um espírito bom te causa uma sensação boa e a aproximação de um espírito ruim te causa uma sensação ruim...”*(EF, 66 anos, rm da col. cervical).

A crença de está “sob efeito de aproximações de espíritos ruins” não somente durante o exame de RM como também em todos seus problemas de saúde anteriores ao exame, indicam comprometimento de sua autonomia e poder de escolha, além de tornar resolutivo que precisava de salvação vinda de “espíritos bons” para regulação da saúde física/psíquica. Sua realidade vivida é atravessada por uma longa trajetória pessoal (“mais de 44 anos”), onde a religiosidade/espiritualidade ocupa espaço central, impulsionando e movendo-o para a busca pelo equilíbrio do Eu. Enquanto experiência subjetiva, sua religiosidade seria concebida como significativa tanto para justificar suas complicações de saúde quanto para delas encontrar livramento. É aqui que, novamente, por força dos dados levantados, o tema religiosidade e processo saúde-doença se encontram novamente.

Vasconcelos (2006, p. 17), expõe que “estudos antropológicos atuais têm mostrado que a visão religiosa continua presente em todos os estratos sociais como parte importante da compreensão do processo saúde e doença.” Salienta ainda que entre os usuários dos serviços de saúde há um grande reconhecimento da importância da experiência religiosa como recurso para a superação de crises familiares e pessoais, sobretudo crises de saúde consideradas

intuitivamente como mais graves. A presente pesquisa, em muitos aspectos, corrobora tal reconhecimento.

Com o início de sua consolidação a partir do século XVI, o modelo biomédico, via o corpo humano como uma máquina passível de análise, recuperação de peças e troca de engrenagens quando necessárias. Consertar o mecanismo “com defeito” era o papel dos profissionais da saúde. Imperiosa, a razão era o único meio reconhecido de compreensão da vida, sem qualquer valor advindo dos sentimentos, da percepção imediata (intuição) ou mesmo da experiência religiosa. Não se tratava de negar a experiência religiosa, apenas de separá-la da realidade concreta (VASCONCELOS, 2006). Assim, alcançavam-se dois objetivos: a realidade material não receberia nenhuma interferência espiritual e, de sobra, suspendia os empecilhos da dominante Igreja Católica, que ficava sem vez e sem voz diante da medicina científica. Trabalho técnico e experiência religiosa não podiam caminhar juntos.

É evidente a mudança que se operou em tal entendimento e na forma de enfrentar as condições de saúde-doença das pessoas do século XXI, e mesmo já desde após a metade do século anterior. Foram elas: a) a identificação da não suficiência do modelo biomédico em dá conta dos complexos problemas de saúde; b) a crença de que a solução para essa insuficiência seria a valorização de conhecimentos das ciências humanas e sociais voltadas para a saúde (interdisciplinaridade); e, c) o reconhecimento dito pós-moderno de que as ciências (sociais, humanas, biológicas ou físicas) tal como estão organizadas na atualidade são limitadas para compreenderem o mistério do existir.

Como resultado, profissionais de saúde, usuários dos serviços e outros atores estariam em um ambiente ótimo para o desenvolvimento da sensibilidade e abertos para dimensões sobre as quais teorias e métodos científicos emitem pouco sinal.

A *Carta de Veneza*, organizada pelo Unicef em 1986 sobre “A Ciência em Face dos Confins do Conhecimento”, afirma: “O conhecimento científico, por seu próprio movimento interno, chegou aos confins, onde pode começar o diálogo com outras formas de conhecimento. Nesse sentido, reconhecendo as diferenças entre ciência e a tradição, verificamos não a sua oposição, mas a sua complementaridade” (VASCONCELOS, *apud* BRANDÃO e CREMA, 1991, p. 11). Corpo e espírito são indissociáveis. O existir e o sofrer humanos possuem complexidade que forcem o conhecimento científico ficar na posição genuflexo (joelhos curvados), humildemente aberto à complementaridade vinda alhures.

Para EF a compreensão de saúde, sobretudo a saúde mental, ela está dividida em dois corpos: um somático visível e outro não somático invisível (espiritual). Sendo que este último é em tudo semelhante (anatomicamente) ao somático visível. Sua fé neste aspecto é

evidenciada no seguinte fragmento quando aborda a questão da depressão que ele e um amigo dele experienciaram:

*“Então, observa bem, tem o físico, a gente sabe que tem, esse é curado pela medicina dos homens, mas quando ela é espiritual tem de ser curada pelo espírito se não eles vão rir, pintar e bordar.”* (EF, 66 anos, rm da col. cervical)

Em outro momento falando sobre a consideração que o conhecimento científico deve dá ao tema espiritualidade e processo-saúde doença, EF assegura: *“Colega, se não tiver vai ficar cega a vida inteira...”* Ao simplificar e dicotomizar a causalidade do processo saúde-doença, EF estaria ao mesmo tempo encontrando uma explicação para seu sofrimento e introduzindo forçosamente questões espirituais para ser estudadas pela ciência, sob pena de *“ficar cega a vida inteira.”* Sua experiência de passagem pelo exame acompanhada de sua formação acadêmica e *percalços* de saúde-doença e mais sua experiência de fé, parecem eleger a psicologia como a ciência que deveria cuidar da alma (*“verdadeiro psicólogo é aquele que estuda a alma realmente, o espírito como ele é, né?”*).

Atualmente é fato amplamente aceito da dificuldade em simplificar o tema da causalidade da saúde-doença. Considera-se que tanto o relativo estado de saúde como o de doença e todos os graus intermediários entre eles se devem a muitas causas e às características da relação entre ambos e do meio social em que participam. Entre essas características de relações destacam-se as físicas, químicas e biológicas (naturais) e as econômicas, sociais e psicológicas (CALATAYUD, 2011). A causalidade do processo saúde-doença são múltiplas e de diversos tipos. Pode-se colocar entre essa multiplicidade de causas às de ordem social e as relativas à subjetividade e ao comportamento.

De acordo com o entendimento do processo saúde-doença defendido nessa pesquisa, o desenvolvimento ou a produção de uma determinada condição de doença obriga a presença não apenas das causas necessárias, mas que elas sejam suficientes. O fenômeno psicológico pode intervir na dinâmica das causas, tanto como necessária, como contribuindo para que as necessárias de outra ordem se tornem suficientes (CALATAYUD, 2011). Além disso, a interpretação psicológica do ambiente social e do seu micromundo podem ser as mais relevantes para a evolução de algumas condições de doença do que de outras.

Sobre o relacionamento com a equipe de saúde envolvida na realização do exame sua expressão foi *“não tenho queixa não.”* Essa expressão seria indicativa de que se não houve significativa ajuda da equipe de saúde, ao menos não houve prejuízo.

EF, bem como todos os demais participantes das entrevistas não fizeram nenhuma observação negativa com relação ao atendimento dos profissionais envolvidos, sendo possível supor que as relações intersubjetivas embora sejam primordiais para um bom desempenho dos pacientes que realizam RM, não são suficientes para impedir comportamentos de esquivas ou mesmo a impossibilidade de fazer o exame, como ocorreu com EF. Outras razões de ordem intrassubjetiva, social ou física participam intrinsecamente e em diferentes graus desse momento de exame. Do ponto de vista da execução do exame por parte dos profissionais de saúde envolvidos, pode-se considerar a partir dos dados levantados, que esse atendimento foi realizado de forma satisfatória e com pouca ou nenhuma contribuição para manifestações do tipo ansiosa por parte dos pacientes participantes.

### **Participante FM – Não conseguiu concluir o exame**

Com conhecimento prático do exame, FM, sexo masculino, casado, teólogo, evangélico, 68 anos de idade, não conseguiu concluir o exame de RM da coxa solicitado por seu médico para investigar um “caroço” nessa região. Para esse exame, a priori, não é necessário jejum ou medicações na veia. Suas duas experiências práticas de exame anteriores não foram tranquilas. Numa conseguiu fazer o exame mas *“totalmente tenso”*, e na outra só conseguiu com uso de anestesia geral. Sobre suas experiências anteriores, FM lembra o seguinte:

*“Nas duas vezes foi ansioso, tenso. Uma coisa que me faz lembrar que eu reagir, me colocaram de ponta cabeça e não resolveu, minha esposa veio, pegou nos meus pés... mexeu nos meus pés e tal, eu consegui fazer.”*(FM, 68 anos, rm da coxa).

A experiência prática de realização e conclusão do exame seria facilitada por interações intersubjetivas, com conseqüente atenuação da ansiedade, a partir do contato físico por parte de pessoas que lhe são familiares e significativas. Ele destaca que seu enfrentamento do exame aconteceu de forma tensa e inexplicada (*“não sei de onde vem esse medo”*). Ao atribuir parte dessa tensão ao próprio equipamento (*“acho que em parte é o barulho da máquina”*), aos utensílios que são usados durante o exame (*“a moça me vestiu de um cobertor pesado da cabeça aos pés/ aquele negócio que tampa o ouvido”*), FM estaria em busca do equilíbrio do Eu e de recursos racionais que pudessem explicar tal desregulação somato/psíquica.

