

REPRESENTAÇÕES SOCIAIS DO PROCESSO SAÚDE-DOENÇA ENTRE NEFROLOGISTAS E PACIENTES RENAI CRÔNICOS

André Faro Santos^{*1,2}, Rochele Bezerra Barbosa¹,
Soraya Ramalho Santos Faro², & Antônio Alves Júnior²

¹Faculdade Pio Décimo, Aracaju, Sergipe, Brasil

²Universidade Federal de Sergipe (UFS), Aracaju, Sergipe, Brasil

RESUMO: Esta pesquisa propõe-se a analisar as Representações Sociais do processo saúde-doença que permeiam a relação entre médicos nefrologistas e pacientes renais crônicos. Para tal, procurou-se delinear os conceitos incorporados por estes médicos e pacientes através da Análise de Conteúdo de Bardin, fazendo-se em seguida uma análise quanti-qualitativa dos dados objetivando-se investigar o conteúdo dos discursos destes atores sociais referentes às concepções de saúde, doença e tratamento clínico. Elaboraram-se gráficos contendo as porcentagens quantificadas destas concepções no intuito de serem analisados os dados mais relevantes no estudo. Ao final, observou-se uma dissonância entre as Representações Sociais quando são enfatizadas as concepções sobre saúde e doença que influenciam nos objetivos, posturas, adesão ao tratamento e forma de lidar com a doença, tanto por parte dos médicos como dos pacientes. As Representações Sociais delineadas nesta pesquisa não tiveram reciprocidade na comunicação destes dois atores quando dialogam sobre o mesmo objeto: o processo saúde-doença.

Palavras chave: Insuficiência Renal Crônica (IRC), Representações sociais, Relação médico-paciente, Saúde-doença.

THE SOCIAL REPRESENTATIONS OF HEALTH-DISEASE PROCESS BETWEEN NEPHROLOGISTS AND PATIENTS WITH END-STAGE RENAL DISEASE

ABSTRACT: This study provides to analyze the Social Representations of health-disease process, which permeate the relations between nephrologists and patients with end-stage renal disease. It tried to delineate the concepts that physicians and patients through the Bardin's Analysis Method, following by a quantitative and a qualitative analysis in order to investigate the contents of these social actors speech concerned to notions of health, disease and clinical treatment. Graphics were developed with the analyzed percentages of these concepts to plan the analyze of the more important informations of this study. In conclusion, there is a disagreement between Social Representations when emphasized the conceptions about health and disease, which acts on the purposes, postures, treatment adherence and the way to work with the disease by the physician and by the patient. The Social Representations didn't have reciprocity at communication between actors about the same objects: health-disease process.

Key words: End-Stage Renal Disease (ESRD), Health and disease process, Physician-patient relation, Social representations.

* Contactar para E-mail: andrefaro@superig.com.br

O estudo das Representações Sociais, iniciado com Serge Moscovici em 1978, na sua publicação acerca das Representações Sociais da Psicanálise, trouxe para a Psicologia um instrumento de suma importância para o conhecimento dos saberes do senso comum como modelos e formas de aquisição de conhecimento sobre os objetos e experiências da realidade cotidiana dos sujeitos em comunidade.

No processo de busca pela adaptação biopsicossocial pela população no geral, o saber comum é base para a criação de teorias que também procuram respostas para os acontecimentos cotidianos, passando por etapas de elaboração e reformulação contínua transladadas pelos próprios sujeitos que experienciam a realidade. Estes são os conceitos criados a partir da vivência de uma pessoa, grupo ou comunidade, que irão influenciar, quiçá determinar, o rol de comportamentos e atitudes de um sujeito diante de sua realidade, esta que por mais que seja multiforme, possui um ponto de vista social que depura sua percepção: o parâmetro de suas representações simbólicas e sociais, aprendidas e passadas como saber histórico-prático de indivíduo a indivíduo em seu desenvolvimento psicossocial.

