

UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ
FACULDADE DE FARMÁCIA, ODONTOLOGIA E ENFERMAGEM
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM –
DOUTORADO

O SEMBLANTE DA CLÍNICA DIALÍTICA NO CONTEXTO DA
PROMOÇÃO DA SAÚDE: reflexões dos profissionais sobre sua práxis

MARIA SOCORRO DE ARAÚJO DIAS

Fortaleza

2005



100.42.73452
R13845908106
09101106 - BCS

O SEMBLANTE DA CLÍNICA DIALÍTICA NO CONTEXTO DA PROMOÇÃO DA SAÚDE: reflexões dos profissionais sobre sua práxis

MARIA SOCORRO DE ARAÚJO DIAS

Tese apresentada ao Programa de Pós-graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Ceará como requisito parcial para obtenção do grau de doutor em enfermagem.

Orientadora:

Professora Dr.^a Neiva Francenely Cunha Vieira - PhD

T616.614
D533P

Fortaleza
2005



13845908
09 05 106

D587Dias, Maria Socorro de Araújo

O semblante da clínica dialítica no contexto da promoção da saúde: reflexões dos profissionais sobre sua práxis/ Maria Socorro de Araújo Dias. – Fortaleza, 2005.

192f.

Tese (Doutorado). Universidade Federal do Ceará. Programa de Pós-graduação em Enfermagem.

1. Promoção da Saúde. 2. Clínica. 3. Insuficiência Renal Crônica. I. Título.

616.614

CDD 3421

O SEMBLANTE DA CLÍNICA DIALÍTICA NO CONTEXTO DA PROMOÇÃO DA SAÚDE: reflexões dos profissionais sobre sua práxis

Tese apresentada ao Programa de Pós-graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Ceará, como parte dos requisitos necessários à obtenção do grau de Doutor.

APROVADA EM: 02 de agosto de 2005.

BANCA EXAMINADORA:

Prof.^a Neiva Francenely Cunha Vieira - PhD

Presidente

Prof.^a Luiza Jane Eyre de Vieira Souza - Dr.^a

Examinadora

Prof.^a Lucilane Maria Sales da Silva – Dr.^a

Examinadora

Prof. Renan Magalhães Montenegro Junior – Dr.

Examinador

Prof.^a Maria Grasiela Teixeira Barroso – Dr.^a

Examinadora

Prof.^a Lorena Barbosa Ximenes – Dr.^a

Examinadora Suplente

Prof.^a Lia Carneiro Silveira - Dr.^a

Examinadora Suplente



**O SEMBLANTE DA CLÍNICA DIALÍTICA NO CONTEXTO DA
PROMOÇÃO DA SAÚDE: reflexões dos profissionais sobre sua práxis**

Esta tese está inserida na Linha de Pesquisa: **Educação, Saúde e Sociedade**, no sub-projeto de pesquisa: **Educação em saúde: saber fazer em construção nos diversos cenários do cuidar da saúde**, do Programa de Pós-graduação em Enfermagem – Doutorado do Departamento de Enfermagem da Faculdade de Farmácia, Odontologia e Enfermagem da Universidade Federal do Ceará.

A realidade social, objetiva, não existe por acaso, mas como produto da ação dos homens, também não se transforma por acaso. Se os homens são os produtos desta realidade e se esta na “inversão da práxis” se volta sobre eles e os condiciona, transformar a realidade opressora é tarefa histórica, é tarefa dos homens.

Paulo Freire

A realidade social, objetiva, não existe por acaso, mas como produto da ação dos homens, também não se transforma por acaso. Se os homens são os produtos desta realidade e se esta na “inversão da práxis” se volta sobre eles e os condiciona, transformar a realidade opressora é tarefa histórica, é tarefa dos homens.

Paulo Freire

À Thaís e ao Thales

.... Dedico este estudo.

AGRADECIMENTOS

Realizar um doutorado, projeto ambicioso, quando se tem que conjugar a tantas outras ações? Escrever uma tese, processo solitário? A resposta seria sim para as duas indagações, se não contássemos com o carinho, apoio, solidariedade, suporte e estímulo de pessoas e instituições. Por isso, o nosso reconhecimento e agradecimento:

A este Ser tão singular e ao mesmo tempo tão complexo; tão abstrato e ao mesmo tempo tão concreto em minha vida, que eu chamo de **Deus**.

À professora Dra. **Neiva Francenely Cunha Vieira**, pelo acolhimento, estímulo e orientação cuidadosa e competente de minha formação como pesquisadora (mestrado e doutorado), sem os quais não teria conseguido a concretude deste sonho.

Aos professores pesquisadores **Jane Eyre, Lucilane Sales, Renan Junior, Graziela Teixeira, Lorena Ximenes e Lia Silveira**, pela participação no exame desta tese.

Aos **profissionais** da Medicina e da Enfermagem da **Clínica Dialítica** por terem sido sujeitos sociais deste estudo e pela amizade preservada.

Aos **professores e colegas de doutorado** em Enfermagem da Universidade Federal do Ceará, pela partilha, pelo espaço de debate epistemológico e pela concretização de novas amizades.

À Universidade Estadual Vale do Acaraú – **UVA**, Santa Casa de Sobral – **SCMS**, Escola de Formação em Saúde da Família Visconde Sabóia – **EFSFVS** e Instituto de Promoção da Saúde – **IPS**, pelo apoio institucional.

Aos amigos **Maristela Inês, Manoel Teixeira, Eliany Nazaré, Rogena Brasil, Rosemiro Guimarães, Cibelly Aliny e Izabelly Monte'Alverne**, pela amizade e pelo convívio profissional impulsionado por uma enfermagem competente.

Ao professor **Vianney Mesquita** pelas correções ortográficas.

Aos amigos sanitaristas **Odorico Monteiro, Ivana Cristina, Inês Amaral e Tomaz Martins**, por haverem despertado em mim uma visão nova à saúde e pelo exemplo de compromisso com a gestão pública.

Ao amigo **Paulo Roberto**, minha referência em Nefrologia, pelo apoio, incentivo e companheirismo.

Aos alunos **Ana Luiza, Cheila Portela, Angelo Brito e Elvina Mourão**, do projeto de Extensão: Educação e Saúde do Curso de Enfermagem da Universidade Estadual Vale do Acaraú, uma menção muito especial de agradecimento pelo apoio recebido na organização do texto final.

À **Katiany, Alzira, Sheila e Rouvani**, pelo apoio fundamental no desenvolvimento de minhas atividades profissionais.

Aos **colegas da Escola de Formação em Saúde da Família**, na pessoa de **Carlos Fontenele**, pela troca solidária e apoio à conclusão desta pesquisa.

Ao companheiro **Fernando**, pela cumplicidade e solidariedade nestes quinze anos de convivência, pelas reflexões construtivas ao modo como vivemos em sociedade e pela militância na busca de um mundo mais fraterno.

À **Thaís e Thales**, pelos desafios a mim colocados de conjugar o exercício de ser mãe com tantos outros “ser”.

À **Dona Benedita e Rosália**, pela delicadeza com que cuidam de meus filhos e de minha casa, ajudando-me a ter a concentração necessária.

À **Socorro Galdino**, minha tia-irmã, pela acolhida carinhosa em sua residência durante o mestrado e doutorado.

A todos os familiares, pelo incentivo e apoio.

À Fundação Cearense de Apoio ao Desenvolvimento Científico e Tecnológico – FUNCAP, pela concessão de bolsa de doutoramento.

RESUMO

Estudos que enfocam a atenção à saúde na clínica revelam que o modelo do sistema profissional dominante é o conjunto do aparato tecnológico e político-legal, limitando o espaço da clínica à reabilitação ou cura e, como consequência, distanciando-a de uma práxis efetivamente promotora de saúde. Este estudo teve como objetivo compreender e analisar as concepções dos profissionais de saúde que atuam com pessoas com IRC sobre a clínica como espaço promotor de saúde. Percorremos o estado da arte sobre clínica e promoção da saúde. Elegemos a concepção de Clínica do Sujeito (Campos, 2003) como semblante de clínica capaz de superar a atenção historicamente determinada pelo modelo flexneriano e de se integrar à rede da Promoção da Saúde. A opção teórico-metodológica do estudo fundamentou-se na hermenêutica-dialética (Minayo, 1999, 2002) pautada na metodologia qualitativa. A pesquisa focalizou a práxis de profissionais de saúde que desenvolvem suas ações numa clínica dialítica numa unidade hospitalar de referência para a zona norte do Estado do Ceará, totalizando 23 profissionais da equipe médica e de enfermagem. Para a coleta de dados, foram utilizadas entrevistas livres, fontes documentais e observações registradas no diário de campo. No tratamento dos dados, aqui entendidos como textos, nos inspiramos no princípio de que os textos devem ser compreendidos em seus contextos nos movimentos sugeridos pela hermenêutica-dialética – explicação, interpretação e crítica. Diante dos resultados, consideramos que na clínica dialítica há uma coexistência de uma Clínica Oficial e de uma Clínica do Sujeito, revelando uma superação do discurso oficial dos sujeitos sociais desta clínica sobre sua práxis para uma clínica promotora de saúde. Destacamos que esta pesquisa oferece uma reflexão que tem o potencial de contribuir para os profissionais de saúde e para as políticas de saúde com uma imagem objetivo de clínica expressa pelos sujeitos sociais do estudo.

Palavras-chave: Promoção da Saúde – Clínica – Insuficiência Renal Crônica – Atenção à Saúde

ABSTRACT

Studies that focus health care on medical practice reveal that the dominant professional model is the complex whole of the technological apparatus and legal policy, limiting the area of medical practice to rehabilitation or cure and as a consequence distancing it from an effective health promoting praxis. This study had the objective of comprehending and analyzing notions about medical practice that is also a health promoting area from health professionals who work with people with CRI (Chronic Renal Insufficiency). We examined the condition of the profession on medical practice and on health promotion. We selected the notion of Medical Practice for the Citizen (Campos, 2003) during the time that it appeared as a medical practice capable of surpassing care historically determined by the Flexnerian model and integrating it into the Health Promotion network. The theoretic-methodological option of the study was based on the hermeneutic-dialectic (Minayo, 1999,2002) guided by the qualitative methodology. The survey focused the praxis of health professionals who develop their actions in a dialysis clinic in a hospital referral unit for the northern zone of the state of Ceará, totaling 23 professionals from a medical and nursing team. For data collection open interviews, documental sources and observations registered in the field diary were used. In dealing with data, understood here as texts, we are enthusiastic about the principle that the texts must be understood in their contexts within the movements suggested by hermeneutic-dialectic – explanation, interpretation and criticism -. Faced with the results obtained, we considered that in the dialysis clinic there is the coexistence of an Official Medical Practice and a Medical Practice for the Citizen, revealing the surpassing of official discourse on social subjects of this medical practice about its praxis for a health promoting medical practice. We point out that this survey offers a reflection that has the potential to contribute towards health professionals and health policies with an objective image of medical practice expressed by the social subjects of the study.

Keywords: Health Promotion – Medical Practice – Chronic Renal Insufficiency – Health Care

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AIDS – Síndrome da Imunodeficiência Adquirida

ANNA –American Nephrology Nurses Association

APERF. NEFROLOGIA – Aperfeiçoamento em Enfermagem em Nefrologia

APUD – Citado por

AUX. ENF – Auxiliar de Enfermagem

CAPES – Comissão de Aperfeiçoamento de Pessoal de Ensino Superior

CE – Ceará

CNPq – Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico

CNS – Conferência Nacional de Saúde

CPDHR – Centro de Pesquisas em Doenças Hepato-Renais da Universidade Federal do Ceará

CUR. TÉC. ENF. – Cursando Técnico em Enfermagem

DPAC – diálise peritoneal ambulatorial continua

DPI – diálise peritoneal intermitente

ENFER – Enfermeiro

ESP. CLI/CIRÚRGICA – Especialização em Enfermagem Clínica Cirúrgica

ESP. EM NEFROLOGIA – Especialização em Enfermagem em Nefrologia

ET AL. – e outros

FUNCAP - Fundação Cearense de Apoio ao Desenvolvimento Científico e Tecnológico

G1 – Grupos de médicos

G2 – Grupos de enfermeiros

G3 – Grupos de técnicos e auxiliares de enfermagem

G1A1 – Autor 1 do G1

G1A2 – Autor 2 do G2

G2A1 – Autor 1 do G2

G2A2 – Autor 2 do G2

G2A3 – Autor 3 do G2

G3A1 – Autor 1 do G3

G3A2 – Autor 2 do G3

G3A3 – Autor 3 do G3

G3A4 – Autor 4 do G3

G3A5 – Autor 5 do G3

G3A6 – Autor 6 do G3

G3A7 – Autor 7 do G3

G3A8 – Autor 8 do G3

G3A9 – Autor 9 do G3

G3A10 – Autor 10 do G3

G3A11 – Autor 11 do G3

G3A12 – Autor 12 do G3

G3A13 – Autor 13 do G3

G3A14 – Autor 14 do G3

G3A15 – Autor 15 do G3

G3A16 – Autor 16 do G3

G3A17 – Autor 17 do G3

G3A18 – Autor 18 do G3

G3A19 – Autor 19 do G3

HD – hemodiálise

HGF – Hospital Geral de Fortaleza

HCV – Vírus da hepatite C

IBID – Ibidem – na mesma obra

INECE – Instituto de Nefrologia do Ceará
IRA – Insuficiência Renal Aguda
IRC – Insuficiência Renal Crônica
LOS - Lei Orgânica de Saúde
LTDA – Limitada
MEST. CLI. – Mestrado em Clínica Médica
MS – Ministério da Saúde
OMS – Organização Mundial de Saúde
ONU – Organização das Nações Unidas
OPAS – Organização Pan-americana de Saúde
PROF – Professor
RES. NEF. – Residência em Nefrologia
SBN – Sociedade Brasileira de Nefrologia
SCMS – Santa Casa de Misericórdia de Sobral
SESA – Secretaria de Saúde do Estado
SOBEN – Sociedade Brasileira de Enfermagem em Nefrologia
SUS – Sistema Único de Saúde
TÉC. ENF. – Técnico em Enfermagem
UFC – Universidade Federal do Ceará
UVA – Universidade Estadual Vale do Acaraú

LISTA DE FIGURAS E QUADROS

FIGURAS

Figura 1 Triangulação dos Instrumentos de Coleta de Dados.....	76
Figura 2 Desenho metodológico para análise.....	86

QUADROS

Quadro 1 Demonstrativo das unidades dialíticas do Ceará.....	52
Quadro 2 Distribuição do número de pessoas que realizaram terapia dialítica na Clínica dialítica da Santa Casa de Misericórdia de Sobral, 2003.....	56
Quadro 3 Distribuição do número de sessões dialíticas realizadas na clínica dialítica da Santa Casa de Misericórdia de Sobral, 2003.....	56
Quadro 4 Caracterização dos profissionais da clínica dialítica da Santa Casa de Misericórdia de Sobral, 2004.....	76
Quadro 5 Textos extraídos das entrevistas com o Grupo 1 – Médicos.....	84
Quadro 6 Textos extraídos das entrevistas com o Grupo 2 – Enfermeiros.....	84
Quadro 7 Textos extraídos das entrevistas com o Grupo 3 – Técnicos e Auxiliares de Enfermagem.....	84
Quadro 8 Documentos orientadores do processo de trabalho na Clínica	84
Quadro 9 Textos dos médicos acerca do modelo vigente de atenção à saúde.....	94
Quadro 10 Textos dos enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem acerca do Modelo vigente de atenção à saúde	98
Quadro 11 Marcas lingüísticas expressas nos documentos da clínica.....	105

Quadro 12 Interfaces dos textos acerca do modelo vigente de atenção à saúde.....	109
Quadro 13 Textos dos sujeitos sociais da clínica acerca do modelo desejado de atenção à saúde.....	113
Quadro 14 – Textos dos sujeitos sociais da clínica sobre a comunicação na clínica de diálise.....	121
Quadro 15 – Textos dos sujeitos sociais da clínica acerca da participação das pessoas com IRC em seu processo saúde-adoecimento-cuidado.....	126
Quadro 16 – Textos dos sujeitos sociais da clínica acerca de promoção da saúde.....	131

SUMÁRIO

CAPÍTULO 1 A CONSTITUIÇÃO DO OBJETO E SEUS DETERMINANTES HISTÓRICOS.....	20
CAPÍTULO 2 O ESTADO DA ARTE	34
2.1 A clínica no contexto socio-histórico e político	35
2.2 Reconstruindo a história das clínicas de diálise no mundo, no Brasil e no Ceará	48
2.2.1 A unidade de diálise de Sobral: um pouco da história.....	53
2.3 Promoção da saúde: determinantes históricos e possibilidades.....	58
CAPÍTULO 3 CAMINHAR TEÓRICO-METODOLÓGICO.....	69
CAPÍTULO 4 DA ASSISTÊNCIA À PROMOÇÃO DA SAÚDE NA CLÍNICA.....	91
4.1 Das condições cotidianas da vida do trabalho dos diferentes sujeitos sociais na clínica.....	92
4.2 A clínica desejada: possibilidades e limites expressos pelos diferentes sujeitos sociais da clínica	112
4.3 A comunicação na clínica de diálise: potencialidades e limites de participação da pessoa com IRC.....	120
4.4 Concepções dos sujeitos sociais da clínica de diálise sobre promoção da saúde.....	130
CAPÍTULO 5 DA CLÍNICA DE DIÁLISE À CLÍNICA PROMOTORA DE SAÚDE: reflexões sobre uma práxis.....	137
REFERÊNCIAS.....	142

APÊNDICES.....	158
ANEXOS.....	191

APRESENTAÇÃO

Inicialmente queremos esclarecer o sentido que atribuímos ao título deste trabalho, isto é, **o semblante da clínica dialítica no contexto da promoção da saúde: reflexões dos profissionais sobre sua práxis.**

A terminologia semblante da clínica, aqui empregada, está respaldada nos estudos de Campos (2003) ao refletir que a clínica em sua ideologia se assenta na preocupação de vender a imagem de uma instituição racional e humana, imaginando a existência de clínica única: a clínica científica e ética. O autor, no entanto, optou por trabalhar com a idéia de semblantes, de faces ou de dobras da clínica, ao considerar que, na prática, há uma diversidade de clínicas, nas quais há entre elas contigüidades e diferenças. Nesse sentido, considerou três semblantes principais sobre os quais a clínica se apresenta: uma Clínica Oficial, uma Clínica Degradada e uma Clínica Ampliada (Clínica do Sujeito).

Este estudo tem a intenção de conhecer o(s) semblante(s) presente(s) numa clínica dialítica. Está organizado em cinco capítulos onde buscamos apresentar os movimentos vividos, ao pôr em diálogo com a realidade a tese de que *a práxis dos profissionais de saúde nos espaços da clínica tem sido limitada por determinantes histórico-sociais para transformá-la num espaço promotor de saúde.*

No **primeiro capítulo**, elucidamos a inspiração para o estudo, partindo das reflexões expressas em nossos trabalhos acadêmicos que apontam para as necessidades sentidas no cotidiano de enfermeira assistente, docente e pesquisadora; apresentamos o objeto a ser compreendido e analisado, situando-o no contexto da produção do conhecimento relacionado à temática. Neste mesmo capítulo, justificamos a relevância deste estudo diante a restrição de produção intelectual nesta área e apresentamos nossos objetivos a partir das questões e pressupostos delineados.

No **segundo capítulo**, passamos a apresentar o estado da arte das questões acerca da clínica e da promoção da saúde, apontando seu processo histórico com suas tendências, tomando-as como objeto para análise, particularizando as ações voltadas para as pessoas com IRC em terapia hemodialítica. Assim, o capítulo 2 foi subdividido em três seções, a saber: A clínica no contexto sócio-histórico e político; Reconstruindo a história das clínicas de diálise no mundo, no

Brasil e no Ceará (com realce para a história da clínica de diálise de Sobral) e Promoção da Saúde: determinantes históricos e possibilidades.

Destacamos no **terceiro capítulo** o referencial da hermenêutica-dialética como teórico-metodológico para o estudo e a opção pela abordagem qualitativa. Apresentamos o processo de desenvolvimento da pesquisa, elucidando o campo da investigação, os sujeitos sociais do estudo, os procedimentos para coleta e análise dos dados, sinalizando para o rigor ético e metodológico assumido neste estudo.

O **capítulo quatro** põe em movimento os construtos teóricos deste estudo com sua realidade prática a partir da interpretação e análise dos dados que versam sobre os movimentos da Clínica Oficial para uma Clínica do Sujeito (Da assistência à promoção da saúde na clínica), apontando as contradições, os consensos, as possibilidades e limitações expressas na linguagem dos profissionais, sujeitos sociais deste estudo. Para tanto, foi subdividido em quatro seções, a saber: Das condições cotidianas da vida do trabalho dos diferentes atores sociais na clínica; A clínica desejada: possibilidades e limites expressos pelos diferentes sujeitos sociais da clínica; A comunicação na clínica dialítica: potencialidades e limites de participação da pessoa com IRC e Concepções dos sujeitos sociais da clínica de diálise sobre promoção da saúde.

Finalizando, o **quinto capítulo**, Da Clínica dialítica à Clínica promotora de saúde: reflexões sobre uma práxis, versa sobre as inferências do estudo no sentido de contribuir para a re-significação da clínica.

CAPÍTULO 1

A CONSTITUIÇÃO DO OBJETO E SEUS DETERMINANTES HISTÓRICOS

Esta seção introdutória visa a elucidar a inspiração para o estudo que desejamos desenvolver, partindo das reflexões expressas em nossos trabalhos acadêmicos que apontam para as necessidades sentidas no cotidiano de enfermeira assistente, docente e pesquisadora. Desta forma, apresentamos o objeto de nossa investigação, situando-o no âmbito da produção do conhecimento relacionado à temática, apontando para a expressão de nossa proposição. Expomos ainda a justificativa de interesse e intencionalidade para concretização do estudo.

Permeiar os espaços da assistência e docência tem viabilizado uma reflexão constante sobre a enfermagem, de modo um tanto particular do cuidar da pessoa com Insuficiência Renal Crônica (IRC) em terapia hemodialítica. Tais reflexões foram registradas na monografia de especialização em Saúde Pública, intitulada: **Adesão do paciente portador de insuficiência renal crônica às terapias de substituição da função renal**, a qual evidenciou diferentes níveis de adesão às distintas terapias que compõem a tríade de suporte ao tratamento da pessoa com IRC, a saber: diálise, dieta e medicamentos (DIAS, 1996). Se, por um lado, esse estudo revelou distintos elementos que contribuíram para elucidar um déficit de conhecimentos em relação à importância da adesão à tríade terapêutica, por outro, deixou indagações na busca de compreender o porquê da situação, ou seja, o significado destas atitudes por parte das pessoas dentro do contexto social e cultural.

Sensível a tais lacunas, passamos a investigar durante o curso de Mestrado o **cuidado na perspectiva da pessoa portadora de IRC**. Os resultados demonstraram que essas pessoas vivenciam situações como medo, culpa, desculpa e transferência do cuidado, resultantes, dentre outros fatores, da inobservância às solicitações/orientações oriundas dos profissionais, indicando que estes fatores precisam ser considerados no processo do cuidar. Esta evidência ampliou o nosso interesse em aprofundar o conhecimento sobre as ações desenvolvidas pelos profissionais na clínica e no modo como estes a concebem, entendendo que distintas concepções determinam diferentes modos de cuidar.

Estudos que enfocam as ações dos profissionais de saúde para e ou com as pessoas em distintos aspectos de atenção à saúde revelam que estas são estabelecidas, quase sempre, sob o prisma do autoritarismo e de relações hierárquicas de poder dos profissionais sobre as pessoas (NUNES, 1999; SMEKE, 2002; PINHEIRO, 2005). Tal

situação tende a dificultar a construção de espaços de autonomia e participação das pessoas que buscam atenção à saúde¹. Estes espaços, uma vez constituídos, contribuem para a efetivação de uma prática promotora de saúde.

Em documento elaborado como proposta para uma política nacional de promoção da saúde, o Ministério da Saúde (MS) (BRASIL, 2002) estabelece a participação da comunidade como uma das diretrizes para a organização do sistema de saúde. Nesta perspectiva, o hospital como parte integrante do sistema de saúde deve constituir-se como espaço comunitário. O sentido comunitário para as pessoas em terapia hemodialítica está presente pelo fato de compartilharem elementos comuns que unem o grupo, tais como: vivem uma situação de doença crônica, co-habitam por um determinado período o mesmo espaço geográfico, possuem condições socioeconômicas semelhantes e estabelecem relações entre si e entre os profissionais, permitindo o estabelecimento de vínculo entre serviço e comunidade.

Vale apresentar de forma sucinta os diversos entendimentos do que é promoção da saúde, bem como a opção conceitual que este estudo tem como referência. Para MacDonald e Bunton (1992), a promoção da saúde apresenta uma característica de desenvolvimento paradigmático, portanto o processo pode não estar claro, mas evidencia-se uma gama de alianças teóricas tendendo a uma multidisciplinaridade. Embora não tenhamos uma definição universal (definições distintas tendem a revelar intenções distintas), a promoção da saúde tem sido concebida a partir de uma integração de ações estruturais e individuais/coletivas; diferenciando-se, portanto, da educação em saúde, que constitui estratégia para alcançá-la.

Naidoo e Wills (1994) também fazem referências a dicção promoção da saúde, distinguindo-a de educação em saúde. Para as autoras, não há um consenso quanto à utilização dos conceitos de promoção da saúde e educação em saúde. Afirmam que estes vêm sendo utilizados diferentemente por variadas pessoas. Recordam, porém, que, para a Organização Mundial de Saúde (OMS), a expressão promoção da saúde guarda consigo uma relação com o holístico numa denotação mais política. Assim, as palavras revelam

¹ Optamos pela expressão atenção à saúde em substituição a assistência à saúde, por entendermos que o primeiro se aproxima mais de nossa compreensão de saúde como direito. Portanto, compete aos profissionais de saúde um exame atento, cuidadoso, que considere o outro e não meramente um testemunho, um auxílio, um socorro. – Entendimento elaborado a partir das definições de atenção e de assistência formuladas por Ferreira (1993).

larga amplitude, contemplando diversas ações, inclusive de educação em saúde; ou seja, envolvem todos os aspectos que buscam melhorar o *status* de saúde dos indivíduos e comunidades. Promoção da saúde, portanto, compreende múltiplos aspectos, não constituindo uma atividade em si própria.

Segundo Buss (2003), na metade dos anos 1970, países do Primeiro Mundo começaram a ser questionados, a partir do descontentamento crescente com o modelo biomédico e o surgimento de novas concepções do processo saúde-enfermidade-cuidado, as quais articulam saúde e condições de vida. Surge, assim, um movimento de saúde pública, originando o primeiro documento oficial a usar a dicção promoção da saúde “A new perspective on the health of Canadians”, conhecido como *Informe Lalond*, em homenagem ao epidemiólogo e então Ministro da Saúde do Canadá, Marc Lalond.

O *informe Lalond* remonta às atividades de educação em saúde desenvolvidas pelo governo francês, porém supera-as ao reorientar as políticas de saúde² a partir do conceito de ‘campo da saúde’, que reunia quatro componentes vistos como ‘determinantes da saúde’ - biologia humana, ambiente, estilo de vida e organização da assistência à saúde. No mesmo informe, destacam-se cinco estratégias para abordar os problemas no campo da saúde: promoção da saúde, regulação, eficiência da assistência médica, pesquisa e fixação de objetivos.

A promoção da saúde foi, então, definida pela primeira vez como uma estratégia para “informar, influenciar e assistir a indivíduos e organizações para que assumam maiores responsabilidades e sejam mais ativos em matéria de saúde” (LALONDE, 1974). Portanto, a concepção de promoção da saúde expressa no relatório Lalonde estava relacionada à mudança de estilos de vida e comportamento, numa visão eminentemente preventiva.

Para Ferraz (1998) o relatório Lalonde significou um avanço na política de saúde, em termos de compreensão de que a saúde independe somente do sistema de cuidados de saúde, contribuindo para os movimentos internacionais mais significativos

² O *informe Lalond* não chegou a constituir política governamental porque não estabeleceu aspectos jurídicos e financeiros; sua importância está em oferecer uma nova abordagem para a análise da política de saúde, abrindo portas para um novo debate e reconhecendo a necessidade de inovações (DRAPER, 1995 apud BUSS, 2003).

para a saúde pública que foram: a I Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde (Alma-Ata) e as Conferências Internacionais de Promoção da Saúde, as quais têm ajudado a identificar mecanismos e estratégias promotores de saúde.

A implementação destes mecanismos e estratégias tem apresentado como um dos desafios o redirecionamento das práticas dos profissionais de saúde. Para Smeke (2002), a formação dos profissionais de saúde propicia relações entre estes e as pessoas que buscam atenção à saúde fundadas numa lógica objetivadora, traduzindo o modelo de cuidado biológico e limitando as relações junto à pessoa, às famílias, aos grupos e à comunidade. A autora argumenta que os profissionais de saúde lidam com seres respondentes, móveis, plenos de saberes, idéias, carências, ilusões, fé, descrença etc., entretanto, a primeira relação densa do aluno (futuro profissional de saúde) é estabelecida com cadáver, um ser inerte, mutilado, não respondente, morto. Como consequência, as relações profissionais passam a ser mediadas com aquele que será visto sempre como o outro – o objeto (hoje o cadáver, amanhã a pessoa que busca a atenção). As relações hierárquicas e autoritárias passam a ser normais, deixam de ser estranhas.

O estudo de Smeke revela que se modifica o “objeto”, mas não a relação. Neste contexto, o profissional tende a se ver como o único sujeito do processo e, como tal, domina e se apropria do objeto. Nunes (1999), ao abordar a relação médico-paciente como um sistema social, recorda que a inclusão de novas teorias, novos métodos e rotinas na área da saúde absorvem de tal maneira a atenção médica, dominando-a, que estes profissionais passam a apresentar menor interesse às relações pessoais. O autor busca não expressar juízo de valor, ao justificar que não aponta culpados para este exercício. Aponta, porém, que a proximidade com uma ciência das relações humanas pode contribuir para modificar este cenário, e que, partindo do entendimento de que médico e pacientes constituem um sistema social, os sentimentos de ambos são provavelmente os mais importantes fenômenos a considerar.

Por sua vez, Kohlrausch e Rosa (1999) comentam que a formação acadêmica na área da saúde segue um modelo pedagógico centrado na atenção à doença e ao tratamento. Como resultado, o cuidado é muito utilitário, não humanista, deixando de ocupar-se da pessoa para ocupar-se apenas da doença. As implicações desse fazer tem cunho ético porque fica centrado dentro de um domínio do cuidado da pessoa voltado

apenas para o desaparecimento de sinais e sintomas, demonstrando assim um planejamento unilateral que desconsidera hábitos, cultura, conhecimento e estilos de vida. Assim, fundamenta-se em pressupostos deslocados da realidade das pessoas assistidas.

Concordamos com o que diz Malo (2003), quando expressa a opinião de que na clínica o saber do paciente não integra o conhecimento acumulado na evidência científica, assim, também não integra a clínica, sua vontade de influenciar na cura. Expressa o médico equatoriano a necessidade de deixarmos de ver o “indivíduo objeto”, o corpo doente objetivado pela ciência para ser transformado em sujeito que sofre, age e reage como unidade individual e que produz individual e socialmente sua saúde.

Evidenciamos, pois, a necessidade de conhecer as concepções dos profissionais de saúde que integram a clínica sobre atenção à saúde, promoção da saúde, clínica como espaço para a promoção da saúde, uma vez que o modelo do sistema profissional dominante é o conjunto do aparato tecnológico e político legal, limitando o espaço da clínica à reabilitação ou cura (no sentido convencional) e, como consequência, distanciando-a de uma práxis efetivamente promotora de saúde.

Se tomarmos como base para reflexão o fato de que atualmente os principais agravos à saúde ocorrem mais intensamente no campo das doenças crônicas e por causas externas (com alta mortalidade), detectamos que isto revela, em parte, a idéia de que o modelo biomédico sozinho não dá conta de respondê-los porque os fatores determinantes destes estão além do tratamento de sinais e sintomas; reforçando a compreensão de que saúde não é apenas ausência de enfermidades e que, segundo Gutierrez et al. (1997), indivíduos sem (e com)³ evidências clínicas podem progredir a estados de maior fortaleza estrutural, maior capacidade funcional, maiores sensações subjetivas de bem-estar, e objetivas de desenvolvimento individual e coletivo. Nesse sentido, consideramos que o produto de todos os profissionais da saúde deva ser a saúde, aqui entendida como qualidade de vida.

Se assim o é, torna-se necessária a reinterpretação do conceito de clínica e cura como tradicionalmente são conhecidos no modelo biomédico, entendendo-os como parte integrante da promoção da saúde. Neste sentido, o *foco* central da clínica é o *caso*, a

³ Ponderação nossa.

situação e não a doença. Em conseqüência, a *cura* transcende o desaparecimento de sinais e sintomas, ampliando-se em cada pessoa sua *capacidade de autonomia*; melhorando o entendimento do seu próprio corpo, sua doença, suas relações sociais e suas possibilidades de sobrevivência e qualidade de vida (CAMPOS, 1997). Em consonância, Malo (2003) assinala que a cura é um processo complexo que vai além do controle das alterações físico-químicas, apontando para a necessidade de darmos um salto e entendermos saúde além de processos simplificados.

Seguindo por este caminho, entendemos que estamos suplantando a fragmentação do cuidado e caminhamos em direção ao cuidado holístico, onde as ações dos profissionais de saúde devem incorporar mais o sistema cultural/social da pessoa atendida e elaborar conjuntamente mecanismos que permitam maior envolvimento destas pessoas no processo e ao mesmo tempo haja uma sensibilização para que estas se tornem agentes de seu cuidado, não o delegando exclusivamente aos profissionais, uma vez que esta excessiva confiança ao aparato tecnológico e profissional é a crença que a biomedicina plantou de ser totalmente resolutiva. Neste cenário de clínica, a promoção da saúde constitui um espaço à parte, diferindo do nosso entendimento que o cuidado clínico é um dos elementos da promoção da saúde.

Neste sentido, a promoção da saúde supera o conceito de cura dentro dos paradigmas clínicos, ampliando-se para a introdução do conhecimento do indivíduo/grupo sobre a situação, modos de vida e modos de cuidar-se. Sendo assim, compreendemos que a inserção da educação em saúde na prática clínica viabilizará, por meio da elaboração de estratégias, que a pessoa se sinta fortalecida para cooperar no seu cuidado.

Diante do exposto, percebermos ser necessário envidar esforços e estudos que estimulem a clínica a ações promotoras de saúde, nessa situação em particular, a uma práxis dos profissionais da clínica de diálise, pautada numa relação dialógica entre profissionais de saúde e pessoas que buscam atenção à saúde, partindo da premissa de que ambos constituem sujeitos do processo e que o papel da pessoa com IRC suplanta a frequência à diálise, o seguimento a prescrição medicamentosa e a observância às orientações dietéticas.