Ainda sobre como experimentou o exame, FM relata:

*“Não sei de onde é que vem esse medo...essa claustrofobia...não sei de onde é que vem isso aí...”*(FM, 68 anos, rm da coxa).

O sofrimento experimentado em seu estado de saúde, seria próprio da perda de sentido que caracteriza o sofrimento psíquico (BARUS-MICHEL, 2012). A dificuldade de traduzir em palavras inteligíveis o que experiencia, o silêncio reticente que se impõe, tornam-se indicativos de que houve fracasso na irresistível necessidade de construir sentido próprio e ter representação compreensível de sua experiência atual e de sua vida. Quando a pessoa acredita que perdeu a capacidade de se significar e de dar coerência a seus atos, pode experimentar determinada realidade concreta como não satisfatória, sem sentido para sua identidade e história pessoal. A capacidade de dá sentido a experiência de FM seria alcançado não somente com o encadear de ideias e expressões de suas memórias, mas também de se posicionar diante dos acontecimentos vividos ao invés de apenas se submeter a eles.

Sem recursos subjetivos para entender em que está imerso, FM procura a esquiva do exame (*“pensei em desistir, senti uma reação mesmo”*). A experiência de está em um ambiente “fechado” e com pouca mobilidade traz à tona outros momentos de ansiedade e medo (*“um dia entrei no elevador, naquela caixa metálica, que eu toco o botão e nada, nem sobe nem desce, me angustiei lá”*; e, *“Tive uma vez de ficar deitado e me sufocar com o cobertor”*). Essas informações, ricas de significados, poderiam se perder caso não fosse valorizado o que um dos principais atores que participam do processo saúde-doença tem a dizer. Nesse caso específico, FM mostra um possível estado difuso de sofrimento em sua condição de saúde e sua busca por auxílio (*“Eu tô trabalhando minha cabeça com isso viu?”*).

Subjetivamente interpretado como desesperador o ambiente de realização do exame, o momento de passagem do exame de RM de campo fechado pode supor que algumas pessoas com dificuldades ansiosas sérias em concluir esse exame poderiam apresentar sinais e sintomas que preencheriam os critérios diagnósticos para alguns transtornos de ansiedade, notadamente as fobias específicas como claustrofobia e ataques de pânico com agorafobia. Como não é objetivo desse trabalho fazer essa relação – mas sim questionar se algumas dificuldades importantes em realizar esse exame poderiam ter como gênese transtornos de ansiedade - fica como dica de um estudo posterior tal investigação.

Nesse momento da dissertação pode-se dizer que é possível que algumas das experiências subjetivas de dificuldade séria de realização do exame de RM de campo fechado

tenham como gênese algum transtorno de ansiedade, uma das questões que esse trabalho se propôs responder. Como já foi demonstrando anteriormente nesse trabalho, outros fatores podem contribuir para dificultar ou mesmo impossibilitar o estado de saúde de pacientes que realizam o exame de RM de campo fechado, mas esse tema será tratado detidamente no capítulo da proposta de melhoria do serviço de RM e retomado nas considerações finais.

Com relação ao aspecto relacional entre equipe de saúde e paciente desde a recepção de exames, esse aspecto foi experienciado como satisfatório por FM. Sendo o último participante da entrevista semiestruturada, pode-se afirmar que todos os entrevistados não fizeram comentários negativos sobre esse ítem. Suas palavras:

*“Em termos de profissionais foi tudo bem. Não tenho o que me queixar. Quando a gente tá com um conhecido é diferente né?”*(FM, 68 anos, rm da coxa).

Tendo enfrentado com dificuldades outras tentativas de fazer o exame de RM, o paciente destaca como importante um ambiente relacional gerador de certa intimidade entre paciente e equipe de saúde: um rosto já conhecido, a atenção dispensada, uma voz identificável (*“foram todos gentis”* e, *“os meninos foram bacana”*), seriam fatores necessários para atenuar seu estado de saúde, embora não suficientes. Funcionando como tentativa de restituir a coerência de sua experiência e do significado atribuído a ela, o paciente sugere que a familiaridade com os profissionais seria um recurso terapêutico (BARUS-MICHEL, 2012). Recurso terapêutico entendido aqui como uma prática de cuidado que tende aliviar sofrimento ou oferecer respostas sobre si mesmo.

É nesse ponto que o cuidado e o acolhimento, ainda que carentes de novos entendimentos teóricos (MARTINS, 2011), revela o que esse mesmo autor chama de *“mudança paradigmática na saúde”*, se afastando de uma abordagem assistencialista e tecnicista e se aproximando do cuidado e do acolhimento. As trocas interpessoais, em um plano horizontal, entre usuários dos serviços de saúde e profissionais da saúde, consideram o valor do cotidiano e os saberes que se encontram com vistas ao retorno ao estado de sadio de quem sofre.

A psicologia da saúde com seu enfoque na promoção de cuidados da saúde (CALATAYUD, 1997; VIEIRA FILHO, 2012:), destaca os aspectos psicossociais que incidem sobre o processo saúde-doença, incluindo a atenção à saúde diante de determinadas buscas de solução para a condição de doente. Como ramo aplicado da psicologia, a psicologia da saúde estuda também a atenção de cuidados no sistema de saúde, em seus níveis primários, secundários e terciários, além de manter interesse na implementação e acompanhamento de



programas de saúde. Assim, essa disciplina estaria na vanguarda do reconhecimento e do acolhimento tão necessários aos usuários dos serviços e às ações em saúde.

### **Síntese - tipo III**

Da compreensão dessa terceira categoria, pode-se destacar que a experiência subjetiva que resulta em passagem sem dificuldades pelo equipamento de RM não depende unicamente do conhecimento prático anterior do exame. Outros fatores de ordem física/biológica (como está sentindo dor provocada pela posição exigida para fazer o exame), ou de ordem emocional (como medo inexplicável da máquina) podem comprometer a *performance* dos pacientes durante o exame.

Outro fator que merece destaque é a percepção da naturalização da alternativa anestésica vista por profissionais de saúde do setor de RM, profissionais médicos e mesmo pelos próprios pacientes (“já fiz um com anestesia, vou fazer outro agora”, declaração de FM) como única saída para as dificuldades sérias de realizar o exame. Independente do estado de saúde que desencadeia a impossibilidade de realizar o exame de RM, o modelo biomédico baseado na remediação é o eleito sem receber questionamentos, mesmo a despeito dos altos riscos envolvidos em procedimentos anestésicos. Esse fato foi observado tanto nas análises das conversações, como no período da observação participante como ainda no período de mais de dois anos que o autor dessa pesquisa trabalhou como técnico operando equipamento de RM.

A psicologia da saúde como disciplina aplicada da ciência psicológica para estudar os aspectos psicológicos que participam do processo saúde-doença encontra-se diante de um desafio em que pode muito bem ser protagonista: criar ou adaptar, testar e desenvolver alternativas psicológicas práticas que sejam oferecidas aos serviços de RM e à pacientes com dificuldades em realizar esse exame.

Algumas dessas alternativas serão abordadas no capítulo referente a proposta de melhoria do serviço de RM. Por hora é suficiente dizer que muitos pacientes têm sua ansiedade atenuada quando lhes é oferecido atenção dirigida, quando são fornecidos esclarecimentos precisos sobre o exame e/ou quando lhes é assegurado a possibilidade de fazer o exame acompanhado de alguém de sua rede social significativa. Portanto, uma promoção de cuidados da saúde a partir de um processo psicoeducativo, centrado na intervenção dialógica (SILVA e ESPÍRITO SANTO, 1998) poderia trazer substancial ajuda para realização de vários procedimentos médicos.

A promoção de cuidados no contexto da atenção à saúde reconhece que, geralmente, o sujeito que procura recursos terapêuticos para seu estado de saúde está inclinado para uma experiência religiosa. Longe de aproximar esse termo apenas dos que frequentam uma determinada igreja ou religião, a experiência religiosa se impõe como reverência ao considerado sagrado e transcendente. Esta dimensão, reconhecida por estudos antropológicos como presente em todos os estratos sociais (VASCONCELOS, 2006), aparece como recurso subjetivo para superação de estados de saúde alterados, forçando a psicologia e outras disciplinas se debruçarem sobre o fenômeno religioso. O ser humano é biopsicossocioespiritual.

Outro fator importante de destacar dessa categoria é que dificuldades sérias do tipo ansiosa em realizar o exame de RM de campo fechado podem ter como causa última um transtorno psíquico diagnosticável. A atitude simplista em prescrever o uso de anestesia para esses casos, pode contribuir para o atraso no diagnóstico com consequente atraso no tratamento. As sucessivas tentativas fracassadas em realizar o exame, além de intensificar o quadro fóbico, aumentariam as oportunidades de submeter novamente o paciente a todos os riscos decorrentes de procedimentos anestésicos. Pergunta-se se um estudo que pudesse identificar as entidades nosológicas psicológicas/psiquiátricas que podem estar presentes em pacientes que não conseguem concluir o exame de RM de campo fechado poderia contribuir para um melhor entendimento de tais recusas e ainda apontar caminhos para tratamento.