Na busca de contribuir para a reflexão e debate que são levantados pelas ciências sociais e humanas, este estudo aborda dois aspectos inerentes à vida de um indivíduo: a saúde e a doença. Um tema vasto, cuja investigação traz à tona conteúdos simbólicos que coexistem no doente e na sua comunidade. Os comportamentos e posturas manifestadas por um sujeito diante do seu adoecimento são produtos do que é introjetado e que se propaga socialmente como verdade. Sendo assim, é através do entendimento das expectativas e conceitos de um indivíduo ante o saber científico – o saber médico – que se torna possível a compreensão dos valores que são ressignificados pelo filtro social, vivenciados na relação médico-paciente, que fazem parte de um contexto maior que é o processo saúde-doença e suas vicissitudes.

A presente pesquisa teve como escopo identificar e analisar as Representações Sociais que estão inseridas no processo saúde e doença numa clínica de hemodiálise em Aracaju (SE) a partir do discurso de médicos nefrologistas e pacientes que estão em tratamento de hemodiálise. De acordo com o conhecimento dos conceitos que permeiam o cotidiano destes indivíduos, acredita-se que é possível a reflexão acerca das implicações destas Representações Sociais no tratamento médico e diálogo entre os profissionais e pacientes em vista dos objetivos de tratamento ou cura de uma dada patologia.

Considera-se oportuno trazer estas questões à pauta com o objetivo direcionar-se um maior esclarecimento no que concerne às diversas concepções acerca de um determinado objeto, aqui saúde e doença, enfatizando suas implicações nos moldes de relacionamento entre o médico, o paciente e o seu meio social, três esferas de uma única realidade.

MÉTODO

Na amostra, entrevistou-se 04 (quatro) médicos com especialização em Nefrologia, com mais de 01 (um) ano de experiência em clínica de Hemodiálise, e 04 (quatro) pacientes em tratamento de Hemodiálise, com mais de 01 (um) ano de inclusão no serviço. Os sujeitos deveriam estar na fase adulta e ter entre 18 (dezoito) e 70 (setenta) anos de idade, podendo ser de ambos os sexos. O local da pesquisa foi uma clínica de Hemodiálise localizada na cidade de Aracaju (SE). Utilizou-se como instrumento uma entrevista acerca da temática do processo saúde-doença, com perguntas semidirigidas, gravada e transcrita a posteriori, sob a ótica da pesquisa quanti-qualitativa.

As entrevistas com os pacientes e com os médicos foram efetuadas com uma duração média de 20 (vinte) minutos na própria clínica e na sala de hemodiálise durante o tratamento. Antes de cada entrevista apresentou-se um termo de consentimento, em que estavam explicitados os padrões éticos em pesquisa com seres humanos, segundo a resolução nº 196/10/1996.

Após o encerramento da etapa de entrevistas iniciou-se a transcrição e, em seguida, a categorização dos discursos. Neste momento, foram delineados grupos de frases, quantificados pelo método da porcentagem simples, que representaram os conceitos sobre o processo de saúde e doença. Encontrou-se 6 (seis) categorias que ilustraram as Representações Sociais de Saúde, de Doença, da Promoção de Saúde, de como Lidar com a Doença, Principais Fatores que Levam a uma Doença e do Fator/Comportamento Mais Importante para o Restabelecimento da Saúde. Dentro destas, foram estabelecidas subcategorias que fundamentaram a análise das diferenças entre os conteúdos de cada fala de cada grupo entrevistado.

Os dados obtidos nas entrevistas foram analisados de acordo com o método da Análise de Conteúdo de Bardin (Bardin, 1977). Este método de análise foi escolhido devido ao seu caráter focal na comunicação como ponto inicial para estudos acerca de um determinado objeto de pesquisa (Arent, 1998). Sua sistematização e categorização foram executadas a partir do discurso do sujeito, do qual se obtém o material para reflexão sobre as significações e símbolos utilizados na expressão de informações sobre uma temática específica.