No campo específico da Nefrologia, estudos têm demonstrado a ênfase na abordagem “biologicista” e a necessidade de maior envolvimento dos sujeitos no processo (GORRIE, 1992; BARBOSA, 1993; GUALDA, 1998 e CESARINO & CASAGRANDE, 1998). O estudo que realizamos durante o mestrado apontou nesta direção (DIAS, 2001). Embora, o estudo referido tenha permitido identificar os ruídos (da ênfase biologicista) ou estas dificuldades de comunicação, não elucidou suas fontes e as várias formas de expressão destes ruídos e o seu significado nas relações com os profissionais, no sentido das pessoas em regime terapêutico hemodialítico não assimilarem conhecimentos, não apresentarem comportamentos saudáveis e não expressarem atitudes participativas, mesmo contrárias aos conhecimentos dos profissionais.

A evidência deste impasse ou dissonância de comunicação pode ser percebida a partir de determinadas atitudes e posturas manifestadas pelas pessoas portadoras de IRC em regime terapêutico hemodialítico quando tendiam a delegar ao outro (profissional) a responsabilidade pelo seu cuidar. Nesse sentido, as decisões e ações do cuidar são transferidas, quase que “totalmente”, para os profissionais, ao revelarem que a pessoa não se vê no contexto, constituindo-se mais em objeto do que sujeito do processo e apontam para uma ação restrita da clínica, distanciando-se da promoção da saúde.

Para o MS (BRASIL, 2003), promover a saúde não implica, necessariamente, desenvolver ações inéditas e sim redirecionar o enfoque da atenção à saúde visando ao fortalecimento da participação popular para melhoria de sua qualidade de vida por meio da inserção de componentes da comunicação e educação em saúde, por exemplo.

Entendemos, como entende Malo (2003), que o fortalecimento de ações promotoras de saúde não constitui prerrogativas da atenção básica como predominantemente vem sendo enfatizado. Para o autor, a promoção da saúde não ocorre anterior à doença (no sentido tradicional do termo) nem antecede a atenção primária, a secundária ou a terciária. A promoção da saúde, portanto, não se limita a um conjunto de ações. Constitui um enfoque que, transversalmente, está presente em todos os espaços da atenção à saúde, dizendo com isso que é viável e necessária a promoção da saúde na atenção terciária também, partindo da premissa que a pessoa com doença crônica pode ter uma vida saudável e reintegrando a compreensão de que a clínica não se constitui como espaço antagônico à promoção da saúde, ao contrário, ela é parte deste contexto.

Freire (1999) diz muito bem o que queremos expressar neste entendimento, ao acrescentar que sem autonomia não há aprendizagem e que a falta de liberdade impede a elaboração do conhecimento. Então, é preciso que estas pessoas tenham liberdade de expressar seus sentimentos, angústias, medos, contradições, crenças e opções para que elas exercitem o processo de aprender. Campos (1997) reforça este entendimento, ao assinalar que a formação de vínculo e acolhimento da pessoa que busca atenção à saúde faz parte de todo o esforço para que melhore sua capacidade de autonomia, entendendo seu corpo, suas relações e, em consequência, amplie sua qualidade de vida.

Na área da atenção à pessoa dentro do hospital, o modelo norteador realiza-se predominantemente dentro do domínio técnico e biológico, notadamente curativo, baseado em parâmetros de medidas e controle de sinais e sintomas, na maioria de natureza objetiva. O que se visualiza é um cenário de trabalho, predominantemente, em um contexto de organização de cuidado voltado para a prescrição de medicamentos, para cumprimento de agenda de horário etc. As expressões da fala com as pessoas com IRC têm se limitado ao registro de queixas/sintomas, com predomínio do monólogo. Esta forma de comunicação entre profissionais e pessoas em terapia hemodialítica deixa pouco espaço para o desenvolvimento de outra ação terapêutica que envolva elementos que estimulem a manifestação subjetiva das pessoas em direção a sua participação no ato de se cuidar. (DIAS, 2001). Neste contexto, o espaço de introduzir estímulos de mudanças no estilo de vida no cenário da assistência hospitalar tem sido prejudicado pela dominância destes fatores. Evidenciamos, pois, a necessidade de fomentar espaços na clínica para ações promotoras de saúde do tipo que resgate as emoções, os desejos, os sentimentos das pessoas no processo de aprender e cuidar com IRC.

Tradicionalmente, o ambiente hospitalar é pouco reconhecido como espaço para o aprendizado sobre saúde. Para Kohlrausch e Rosa (1999), deve-se conhecer e compreender o entendimento que as pessoas têm sobre a sua saúde e modos de se cuidar. Desta maneira, as ações profissionais estarão mais próximas do significado atribuído às pessoas sobre si mesmas podendo então considerar as escolhas e os modos de vida. O estudo revelou, entretanto, que a enfermagem não percebe esta estreita relação dos modelos assistenciais e suas tendências educativas, que, embora nem sempre sejam conscientes, estão presentes no nosso cotidiano, visto que são inerentes ao nosso objeto de trabalho e que desvelam nossa ideologia e valores na qualidade de pessoas e profissionais.

O nosso interesse por este estudo se aproxima das questões apontadas pelas autoras, ao mostrarem que a atenção de enfermagem tanto dentro do contexto hospitalar quanto da prática de saúde comunitária tem se colocado mais articulada aos modelos de assistência biomédica do que voltada para uma atenção emancipatória, e que é necessário reconstruir a práxis dos profissionais de saúde. Acreditamos numa ação integrada do modelo assistencial clínico orientado, guiado pelos princípios educacionais humanístico, sociointeracional e criativo que envolvam uma análise crítica da realidade.

A relevância deste estudo repousa na idéia de que se trata de uma experiência inovadora que articula o fazer clínico com a promoção da saúde. Desta forma, almejamos contribuir com reflexões teóricas para validação desta tese na prática. Seu caráter inovador reside em examinar, explorar, aprofundar conhecimentos de uma prática de cuidado, relacionando a prática clínica oficial com a concepção de promoção de saúde.

Entendemos que esta experiência inovadora produzirá conhecimento que vai envolver tanto os profissionais de saúde da área especializada em Nefrologia como o conhecimento na área da promoção da saúde, tendo a unidade hospitalar como espaço promotor de saúde. Esperamos, ainda, que, este conhecimento seja extensivo a outras áreas da saúde, pois carece de sistematização de conhecimentos que agrega a clínica à promoção de saúde, uma vez que os estudos na área da promoção da saúde têm excluído, na maioria das vezes, o hospital/a clínica deste contexto, bem como os estudos voltados à cura têm segregado sua inserção na promoção da saúde. Não queremos elaborar uma nova verdade, mas ampliar o horizonte daquelas verdades para tentar abranger a saúde como processo complexo, ou seja; não buscamos uma ruptura, mas sim uma superação do modelo vigente, no qual a saúde signifique um valor humano, um direito básico de cidadania.

Acreditamos que a produção deste conhecimento fortalecerá o paradigma da Promoção da Saúde, o qual integra os princípios norteadores e diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS) que sinalizam para: integralidade do sistema, participação efetiva e criativa da população em todas as instâncias, criação de vínculos, uso de tecnologias de educação e de comunicação como componentes da atenção à saúde, construção da ética coletiva, autonomia, dentre outras; como caminho para a melhoria das condições de saúde da população e constituição de sujeitos cidadãos (BRASIL, 2002, 2005a).

Ao reconhecer que o cuidado clínico das pessoas em terapia hemodialítica não deva ser norteadado apenas pelo alívio de sinais e sintomas para um prolongamento da vida, mas uma visão plural que busque prolongar a vida com qualidade, entendemos como necessário conhecer a concepção dos profissionais de saúde acerca deste entendimento e de sua exigüidade, trazendo uma contribuição prática até mesmo durante o período da investigação, visto que o fato de os profissionais expressarem em linguagem o seu imaginário diante de situações que eles vivenciam, subentendemos que há um processo de reflexão destes profissionais sobre sua prática e que esta reflexão poderá levá-los a uma mudança de atitudes diante das pessoas que cuidam.

No estudo anterior do mestrado, que foi uma contribuição nesta área, verificamos que havia poucos estudos relacionados à enfermagem no cuidado à pessoa em terapia hemodialítica numa perspectiva holística. Inferimos que estudos relacionados à interface da enfermagem com a promoção à saúde também eram escassos. Desta vez, recorreremos novamente aos bancos de dados da Sociedade Brasileira de Nefrologia (SBN), ampliando a nossa procura, ao estender a busca para a produção do conhecimento também na área médica. Verificamos que nesta há registros oficiais de dissertações e teses desde 1996, totalizando 108 pesquisas. Destas, 105 eram exclusivamente com enfoque biológico com predomínio de estudos epidemiológicos (prevalência e incidência) e experimentais. Somente três estudos apresentaram enfoques diferentes, sendo que um identificou fatores associados à aceitação de pacientes com IRC para tratamento dialítico, numa perspectiva quantitativa a partir de arquivos de certificados de óbitos; outro voltou a atenção para a descrição da personalidade de crianças e adolescentes em tratamento dialítico por meio de técnicas projetivas de personalidade e o outro examinou a implantação e aplicação prática do programa de melhoria contínua da qualidade em unidade satélite de hemodiálise, com enfoque no controle da disseminação do vírus da hepatite B e C (SBN, 2003).

Não expressamos, com isso, limitações aos estudos realizados. Como enfermeira especialista em Nefrologia, reconheço a importância significativa deste conhecimento. A pessoa com IRC, entretanto, não é só corpo biológico, implicando dizer com isso que assim como na atenção à saúde, há lacunas na produção do conhecimento de não visualizar a pessoa como ser complexo, com múltiplas dimensões. Ignorá-las é diluir o homem, é fragmentar o conhecimento, é retroceder, quando se busca hoje a integralidade do cuidar do ser integral.

No campo específico da enfermagem, particularmente, voltado para a área nefrológica, a situação é semelhante. O levantamento realizado para o mestrado revelou que o quantitativo de pesquisas realizadas pela enfermagem nesta área é inexpressivo, se compararmos com as demais especialidades. As poucas iniciativas se caracterizavam, predominantemente, por estudos com enfoque técnico, fisiológico e epidemiológico (DIAS, 2001). Ampliamos, desta vez, a procura ao banco de dados da Comissão de Aperfeiçoamento de Pessoal de Ensino Superior (CAPES), no sentido de identificar qual a contribuição que a pós-graduação brasileira vem concedendo para nossa procura. Ao cruzarmos palavras como educação em saúde, promoção à saúde, cuidado clínico, hemodiálise e nefrologia, identificamos o fato de que, no período de 1997 a 2002, foram produzidas seis (6) dissertações e nenhuma tese. Uma destas é produto de nossas reflexões no mestrado. As demais abordaram: o trabalho da enfermagem no centro de diálise do hospital universitário Antonio Pedro, complicações funcionais em fístula arterio-venosa, o cliente e o programa de diálise peritoneal ambulatorial contínua- significado da participação, cotidiano da pessoa em tratamento dialítico domiciliar e seleção de crianças para tratamento com diálise ambulatorial contínua: roteiro de visita domiciliar (BRASIL, 2003).

O exposto tende a revelar que a pessoa em terapia hemodialítica carece de outra visão, ou melhor, de um redirecionamento do olhar em que reinterprete a clínica (o tratamento, a cura) na perspectiva do entendimento da complexidade do homem, das múltiplas dimensões influentes no saúde-doença, entendendo a íntima relação que estas têm quando se deseja contribuir com ações promotoras de saúde.

Estudos sobre este enfoque atendem as recomendações da OMS, ao apontar dentre doze prioridades de pesquisas em enfermagem a *educação, comunicação em saúde e cuidado clínico* de pacientes (HIRSCHFELD, 1998). Em consonância, a American Nephrology Nurses Association (ANNA) identificou cinco áreas, nas quais a enfermagem em Nefrologia deve direcionar suas investigação e, dentre elas, destaca: *educação em saúde para pessoas portadoras de IRC e seus familiares* (SAMPAIO, 1999). Nesta tese, não abordaremos diretamente experiências de ações educativas com pessoas portadoras de IRC e familiares; no entanto, ao defendermos uma clínica promotora de saúde, valorizaremos ações de educação em saúde como estratégias importantes nesta procura.

Diante do exposto, no exercício de construir o objeto desta investigação, deparamo-nos com a difícil busca de delimitá-lo, visto que nele expressamos nossas concepções, visões, experiências, valores, conhecimentos apreendidos e produzidos etc. Apoiamo-nos em Jantsch e Bianchetti (1995) ao ressaltarem que este exercício de delimitação de um objeto de estudo não é um exercício arbitrário de fragmentá-lo ou limitá-lo, abandonando as múltiplas facetas que o determinam. E complementam que, no momento de elaboração do objeto, o que não podemos deixar de visualizar é o tecido da totalidade que ele se insere em suas múltiplas dimensões. Queiroz (2003), ao se inspirar nos autores referidos acrescenta que este tecido deve sempre ser visto em suas grandes conexões.

Desse modo, como enfermeira docente e assistente que transita nos espaços da atenção terciária de complexidade do cuidado, acreditamos que as diretrizes do SUS só serão plenamente exeqüíveis se compreendidas e incorporadas por todos os agentes sociais, particularmente, pelos profissionais de saúde. Por sua vez, as diretrizes do SUS só se efetivarão se os profissionais re-significarem o entendimento de clínica como elemento constituinte da promoção da saúde e numa perspectiva dialética, reconheço que a promoção da saúde como elemento constitutivo da clínica. Com base nesta discussão, expressamos as seguintes indagações: *Qual a concepção de promoção da saúde dos profissionais da clínica de diálise? E de clínica? Quais elementos devem integrar a clínica, enquanto espaço promotor de saúde e por quê? Quais os determinantes históricos que perpassam as relações entre a clínica e a promoção da saúde?*

Desdobram-se destes questionamentos os seguintes pressupostos:

- ◆ Tradicionalmente o cuidado clínico tem sido efetivado de forma desagregada da promoção da saúde, como se fossem espaços distintos.
- ◆ A clínica como espaço de cuidado está inserida no espaço da promoção da saúde, revelando que a promoção da saúde contempla a atenção de média e alta complexidade.
- ◆ Existem determinantes históricos que perpassam as relações entre clínica e promoção da saúde tais como o espaço institucional e a formação dos profissionais de saúde.

Entendemos que a ênfase nos aspectos históricos dos processos sociais constitui-se no elo entre a hermenêutica e a dialética. Para Stein (1987) *apud* Minayo (1999, 2002), a hermenêutica e a dialética são formas alternativas de aprender a realidade no dinamismo histórico, ao mesmo tempo em que operam com o caráter de transitoriedade da verdade e com a impossibilidade de impessoalizar o pesquisador, conforme já mencionado por Costa (2001).

Partindo desta discussão, tomamos como referência para este estudo a tese de que *“a práxis dos profissionais de saúde nos espaços da clínica tem sido limitada por determinantes histórico-sociais para transformá-la num espaço promotor de saúde.”*

Procurando pôr esta tese em diálogo com a realidade empírica, delineamos como objetivo geral deste estudo **compreender e analisar** as concepções dos profissionais de saúde que atuam com pessoas acometidas por IRC sobre a clínica como espaço promotor de saúde. Para alcançar este objetivo, entendemos ser necessário **identificar** nas práticas e nos discursos dos profissionais de saúde ações que sinalizam a interface do cuidado clínico com a promoção da saúde; **identificar** nos textos dos profissionais de saúde marcas lingüísticas significativas de suas concepções de promoção da saúde e de clínica e **conhecer** os determinantes históricos que influenciam as concepções dos profissionais de saúde sobre clínica e promoção da saúde.

Em seguida, passamos a apresentar o estado da arte das questões acerca da **clínica** e da **promoção da saúde**, apontando seu processo histórico com suas tendências, tomando-as como objeto para análise, particularizando as ações voltadas para as pessoas portadoras de IRC em terapia hemodialítica.

CAPÍTULO 2

O ESTADO DA ARTE

Abordar o *estado da arte ou estado da questão* revela, segundo Therrien e Therrien (2001:02), uma determinada preocupação no modo de entender e encaminhar o processo de produção científica. Assim, a finalidade do ‘estado da arte’ é mergulhar no estado atual da ciência ao seu alcance acerca do objeto em investigação. Este mergulho requer um cuidado e um rigor que não está desvinculado dos distintos métodos de investigação e suas bases teóricas e filosóficas. A criticidade quanto aos trabalhos já produzidos e o rigor no sentido de evitar ajustamento dos conceitos ao objeto de estudo constituem recursos necessários para a elaboração de um corpus de conhecimento sobre o tema e a posição do pesquisador diante do seu objeto de estudo. Os autores acrescentam ainda que o estado da arte configura “o esclarecimento da posição do pesquisador e de seu objeto de estudo na elaboração de um texto narrativo, a concepção de ciência e contribuição epistêmica do mesmo no campo do conhecimento”.

Neste sentido, temos a intenção de apontar os progressos e limitações de estudos (ao nosso alcance) que abordem o contexto sócio-histórico e político da clínica, bem como as discussões teórico-epistemológicas acerca da promoção da saúde, entendendo-as como historicamente determinadas.

2.1 A clínica no contexto sócio-histórico e político

Etimologicamente, a palavra clínica vem do grego *kline*, leito, cama, enquanto que médico se referia ao profissional que atendia a doentes acamados – *iatrós e klinikós*. Para o médico Sydenham, conhecido como ‘Hipócrates inglês’, a Medicina só pode ser aprendida à beira do leito do enfermo (REZENDE, 1998). Pela etimologia dos termos, inferimos íntima relação estabelecida entre clínica/doença e Medicina. A clínica tal como concebida apresenta-se intimamente ligada à instituição hospitalar. Denota ainda um enfoque dicotomizador entre saúde e doença e pressupõe que o profissional médico é o responsável pelo restabelecimento da saúde e que suas atividades são resumidas a ações curativas.

Estas premissas ganham força com a utilização de ferramentas tecnológicas que determinaram os avanços na clínica médica, conforme aborda o autor antes referido,

ao afirmar que o século XIX marcou o período áureo da Medicina, instrumentalizando o médico com suas inúmeras descobertas (estetoscópio, bisturi, termômetro, esfingomanômetro etc). Ressalta ainda que o estudo das doenças passou de meramente descritivo para a inclusão de critérios anatomoclínico, fisiopatológico e etiopatogênico.

Por outro lado, processaram-se, no último século, várias mudanças nos padrões de morbimortalidade: a expectativa de vida aumentou, diminuiu a incidência por doenças infecto-parasitárias e tornou-se possível um decréscimo nas taxas de mortalidade geral, particularmente a mortalidade infantil e materna. Nesse novo quadro epidemiológico, passaram a predominar as doenças crônicas, não transmissíveis no perfil de morbimortalidade (MINAYO,1999; CHOR et al, 1999).

Atualmente, segundo a OMS (2003), o crescimento das doenças crônicas em todo o mundo é tão vertiginoso que, no ano 2020, 80% das doenças dos países em desenvolvimento devem advir de problemas crônicos. Nesses países, a aderência aos tratamentos chega a ser apenas de 20%, levando a estatísticas negativas na área da saúde, com encargos muitos elevados para a sociedade, o governo e os familiares.

Este novo perfil epidemiológico trouxe consigo a demonstração de que as profissões da saúde que até então se apoiavam no modelo newtoniano-cartesiano, conferindo-lhes um *status* de cientificidade, resultando no chamado modelo biomédico baseado em princípios mecanicista e reducionista, demonstraram suas limitações, já que as doenças crônicas exigem uma série de outras ações além das que são propostas pelo modelo hegemônico. Isto quer significar que, embora os avanços científicos tenham contribuído para a qualidade do cuidado e diagnóstico precoce de muitas enfermidades, a centralização no enfoque clínico tem limitações no processo de cuidar das pessoas, mais particularmente neste cenário onde predominam as doenças crônicas.

Diante das evidências das tendências de cuidado para as enfermidades crônicas, como as políticas de saúde têm se manifestado para esta área? Para Silva *et al.* (2000), nas últimas décadas, as políticas de saúde protagonizaram uma polarização entre dois macromodelos de atenção à saúde: o clínico-biológico e o preventivo. O primeiro, hegemônico, está ancorado no conceito funcionalista do processo saúde-doença e tem o idealismo positivista como base teórico-filosófica. Utiliza o método clínico-positivo para

apreensão e análise da realidade. O segundo alinha-se na compreensão de saúde-doença socialmente determinada e utiliza o materialismo histórico e dialético como referencial teórico-metodológico para apreensão e análise da realidade.

Entendemos que saúde não deve ser compreendida a partir de suas áreas de atendimento. É um bem da pessoa, e como tal, devemos compreendê-la como integrada ao seu contexto de vida, quer seja por meio de medidas terapêuticas, por ocasião de tratamento, quer nas ações de prevenção e promoção. A polarização, entretanto, presente nas políticas de saúde ocasionou uma ideologia no setor, criando *locus* e modelos dicotômicos, como no âmbito hospitalar a doença e a cura, enquanto na saúde pública, notadamente, o espaço não hospitalar, a prevenção das doenças.

Considerando as particularidades e contribuições de cada um desses modelos, reforçamos a nossa crítica no que concerne a compartimentalização da saúde a partir de diferentes enfoques e interesses. Minayo (1999) identificou como necessário um esforço cooperativo entre a clínica e a saúde coletiva, tanto no que se refere às ações práticas quanto ao campo de investigações. Briceño-Leon (2000) também enfatiza a necessidade de integração dos aspectos de prevenção de enfermidades e lesões e com a atenção curativa. Recordar-se de que muito se tem dito sobre esta integração, porém as decisões não têm correspondido.

Constatamos uma reestruturação na forma de pensar a saúde e seus determinantes. A própria conceituação de saúde proposta pela OMS de completo bem-estar é um exemplo, embora entendamos que esta conceituação seja pouco operativa; já que a noção de completude parece não considerar a dinâmica da vida. Concordamos, porém, com as proposições de Briceño-Leon (2000), ao ressaltar que saúde representa a síntese de uma multiplicidade de processos que ocorrem na biologia do corpo, mas também no ambiente, nas relações sociais relacionados com a política e a economia mundial; situação que denota a inserção do setor na saúde numa conjuntura global, podendo ser determinante e determinada por vários setores.

Se, de um lado, observamos organizações e cientistas a repensarem sobre saúde e seus determinantes, do outro lado, estas conceituações têm regido mais os documentos do que a realidade dos sistemas de saúde.

Para Duchiate (1999), o Brasil é um dos poucos países a ter incorporado de modo tão claro as propostas da OMS ao Texto constitucional, no que concerne ao reconhecimento dos fatores determinantes e condicionantes de saúde, bem como a expressão do dever do Estado mediante o acesso universal por meio de garantia de políticas sociais e econômicas adequadas. Lamenta, porém, o fato de que, se estamos bastante avançados no discurso, na normatização, o mesmo não ocorre na implementação.

A incorporação das proposições da Organização das Nações Unidas (ONU) requer o reconhecimento de saúde como processo, sendo determinada por ações conjunturais. Para Malo (2003), há evidências de poucas relações dos serviços de saúde com as condições de saúde e os países têm realizado grandes investimentos nos serviços tendencionados à doença, adicionada de alta tecnologia. Como consequência, os resultados não se mostram eficientes para atender os problemas da saúde. Acrescenta que, quando falamos da crise da organização dos serviços de saúde para atender os problemas de saúde em nossa sociedade, falamos da crise do modelo biomédico. Importante é ressaltar, porém, diz o autor, que esta não é uma crise isolada, é uma crise da modernidade, é uma crise da perspectiva do desenvolvimento.

Oliveira (2000) relaciona esta parca relação entre os serviços de saúde e as condições de saúde da população à presença dos processos de trabalhos desenvolvidos nos hospitais. Para a autora, os hospitais apresentam forte traço cultural de uma medicina curativa com base na racionalização instrumental. Na maioria, a relação médico-paciente é eivada de autoritarismo. Alternativa de suplantação desta realidade encontra-se em projetos humanizadores, que se fecham e limitam a mudanças das cores na parede e oficinas recreativas. Embora estas contribuam na minoração do sofrimento, não conseguem atingir o centro da problemática, que está no eixo das relações sociais dos atores envolvidos, a pessoa que sofre e a equipe que dela cuida.

Evidenciamos como necessários vínculos entre os que compõem os serviços de saúde (profissionais, pessoas que buscam atenção) para que, reconhecendo o saber vivido por parte de cada um, possamos estabelecer um espaço dialógico que congregue as contribuições de saberes distinto e não somente o dos profissionais, independentemente do “nível” de atenção que estamos desenvolvendo. O destaque à palavra nível é intencional, a partir de nossas crenças de que a saúde como processo, está em um contexto amplo que

visa a sua promoção, assim sendo, a promoção da saúde deve apresentar-se aos sujeitos do processo como uma busca contínua e sistemática, independentemente de que nível de atenção à saúde esteja trabalhando.

Mesmo no hospital, a pessoa que se encontra com alguma alteração em seu processo saúde-doença e sua família não devem ser tratadas como meros casos, como prontuários. Sem prescindir do essencial do saber biológico e da técnica do cuidado, os profissionais precisam saber relacionar a pessoa a ser cuidada ao cuidado, considerando sua subjetividade, crenças, valores, medos e expectativas. Para tanto, faz-se necessário, por parte dos profissionais, o saber ouvir, o saber comunicar-se e assim entender o cuidado como ação humana e não somente a este como aplicação impessoal das técnicas (SOUSA, 1996).

Desejamos com a exposição apresentar o esgotamento do paradigma que sustenta as práticas de saúde que ora privilegiam a cura, ora dá primazia à prevenção, direcionando nossa visão para examinar como as doenças crônicas se inserem neste contexto.

Recentemente, a OMS, em conjunto com a OPAS (Organização Pan-Americana de Saúde), reconhecendo a necessidade de melhorar os serviços de saúde para atender as condições crônicas, lançou o projeto *Atenção à saúde para condições crônicas*, pautado no entendimento de que os sistemas de saúde não possuem um plano de gerenciamento destas condições; simplesmente tratam os sintomas quando aparecem. Tal projeto foi concebido em três etapas: *Cuidados Inovadores para Condições Crônicas*, *Estratégias de melhoria da aderência e atenção primária para as condições crônicas*. Durante a primeira fase deste projeto – única concluída até o momento – foram convidados diversos especialistas, organizações e instituições internacionais a participarem do processo, selecionando as melhores práticas e os modelos de atenção à saúde desenvolvidos em todo o mundo. As próximas fases incluem a execução de projetos-pilotos em países para a implementação das estratégias selecionadas nesta fase inicial (OMS, 2003).

Os responsáveis pelo processo de sistematização dessa primeira fase reportam que as experiências selecionadas são pertinentes para qualquer país, independentemente da

situação em que se encontre. Acrescentam que as crescentes evidências de várias partes do mundo sugerem que, ao receberem tratamento eficiente, apoio ao autogerenciamento e seguimento regular, as pessoas portadoras de doenças crônicas apresentam resultados satisfatórios e que sistemas organizados de assistência (não apenas profissionais da saúde individualmente) são essenciais para produzir resultados positivos. Reconhecem que a adesão a tratamentos de longo prazo é extremamente baixa e a culpa pelo não-seguimento dos esquemas prescritos é fundamentalmente uma falha do sistema de saúde, embora, na maioria das vezes, seja imputada às pessoas que não os seguem. Reafirmam que a atenção à saúde que fornece informação oportuna, apoio e monitoramento constante pode melhorar a aderência, o que reduzirá a carga das condições crônicas e proporcionará melhor qualidade de vida às pessoas.

Percebemos como importante o reconhecimento, por parte de profissionais e instituições, que as pessoas portadoras de enfermidades crônicas, expostas a uma série de restrições, não devem ser inculpadas pelo não-seguimento a estas, se, muitas vezes, não são sequer conhecedoras da necessidade de tal seguimento. Outras vezes, desconhecem as implicações da tomada de decisão, já que historicamente não se constituem agentes do processo. Evidencia-se, pois, a necessidade de mudança na prática clínica vigente, pois, segundo a OMS (2003), os sistemas relegam o paciente ao papel de receptor passivo do tratamento, perdendo a oportunidade de tirar proveito do que esse paciente possa fazer para promover sua saúde.

Mesmo diante do reconhecimento da importância das várias experiências relatadas no documento da OMS (*cuidados inovadores para as condições crônicas*), percebemos algumas limitações; tanto no que se refere a autonomia e participação das pessoas no processo decisório quanto nos tipos de doenças referidos. Embora a OMS aponte para um reexame do papel do paciente (pessoa) no processo, a ele ainda está imputada uma participação receptiva, ao apontar os profissionais como responsáveis para apoiar o autogerenciamento por parte das pessoas, fornecer maior quantidade de informação, desenvolver capacitação das pessoas e seus familiares, realizar maior vigilância a partir de visitas domiciliares, telefones e *e-mail*, usar material educativo como reforço, dentre outras. Não negamos, porém, que todas estas iniciativas sejam válidas, visto que o profissional de saúde pode ser o desencadeador do estímulo, entretanto entendemos que somente estas ações limitam a autonomia e a participação das pessoas em seu processo

de cuidar. Outrossim, lamentamos não haver sido apresentada nenhuma experiência relacionada a pessoas com IRC. Predominaram, nas experiências expostas, projetos voltados a Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (AIDS), hipertensão, diabetes e câncer. Quanto a esses projetos, porém, terem sido vivenciados por pessoas com doenças crônicas, entendemos que algumas condutas possam subsidiar ações para pessoas portadoras de IRC, sem se esquecer de que não só cada doença, mas, também cada pessoa tem sua singularidade.

De acordo com o documento da OMS, as recomendações das práticas inovadoras para doenças crônicas permitem maior diálogo entre profissionais e pessoas com estas afecções. Esses argumentos suscitam um redirecionamento do posicionamento dos profissionais de saúde. Desta forma, os profissionais precisarão adquirir competências que excedam ao modelo clínico tradicional, criando condições para que as decisões para as mudanças de estilos de vida sejam efetivadas por meio de uma decisão autônoma e consciente e tenham a família como sistema de apoio.

Entendemos que as proposições da OMS avançam no sentido de superação dos modelos predominantes, embora, muitas vezes, na exposição das experiências internacionais, percebamos que ora se visa ao controle clínico, ora se objetiva a prevenção de complicações. Requisitos necessários ao processo saúde-doença, sim, mas raras são as iniciativas que visam a inserir a clínica e a prevenção num contexto mais abrangente, capaz de promover a saúde.

No plano nacional, tomamos como referência o SUS, com seus princípios centrais de descentralização política com direção única, integralidade da assistência e participação comunitária (ANDRADE, 2001). Averiguamos que no Brasil, seguindo o curso da história, movimentos sociais e políticos que buscaram a integração dos modelos curativos e preventivistas culminaram com a proposta de um Sistema Único de Saúde que preconiza o princípio da integralidade, dentre outros. Neste sentido, percorremos os documentos que normatizam o SUS em busca de identificar o ponto de encontro desses modelos e avançamos no sentido de explorar as associações profissionais, identificando suas diretrizes para analisar como esta integração é ou não concretizada a partir de um corte que focalize as doenças crônicas, particularmente a IRC.

Apesar da escassez de estudos brasileiros que retratem o panorama de saúde nacional, uma das características marcantes nos estudos (que consideramos válido ressaltar) é que, em vez de uma esperada transição epidemiológica, o Brasil apresenta um quadro em que coexistem doenças que se acreditavam sobre controle e novas enfermidades com destaques para doenças crônico-degenerativas (DUCHIADE, 1999); denotando igualmente que as políticas públicas devem ser congruentes com tal diagnóstico, não priorizando uma abordagem em detrimento de outra, tendo como meta maior promover a saúde de todos os brasileiros.

Para o Ministério da Saúde (Brasil, 2002), promover a saúde passou a ser um desafio, principalmente porque o poder econômico, exercido sem restrições em todos os setores e por longos períodos, forçou a constituição de um sistema de atenção à saúde baseado na “medicalização”, tornando o culto à doença um forte elemento cultural da nossa sociedade. Médicos, hospitais, tecnologias e medicamentos cada vez mais modernos e, conseqüentemente, mais onerosos, que não levavam em conta as necessidades de saúde da população brasileira, habitavam o imaginário social como formas de produção e conservação da saúde.

No sentido de compreender este imaginário social, faz-se necessário percorrer, ainda que sucintamente, os movimentos em torno da saúde brasileira nas últimas décadas. Para Guedes & Nascimento (2003) foi a partir do final da década de 70 e do início da década de 1980 que cresceram os movimentos de contestação ao modelo de saúde vigente com proposições de uma nova política de saúde democrática. Surgiu a Reforma Sanitária como caminho para a reestruturação desejada que permitisse a construção de um outro sistema de saúde que fosse pautado na democratização, na participação popular, na universalização e descentralização. Culminou com a VIII Conferência Nacional de Saúde (CNS), em 1986, e com a inserção dos princípios à Constituição Brasileira em 1988. Criou-se o SUS. Para as autoras, a partir de 1990, com a Lei Orgânica de Saúde (LOS) nº8.080, que assegurou o acesso universal e igualitário às ações e aos serviços permitindo a promoção, prevenção de doenças e recuperação da saúde da população, entrou em vigência o modelo clínico-epidemiológico, buscando garantir às pessoas condições de bem-estar físico, mental e social.

Percebemos que a Constituição declara que a prioridade no atendimento é para ações preventivas, sem, contudo, prejudicar as atividades assistenciais, dentro da perspectiva da promoção da saúde (BRASIL, 2002). Estas diretrizes revelam em si que todas as ações, independentemente da complexidade, devam ser norteadas para a promoção da saúde. Segundo o Ministério da Saúde, estas ações devem ser centradas na qualidade de vida das pessoas e no seu meio ambiente, bem como nas relações entre os profissionais e a comunidade. Ressalta ainda a importância da constituição da ética coletiva nestas relações, de forma a possibilitar modificações nos fatores determinantes à saúde, estimulando as pessoas a serem agentes de sua própria saúde; expressando *ações de comunicação e educação em saúde como componentes da atenção à saúde* (BRASIL, 2002: 20).

Estas proposições que fundamentam nosso Sistema de Saúde apresentam-se em total consonância com nosso desejo de saúde. Por outro lado ao analisarmos os programas e projetos que viabilizam a implementação de tais proposições, identificamos certa dissonância. Por exemplo, que a busca da promoção da saúde tem na sua maioria, se voltado mais para atenção básica, priorizando inclusive alguns segmentos, como o adolescente, a mulher, a criança etc. Entendemos que estas reorientações das políticas públicas são respaldadas nas grandes demandas de assistência dentro de um quadro epidemiológico, porém, defendemos a idéia de que ações promotoras de saúde não são prerrogativas da atenção básica nem condicionadas a um segmento populacional e/ou dependente de alguma classificação de enfermidade do tipo aguda ou crônica. Acreditamos que este tipo de ação é pertinente tanto a doenças temporárias como permanentes.

Como nosso objeto de interesse neste estudo em particular repousa sobre uma doença crônica, a IRC, passamos a averiguar como o Ministério normatiza as atividades relacionadas à atenção à saúde das pessoas portadoras de IRC e como a SBN direciona a visão para este mesmo objeto de investigação.