Outro questionamento que esse estudo não teve a pretensão de responder é se seria possível utilizar o próprio equipamento de RM de campo fechado como meio terapêutico, ou seja, quem sabe por um processo de exposição gradual, pacientes clinicamente diagnosticados como portadores de claustrofobia, principalmente, poderiam ser beneficiados.

### 5.3 DESCRIÇÃO DO CONTEÚDO DAS ENTREVISTAS – REFERENTES À MELHORIA DO SERVIÇO DE RESSONÂNCIA MAGNÉTICA

Nesse subitem serão descritos os relatos dos entrevistados referentes aos aspectos identificados por eles como passíveis de mudanças a fim de haver melhoria no atendimento do serviço de RM. Após análise, os mesmos comporão um quadro maior de discussão que ajudarão nas propostas de melhorias do serviço expostas nesse trabalho e que serão apresentadas no subitem subsequente. Na entrevista procurou-se deixar claro que a sugestão ou comentários para a melhoria do serviço se referia a todos os ambientes em que o paciente participou para finalmente realizar o exame (recepção, sala de espera, sala de exame), e a interação entre esses setores.

## **Tipo I – fizeram o exame de RM “sem dificuldades”**

### **Participante CJ**

Neste ítem, quando solicitado para falar se notou alguma coisa que poderia melhorar, CJ considerou *“não, está tudo dentro das normas das pessoas serem atendidas mesmo, acho que pra mim está tudo ok, tudo tranquilo.”* Salientando neste momento aspectos ligados a tranquilidade e conformação, CJ estaria sendo coerente com sua postura particular de enfrentamento da experiência de realização de RM.

Quando, porém, foi abordado se houve demora no atendimento, o paciente relatou que marcou seu exame para as 17:00 horas, mas só foi feito as 19:00 horas: *“o que eu achei meio estranho foi o seguinte: eu marquei a rm por hora marcada, aí eu perguntei é hora marcada mesmo? É sim..só isso aí é que eu não achei certo, mas fora isso...”* ainda que diante dessa situação que ele não “achou muito certo”, CJ conclui esse tema afirmando *“mas valeu a pena, tem que ter paciência, esperar pra poder ver o resultado, né?”*

### **Participante IA**

A participante considerou que foi bem atendida, não tendo feito nenhuma sugestão para o serviço: *“Toda vez que venho sou bem atendida, não tenho nenhuma reclamação não.”*

## **Tipo II – fizeram o exame de RM mas com dificuldades**

### **Participante JR**

Solicitado a falar sobre se existia algo para melhorar no serviço do exame, JR respondeu: *“Rapaz, no ambiente que eu vi lá não, eu acho que não.”* Logo após, porém, ele diz: *“Quem sabe com o tempo, o homem possa vir a melhorar aquele ruído dentro da máquina pra ter um conforto melhor pro pessoal que for fazer novamente, né? Aquele ruído incomoda.”*

### **Participante VM**

*“Não, acho que tá bom.”* Essa foi a resposta de VM para saber se havia alguma sugestão ou comentário a fazer sobre o serviço.

### **Tipo III – não conseguiram concluir o exame**

#### **Participante EF**

Mesmo iniciando dizendo sobre o atendimento *“acho que não pode melhorar não”*, EF, mais adiante diz: *“Achei que demoraram só para começar, que eles marcaram as sete e começaram um pouquinho mais tarde. Uma coisa que eu achei que é errado lá, mas acho que é do hospital mesmo, nós estávamos esperando, eu estava acompanhado com minha mulher, tinha outra pessoa que estava esperando, tinha também um outro senhor, aí lá vem um grupo deles da administração que estavam estudando reformas, e trataram daquilo na frente dos pacientes, eu achava que isso deveria ser feito numa hora que não tivesse ninguém ali.”*

#### **Participante FM**

FM contribuiu com muitas ideias para melhoria do serviço de rm. A respeito disso, ele afirma: *“Pra mim a espera no caso de anestesia é negativa, é como se você estivesse esperando uma coisa ruim; eu acho que deveria tomar essa medicação já na sala ou já na maca sentado ali, e outra, uma boa conversa com a pessoa, alguém bem preparado para conversar isso é importantíssimo o que a gente sente na sala, essa linha...eles são bons...mas a gente vê que eles não são preparados para isso. E outra, cuidar também de quem tá fazendo o exame, que tem cabeça e tem cabeça, o cara começa com um papo furado ali pô, vou sair, acho que é cara curioso, que é...quem é a pessoa, até o nível, a cultura, acho que isso implica, não é? O cara já tá sentado ali e já cutuca, fica naquela espera, sabe que vai acontecer alguma coisa, não é?”*, e esclarece, *“nada de preconceito com ninguém.”*

Ainda sobre esse tema FM sugere *“quanto mais ágil for o exame, melhor. Pode acontecer de colocar na mesa e ficar esperando, prepara uma medicação e fica esperando.”*

Suas sugestões para o serviço continuam. Nesse trecho seguinte, se refere ao momento na sala de espera onde se encontra já com a roupa que é solicitado vestir para fazer o exame: Diz ele: *“Isso também deixa você meio tenso. Primeiro tem que trocar de roupa, aí fica esperando, aí depende da espera. Quando não é com anestesista, você fica ali com aquela bata, frio, quase nú, acho que isso aí vai deixando meio sem jeito, se ficasse isolado...Porque aí você se expõe, aí entra alguém, você fica exposto. Aí entra outras pessoas ali, não só os profissionais, entram outras pessoas ali. Eu acho que mais privacidade do paciente seria bom. Ali entra enfermeira, entra médico, entra o paciente, acho que tem que ser mais privativo, só do paciente. A sugestão que eu daria é que o paciente tivesse mais privacidade no trocar de roupa até a máquina. Aí chega alguém e diz oh, você tá aí fulano, o que houve? Eu, nesse dia, falei isso aí, evitar aquele final de corredor que não tá legal não.”*

Sobre o tipo de bata que o paciente precisa usar e que para esse paciente deixa a pessoa “quase nú”, o pesquisador comentou que já foi assim mas que recentemente fizeram a troca para conjunto de calça e blusa. Sobre esse comentário, FM diz: *“Isso mesmo, da última vez foi calça e blusa.”*

Seu interesse em propor melhoria para o serviço ficou evidente em toda a entrevista. Falando ainda do momento vivenciado durante está dentro da máquina FM comenta: *“Aí eu pergunto como leigo, não tem um sistema, pelo menos transparente, sei lá nesse aparelho que ninguém vê nada, e outra coisa, se é na coxa por que tem que entrar a cabeça nesse troço aí?”*

Em outro momento também, onde se investigava o relacionamento interpessoal entre paciente e equipe de saúde, FM diz: *“Eu acho que devia ter entrevista também, e me parece que eu, preenchi a ficha lá, me parece que não tem esse ponto, de medo...”* Após a afirmativa por parte do pesquisador que tem esse item, FM comenta: *“OK, nesse agora eu coloquei.”*

#### 5.4 EXPOSIÇÃO DA PROPOSTA DE MELHORIA DO SERVIÇO DE RM

As análises das conversações decorrentes das entrevistas permitiram apontar que quanto mais difícil for para o paciente realizar o exame de RM de campo fechado, mais serão as sugestões fornecidas para a melhoria do serviço. Outro fato que merece destaque é que, embora salientado que as sugestões de melhoria poderiam ser fornecidas desde o momento de agendamento e preenchimento da ficha ainda na recepção, as propostas de melhoria se concentraram em dois momentos: Logo antes de entrar na sala de exame e, principalmente, durante a realização do exame. Possivelmente momentos desencadeadores de maior ansiedade.

Assim, dos dois participantes das entrevistas que fizeram o exame de RM sem demonstrar qualquer tipo de dificuldade aparente (tipo I) um não fez nenhuma sugestão de melhoria para o serviço. O outro, menção durante o levantamento de como foi o relacionamento com a equipe de saúde sobre a demora para ser chamado. Será incluído nesse trabalho como uma sugestão indireta, mas extremamente válida. Dos dois participantes que realizaram o exame demonstrando alguma dificuldade para realizar o exame (tipo II), um não fez qualquer sugestão de melhoria e o outro sugeriu diretamente a diminuição do ruído da máquina como maneira de proporcionar mais conforto para o paciente. Já os dois últimos participantes (tipo III) fizeram ambos várias sugestões para melhoria do serviço de RM. As

sugestões feitas no ítem correspondente do roteiro das entrevistas semiestruturadas e outras que foram percebidas ao longo da entrevista estão demonstradas no quadro 1.2, mais adiante.