Objetiva-se, em consonância com esta investigação, compreender de forma crítica o sentido das comunicações através de uma descrição objetiva, sistemática e quantitativa do conteúdo manifesto ou latente das significações explícitas ou ocultas do conjunto de informações colhidas.

RESULTADOS

Enfatizar-se-á, nesta apresentação dos resultados, alguns dos dados que tiveram o mais alto valor percentual em sua quantificação, ressaltando estas

características por serem encontradas com maior relevância estatística na amostra estudada. Na análise qualitativa buscou-se detectar, nos discursos destes atores sociais, quais as representações sociais sobre saúde, doença e as vicissitudes do tratamento.

As Representações Sociais de Saúde, na porcentagem geral, foram predominantemente concebidas como Bem-estar (21,6%). Observa-se na análise que esta concepção enquadra-se dentro da definição de saúde da Organização Mundial de Saúde. Dado confirmado por Duarte (2002) e Hartmann (1999) em estudos semelhantes onde destacam que, globalmente, a definição de saúde que predomina assenta-se na sensação de bem-estar, harmonia, equilíbrio, em tudo semelhante à definição de saúde da OMS.

Quando abordados sobre as Representações Sociais de Doença os resultados mostraram que a Limitação no geral ou incapacidade para trabalhar (41,6%) foi relatada como a principal característica que identifica o “estar doente” no indivíduo. Hartmann (1999) e Angerami-Camon (2002) encontraram dados similares que se refere à capacidade de manter-se ativo na sociedade como um fator preponderante para a adaptação social e convivência em grupo ou, como dito por Herzlich (1969, 1973 citados por Duarte, 2002), “a chave para se considerar alguém doente é a redução à *inactividade*” (p. 112).

Quando questionados sobre as Representações Sociais dos Fatores ou Comportamentos para a Promoção de Saúde, os indivíduos demonstraram que a Ausência de comportamentos ou comportamentos contrários à promoção de saúde prevalece com o percentual de 61,5% (sessenta e um, cinco por cento) na estatística geral. Esta categoria fundamentou-se principalmente no discurso de negação de atitudes que fomentem a manutenção da saúde ou a sua prevenção, sendo destacada uma maior facilidade em citar doenças ou comportamento, mantidos pelo sujeito, que podem levar a uma doença. Pode-se fazer referência a Duarte (2002) de que as pessoas encontram na doença a sua “forma última e superior de expressão” (p. 76), valendo-se desta para fugir da ansiedade de seu problema e tornar, a partir do discurso na terceira pessoa, a realidade mais suportável. Observamos também que, ao falarem sobre suas doenças, quando questionados sobre promoção de saúde os indivíduos focalizam no externo, são citadas dificuldades para manter atitudes e comportamentos referentes à saúde, responsabilizando o meio externo como o maior fator impeditivo para promover saúde ou incidir em doenças. Duarte (2002), fazendo referência a esta característica, destacou que “na representação social da origem da doença, sobressai a desculpabilidade do indivíduo que, com poucas exceções, considera a doença como uma agressão da qual não é culpado” (p. 84).

Fazendo-se a análise separada dos grupos, médicos e pacientes, encontrou-se nas Representações Sociais de Saúde uma maior dificuldade em estabelecer uma definição de saúde entre os médicos (Gráfico 1).