Expressamos, inicialmente, a congruência de nosso pensamento com o exposto em Rittman (1993), para quem unidade de diálise não é apenas um lugar para realizar o tratamento, mas um lugar onde experiências acontecem. Desta forma, reiteramos nosso entendimento de que o espaço da clínica de diálise pode e deve ser um espaço educativo/promotor de saúde, considerando tanto o sistema popular como o sistema profissional em que os agentes estão inseridos (profissionais e pessoas que dialisam).

Ao analisarmos a Portaria Ministerial nº82 (Brasil, 2000), que rege o funcionamento dos serviços de diálise no Brasil, percebemos o seu rigor no que concerne à oferta, tanto do ponto vista estrutural como de recursos humanos de qualidade para as pessoas em regime terapêutico hemodialítico. Não identificamos nesta e em nenhum outro documento oficial, porém, recomendações de que a construção do espaço saudável em diálise vai além da presença de uma equipe de especialistas e de uma dimensão espacial compatível com a bio-segurança. Sabemos que a constituição desse espaço saudável deva ser uma busca dos profissionais em consonância com as pessoas que estão em regime terapêutico dialítico, porém este espaço não pode ser negligenciado como parte integrante de uma política de saúde que tem como paradigma promover a saúde por meio da melhoria da qualidade de vida.

No que concerne às diretrizes que norteiam a SBN, nos detivemos a explorar as duas que estão mais diretamente relacionadas às pessoas em regime terapêutico hemodialítico: as diretrizes que versam sobre o controle da anemia para IRC e sobre hipertensão arterial, já que anemia e hipertensão apresentam-se altamente prevalentes em pessoas que dialisam. As demais focalizam outras situações clínicas estudadas pela Nefrologia.

Nestes documentos, encontramos iniciativas de compreender a pessoa com IRC num contexto mais amplo, considerando inclusive que uma das prerrogativas do tratamento deva ser a promoção do reestabelecimento social das pessoas assistidas. Relatam ainda a importância da perspectiva crítica do profissional de saúde para que seja considerada a individualidade e que as diretrizes visam a nortear e não cercear os profissionais envolvidos no tratamento, já que condutas padronizadas nem sempre respondem às necessidades de cada situação (SBN, 2003). São avanços importantes, visto que apontam caminhos pautados em experiências consensualmente apresentadas como positivas, porém não as cristalizam como verdades absolutas.

Dentre os desafios principais relatados na diretriz que versa sobre a hipertensão arterial, destacamos a necessidade de ampliar o conhecimento da população e incentivar políticas e programas comunitários. Acreditamos que estes desafios se aproximam das proposições de nosso estudo de que há necessidade de identificarmos os espaços de autonomia e participação das pessoas em seu processo de cuidar. A diretriz reconhece a

necessidade das abordagens multiprofissionais que possam vivenciar medidas educativas com as pessoas envolvidas, lembrando que, para introduzir mudanças em hábitos de vida, as ações não podem ser esporádicas, precisam ser contínuas. Propõe a criação de ligas e, associações dos portadores e ao estabelecer normas alimentares, lembram de associá-las às preferências e poder aquisitivos da pessoa/família. Orienta ainda para que algumas variáveis tais como religião, hábitos de vida, aspectos culturais, crenças em saúde e contexto socioeconômico sejam consideradas no tratamento. Enfatiza que a relação entre a pessoa e os profissionais de saúde é um aspecto de real relevância no processo de adesão e reitera a consonância com nosso estudo, ao demarcar que:

A educação em saúde é o primeiro passo a ser adotado na tentativa de desenvolver e estimular o processo de mudança de hábitos e transformação no modo de viver. Porém isso não é tarefa fácil diante de vários outros fatores que influenciam o comportamento e determinam as mudanças necessárias para o controle efetivo da doença (SBN, 2003).

No sentido de contribuir com um modo novo de ver a clínica, situando-a numa concepção mais abrangente, Campos (2003) considera relevante examinar três dobras ou semblantes sobre os quais a clínica se apresenta: uma Clínica Oficial (clínica), uma Clínica degradada e uma Clínica ampliada (Clínica do Sujeito); contudo, considera ainda o autor que há contigüidade ao mesmo tempo em que há muitas diferenças entre esses semblantes da clínica.

No que se refere à Clínica Oficial (Clínica Clínica), seus limites, ao contrário do divulgado pela ideologia médica, não resultam apenas de aspectos obscuros dos processos saúde-doença. Numerosos autores demonstraram suas limitações ontológicas, suas debilidades de constituição, a exemplo de Foucault (2001). O objeto de estudo da Clínica Oficial está reduzido pelo enfoque predominantemente biológico, esquecendo-se das dimensões subjetiva e social das pessoas, propiciando saberes e práticas marcados pelo mecanicismo e pela unilateralidade de abordagem. Neste contexto, a ênfase está na doença e não na pessoa, a qual, quando considerada, é vista de modo fragmentado, um ser composto de partes que apenas, teoricamente, guardariam alguma noção de

interdependência. Reduccionismo expressos em abordagem terapêutica excessivamente voltada para a noção de cura (eliminação de sintomas e, no melhor dos casos, com a correção de lesões anatômicas ou funcionais), ficando em segundo plano tanto as possibilidades de promoção da saúde, ou de prevenção de doenças e até mesmo de reabilitação.

As qualificações Degradada ou Ampliada são, sempre, em relação à Clínica Oficial (Clínica Clínica). Ao classificar a Clínica como Degradada, Campos (2003:59) reconhece *que contextos socioeconômicos específicos podem exercer uma determinação tão absoluta sobre a prática clínica, que esta teria sua potencialidade para resolver problemas de saúde diminuída*. Para o autor, críticos da Medicina valem-se dessas degradações para criticar a Clínica como instituição, situação que viola os princípios básicos dos próprios manuais da Clínica Oficial. Acredita, entretanto, que a degradação clínica resulta de mescla de uma política de saúde inadequada com um comportamento alienado de médicos que a praticam por meio de atendimento de casos de forma padronizada, quase que independente da gravidade e das necessidades individuais. Produz-se, com efeito, uma Clínica Degradada *por interesses econômicos ou por desequilíbrios muito pronunciados de poder*. Já que *toda vez que a racionalidade estritamente clínica é atravessada por outras racionalidades do tipo instrumental ou estratégica, há degradação de sua potencialidade teórica e perde-se oportunidade de resolver problemas de saúde*; ou seja, interesse econômico das organizações anterior ao das pessoas, em que a lógica política e de poder se sobrepõe à razão da cura ou da reabilitação de pessoas, caracteriza a Clínica Degradada.

A Clínica do sujeito teria de enfrentar e derrotar os principais nós críticos que a Clínica Oficial não consegue sequer analisar e muito menos resolver, como superar a fragmentação da especialização sem cair em obscurantismo simplista que negue o progressivo desenvolvimento de saberes e de tecnologias, socorrendo-se do lugar-comum pós-moderno da transdisciplinaridade. Para o autor, uma crítica que se pretenda dialética da Clínica Oficial está obrigada a desconstruir, reconstruindo alternativas concretas de saberes e de práxis. Ressalta, ainda, que o objeto da clínica do sujeito inclui a doença, o contexto e o próprio sujeito e que não há como abordar a doença sem enquadrá-la em certa ontologia, já que a doença existe e não existe. Por isso, prossegue o autor, a clínica do sujeito demanda trabalho em equipe e um agir comunicativo, Habermas e a clínica. Nesse

sentido, as organizações de saúde também teriam que adotar uma cultura de comunicação, sendo o primeiro passo quebrar a arrogância pétrea da Medicina, com seus doutores e com seus protocolos, que seriam bem-vindos, desde que houvesse espaço para se duvidar deles, para que as equipes agissem apoiadas neles, mas duvidando deles.

Produzir saúde para sujeitos portadores de qualquer enfermidade requer uma nova dialética entre Sujeito e doença. Para Campos (2003:55), não seria

nem a antidialética positivista da medicina que fica com a doença descartando-se de qualquer responsabilidade pela história dos Sujeitos concretos, nem a revolta ao outro extremo: a doença entre parênteses, como se não existisse, quando, na verdade, ela está lá, no corpo, todo tempo, fazendo barulho, desmanchando o silêncio dos órgãos. A doença está lá, dependendo dos médicos e da medicina, é verdade, mas também independente da medicina; dependente da vontade de viver das pessoas, mas também independente da vontade dos Sujeitos. Está lá, simplesmente como processo humano de nascer, crescer, gastar a vida, minguar e morrer. E sabendo que as coisas nem sempre acontecem nessa ordem exata, cartesiana. Então, pôr a doença entre parêntese, sim, mas apenas para permitir a reentrada em cena do paciente, do sujeito enfermo, mas, em seguida, agora, em homenagem a Basaglia, sem descartar o doente e o contexto, voltar o olhar também para a doença do doente concreto.

O exposto sugere a ampliação do objeto de saber e de intervenção da clínica para além do conhecimento e da intervenção sobre a doença para o Sujeito e seu contexto. O objeto a partir do qual se desdobraria um campo de responsabilidades para a clínica o composto resultante de uma síntese dialética entre o sujeito e sua doença. Campos (2003) enfatiza a importância desta compreensão de clínica para os casos de enfermidades ou de deficiências crônicas, de longa duração e, em geral, incuráveis visto que essas pessoas, quase sempre, dependem de algum tipo de apoio técnico, ao mesmo tempo em que são sujeitas à variação do contexto sociocultural.

2.2 Reconstruindo a história das clínicas de diálise no mundo, no Brasil e no Ceará

Em 1830, Thomas Graham, um físico inglês, verificou que, separando dois líquidos com substâncias dissolvidas numa membrana celulósica, estabelecia troca entre elas. Este processo foi pelo físico denominado “diálise”; as membranas foram caracterizadas “semipermeáveis” (DRUKKER,1989).

Somente em 1913 (passados mais de oitenta anos do experimento de Thomas Graham) foi que John Abel, um americano, idealizou o primeiro rim artificial para dialisar cães sem rim, a partir dos estudos do Físico. É óbvio que alguns problemas técnicos dificultaram (fragilidade da membrana, ausência de anticoagulante, dificuldade no processo de esterilização) o êxito do procedimento (DRUKKER,1989)

Quatro anos após, durante a 1ª. Guerra Mundial, em 1917, o alemão Georg Hass diante de um grande número de pessoas em uremia pela Insuficiência Renal Aguda (IRA), aperfeiçoou o protótipo do “rim artificial” de seu colega John Abel, superando a maioria dos problemas técnicos apresentados por aquele (ampliou áreas das membranas, utilizou o etanol para esterilização do circuito extracorpóreo). Somente em 1924, no entanto, a diálise foi utilizada pela primeira vez em ser humano. Nesta primeira experiência no ser humano, ½ litro de sangue da pessoa que estava com uremia foi retirado, circulou pelos tubos (circuito para diálise) durante meia hora e em seguida foi reinfundido na pessoa, não obtendo efeito positivo. Esta seqüência de experimentos motivou Georg Hass a repetir o método em 1928, desta vez com o uso de anti-coagulante e ampliando o número de trocas (passagem pelo circuito), então para o número de nove (DRUKKER,1989).

Vários experimentos foram realizados na busca de materiais mais compatíveis e que permitissem maior segurança às pessoas. A partir de 1936, com a comercialização de celofane, o procedimento passou a ser aplicado em ser humano, propiciando maior segurança (BAXTER, 1996).

Somente em 1940, durante a Segunda Guerra Mundial, o holandês Kolff (considerado por alguns o Pai da Hemodiálise) confeccionou um “rim artificial”, o qual consistia num tubo de 40 metros de celofane num cilindro que rodava um tanque que continha uma solução. O sangue circulava dentro do tubo e a cada rotação do cilindro dentro do tubo e a cada rotação do cilindro mergulhava no tanque. Três anos após (1943), Kolff utilizou este experimento (“rim artificial”) em ser humano com IRA. A inovação de Kolff era que o sistema possuía um sistema de propulsão do sangue no circuito (adaptado de uma bomba de automóvel), permitindo que pela primeira vez utilizasse uma diálise de modo contínuo por meio de acesso de uma artéria e uma veia. Apresentou como problema que em cada diálise haver necessidade de uma nova veia e uma nova artéria. A pessoa que foi submetida a este procedimento faleceu após o 26º. dia de tratamento (DRUKKER,1989; BAXTER,1996).

1945 foi o ano que marcou a sobrevivência da primeira pessoa que se submeteu a terapia dialítica. Era uma pessoa com IRA que recuperou as funções renais após a terapia. Naquele ano, pessoas no mundo inteiro tinham se submetido à terapia sem êxitos, entretanto, Koff contra-indicou a terapia para casos de IRC, afirmando que para estes casos não haveria tratamento (BAXTER, 1996).

Nos anos 1950, a hemodiálise ainda era considerada experimental e apresentava resultados duvidosos e muitos problemas persistiam, dentre eles a falta de acesso permanente. Foi somente em 1960 que Scribner e Quinton descreveram uma via de acesso permanente para hemodiálise, o “SHUNT” arterio-venoso permanente, possibilitando realizar o tratamento múltiplas vezes e conseqüentemente avaliação do procedimento. Neste mesmo ano, a primeira pessoa com diagnóstico de IRC passou a dialisar duas vezes por semana (Ibid, 1996).

Gradativamente, novas tecnologias foram sendo incorporadas ao procedimento, tornando-a mais biocompatível, melhorando a qualidade do tratamento. Destacamos ainda o passo dado por Cinino e Brescia através da idealização cirúrgica da fístula arteriovenosa (Ibid, 1996).

No Brasil, o estudo de Gregório (1996) nos informa que o Hospital do Rim e Hipertensão, da Fundação Oswaldo Ramos, em São Paulo, foi o primeiro hospital da

América Latina a se dedicar à realização de diagnóstico, tratamento e prevenção das doenças renais.

No Ceará, destaca-se um núcleo multidisciplinar que integra o Centro de Pesquisas em Doenças Hepato-Renais da Universidade Federal do Ceará (CPDHR), fundado em 1976, o qual articula assistência – ensino e pesquisa, tendo como idealizadores os médicos Roberto Barreto Marques (nefrologista) e Antônio Lacerda Machado (cirurgião-geral). Este centro, já em seu primeiro ano de funcionamento investiu em experimentos em cães para tornar-se um centro transplantador de referência. Concomitantemente, foi realizada a primeira hemodiálise com uma máquina (“rim artificial”) modelo Kill, doada pelo Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq). Apresentava, todavia, sérios problemas que inviabilizaram o tratamento. Posteriormente, uma empresa alemã, B. Braun, doou duas máquinas, viabilizando o início do programa de diálise no Ceará (GREGÓRIO, 1996).

No ano seguinte, após centenas de experimentos, foi realizado no Ceará o 1º transplante renal. Após quatro transplantes realizados, a Secretaria de Saúde do Estado do Ceará (SESA - CE) equipou o CPDHR, tornando-o apto a realizar sua própria seleção imunológica. Em 1988 foi realizada a campanha “Quem ama doa” com o intuito de sensibilizar as pessoas à doação de órgãos e viabilizar transplante de órgãos de doadores cadáveres (Ibid., 1996).

Segundo o diretor clínico do CPDHR (João Batista Evangelista Júnior), em entrevista ao Jornal Brasileiro de Nefrologia, apesar do parco investimento dos órgãos de fomento à pesquisa no Brasil e as exíguas verbas para as universidades, o CPDHR vem expandido suas ações com destaque para o laboratório de Imunogenética e biologia molecular (Ibid., 1996).

Além do CPDHR, o Ceará conta com mais 15 clínicas de diálise, sendo 09 na capital (Fortaleza) e 6 nas demais cidades. O quadro 01 apresenta uma visão geral dos centros cearenses com seus respectivos quantitativos de profissionais e pessoas submetidas a terapia hemodialítica.

Alguns destes centros localizam-se em hospitais de grande porte, os quais também realizam transplantes renais; dentre estes se destaca o Hospital Geral de Fortaleza

(HGF) como importante centro transplantador. Outros centros, localizados em hospitais no interior do Estado do Ceará também realizam, ainda que em menor escala, transplante renal, a exemplo do centro de diálise da Santa Casa de Misericórdia de Sobral (SCMS) – *locus* deste estudo.

QUADRO 1: DEMONSTRATIVO DAS UNIDADES DIALÍTICAS DO CEARÁ⁴

CIDADES	UNIDADES (CLÍNICAS)	N.º P	N.º M	N.º E	N.º A/T
Barbalha	Hospital Maternidade Santo Antônio	94	05	02	16
Crato	Casa de Saúde Joaquim B. Farias	150	04	02	20
Fortaleza	Centro de Nefrologia/Hospital Geral	34	08	06	21
Fortaleza	Centro de Pesquisa Hepato Renais	68	05	04	16
Fortaleza	Clínica de Doenças Renais e Hipertensão LTDA.	74	05	04	16
Fortaleza	Clínica de Rim S/C LTDA.	112	06	03	17
Fortaleza	Clínica Pronefron	191	08	05	28
Fortaleza	Instituto do Rim	118	06	05	25
Fortaleza	Instituto de Nefrologia do Ceará – INECE	118	07	03	24
Fortaleza	Policlínica do Rim S/C LTDA.	107	03	03	15
Fortaleza	Pronto Rim	180	08	03	22
Fortaleza	Prorim – Santa Casa de Misericórdia	94	05	02	15
Juazeiro do Norte	Sociedade Civil Médica Cirúrgica	84	04	02	13
Maracanaú	Clínica de Doenças Renais e Hipertensão Arterial	102	05	02	14
Quixadá	Clínica de Doenças Renais/Hipertensão	39	02	01	07
Sobral	Centro de Nefrologia Sobralense	147	02	03	24
TOTAL		1792	88	55	313

LEGENDA: P: Pessoas com IRC em programa hemodialítico;

M: Médicos; E: Enfermeiros; A/T: Auxiliares e Técnicos em Enfermagem.

⁴ Dados levantados pela pesquisadora para fins deste estudo – Maio/junho de 2003

2.2.1 A unidade de diálise de Sobral: um pouco da história⁵

A unidade de diálise de Sobral foi criada em setembro de 1988. Localizada dentro do maior hospital de referência para região norte do Estado do Ceará, a SCMS é a única unidade especializada em Nefrologia nesta região. Inicialmente apresentava uma equipe mínima para funcionamento: um nefrologista, um enfermeiro e dois auxiliares de enfermagem. No que se refere à infra-estrutura, apresentava-se como uma tecnologia adequada para o momento. Totalizavam cinco máquinas (rim artificial), havia salas específicas para as modalidades de diálise (hemodiálise e diálise peritoneal). Por estar localizada num complexo hospitalar apresentava acesso fácil a exames complementares de diagnóstico e suporte hospitalar para intervenções diante às complicações apresentadas pelas pessoas portadoras de IRC.

No decorrer destes quinze anos, foi dirigida por dois nefrologistas, sendo de 1988 a 1992 por Francisco Edison de Vasconcelos e, a partir de 1992, Paulo Roberto dos Santos assumiu a direção.

Na primeira gestão, podemos destacar como relevante a divulgação do Serviço de Nefrologia para a região, ampliação do quantitativo de auxiliares de enfermagem e qualificação da equipe. Também por iniciativa dessa direção e com o apoio e incentivo da administração da instituição Santa Casa, foi criado um albergue para acomodar as pessoas que se apresentavam impossibilitadas de ir e vir as três vezes por semana para realização da terapia dialítica. Embora a unidade de diálise seja referência para a região norte do Ceará, o raio de procedência das pessoas que lá dialisam é em torno de 110 km², com uma população aproximada de 1.500.000 habitantes, chegando a atender pessoas de estados vizinhos.

Na segunda gestão, dando continuidade e concomitantemente ampliando e qualificando a atenção à pessoa em terapia dialítica, podemos enumerar vários avanços para a qualidade da atenção a esta. A princípio foi pactuada uma parceria com o CPDHR da Universidade Federal do Ceará (UFC), permitindo uma assessoria dos profissionais vinculados a esta instituição na atenção à saúde e a pesquisa.

⁵ A elaboração dos seis primeiros parágrafos dessa seção foi subsidiada a partir do histórico e perfil assistencial da Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de Sobral. Aragão, Ximenes Neto e Silva (2002).

Em 1992, inicia o uso sistemático do hormônio eritropoetina humana recombinante nas pessoas portadoras de IRC, possibilitando melhoria nos níveis de hematócrito e hemoglobina, ou seja, controlando a anemia, uma das grandes complicações clínico-biológicas oriundas da IRC que repercute negativamente na qualidade de vida destas pessoas. É válido salientar que a oferta deste medicamento foi viabilizada por meio de uma política nacional/estadual.

Neste mesmo ano, a equipe passou a contar com mais outra enfermeira (há que se destacar que este profissional já exercia atividade no serviço na função de auxiliar de enfermagem e, ao concluir a graduação em enfermagem, foi absorvida como enfermeira – esta situação se repete posteriormente com outras dois futuros enfermeiros do serviço). Embora saibamos que não há na categoria de enfermagem um programa de ascensão entre os profissionais, uma vez que são formações independentes (para o enfermeiro a graduação e para os auxiliares e técnicos os cursos técnicos profissionalizantes), consideramos que uma política interna de incentivo à qualificação profissional (não necessariamente para uma outra formação) é importante tanto para a satisfação dos profissionais bem como pela qualidade da ação desempenhada.

Ainda neste ano, a unidade foi destaque estadual, ao realizar em parceria com o CPDHR do Ceará o primeiro transplante de rim no interior do Ceará de uma das pessoas que realizava procedimento dialítico naquela unidade (TRANSPLANTE RENAL HISTÓRICO, 1992, p. 1). Passados 12 anos, o enxerto renal continua a funcionar com satisfatórias funções, segundo arquivo da unidade e abordagem direta à pessoa na qual foi transplantado um rim.

Integrando a Política Nacional, a partir de 1993 acrescentaram-se aos exames mensalmente realizados nas pessoas com IRC testes sorológicos para detecção do vírus da hepatite C (HVC). Diante dos primeiros resultados, o serviço optou pela reorganização do processo de trabalho (escala das pessoas que dialisavam) de acordo com a positividade viral. Assim, o centro passou a funcionar com três salas para hemodiálise: uma para as pessoas com negatividade viral para hepatite B e C, uma para as pessoas com positividade viral para hepatite B (estas já funcionavam em consonância com as portarias ministeriais que regiam os estabelecimentos de diálise) e outra para positividade viral para hepatite C. É um dos poucos centros do Brasil a proceder deste modo. Tal iniciativa contribui para uma prevalência de

positividade viral na clínica inferior aos demais centros de diálise no Brasil (SALLES JÚNIOR et al., 1995).

A Portaria nº 2.042, de 11 de outubro de 1996, do MS, estabelece novas exigências técnicas para o funcionamento dos serviços de terapia renal substitutiva. Entre eles, recomenda que a segurança do tratamento dialítico tem como um dos seus determinantes a qualidade da água utilizada para terapia dialítica (BRASIL, 1996a). Adequando-se a tais regulamentos e visando a contribuir para a qualidade da atenção, a unidade de diálise de Sobral, já em 1997, substituiu o sistema de deionização (dessalinização por meio de trocas iônicas) pela osmose reversa, a qual permite um padrão linear e constante da água fornecida com a passagem de solvente (água) por uma membrana semipermeável. Segundo Salles Junior e Santos (1997) somente 13% das unidades de diálise brasileiras conseguiram a instalação deste dispositivo no tempo recomendado pela Portaria.

A partir de 2000, em consonância com a Portaria N^o. 82/2000 do MS, que tornava obrigatório o uso de hemodialisadoras (máquinas de diálise) de proporção, a unidade de diálise de Sobral gradativamente foi substituindo as “máquinas de tanque” para as de proporção. É fato que em 2001, a unidade já estava adequada aos requisitos da Portaria. Neste mesmo ano, deu-se início à construção de uma nova estrutura para esta unidade de hemodiálise, visando à ampliação da capacidade de atenção, bem como à qualidade desta atenção por meio de uma estrutura física que proporcionasse mais conforto à comunidade.

Esta nova estrutura destaca-se pela re-significação da concepção de clínica. A unidade de diálise anterior estava inserida no centro do hospital, com correspondência para a emergência do hospital e tendo como porta de acesso a mesma em que circulavam todos os que necessitam de intervenção hospitalar. A nova unidade possui um acesso próprio, o qual fica do lado oposto à antiga entrada; porém, internamente, mantém acesso por uma via de comunicação com as unidades hospitalares para eventuais emergências.

Em estudo anterior, assinalamos que, ao lado das aquisições de equipamentos, insumos e espaço físico, a qualificação dos profissionais tem sido o maior valor agregado ao processo de trabalho na referida unidade (PARENTE *et al.*; 2002).

Além da atenção à pessoa com IRC em terapia dialítica (hemodiálise convencional, hemodiálise contínua lenta, diálise peritoneal intermitente e diálise peritoneal

ambulatorial contínua), a unidade mantém também programa de transplante renal. O programa de transplante renal tem como parceiro o CPHR, o qual disponibiliza o laboratório de histocompatibilidade. Cirurgiões desse centro de pesquisa também integram o programa de transplante da Santa Casa de Sobral. Até o momento os transplantes realizados limitam-se a transplantes com doadores vivos, embora o hospital seja reconhecido como apto à realização de transplantes com cadáveres. Possui também equipe capacitada para captação de órgãos e em parceria com a Central de Captação de Órgãos do Ceará, vem realizando o procedimento e encaminhando os órgãos doados para outros centros transplantadores, respeitando a lista única para doação de órgãos de cadáveres. Integram a equipe de captação de órgãos acadêmicos de enfermagem da Universidade Estadual Vale do Acaraú (UVA) e de Medicina da UFC.

Os quadros a seguir revelam alguns dados levantados junto à Clínica de Diálise em estudo.

QUADRO 2 DISTRIBUIÇÃO DO NÚMERO DE PESSOAS QUE REALIZARAM TERAPIA DIALÍTICA NA CLÍNICA DIALÍTICA DA SCMS, 2003.

Jan.	Fev.	Mar.	Abr.	Mai.	Jun.	Jul.	Agos.	Set.	Out.	Nov.	Dez.
143	144	149	156	151	154	154	151	151	150	154	155

QUADRO 3 DISTRIBUIÇÃO DO NÚMERO DE SESSÕES DIALÍTICAS REALIZADAS NA CLÍNICA DIALÍTICA DA SCMS, 2003.

Jan.	Fev.	Mar.	Abr.	Mai.	Jun.	Jul.	Agos.	Set.	Out.	Nov.	Dez.	Total
1840	1674	1847	1876	1958	1841	1935	1849	1887	1963	1828	2007	22505

Atualmente a Clínica conta com 05 profissionais com formação universitária, atuando diretamente, e um grupo multiprofissional que lá também desenvolve suas atividades, porém não cotidianamente. Estes profissionais são graduados há mais de 05 anos, todos realizaram pós-graduação, sendo que 03 com especialização em Nefrologia (02 médicos e 01 enfermeira). Os outros dois enfermeiros são especialistas em Enfermagem clínica e cirúrgica. Ressalta-se ainda que os dois nefrologistas são professores do curso de Medicina da UFC, em Sobral, e concluíram mestrado em clínica. A Clínica conta com 06 técnicos de enfermagem, 21 auxiliares de enfermagem, 02 auxiliares de escritório, 02 auxiliares de serviços diversos e 01 copeira.

Na área de ensino, a clínica se constitui campo de práticas e estágios supervisionados para graduandos em enfermagem da UVA, desde setembro de 1988, e para graduandos em Medicina da UFC, desde março de 2001. Subsidia também estágios supervisionados para estudantes de cursos de auxiliar e técnicos em enfermagem.

Como campo de investigação científica, a referida unidade tem sido eleita para estudos monográficos de graduação e especialização, dissertações de mestrado e este estudo em foco que se constitui tese de doutoramento. Propiciado ainda, o desenvolvimento de estudos de iniciação científica e projetos de extensão universitária. Os resultados destas investigações têm sido socializados em formas de livros, periódicos, jornais, boletins informativos da Sociedade Brasileira de Enfermagem em Nefrologia (SOBEN), além de terem sido apresentados e discutidos em eventos científicos da área específica e setores afins.

A produção científica por nós recuperada totalizou 15 estudos, sendo 10 monografias de graduação, 04 monografias de especialização e 01 dissertação de mestrado. Estudos independentes e de iniciação científica ultrapassam o número de vinte, realizados pela equipe multiprofissional da unidade de diálise e outros em parceria com professores e alunos das universidades.

Ações que visam a promover um processo de capacitação dos profissionais ocorrem, às vezes, de acordo com a programação institucional (SCMS) e direcionadas a distintas categorias profissionais. De modo específico, são realizadas periódica e esporadicamente de acordo com inovações e ou deficiências detectadas pelo serviço.

Manteve, durante dois anos (2002 e 2003), em parceria com a UVA, um grupo de estudo – Educação em Saúde para Pessoas com IRC – fruto de um projeto financiado pela Fundação Cearense de Apoio ao Desenvolvimento Científico e Tecnológico (FUNCAP), ao qual estiveram vinculados 10 profissionais da unidade (técnicos e auxiliares de enfermagem), uma professora da UVA (que no período também era enfermeira assistente da unidade) e duas acadêmicas de enfermagem.

Este projeto foi avaliado por Paiva, Dias e Vieira (2004), os quais evidenciaram que os profissionais se sentem motivados para incorporar atividades educativas em saúde no processo de trabalho dos enfermeiros, entretanto, as iniciativas são assistemáticas e não reconhecem incentivo institucional para o seu desenvolvimento. Considerando as proposições do MS (Brasil, 2003), os autores reconhecem nos profissionais de saúde um potencial para um processo de transformação do modelo assistencial e da prática sanitária ainda predominante, propiciando uma atenção que considere os princípios e diretrizes do SUS.

Tal situação aponta para o reconhecimento de uma clínica promotora de saúde que ultrapassa os limites da clínica, muito embora as ações ainda ocorram numa perspectiva que pouco estimula a autonomia e participação das pessoas em seu processo de cuidado.

Entendendo que é processual a metamorfose da Clínica Oficial para a Clínica do Sujeito e que a Clínica do Sujeito é uma clínica que promove saúde, assim, passamos a explorar de forma mais sistemática o histórico e os construtos relacionados à promoção da saúde.

2.3 Promoção da saúde: determinantes históricos e possibilidades

O discurso de promoção da saúde não é homogêneo e apresenta contradições que correspondem a interesses divergentes, contemplando perspectivas conservadoras e progressistas. Reaver as concepções que originaram o conceito de promoção da saúde torna-se relevante para tomarmos conhecimento de que este conceito está sendo amplamente discutido.

A relação entre determinantes sociais e o processo saúde/doença datam do início do século XIX, na Europa, quando os estudos de Engels apresentaram a relação das enfermidades com as classes sociais, destacando as condições de saúde/doença da classe operária inglesa marcada por doenças infecciosas, por doenças causadas por toxinas ambientais e alcoolismo (RESTREPO, 2001). As considerações de Engels condizem com a re-significação da concepção de saúde para além da ausência de doenças e do setor saúde. Esta concepção, segundo Sucupira e Mendes (2003), dá um salto qualitativo ao incorporar a noção de direitos, ou seja, o direito a ter uma vida saudável, constituindo-se em um amplo marco de referência centrado no indivíduo, família ou grupos.

Buss (2003) apresenta os primeiros usos da dicção promoção da saúde e seus respectivos significados. Promoção da saúde foi expressão utilizada em 1920 por Winslow que, ao definir saúde pública, indicou a promoção da saúde como esforço da comunidade organizada para alcançar políticas que melhorassem as condições de saúde da população e programas educativos para que o indivíduo melhorasse sua saúde pessoal.

Em 1945, Henry Sigerist, ao redefinir as funções da Medicina, incluiu a promoção da saúde nestas, juntamente com a prevenção de enfermidades, a cura e a reabilitação. As ações de promoção da saúde compreenderiam educação sanitária e ações do Estado para a melhoria das condições de vida, incluindo: educação livre para toda a população, educação em saúde; melhores condições de trabalho e vida para a população; melhores meios de recreação e lazer; um sistema público de saúde de acesso universal e centros médicos de investigação e capacitação.

Posteriormente, entre as décadas de 1950 e 1970, Leavell & Clark utilizaram, as palavras promoção da saúde para caracterizar um 'nível de atenção' da medicina preventiva no modelo proposto na história natural da doença. Dentro desses níveis, há cinco componentes distintos, nos quais se aplicariam medidas preventivas, dependendo do grau de conhecimento da história natural. A promoção da saúde integraria a prevenção primária, a ser desenvolvida no período de pré-patogênese, por meio de medidas que visassem a aumentar a saúde e o bem-estar geral; no período da pré-patogênese, o qual correspondia à fase anterior ao adoecimento dos indivíduos (LEAVELL & CLARK, 1976).

A partir dos anos 1970, os países, principalmente os mais desenvolvidos, passaram a ser questionados quanto às novas concepções de saúde-enfermidade-cuidado, as

quais articulam saúde e condições de vida. A partir desta recontextualização, conforme mencionado no Capítulo 01 deste estudo, surgiu no Canadá, em 1974, o moderno movimento de promoção da saúde, com a divulgação do *Informe Lalond* (A new perspective on the health of Canadians), constituindo-se no primeiro documento oficial a usar a expressão promoção da saúde e a colocar este campo no contexto de planejamento estratégico (DRAPER, 1995 apud BUSS, 2003).

Neste contexto histórico, destacamos como marcos internacionais a Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde e as Conferências Internacionais de Promoção da Saúde, as quais estabeleceram as bases conceituais e políticas contemporâneas da promoção da saúde.

Em 1978, a I Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde, ocorrida em Alma-Ata, constituiu um dos eventos mais significativos para a saúde pública, na segunda metade do século XX, pelo alcance que teve em quase todos os sistemas de saúde do mundo. A conferência trouxe como meta ‘saúde para todos no ano 2000’. A partir desta conferência, a OMS e o Ministério da Saúde do Canadá passaram a envidar esforços para constituição de conceitos e práticas em promoção da saúde e em novembro de 1986, Ottawa sediou a I Conferência Internacional de Saúde Pública.

A I Conferência Mundial de Promoção da Saúde, realizada em Ottawa (Canadá), em 1986, definiu que a promoção de saúde consiste no “processo de capacitação da comunidade para atuar na melhoria de sua qualidade de vida e saúde, incluindo uma maior participação no controle deste processo” (BRASIL, 2002: 19). Dentre as condições-chaves para o provimento da Promoção da Saúde estão: o desenvolvimento de habilidades pessoais e a reorientação dos serviços de saúde; inserindo-se, dessa forma, no grupo de conceitos mais amplos, reforçando a responsabilidade e os direitos dos indivíduos e da comunidade pela sua própria saúde. Ela estabelece, assim, a educação, alimentação, renda, ecossistema estável, recursos sustentáveis, justiça social e equidade, afirmando que o incremento nas condições de saúde requer uma base sólida nestes pré-requisitos básicos. Esta Conferência advogou os princípios da universalidade do atendimento, equidade, participação comunitária, intersetorialidade e integralidade, permitindo um grande avanço nas políticas de saúde no Brasil que dois anos após implantou o SUS. Os princípios que nortearam a carta de Ottawa encontram-se presentes no SUS, a destacar: fortalecimento da participação comunitária e desenvolvimento das capacidades e habilidades individuais (VIEIRA, 2003; BUSS, 2003).