Categorias de Análise	Sugestões para a melhoria do serviço de RM pesquisado a partir dos participantes das entrevistas
Tipo I: Fizeram o exame “sem dificuldades”	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Cumprimento do horário previamente agendado.</li> <li>-Informação sobre como será realizado o exame.</li> </ul>
Tipo II: Fizeram o exame com dificuldades	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Melhorar o ruído da máquina durante a realização do exame.</li> <li>-Menor tempo dentro da máquina.</li> </ul>
Tipo III: Não conseguiram concluir o exame	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Cumprimento do horário previamente agendado.</li> <li>-Evitar visitas técnicas por parte dos gestores da instituição durante o atendimento ao paciente.</li> <li>-Melhor adaptação dos equipamentos. “Se o exame é na coxa, por que entrar o corpo inteiro?”</li> <li>- Solicitação de um equipamento transparente para ser possível vê o ambiente externo.</li> <li>-Melhorar o ruído da máquina durante a realização do exame.</li> <li>- Entrevistar previamente o paciente.</li> <li>- Quando o exame necessitar de anestesia, fazer a sedação já na sala de espera e não somente quando entra na sala de exame.</li> <li>- Ter uma pessoa bem preparada para conversar na sala de exame.</li> <li>- Maior agilidade entre as fases do exame.</li> <li>- Melhor privacidade enquanto aguarda com a roupa trocada.</li> </ul>

Quadro 1.2 Distribuição das propostas de melhorias do serviço de acordo com as categorias pesquisadas.

Ouvir as vozes e ideias dos que vivenciam, na condição de usuário dos serviços de saúde (pacientes), valorizando seu estoque de conhecimento e sua experiência vivida, constitui importante avanço no aspecto da humanização das ações e serviços de saúde. Colocados assim, os pacientes tornam-se agentes de mudanças e aprimoramentos, e principal

fonte de dados que venham ajudar numa melhor forma de enfrentamento do processo saúde-doença e de procedimentos voltados para o cuidado dos que necessitam desse serviço.

Preocupada também com o cuidado (MARTINS, 2011) como forma de promover saúde, essa pesquisa propõe que se estabeleça uma relação mais recíproca e igualitária entre o que dizem e fazem profissionais de saúde e o que dizem e fazem usuários dos serviços de saúde, evitando assim o anonimato desses últimos. Mostra-se como inovador o fato de reconhecer o usuário dos serviços de saúde como ator corresponsável nas ações em saúde, suspendendo o viés assistencialista e tecnicista ainda vigentes.

Demonstrando fragilidade nesse ponto, três dos seis participantes das entrevistas destacaram que houve atraso para ser chamado para realizar o exame. Embora para o dia a dia do exame de RM eventuais atrasos no horário combinado pareçam está naturalizado, é importante dizer que, para quem vivencia o exame, esse fato é algo novo, inesperado e gerador de ansiedades. Para EF, por exemplo, não foi somente a demora para ser chamado que o perturbou mas também a atitude dos gestores da instituição interferindo negativamente em sua regulação psíquica. As relações intersubjetivas como diálogos e conversas com outras pessoas, como valorizadas por CJ (primeiro participante analisado) indicam que tais diálogos precisam estar em sintonia com o ambiente e objetivos do exame.

Mesmo tendo o conhecimento que trabalhar em ambientes de saúde muitas das vezes, dadas as intercorrências, não é possível cumprir os horários predeterminados, esforços devem ser feitos para minimizá-los e, quando não for possível, informar aos pacientes o porquê da demora. Um simples esclarecimento por parte dos gestores da instituição da necessidade daquela visita técnica seria suficiente para demonstrar reconhecimento e cuidado a quem procura e a quem tenta oferecer atendimento integral à saúde. O paciente deve se sentir integrado ao sistema de saúde e não como um obscuro e simples objeto de intervenção.

Como já demonstrado nas descrições anteriores, FM foi o mais impactado emocionalmente durante a realização do exame de RM. Foi também o que mais sugestões apresentou para a melhoria do serviço ora investigado. Pode-se dizer que suas sugestões se dirigiram em torno de quatro eixos:

Sobre o tempo de espera para fazer ou continuar o exame. *“Pra mim a espera no caso de anestesia é negativa”; e, “quanto mais ágil for o exame, melhor. Pode acontecer de colocar na mesa e ficar esperando, prepara uma medicação e fica esperando;”* ou ainda, *“primeiro tem que trocar de roupa, aí fica esperando, aí depende da espera.”*

Sobre o ambiente interrelacional: *“Eu acho que devia ter entrevista também;”* em outro fragmento da entrevista ele afirma: *“Uma boa conversa com a pessoa, alguém bem preparado para conversar isso é importantíssimo.”*

Sobre o ambiente físico (localização da sala de espera já com a roupa adequada para fazer o exame). Sobre esse item FM é mais incisivo: *“Porque aí você se expõe, aí entra alguém, você fica exposto. Aí entra outras pessoas ali, não só os profissionais, entram outras pessoas ali. Eu acho que mais privacidade do paciente seria bom. Ali entra enfermeira, entra médico, entra o paciente, acho que tem que ser mais privativo, só do paciente. A sugestão que eu daria é que o paciente tivesse mais privacidade no trocar de roupa até a máquina. Aí chega alguém e diz oh, você tá aí fulano, o que houve? Eu, nesse dia, falei isso aí, evitar aquele final de corredor que não tá legal não.”*

Sobre a máquina de exame propriamente dito (magneto): *“Aí eu pergunto como leigo, não tem um sistema pelo menos transparente nesse aparelho, que ninguém vê nada, e outra coisa, se é na coxa por que tem que entrar a cabeça nesse troço aí?”*

Emocionalmente afetado, FM quer respostas. Suas queixas-sugestões são razoáveis. Sendo corrigidas, poderiam ajudá-lo e, com isso, ajudar também o serviço. Quem, contudo, trabalha com RM percebe que os desafios propostos são grandes.

Mesmo que ainda não seja possível trabalhar com um equipamento totalmente transparente, já está previsto no equipamento pesquisado que o paciente poderia sentir a necessidade, de dentro do tubo, de vê o ambiente externo. Sendo possível somente para alguns exames de RM, existe um mecanismo de espelhos que permite ao paciente vê parte do seu corpo e do ambiente da sala de exame. O que acontece, em muitos casos, é que o paciente não é informado desse fato.

Falta informação mais precisa também por parte dos profissionais do setor sobre detalhes do equipamento que poderiam ser de grande ajuda para pacientes ansiosos. A ideia preconcebida de que o paciente vai entrar em um tubo fechado, seria atenuada se ele recebesse de pronto a informação de que o espaço em que ele ficará tem abertura nas duas extremidades, é iluminado, tem livre circulação de oxigênio e durante todo o exame ele poderá interagir com o profissional responsável, em alguns casos, até podendo falar e ouvir enquanto realiza o exame. Muitos pacientes não sabem, também, que podem trazer suas músicas favoritas em *pen drives* ou CDs, para ouvir enquanto realizam o exame de RM. Estas informações fazem parte de *“uma boa conversa com a pessoa; alguém bem preparado para conversar isso é importantíssimo”*, sugerido nos comentários sobre melhoria do serviço.

Outra proposta apresentada nessa pesquisa é a urgente valorização a intimidade e privacidade dos pacientes que aguardam o exame de RM já com a roupa adequada para fazer o exame. Colocá-los num local de passagem que tem várias finalidades é forçar a socialização de uma subjetividade que, nesse momento, anela por discrição.



Propõe-se ainda, uma análise atenta das respostas fornecidas no questionário entregue na recepção para o paciente preencher. Atenção especial deve ser dada a todos os pacientes que identificaram no referido questionário (em anexo) que possuem medo de lugares fechados. Foi observado durante a pesquisa que tal atitude é negligenciada. Caso essa atenção fosse dada, as informações propostas aqui poderiam funcionar como atenuantes da ansiedade, ao mesmo tempo que o paciente se sentiria valorizado em sua singularidade. Mesmo que com uma boa avaliação sobre a forma de atendimento dos profissionais de saúde no serviço de RM, uma relação de confiança, simpatia e disponibilidade é aqui proposta.

A proposta de criação de um manual (informativo tipo *folder* ou vídeo) em linguagem clara e direcionada aos pacientes que farão RM pode ser também de grande ajuda no conhecimento prévio sobre o exame.

Os resultados dessa pesquisa demonstram, também, que o modelo biomédico não parece ser suficiente para enfrentar determinadas situações no exame de ressonância magnética, esse vai além da prática médica tradicional em casos agudos e requer uma abordagem interdisciplinar que também inclua a psicologia e o psicólogo.

A falta de psicólogo da saúde contratado a tempo integral, um a cada 80 ou 100 leitos (CALATAYUD, 1997), é indicativo que a instituição pesquisada ainda carece de uma visão interdisciplinar no atendimento aos serviços e ações em saúde. Sem departamento de psicologia, os pacientes do serviço de RM e de outros serviços que necessitam de acompanhamento psicoeducativo ficam dependentes, muitas vezes, apenas da intervenção farmacológica.