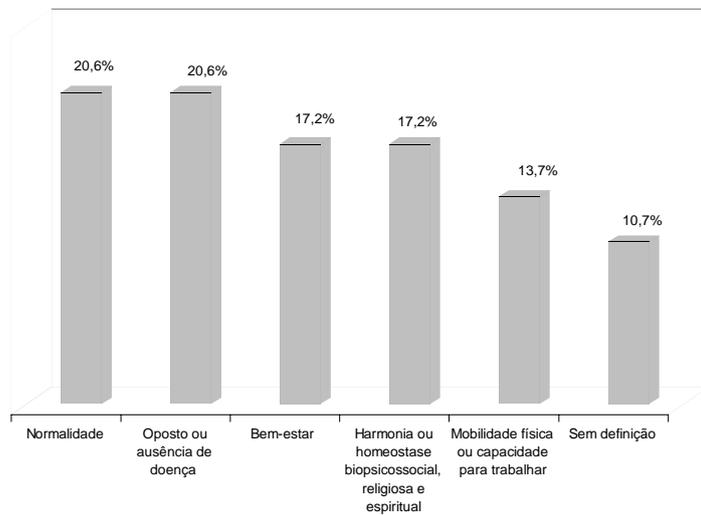


Gráfico 1. Representações Sociais de Saúde-Médicos

Hartmann (1999) percebeu a complexidade da definição de saúde, relatando que o conceito de saúde dos profissionais da área são principalmente calcados no coletivo e os indivíduos ao valerem-se dele para visionar a saúde em sua vida, vivem a partir da experiência do outro.

Com relação aos pacientes, constatou-se que as respostas sobre as Representações Sociais de Saúde tiveram respectivamente o Afeto (29,0%) como a principal concepção de saúde, sendo seguido da sensação de Bem-estar (25,8%) e Controle da doença (16,1%) (Gráfico 2).

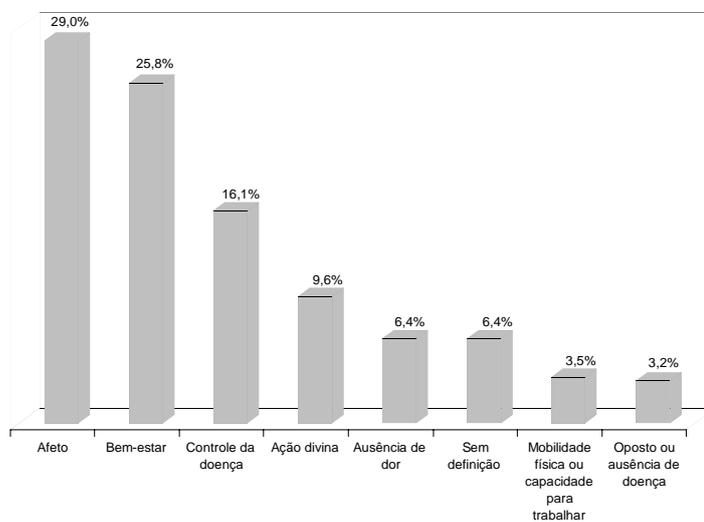


Gráfico 2. Representações Sociais de Saúde-Pacientes

Resultados próximos a estes foram encontrados por alguns estudiosos citados por Pires (1980), quando ressaltaram a importância da estrutura afetivo-familiar na adaptação e controle da patologia do paciente crônico à sua doença.

Na categoria das Representações Sociais dos Fatores ou Comportamentos para a Promoção de Saúde ficou destacada entre os médicos, com 86,1%, a Ausência de comportamentos ou comportamentos contrários à promoção de saúde como característica primordial nesta categoria (Gráfico 3).

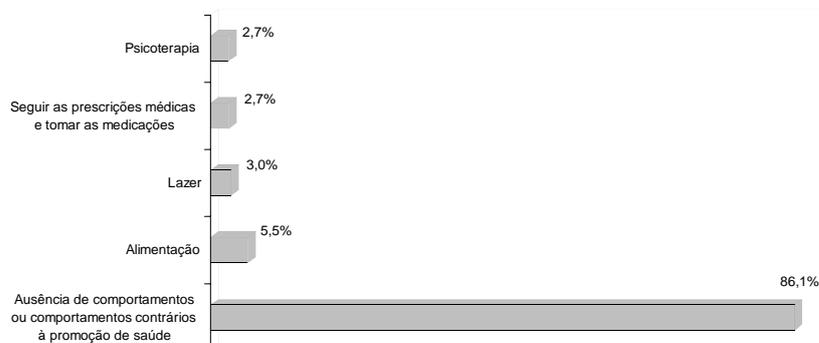


Gráfico 3. Representações Sociais dos Fatores ou Comportamentos para a Promoção de Saúde - Médicos