Esta Conferência reconheceu que ações da comunidade na tomada de decisão de estratégias e na implementação permitem melhoria das condições de saúde e que, para efetivação da promoção da saúde, há necessidade de apoio ao desenvolvimento pessoal e social. Neste sentido, entendemos que há maior espaço para a participação das pessoas para que possam exercer maior controle sobre sua própria saúde, bem como fazer opções conscientes em relação às atitudes a serem tomadas. Inferimos destes pressupostos que a promoção da saúde não é uma normatização que se impõe. É uma filosofia, um conglomerado de proposições que devem nortear o viver saudável de forma a ser compartilhada entre indivíduos, comunidades, grupos, profissionais da saúde, serviços de saúde e gestores; independentemente em que espaço da atenção à saúde aconteça, muito embora, tradicionalmente, a maioria dos estudos tenha apontado consonância da promoção da saúde restrita à atenção primária.

Se no âmbito internacional a I Conferência Internacional de Promoção da Saúde é considerada o marco fundador do movimento da promoção da saúde no mundo, no Brasil, intenso movimento popular e sindical culminou com a VIII CNS, também em 1986. As Conferências internacionais continuaram. Depois de Otawa, realizaram-se em Adelaide (Austrália) a II Conferência em 1988, a III em Sundsvall (Suécia) em 1991, IV em Jakarta (Indonésia) em 1997; seguidas da Rede de Megapaíses na Suíça, em 1998, e México, em 2000. Em resumo, as conferências, considerando as contribuições individuais, expressaram a necessidade de aumentar a capacidade e poder de decisão das pessoas e a participação comunitária como fatores essenciais num processo democrático de promoção da saúde e a força motriz para a autoconfiança e o desenvolvimento. Evidenciaram o entendimento de que uma das estratégias para a ação em saúde pública é *“capacitar comunidade e indivíduos a ganhar maior controle sobre sua saúde e ambiente, através da educação e maior participação nos processos de tomada de decisão”* (OMS, 2001). Aqui queremos destacar a nossa crítica à segmentação feita entre distintos níveis de atenção. O desenvolvimento de capacidades para a efetividade do cuidado é plenamente pertinente a qualquer nível de atenção e não somente estratégia para a ação em saúde pública.

Segundo Martins Junior (2003), as conferências foram importantes também para a compreensão do *empowerment*, partindo do princípio de que saúde se efetua pelo e com o povo, e não sobre e para o povo. Sendo assim para melhorar a capacidade das comunidades para promover saúde, é preciso que as pessoas tenham direito de voz e mais acesso ao

processo de tomada de decisão e às habilidades e conhecimentos essenciais para efetuar a mudança.

Buss evidencia que a promoção da saúde envolve aspectos da relação entre sujeito e estrutura numa relação dinâmica e interdependente, ao assinalar que o discurso vigente de Promoção da Saúde advém de *uma concepção ampla do processo saúde-doença e de seus determinantes, (...) propõe uma articulação de saberes técnicos e populares e a mobilização de recursos institucionais e comunitários, públicos e privados para seu enfrentamento e resolução* (2000:165).

Segundo o autor antes referido, promoção da saúde está associada a um “conjunto” de valores: vida, saúde, solidariedade, equidade, democracia, cidadania, desenvolvimento, parceria, entre outros. Refere-se também a uma combinação de estratégias: ações do Estado (políticas públicas saudáveis), da comunidade (ação comunitária), de indivíduos (desenvolvimento de habilidades pessoais), do sistema de saúde (reorientação do sistema de saúde) e de parcerias intersetoriais; isto é, trabalha com a idéia de responsabilidade múltipla, seja pelos problemas, seja pelas soluções propostas para eles.

O fortalecimento da promoção da saúde passa inclusive pelo dito por Sucupira (2003), ou seja, a necessidade de considerar o novo contexto epidemiológico dos agravos em saúde. Nestes novos agravos, encontra-se a necessidade de assistência/cuidado de pessoas para as quais a cura não é mais o objetivo, mas a prevenção das complicações e a manutenção da qualidade de vida. Não sendo suficiente à resolução da queixa, mas o entendimento da dimensão dessa queixa, para além do que ela expressa. Portanto, é preciso identificar os condicionantes que se expressam naquele sintoma manifestado e pensar o problema no espaço do território (entendemos a clínica como território vivo, dinâmico). Estas premissas são defendidas por nós neste estudo

Nestes agravos, inserem-se as doenças crônicas, onde a mudança de comportamento ou de estilo de vida constitui importante estratégia para a consecução da qualidade de vida. É sempre válido ressaltar, porém, que um conceito de qualidade de vida orientador de ações deve considerar a relatividade histórica, cultural e social. Não representa, assim, somente a possibilidade de consumir bens duráveis e não duráveis, nem depende exclusivamente dos indivíduos assumirem estilos de vida saudáveis. Integra muitas

dimensões, tantas quantas estiverem interferindo no nosso desenvolvimento econômico, social e humano (WESTPHAL, 2003).

Ao considerar o exposto pelas autoras, entendemos que não só as pessoas que buscam atenção à saúde, mas, também, os profissionais estão inseridos num cenário econômico, social e humano. Estes últimos trazem consigo valores e crenças pessoais e profissionais e por pertencerem, na maioria das vezes, a uma classe diferente da população em geral, apresentam dificuldades de entender, algumas vezes, até os códigos lingüísticos das pessoas com afecções quiçá os seus conceitos de qualidade de vida. Como conseqüências, agem preconceituosamente, desconsiderando, muitas vezes, a autonomia e a participação das pessoas de decidirem e agirem no seu processo saúde-adoecimento, não compartilhando decisões. O poder compartilhado promove a participação das pessoas nas decisões e requer a percepção da capacidade que a população tem de transformar a informação ou o conhecimento em novos conhecimentos a partir de uma relação educativa que proporcione o exercício da autonomia e da participação, não sendo, portanto, suficiente informar a pessoa, mas educar-se com ela.

Dias (2001), informa da necessidade de uma educação emancipadora da pessoa com IRC, possibilitando aflorar as potencialidades e capacidades para um caminhar com qualidade. Esta educação emancipatória deve permitir que cada um alcance seu bem-estar por meio da co-responsabilidade pelo seu cuidado e não sejam apenas repetidores de termos, expressões, princípios e até conceitos, sem entretanto, compreendê-los, atribuir-lhes sentido, constituindo um tipo de aprendizagem que para Donato e Mendes (2003) reproduz idéias, símbolos, mas não os decodifica, isto é, não consegue relacioná-los com a vida e com seus saberes anteriores; uma aprendizagem mecânica.

Elucidamos a necessidade de uma relação educacional democrática que perceba, entenda e respeite as diferenças por meio de diálogo entre os profissionais de saúde e as pessoas que buscam atenção, discordando das autoras antes citadas de que diálogo implica necessariamente consensos, visões harmoniosas sobre as coisas. Entendemos que conflitos, dissenso, estão sempre presentes, pois, saberes desiguais estão permanentemente em confronto e, como conseqüência, propicia aprendizados.

Dellatorre (2003:32) lembra que *as pessoas só participam quando sentem realmente envolvidas e quando dispõem de clareza e condições para ultrapassar as barreiras*

que se interpõem ao cumprimento do recomendado. Esclarece a autora que os profissionais possuem um papel mediador nesta procura e que os estudos de D’Incao e Roy (1998) sobre o papel mediador dos profissionais afirmam que o processo de mediação permite que novas relações se construam sobre a autonomia das pessoas no direito de expressar, negociar livremente as soluções para os problemas. É preciso, ainda, ter cuidado para que as pessoas não se alienem, transferindo suas responsabilidades para os profissionais. Aos profissionais compete informar, questionar, debater práticas que garantam a saúde e reenviando a cada questão, o sentido e conseqüências das escolhas efetuadas. Os profissionais devem ser mediadores que buscam encontrar o caminho para conquistar autonomia e a escolha livre das pessoas e reconhecê-las como o principal recurso para a obtenção da saúde.

Em síntese, há consenso entre os autores consultados na idéia de que as conceituações de promoção da saúde podem ser reunidas em dois grandes grupos, sendo que um grupo concebe promoção da saúde como um conjunto de atividades dirigidas a transformações dos comportamentos individuais, focando nos estilos de vida no contexto familiar e ou na comunidade em que se encontram. As atividades restringem-se a componentes educativos com ênfase no indivíduo, tais como: medidas higiênico-dietéticas, aleitamento materno etc. Já no segundo grupo, o que caracteriza a promoção da saúde são os determinantes gerais das condições de vida. Neste sentido, a saúde é vista como produto de fatores relacionados à qualidade de vida, tais como: padrão de alimentação, habitação e saneamento, boas condições de trabalho, oportunidade de educação, ambiente físico limpo, apoio social e adequados cuidados à saúde. Diferentemente do primeiro, as atividades estão mais voltadas ao coletivo e ao ambiente, compreendido, num sentido amplo, por meio de políticas públicas e de ambientes favoráveis ao desenvolvimento da saúde e do reforço da capacidade dos indivíduos e das comunidades (BRASIL, 2000; BUSS, 2003; VIEIRA, 2003).

Neste sentido, alguns autores, a exemplo de Naidoo e Wills (1994), buscaram classificar as diversas abordagens de promoção da saúde. Para as autoras, a diversidade de conceitos de saúde influencia nas práticas e a abordagem médica preventivista (“biologicista”) embora seja a mais prevalente, representa apenas uma das formas de intervenção no cenário da promoção da saúde. Portanto, sem cair em armadilhas reducionistas, mencionam outras abordagens igualmente importantes: adoção de comportamentos saudáveis, educacional, *empowerment* e mudanças sociais.

Para as autoras, essas abordagens diferem quanto aos objetivos, métodos e formas de avaliação, o que, entretanto, não as coloca como excludentes. Partindo das proposições das autoras, seguimos com uma reflexão de nosso entendimento sobre as possibilidades e limites de cada abordagem.

Se a abordagem preventivista objetiva a redução da morbimortalidade, por outro lado ela é conduzida quase sempre por especialistas que incentivam a dependência do conhecimento médico e retiram as decisões de saúde das pessoas envolvidas. Já a abordagem que visa à adoção de comportamentos saudáveis admite que as pessoas são capazes de realizar reais melhorias na saúde por meio de mudanças no seu estilo de vida. Visualizamos, entretanto, a noção de que tomar decisões saudáveis é um processo complexo e que há íntima relação entre comportamento individual e fatores sociais e ambientais. Entendemos que a participação das pessoas neste processo é limitada, tornando-se quase sempre receptora de conselhos e informações. A abordagem educacional supera a comportamental, ao visar desenvolver habilidades para que a pessoa possa fazer opção consciente sobre seu comportamento de saúde. Sua limitação está em desconsiderar a influência de fatores socioeconômicos e culturais nesta procura. A abordagem que visa ao *empowerment* espera que as pessoas identifiquem seus problemas e obtenham habilidades e confianças para agir sobre eles. Neste sentido, o promotor de saúde transforma-se num facilitador. Se por um lado esta abordagem permite o poder mais próximo das pessoas (poder com), por outro lado, a dificuldade está no profissional que quase sempre é formado para intervir e não para ser um facilitador do processo. A abordagem de mudanças sociais reconhece a importância de fatores socioeconômicos e ambientais na determinação da saúde, porém as habilidades para se trabalhar nesta perspectiva requerem intervenções macro, que muitas vezes independem dos profissionais de saúde, necessitando mobilização do grupo.

Para Andrade (2004), a concepção de promoção da saúde tem sido frequentemente confundida com o “nível de aplicação de medidas preventivas” adotado por Leavell & Clark e que, apesar da esquematização da história natural da doença ter sido extensamente utilizada pela saúde pública, há fortes críticas pela ênfase nos fatores estritamente biológicos, secundarizando a determinação social e econômica no processo saúde/doença.

O exposto tende a indicar que as distintas concepções de promoção da saúde se aproximam de debate freqüente quanto ao uso dos termos ‘promoção da saúde’ e ‘prevenção

de doenças', embora os dicionários já evidenciem bem a diferenciação entre prevenção e promoção. O primeiro se refere a "impedir que se realize; preparar; chegar antes de; evitar que", enquanto que o segundo está relacionado a fomentar, gerar, originar, impulsionar. Considerando esta etimologia da palavra promoção e entendendo saúde como qualidade de vida, conclui-se que promover saúde é fomentar, gerar, impulsionar qualidade de vida.

Para Buss (2003), a linha divisória entre prevenção e promoção da saúde está mais precisa no campo conceitual do que prático, já que estes apresentam enfoques complementares ao processo saúde-doença.

Como vimos, a promoção da saúde apresenta um enfoque abrangente e procura identificar e enfrentar os macrodeterminantes do processo saúde-doença e busca transformá-los favoravelmente na direção da saúde; não sendo suficiente a ausência de enfermidades. Já a prevenção de doenças tem como objetivo central isentar os indivíduos de adoecerem. Portanto, a ausência de doenças é suficiente. Tal entendimento se aproxima da primeira corrente de entendimento de promoção da saúde, a qual está centrada em ações individuais.

Para Andrade (2004), o entendimento de promoção da saúde de forma mais ampla, expressos em alguns estudos aqui já referidos como os escritos de Engels sobre as condições da classe operária, as análises de Sigerist, os estudos de Virchow e Jules Guérin relacionados a medicina social, expressam que os determinantes do processo saúde/doença estavam intrinsecamente ligados ao complexo contexto histórico e socioeconômico; demonstram que:

"Estes determinantes não atuavam apenas no período pré-patológico da doença, mas teriam influência decisiva em todo o percurso do adoecimento, e mais, determinariam uma distribuição desigual das doenças na sociedade, pois as condições de vida e reprodução social também eram desiguais, cabendo aos setores menos favorecidos da sociedade capitalista uma cota bem maior de sofrimento que aos setores da classe média e empresários" (p.40).

É importante destacar que além de concordamos com Andrade (2004), ao enfatizar os determinantes e as conseqüências da influência socioeconômica no processo

saúde/doença, emerge, também, nesta discussão, outro entendimento, que é a de não-restrição da promoção da saúde a uma estratégia pré-patogênica, portanto, específica à atenção primária. Este debate se torna necessário a partir da compreensão de que a promoção na saúde não está restrita, como anteriormente proposto na história natural da doença e por muitos sucessores, à atenção primária já que, em um caso de adoecimento, para além da cura, a qualidade de vida deve ser buscada; ou seja; mesmo diante de situações crônicas que permeiam a atenção secundária e terciária, a promoção da saúde deva ser o referencial a ser alcançado. Para Malo (2003), a promoção da saúde não é anterior à doença, seguido da prevenção, da atenção primária, secundária e terciária. A promoção da saúde é um enfoque que transversalmente está presente em todos aqueles espaços da saúde e da atenção na saúde.

Tal debate traduz, ainda, a idéia de que a promoção da saúde não constitui uma ação com dia e hora marcados a ser desenvolvida. Ela está no cerne da práxis governamental, dos profissionais, da comunidade civil organizada e da população em geral; considerando que problemas multicausais urgem por processos mutirreferenciais, multiprofissionais e intersetoriais.

Neste sentido, entendemos que a concretização da promoção da saúde é um exercício coletivo de implementação de várias estratégias e ferramentas que juntas ajam para promover a qualidade de vida, seja de um coletivo ou de uma pessoa. Expressamos com isso que nossa visão para a promoção da saúde suplanta o que tem predominado na literatura de que esta só ocorre na atenção primária.

Todos estes autores nos dão suporte para que a promoção da saúde incorpore o significado da saúde como um valor humano, como um direito básico da cidadania, reforçando a necessidade de redirecionamento do modelo de atenção à saúde, voltado desta vez para o fortalecimento da promoção humana.

Arroyo (1999:145) assinala que a prática profissional pode reforçar velhas concepções, mas pode também questioná-las, e, dependendo da natureza das práticas, pode formar outros sujeitos, novos profissionais. A exemplo de Arroyo, também temos esta crença de contribuir para a formação de sujeitos no espaço da clínica de diálise. Neste entendimento, Lima (1996) afirma que estratégias promotoras de saúde, a exemplo da educação em saúde, surgem como recurso importante para a situação particular de cuidado da pessoa com IRC, devendo-se, sempre, compreendê-la como sujeito histórico.

O capítulo a seguir tem como objetivo mapear o percurso metodológico tomado para subsidiar este estudo.

CAPÍTULO 3

CAMINHAR TEÓRICO-METODOLÓGICO

Este capítulo tem a pretensão de apresentar nosso percurso teórico-metodológico para consecução dos objetivos desejados. Assumimos nossa intencionalidade nas opções pleiteadas, já que segundo Gondim (1999), uma opção teórico-metodológica revela determinada visão da realidade e dos modos adequados para conhecê-la. Não esquecemos, no entanto, de buscar o rigor científico de realizar opções congruentes com o objeto em estudo. Assim, considerando o estreito vínculo entre teoria e método, e entendendo que cada abordagem metodológica traz um conjunto de pressupostos sobre a realidade, expressamos nossas opções.

O referencial teórico eleito para subsidiar a perspectiva compreensiva e crítica ao processo investigativo é o da hermenêutica dialética. Minayo (2002) orienta no sentido de que estudos que assumam um sentido híbrido de saúde possam ser norteados pelos conceitos centrais deste referencial. A **hermenêutica** constitui na perspectiva metodológica, potente categoria para o desenvolvimento e atitude de investigação e como categoria filosófica oferece as balizas para a compreensão do pensamento expresso por meio dos significados, símbolos, intencionalidade e empatia. Já a **dialética** é desenvolvida por meio de termos que articulam o desenvolvimento da crítica, da mudança de processo, da contradição e de movimento de transformação da realidade social. Por considerarmos as concepções dos profissionais de saúde resultantes de experiências que conduziram a representações conceituais de clínica e de promoção da saúde é que entendemos que uma ausculta compreensiva e crítica destas concepções se faz necessária.

Hermenêutica é uma palavra de origem grega *hermeneutikós*, de *hermeneuein* que significa interpretar. Termo originalmente designado à metodologia própria para interpretação bíblica, passou a designar todo esforço científico de interpretação (JAPIASSU e MARCONDES, 1996). O pensamento hermenêutico, amplamente estudado por Gadamer e clarificado por Habermas, tem contribuído para o avanço do encontro entre a teoria e a prática transformadora (HABERMAS, 1987). É considerada a disciplina básica que se ocupa da arte de compreender textos, tendo como unidade temporal o presente, no qual se marca o encontro entre o passado e o futuro. No centro de sua elaboração, está a idéia de compreender. Compreender não é se alienar na contemplação, não é captar a vontade ou os planos que as pessoas fazem, pois nem o sujeito se esgota na conjuntura que vive, nem o que ele chegou a ser foi apenas fruto de sua vontade, inteligência e personalidade (MINAYO, 1999; 2002).

Para Gadamer (1984 *apud* Habermas, 1987), compreender não é buscar a intenção do autor, pois as palavras e discursos dizem mais do que quem os escreveu quis dizer. Ressalta ainda que, para compreender, é preciso levar em conta não somente as manifestações comuns aos grupos, mas também as manifestações individuais como contribuição peculiar de cada um. Alerta, o referido autor, para a provisoriedade interna e as múltiplas possibilidades de interpretação e compreensão de um autor de um texto, já que nada do que se interpreta pode ser compreendido de uma só vez e de uma vez por todas. Assim, o investigador deve compreender melhor o autor do que o autor se teria compreendido.

A hermenêutica oferece as balizas para a compreensão do sentido da comunicação entre os seres humanos, considerando-o em seu processo finito, marcado pela história e pela cultura; e, filosoficamente, propõe a intersubjetividade como o chão do processo científico e da ação humana. Por isso, a óptica da hermenêutica de entender a realidade que se expressa num texto é também entender o outro e entender-se no outro. Em síntese, compreender implica a possibilidade de interpretar, de estabelecer relações e de extrair conclusões em todas as direções (MINAYO, 2002).

Para Habermas (1987), a dialética, por sua vez, é ao mesmo tempo análise e síntese, sempre negando as leis da lógica formal, na medida em que as hipóteses são abstraídas do concreto. A dialética orienta que *é fundamental realizar a crítica das idéias expostas nos produtos sociais, buscando, nas suas especificidades históricas, a cumplicidade com seu tempo; e nas diferenciações internas, sua contribuição à vida, ao conhecimento e às transformações* (MINAYO, 2002: 101).

Minayo (1999, 2002) sugere a associação da hermenêutica com a dialética, considerando que se trata de uma complementaridade possível. Para a autora, enquanto a hermenêutica no seu tempo e mediante compreensão procura atingir o sentido do texto, ou seja, busca as bases do consenso, a crítica dialética introduz na compreensão da realidade o princípio da diferença, do contraste e do dissenso como algo permanente e que se explica na transformação.

Acrescenta a referida autora que a hermenêutica e a dialética não devem ser reduzidas a uma simples teoria de tratamento dos dados, pois possibilitam uma reflexão que se funda na práxis. Assim, a associação destas duas abordagens é fecunda na condução do processo ao mesmo tempo compreensivo e crítico de análise da realidade (Ibid., 2002).

Pensando assim, a hermenêutica-dialética pareceu-nos coerente neste caminho de buscar na linguagem da práxis da clínica as concepções dos profissionais de saúde sobre o espaço da clínica no contexto da promoção da saúde. Neste sentido, a relação entre o dito (visível) e o não dito (invisível) orienta a condução deste estudo. Stein (1987) apud Minayo (1999) recupera a complementaridade destas duas abordagens mostrando que ambas:

- ◆ traduzem em seu núcleo a idéia fecunda das condições históricas de qualquer manifestação simbólica de qualquer trabalho do pensamento;
- ◆ partem do pressuposto de que não há observador imparcial nem há ponto de vista fora do homem e fora da história;
- ◆ ultrapassam a simples tarefa de serem ferramentas do pensamento. São modos pelos quais se produzem a racionalidade;
- ◆ questionam o tecnicismo e destroem a auto-suficiência objetivista e
- ◆ estão referidas à práxis.

A escolha da hermenêutica-dialética para referenciar este estudo decorre, portanto, da afinidade das suas elaborações com a abordagem que pretendemos realizar, buscando articular o texto, a fala, o depoimento como resultante de um processo social de comunicação, frutos de múltiplas determinações, mas com significado específico (MINAYO,1997). Esse texto versa sobre uma realidade onde o autor e os sujeitos são parte de um mesmo contexto ético-político.

Nesta intrínseca relação entre teoria e método, o nosso caminhar metodológico se insere na óptica qualitativa. Os estudos de vários autores, como, Patton (1986), Triviños (1987), Haguette (1997), Minayo (1999, 2002), Miles e Huberman (1994), argumentam que a definição da abordagem dá-se em função do conteúdo e do objeto a ser pesquisado, sendo orientado pelo referencial teórico-filosófico adotado no planejamento da investigação. Diante destas proposições, ensejamos a abordagem qualitativa para aproximação do objeto desta investigação por considerar que esta abordagem permitirá uma visão compreensiva sobre a “realidade” estudada, considerando a contradição, como conceito dialético.

Esta opção se justifica, uma vez que esta abordagem permite compreender o significado, as interpretações e concepções dos sujeitos sobre suas práticas (Miles e Huberman, 1994), manifestando, deste modo, o nosso entendimento de que metodologia é

muito mais do que um conjunto de técnicas de pesquisa e que, por sua vez, está inexoravelmente vinculada a teorias sobre a realidade.

Se a pesquisa com enfoque qualitativo perde em amplitude, ganha na profundidade da compreensão do objeto. Neste sentido, se faz necessário ressaltar que o objeto de investigação científica difere da realidade empírica. Assim, estamos assumindo o fato de que a ciência trabalha sempre com uma realidade construída, na qual o sujeito é incapaz de apenas descrever. Ao buscar a compreensão e o sentido dos fenômenos sociais, o papel do pesquisador é o de interpretar esses fenômenos e não simplesmente constatar sua existência, exercendo um papel interpretativo (VICTÓRIA, KNAUTH e HASSEN, 2000). Reconhecemos que a compreensão e a crítica são inevitavelmente condicionadas pelo contexto do analista.

O universo intencionalmente selecionado para este estudo teve como local o Estado do Ceará e como sujeitos os profissionais da área médica e de enfermagem. No Ceará, estima-se que anualmente apareçam em torno de 700 novos casos de IRC (Lessa, 1998) e 16 centros de diálise, sendo 10 na capital cearense - Fortaleza e 6 em outras cidades (Quadro 1). De acordo com dados por nós obtidos para este estudo, em maio e junho de 2004, eram 456 profissionais de saúde (55 enfermeiros, 88 médicos e 313 auxiliares e técnicos de enfermagem) que atendiam a 1792 pessoas em terapia hemodialítica. Abordar este contingente profissional não foi viável à medida que optamos, não pela extensividade das informações, mas pela intensividade.

Neste sentido, elegemos como campo de investigação o centro de diálise localizado na Zona Noroeste do Ceará, no município onde residimos. Minayo (1999) concebe campo de investigação como *o recorte que o investigador faz em termo de espaço* representando a realidade empírica a ser estudada. O campo representa, segundo a autora, um palco de manifestações de intersubjetividade e interações do pesquisador com os sujeitos da investigação na elaboração de novos conhecimentos. Este estudo elegeu seu *locus* de forma intencional, considerando como fatores determinantes o acesso e o vínculo que temos à instituição. Tais fatores se justificam pela vivência de enfermeira assistente na instituição durante 11 anos, por sermos docente da escola de enfermagem local e este campo ser também espaço de práticas para os alunos e por termos desenvolvido pesquisas anteriores neste mesmo cenário (ora como orientadora, ora como orientanda).

O centro de diálise selecionado está inserido em um hospital de grande porte que desenvolve atenção secundária e terciária, sendo caracterizada como hospital-pólo e módulo assistencial na Microrregional de Saúde de Sobral, Acaraú, Camocim, Crateús e Tianguá. Constitui uma entidade filantrópica financiada pelo SUS. Possui uma área física de 67.000 m². Ao longo de seus 79 anos, tem ampliado as áreas especializadas de atenção à saúde, tem um histórico de uma prática social de albergar população diante de agravos, tais como: a “seca do quinze” (1915), surto epidêmico de leishmaniose visceral (1953) (ARAGÃO, MARCELINO e XIMENES NETO, 2002). Com este perfil, subsidia o ensino de enfermagem nesta região desde o seu nascimento e, mais recentemente (2001), o de Medicina. Atualmente encontra-se em processo de reconhecimento como hospital de ensino.

O *locus* deste estudo (clínica dialítica) está inserido neste complexo hospitalar há 17 anos. Inaugurada em setembro de 1988, desenvolveu inicialmente a terapia dialítica, tipo diálise peritoneal, ampliando, logo em seguida para outra modalidade dialítica: - a hemodiálise. Atualmente desenvolve diálise peritoneal intermitente (DPI), diálise peritoneal ambulatorial contínua (DPAC) e hemodiálise (HD). Neste mesmo espaço, há ambulatórios médicos em Nefrologia, atendendo Nefrologia clínica e transplante renal. Consideramos ainda nesta identificação do *locus* a referência que esta clínica exerce para a área de Nefrologia no Ceará, atendendo em média 160 pessoas em programa de terapia dialítica, com uma equipe multidisciplinar que suplanta 30 profissionais.

Faz-se necessário justificarmos a opção por trabalharmos com os profissionais da Medicina e Enfermagem, visto que outros profissionais de saúde integram a atenção às pessoas com IRC em terapia hemodialítica. A justificativa por optar por estas duas categorias profissionais está fundamentada numa perspectiva teórica e numa perspectiva prática. A literatura consultada nos informa que são estes profissionais (médicos, enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem) que interagem de modo mais constante com as pessoas portadoras de IRC em hemodiálise. Situação similar é encontrada no campo desta investigação, onde as equipes de Enfermagem e Medicina são exclusivas para atendimento àquela população, enquanto que os demais profissionais integram o corpo de profissionais do hospital no qual este serviço está inserido, inclusive as pessoas com IRC em terapia hemodialítica, mas não exclusiva a elas.

Tomamos ainda como critérios para seleção dos sujeitos os sugeridos por Spradley (1980), ou seja, antiguidade na comunidade (adotamos como critério de inclusão,

estar o profissional há mais de um ano inserido na clínica de Nefrologia) e envolvimento desde o começo no fenômeno que se quer estudar; conhecimento amplo e detalhado das circunstâncias que estão relacionadas ao foco em análise, disponibilidade para participar das entrevistas; capacidade para expressar especialmente o essencial e os detalhes vitais que enriquecem a sua compreensão e aceitação do participante.

Consideramos estes critérios de inclusão dos sujeitos sociais na pesquisa e as orientações da abordagem qualitativa ao prescreverem que a determinação da quantificação dos sujeitos ocorre tomando como referência a recorrência dos dados, ou seja, novos sujeitos não acrescentarão dado novo à investigação (VICTORA, KNAUTH e HASSEN, 2000). Estas mesmas autoras acrescentam ser fundamental que o pesquisador busque a maior diversidade, de modo a contemplar as diferentes perspectivas e assim obter uma saturação adequada.

Este estudo foi realizado com 24 dos 29 profissionais médicos e de enfermagem da clínica de diálise em estudo, sendo 19 técnicos e auxiliares de enfermagem, 03 enfermeiros e 02 médicos nefrologistas. Reiteramos que 05 auxiliares de enfermagem não atenderam o pré-requisito de tempo de trabalho na clínica superior a um ano, razão porque não participaram do estudo. Informamos que para este estudo, não distinguimos as categorias de técnico e auxiliar de enfermagem por não identificarmos distinção de papéis no cotidiano da clínica. Igualmente, somos reconhecedores de que a legislação de enfermagem expressa as distinções entre estas duas categorias.

Os autores dos textos estão identificados no texto como G1, G2 e G3 para, respectivamente, representar os grupos de médicos (G1), enfermeiros (G2) e técnicos e auxiliares de enfermagem (G3), seguindo de numeração arábica de acordo com o quantitativo de autores de cada grupo. Assim, no grupo 1 temos identificados G1A1 e G1A2 para respectivamente representar os profissionais médicos; seguindo a mesma orientação estão os demais grupos.

O quadro a seguir caracteriza os profissionais da Clínica de diálise, ou seja, os sujeitos sociais desta investigação.

**QUADRO 4 - CARACTERIZAÇÃO DOS SUJEITOS SOCIAIS DO ESTUDO.
SOBRAL. 2004**

Categoria	Idade	Tempo de formação	Qualificação profissional específica	Tempo de trabalho	Tempo de trabalho na clínica	Trabalha em outra função
Enfermeiro	56 anos	26 anos	Esp. em Nefrologia	17 anos	15 anos	Aposentada
Enfermeiro	42 anos	09 anos	Esp. Cli/Cirúrgica	19 anos	10 anos	Enfer. Generalista
Enfermeiro	40 anos	07 anos	Esp. Cli/Cirúrgica	16 anos	10 anos	Enfer.Penitenciária
Téc.Enf.	32 anos	03 anos	Não	14 anos	14 anos	Não
Aux.Enf	41 anos	17 anos	Não	13 anos	13 anos	Não
Aux.Enf	37 anos	15 anos	Cur. Téc. Enf	13 anos	13 anos	Não
Téc.Enf	36 anos	01 ano	Não	11 anos	11 anos	Clínica Cirúrgica
Aux.Enf	29 anos	09 anos	Não	09 anos	09 anos	Não
Aux.Enf	42 anos	14 anos	Não	14 anos	08 anos	Não
Aux.Enf	31 anos	12 anos	Cur. Téc. Enf.	12 anos	08 anos	Não
Aux.Enf	29 anos	08 anos	Não	08 anos	08 anos	Aten. Com.dentário
Aux.Enf	36 anos	14 anos	Cur. Téc. Enf	14 anos	08 anos	Autônoma
Aux.Enf	29 anos	08 anos	Não	08 anos	08 anos	Não
Aux.Enf	27 anos	07 anos	Não	07 anos	07 anos	Não
Téc.Enf.	31 anos	04 anos	Não	07 anos	07 anos	Não
Aux.Enf	27 anos	06 anos	Aperf. Nefrologia	06 anos	06 anos	Não
Aux.Enf	31 anos	10 anos	Não	06 anos	06 anos	Não
Téc.Enf	27 anos	01 ano	Não	06 anos	05 anos	Não
Aux.Enf	26 anos	04 anos	Não	04 anos	04 anos	Não
Téc.Enf	24 anos	01 ano	Não	04 anos	04 anos	Não
Aux.Enf	24 anos	03 anos	Não	03 anos	03 anos	Não
Tec.Enf	23 anos	01 ano	Não	02 anos	02 anos	Não
Médico	41 anos	15 anos	Res/ Nef. Mest. Cli.	13 anos	13 anos	Prof. Universitário
Médico	38 anos	14 anos	Res/ Nef. Mest. Cli.	11 anos	11 anos	Prof. Universitário

Legenda:

Téc.Enf. – Técnico em Enfermagem
 Aux.Enf – Auxiliar de Enfermagem
 Esp. Cli/Cirúrgica: Especialização em Enfermagem Clínica Cirúrgica
 Cur. Téc. Enf.: Cursando Técnico em Enfermagem
 Aperf. Nefrologia: Aperfeiçoamento em Enfermagem em Nefrologia
 Esp.em Nefrologia: Especialização em Enfermagem em Nefrologia
 Res Nef.: Residência em Nefrologia
 Mest. Cli.: Mestrado em Clínica Médica
 Enfer. – Enfermeiro
 Aten. Con.dentário – Atendente de Consultório Dentário

Para a constituição do *corpus* descritivo deste estudo foram utilizados dados obtidos de fontes documentais, entrevistas livres e relatos do diário de campo produzidos ao longo do processo investigativo que podem ser qualificados como fruto da observação-participante. Seguindo a definição de Barthes (1967 *apud* Bauer e Aarts, 2002), *corpus* neste estudo se refere a todos os materiais definidos de antemão pelo analista como significantes para o trabalho que irá desenvolver.

O exposto denota a opção pela triangulação de fonte de dados, tendo em vista a corroboração de informações acerca do fenômeno em estudo. Se retomarmos o capítulo anterior e recuperarmos a concepção epistemológica de promoção da saúde que assumimos, inferiremos a coerência necessária de estabelecermos várias fontes para apreendermos se as concepções e práticas presentes na clínica são promotoras de saúde, uma vez que afirmarmos não ser a promoção da saúde uma atividade em si e nem limitada a um conjunto de ações, designando uma concepção abrangente que ao mesmo tempo integra ações estruturais, individuais e coletivas que visam a intervir sobre os determinantes do processo saúde-doença. Neste sentido, as categorias centrais de análise deste estudo: - clínica e promoção da saúde - não são passíveis de ser inferidas a partir da unilateralidade de um só instrumento. A associação de várias fontes permitiu uma visão mais plural acerca do fenômeno em estudo, conquanto reconhecemos que nenhuma realidade é plenamente captada.