## 6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A proposta central dessa dissertação foi investigar, a partir da ciência psicológica, a experiência subjetiva de pacientes que realizam o exame de ressonância magnética de campo fechado. E, a partir dessa investigação, em uma instituição de saúde concreta e com pessoas reais, e não idealizadas, vendo e ouvindo as vozes dos que atuam em ambientes de saúde no contexto da Cidade de Manaus-AM, propor melhorias para o serviço pesquisado, com ganhos também aos usuários desse serviço.

Nesse capítulo pretende-se fazer a articulação do que foi até aqui descrito e discutido. Apresenta breve recapitulação dos temas desenvolvidos, dando ênfase ao capítulo dos resultados da pesquisa, e aponta os desafios da produção do conhecimento científico, suas limitações e possibilidades no campo da saúde. Essa articulação, com as interpretações dela decorrentes, está contextualizada ao universo e alcance da presente pesquisa, respeitando ainda o período histórico da investigação. Faz-se, também, autocrítica dessa investigação, sugere pesquisas e aponta possíveis benefícios desse trabalho.

No capítulo dois procurou-se demonstrar que a psicologia da saúde em seus aspectos ainda pouco valorizados da promoção de cuidados à saúde constitui-se em um referencial teórico forte para sustentar o estudo psicológico da experiência subjetiva de pacientes submetidos ao exame de ressonância magnética de campo fechado. Preocupada com os aspectos psicológicos que participam do processo saúde-doença, esse ramo aplicado da psicologia, que teve sua origem na revolução cubana nos anos sessenta do século passado, procura integrar os aspectos psicossociais aos cuidados da saúde e ao modelo de atenção à saúde de cuja dimensão o aspecto orgânico/corporal evidentemente está incluído.

O capítulo três identificou o contexto institucional da pesquisa e mostrou a especificidade e itinerário de execução do exame de ressonância magnética de campo fechado. Foi visto que, entre outros, o ritual de realização do exame é cercado por momentos de espera para realizar o exame, momentos de confinamento e imobilização na máquina do exame (magneto) e momentos em que são necessárias medidas outras para a conclusão do exame. Todos esses momentos, passíveis de induzir ansiedade e medo, puderam ser estudados nessa pesquisa e apontam para uma complexidade de experiências subjetivas, sendo defendido que a complexidade das experiências subjetivas faz parte da complexidade daquilo que se chama ser humano.

O capítulo quatro cumpriu o objetivo de detalhar o caminho da pesquisa. Foi pautado na metodologia qualitativa em saúde e ao respeito à ética dos relacionamentos.

O capítulo cinco, primoroso ítem de toda investigação científica, evidenciou a partir das observações de campo e, principalmente, das entrevistas, os resultados da pesquisa, que, nesse capítulo de considerações finais são retomados e concluídos, sem intenção de esgotar o tema. Foi feito nesse capítulo, investigação, análise e interpretação sobre a experiência subjetiva dos três tipos de pacientes (I, II e III) que apresentaram desde nenhuma manifestação ansiosa aparente para realizar o exame, até aqueles que não conseguiram concluir o exame.

Pacientes que realizam o exame de RM de campo fechado sem apresentar sinais ou sintomas de ansiedade e medo são geralmente aqueles que utilizam, não somente para a realização do exame, como também em suas vidas, recursos subjetivos como pensamento em positividade com características resilientes. Independente de terem conhecimento prático do exame, buscam no equilíbrio do Eu serenidade e espírito resignado. Seu foco está no cumprimento de uma tarefa (já que tem que ser feito vou fazer e pronto), sem maiores racionalizações e com pouco espaço para os sentimentos.

Além de uma postura de tranquilidade, uma reconhecida valorização das interações intersubjetivas por parte da equipe de saúde, contribui para uma avaliação positiva por parte daqueles que farão o exame. Um diálogo esclarecedor e empático poderia ser um fator que colaborasse com a regulação psíquica de quem experimenta esse exame.

O estudo da experiência subjetiva de pacientes que passaram pelo exame de RM possibilitou perceber que o ruído da máquina de ressonância é um potente fator complicador para exacerbar ansiedades, embora ele sozinho não seja suficiente para impedir a realização do exame. Possibilitou ainda observar que o ruído é uma queixa muito comum entre pacientes que realizam esse exame, e que, se a divulgação desse fato for do tipo alarmista, pode haver um despreparo para futuros usuários desse serviço, induzindo-os a comportamento ansioso e de esquiva. O mesmo pode ser dito sobre o espaço em que o paciente fica dentro da máquina, o tempo de realização do exame, a imobilidade necessária e o uso ou não de medicamentos. Um trabalho psicoeducativo se faz imperioso aqui.

Essa pesquisa possibilitou perceber que, corroborando com a ideia da singularidade da experiência subjetiva, diferentes recursos subjetivos são ativados por pacientes diferentes mas todos diante de um mesmo fator específico: realizar o exame de RM. É nessa interação de recursos subjetivos diversos, que inclui também fatores físicos/orgânicos, que se produziriam estado subjetivo único, capaz de gerar certa regulação ou desregulação somato/psíquica.

Outro fator que tornou possível ser identificado por essa pesquisa foi o fato de que nem todos pacientes adultos que realizam com dificuldades (ainda que do tipo ansiosa) ou mesmo não conseguem concluir o exame é porque sua ansiedade, sozinha, foi a responsável

por tais dificuldades. Há, ainda, impedimentos de ordem física, como ter que ficar muito tempo imóvel numa mesma posição, ou de ordem biológica, como não poder atender os comandos necessários para prender a respiração, por exemplo. Mais uma vez, a correta identificação prévia dessas diferenciações poderia ter como ganhos: *a)* uma atenção particularizado do paciente, *b)* indicações de outros procedimentos que não os anestésicos e, *c)* exposições à máquina sem o devido preparo.

Entretanto, os achados das entrevistas, o percebido nas observações de campo e mais relatos informais obtidos de pacientes que expressaram frases como “não abri o olho para não vê aquela jaula na minha cabeça”, ou “lembrei do filme *Hannibal* e a máscara que colocaram nele”, ou, “meu maior problema é o nervosismo; dá um medo e a sensação que vou desmaiar”, ou, “tive medo da máquina”, e ainda, “Eu me senti só, achei que ia faltar meu fôlego”, ou, “quando ouvi a voz do técnico me senti aliviado. Estava me sentindo abandonado” sugerem que, esses sim, são os fatores que mais comumente dificultam ou mesmo impedem a conclusão do exame de RM de campo fechado.

É necessário um olhar mais atento ao campo específico do psiquismo desses pacientes, com orientações por parte da equipe de saúde no sentido dos mesmos procurarem ajuda especializada. Quantos poderiam ser beneficiados com a descoberta e posterior tratamento de que padecem de alguma fobia específica, por exemplo, a partir da realização do exame de RM? Embora não seja fácil encontrar psicoterapeutas especializados, as fobias específicas são geralmente as mais fáceis e gratificantes de cuidar, situação rara em psicoterapia (ANDRÉ, 2011). Outra questão que se propõe é: seria possível, identificado a necessidade de ajuda psicológica para esses casos, utilizar o próprio equipamento de RM para compor o quadro de tratamento? São sugestões para futuras pesquisas nesse campo específico.

Esta pesquisa contribuiu, também, para que fossem expostos aspectos da experiência religiosa influenciando marcadamente em alguns pacientes que realizam o exame de RM. Presente em várias pesquisas na área da saúde, como já evidenciado nesse trabalho, a experiência de fé, para além de credo religioso, participa da subjetividade de um número significativo de pessoas que procuram ajuda médica, sobretudo no contexto brasileiro fundamentado na fé cristã (PAIVA, 2005). Inclinado para crer em Deus, ou qualquer outro nome que adquira, o homem é um ser biopsicossocioespiritual. De fato, a crença torna-se em fé no ponto da ação e da reação. Subjetivamente alguns pacientes acionam seu estoque de conhecimento de Deus e submetem-se a ele como principal consolador, conforme ele mesmo prometeu nos evangelhos.

Enriquecedor também foi ouvir sugestões de melhoria do serviço de RM a partir de quem vivencia esse momento na condição de paciente. Tal oportunidade mostrou-se como

valiosa para o cuidado implicado na atenção à saúde e no processo saúde-doença. Além de subsidiar esse trabalho, essa estratégia pôde sinalizar para mudanças necessárias que precisam ocorrer no serviço ora pesquisado, bem como na instituição como um todo.

Assim: a) descumprimento de horários, b) entrevistas mais esclarecedoras, c) melhor privacidade para os pacientes, d) a criação de substitutivos para os procedimentos anestésicos sem prescindir dos mesmos, e) a utilização de recursos que já acompanham os equipamentos e que têm função de diminuir ansiedades, f) instruções simples que inclusive estão prescritas nos manuais do fabricante do equipamento como, por exemplo, pedi para todo paciente que for fazer o exame de RM permanecer de olhos fechados, g) manuais exclusivamente feitos com a função de preparar o paciente para o exame e, h) a presença sempre que necessária de um profissional da psicologia da saúde, sinalizam-se como alternativas que expressam cuidado ao paciente e otimização do procedimento.