Evidenciou-se que, com relação à promoção de saúde, os médicos em quase sua totalidade não se fazem ativos na sua cultura pela saúde. Focalizando este dado, chama-se atenção para o que Duarte (2002) citou como “um hiato entre o que as pessoas fazem e aquilo que consideram dever fazer” (p. 96). Este resultado adquire destaque neste estudo já que uma das principais premissas da ciência médica que é a promoção de saúde, foi constatada como uma contradição entre o que é pregado e o que é realmente feito como condição profilática nas ações de saúde.

Também é possível destacar o que foi dito por Duarte (2002), quando falou que a doença na terceira pessoa prevalece em nossa sociedade, sempre sendo vista e projetada no outro. A desresponsabilização pelos comportamentos de saúde assume um significado importante, sobre o qual as interferências causadoras de maus hábitos do indivíduo são julgadas como mais fortes do que o próprio sujeito. Junto aos pacientes, observa-se que há um maior equilíbrio na busca de saúde, dado constatado a partir dos números estatísticos e da variedade, melhor distribuída, das Representações Sociais dos Fatores ou Comportamentos para a Promoção de Saúde. Foram 06 (seis) ao todo, prevalecendo à noção de Descanso, Seguir as prescrições médicas e tomar as medicações e Lazer, todos com 26,6%. Segundo estes dados, infere-se que a vivência de uma doença parece ser uma característica mobilizadora na re-significação dos hábitos e atitudes dos sujeitos. Resultado que teve

similaridade com os de Angerami-Camon (1996), Santos e Sebastiani (1996), Hartmann (1999), Duarte (2002) e Maciel (2002) que explicam que pode ser por causa do confronto com a doença, que surge uma necessidade real e objetiva de mudança em curto prazo dos valores do indivíduo.

Na categoria das Representações Sociais de como Lidar com a Doença, o principal fator destacado pelos médicos foi a Aceitação (47,3%). Ressalta-se que a aceitação, neste estudo, caracteriza-se pela postura ativa na compreensão das implicações da doença sobre a vida do doente, sendo esta a postura que os médicos defendem com maior afinco.

No tópico das Representações Sociais de como Lidar com a Doença, o Apoio e o afeto familiar (42,3%) foi classificado como primeiro fator pelos pacientes (Gráfico 4).

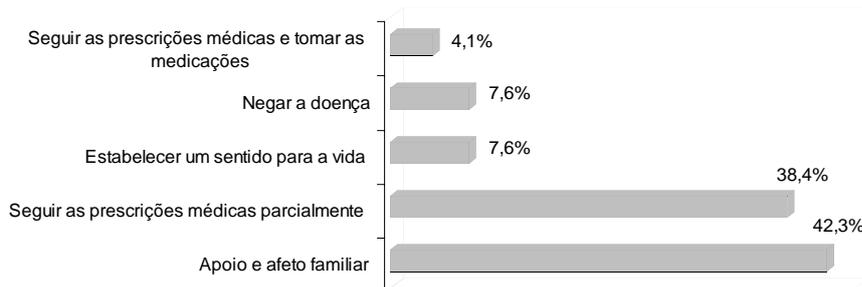


Gráfico 4. Representações Sociais de como Lidar com a Doença-Pacientes

Observamos resultado semelhante em Pires (1980) que relatou que as relações familiares têm grande influência no tratamento e enfrentamento de uma doença pelo indivíduo. Em segundo lugar apareceu Seguir as prescrições médicas parcialmente (38,4%) como um fator também importante para lidar com a doença. Destaca-se este dado pela incompatibilidade dos fatores relacionados como principais para lidar com a doença pelos médicos, que se calçou, principalmente, na aceitação, conhecimento sobre a doença e ter o comportamento pautado nas condutas médicas. Sendo a partir deste resultado, observada a possível negação da aceitação defendida pelos médicos.