A figura 01 a seguir denota os instrumentos que subsidiaram o estudo no que concerne à apreensão de informações, permitindo ao leitor a visibilidade do movimento realizado na busca da constituição do construto teórico interpretativo da clínica como espaço promotor de saúde.

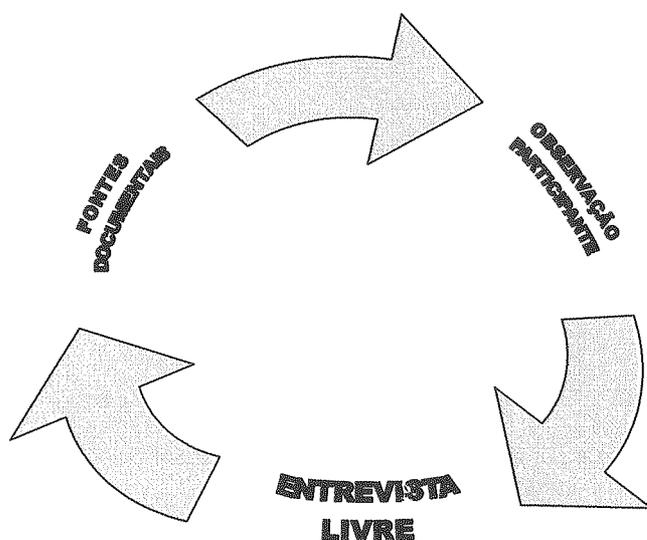


FIGURA 1: TRIANGULAÇÃO DOS INSTRUMENTOS DE COLETA DE DADOS

A opção pela **observação** como técnica de coleta de dados se justifica por esta constituir parte essencial do trabalho de campo na pesquisa qualitativa. Entendemos que a observação requer um planejamento que deve estar diretamente relacionado com os propósitos do estudo. A principal finalidade da observação é a de obter uma descrição do fenômeno em estudo, incluindo as atividades dos participantes e os significados que eles lhes atribuem. Envolve uma identificação cuidadosa e uma descrição minuciosa dos processos interacionais humanos relevantes e permite o conhecimento de atos que os participantes poderiam, deliberadamente ou não, omitir ou esquecer em outros instrumentos e ainda captar informações que não foram inferidas a partir da elaboração de outros instrumentos. Assim, entendemos de acordo com Triviños (1987), Minayo (1999) e Becker (1999) que a técnica de observação permite ao investigador obter maior compreensão e interpretação do fenômeno.

Dentre os tipos de observação, elegemos a observação participante, referida por Schwartz e Schwartz *apud* Minayo (1999) *como processo pelo qual mantém-se a presença do investigador numa situação social, com a finalidade de realizar uma investigação científica*. O observador está face a face com os sujeitos da investigação, configurando-se como parte do contexto sob observação, ao mesmo tempo modificando e sendo modificado por este contexto. O propósito desta participação não é só o de ver o que está a acontecer, mas também o de sentir o que é ser parte do grupo. O ponto forte desta técnica é que o investigador vai poder ter experiência e presumivelmente uma melhor compreensão sobre o fenômeno em estudo. A principal fraqueza é que poderá alterar o comportamento que está a ser observado. Sobre as fraquezas da técnica, Becker (1999) aponta o *bias*. Assim, o pesquisador tem de evitar ver apenas o que está de acordo com suas hipóteses explícitas ou implícitas.

Ao planejarmos o roteiro da observação participante (Apêndice A) consideramos dois eixos norteadores, primeiramente as recomendações de Becker (1999) no sentido de evitar o *bias*, assim, registramos todos os eventos observados e realizamos observação em turnos diferentes de modo a contemplar todos ou a maioria dos profissionais. Outro eixo considerado foi os objetivos do estudo. Assim, à medida que o trabalho de campo prosseguia, elaborávamos *hipóteses tentativas*, ou seja, buscávamos negar a tese formulada. Assim, buscávamos inferir nos discursos e práticas com evidências que apontassem a clínica como um espaço restrito à cura e ao mesmo tempo evidências que apontassem aquele espaço como espaço efetivamente promotor de saúde; ou seja, para além da cura/tratamento. Neste sentido, atentamos também para o cenário, para a comunicação entre as pessoas que dialisavam, entre

estas e os profissionais e estes últimos entre si. A relação destes com as famílias também foram registradas. Buscamos ainda identificar similaridades e diferenças nas práticas e discursos entre profissionais da mesma categoria profissional e de categorias diferentes.

Estas observações foram registradas em um diário de campo. Este instrumento nos acompanhou em todos os momentos da pesquisa, conforme descreveremos posteriormente.

Outra fonte de informações que orientou nossa procura foram os **documentos** que orientavam a prática dos profissionais de saúde na clínica. Foi utilizado o mais amplo espectro possível de fontes documentais, de modo que se registrasse a formulação que os discursos apresentavam na orientação das práticas dos profissionais de saúde (Anexo I). Assim, examinamos rotinas, diretrizes, protocolos que norteavam o processo de trabalho dos profissionais no intuito de captar informações que conduzissem ao conhecimento da atenção à saúde desenvolvida na clínica dialítica.

Os documentos podem ser fontes interessantes de informação sobre as atividades realizadas e os processos que acontecerem, e podem vir a originar idéias para novas questões que podem ser retomadas por meio de observação ou de entrevista. Neste sentido, entendemos que é mais provável que nos documentos não fiquem aspectos esquecidos, como pode acontecer quando se recorre à memória de alguém que está sendo entrevistado, entretanto pode revelar uma escolha seletiva. Para Becker (1999), os documentos podem propiciar um histórico útil, porém não podem ser analisados pelo seu valor de face, mais interpretados à luz de: Por quem foram criados? Seguindo que procedimentos? Para que propósito?

Os documentos consultados possibilitaram a obtenção de algumas informações que não estariam de todo acessíveis por outro instrumento de coleta de dados, por exemplo, apresentaram aspectos que estavam previstos, mas que não foram postos em prática durante as observações, tais como procedimentos operativos relativos à instalação do procedimento dialítico e não alcance de metas.

Após análises preliminares dos documentos e observações, iniciamos as entrevistas. A entrevista é apontada como importante instrumento para coleta de dados qualitativos. Becker e Geer *apud* Gaskell (2002) propõem uma tríplice recomendação para que possa servir como catalisador e assim melhorar efetivamente as entrevistas. Primeiro, o entrevistador não deve aceitar nada como se fosse pacífico. Segundo, ele deve sondar

cuidadosamente mais detalhes do que aqueles que o entrevistado oferece em uma primeira resposta à pergunta e, terceiro, é mediante o acúmulo de informações conseguidas a partir de um conjunto de entrevistas que podemos chegar a compreender o fenômeno estudado.

Respaldamos também nossa opção a partir das contribuições de Minayo (1999), ao referir que roteiro é sempre um guia e nunca um obstáculo. Partindo dessas premissas, elaboramos um roteiro para desenvolvimento das entrevistas, contendo questões norteadoras que nos permitissem alcançar os objetivos desta pesquisa, a partir do diálogo entre as respostas e os demais dados já coletados (Apêndice B).

Para Bauer e Gaskell (2002), as primeiras entrevistas são cheias de surpresas. E no desenvolvimento, temas comuns começam a aparecer, indagações começam a serem respondidas e progressivamente sente-se confiança crescente na compreensão emergente do fenômeno. Ao chegar a esta compreensão, entendemos que é hora de parar, mesmo sabendo que nenhuma pesquisa é conclusiva e que novos questionamentos surgirão.

Ao realizar as entrevistas, adotamos algumas atitudes frente aos sujeitos deste estudo no sentido de garantir aspectos importantes na condução do processo. Neste sentido, mesmo já estando no campo há bastante tempo (como pesquisadora, aproximadamente 10 meses), realizamos a apresentação formal da pesquisadora e seu real interesse pela pesquisa; esclarecíamos sobre o estudo e a justificativa da seleção dos profissionais. Esclarecíamos ainda como se daria a sua participação e assegurávamos que o rigor ético seria seguido, conforme relataremos ainda neste capítulo. Também não deixamos de propiciar um clima agradável, de descontração no início de cada entrevista.

Durante as entrevistas, permitimos que os profissionais falassem longamente, com tempo para refletir acerca das indagações postas. Também ficamos atentas à associação das linguagens verbal e simbólica, buscando apreender na linguagem, nos gestos e nos símbolos expressos o não-dito. A média de duração das entrevistas foi de 35 minutos, variando de 25 minutos a uma hora e cinco minutos. As entrevistas foram realizadas, na maioria, no próprio centro de diálise, quase sempre ao final dos turnos de atendimento (hemodiálise). Outras foram realizadas em diferentes locais e horários sugeridos pelos sujeitos da pesquisa.

Ao mesmo tempo em que a realizávamos, registrávamos, no diário de campo, expressões, questionamentos, comentários expressos pelos profissionais que estabeleciam relação com o objeto deste estudo, conforme mencionamos anteriormente.

Inicialmente realizamos três entrevistas, sendo uma com um profissional enfermeiro e duas com técnicos/auxiliares de enfermagem, no sentido de estar validando o instrumento. Constitui um momento importante de apropriação do objeto de investigação, visto que, durante sua aplicação, os profissionais indagaram, emitiram pareceres e refletiram sobre o conteúdo expresso nos questionamentos, ou seja, asseguramos um espaço para que os sujeitos deste estudo pudessem colocar seus pontos de vista, opiniões e juízos. Não foram necessárias, entretanto, adequações significativas. A grande contribuição deste momento foi à identificação de pontos a serem explorados para cada questão norteadora, caso os sujeitos (autores dos textos) não abordassem.

Nos últimos dez anos, temos desenvolvido ações docentes e assistenciais que permitiram acompanhar/vivenciar o cotidiano da clínica, em particular da clínica especializada em Nefrologia. Essa relação prévia com os processos analisados implica um conhecimento relativamente significativo acerca destes, situação que facilitou muito o processo de construção deste estudo. Para evitar vieses, algumas reflexões teóricas foram realizadas e alguns procedimentos foram adotados (ora propositalmente para este fim, outras vezes não como fim, mas como meio). Neste sentido, a saída parcial do campo durante os primeiros anos do curso de doutoramento e afastamento três meses antes da fase de coleta de dados propriamente dita. Busquei realizar um trabalho extenso de recuperação e apresentação do maior número possível de evidências quantitativas e qualitativas que possibilitassem uma caracterização do fenômeno estudado, por meio das técnicas e instrumentos já mencionados, buscando recuperar os discursos e as práticas dos vários sujeitos, expressas na variedade de fontes documentais, no fazer cotidiano e no conteúdo e contexto elucidados nas entrevistas.

Para Minayo (2001), a análise dos dados atende a três finalidades: compreender os resultados, confirmar ou refutar os pressupostos da pesquisa e ou responder aos questionamentos postos e ampliar o conhecimento sobre o fenômeno estudado, considerando-o no contexto do qual faz parte. Este estudo em particular tem a pretensão de articular estas três finalidades, visto que é primazia numa perspectiva ética não estabelecer julgamento de valor aos resultados, outrossim, a fundamentação teórica nos impulsiona para uma análise compreensiva da realidade. No que se referem as nossas proposições iniciais, estas não foram

construídas a partir de idéias preconcebidas, mas foram pautadas numa discussão epistemológica e na nossa vivência, as quais fundamentaram a elaboração da tese que ora defendemos; entretanto temos a compreensão de que o estudo só se justifica diante da possibilidade de reforçarmos ou de reestruturarmos o nosso entendimento a partir do que os dados nos revelarem. E, como princípio, esperamos contribuir com a produção do conhecimento numa área de pouca produção: a clínica como espaço promotor de saúde.

O material coletado necessita ser cuidadosamente analisado. Assim, Minayo (1999), propõe alguns passos: ordenação dos dados, classificação dos dados e análise final.

Para este estudo, a ordenação dos dados compreendeu inicialmente a transcrição das entrevistas gravadas em fita cassete, digitação de todo o material empírico (documentos, diário de campo e entrevistas). Para tanto, foram geradas algumas pastas no computador de uso particular, sendo uma para cada categoria de profissionais, contendo informações específicas acerca daquela categoria oriundas das observações, documento e entrevistas, uma outra pasta com dados gerais referente ao processo de trabalho do conjunto de profissionais originados das mesmas fontes e ainda pastas de acordo com cada instrumento de coleta de dados, ou seja: diário de campo, entrevista livre e fontes documentais.

Posteriormente realizei uma leitura inicial de todos os arquivos e, ainda, preliminarmente, realizava por meio de anotações, num caderno ao lado, destaques a alguns textos pautados nas categorias teóricas que fundamentaram este estudo, já supondo um início de classificação. Momento em que fomos gradativamente identificando o sentido dos textos.

Na perspectiva da hermenêutica-dialética, temos em primeiro plano, no tratamento dos dados, as bases da hermenêutica que repousa sobre as condições cotidianas da vida promovendo o esclarecimento sobre as estruturas profundas do dia-a-dia e análise dos dados da realidade, tendo como ponto de partida a manutenção e a extensão da intersubjetividade de uma intenção possível como núcleo orientador da ação. Os pressupostos metodológicos da hermenêutica que buscamos aclarar para nós, como analista, tiveram como balizas: o contexto dos entrevistados, a identificação de todos os textos relacionados à prática dos profissionais, por mais obscuros que parecessem à primeira vista; a identificação, nos textos, das razões que os autores (profissionais de saúde) teriam para elaborá-los e, ao mesmo tempo em que buscávamos entender o texto, julgávamos e tomávamos posição.

Para Minayo (1999), a reflexão é condenada a vir depois dos fatos. Assim a análise dialética se apresenta como complementaridade possível a partir da própria realidade, já que a hermenêutica elucida o sentido do texto por meio da compreensão de seu tempo, enquanto que a crítica dialética dirige contra seu tempo, enfatizando a diferença, o contraste, o dissenso e a ruptura do sentido.

Neste ínterim, seguimos os seguintes movimentos no processo de análise:

1. análise lingüística (linha por linha) dos textos dos autores;
2. identificação dos núcleos de sentidos expressos nos textos;
3. considerando que a estrutura do significado presente na linguagem é apenas um fator na totalidade do mundo real que se compõe de trabalho, poder e linguagem , elucidamos as explicações dos autores para os núcleos de sentidos identificados;
4. interpretação verbal e intelectual dos autores às explicações; ou seja; procuramos entender por que o autor do texto acredita em determinada situação social, valoriza determinadas normas e atribui certa situação ações ou responsabilidades a certos sujeitos sociais e
5. análise crítica das explicações e interpretações no contexto macro-estrutural no sentido de avançar para um processo de transformação; ressaltando o condicionamento histórico do pensamento, da reflexão e os determinantes materiais da ideologia.

É importante destacar uma exemplificação da vivência a partir destes movimentos. Inicialmente, apresentamos o percurso para a classificação dos dados. A partir da leitura extensiva dos dados (ordenação) que permitiu a identificação dos núcleos de sentido, vários quadros foram elaborados. Na elaboração dos quadros, consideramos os discursos específicos a cada categoria profissional, bem como os específicos a cada instrumento de coleta de dados. Assim, foram identificados nos textos, abstraídos das entrevistas abertas, quatro núcleos de sentido: modelo vigente de atenção à saúde, modelo desejado de atenção à saúde, comunicação em saúde e promoção da saúde. Nos documentos, não foi possível identificar todos estes núcleos de sentidos. Limitamo-nos, então, a analisar o núcleo de sentido modelo vigente de atenção à saúde. Os registros do diário de campo

contribuíram para a explicação, interpretação e crítica de modo transversal, perpassando todo o texto, ora reforçando, ora contrapondo a este.

Para cada núcleo de sentido, realizamos a síntese que nos auxiliou na explicação.

QUADRO 5 TEXTOS DO GRUPO 1 - MÉDICOS

Núcleos de sentido	Autor 1	Autor 2	Síntese
Modelo Vigente de Atenção à Saúde			
Modelo Desejado de Atenção à Saúde			
Comunicação em Saúde			
Promoção da Saúde			

QUADRO 6 TEXTOS DO GRUPO 2 - ENFERMEIROS

Núcleos de sentido	Autor 1	Autor 2	Autor 3	Síntese
Modelo Vigente de Atenção à Saúde				
Modelo Desejado de Atenção à Saúde				
Comunicação em Saúde				
Promoção da Saúde				

QUADRO 7 TEXTOS DO GRUPO 3 - TÉCNICOS E AUXILIARES DE ENFERMAGEM

Núcleos de sentido	Autor 1	Autores (...)	Autor 19	Síntese
Modelo Vigente de Atenção à Saúde				
Modelo Desejado de Atenção à Saúde				
Comunicação em Saúde				
Promoção da Saúde				

QUADRO 8 DOCUMENTOS ORIENTADORES DO PROCESSO DE TRABALHO NA CLÍNICA

Núcleo de sentido	Médicos	Enfermagem	Serviço	Síntese
Modelo Vigente de Atenção à Saúde				

Assim, os textos foram analisados separadamente por núcleo de sentido. Na análise de cada núcleo de sentido, consideramos os seguintes movimentos: primeiramente

analisamos os textos referentes a cada núcleo de sentido por categoria profissional⁶. Em seguida, analisamos os núcleos de sentidos presentes nos documentos, seguidos da análise das interfaces dos textos das três categorias profissionais com os textos oriundos dos documentos. Neste contexto, emergiam as antíteses (superação) dos textos. A análise de cada núcleo de sentido correspondeu a uma seção no capítulo de resultados desta pesquisa, excetuando os segundo e terceiro núcleos que, pela sua íntima relação, constituíram a seção 3 de análise.

A Figura 02 apresenta, esquematicamente, o nosso caminhar.

⁶ É importante ressaltar que, quando já na classificação dos dados e elaboração das sínteses percebíamos quase que total congruência dos textos, fazíamos a leitura explicativa, interpretativa e crítica conjugada, a exemplo do núcleo de sentido: modelo vigente de atenção à saúde, entre os enfermeiros e técnicos e auxiliares de enfermagem. Em outros núcleos, optamos por uma análise conjugada dos textos, conforme demonstrado na Figura 02 (p. 86). Os quadros-sínteses relativos a cada núcleo de sentido e a cada categoria profissional estão apresentados na íntegra nos apêndices.

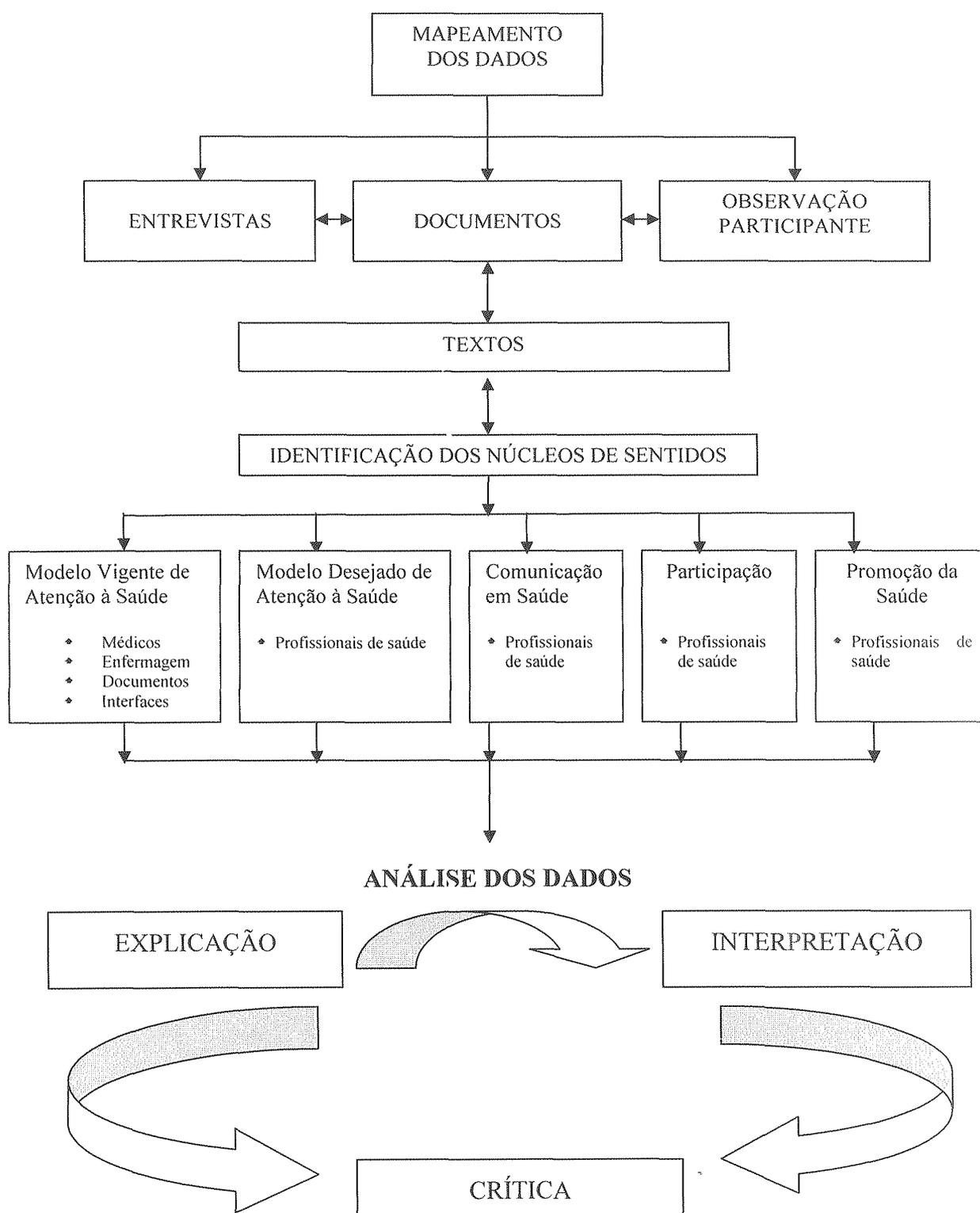


FIGURA 02 DESENHO METODOLÓGICO PARA ANÁLISE⁷

⁷ Elaboração da autora inspirada nos passos propostos por Minayo (1999) para análise dos dados.

Estes movimentos aproximam o referencial teórico da hermenêutica dialética à análise do discurso como referencial de análise. A análise de discurso, dentre outros referenciais para análise dos dados, é a que nos apresenta com maior pertinência, visto que, na análise do discurso, pressupõe a articulação da produção da fala em seu contexto. Neste sentido, tentaremos recuperar o marco da perspectiva hermenêutica-dialética a partir da síntese elaborada por Minayo (1999; 2002). Para a autora, este método dá conta de uma interpretação aproximada da realidade, já que situa a fala em seu contexto para entendê-la a partir de seu interior e no campo da especificidade histórica em que é produzida.

Gill (2002) assinala não haver uma definição única acerca de análise de discurso, acrescenta, porém que há algumas características-chaves, tais como: postura crítica com respeito ao conhecimento dado, tem a convicção de que o conhecimento é socialmente construído, isto é, que nossas maneiras atuais de compreender o mundo são determinadas não pela natureza do mundo em si mesmo, mas pelos processos sociais e têm o compromisso de explorar como a construção social de pessoas, fenômenos ou problemas estão ligados a ações/práticas.

As análises de discursos pertencem a duas tradições: à análise de discurso francesa e à análise de discurso anglo-americana, com diferentes epistemologias. Neste estudo, optamos pela análise de discurso da Escola Francesa por compreender que suas características são congruentes com a visão que direcionamos a esta tese. A análise do discurso francesa se instalou na primeira metade da década de 70 do século XX, cujos nomes mais influentes foram Michel Pêcheux e Michel Foucault. Estes pensadores vêem os discursos como práticas sociais determinadas pelo contexto sócio-histórico (PINTO, 1999). A análise do discurso francesa nasceu tendo como base a interdisciplinaridade, pois era preocupação não só dos lingüistas como, também, de historiadores, filósofos e alguns psicólogos, unindo três áreas do conhecimento: a Lingüística, o Materialismo Histórico e a Psicanálise (ORLANDI, 1997; BRANDÃO, 1997). Assim, a análise do discurso tem como objeto de estudo o discurso, considerando-o como uma instância integralmente histórica e social.

Para Pinto (1999:23), a análise de discurso *não se interessa tanto pelo que o texto diz ou mostra, pois não é uma interpretação semântica de conteúdos, mas sim em como e por que o diz e mostra*. Afirma ainda que é na superfície dos textos que podem ser encontradas

marcas deixadas pelos processos sociais de produção de sentidos que o analista vai interpretar.

Consideramos que, sob esta perspectiva teórico-metodológica da análise do discurso e esta visão compreensiva e crítica da hermenêutica-dialética, possamos apreender a dimensão da práxis em que se elaboram as concepções de promoção da saúde e de clínica. Assim, para subsidiar a análise interpretativa dos dados, utilizamos as categorias analíticas de clínica e de promoção da saúde.

Tais conceitos expressam-se no desenvolvimento desta pesquisa como: para a clínica adotaremos uma concepção ampliada apresentada por Campos (2003), reiterada por Cunha (2004), a qual apresenta uma responsabilidade bem maior que tratar “o doente e não a doença”. Constitui-se em uma clínica do sujeito, a qual inclui a doença, o contexto e o próprio sujeito. Trata-se de uma clínica centrada no compromisso com as pessoas reais, como sujeitos com capacidade de produção de suas próprias vidas. Assenta-se em um deslocamento da ênfase na doença para centrá-la no sujeito, no sujeito com alguma enfermidade. Para isso, a clínica tem que se reconhecer como instrumento de uma instituição muito forte (instituição médica), manipulando saberes e classificações diagnósticas de grande repercussão para os sujeitos que se submetem a ela, e deve desenvolver a competência de utilizar os poderes que possui e desenvolve na relação terapêutica a favor da autonomia dos sujeitos. Para assegurar o exercício da Clínica do Sujeito, a clínica deve adotar uma cultura de comunicação.

Ressaltamos, a exemplo do autor, que não desconhecemos a função tradicional da clínica, a intervenção com seus poderes simbólicos e teóricos, situação que inviabilizaria a terapêutica. Outrossim, propomos que a clínica reconheça seus poderes, com seus limites e riscos, e que possa utilizá-los a favor dos sujeitos e não apenas dela mesma (instituição médica), necessitando, pois, redimensioná-la para um espaço que se conecte a outros e promova a saúde da comunidade.

O conceito de promoção da saúde que subsidiará a análise dos resultados advém de *uma concepção ampla do processo saúde-doença e de seus determinantes, (...) propõe uma articulação de saberes técnicos e populares e a mobilização de recursos institucionais e comunitários, públicos e privados para seu enfrentamento e resolução* (BUSS, 2000a :165).

Para efetivação de uma práxis promotora da saúde, reconhecemos a educação em saúde como importante estratégia. Educação em saúde é aqui entendida como processo de capacitação e apoio às pessoas para estabelecer suas metas e implementar como desejarem e decidirem, quer individual ou coletivamente as mudanças de comportamentos em relação à saúde (FRENCH, 1980). Trata-se, portanto, de uma prática social crítica e transformadora (VIEIRA, 1998).

Consideramos que a maior flexibilidade proposta implicará ao mesmo tempo maior amplitude nas análises, denotando o compromisso com a temática; compromisso, inclusive, de cunho ético por assegurar o respeito às diversidades. Destacamos, oportunamente, a observância aos princípios éticos propostos na Resolução 196/96, considerando os quatro princípios da Bioética: autonomia, beneficência, não-maleficência e justiça (BRASIL, 1996b).

O primeiro princípio conduz-nos a considerar que todas as pessoas são, em princípio, capazes de opinar sobre qualquer ação. Operacionalmente, privilegiaremos este princípio, respeitando as singularidades das respostas, bem como lhes permitindo o livre arbítrio de participação da pesquisa, independentemente da fase em que se encontre. No campo normativo, os participantes, após obterem conhecimento dos objetivos do estudo, assinaram o termo de consentimento livre e esclarecido. (Apêndice G)

No que se refere ao princípio da *beneficência*, este estudo prima por buscar conhecer o espaço da clínica como um *locus* promotor de saúde, pois cria possibilidades de dar visibilidade ou de fomentar o exercício de ações promotoras /educativas em saúde no espaço da clínica, com vistas a preservar os direitos constitucionais e prerrogativas do SUS, que reconhecem saúde como direito, vinculado à melhoria na qualidade de vida, permitindo inclusive maior participação comunitária.

Entrementes, o princípio da *não-maleficência* foi seguido, ao assumirmos o compromisso de não trazer constrangimento institucional nem profissional. Para tanto, nenhuma informação foi personalizada. Os resultados permitiram uma análise crítica e criteriosa com vistas a conduzir os profissionais a uma reflexão sobre sua prática, sem, contudo, expô-los. Desta forma, a identificação foi realizada por categoria profissional e não por identidade pessoal. No que se refere à clínica, a identificação será mediante caracterização, visto que, para a análise, tal identificação não será necessária. Considerando,

porém, que pela caracterização possa haver identificação, a clínica foi consultada quanto ao interesse de participação da pesquisa, a qual acatou sem restrições, entendendo que não se trata de auditoria e outra espécie de julgamento (Anexo III). Este reconhecimento é fruto, em parte do fato de esta instituição ser um espaço de ensino e pesquisa e pela credibilidade que possa ter conseguido estabelecer no desenvolvimento do processo, uma vez que já realizamos outras pesquisas neste cenário, quer como orientanda ou orientadora.

Ao refletir sobre o princípio da justiça, entendemos que é de responsabilidade integral das pesquisadoras não só garantir o anonimato e o respeito à individualidade dos profissionais de saúde, mas também, assegurar a fidedignidade dos resultados, delimitando o acesso e a interpretação dos indicadores pelas pesquisadoras. Ressaltamos ainda que esperamos contribuir com a efetividade deste princípio, ao procurarmos direcionar uma perspectiva crítica a nossa prática, de modo que como prática social possa vir a contribuir com um cuidar digno e com uma clínica que compreenda todos os envolvidos como pessoas, ou seja, como sujeitos ativos de um processo, suplantando inclusive a cultura da passividade e do mercantilismo, ao tratar as pessoas que buscam atenção à saúde como pacientes, clientes ou usuários.

Cumprindo as exigências regulamentares e concordando com o rigor ético necessário às pesquisas envolvendo seres humanos, submetemos este projeto ao Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual Vale do Acaraú para sua apreciação e emissão de parecer, o qual obteve parecer favorável (Anexo I). A instituição foi consultada quanto a sua inserção nesta investigação, como já referido. A esta foi esclarecido que este estudo não apresentava caráter de auditoria e tinha o compromisso de desenvolvê-la de acordo com o rigor que uma investigação científica requer.

O capítulo a seguir põe em movimento os construtos teóricos deste estudo com sua realidade prática a partir da interpretação e análise dos dados, que, por sinal, não são dados, são construídos.

CAPÍTULO 4

DA ASSISTÊNCIA À PROMOÇÃO DA SAÚDE NA CLÍNICA

Este capítulo versa sobre o caminho que a Clínica Oficial percorre para uma Clínica do Sujeito, apontando, as contradições, os consensos, as possibilidades e limitações expressas na linguagem dos profissionais, sujeitos sociais deste estudo.

4.1 Das condições cotidianas da vida do trabalho dos diferentes sujeitos sociais na clínica

Entendendo que o ser humano está em constante movimento, da mesma forma, o ser profissional está presente nas transformações oriundas destes movimentos. Assim, buscamos captar as concepções dos diferentes sujeitos sociais da clínica sobre as condições cotidianas da vida do trabalho presentes nos textos.

Inicialmente, para fins analíticos, o caminho do pensamento que seguiremos advém da compreensão de que o texto é mais que um conjunto de partes. Portanto, partiremos buscando a explicação e a interpretação da comunicação expressa pelos atores sociais no seu cotidiano de trabalho por meio de núcleos de sentido, para em seguida, analisar os espaços extra discursivos, socioeconômicos e culturais, nos quais estão inseridos os discursos dos diferentes atores sociais.

Ancoramo-nos na idéia de que o contexto sempre possível de compreensão é ao mesmo tempo questionável e potencialmente incompreensível. Num movimento entre o familiar e o estranho, entre a intersubjetividade do acordo ilimitado e o rompimento da possibilidade de compreensão, repousam as relações de grupo homogêneos e heterogêneos (MINAYO, 2001, 2002). No caso deste estudo, os sujeitos sociais da clínica de diálise.

Reflexões sobre os modelos assistenciais no Brasil realizadas em alguns centros acadêmicos têm permitido a elaboração de críticas sobre os processos organizativos dos serviços de saúde quando se tem em vista as formulações do projeto da Reforma Sanitária Brasileira, identificando-se distintas formas de atuar sobre a realidade de saúde (PAIM, 2003).

Neste sentido, apresentamos os discursos e práticas dos profissionais de saúde da clínica sobre a atenção dispensada, seguindo os movimentos do pensamento analítico: núcleos

do sentido por categorias profissionais, núcleos de sentidos convergentes e núcleos de sentidos de superação do modo de atenção, conforme os quadros a seguir:

QUADRO 9 TEXTOS DOS MÉDICOS ACERCA DO MODELO VIGENTE DE ATENÇÃO À SAÚDE

Núcleos de Sentido	Autor 1	Autor 2	Síntese
<p>Modelo vigente de atenção à saúde</p>	<p>O tempo maior e quase total é dedicado aos aspectos técnicos do procedimento dialítico; faz-se necessário um maior número de profissionais.</p> <p>Basicamente técnica, preocupar-se com a melhor máquina, com as melhores funções, as melhores medicações, preocupar-se com as queixas orgânicas, (...) nós somos treinados para isso, para responder <i>check-list</i>, onde nenhum deles fala de satisfação. (G1A1)</p>	<p>As queixas profissionais são tão prevalentes, que no dia-a-dia os pacientes costumam se dirigir aos profissionais de saúde quanto às queixas clínicas. Como há muito problema clínico nos pacientes, não há estímulo pelos profissionais para que os pacientes também expressem inquietudes emocionais.</p> <p>A grande dificuldade (...) é que há poucos profissionais envolvidos, (...) sendo assim os profissionais priorizam o “atendimento” às necessidades mais imediatas: complicações, intercorrências (...) na prática contamos só com médicos e enfermeiros).</p> <p>(...) terapia dialítica adequada, que é a maneira pela qual se garante a vida dos pacientes portadores de insuficiência renal crônica. Esta terapia dialítica “adequada” envolve certa complexidade: raciocínio clínico, médico, tecnologia adequada, manutenção das máquinas, controle de qualidade da água, utilização de bons materiais; assistência técnica de auxiliares de enfermagem bem formados. (G1A2).</p>	<ul style="list-style-type: none"> * Predomínio da atenção “biologicista” com ênfase nas queixas clínicas e no tratamento dialítico. * Quantidade restrita de profissionais, conduzindo ao privilégio do atendimento de necessidades biológicas. * A terapia dialítica é a maneira pela qual se garante a vida dos portadores de IRC. * Os médicos são treinados para responder <i>check-list</i>.