Outro ponto que deve ser sinalizado nesse momento sob o risco de cometer-se injustiça, foi o fato da equipe de profissionais de saúde não haver recebido nenhum tipo de crítica negativa direta enquanto participavam do processo de realização do exame desde a recepção. Fruto de uma política de humanização permanente em ações e serviços de saúde, sobretudo na área da segurança, a instituição pesquisada e os profissionais de saúde envolvidos destacam-se com méritos. Os pontos importantes a melhorar identificados nessa pesquisa, possibilitam por parte da instituição não a sua negação, mas o reconhecimento dos mesmos, e, com base em sua trajetória inicial marcada pelo cuidado dos que possuem menos, enfrentá-los com responsabilidade.

Essa pesquisa possibilitou também perceber o investimento no parque de radiodiagnóstico institucional pesquisado. O aumento no espaço físico e a aquisição de equipamentos de última geração na área sinalizam para um atendimento que possa oferecer conforto, segurança e precisão nos exames.

Inexistente até o momento dessa pesquisa, a possibilidade da criação de um Departamento de Psicologia inserido no organograma institucional torna-se urgente e necessário. De outra forma, acredita-se, a instituição permanecerá uma gigante na área biológica, uma gigante na área social, uma gigante na área espiritual (uma vez que é confessional), porém uma anã na área psicológica. Essa pesquisa sinaliza para uma possibilidade de integração de conhecimentos atentos à experiência subjetiva de quem procura os serviços oficiais de saúde. Essa integração pode vir da sociologia, da biomedicina, da psicologia e da teologia, sem negar outras áreas possíveis.

Se aproximando do final, é possível dizer que um leitor atento poderia perceber nessa pesquisa, que foi extremamente desafiante para o autor, algo importante que foi destacado,

bem como outros que foram omitidos, ou por falta de espaço ou mesmo por falta de percepção, devido deficiência de exercício melhor elaborado de aproximação e distanciamento do tema. É a oportunidade para outros fazerem suas hipóteses e desenvolverem novas ideias e pesquisas. Essa pesquisa pretende ser uma pequena contribuição para outras, nesse campo.

Por fim, o principal benefício para o autor dessa pesquisa foi o surgimento de um lastro de luz no porão escuro que possuía em investigação científica séria. Para a psicologia, a oportunidade de mostrar que essa é uma área ampla e diversificada, com possibilidades ainda pouco exploradas como é o caso de psicólogos da saúde atuando diretamente na preparação psicológica de exames médicos complementares de alta complexidade. Para a ciência como saber, um momento de questionamento forte sobre suas possibilidades e limites, e a admissão de que ao chegar aos seus confins, conseguiu sua maior glória, reconhecer que a realidade, e em especial o ser humano, é um grande e maravilhoso mistério.

## REFERÊNCIAS

AMADO, G. Implicação. In: BARUS-MICHEL, J; ENRIQUEZ, E; LÉVY, A. **Vocabulaire de Psychosociologie** – références et positions. Lisboa: Éditions Éres, 2005.

ANDRÉ, C. **Psicologia do medo: como lidar com temores, angústias e pânico**s. Trad. João Batista Kreuch. 4 ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2011.

ALVES, P. C. B. SOUZA, I. M. A. Escolha e avaliação de tratamento para problemas de saúde: considerações sobre o itinerário terapêutico. In: RABELO, M. C. **Experiência de doença e narrativa**. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 1999.

ARDOINO, J. Polysémie de l'implication. **Pour**, nº 88, pp. 19-22, Paris: Payot, 1983.

AZADBONI, R. M., RABINATAJ, S. A. Faith, and health psychology. **Procedia - Social and Behavioral Sciences** 30, 1530-1533, ELSEVIER, 2011.

BARUS-MICHEL, Jacqueline. O sujeito, seu sofrimento e os recursos terapêuticos. IN: VIEIRA FILHO, Nilson Gomes (org.). **Psicologia da Saúde: do “controle” à promoção de cuidados da saúde**. Manaus: EDUA, 2012

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

BLOOM, B. L. Health Psychology. **A Psychological perspective**. Englewood Cliff: Prentice Hall, 1988.

BUSTAMANTE, J. A. **Psicología médica**. La Habana: Editora Científico Técnica, 1969.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Nacional de Ações Básicas de Saúde. **Conceitos e definições em saúde**. Brasília, 1977. Disponível em <<http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/0117conceitos.pdf>> Acesso em: 13/07/2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Lei no 8.080 de 19 setembro de 1990**. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/18080.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/18080.htm)> Acesso em 23/07/2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.224/GM Em 5 de dezembro de 2002**. Disponível em: <<http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2002/Gm/GM-2224.htm>> Acesso em: 23/07/2014.

BREAKWELL, C. M. (et.al). **Métodos de pesquisa em psicologia**. Trad. Felipe Rangel Elizalde, 3ª ed. – Porto Alegre: Artmed, 2010.

CALATAYUD, F. M. **Introducción ao studio de la psicología de la salud**. Editorial UniSon, República do México: 1997.

CALATAYUD, F. M. A psicologia: experiências e contribuições à saúde da comunidade. In: SARRIERA, J. C. (org.) **Saúde Comunitária: conhecimentos e experiências na América Latina**. Porto Alegre: Sulina, 2011.

CLAJUS, T. **Nas mãos de Deus: experiências de uma enfermeira missionária**. Casa Publicadora Brasileira: Tatuí-SP, 2002.

DAL-FARRA, R. A., GEREMIA, C. Educação em saúde e espiritualidade: proposições metodológicas. **Revista Brasileira de Educação Médica**, 34 (4): 587-597, 2010.

DUEÑAS, J. FUILLERAT, R. PÉREZ, N. **La unidad cuerpo, mente y espíritu: una reflexión histórico-filosófica**. La Habana: VI encuentro Latinoamericano de Psicoanalistas y Psicólogos cubanos (tema libre), 1996.

ENDERS, J. et al. Reduction of claustrophobia during magnetic resonance imaging: methods and design of the “CLAUSTRO” randomized controlled trial. **BMC medical imaging**, 2011, 11:4.

ELIAS, N. **Engagement et distanciation**, Paris: Odile Jacob, 1993.

ESCUADERO, R. M. P. KOZASA, E. H. LEITE, J.R. Behavior cognitive protocol to reduce anxiety during a magnetic resonance examination. **Behavioral Medicine Unit**, Psychobiology Department, São Paulo Federal University – UNIFESP- Escola Paulista de Medicina: 2007.

FANTON. R. **Ressonância magnética. Princípio físico e aplicação**. São Paulo: Editora Escolar, 2007.

FERREIRA, A. B. H. **Pequeno dicionário brasileiro da língua portuguesa**. 11ª ed. Editora Civilização Brasileira S. A., Rio de Janeiro: 1979.

GONÇALVES FILHO, J. M. Problemas de método em psicologia social : algumas notas sobre a humilhação política e o pesquisador participante. In : BOCK, A. M. B. (Org). **Psicologia e compromisso Social**. São Paulo : Cortez, 2009.

HAGE, M. C. F. N. S., IWASAKI, H. M. **Imagem por ressonância magnética: Princípios básicos**. *Ciência Rural*, vol. 39, nº 04, jul, 2009.

HATHAWAY, W. L. PARGAMENT, K. I. The religious dimensions of coping: implications for prevention and promotion. In: PARGAMENT, K. I. MATON, I. K. HESS, R. E. (editors). **Religion and prevention in mental health: research, vision, and action**. The Haworth Press, Binghamton: NY, 1991.

HELMAN, C. G. **Cultura, Saúde & Doença**. Porto Alegre: Artmed, 2003.

LAUTERBUR, P. C. Image formation by induced local interactions: examples employing nuclear magnetic resonance. **Nature**, v. 242, n. 16, p. 190-191, 1973. Disponível em <<http://www.nature.com/nature/journal/v242/n5394/abs/242190a0.html>>Doi:10.1038/242190a0. Acesso em: 29/07/2013.

LUFKIN, Robert. **Manual de ressonância magnética**. Editora Guanabara Koogan: Rio de Janeiro-RJ, 1999.

MATARAZZO, J. D. **Behavioral health and behavioral medicine: Frontiers for a new health psychology**. *American Psychologist*, 35, 807-817, 1980.



MARTINS, P. H. Dom do reconhecimento e saúde: elementos para entender o cuidado como mediação. In: PINHEIRO, R. MARTINS, P. H. (Orgs). **Usuários, redes sociais, mediações e integralidade em saúde**. Rio de Janeiro: UERJ/IMS/LAPPIS, 2011.

McINTYRE, T. M. A psicologia da saúde em Portugal na viragem do século. In: **Psicologia: teoria, investigação e prática**. Vol. 2, Univ. do Minho – Portugal. Junho, 1997.