Como Representações Sociais do Fator/Comportamento Mais Importante para o Restabelecimento da Saúde, ficou claro que, segundo os médicos, a Informação (42,4%) é o princípio fundamental, caracterizando-se pelo acesso ao conhecimento sobre a doença e sobre as formas de tratamento segundo a ótica da medicina. É o acesso ao saber médico como uma base para a aliança terapêutica.

O principal fator ou comportamento destacado pelos pacientes foi o Bom relacionamento entre o profissional de saúde e o paciente (39,3%), seguido de Apoio e afeto familiar (18,1%) (Gráfico 5).

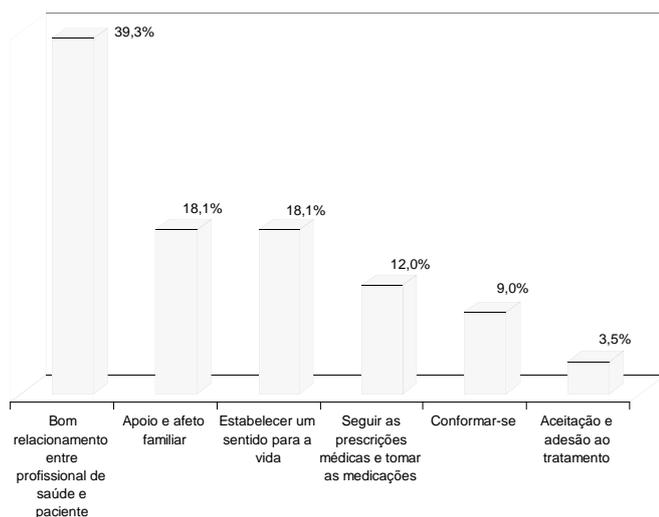


Gráfico 5. Representações Sociais do Fator/Comportamento Mais Importante para o Restabelecimento da Saúde-Pacientes

Com base nestes resultados, acredita-se que o principal fator para o restabelecimento da saúde, segundo os pacientes, é a relação médico-paciente, calcada em valores afetivos como apoio e compreensão, estando também alicerçados pela estabilidade das relações familiares.

DISCUSSÃO

No geral, viu-se que a saúde é concebida como o conceito de saúde da OMS, tendo no bem-estar, uma sensação complexa e subjetiva, sua delimitação, porém, ao partir-se para um contexto específico, ela é interpretada e adequada segundo a demanda do grupo social que a declara.

A doença é descrita com maior facilidade na pesquisa, estando centrada na desresponsabilização, projeção das causas da patologia e do seu status próprio na sociedade. A doença, como entidade distinta, cria uma nova identidade no indivíduo, tornando-o diferenciado no seu grupo pela patologia; o desviante do normal, excluído de seu status de igual e refém de um marcante destino (Duarte, 2002).

Nas Representações Sociais dos fatores ou comportamentos para a promoção de saúde observa-se que, geralmente, a cultura pela saúde é ainda incipiente. A promoção de saúde é dada através dos cuidados paliativos e remediativos, tendo pouca atenção a questão da profilaxia. A preponderância da ausência de fatores que promovem saúde demonstrou que está implícita uma concepção de doença externa e reforçadora da desculpabilidade do indivíduo

ante a mesma, tal como o encontrado por Hartmann (1999) e Duarte (2002). A doença é tida como uma invariável do ambiente, em que o sujeito percebe sua interferência nas causas da doença, entretanto tem poucas possibilidades de modificar o contexto que o conduz ao estar doente.