Para os profissionais médicos, a atenção (assistência) à pessoa em terapia dialítica na clínica é centrada em procedimentos técnicos individualizados a partir das queixas clínicas apresentadas porque a composição da equipe multiprofissional é restrita às categorias médica e de enfermagem e porque é por meio dos procedimentos técnicos, particularmente a terapia dialítica, que o “paciente” é mantido vivo. Tais elementos denotam uma formação médica treinada para responder *check-list* que se preocupa com a melhor máquina, com as melhores medicações, com queixas orgânicas e não se fala de satisfação do “paciente”.

Este modelo de atenção à saúde vigente na clínica de diálise reflete o modelo tecnossistêmico que contribuiu para o fortalecimento da Clínica Oficial caracterizada pelo mecanicismo e unilateralidade, conforme já descrito no capítulo 1 (p.28). Modelo de atenção à saúde é aqui entendido como forma de organização entre sujeitos (profissionais de saúde e usuários) mediados por tecnologias (materiais e não materiais) utilizadas no processo de trabalho em saúde, cujo propósito é intervir sobre problemas (danos e riscos) e necessidades historicamente definidas (PAIM, 1999).

Estudos clássicos, tais como o de Maher (1989) e o de Drukker (1989), apontam nitidamente a importância do surgimento da terapêutica dialítica para a extensão da vida de pessoas com diagnóstico de IRC. Embora estes procedimentos operativos promovam resultados epidemiológicos de elevação de expectativa de vida, resguardam limitações pertinentes à vida com qualidade. Para Barata (2001), a atenção à saúde restrita a propostas de cunho individual não apresenta impactos suficientes para modificar perfis epidemiológicos ainda que possa apresentar benefícios singulares, pois, além de ampliarem a exclusão, tendem a reproduzir este tipo de atenção no âmbito das políticas públicas.

Identificamos, nos textos dos médicos da clínica de diálise, ênfase na tecnologia *hard* ou tecnologias duras⁸, com pouco espaço para o desenvolvimento de tecnologias *soft*, ou tecnologias leves. Assim, a atenção apresenta como foco a produção de procedimentos. Para Matumoto et. al. (2005), a lógica da atenção tendo como foco a produção de procedimentos é resultado de uma construção histórica e social e, para transformá-la, fazem-se necessários

⁸ Para Merhy et al. (1997), há três tipos de tecnologias no setor saúde: tecnologias duras, tecnologias leve-duras e tecnologias leves. Tecnologias duras se referem aos instrumentos, equipamentos, ferramentas, objetos utilizados no processo de trabalho. As tecnologias leve-duras são os conhecimentos, saberes como os da Clínica, da Epidemiologia, da Psicanálise, que dão certa racionalidade instrumental ao processo de trabalho, e as tecnologias leves se referem às produzidas e utilizadas no momento em que se produz a ação da saúde. São as tecnologias de relação, tais como: o vínculo, o acolhimento, a gestão do processo de cuidar.

dispositivos que provoquem a quebra de certezas, sempre refletindo sobre essas certezas perante o contexto atual e reconstruindo-as, arriscando novas formas de fazer saúde. Nesta nova forma de fazer saúde, os autores entendem que o foco passa a ser a produção de cuidados.

A construção histórica e social a que nos referimos anteriormente está implícita nas entrelinhas de todos os discursos dos profissionais médicos, entretanto, é evidenciado explicitamente quando um profissional afirma: *nós somos treinados para isso, para responder check-list, onde nenhum deles fala de satisfação*. Mattos (2005) enfatiza que a racionalidade médica é pautada na figura do médico, com incorporação de alta tecnologia como ferramenta da atenção e cuidado em saúde.

A significação da linguagem do texto, em sua (in)transparência, revela que os autores (médicos) explicam a racionalidade que envolve a prática médica reforçada pela ideologia da sociedade que espera este saber e esta prática. Este fato foi evidenciado pela nítida preferência, por parte dos pacientes, de revelar suas queixas orgânicas (física/biológica) para os médicos. Pinheiro (2005) lembra que a cultura popular designou socialmente o médico como o habilitado a resolver queixas, ainda que sua origem não esteja relacionada a alguma doença específica. Daí poder-se afirmar que tal revelação decorre da reafirmação da Clínica Oficial (Clínica Clínica) que, segundo Campos (2003), tem operado como sistema de referência, exercendo bastante influência sobre a materialidade das coisas e dos fenômenos, o que lhe tem assegurado respeitabilidade e longevidade.

Para Pinheiro (2005), uma forte característica do sistema de saúde brasileiro é que, independentemente de sua pluralidade, o modo como historicamente foi sendo constituído tem na assistência médica e no atendimento hospitalar os eixos estruturantes. Estes eixos estruturantes arraigaram-se no coletivo simbólico que prefere ver no hospital, e mais particularmente, na figura do médico, a solução para os problemas de saúde. Autores como Canesqui (1992) e Cohn et al. (1991) revelam que esta preferência individual das pessoas pelo atendimento hospitalar permeia a história das políticas de saúde no Brasil, que tem, no itinerário de busca pela cura, o hospital como espaço que reúne todas as possibilidades de solucionar os problemas de saúde.

Camargo Júnior (1993:34) contribui nesta discussão, ao afirmar que a doutrina médica constitui:

“Suporte comum não enunciado que se apóia, por um lado, na forma consensual da prática médica e, por outro, num grupo de representações que desempenham o papel de uma doutrina geral. Tais representações são no seu conjunto coerentes com a cosmologia mecanicista que alicerça, ainda que de modo dissimulado o saber médico”.

Dando continuidade no pensamento analítico dos profissionais de saúde da clínica de diálise sobre seu cotidiano de trabalho, evidenciamos também nos discursos dos enfermeiros, auxiliares e técnicos, expressos no quadro 10, ênfase em tecnologias duras, embora fragmentos de comunicações apontem para uso de tecnologias leves por parte dos enfermeiros.

QUADRO 10 TEXTOS DOS ENFERMEIROS, TÉCNICOS E AUXILIARES DE ENFERMAGEM ACERCA DO MODELO VIGENTE DE ATENÇÃO À SAÚDE.

Núcleos de Sentido	Enfermeiros	Técnicos e Auxiliares de Enfermagem	Síntese
	Autores 1, 2 e 3	Autores 1 a 19	
Modelo vigente de atenção à saúde	<p>As orientações são, na maioria das vezes, verbais durante as sessões de diálise, já que é nesta hora que nós podemos orientar sobre a doença, ouvir as queixas deles. (G2A1)</p> <p>A diálise é o tratamento que é visto como mais importante; é para ela que nós dedicamos mais tempo. As outras atividades vão se encaixado na medida da necessidade e da possibilidade. Nós também nos preocupamos com os medicamentos, só que nem sempre depende de nós para que eles tenham os remédios que precisam. (G2A2)</p> <p>É assim, a gente procura cuidar mais da parte física: o controle hidro-eletrolítico, a sobrecarga de volume. Na parte social a gente conversa com a família (...). Nós da enfermagem procuramos ver até a parte mental (...) Quanto aos medicamentos, (...) a gente</p>	<p>Dependendo do meu plantão, eu posso ter um tempo para conversar com algum familiar ou com o próprio paciente, e algumas vezes, não dá, por exemplo, nos casos dos pacientes agudos (IRA). A orientação à dieta é mediante a uma apostila. Os outros profissionais (...) como são poucos, acabam valorizando mais a diálise. (G3A1)</p> <p>A gente orienta sobre a medicação; é orientado, mas não é fiscaliza muito. (G3A2)</p> <p>(...) o que eu acho é que não tem espaço para interação, é uma coisa tão rápida, chega à sala, liga, é muito rápido. (G3A3)</p> <p>Atender as queixas (...). Administramos medicação fazemos curativos, verificamos os sinais vitais, e claro, dialisamos. Também conversamos um pouco durante a diálise, tentando resolver alguns problemas deles. (G3A4)</p> <p>A gente orienta, mas às vezes não resolve (...) tem outros que não tem cuidado consigo mesmo. (G3A5)</p> <p>Eu oriento para eles não comerem tudo que eles querem comer, (...) se você tem vontade de comer aquela fruta, você traga na hora da diálise. (...) para não ganhar muito peso. (G3A6)</p> <p>Quando eu vejo o paciente assim fazendo alguma coisa errada, aí eu explico (...) fora isso, eu faço o que todo mundo faz, dialisar, administrar os remédios quando necessário, etc. (G3A7)</p> <p>Os pacientes não são bem orientados (...). Às vezes, a gente não faz alguma coisa porque não depende de nós. O tempo maior é para ligar e desligar os pacientes das máquinas; preparar os materiais. (G3A8)</p> <p>A diálise, a dieta e os medicamentos é o tratamento que sustenta o paciente vivo, então a gente acaba desenvolvendo mais estas ações, agora quando tem tempo, a gente conversa, orienta, etc. (G3A9)</p> <p>A diálise né? Eles falam que tem pouco auxiliar (...) exigem muito o médico(...) Aí a gente explica que muitas coisas a gente pode resolver mas eles querem é o médico perto dele. (G3A10)</p> <p>O que mais fazemos é dialogar com os pacientes sobre a alimentação. (G3A11)</p>	<p>Tempo maior dedicado ao tratamento dialítico,</p> <p>As outras atividades vão se encaixado na medida da necessidade e da possibilidade.</p> <p>Elucidam que algumas ações não estão na governabilidade dos profissionais, mesmo assim, a clínica busca responder as necessidades sociais e psicológicas.</p> <p>A família é envolvida no processo de cuidar;</p> <p>Assistência marcada por problemas estruturais.</p> <ul style="list-style-type: none"> * Na visão de um auxiliar os profissionais tem tempo e liberdade para o desenvolvimento de outras ações além da diálise.

<p>Modelo vigente de atenção à saúde</p>	<p>tem muita dificuldade com os municípios para repassar anti-hipertensivo. Aí, muitas vezes, é a própria clínica que fornece (...)</p> <p>Eles apresentam muita dificuldade de transporte. No período agora pós-eleição foi horrível, pois os prefeitos que perderam não queriam mais disponibilizar as ambulâncias, outras vezes, as ambulâncias quebram(...).(G2A3)</p>	<p>A gente é livre (...) para fazer algo com eles, basta (...) ter vontade... Tem tempo demais para a gente conversar, orientar, brincar com eles. Agora quem quer só um emprego... funciona o paciente e não se interessa de fazer outras coisas. Também a gente orienta para que eles procurem o direito deles frente a prefeitura para que eles tenham uma vida melhor. (G3A12)</p> <p>As ações que desenvolvemos vão muito ao encontro das necessidades dos pacientes. Eles vão para a unidade para dialisar ou por que estão com alguma intercorrência, também vão para realizar algum exame. (G3A13)</p> <p>O tempo é pouco, sendo suficiente apenas para atender as necessidades da diálise. (G3A14)</p> <p>Nós fazemos mesmo o serviço que deve ser feito numa clínica de diálise: dialisar, administrar e orientar sobre os medicamentos, orientar sobre a dieta, os cuidados que eles devem ter. (G3A15)</p> <p>A diálise que a principal atividade da clínica(...). Na medida do possível, vamos conversando e orientando sobre a doença, os cuidados, etc. (G3A16)</p> <p>Nós além de dialisarmos (...), atendemos suas necessidades biológicas (...) procuramos envolver a família (...) e dar apoio psicológico a eles. (G3A17)</p> <p>Vejo que no momento visam no cliente dialisá-lo somente. (G3A18)</p> <p>Enquanto estão dialisando (...) ouvindo as queixas, algumas a gente encaminha, outras a gente resolve e tem outras que a gente só faz mesmo ouvir porque tem situações que nós não podemos resolver. (G3A19)</p>	
---	--	--	--

Verificamos nos textos da enfermagem marcas lingüísticas que indicam a incorporação de tecnologias leves, relacionadas à capacidade de escuta, ao acolhimento e a orientação. Os profissionais sinalizam que realizam orientações sobre a doença e ouvem queixas. Mencionam a inclusão da família no processo de cuidar e atentam para a saúde mental. Indicam a complexidade do processo saúde-doença e as limitações da Clínica Oficial ao identificarem que fatores externos a clínica influenciam no tratamento e tendem a excluir de algumas pessoas o direito de ir e vir às sessões dialítica. Assim, a Clínica do Sujeito reconhece como necessário promover a inclusão social destas pessoas que parecem alijadas dos direitos sociais mínimos, neste caso, em particular dos princípios da equidade e da integralidade garantidos pelo SUS.

Tende a prevalecer, todavia, nos textos dos enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem, o modelo tecnoassistencial com destaque na valorização da máquina, sendo que *as outras atividades vão se encaixado na medida da necessidade e da possibilidade*. O discurso reforça a compreensão dos profissionais de enfermagem de que as atividades do cuidar que não estão no âmbito do corpo biológico são relegadas a segundo plano, *já que há necessidade de priorização de casos agudos e há pouco tempo para maior interação entre os profissionais e pacientes*.

Com efeito, é possível perceber nos discursos destes profissionais a ênfase biológica, entretanto destaca-se a coexistência de *modus operandi* da racionalidade da enfermagem que parece viver uma tensão paradigmática entre uma abordagem “biologicista” para uma abordagem holística.

No cotidiano da clínica, durante a fase de campo, percebemos que as pessoas em terapia dialítica parecem reconhecer este corpo de conhecimento da enfermagem e, neste universo simbólico, esperam da equipe de enfermagem o desenvolvimento da associação de tecnologias duras e leves. Assim, a associação do profissional de enfermagem, mais fortemente os auxiliares e técnicos, com a de um parceiro foi fortemente identificada durante a fase de observação, os quais, muitas vezes, se tornavam porta-vozes dos “pacientes” para os demais profissionais. Esta constatação conduziu-nos a interpretação de que o profissional da clínica dialítica que mais interage com o humano é o auxiliar e ou técnico de enfermagem, ou seja, aquele que teve um tempo de formação (técnica?) profissional menor.

Considerando os determinantes ideológicos materiais expressos pela racionalidade dos profissionais de saúde – equipe de enfermagem, indagamos: esta atenção (assistência) atende as necessidades das pessoas que dialisam? Qual a qualidade de vida garantida? Qual a conexão desta prática assistencial com as políticas de saúde (promoção da saúde), pautada nos princípios da integralidade do ser e dos vários níveis de atenção?

Para Cecílio (2005), na luta pela integralidade e equidade na atenção a saúde, as necessidades de saúde se expressam como os conceitos estruturantes. Para a conceitualização de necessidades de saúde, o autor reconhece quatro conjuntos de necessidades de saúde. Primeiramente, necessidade de saúde relaciona-se a boas condições de vida, partindo da premissa de que o modo como se vive se traduz em diferentes necessidades. O segundo está relacionado ao acesso às tecnologias que melhoram ou prolongam a vida; enfatiza o autor, entretanto, que o valor de cada tecnologia é determinado pela necessidade de cada pessoa, em cada momento. No terceiro conjunto, está a criação de vínculos (a)efetivos entre os usuários e os profissionais de saúde/equipe. E, por fim, as necessidades de saúde estão também ligadas aos graus crescentes de autonomia que cada pessoa tem no seu modo de conduzir a vida, indo além da informação e da educação.

É importante assentar as discussões sobre o modelo de atenção à saúde na clínica de diálise em tais pressupostos, compreendendo, inclusive, os limites da clínica, como instituição isolada, para a promoção da saúde, já que as necessidades de saúde das pessoas estão relacionadas às suas condições de vida e não compete à clínica transformá-las, compete, porém conhecê-las e atendê-las considerando a singularidade e diversidade.

Vale destacar que, embora se questione a supervalorização de tecnologias duras nos serviços de saúde, não podemos ignorá-la e tampouco subestimá-la, pois, como bem pondera Cecílio (2005), o valor agregado a cada tecnologia depende da necessidade individual em um dado momento. Assim, para as pessoas com diagnóstico de IRC e com indicação terapêutica de diálise, a tecnologia dos métodos de diálise se faz imprescindível para reconfiguração da homeostase e do equilíbrio hídrico-eletrolítico. Maciel-Lima (2004) nos lembra que, em serviços de saúde, a tecnologia é apenas um instrumento de trabalho para os profissionais, pois o produto final de seu trabalho não é um bem físico e sim um bem humanístico, devendo ser priorizada a relação profissional-paciente e não profissional-máquina.

O ser humano não está restrito a cadeias físico-químicas e as relações entre profissionais de saúde e as pessoas em diálise de modo afetivo e efetivo são consideradas essenciais no atendimento das necessidades de saúde.

A referência de que as orientações são verbais e restritas ao horário da terapia dialítica não é vista por nós como negativa, porém insuficiente. Ao defendermos a idéia de que a clínica é um espaço de promoção da saúde, não estamos buscando, necessariamente, ampliar a área física para garantir um espaço para ações de promoção da saúde nem agregar mais atividades a serem desenvolvidas pelos profissionais. Entendemos que as orientações durante as sessões dialíticas permitem maior aproximação das pessoas com os profissionais, propiciando a estes informações e fortalecimento de vínculos. A partir de nossas observações, entretanto, acreditamos ser necessário maior dinamismo nestes momentos, utilizando técnicas pedagógicas que permitam a participação das pessoas envolvidas, valorização de outros espaços e momentos para o exercício de ações educativas em saúde, incorporação de outras estratégias e ferramentas promotoras de saúde, já que as práticas educativas desenvolvidas pelos profissionais da clínica são, prioritariamente, passagem de informações para a população (pessoas em terapia hemodialítica e familiares) sobre a doença num prisma biológico e a observância a determinados procedimentos com caráter prescritivo, apesar da intencionalidade de alterar comportamentos para promover a saúde, melhorando a qualidade de vida destas pessoas.

Seguramente, esta fragilidade no vínculo⁹ enfraquece a autonomia do “paciente” no espaço da clínica de diálise. A exemplo de Cecílio (2005), Campos (2004) sugere a constituição de vínculos como recurso terapêutico¹⁰ para uma prática clínica com qualidade. O fortalecimento de vínculos não deve estar restrito a “paciente” e profissionais, ao contrário deve ser extensivo às famílias e comunidade.

Para Freire (1999), o respeito à autonomia de cada um é imperativo ético. É reconhecer o outro como agente do processo. Acrescenta o autor que a autonomia não antecede a decisão, ela é processual. Portanto, vai se constituindo a partir de várias

⁹ Vínculo é um vocábulo de origem latina; é algo que ata ou liga pessoas, indica interdependência, relações com linhas de duplo sentido, compromissos dos profissionais e vice-versa. A constituição de vínculo depende de movimentos tanto dos usuários quanto da equipe (CAMPOS, 2003:66).

¹⁰ *Therapeutike* é uma palavra grega e significa: *eu curo*. Terapêutica é uma parte essencial da clínica que estuda e põe em prática meios adequados para curar, reabilitar, aliviar o sofrimento e prevenir possíveis danos em pessoas vulneráveis ou doentes (CAMPOS, 2003:66).

experiências de tomadas de decisões. Afirmamos que a autonomia é por nós entendida como instrumento terapêutico que deva estar ligado à prática clínica e que permitirá as pessoas em terapia dialítica melhor cuidarem-se a partir de um maior domínio sobre sua enfermidade, participando mais das decisões inerentes a ela e fortalecendo a autoconfiança. Para que tal situação, no entanto, possa ser concretizada, faz-se necessário o que Ferreira (2003) recomenda: que as relações nas instituições sejam vividas afetivamente como um corpo unitário e que esta unificação tenha como ponto de partida a relação entre os profissionais e as pessoas que buscam a atenção e neste espaço as questões da vida devem ser postas acima das questões da “doença”, pois, para Campos (2005), quando alguém se percebe desvalorizado, dificilmente aderirá ao tratamento sugerido, sem vender esperança, sem falsas promessas, mas ressaltando o sentido que pode ter uma vida saudável e qual a sua contribuição nesta procura. Compete ao profissional aceitar o exercício de autonomia da pessoa ainda que seja contrária à sua concepção, ao mesmo tempo em que deve se empenhar para que a decisão expresse um desejo consciente da pessoa.

A observância a estas necessidades aproxima-nos do conceito de integralidade. Para Pinheiro (2005), o termo surge de uma diretriz básica do SUS instituída pela Constituição de 1988, embora o Texto constitucional não utilize a expressão integralidade, mas em seu artigo 198 fala em “atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais” (BRASIL, 1988). Assim, na prática, essa diretriz é que designa o termo integralidade.

Integralidade será aqui abordada em duas dimensões que se interpenetram: a integralidade do ser e a integralidade entre os níveis de atenção. Cecílio (2005) denomina a primeira de integralidade focalizada, a qual ocorre nos diversos serviços de saúde como resultado de esforços de equipes multiprofissionais que têm o compromisso de escutar atenta e cuidadosamente os usuários para identificar suas necessidades de saúde enquanto a segunda revela, para o autor, o resultado da articulação de cada serviço com uma rede complexa composta por outros serviços e instituições.

A efetivação da integralidade muda o foco da Clínica Oficial para uma Clínica do Sujeito, o que em nossa leitura se constitui uma clínica promotora de saúde. A Clínica do Sujeito, com base no método Paidéia¹¹, reafirma a possibilidade dos sistemas de saúde a partir

¹¹ Paidéia é uma noção grega e indica a formação integral do ser humano. Método Paidéia ou Método da Roda está pautado na concepção de fazer saúde coletiva com as pessoas e não sobre elas (CAMPOS, 2003).

da gestão e das práticas dos profissionais de saúde em contribuir para a constituição do sujeito e inversão dos padrões dominantes da objetividade para a subjetividade. Neste sentido, a clínica constituir-se-á numa prática construtiva, processual e que, na medida do possível, permite que os sujeitos reconheçam e expressem seus interesses e desejos.

Tendo-se analisado o percurso do pensamento intelectual dos autores dos textos, passaremos agora para a explicação e interpretação das ações da clínica a partir dos documentos escritos como protocolos, rotinas e diretrizes. Estes tratam da dinâmica de organização funcional da clínica.

Da mesma forma anterior, partimos da identificação do núcleo de sentido expresso nos textos, conforme quadro a seguir.

QUADRO 11 MARCAS LINGUÍSTICAS EXPRESSAS NOS DOCUMENTOS ORIENTADORES DA CLÍNICA

Núcleos de Sentido	Médicos	Enfermagem	Do Serviço	Síntese
<p>Modelo vigente de atenção à saúde</p>	<p>Suplemento de ferro: baseada na rotina de controle da anemia proposta pela SBN. Tratamento das glomerulopatias : linguagem técnica. Rotina dirigida para os profissionais médicos. Metas baseadas em indicadores quantitativos de qualidade da atenção Equilíbrio do cálcio e fósforo: baseado numa fórmula de relação entre os níveis séricos destes elementos.</p>	<p>Rotinas para enfermagem: na apresentação os profissionais demonstram o compromisso com uma atenção de qualidade e afirmam reconhecer a diversidade ao incorporar na elaboração das diretrizes tanto a literatura disponível quanto a experiência dos profissionais. Trechos que respaldam esta idéia: <i>Cuidado (bem mais amplo que as rotinas postas); Não propomos modelo de como cuidar...evidenciamos caminhos; atender necessidade básica e proporcionar segurança.</i> Organização do processo de trabalho pautado na distribuição de atividades; Apresenta justificativa científica para as ações; Cuidados com a saúde do trabalhador (cuidador); Plano de trabalho (estabelecimento de metas, prioridades); Rotinas para estagiários: Cronograma préestabelecido para aquisição de habilidades técnicas.</p>	<p>Orientação nutricional: Denso (mostra o proibido, o parcialmente permitido e o permitido) É comum às expressões: <i>é proibido, não pode comer, pode comer na quantidade indicada, pode comer uma vez por semana, na quantidade indicada.</i> Apresenta descrição detalhada do processo a que determinados alimentos devem ser submetidos para que sejam consumidos. (flexibilidade) Orientação nutricional (2.a versão): documento resumido contendo lista de alimentos comuns à região com apresentação de mais de uma opção para as refeições.</p>	<p>Rotinas e recomendações pautadas na prescrição terapêutica.</p> <p>Tensão entre a atenção biológica e holística.</p> <p>Ênfase em habilidades técnico-científicas.</p>

Os textos documentais reforçam a ênfase de um modelo de atenção à saúde que privilegia ações curativas, centrada numa visão predominantemente biológica do processo saúde-doença. Este modelo de atenção vigente está explícito, por exemplo, nas explicações dos profissionais que orientam suas práticas sobre o que é permitido e o que é proibido. Outras marcas lingüísticas que reforçam este modelo, expresso nas rotinas médicas, é o da proposição de metas em dados objetivos, reforçando o dito nos textos anteriores por estes mesmos profissionais que são formados para responder *check-list*, onde *nenhum fala de satisfação*. Uma tensão entre a atenção biológica e holística é fortemente expressa nos textos das rotinas de enfermagem, onde os autores expressam o desejo de uma atenção holística a partir do reconhecimento da singularidade do ser e da necessidade de uma atenção integral. Atentam para a saúde dos profissionais, mas, por outro lado, fortalecem a atenção biológica, ao proporem a organização do processo de trabalho com fortes traços do modelo flexneriano, com divisão de atividades numa seqüência pré-estabelecida para que aqueles que se aproximarem da clínica adquiram domínio de habilidades técnicas.

Este panorama revela que, em um e em outro lado desta tensão, os profissionais da enfermagem justificam este protocolo de procedimentos operativos como resultante de um complexo ideológico da formação profissional de sociedades médicas especializadas e de proposições de autores críticos reflexivos do cuidar. Aliado a este respaldo, os profissionais interpretam as recomendações como normas a serem seguidas e a serem divulgadas, fortalecendo um poder de decisão fortemente expresso numa linguagem técnica com especificações em medidas/dosagens que são desconhecidas por muitos, e que, por vezes exigem a realização de cálculos.

Neste clima de tensão, foi possível perceber que os profissionais refletem criticamente, ainda que contingencialmente, sobre a sua prática. Esse entendimento está ancorado na observação realizada por nós, na qual os enfermeiros, no contato diário com as pessoas que dialisavam, identificaram limites e dificuldades das pessoas e familiares em compreenderem as orientações dietéticas a partir do documento norteador, o qual se apresentava descontextualizado das condições socioeconômicas da maioria das pessoas que dialisavam. Diante da constatação, os profissionais reestruturaram as orientações dietéticas, não mais pautadas em medidas, mas especificadas em quantidades. Além desta especificidade, o conteúdo da rotina orientadora para a nutrição dos pacientes foi fortemente modificado,

considerando a oferta de alimentos disponíveis na região e apresentando mais de uma opção para a refeição.

O que está por trás desta tensão? Quais são os determinantes da coexistência destes dois modelos?

Para Oliveira, Moreira e Barreto (2002), o modelo que tem, predominantemente, norteado práticas e saberes dos profissionais de saúde é o modelo positivista, caricaturado no modelo flexneriano, o qual tem recebido críticas diversas, chegando a ser considerado como responsável pelo abuso da tecnologia¹² nas ações diagnósticas, terapêuticas e pela recorrência exagerada aos produtos farmacêuticos.

Nesta perspectiva, segundo Fontes (1999), os projetos político-pedagógicos das instituições formadoras de profissionais de saúde contribuem para convencer profissionais e comunidade em geral da validade e necessidade deste modelo, ainda hegemônico. Tais projetos são caracterizados tanto pelo currículo com base positivista quanto pelas práticas dos profissionais que transferem para a comunidade os mesmos valores, acarretando, dessa forma, *idéias e crenças que servem de sustentação para a ordem existente*. (p.155).

Paim (2005) nos lembra, porém, que para processar mudanças no modelo de atenção à saúde não basta argüir a formação dos profissionais. Para além de mudanças na formação e implantação de programas educativos nos serviços, o autor propõe que pensemos e possamos agir sobre os processos de trabalho, acionando dispositivos para alterar relações técnicas e sociais (políticas, ideológicas e simbólicas) nas organizações. Elucida, assim, a necessidade de reaver o próprio modo de produção do cuidado em saúde.

É válido aqui situar o fato de que a tensão paradigmática a que nos referimos em relação aos profissionais de saúde é reflexo da tensão que a própria ciência vivencia. Para Santos (1999), o tempo presente nos mostra o fim de um ciclo hegemônico de uma ordem científica pautada na racionalidade construída a partir das ciências naturais. O autor nos propõe um debate, no qual devemos nos questionar sobre o que a ciência, o Estado e o que suas políticas públicas têm feito para melhorar quanti e qualitativamente a vida das pessoas. Insere-se neste debate a nossa reflexão de que mudanças na ciência têm ocorrido, entretanto,

¹² O termo tecnologia aqui é referido pelos autores no sentido de tecnologia dura, conforme já definimos neste capítulo.

não podemos ainda falar no fim da racionalidade instrumental. Entendemos que a concepção de ciência vem passando por um processo de resignificação. Assim, a ciência

se move e se esvai num *continuum* de uma racionalidade ordenada, previsível, quantificável e testável para uma outra que acata o acaso e a desordem, é imprevisível, interpenetrável e interpretável, devendo ao invés de se afastar, aproximar-se do senso comum e do local, sem perder de vista o discurso científico e o global.(p.22)

Por ora, salientamos que a análise crítica dos textos dos autores deste estudo acerca das explicações e interpretações quando examinadas num contexto macroestrutural elucidam o condicionamento histórico do pensamento com seus determinantes ideológicos movendo-se neste *continuum*.

Nessa direção, identificamos nas marcas lingüísticas do concreto vivido destes profissionais um movimento contra-hegemônico ao pensamento dominante do uso de tecnologias duras para a superação de um modelo articulado a práticas humanísticas.

Tendo percorrido o pensamento dos autores dos textos sobre a sua prática social na clínica, e examinado documentos escritos que tratam dos protocolos de procedimentos terapêuticos, passamos agora à discussão de suas interfaces presentes no cotidiano da clínica, conforme apresentamos no quadro a seguir.

QUADRO 12 INTERFACES DOS TEXTOS ACERCA DO MODELO VIGENTE DE ATENÇÃO À SAÚDE

Núcleo de Sentido	Síntese dos textos dos médicos (G1)	Síntese dos textos dos profissionais da enfermagem (G2 e G3)	Síntese dos textos documentais da clínica	Síntese
<p>Modelo vigente de atenção à saúde</p>	<p>Predomínio da atenção “biologicista” com ênfase nas queixas clínicas e no tratamento dialítico. Quantidade restrita de profissionais conduzindo ao privilégio do atendimento de necessidades biológicas. A terapia dialítica é a maneira pela qual se garante a vida dos portadores de IRC. Os médicos são treinados para responder <i>check-list</i>.</p>	<p>Tempo maior dedicado ao tratamento dialítico, ao controle do corpo biológico e potencializado com orientações, conversas e processamento de atendimento às queixas, para além das biológicas.</p> <p>Algumas ações não estão na governabilidade dos profissionais, mesmo assim, a clínica busca responder as necessidades sociais e psicológicas.</p> <p>A família é envolvida no processo de cuidar.</p> <p>Assistência marcada por problemas estruturais.</p> <p>Na visão de um auxiliar, os profissionais têm tempo e liberdade para o desenvolvimento de outras ações além da diálise.</p>	<p>Rotinas e recomendações pautadas na prescrição terapêutica. Tensão entre a atenção biológica e holística. Ênfase em habilidades técnico-científicas.</p>	<p>Predomínio da atenção “biologicista”, com ênfase no atendimento de queixas clínicas e em tecnologia dura, sendo reflexo do modelo de formação. Atenção à saúde marcada por problemas estruturais, a exemplo da quantidade insuficiente de profissionais.</p> <p>Para um autor, há tempo e espaço para o desenvolvimento de ações para além do biológico e, para outro, a quantidade restrita de profissionais determina o privilégio do atendimento às necessidades biológicas.</p> <p>Reconhecimento de que algumas ações não estão na governabilidade dos profissionais.</p> <p>Atenção às necessidades sociais e psicológicas das pessoas e envolvimento da família no processo de cuidar.</p>

As sínteses dos textos nos remetem à identificação de marcas lingüísticas presentes no discurso dominante, que expressam a relação do contexto histórico, social e cultural determinante da práxis dos profissionais de saúde. Numa perspectiva institucional, há divergências entre autores quanto ao processo de trabalho da clínica, onde de um lado há problematização por parte de um autor de que quem determina o modelo de atenção é o profissional, ao afirmar que a *gente é livre (...) para fazer algo com eles, basta (...) ter vontade... Tem tempo demais para a gente conversar, orientar, brincar com eles. Agora quem quer só um emprego (...), punção o paciente e não se interessa de fazer outras coisas. Também a gente orienta para que eles procurem o direito deles frente à prefeitura para que eles tenham uma vida melhor.* (G3A12); enquanto outro autor assinala que uma grande dificuldade que há no sentido de suplantando o modelo centrado na Clínica Oficial é *que há poucos profissionais envolvidos, (...) sendo assim os profissionais priorizam o “atendimento” às necessidades mais imediatas: complicações, intercorrências (...) na prática contamos só com médicos e enfermeiros.*(G1A2).

Há uma compreensão entre os autores de considerar o espaço da clínica como integrante de uma rede de serviços que merecem maior articulação com os diversos setores sociais para assegurar o atendimento de necessidades estruturais das pessoas em terapia hemodialítica. Esta compreensão é congruente com a concepção de uma clínica que avança no sentido de se constituir um espaço para a promoção da saúde e que, portanto, necessita estar em rede (integrada) com os demais segmentos da saúde e da sociedade em geral, visando a atender a pessoa que busca atenção na clínica, considerando neste cenário a família.

Este contexto de clínica e de promoção da saúde está assentado no conceito de saúde como uma relação processual com a doença, para assim, compreender os limites da Clínica Oficial e as armadilhas que ela produz bem como a sua relação com políticas promotoras de saúde que compreenda a singularidade de cada sujeito sem abrir mão da ontologia das doenças e suas possibilidades (CUNHA, 2004; BUSS, 2003)

Os dados apresentados até agora ilustram nossa proposição inicial de que nesta clínica há evidências de que tradicionalmente o cuidado clínico tem sido efetivado de forma desagregada da promoção da saúde, como se fossem dois espaços distintos.

Passamos para a seção seguinte, inspirada nas palavras de Mattos (2005) ao referir-se que “imagem objetivo¹³” parte de um pensamento crítico que se recusa a reduzir a realidade ao que existe, que se indigna com algumas características deste e almeja formas de superação. Partindo desta compreensão, desvelamos nos textos dos autores suas intenções e desejos que se contrapõem à realidade objetiva do domínio das macroestruturas dos determinantes históricos da Clínica Oficial.

¹³ A expressão tem sido usada na área de planejamento para designar certa configuração de um sistema ou de uma situação que alguns atores na arena política consideram desejável. Diferencia-se de uma utopia pelo fato de que os atores que a sustentam julgam que tal configuração pode ser tornada real num horizonte temporal definido (MATTOS, 2005).