MELÉNDEZ, J. CARLOS. McCRANK, ERNEST. Anxiety-related reactions associated with magnetic resonance. **JAMA** August 11. vol 270 n. 6 1993;270:745-747.

MENDES, E. V. As redes de atenção à saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, 15(5):2297-2305, Belo Horizonte- MG, 2010.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento – pesquisa qualitativa em saúde**. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Abrasco, 2000.

MINAYO, M. C. S. In: SOUZA, E. R. (Org.). **Cursos: Impactos da violência na saúde**. Rio de Janeiro, EAD/ENSP, 2007.

MORAES, R. D. **Prazer-sofrimento no trabalho com automação: estudo em empresas japonesas no Polo Industrial de Manaus**. Manaus: EDUA, 2010.

MORIN, Edgar. **A via para o futuro da humanidade**. Trad. Edgard de Assis Carvalho, Mariza Perassi Bosco. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 2013.

NASCIMENTO, J. **Temas de técnica radiológica com tópicos sobre tomografia computadorizada e ressonância magnética**. 3 ed. Livraria e editora Revinter: Rio de Janeiro, 1996.

PAIVA, G. J. Psicologia da religião, psicologia da espiritualidade: oscilações conceituais de uma (?) disciplina. In: AMATUZZI, M. M. (Org.) **Psicologia e espiritualidade**. São Paulo: Paulus, 2005.

PAIVA, G. J. FERNANDES, M. I. A. Espiritualidade e saúde: um enfoque da psicologia. In: VASCONCELOS, Y. M. (Org.) **A espiritualidade no trabalho em saúde**. São Paulo: Hucitec, 2006.

PARGAMENT, K. I. The psychology of religion and spirituality? Yes and no. **The international Journal for the Psychology of religion**, 9, 1999, p. 3-16.

PÉREZ LOVELLE, R. **La psiquis en la determinación de la salud**. La Habana: Editorial Científico Técnica, 1987.

RIAL, G. P. La relacion de lo genetico, lo neurofisiologico y sociocultural en el proceso de conformacion de lo psiquico. **Revista cubana de psicologia**. Vol. 17, No. 3, Habana, 2000.

RIBES, E. **El conductivismo. Reflexiones críticas**. Barcelona: Fontanela, 1982.

RIBES, E. **Psicología y salud. Un análisis conceptual**. Barcelona: Martinez Roca, 1990.

ROBERTS, R. TOWELL, T. GOLDING, J.F.(eds.) **Foundations of health psychology**. Palgrave, London, 2001.

SILVA, M. R. A. ESPÍRITO SANTO, A. C. G. Intervenção dialógica e atenuação da ansiedade no exame de endoscopia digestiva alta. In: VIEIRA FILHO, N. G.(Org.) **Clínica psicossocial: terapias, intervenções, questões teóricas**. Recife: Editora Universitária da UFPE, 1998.

SÉVIGNY, Robert. Experiência. IN: BARUS-MICHEL, J. ENRIQUÉZ, E. LÉVY, A. **Vocabulaire de Psychosociologie**. Trad. Maria do Rosário Paiva Boléo. Éditions Éres, 2002.

STONE, G. C. **Psicología da la Salud, uma definición amplia**. Revista Latino Americana de Psicología, vol. 20, n. 1, 15-26, 1988.

STREK, D. R. **Pesquisar é pronunciar o mundo**. In: BRANDÃO, C. R. STREK, D. R. (orgs). **Pesquisa participante: a partilha do saber**. Aparecida-SP: Ideias e letras, 2006.

TEIXEIRA, J. A. C. Psicologia da Saúde. **Análise Psicológica**, 3 (XXII): 441-448, Lisboa – Portugal, 2004.

TETZNER, N. Uma vivência espiritual cristã em pessoas com câncer. In: AMATUZZI, M. M. (Org.) **Psicologia e espiritualidade**. São Paulo: Paulus, 2005.

THORP, D. OWENS, R. G., WHITEHOUSE, G., DEWEY, M. E. Subjective experiences of magnetic resonance imaging. **Clinical Radiology**. 41. 276-278, Liverpool – Inglaterra, 1990.

TURATO, E. R. **Tratado da metodologia da pesquisa clínica-qualitativa: construção teórica-epistemológica, discussão comparada e aplicação nas áreas da saúde e humanas**. Rio de Janeiro: Vozes, 2003.

VALLE, E. **Psicologia e experiência religiosa: estudos introdutórios**. Edições Loyola: São Paulo, 1998.

VASCONCELOS, E. M. A espiritualidade no cuidado e na educação em saúde. In: \_\_\_\_\_ (org.) **A espiritualidade no trabalho em saúde**. São Paulo: Hucitec, 2006.

VELLOSO, L.G.C. et al.. Hipnose para controle da claustrofobia em exames de ressonância magnética. **Radiol. Bras**. 43(1):19-22, São Paulo, SP, 2010.

VIEIRA FILHO, Nilson Gomes (org.) **Psicologia da Saúde: do “controle” à promoção dos cuidados na saúde**. Manaus: EDUA, 2012.

VIEIRA FILHO, N. G. HIDALGO, A. F. Promoção de cuidados da saúde: um estudo psicossocial do itinerário terapêutico de amazonenses interioranos com malária. In: VIEIRA FILHO (Org.). **Psicologia da Saúde: do “controle” à promoção dos cuidados na saúde**. Manaus: EDUA, 2012.

WERLANG, H.Z. **Manual do residente em radiologia**. 2 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2009.

### Ressonância Magnética (ANEXO A)

Nome:.....Profissão:.....  
 Idade:.....Peso:.....Altura:.....Sexo ( )M ( )F  
 Telefone:.....e-mail:.....  
 Médico Solicitante:.....( ) Interno ( ) Externo

A ressonância magnética, o mais moderno método de diagnóstico por imagem utilizado na investigação médica, oferece sobre os métodos de diagnósticos convencionais, entre outras e grandes vantagens, não utilizar radiações ionizantes. Seu funcionamento é baseado principalmente em fenômenos magnéticos, os quais até onde se pode avaliar, são inofensivos para o organismo humano. Embora os fenômenos magnéticos não façam mal diretamente ao paciente, podem, todavia, movimentar peças metálicas que estejam no corpo ou sobre ele, e alterar o funcionamento de aparelhos baseados em fenômenos elétricos, tais como: marca-passo, aparelho de audição, neuro estimuladores e outros; em todas essas situações pode haver lesões físicas e gravidade variável.

Danos de natureza puramente material podem ocorrer sobre: cartões de crédito ou de banco, fitas magnéticas, de áudio e de outra natureza, relógios de ponteiro, câmeras fotográficas, etc.

Visto não ser possível determinar com exatidão a duração de um exame por Ressonância Magnética, pela existência de múltiplos e variáveis fatores, o início do seu exame pode sofrer atraso. Se isto ocorrer, contamos com sua compreensão.

Os exames radiográficos anteriores da região a ser agora examinada são da maior importância para o planejamento e a interpretação dos exames por Ressonância Magnética. Não esquecer de trazê-los.

#### QUESTIONÁRIO

1. Você trabalha em alguma atividade que envolva a manipulação de metais?  
 ( ) Sim ( ) Não Quais?.....
2. O Sr.(a) é portador(a) de:
 

( ) Sim	( ) Não	Marca-passo
( ) Sim	( ) Não	Clipes de cirurgia de aneurisma
( ) Sim	( ) Não	Placas, parafusos ou hastes metálicas
( ) Sim	( ) Não	Aparelhos de audição
( ) Sim	( ) Não	Pontes dentárias móveis
( ) Sim	( ) Não	Maquiagem permanente
3. O Sr.(a) apresenta alguma dessas condições:
 

( ) Sim	( ) Não	Claustrofobia (medo de lugar fechado)
( ) Sim	( ) Não	Asma
( ) Sim	( ) Não	Retenção urinária
4. Instruções gerais:
  - a) Deixe com seus familiares seus pertences pessoais, incluindo relógios, carteiras, porta cédulas, anéis, moedas, grampo de cabelo;
  - b) Se estiver usando maquiagem no rosto, remova-a;
  - c) Não entre na sala de exame com qualquer objeto metálico solto;
  - d) Retire as pontes dentárias metálicas e aparelhos de audição.
5. Descreva os sintomas que levaram o seu médico a solicitar esse exame:  
 .....

Consulte-nos caso haja qualquer dúvida.

...../...../.....