As Representações Sociais de como lidar com a doença que se destacam para os médicos é a aceitação, calcada na informação e compreensão objetiva da doença, é a mais adequada postura a ser assumida diante de uma doença. Já os pacientes, por outro viés, relatam que o afeto é o principal fator para o enfrentamento de uma doença, estando fundado no apoio e estabilidade das relações familiares a forma de lidar com sua patologia. Vários autores como Angerami-Camon (1996, 2002), Santos e Pires (1980), Sebastiani (1996), Hartmann (1999), Coelho (2001), e Maciel (2002) já destacaram que o vínculo mantido pelo profissional de saúde e o paciente é o principal fundamento a ser cultivado no processo de saúde e doença, sendo uma necessidade de primeira categoria na avaliação dos pacientes.

Deduz-se neste trabalho que esta postura de aceitação, defendida pelos médicos, é de difícil prática por dois motivos: a concepção que a doença é externa desculpabiliza o indivíduo e compromete a ação do profissional, pois o doente é inicialmente *inocente*; o segundo motivo é que, para que essa aceitação ocorra, é necessário o apoio e o estabelecimento de um bom vínculo entre a família e o doente – expectativas do paciente – sejam as premissas básicas para a percepção das mudanças requeridas.

Como segunda postura mais adequada para lidar com a doença, os pacientes acreditam que seguir as orientações médicas parcialmente é uma ação válida. Baseados na crença de saber [ou sentir] o que é melhor para sua doença ao discordarem dos médicos, os pacientes refutam a possibilidade de que os médicos conheçam *toda* a gama de fatores que estão intrincados com o seu estar doente. É de se destacar nesta parcialidade em aceitar as orientações que a negação do saber médico foi a principal via de defesa utilizada pelo paciente diante da doença e para seguir as prescrições médicas. Sendo assim, infere-se que a aceitação parcial das orientações médicas e a adequação do tratamento às próprias concepções pode ser relacionada à contradição das representações sobre como lidar com a doença entre médicos e pacientes. Residindo no fato da não compreensão global da demanda do paciente, que é inicialmente de apoio e afeto, a dissonância nos objetivos do médico e do paciente no tratamento, o que incorre em terapêuticas adaptadas sem a precaução e conhecimento necessários à situação.

As Representações Sociais do Fator/Comportamento mais Importante para o Restabelecimento da Saúde fundamentaram-se, principalmente, na relação entre profissionais de saúde e pacientes, tendo nas características afetivas desta relação a variável essencial para a restauração da saúde. Os médicos, com uma noção diferente, defendem como principal fator a informação, esta que o indivíduo deve perseguir para assim poder compreender melhor a sua situação e enfim aceitá-la. Em contraponto, os pacientes defendem que está na qualidade

do vínculo estabelecido entre o médico e paciente o capital valor para o restabelecimento da saúde. Vê-se que o principal fator que os médicos defendem para o restabelecimento da saúde não é concebido como tal pelos pacientes, que ficam na expectativa de obter apoio e compreensão quando se encaminham para o tratamento. Percebe-se que as Representações Sociais envolvidas no restabelecimento da saúde não são recíprocas. Para os médicos, a saúde encontra-se fundada na ciência, no dado técnico de que é a partir do conhecimento sobre a doença que será criada tanto uma expectativa de saúde como também na *relação interpapéis*, em que o médico possui seu papel de conhecedor e o paciente seu papel de consumidor de conhecimento. Para os pacientes, a chave da restauração da saúde está na estabilidade e qualidade das suas relações afetivas no estar doente.