4.2 A clínica desejada: possibilidades e limites expressos pelos diferentes sujeitos sociais da clínica.

No texto dos autores há indícios do que estes sujeitos sociais da clínica querem construir a partir do que existe. Neste sentido, a imagem objetivo não constitui um projeto detalhado, ela expressa em enunciados as possibilidades de realidades futuras, a serem criadas (MATTOS, 2005). Esta seção tem essa intenção, ou seja, apresentar a imagem objetivo da clínica na concepção dos sujeitos sociais deste estudo expressa no Quadro 13 como o modelo desejado.....

QUADRO 13 TEXTOS DOS SUJEITOS SOCIAIS DA CLÍNICA ACERCA DO MODELO DESEJADO DE ATENÇÃO À SAÚDE

Núcleo de Sentido	Médicos Autores 1 e 2	Enfermeiros Autores 1, 2 e 3	Técnicos e Auxiliares de Enfermagem Autores 1 a 19	Síntese
<p>Modelo desejado de atenção à saúde</p>	<p>(...) abrir para outros profissionais, seria a primeira atitude (...) o terapeuta ocupacional, por exemplo, (...), alfabetizar essas pessoas, tentar oferecer uma oportunidade de profissionalização, esclarecer sobre a doença, tratamento. (G2A1)</p> <p>Aulas expositivas, reuniões para tirar dúvidas (...), palestras abertas a diversos profissionais (...). Estas ações só podem ser implementadas após construção de um grupo multiprofissional. (...) Os temas a serem abordados</p>	<p>Primeiro para eles terem educação no próprio corpo deles (...) alimentação (...) promover uma educação e um acompanhamento. (...) o ideal para mim seria se tivesse um vídeo para todo o dia ter um assunto diferente para eles ouvirem, verem e assimilarem mais, (...) também precisamos de pessoas para nos ajudar a alfabetizá-los (...).(G2A1)</p> <p>Orientações sobre a alimentação, sobre a vida deles em casa (...) É preciso ampliar o conhecimento dos pacientes sobre insuficiência renal, mostrar como funciona os rins, sobre o prognóstico de vida deles, sobre a dieta, as medicações. (...) por meio de palestras, fazer</p>	<p>(...) colocar a família desse paciente envolvida com o tratamento. Criar estratégias, mediante reuniões, de ter pessoas disponíveis para aquelas funções. (...) As ações de orientações devem permear rotineiramente (...) Os pacientes poderiam ser convocados para propor sugestões. (G3A1)</p> <p>Atividades que pensassem na dificuldade de transporte, muitos chegam atrasados a diálise não por culpa deles, mas por falta de transporte. (...) caminhar, por exemplo, seria um hábito saudável (...). Fiscalizar mesmo, assim, no controle hídrico (...), na alimentação (...) a frequência do tratamento. (G3A2)</p> <p>Se tivesse outro momento que não fosse o da diálise, tipo assim, quando a gente fazia aquele teatro, na época da educação em saúde, aí seria um momento de interação. (...) A sala de espera é um bom espaço, mas a gente não tem tempo para ficar ali. Eu acho que é uma ação educativa contínua ajudaria muito. (G3A3).</p> <p>É preciso dar mais atenção aos pacientes, eles precisam ser melhor escutados (...) Talvez algumas reuniões com eles e com os profissionais (...) Poderia utilizar alguns materiais tipo: Panfletos informativos, jornais... É preciso envolver outros profissionais e a família (...) Fazer teatro, com um pouco de humor, falando de uma maneira mais popular, fazer palestras. (G3A4) e (G3A5)</p> <p>(...) um estudo mais profundo para a gente ser mais orientado. (...) uma pessoa na sala de espera disponível só para sessão educativa, fazendo uma programação, fazer jornalzinho, teatrinho.. (G3A6).</p> <p>Um projeto desempenhado pela equipe toda, para envolver todos os profissionais da clínica, Se eu tivesse tempo, iria descobrir de cada paciente o que ele gosta de fazer, assim descobrir um tipo de arte, seria um entretenimento para eles passarem o tempo... (G3A7).</p> <p>Conversar, ter mais tempo (...) se tivesse uma pessoa só para isso dava certo (...).</p>	<p>Ações de informação e educação em saúde por meio de recursos audiovisuais, com ênfase na doença e tratamento sobre o prisma biológico.</p> <p>Necessidade de atuação de uma equipe multiprofissional.</p> <p>Fortalecimento da clínica com a rede de serviço de saúde e outros setores.</p> <p>Educação permanente dos profissionais de saúde.</p> <p>Acolhimento e melhoria na comunicação com as pessoas.</p> <p>Inclusão da família no processo de cuidado</p>

<p>Modelo desejado de atenção à saúde</p>	<p>devem surgir dos próprios pacientes, a partir das tais “reuniões abertas para tirar dúvidas”..., daí as dúvidas mais frequentes se tornariam temas. (G2A2)</p>	<p>um acompanhamento (...).(G2A2)</p> <p>Lá precisa muito de outros profissionais: psicólogo, nutricionista, assistente social. Mas, assim, eu acho no direito de ajudar, eu não vou dizer que o problema do paciente é do psicólogo e aí eu não vou fazer nada. (...)</p> <p>Outra coisa importante é ensinar mesmo os pacientes e seus familiares sobre a doença e o tratamento. (...).(G2A3)</p>	<p>Orientar sobre a dieta, medicação, evitar líquidos, controlar a pressão arterial. (G3A8), (G3A9) e (G3A19)</p> <p>(...) nos aniversários, eles ficariam mais felizes fazendo festinhas para eles, porque eles se acham inúteis e desprezados. Deve ser falado sobre o tratamento como funciona, o que eles devem fazer em casa (...) Também deve orientar mais sobre a dieta. (G3A10) e (G3A14)</p> <p>(...) O profissional deve sempre manter um diálogo, (...) para que eles não deixem de fazer outras atividades, não deixar de passear, viver sempre bem com a família, procurar outras maneiras de viver melhor. (...) quando o paciente chegasse para fazer o tratamento, ter orientação sobre o tratamento. (G3A11)</p> <p>Todo assunto deve ser abordado, principalmente sobre a doença (...) Era bom que tivesse acesso a fitas para mostrar para eles também vídeos, cartazes são muito importantes (...) ter uma enfermeira para a parte burocrática outra para o cuidado, essa enfermeira poderia fazer reuniões, palestras com as famílias, com os funcionários (G3A12)</p> <p>(...) partir do médico e do enfermeiro receber aquele paciente que estar iniciando e ter uma conversa mesmo, explicação do tratamento, se fosse possível mostrar a sala, apresentar aos outros pacientes. (...) depois que o paciente estivesse dialisando tivesse ali uma psicóloga, uma terapeuta, para desenvolver alguma atividade. (...) Aquela televisão, poderia passar um filme. (G3A13) (...) desenvolver alguma coisa pra passar o tempo. (G3A18)</p> <p>Começar apresentando o tratamento, o setor, eles têm que ter um tratamento que consigam adaptar ao dia-a-dia deles. (...) informar melhor os pacientes, não só informar, mas acompanhar. (G3A15)</p> <p>Ter um profissional ou um grupo que orientasse melhor o paciente, que eles fossem preparados para iniciar o tratamento. (...) Precisa melhorar a forma de falar, é preciso que o profissional que é um educador chegasse mais junto do paciente. Conscientização (...) (G3A16) e (G3A17)</p>	
--	---	---	--	--

No modelo desejado de atenção à saúde, a **imagem objetivo da clínica**, expressa pelos autores, aponta caminhos de superação do semblante da Clínica Oficial, ao indicar o olhar para a promoção de atitudes e determinantes estruturais que estão presentes na Clínica do Sujeito, como: atuação de uma equipe multiprofissional; fortalecimento da clínica com a rede de serviço de saúde e outros setores (intersectorialidade); ampliação das ações desenvolvidas com inclusão de estratégias de informação e educação em saúde; inclusão da família no processo de cuidar da pessoa com IRC; Acolhimento dos profissionais de saúde com as pessoas portadoras de IRC e seus familiares; e educação permanente para os profissionais da clínica.

É evidente nos textos a similaridade no que diz respeito à necessidade de ampliação quantitativa da equipe de profissionais. O fato de o *locus* deste estudo não dispor de uma equipe multiprofissional ampliada é referido pelos sujeitos sociais deste estudo como fator impeditivo para a Clínica do Sujeito. O discurso afirmativo que *abrir para outros profissionais seria a primeira atitude* para realização de atividades além da atenção aos sinais e sintomas revela bem esta interpretação, ao mesmo tempo em que revela um discurso oculto: as ações são importantes, porém é competência de outro profissional.

Embora a idéia de equipe multiprofissional no texto represente uma distribuição de tarefa no modelo de organização de trabalho presente no sistema capitalista, entendemos que há no sentido do desejo dos profissionais, ao reportarmos no todo do texto, a idéia de uma equipe multiprofissional integrada, compondo redes de compromisso e co-responsabilidade, conforme ilustra o texto: *É preciso dar mais atenção aos pacientes, eles precisam ser melhor escutados (...) Talvez algumas reuniões com eles e com os profissionais.*

Na multidisciplinaridade, os saberes são mantidos isolados uns dos outros (VEIGA NETO, 1999). Esta identidade não foi percebida por nós nos textos dos autores, sujeitos sociais da clínica. Pelo exposto anteriormente, o desejo dos autores de uma equipe multiprofissional integrada se aproxima da pluridisciplinaridade, situação em que, embora os saberes ainda estejam separados um dos outros, eles conversam entre si (VEIGA NETO, 1999).

Neste sentido, a imagem objetivo de clínica expressa pelos sujeitos sociais reconhece como necessária uma ação multiprofissional que considera a integração de saberes e práticas dos diversos profissionais para uma atenção que atenda as necessidades das pessoas portadoras de IRC em terapia hemodialítica e seus familiares. Desta forma, almejam suplantar a fragmentação, sem cair em obscurantismo simplista (CAMPOS, 2003).

Nesta procura, a clínica deverá estar integrada à rede de serviço de saúde e outros setores. Para Feuerwerker e Marsiglia (1996), o entendimento de que o processo saúde-doença não está restrito à dimensão biológica torna necessário o desenvolvimento de ações integrais e intersetoriais em saúde. Integralidade, conforme explorada na sessão anterior (p.97) se refere tanto a integralidade do ser quanto a integralidade entre os níveis de atenção à saúde; enquanto que intersetorialidade é aqui entendida a partir da concepção de Junqueira et al. (1997:26) como: “articulação de saberes e experiências no planejamento, a realização e a avaliação de ações, com o objetivo de alcançar resultados integrados em situações complexas, visando a um efeito sinérgico no desenvolvimento social”.

A Política Nacional de Promoção da Saúde, (2005a:7), entre outros objetivos, almeja *estimular e contribuir na elaboração de políticas, estratégias e ações integradas e intersetoriais que ampliem o acesso aos modos de viver mais favoráveis à saúde e à qualidade de vida* ao mesmo tempo em que pretende *superar a fragmentação das ações e aumentar a efetividade e eficiência das políticas específicas do setor sanitário mediante o fortalecimento da promoção da saúde como eixo integrador das agendas dos serviços de saúde e a formulação de políticas públicas saudáveis*.

No contexto deste estudo, os textos dos autores sobre Educação em Saúde como estratégia para a promoção da saúde estão presentes no desenvolvimento de ações educativas que visam a aprendizagem por condicionamento e que valorizam o uso de recursos didático-pedagógicos, situando a Educação em Saúde em um conceito limitado para indução de condutas normativas de cuidado do corpo consideradas inadequadas pelos profissionais; embora haja indícios nos textos de estímulo à participação das pessoas em terapia hemodialítica, ao sugerir que os *temas a serem abordados devem surgir dos próprios pacientes*.

Não desconhecemos o fato de que a ampliação de conhecimentos sobre a doença e cuidado do corpo seja importante para maior autonomia e participação das pessoas em seu processo de cuidar, mas entendemos que esta ação educativa seja numa perspectiva problematizadora com apreensão e compreensão por parte das pessoas portadoras de IRC dos discursos e linguagens que se aproximem ao diálogo com os profissionais. Para Campos (1997), qualquer ação que contribua para aumentar a capacidade de autonomia das pessoas no sentido de melhorar o entendimento sobre seu corpo, sua doença, suas relações com o meio social, deve ser considerada parte fundamental de qualquer processo terapêutico. Acrescenta o autor que a consequência desta ação deva ser a capacidade de cada um instituir normas que lhe ampliem as possibilidades de sobrevivência e de qualidade de vida.

Para Vieira (1998), a Educação em Saúde envolve capacitação e apoio, processo, aprendizagem, autonomia e responsabilidade, constituindo-se numa ação crítica e transformadora. Portanto, é mais do que uma maneira de fazer as pessoas mudarem comportamentos prejudiciais à sua saúde ou um momento de transmissão de conhecimentos, mas um espaço de negociação (KOHLRAUSCH e ROSA, 1999). Para Oliveira (2000), falar em Educação em Saúde requer uma compreensão de conexão do particular com o global, refletindo articuladamente as relações dos indivíduos consigo mesmo e com a macro conjuntura.

Educação em Saúde é, pois, uma atividade-meio para a promoção da saúde intimamente ligada a condições estruturais que contempla o exercício de ações individuais, como atitude política e ética de tomada de decisão sobre atitudes e decisões. Neste sentido, Tones (1998) assinala que Educação em Saúde é uma prática intencional e planejada, na qual o indivíduo possa ter domínio sobre o seu corpo e seu entorno para estar apto a pensar e fazer saúde, influenciar ou esclarecer valores e re-estruturar crenças ou atitudes, visando à aquisição de habilidades e mudanças no comportamento ou estilo de vida.

Ainda é destaque na imagem objetivo de clínica desvelada pelos sujeitos sociais deste estudo a inclusão da família no processo de cuidar da pessoa com IRC.

A família, ao longo da história, vem se mantendo como instituição social permanente, situação que pode ser explicada por sua capacidade de mudança/adaptação,

resistência e pela valorização a ela atribuída pela sociedade. No Brasil, os programas de inserção da família nos cenários das políticas públicas de saúde ganham impulso a partir da década de 1980 (RIBEIRO, 2004).

Assim, a história da inserção da família nas políticas públicas de saúde no Brasil se confunde com as demais iniciativas de reorganização do sistema de saúde brasileiro, na busca de suplantação do modelo biológico e individualizado. Nesta busca, a família deve ser fortemente valorizada no espaço de cuidado. Em estudo anterior, defendemos a idéia da inserção familiar da pessoa com IRC no cuidado a partir da compreensão de que as tomadas de decisões relativas ao estilo de vida estão intimamente ligadas à qualidade das relações familiares que podem ser potencializadas como alianças no processo saúde-doença-cuidado da pessoa com IRC (DIAS e VIEIRA, 2002).

No texto dos sujeitos sociais da clínica, está presente a necessidade de promover melhor acolhimento dos profissionais às pessoas portadoras de IRC e seus membros familiares.

Acolher significa: “dar crédito a; dar ouvidos a; tomar em consideração”. Acolher também significa dar refúgio, dar abrigo, dar agasalho, tornando a grande questão do acolhimento, a convivência. É, pois, encontrar formas de lidar com as diferenças. Na óptica do sistema de saúde, o acolhimento pode significar a facilitação do acesso da população aos serviços de saúde e o oferecimento de uma atenção adequada pautado na resolubilidade dos problemas apresentados (SÃO PAULO, 2002).

Finalmente, os autores propõem a Educação permanente como dispositivo para a qualificação das ações dos profissionais de saúde da clínica dialítica. Para Ceccim (2005: 163), a velocidade em que os conhecimentos e saberes tecnológicos se renovam na área da saúde, dentre outros determinantes, faz com que se torne complexa a atualização permanente dos trabalhadores da saúde; situação que aponta para a necessidade *de desenvolvimento de recursos tecnológicos de operação do trabalho perfilados pela noção de aprender a aprender, de trabalhar em equipe, de construir cotidianos eles mesmos como objeto de aprendizagem individual, coletiva e institucional.*

Para produzir tais mudanças no semblante da clínica dialítica, não se dispensam as ações da Clínica Oficial, atenção aos sinais e sintomas. Ao contrário, defendemos a exemplo de Campos (1997), uma prática Clínica de Sujeitos onde os indivíduos tenham relações mais produtivas com a doença, com a prevenção, com os profissionais, com os dispositivos tecnológicos e com as instituições de saúde. E que, ao incorporar a compreensão de outras dimensões e o contexto em que as pessoas se inserem, poderá contribuir na construção de uma proposta terapêutica mais potente, realista, comprometida, interessada em resolver e em ser efetiva (FEUERWERKER, 2002).

Neste processo de re-significação da práxis dos profissionais, é fundamental que tenhamos competências para dialogar com as práticas e concepções vigentes, que sejamos capazes de problematizá-las e de elaborar novos pactos de convivência e práticas que aproximem a clínica das diretrizes da promoção da saúde; ou seja, incorporando no espaço da clínica de diálise: integralidade, equidade, responsabilidade sanitária, mobilização sanitária e participação social, intersetorialidade, informação, educação e comunicação em saúde e sustentabilidade. (BRASIL, 2005a). Desta forma entendendo a clínica como espaço de cuidado inserido no cenário da promoção da saúde e esta integrando ações de atenção de média e alta complexidade.

A seção seguinte explora o processo de comunicação na clínica, apontando para as potencialidades e limites de participação das pessoas em seu processo de saúde-doença-cuidado.

4.3 A comunicação na clínica dialítica: potencialidades e limites de participação da pessoa com IRC

Nesta fase de análise, destacamos a comunicação e participação na perspectiva dos profissionais de saúde da clínica dialítica por considerá-las como componentes essenciais das diretrizes da promoção da saúde e, para este estudo, como categorias de identificação para a Clínica do Sujeito.

Comunicação e participação, guardando as distinções semânticas, aqui podem ser entendidas na perspectiva de compreender como as relações entre os sujeitos sociais da clínica dialítica, profissionais de saúde e as pessoas portadoras de IRC, podem potencializar ou limitar a participação destas últimas no processo saúde-doença-cuidado.

Dando prosseguimento no processo de análise dos textos, os Quadros 14 e 15 elucidam como ocorre a comunicação na clínica da diálise e como os autores dos textos concebem a participação das pessoas em terapia hemodialítica.

QUADRO 14 TEXTOS DOS SUJEITOS SOCIAIS SOBRE A COMUNICAÇÃO NA CLÍNICA DE DIÁLISE

Núcleo de sentido	Médicos	Enfermeiros	Técnicos e Auxiliares de Enfermagem	Síntese
	Sujeitos 1 e 2	Sujeitos 1, 2 e 3	Sujeitos 1 a 19	
Comunicação na clínica de diálise	<p>As queixas mais importantes são aquelas que não são ditas aos profissionais, do semi-abandono emocional (...). A estratégia para isso seria diminuir a distância (...) com muita dificuldade, eu estabeleci agora uma maneira de me comunicar (...), nós efetivamos uma consulta mensal, (...) independente de como eles estejam: Estou me apegando a uma coisa fria, (<i>os exames</i>) (...), para que nesse momento a gente possa entrar em algo mais abstrato, como é que está a sua vida? Porque ele não tem muita oportunidade de conversar sobre</p>	<p>(...) a gente tem que dar mais atenção para eles (...) valorizar (...) as perguntas e as queixas (...). Eu como enfermeira paro para ouvi-los e encaminho a quem de direito: psicólogo, nutricionista, médico, etc. (G2A1).</p> <p>Sem a comunicação nós não poderíamos fazer as orientações. Perguntar (...) como está sendo o dia-a-dia deles, quais as dificuldades que enfrentam. (...) Os pacientes, às vezes, não encontram tempo nos profissionais para ouvi-los adequadamente. (...) Talvez precisássemos melhorar a relação da equipe como um todo (G2A2).</p> <p>(...) quando notamos um comportamento</p>	<p>A gente conversa de modo bem claro (...). Para que ele lhe entenda, para que ele lhe ouça, você deve tentar compreendê-lo, (...) buscando interagir. (...) Comunicação é uma relação de confiança, de diálogo. Há uma troca de mensagem. (...) Mas, isso ocorre com mais frequência com os auxiliares e técnicos devido a proximidade que temos com o cliente (G3A1).</p> <p>(...) Acho que a relação depende muito de cada paciente e de cada auxiliar, quando se sentem seguros e confiantes, relatam tudo que ocorre entre eles (G3A2).</p> <p>(...) a gente (...) tenta orientar dentro do nosso conhecimento, mas nem sempre isso é possível de fazer porque o tempo passa (G3A3).</p> <p>No (...) tratamento, a gente vai conversando com eles, vai passando o tempo (...), eles sentem até menos sintomas, a gente passa a conhecer mais eles. (...) um bom relacionamento faz parte do tratamento. (G3A4)</p> <p>São vários pacientes, tem que ter muita cabeça para ter diálogo com cada um de forma diferente, (...) a gente precisa conhecer a algum tempo o paciente (G3A5).</p> <p>A relação (...) eu concordo que seja importante, mas desde que tenha um limite, (...) o paciente no lugar dele lá e eu no meu aqui como auxiliar para não confundir (...) (G3A6)</p> <p>(...) é um tratamento de rotina, (...) aí se a pessoa passar mais confiança para o paciente, ele irá se sentir mais confiante (...) Acontece, às vezes, que o próprio portador tem medo de expressar seus sentimentos para os profissionais (G3A7).</p> <p>(...) se a gente tem um bom relacionamento, no dia-a-dia a gente vai conversando (G3A8).</p> <p>Eu acho que uma boa relação ajuda no tratamento para dar mais segurança (...) Tem uns que são mais difíceis da gente se relacionar,</p>	<p>Comunicação estabelecida na relação queixa-conduta e encaminhamento;</p> <p>A comunicação para ser efetiva depende de três fatores: linguagem adequada por parte do profissional, compreensão das dificuldades e afetividade.</p> <p>Compreensão do paciente enquanto pessoa que deve ser sujeito de seu processo;</p> <p>Comunicação entendida como orientação;</p> <p>Necessidade de melhorar a relação entre os membros da equipe, entre estes e as pessoas que dialisam e seus familiares.</p> <p>Um bom relacionamento entre profissionais e pacientes propicia mais confiança e segurança nos pacientes.</p>

<p>Comunicação na clínica de diálise</p>	<p>isso. Com o colega é uma comunicação conspiratória, é sempre reivindicatória, (...) para a família (...) vai sempre ser um fardo a mais, então essa comunicação tem que ser com um profissional (G1A1).</p> <p>A comunicação para ser efetiva depende de uma "igualdade" de condições entre as duas partes. É preciso por parte do profissional linguagem adequada, compreensão das dificuldades que envolvem o paciente doente (debilidade física, insegurança, interferência familiar), e afetividade. (...) Em vivência no dia-a-dia a complexidade é efetuar este tipo de comunicação (G1A2).</p>	<p>diferente como: angústia, medo, procuramos saber o motivo.</p> <p>(...) É sobre isso que a gente mais conversa com os pacientes, dizendo quais são os riscos que podem acarretar para a saúde deles, falamos o peso ideal, mostramos exemplo de colegas deles que não aderiram bem e se deram mal (G2A3).</p>	<p>(...) não aceitam bem a doença (G3A9).</p> <p>A gente os ajuda conversando sobre a vida pessoal, sobre a diálise (...) eu sempre chego brincando, contando piada, e às vezes eu estou com algum problema e eles percebem e vem me perguntar (...) Mas, muitas vezes nós não temos muito tempo para ouvir (G3A10).</p> <p>É importante (...) tanto para o paciente como para o familiar e o profissional. (...) Eu acho que deve ser ali, na hora do tratamento, e que também não se deve ter muita intimidade entre profissional e o paciente (G3A11).</p> <p>(...) é preciso se relacionar muito bem com eles até mesmo para a aceitação do tratamento (G3A12).</p> <p>A gente conhece o paciente (...) orientação (...) é que ele em casa procure ser mais comunicativo com a família (G3A13).</p> <p>(...) Então você precisa ter um relacionamento estreito para eles ganharem confiança em você. E aí é importante também envolver a família (G3A14).</p> <p>(...) como todo relacionamento tem seus problemas. (...) algumas auxiliares preferem ficar cuidando de outros, do mesmo jeito que têm alguns pacientes que rejeitam alguns auxiliares; mas na hora da necessidade todo mundo trabalha unido, não tem distinção de auxiliar e nem de paciente (G3A15).</p> <p>(...) é preciso melhorar o relacionamento, ouvir os pacientes. Às vezes, ouvir mesmo as críticas, eles que sentem o resultado daquilo que nós fazemos, então eles precisam ser escutado (G3A16).</p> <p>Sem uma boa relação (...) seria impossível realizar o trabalho de maneira adequada (...) O que acontece é que não temos muito tempo para relacionarmos melhor, (G3A17).</p> <p>É muito importante, porque muitas vezes o paciente chega assim deprimido, passando mal, e você conversa com o paciente e questão de minutos, ele já está bem. (...) ele tem uma aceitação melhor (G3A18) e (G3A19)</p>	<p>Alguns pacientes não sentem confiança nos profissionais para expressar seus sentimentos.</p> <p>O tempo é fator limitante para uma relação mais efetiva. A diversidade de pacientes, exige dos profissionais posturas distintas.</p> <p>Evitar envolvimento pessoal para não comprometer a relação, a qual deve ser profissional.</p> <p>Preferências de profissionais por alguns pacientes e vice-versa.</p> <p>Num relacionamento é preciso aceitar as opiniões diferentes.</p>
---	---	--	---	--

A comunicação na clínica dialítica foi apresentada por alguns dos sujeitos sociais do estudo como sendo: uma relação de queixa-conduta e encaminhamento, orientação, repasse de informação do profissional para as pessoas portadoras de IRC. Percebemos nos textos destes sujeitos uma hipervalorização do uso na comunicação do saber técnico-científico dos profissionais em detrimento do conhecimento das pessoas que buscam a atenção, desconhecendo, na maioria das vezes, suas crenças e valores. Para Chiesa e Veríssimo (2001), a interação comunicativa entre profissionais e pacientes é prejudicada, em parte, em decorrência das diferenças social e cultural, particularmente dos profissionais universitários e alguns segmentos da população, caracterizando-se uma prática a partir de ordens. Essa compreensão foi elucidada nos textos dos próprios sujeitos sociais da clínica, ao mencionarem, por exemplo, que as pessoas e componentes familiares tendem a compreender melhor as orientações quando verbalizadas pelos auxiliares de enfermagem.

Dessa forma, a barreira lingüística tende a fortalecer a hierarquização dos profissionais sobre as pessoas em terapias dialíticas, contribuindo para que estas não se sintam aptas a desenvolverem seu cuidado, apesar da intencionalidade expressa pelos profissionais de suplantação dos códigos lingüísticos.

Seguramente, estes aspectos identificados nos textos impõem desafios para a concretização de um processo de comunicação efetiva. Para Pinheiro (2005), a gênese dessa problemática reside no fato de as relações pessoais serem pouco valorizadas nas ações de saúde, seja como recurso terapêutico, seja como elemento de interseção nas relações entre usuário/profissional, usuário/serviço e profissional e serviço. O estudo de Canesqui (1992), entretanto, revela que as relações entre usuários e profissionais são bastante valorizadas pelos primeiros, sendo, inclusive, apontado como potente indicador de qualidade, situação que difere da visão dos profissionais de saúde.

Diferentemente, os sujeitos sociais deste estudo reconhecem como importante um processo de comunicação efetivo, e indicam a necessidade de melhorar o processo de comunicação entre os membros da equipe, entre estes e as pessoas que dialisam e seus membros familiares. Argumentam que, para ser efetiva, a relação depende dos seguintes fatores: linguagem adequada, compreensão das dificuldades dos pacientes, afetividade e respeito às diferenças. Neste cenário sobre comunicação, o

paciente passa a ser visto como pessoa que deve ser sujeito de seu processo. Apontam como desafio o estabelecimento de confiança entre profissionais e pessoas portadoras de IRC. Recomendam um não-envolvimento particular e vêem o tempo no espaço da clínica dialítica como fator limitante para uma relação comunicativa efetiva.

A comunicação é indispensável para a atenção à saúde das pessoas. Chiesa e Veríssimo (2001), ao reconhecerem esta necessidade, afirmam que a tecnologia das relações é uma das mais complexas, pois sozinha abrange conhecimentos, habilidades e atitudes. Assim, o profissional deve se envolver na interação pessoa a pessoa e ter o compromisso de utilizar a comunicação como instrumento terapêutico.

A Sociedade Brasileira de Nefrologia também reconhece, por meio de suas diretrizes, a relação entre 'paciente' e profissionais da equipe de saúde como um aspecto de real relevância, muito embora visualize como produto desta relação a adesão do 'paciente' ao tratamento. Apontam ainda que a sensibilidade do médico, o tempo dispensado ao atendimento e o cuidado em relação aos aspectos psicossociais dos pacientes merecem atenção (SBN,2003).

Para Nunes (1999) quando o profissional se relaciona com o paciente, primeiro ele deve ouvir o que o paciente fala, em segundo lugar o que ele não deseja falar e em terceiro lugar o que ele não pode falar. Ele não deseja tencionar assuntos que são vergonhosos ou dolorosos; não pode falar aspectos subjetivos desconhecidos para ele. O exposto exprime a idéia de que a relação profissional de saúde e pessoas que buscam a atenção envolve aspectos da subjetividade e afetividade para além da objetividade queixa-conduta e repasse de informação; situação sentida e referida pelos sujeitos sociais da clínica, ao mencionarem a afetividade, o respeito às diferenças (subjetividade) para uma relação efetiva.

A relação de modo humanizado entre profissionais de saúde e pessoas que buscam atenção à saúde deve expressar o trabalho vivo em ato, sendo considerado por Merhy (1997) como um trabalho criador, no qual se efetiva como processos de produção de relações intercessoras estabelecidas no encontro entre aqueles. Neste encontro, transpõem-se os saberes tecnológicos estruturados e incorporam-se o acolhimento e o vínculo.

A comunicação como recurso terapêutico para identificar e lidar com inseguranças e resistências depende do desenvolvimento de habilidades de escuta, de observação, diálogo - pergunta e resposta - sendo portanto, algo construído processualmente (CHIESA E VERÍSSIMO, 2001). Nos processos comunicativos, torna-se necessário o conhecimento do contexto histórico-social e cultural das pessoas envolvidas, no qual o uso de *linguagem adequada por parte do profissional* bem como a *compreensão das dificuldades dos pacientes* estejam presentes.

Após compreendermos a comunicação na clínica dialítica, percorreremos a análise dos textos na perspectiva dos sujeitos sociais deste estudo sobre a participação das pessoas portadoras de IRC no seu processo saúde-adoecimento-cuidado.

QUADRO 15 TEXTOS DOS SUJEITOS SOCIAIS DA CLÍNICA ACERCA DA PARTICIPAÇÃO DAS PESSOAS PORTADORAS DE IRC EM SEU PROCESSO SAÚDE-ADOCIMENTO-CUIDADO

Núcleo de sentido	Médicos	Enfermeiros	Técnicos e Auxiliares de Enfermagem	Síntese
	Sujeitos 1 e 2	Sujeitos 1, 2 e 3	Sujeitos 1 a 19	
Participação	<p>Não são participativos por desconhecem a gênese de sua doença e por falta de estímulo da equipe para mudanças nos hábitos de vida (saudáveis) para melhoria, diminuição da mortalidade (G1A1)</p> <p>Socialmente, são pessoas sem “experiência” de participação. Acho que esta falta de participação tem a ver com o nível social de nossa clientela (G1A2).</p>	<p>Eles não procuram se cuidar, eles só querem que a gente cuide deles, (...) eles têm que se ajudar, tem que tomar a medicação, tem que vir para as sessões de hemodíalise. nós só damos o reforço, a ajuda. (...) não participam, só fazem reclamações e são poucos esclarecidos (G2A1).</p> <p>A participação é muita pequena, (...) não conhecem (...) bem a doença e qual o papel deles, aí acabam achando que o tratamento é de responsabilidade só do profissional (G2A2).</p> <p>Poucos se interessam em aprender mais sobre sua doença e</p>	<p>Não cumprem com a dieta, não seguem a medicação (...) e faltam ao tratamento dialítico no dia em que eles acham de menos risco que é o meio da semana (G3A1).</p> <p>Alguns participam, (...) perguntam, (...) reagem, são conscientes do que é melhor para o seu bem-estar. Mas outros não...(G3A2).</p> <p>A participação deles depende também dos profissionais, muitas vezes eles têm medo de contar seus problemas para o médico, mas para os enfermeiros e auxiliares eles contam. Muitos sabem que a melhora do tratamento depende muito de cada um dele (G3A3).</p> <p>A maioria não é participativa, são pacientes que costumam dizer que querem aproveitar a vida (G3A4).</p> <p>Os pacientes não gostam de dar informações sobre eles. Os profissionais é que percebem alterações e indagam (G3A5).</p> <p>Os mesmos, muitas vezes, não aceitam, não querem ser participativos (G3A6).</p> <p>Não participam mesmo, são pessoas (...) difíceis de conscientizarem, no que diz respeito às melhorias de suas próprias vidas (G3A7).</p> <p>Alguns demonstram interesse e ajudam na melhoria do andamento do tratamento (G3A8).</p> <p>Não há estímulo para que eles sejam participativos, eles não</p>	<p>Pessoas portadoras de IRC pouco participativas por falta de conhecimento, estímulo, falta de experiência e baixo nível sócio-econômico.</p> <p>Participação via delegação do cuidado para o profissional.</p> <p>São evidências de participação: interesse em conhecer o tratamento, seguimento a terapêutica indicada.</p> <p>Fatores que contribuem para pouca participação: falta de estímulo por parte dos profissionais; falta de segurança nos profissionais; transferência do cuidado para os profissionais; restrição nos estilos de vida; pouca relação de confiança com os profissionais.</p>

<p>Participação</p>		<p>tratamento. Eles participam de modo muito tímido, só, às vezes, é que perguntam, (...) acho que isso é deles mesmo, nós não somos culpados (G2A3)</p>	<p>vêm espaço (G3A9).</p> <p>Não participam, muitos não levam a sério o tratamento (G3A10).</p> <p>Não participam, apenas reclamam. Talvez porque não encontram este espaço ou por não ter segurança nos profissionais (G3A11).</p> <p>Acho que os pacientes são bastante participativos porque eles são receptivos as orientações (G3A12).</p> <p>São participativos porque as faltas em diálise são poucas. Eu sei que nem todos seguem a dieta, mas é porque é difícil mesmo e além de que as condições financeiras, da maioria, são precárias, dificultando a adesão (G3A13).</p> <p>Eles não participam principalmente em relação ao controle do peso, eles acham que é função da máquina (...) é porque sabem os malefícios que o excesso de peso origina (G3A14).</p> <p>Eles têm interesse em saber o porquê das coisas (...) alguns não são participativos porque realmente não querem, querem viver de qualquer jeito (G3A15).</p> <p>Eles participam sim. É um tipo de tratamento que requer muito (...) Então a primeira atitude se o paciente não quer participar é não aceitar fazer o tratamento (G3A16).</p> <p>Uma boa parte participa bem do tratamento (G3A17).</p> <p>É preciso que eles contribuam para a saúde dele nos pequenos gestos (...). Agora se eles nem isso fazem (...) Aí não valorizam o remédio, a orientação sobre a dieta e nem a própria diálise. Alguns acreditam que a diálise faz 100% do que o rim parado não faz e não segue os cuidados (G3A18).</p> <p>São participativos, embora não façam tudo que a gente orienta. (G3A19).</p>	
----------------------------	--	--	---	--

A participação da pessoa com IRC no processo saúde-doença cuidado, na visão dos sujeitos sociais da clínica, está diretamente relacionada a seguimento à tríade terapêutica (terapia dialítica, dietoterapia e farmacoterapia) e à manifestação de interesse em conhecer a doença e tratamento.