\_\_\_\_\_  
 Assinatura do paciente ou responsável

## Apêndice A



UNIVERSIDADE FEDERAL DO AMAZONAS - UFAM

FACULDADE DE PSICOLOGIA - FAPSI

PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA – PPGPSI

MESTRADO EM PSICOLOGIA

## TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO – TCLE

Convidamos o Sr.(a) \_\_\_\_\_ para participar do projeto de pesquisa “**Experiência subjetiva de pacientes que realizam o exame de ressonância magnética de campo fechado**”. O principal objetivo é estudar a experiência vivida pelo paciente durante o exame de ressonância magnética de alto campo para ver se há ou não alguma dificuldade em fazê-lo e depois propor uma melhora no serviço de ressonância magnética para quem tem essas dificuldades. Sua participação nesta pesquisa consistirá em realizar uma entrevista individual, de aproximadamente duas horas, sobre essa experiência vivida no exame de ressonância magnética, que será gravada em áudio, durante essa entrevista você deverá responder livremente as questões colocadas pelo pesquisador. A entrevista é de caráter sigiloso, seu nome, endereço e qualquer tipo de identificação serão preservados, e não serão divulgados pelo pesquisador em qualquer hipótese. Sua participação é voluntária. Poderá desistir da pesquisa sem qualquer tipo de prejuízo. Se houver alguma dificuldade no relacionamento com o pesquisador, embora saiba que os riscos inerentes à sua participação são mínimos, ressaltamos que caso haja algum tipo de constrangimento diante de alguma pergunta durante a entrevista, será dado tempo e os esclarecimentos necessários para que sejam minimizados diretamente e no mesmo momento pelo entrevistador que é psicólogo. Sendo assim, pedimos que quando houver alguma dificuldade de relacionamento ou de outro tipo, pedimos que dialogue primeiramente com o pesquisador ou se necessário solicite a intermediação da direção do hospital. Os benefícios que essa pesquisa pode trazer: a melhoria do atendimento na sala de ressonância magnética e um melhor bem estar nesse ambiente hospitalar. As gravações serão transcritas de forma sigilosa e utilizadas unicamente para fins da pesquisa. A divulgação prevista desta pesquisa deverá ser na forma de artigo científico e/ou outro tipo de texto, garantindo todo respeito aos aspectos éticos e profissionais.

Para qualquer outra informação você poderá entrar em contato com os pesquisadores Davi Araújo Cunha, telefone (92) 9162 1294, endereço eletrônico [daraujocunha@hotmail.com](mailto:daraujocunha@hotmail.com) e Nilson Gomes Vieira Filho, telefone 3305 4127, e-mail [ngovi@uol.com.br](mailto:ngovi@uol.com.br)

Fui informado(a) sobre o que o pesquisador quer fazer e porque precisa de minha colaboração, e entendi a explicação. Por isso, **concordo** em participar do projeto, sabendo que não serei remunerado e que posso sair quando quiser. Estou recebendo uma cópia assinada deste documento, que vou guardar.

GRAVAR ( )

NÃO GRAVAR ( )

\_\_\_\_\_

ou

Data \_\_\_/\_\_\_/2013

Assinatura do participante

Data \_\_\_/\_\_\_/2013

Pesquisador Responsável

Impressão do dedo polegar

## APÊNDICE B



**UNIVERSIDADE FEDERAL DO AMAZONAS – UFAM**  
**PRÓ-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO - PROPESP**  
**PROGRAMA DE PÓS GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA – PPGPSI**  
**FACULDADE DE PSICOLOGIA – FAPSI**  
**MESTRADO EM PSICOLOGIA**  
**Roteiro previsto para a entrevista semiestruturada individual**  
**( Tipos I, II e III)**

1. Dados de identificação

Nome: \_\_\_\_\_

Idade: \_\_\_\_\_ Profissão: \_\_\_\_\_

Sexo: \_\_\_\_\_ Religião: \_\_\_\_\_ Tipo de convênio \_\_\_\_\_

Data da entrevista.: \_\_\_\_\_ Data do exame: \_\_\_\_\_

Região do corpo para estudo: \_\_\_\_\_ Hipótese Diagnóstica \_\_\_\_\_

Renda familiar: ( ) entre 1 e 3 salários mínimos ( ) entre 4 e 6 salários mínimos  
 ( ) entre 7 e 10 salários mínimos ( ) acima de 10 salários mínimos.

2. Dados sobre a experiência subjetiva

Conhecimento anterior do exame de RM.

Como surgiu a demanda que a levou ao medico e ao exame de RM.

Como vivenciou o momento de espera do exame.

Como foi sua experiência dentro da sala e realização do exame.

Como dormiu antes do exame

Caso tenha jejuado, qual o sentido que dá para esse jejum

3. Dados do atendimento no serviço RM.

Como foi seu relacionamento com os profissionais desde a recepção até o serviço RM.

Informações importantes dadas pelos profissionais durante o percurso acima.

Sugestões que você pode fazer para melhoria durante este percurso e no exame RM.

4. Observações:

---

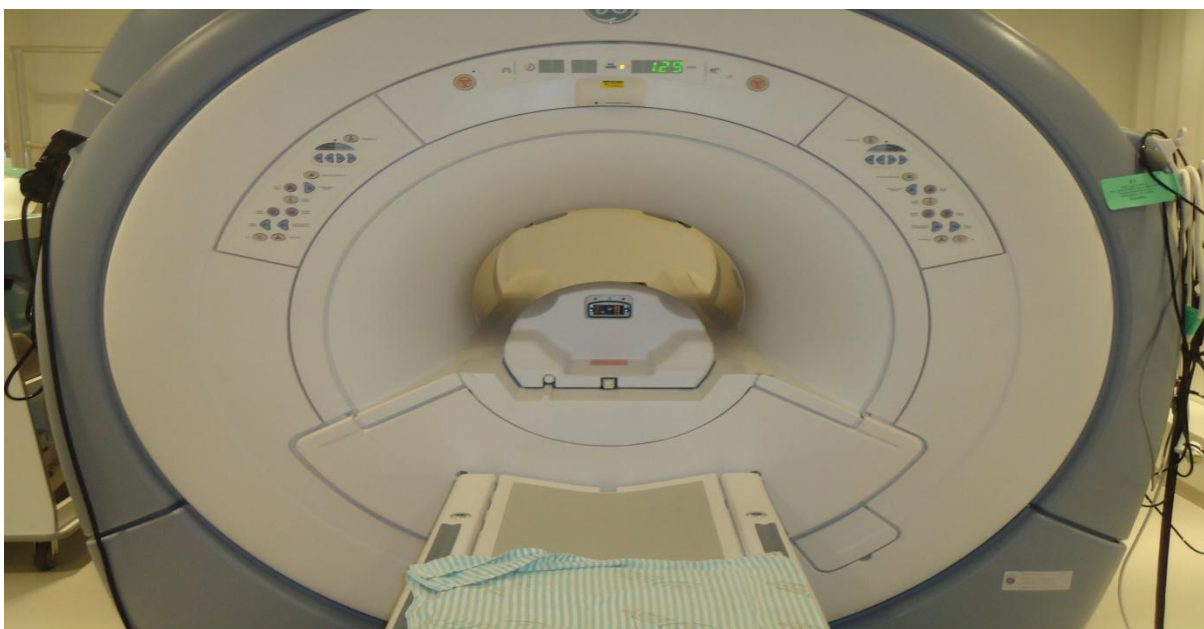


---

## APÊNDICE C



**FIGURA 1.** Equipamento de Ressonância Magnética de baixo campo (campo aberto) de 0.3 t. (tesla). Pode ser fabricado em forma de túnel ou em forma de C (no exemplo, um em forma de C, bem mais tolerado para pacientes com manifestações ansiosas).

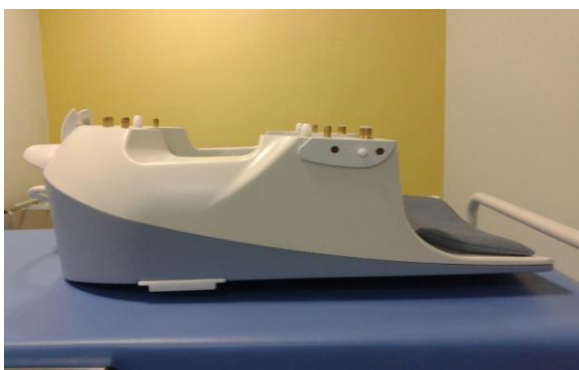


**FIGURA 2.** Equipamento de Ressonância Magnética de campo fechado de 1.5 t (tesla). Sua fabricação, geralmente neste formato (túnel) e com esta potência de campo magnético, são atualmente os mais adquiridos no espaço médico e também os mais evitados por alguns pacientes. Fonte das imagens: Arquivo do pesquisador.

## APÊNDICE D



**Figura 3.** Parte superior da bobina da cabeça



**Figura 4.** Parte inferior da bobina da cabeça



**Figura 5.** Bobina montada. Além de entrar no “túnel”, o paciente precisa usar esse “capacete” em alguns exames de RM da cabeça.



**Figura 6.**



**Figura 7.**



**Figura 8**

**Figuras 6,7 e 8.** Respetivamente usadas para o exame de ressonância magnética de Tórax e Abdomen (6); joelhos, tornozelos e pés(7) e Col. Cervical, dorsal e lombo-sacra (8). Fonte das imagens: Arquivo do pesquisador.