Nas Representações Sociais do processo de saúde-doença dos médicos, a ciência e a forma impessoal de lidar com a doença do indivíduo são as condições básicas para o estabelecimento deste relacionamento. Nota-se que as Representações Sociais dos pacientes sobre o processo de saúde-doença estão calcadas essencialmente em valores afetivos e no saber próprio ao sujeito. Desta forma, tanto as concepções saúde e doença, promoção de saúde, postura ante a doença e restauração da saúde, encontram-se em pólos diferentes de entendimento, o que causa um distanciamento entre o que o profissional tem a oferecer e o que o paciente espera como resposta. Dessa forma, não havendo o estabelecimento de um diálogo comum sobre o mesmo objeto em discussão: saúde e doença; resposta a nossa questão primeira.

Entende-se que esta diferença de Representações Sociais vem a implicar na postura do paciente em seu tratamento e manutenção de cuidados essenciais na sua patologia, podendo chegar a comprometer a ação do médico, como também de toda a equipe de saúde, por não conseguir adentrar na realidade da doença do indivíduo em si, mas somente percorrer os dados científicos que o identificam com uma patologia isolada dentro da normalidade estatística.

CONCLUSÃO

Em acordo com os resultados obtidos neste estudo, deduz-se que a principal característica a ser estabelecida na relação médico-paciente é a *empatia*. A capacidade de perceber uma situação tendo como parâmetro a ótica do outro, conhecendo como ele vivencia sua experiência, compreendendo suas motivações para agir de uma determinada forma e não de outra; é entender o sujeito a partir das suas intenções e expectativas sobre seus atos, criando, na relação empática, a possibilidade de intervenção científica e também pessoal, baseada na sua demanda biológica e afetiva, pois, ao procurar ajuda, não é só o biológico que precisa ser tratado, mas é a integridade de um sujeito que está enredada no estar doente.

Concordando com Angerami-Camon (2002) acredita-se que “é o resgate de nossa condição humana que está em questionamento quando abordamos essa maneira peculiar de compreensão da doença e do paciente” (p. 57), o seu significado afetivo da relação.

Enfim, para que se possa conhecer *tudo isto* que é preciso ser compreendido na relação com o paciente, basta começarmos com uma singela, porém essencial, atitude: *perguntar e ouvir*.

REFERÊNCIAS

- Angerami-Camon, V.A. (1996). *Psicologia hospitalar: teoria e prática* (pp. 99-114). São Paulo: Pioneira Thompson Learning.
- Angerami-Camon, V.A. (2002). *Urgências psicológicas no hospital*. São Paulo: Pioneira Thompson Learning.
- Arent, M. (1998). Análise de conteúdo. *Revista de estudos* 21 (1), 27-40.
- Bardin, L. (1991). *Análise de conteúdo*. Lisboa, Portugal: Edições 70.
- Coelho, M.O. (2001). A dor da perda da saúde. In Angerami-Camon (Org.), *Psicossomática e psicologia da dor* (pp. 69-92). São Paulo: Pioneira Thompson Learning.
- Duarte, S.C. (2002). *Saberes de saúde e doença. Porque vão as pessoas ao médico?* Coimbra: Quarteto Editora.
- Hartmann, J.B. (1999). Saúde e doença na perspectiva dos profissionais de saúde no hospital. *Aletheia* (9), 39-49.
- Maciel, S.C. (2002). A importância do atendimento psicológico ao paciente renal crônico em hemodiálise (vários autores), *Novos rumos na psicologia da saúde* (pp. 55-72). São Paulo: Pioneira, Thompson Learning.
- Moscovici, S. (1978). *A representação social da Psicanálise*. Rio de Janeiro: Zahar.
- Pires, A.C.J. (1980). Aspectos emocionais relacionados com a adaptação à situação atual em pacientes renais crônicos em hemodiálise. In D. Zimmermann (Org.), *Temas de psiquiatria* (pp. 53-74). Porto Alegre: Artes Médicas.
- Santos, C.T., & Sebastiani, R.W. (1996). Acompanhamento psicológico à pessoa portadora de doença crônica. In V.A. Angerami-Camon (Org.), *E a psicologia entrou no hospital* (pp. 147-176). São Paulo: Pioneira.