Participação, neste sentido, revela persuasão para seguir o procedimento terapêutico estabelecido com evidências de práticas autoritárias que reforçam o poder do profissional sobre o “paciente”. Esta concepção contrapõe-se à participação aqui expressa como objetivo de promover a aquisição de um senso de controle (capacidade para decidir e agir) das pessoas sobre a sua vida, neste caso em particular, nas experiências do processo saúde-doença.

As pessoas portadoras de IRC em terapia dialítica, na maioria, foram consideradas como não participativas no seu processo saúde-doença-cuidado. As razões elencadas pelos sujeitos sociais do estudo para esta atitude de não-participação foram: delegação do cuidado para os profissionais de saúde, falta de estímulo por parte dos profissionais para que este processo de participação ocorra; não se sentem seguros e com a devida confiança de manifestar-se aos profissionais; dificuldade de enfrentar as restrições no estilo de vida; falta de conhecimento sobre a doença e tratamento, falta de experiências em processos participativos e baixo nível socioeconômico.

Isso é deles mesmo, nós não somos culpados. Este texto ilustra com fidedignidade a atitude dos profissionais de saúde quando se posicionam em ações de cuidado fora da Clínica Oficial.

Para Cunha (2004), é importante que busquemos produzir co-responsabilidade nas pessoas e não culpa. A culpa anestesia, humilha, pode originar resistência. Tal postura profissional pode revelar, segundo o autor, um modo inconsciente de o profissional lidar com as limitações da terapêutica instituída e, desta forma, transfere o ônus de um possível insucesso para a pessoa, excluindo-se do processo (tua culpa, minha salvação?)

Para Sales (2004), participar é ter poder de definir sobre os fins e os meios, e acrescenta que a participação pode ser melhor traduzida como uma estratégia/pedagogia de aprender a ter poder. Neste sentido, acrescenta o autor,

participar é ir definindo permanentemente os fins e os meios das práticas que estejam sendo desenvolvidas. Assim, dizer que participação é o poder de definir fins e meios é *dizer que a colaboração limitada só ao nível da implementação de objetivos que alguém, (...), definiu como sendo bom e adequado para determinados grupos em determinadas situações, em vez de uma estratégia de participação, se torna em mais um instrumento de negação.*

Os sujeitos sociais da clínica revelam nas suas condutas que a comunicação e participação na clínica dialítica é limitada. Neste contexto, as pessoas portadoras de IRC possuem poucas possibilidades de exercer autonomia no seu cuidado. Para De Negri Filho (2004), autonomia constitui-se na possibilidade de a pessoa suprir seu próprio desejo e necessidades por meios próprios ou por meios disponibilizados socialmente. Autonomia é poder, seja físico, psíquico, mental, social ou econômico. No campo específico da saúde, acrescenta o autor, a autonomia se expressa em situações como o direito de dizer não para a terapia intensiva, por exemplo, ou o de estabelecer o que é aceitável como terapia, considerando a possibilidade de preservação de qualidade de vida. Acrescenta ainda que o conceito de autonomia é um conceito-chave para a estratégia promocional da qualidade de vida.

Diante desta discussão, apresentaremos na seção seguinte a concepção dos profissionais de saúde sobre promoção da saúde, partindo da premissa de que a comunicação efetiva entre profissionais de saúde e pessoas portadoras de IRC e a participação destes últimos no processo saúde-adoecimento-cuidado é determinante para a transformação da Clínica Oficial para a Clínica do Sujeito, ou seja, uma clínica promotora da saúde.

4.4 Concepções dos sujeitos sociais da clínica dialítica sobre promoção da saúde

A saúde em seu conceito ampliado, definido como resultado dos modos de organização social da produção, no contexto histórico de uma sociedade e como direito fundamental para a vida e garantia da cidadania, exige a formulação e implementação de políticas públicas que invistam na melhoria da qualidade de vida dos sujeitos (BRASIL, 2005b).

Atualmente, o MS do Brasil colocou em rediscussão a Política Nacional de Promoção da Saúde, a qual esta referenciada neste conceito ampliado de saúde. Tal política tem como propósito específico:

(...) contribuir para a mudança do modelo de atenção do sistema – hegemonicamente baseado no conhecimento biológico, no parque tecnológico médico e na atenção individualizada e fragmentária - de maneira a reduzir os padrões de vulnerabilidade e riscos às doenças e agravos à saúde (BRASIL, 2005a:03)

Nessa direção, entendemos que a concepção que os profissionais de saúde apresentam acerca de promoção da saúde pode contribuir para maior ou menor alcance deste propósito. Portanto, passaremos a examinar as concepções dos autores (sujeitos sociais deste estudo) acerca da promoção da saúde e sua relação com a clínica, mais particularmente, a clínica de diálise.

QUADRO 16 – TEXTOS DOS SUJEITOS SOCIAIS DA CLÍNICA DE DIÁLISE ACERCA DE PROMOÇÃO DA SAÚDE

Núcleo de sentido	Médicos	Enfermeiros	Técnicos e Auxiliares de Enfermagem	Síntese
	Autores	Autores 1, 2 e 3	Autores 1 a 19	
Promoção da saúde	<p>É o bem estar biológico, psíquico e de total integração da sociedade, sem limitações pela doença (G1A1).</p> <p>“Terapia dialítica adequada” como meio de promoção da saúde(G 1A2).</p>	<p>Promover qualidade de vida para os pacientes (G2A1).</p> <p>É a gente procurar fazer o melhor para o paciente ter uma participação maior (G2A2).</p> <p>É manter a pessoa no bem-estar físico, social e mental (G2A3).</p>	<p>É promover bem-estar, uma melhor qualidade de vida, de saúde. Dentro de um hospital, atender bem, melhorar o serviço, deixar em melhores condições (G3A1).</p> <p>Não dar tanta importância só à doença, dar importância também a pessoa que não está doente, para que ele não venha a ficar doente, (...) tipo assim economiza mais o sistema (G3A2).</p> <p>Falar certo, diante desse certo, ter uma melhor qualidade de vida (...) (falar certo): Dizer a verdade, e aí eles decidem se querem seguir ou não se cuidar (G3A3).</p> <p>É promover reuniões e através das reuniões desenvolver ações para que a pessoa coloque em prática o que aprendeu (G3A4).</p> <p>Fazer com que as pessoas que estão ao seu redor estejam tão bem quanto você esteja.. No caso da clínica de diálise tentar prolongar o máximo a vida deles (...) melhorar pelo menos a qualidade de vida deles através da dieta, restrição de líquido (G3A5).</p> <p>Procurar melhorar de vida... aí entra tudo: não ter doença, ter condições financeiras (G3A6).</p> <p>Depende de um acompanhamento mais de perto a saúde dos pacientes (G3A7).</p>	<p>É o bem estar biológico, psíquico e de total integração da sociedade, sem limitações pela doença.</p> <p>Promove-se saúde por meio de “terapia dialítica adequada”</p> <p>Melhorar a qualidade de vida, é a busca do bem-estar integral e deve-se ampliar a participação, não dando tanto importância a doença, mas a pessoa que não está doente, isso proporciona economia.</p> <p>É desenvolver reuniões para que as pessoas coloquem em prática o que aprenderam; é falar com o paciente de modo que ele entenda e decida se quer seguir os cuidados ou não; é ter medicação e ser bem orientado. Qualificar os profissionais. É preciso que o profissional seja competente e amigo.</p> <p>A promoção da saúde depende do acompanhamento de perto de cada paciente. É ter uma equipe de técnicos da saúde.</p> <p>No hospital é atender bem e</p>

<p>Promoção da saúde</p>			<p>É ter medicação e (...) orientação de como eles terem um estilo de vida bem melhor. (...) Oferecer um atendimento melhor. (G3A8) e (G3A15).</p> <p>(...) Qualificar mais os profissionais. Seria dar um tratamento melhor para o paciente (G3A9) e (G3A11).</p> <p>Ter uma equipe de técnicos da saúde, que iriam verificar a pressão, glicemia como na saúde pública (G3A10).</p> <p>A gente tem que se dedicar mais (...) se colocando no lugar deles (G3A12).</p> <p>Aquilo que os profissionais têm a oferecer as pessoas para melhorar a saúde. No centro de diálise (...) todo mundo trabalhar em harmonia (G3A13) e (G3A19).</p> <p>Não ser só a saúde do corpo, mas ser a saúde do corpo e da mente. Lá na diálise tem estrutura, mas falta (...) qualificação principalmente para os auxiliares novos. Para que nossas ações sejam positivas, assim, que olhem o paciente além da doença, os profissionais têm que acreditarem nisso (G3A14).</p> <p>Uma melhor qualidade de vida (...). No caso dos pacientes da diálise, (...) é preciso ter condições financeiras para garantir a comida, o transporte (...), o remédio (...) e (...) lazer (G3A16).</p> <p>É a adequação a um estilo de vida que possa não só tratar da patologia, mas também para a prevenção (...) lidamos com doenças renais crônicas que não podemos promover saúde porque outras patologias podem surgir (G3A17).</p> <p>Ser uma boa profissional, (...) com os seus clientes, seus companheiros, ser acima de tudo competente (G3A18).</p>	<p>melhorar os serviços; prolongar a vida dos pacientes em diálise por meio de uma melhor qualidade de vida através da dieta, restrição de líquido. Prevenir para outras doenças. Os profissionais devem trabalhar em harmonia, não bastam máquinas e profissionais contratados é preciso envolvimento e compromisso do grupo.</p> <p>Promoção da saúde garantia de transporte, remédios, comida e lazer.</p>
--------------------------	--	--	---	--

Os textos dos sujeitos sociais da clínica sobre promoção da saúde retratam distintas abordagens, que vão desde um nível de atenção básica de saúde, principalmente nos aspectos relacionados a prevenção de doenças, até uma concepção mais abrangente que tem como finalidade melhorar a qualidade de vida das pessoas, transcendendo o setor saúde. Assim, as marcas lingüísticas presentes nos textos expressam: bem-estar integral e de total integração da sociedade, sem limitações pela doença; terapia dialítica adequada; participação; uso de linguagem acessível por parte dos profissionais; utilização de estratégias educativas; oferta adequada de medicamentos; profissionais competentes e qualificados e atenção individualizada. No campo específico da clínica dialítica, são manifestações de condições promotoras de saúde: atenção de qualidade; prolongamento da vida das pessoas que dialisam; diálise adequada; prevenir outras doenças; envolvimento e compromisso da equipe de profissionais; garantia de alimentação, medicamentos, transporte e lazer.

Tal produção discursiva demonstra que a atenção à saúde na clínica dialítica não está restrita à concepção da Clínica Oficial, embora esteja fortemente ligada a esta. Além das expressões lingüísticas presentes nos textos dos sujeitos sociais deste estudo, identificamos no cotidiano da clínica, durante o período da observação-participante, expressões simbólicas que suplantam o espaço da Clínica Oficial. Destacamos a capacidade dos profissionais de escutar as pessoas em terapia hemodialítica. Observamos que, na maioria das vezes, esta ação não está restrita à busca de um diagnóstico e que não se constitui um ouvir passivo. Ouvir as queixas significou, muitas vezes, enxugar as lágrimas porque o filho foi para São Paulo à procura de melhorar as condições financeiras da família; ouvir as queixas significou orientação, mas também escutar desabafo de problemas familiares, da discordância de posturas de alguns profissionais e de negação ao tratamento. É bem verdade que as queixas clínicas são tão prevalentes e envolvidas de significado que são entendidas tanto por profissionais quanto pelas pessoas em terapia hemodialítica como prioritárias. Também foi evidenciado, pela própria complexidade da vida, que nem os profissionais dispunham de meios para resolubilidade dos problemas, embora, muitas vezes, as pessoas não buscassem de fato resolver o problema, mas desabafá-lo e assim elas seriam mais bem compreendidas naquele espaço da clínica.

Há evidências, nos textos até agora apresentados, do desejo dos profissionais em promoverem a saúde das pessoas portadoras de IRC em terapia hemodialítica, reconhecendo a existência de determinantes estruturais nesta procura tais, como: aqueles relacionados às condições financeiras, políticas de saúde de acesso aos medicamentos e outras, como a formação e qualificação profissional. A convivência destes dois cenários de clínica ou desta transição é congruente com a mudança da concepção de saúde que vem ocorrendo no cenário das políticas públicas de saúde atuais.

Estas marcas lingüísticas evidenciam que determinantes históricos perpassam as relações entre clínica e promoção da saúde como o espaço institucional e a formação dos profissionais de saúde.

Para Paim e Almeida Filho (2000:26), o campo científico da saúde passa por uma “crise epistemológica, teórica e metodológica, isto é, uma crise paradigmática.”; estando em transição de um modelo flexneriano, fundamentalmente baseado no biológico, cuja interpretação dos fenômenos vitais produz o culto à doença e a devoção à tecnologia para um apelo à sedimentação do conceito de saúde como condição de cidadania (SCHERER, MARINO E RAMOS, 2005).

Esta crise exige a superação da relação dicotômica entre saúde e doença e considera múltiplos fatores determinantes deste processo para a promoção da qualidade de vida da população. Os profissionais da clínica expressaram, ao longo do estudo, um discurso de compreensão deste objetivo, ainda que tenham apresentado em suas condutas predomínio do paradigma cartesiano, ao priorizar a doença/tratamento à pessoa que está como uma alteração (doença) no seu equilíbrio. Campos (2003), em seu estudo sobre Clínica do Sujeito, refere-se à idéia da doença como parte da vida humana. Assim, aponta para um profissional de saúde híbrido, que tenha uma ação clínica centrada no sujeito, na pessoa real, mas que também considere a doença como prática desta existência.

Para Maciel-Lima (2004), os conceitos relacionados ao processo saúde-doença, assim como as ações da Medicina e Enfermagem, têm seu histórico fortemente influenciado pelo modelo de sociedade capitalista. A prática médica surge fundamentada num saber

esotérico desconhecido pela maioria da população, conferindo-lhe poder e prestígio; enquanto isso, a prática da enfermagem surge no período pré-capitalista e parte do capitalismo, guardando fortes traços deste como o cuidado do doente.

Campos (1997; 2003) e Cunha (2004) relatam que a incorporação de críticas à Biomedicina não significa abrir mão de recursos de intervenção biomédica. Afirmamos que não só concordamos como afirmamos este entendimento no desenvolvimento deste estudo e de outros pré-existentes (DIAS, 2001, DIAS, ARAÚJO E TEIXEIRA, 2002). Incluir novos saberes significa constatar que o conhecimento hegemônico na clínica, construído na lógica da instituição hospitalar, é indispensável à atenção a saúde, porém profundamente danoso quando utilizado de forma excludente, ou seja, utilizado isoladamente dos demais saberes (CAMPOS, 2003).

As associações profissionais são instâncias que podem contribuir para uma prática reflexiva, para um repensar da práxis dos profissionais. As diretrizes da Sociedade Brasileira de Nefrologia trazem alguns indicativos desta transição, já que normatizam ações no campo biológico, mas apontam a necessidades de atitudes que reconheçam na pessoa em tratamento um potencial para melhorar as suas próprias condições de saúde e colocam como desafio aumentar o grau de conhecimento da população sobre a importância do controle da hipertensão arterial sistêmica - HAS e incentivar políticas e programas comunitários, uma abordagem multiprofissional, atendimento as necessidades específicas de cada paciente, implementação de medidas educativas efetivas e permanentes (SBN,2003).

Neste sentido, nos reportamos às idéias de Campos (1997), ao afirmar que as grandes transformações dependem do desejo, da vontade de alterar o *status quo* e de um projeto construído conscientemente, vinculado ao exercício da razão. Assim, entendemos que são desafiadoras para os profissionais a compreensão e a incorporação de outras necessidades além das biológicas num mesmo patamar de prioridade, porém acreditamos ser isto viável. Para fortalecer nosso pensamento, parafrasearemos Campos (1997:30), ao retomar uma noção da dialética de que *se, por um lado, as coisas, ou as estruturas, determinam a vida das pessoas, por outro, são estas mesmas pessoas que constroem as coisas, as normas, os valores e as estruturas.*

Buss (2000) assinala que, ao tratarmos sobre Promoção da Saúde, estamos nos referindo a aspectos que envolvem a relação entre sujeito e estrutura numa relação dinâmica e interdependente, tal como articulação de saberes técnicos e populares e mobilização de recursos institucionais, comunitários, públicos e privados.

Em síntese, os profissionais expressam a compreensão de que as ações desenvolvidas no âmbito da clínica dialítica podem ir além das condutas que visam à redução apenas de complicações inerentes à IRC. Expresso de outra forma que há evidências nos textos de que no pensamento intelectual e no desejo destes sujeitos sociais o movimento da passagem da concepção da Clínica Oficial para a Clínica do Sujeito.

Em seguida, prosseguimos para a **análise final**, ainda que inconclusiva (é assim que entendemos a pesquisa). Nas etapas anteriores, realizamos uma inflexão sobre o material empírico com a presença do marco teórico. Partiremos para o ponto de chegada, entendendo que não podemos compreender o presente, sem situá-lo no passado e sem projetá-lo para o futuro. Neste sentido, mesmo sendo o próximo capítulo um produto final para este estudo, ele sempre será provisório. Assim, o capítulo que versa sobre este movimento, em vez de o intitularmos de conclusões ou considerações finais, nomeamo-lo de: **Da clínica dialítica à clínica promotora de saúde: reflexões sobre uma práxis.**

CAPÍTULO 5

**DA CLÍNICA DIALÍTICA À CLÍNICA PROMOTORA DE SAÚDE:
REFLEXÕES SOBRE UMA PRÁXIS.**

Este estudo convidou os profissionais de saúde de uma clínica dialítica refletirem sobre seu processo de trabalho de modo a analisarem a atenção que desenvolvem e a apontarem a imagem objetivo desta atenção no sentido de identificar caminhos que possam contribuir para a resignificação de sua práxis. Pesquisas que abordem, com o devido aprofundamento, as questões ligadas à clínica enquanto espaço promotor de saúde são necessárias para o fortalecimento das políticas públicas de saúde do País. Assim, com este estudo tivemos o propósito de intensificar as discussões sobre uma clínica integrada às ações de promoção da saúde, ou seja, uma Clínica do Sujeito.

Resgatamos, a seguir, alguns pontos centrais de discussões no desenvolvimento de nossa tese recordando que no centro da análise, como diz Minayo (1999) está a razão humana, neste caso, a práxis dos profissionais que resultam de condições anteriores e exteriores a ela.

Nossa pesquisa revelou nos textos dos profissionais de saúde marcas lingüísticas significativas de suas concepções de promoção da saúde e de clínica, ao mesmo tempo em que suas práticas e seus discursos apontaram ações que sinalizam a interface do cuidado clínico com a promoção da saúde. Esta situação revela que os objetivos que nos propomos de compreender e analisar as concepções dos profissionais de saúde que atuam com pessoas acometidas por IRC sobre a clínica enquanto espaço promotor de saúde foram atendidos considerando as limitações que todo processo de investigação carrega em si. Neste ínterim, foi possível conhecer também os determinantes históricos que influenciam nas concepções expressas pelos profissionais de saúde.

Da mesma maneira, o que encontramos em nosso estudo ofereceu-nos elementos para reforçar nossos pressupostos. No tocante ao primeiro pressuposto de que tradicionalmente o cuidado clínico tem sido efetivado de forma desagregada da promoção da saúde, como se fossem espaços distintos, foi possível apreender nos textos dos autores sociais da clínica marcas lingüísticas de um modelo de atenção à saúde “biologicista” com priorização ao atendimento de sinais e sintomas. Este modelo de atenção à saúde é fortemente determinado pelo contexto estrutural, o qual interfere no *modus operandi* do cuidado. Nestes mesmos textos identificamos elementos de sentido que sinalizam para a superação do referido modelo, tais como a incorporação de tecnologias leves no processo-saúde-adoecimento. Em relação ao

segundo, também encontramos evidências no texto dos sujeitos sociais deste estudo que a clínica enquanto espaço de cuidado está inserido no espaço da promoção da saúde, revelando que a promoção da saúde contempla a atenção de média e alta complexidade. A imagem objetivo de clínica expressa pelos sujeitos sociais deste estudo reconhece uma ação da clínica que visa a ter como produto a saúde.

A análise permitiu identificar que estes pressupostos estão presentes na clínica, ao mesmo tempo, pois há nos textos características marcantes da Clínica Oficial na qual a execução das ações ocorre baseada em protocolos voltados para as tecnologias duras, e há também elementos de compreensão do sentido da práxis de superação destas tecnologias duras; embora tenda a prevalecer elementos da Clínica Oficial o que não significa a eliminação de uma sobre a outra. Assim, o momento atual no qual foi desenvolvida a tese pode até se caracterizar como um estágio de transição da Clínica Oficial para a Clínica do Sujeito. Ou seja, ainda não há na sua totalidade uma Clínica do Sujeito, mas há um movimento nesta busca.

Nesta relação dialética de transformação ou de resignificação da práxis dos profissionais de saúde emergem os determinantes históricos os quais perpassam as relações entre clínica e promoção da saúde como o espaço institucional e a formação dos profissionais de saúde.

As marcas lingüísticas produzidas pelos documentos, registradas no diário de campo e verbalizadas pelos autores dos textos durante as entrevistas demonstram a presença de elementos de determinantes materiais da ideologia do modelo cartesiano (flexneriano) que delimitam os saberes e práticas dos profissionais de saúde: hipervalorização de tecnologias duras, comunicação pautada em queixas-condutas, divisão de trabalho, etc. Assim, na linguagem dos textos, os autores alcançam a sua racionalidade no entorno da práxis da Clínica Oficial, reforçado pela ideologia da sociedade do que se espera deste saber e desta prática.

Também se fazem presentes no estudo situações que obstaculizam a efetivação da Clínica do Sujeito tais como: fatores estruturais, representados pela sobrecarga de atividades dos profissionais denotando insuficiência quantitativa destes, formação dos profissionais de

saúde na lógica do modelo biológico, marcado por discursos e práticas prescritivas de cuidado à saúde individual voltados predominantemente para o controle e tratamento de doenças, desconexão da clínica de diálise da rede de serviços de saúde e de outros setores.

Apesar dos avanços que as políticas públicas de saúde estão dando em direção ao SUS com valorização da participação, da autonomia, da equidade, da integralidade e da intersetorialidade, os determinantes históricos sociais no espaço da clínica de diálise ainda são muitos poderosos.

Evidenciamos, assim, a implicação de determinantes históricos de um modelo capitalista e de uma corrente positivista de ciência na práxis dos profissionais de saúde na clínica dialítica. Situação que faz com que os sujeitos sociais da clínica de diálise tenham uma concepção da promoção da saúde limitada, mais voltada para um nível de atenção primária de saúde. Entretanto, nas expressões subjetivas dos textos identificamos um movimento contra-hegemônico à Clínica Oficial e que está presente nas relações cotidianas. Esse movimento de superação pode não ser vivido, mas ele é sentido. Do sentido para o vivido pode estar o caminho para a transformação. Esse movimento para a clínica do sujeito se revelou de modo mais expressivo nos textos dos auxiliares de enfermagem da clínica dialítica. Tal fato pode ser atribuído pela extensão de contatos destes profissionais com as pessoas em terapia dialítica e pela proximidade socioeconômica e cultural existente entre eles.

Ante ao exposto consideramos que *a práxis dos profissionais de saúde nos espaços da clínica tem sido limitada por determinantes histórico-sociais para transformá-la num espaço promotor de saúde.*

O semblante da clínica dialítica revela uma co-existência de uma Clínica Oficial e de uma Clínica do Sujeito, uma transição, que dentro da hermenêutica-dialética revela uma superação do discurso oficial dos sujeitos sociais desta clínica sobre sua práxis para uma clínica promotora de saúde, marcada pela presença do sujeito. Neste sentido, consideramos que o aspecto de maior contribuição deste estudo para os profissionais de saúde e para as políticas de saúde está na imagem objetivo de clínica expressa pelos sujeitos sociais do estudo. Mesmo considerando o movimento da Clínica do Sujeito como o sonho e a Clínica Oficial

saúde na lógica do modelo biológico, marcado por discursos e práticas prescritivas de cuidado à saúde individual voltados predominantemente para o controle e tratamento de doenças, desconexão da clínica de diálise da rede de serviços de saúde e de outros setores.

Apesar dos avanços que as políticas públicas de saúde estão dando em direção ao SUS com valorização da participação, da autonomia, da equidade, da integralidade e da intersetorialidade, os determinantes históricos sociais no espaço da clínica de diálise ainda são muitos poderosos.

Evidenciamos, assim, a implicação de determinantes históricos de um modelo capitalista e de uma corrente positivista de ciência na práxis dos profissionais de saúde na clínica dialítica. Situação que faz com que os sujeitos sociais da clínica de diálise tenham uma concepção da promoção da saúde limitada, mais voltada para um nível de atenção primária de saúde. Entretanto, nas expressões subjetivas dos textos identificamos um movimento contra-hegemônico à Clínica Oficial e que está presente nas relações cotidianas. Esse movimento de superação pode não ser vivido, mas ele é sentido. Do sentido para o vivido pode estar o caminho para a transformação. Esse movimento para a clínica do sujeito se revelou de modo mais expressivo nos textos dos auxiliares de enfermagem da clínica dialítica. Tal fato pode ser atribuído pela extensão de contatos destes profissionais com as pessoas em terapia dialítica e pela proximidade socioeconômica e cultural existente entre eles.

Ante ao exposto consideramos que *a práxis dos profissionais de saúde nos espaços da clínica tem sido limitada por determinantes histórico-sociais para transformá-la num espaço promotor de saúde.*

O semblante da clínica dialítica revela uma co-existência de uma Clínica Oficial e de uma Clínica do Sujeito, uma transição, que dentro da hermenêutica-dialética revela uma superação do discurso oficial dos sujeitos sociais desta clínica sobre sua práxis para uma clínica promotora de saúde, marcada pela presença do sujeito. Neste sentido, consideramos que o aspecto de maior contribuição deste estudo para os profissionais de saúde e para as políticas de saúde está na imagem objetivo de clínica expressa pelos sujeitos sociais do estudo. Mesmo considerando o movimento da Clínica do Sujeito como o sonho e a Clínica Oficial

como o concreto (a realidade), não entendemos esta imagem objetivo como utopia. Um grande passo já foi dado neste caminhar que é o sentido, resta agora viver.....

Assim, a clínica assume uma dimensão maior que sanar sinais e sintomas biológicos. Trata-se de reconhecer um compromisso com a pessoa (sujeito) e a sua capacidade de produção de sua própria vida, de identificar e desenvolver estratégias e ferramentas que aproximem aquela da promoção da saúde. Para tanto, aspira-se mudança das pessoas (profissionais e população), dos seus valores e também das instituições, ou seja, para transformar é preciso uma ação conjunta com as pessoas, com as estruturas e com as relações entre elas (CAMPOS, 1997).

Em relação ao referencial teórico-metodológico que elegemos, este se mostrou adequado permitindo um movimento não linear de compreensão e crítica por meio da inferência das explicações e interpretações dos sujeitos sociais deste estudo desvendados pelos condicionantes da produção intelectual. Recordamos que o dado não é dado, é construído e que o autor do texto se mostra e se esconde a depender, inclusive, da relação que ele venha a ter com o pesquisador. Este pode também ver sem enxergar. Atentas a tais premissas, buscamos no desenvolvimento desta tese primar pelo rigor metodológico na pesquisa.

Este trabalho produziu um conhecimento, que foi produto do diálogo da pesquisadora (pessoa inserida na história, que tem uma visão de mundo, que fez opções metodológicas, de explicação, interpretação e crítica da realidade), com a práxis dos profissionais de saúde de uma clínica dialética e pretende contribuir para a construção de um projeto de mudança da Clínica Oficial para a Clínica do Sujeito. Portanto, não terá sido válido se ficar cristalizado nas bibliotecas.

Finalmente e propositalmente nos apoiamos nas recomendações de Minayo (1999:238) ao afirmar que todo estudo na área da saúde deve indicar pistas que possam fundamentar *propostas de planejamento e avaliação de programas, revisão de conceitos, transformação de relações, mudanças institucionais, dentre outras possibilidades*. Eis, pois, nossa intencionalidade.

REFERÊNCIAS

ANDRADE, L. O. M. **SUS Passo a Passo: Normas, gestão e financiamento**. São Paulo: Hucitec; Sobral: UVA, 2001. p. 19-38.

ANDRADE, L.O. M. **A Saúde e o Dilema da Intersetorialidade**. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) – Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 2004.

ARAGÃO, A. E. A.; MARCELINO, M. F.; XIMENES, F. R. G. (Coord). Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de Sobral - Breve histórico e perfil assistencial. In: **Diretrizes do Serviço de Enfermagem**. Sobral: Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de Sobral, 2002.

ARROYO, G. M. Ciclos de desenvolvimento humano e formação de educadores. **Rev. Educação e Sociedade: Formação de Profissionais de educação – Políticas e Tendências**. Campinas: Ano XX. n. 68/Especial., p. 143-162, 1999.

BARATA, R. C. B. Iniquidade e saúde: a determinação social do processo saúde-doença. **Rev. da USP**, São Paulo, v. 51, p. 138-145, 2001.

BARBOSA, J. C. **Compreendendo o ser doente renal crônico**. 1993. 144p. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Universidade de São Paulo, São Paulo, 1993.

BARROSO, M. G. T.; VIEIRA, N. F. C.; VARELA, Z. M. V. Educação em saúde no contexto da promoção humana. In: BARROSO, M. G. T.; VIEIRA, N. F. C.; VARELA, Z. M. V. (Orgs). **Educação em saúde no contexto da promoção humana**. Fortaleza: Edições Demócrito Rocha, 2003, p. 15-20.

BAUER, M. AARTS, BAS. A construção do *corpus*: um princípio para a coleta de dados qualitativos. In: BAUER, M.W. GASKELL, G. **Pesquisa qualitativa com texto, imagem e som: um manual prático**. Trad. Pedrinho A. Guareschi. Petrópolis- Rio de Janeiro: Vozes, 2002. p.39-63.

BAXTER Hospitalar. **Dados sobre Diálise no Brasil**, 1996, Mimeo.

BECKER, H. S. **Métodos de Pesquisa em Ciências Sociais**. 4 ed. São Paulo: Hucitec, 1999.

BRANDÃO, H.H.N. **Introdução à análise do discurso**. 6.ed. São Paulo – Campinas, Editora da Unicamp, 1997. 106p

BRASIL, Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde (BR). (1996) Resolução n.196/96. Decreto n. 93.9333 de janeiro de 1997. **Estabelece critérios sobre Pesquisa Envolvendo Seres Humanos**. Bioética, v.4, n.2 supl., p.15-25.

BRASIL. **Portaria ministerial** nº 2.042, de 11 de outubro de 1996. Ministério da Saúde, Brasília, DF, 1996.

BRASIL. **Portaria ministerial** nº 82, de 3 de janeiro de 2000. Ministério da Saúde, Brasília, DF, 2000.

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Promoção da Saúde. Brasília, 2001, Brasil. Ministério da Saúde Promoção da Saúde: **Declaração de Alma-Ata. Carta de Otawa. Declaração de Sundsvall. Declaração de Santafé de Bogotá. Declaração de Jacarta – Rede de Megapaíses. Declaração do México**. Brasília. 2001.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. **Política Nacional de Promoção da Saúde**: documento para discussão. Brasília, 2002.

BRASIL. Ministério da Educação. Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior. **Banco de teses**. Disponível em <<http://www.ged.capes.gov.br/Agdw/silverstream/pages/pgRelatorioTeses.html>>. Acesso em: 04 de junho de 2003.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Promoção da Saúde. **Promoção da Saúde no Brasil**. Disponível em < [http:](http://)

www.saude.gov.br/sps/areatecnicas/promocao/psnobrasil.htm> Acesso em 08 de maio de 2003.

BRASIL. **Observatório de Recursos Humanos em saúde no Brasil: estudos e análises.** Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2003, 460 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. **Política Nacional de Promoção da Saúde:** documento preliminar para discussão. Brasília, 2005a.

BRASIL. **Núcleos de Saúde Integral.** Ministério da Saúde, Brasília, DF, fev. 2005b.

BRICEÑO – LEON, R. Bienstar, salud pública y cambio social. In: BRICEÑO-LEON, R.; MINAYO, M.C. de S. ; COIMBRA JÚNIOR, C. E. A. **Salud y Equidad: una mirada desde las ciencias sociales.** Rio de Janeiro: Editora: FIOCRUZ, 2000. Cap. I. La salud en cuestión. p. 15-24.

BUSS, P. M. Promoção da saúde e qualidade de vida. **Ciência & Saúde Coletiva**, n.5, p. 163 – 177, dez. 2000.

BUSS, P. M. Uma introdução ao conceito de promoção da saúde. In: CZERESNIA, D.; FREITAS, C. de M. (org.) **Promoção da saúde: conceitos, reflexões, tendências.** Rio de Janeiro: editora Fiocruz, 2003. p.15-38.

CADE, N. V. A teoria do déficit de autocuidado de OREM aplicada em hipertensas. **Rev. latino-am.enfermagem.** Ribeirão Preto, v.9,n.3,p.43-50, mai. 2001.

CAMARGO JUNIOR, K.R. **Racionalidades médicas: a medicina ocidental contemporânea.** Rio de Janeiro: IMS / UERJ, 1993.

CAMPOS, G. W. S. Considerações sobre a arte e a ciências da mudança: revolução e reforma das pessoas. O caso da saúde. In: CECILIO, L. C. O. (org.) **Inventando a mudança na saúde.** 2 ed.São Paulo, Hucitec, 1997, Cap.1, p. 29-87. (Saúde em Debate; Série didática).

CAMPOS, G. W. S. Saúde pública e saúde coletiva: campo e núcleo de saberes e práticas. **Ciência e Saúde Coletiva**, 5 (2): 219-230, 2000.

CAMPOS, G.W.S. **Saúde Paidéia**. São Paulo: Editora Hucitec, 2003.

CANESQUI, A.M. Consumo e Avaliação dos Serviços de Saúde. In: SPÍNOLA, A.W. et al. **Pesquisa Social em Saúde**. São Paulo: Editora Cortez, 1992, p. 175-205.

CAR, M.R.; PIERIN, A. M. G.; AQUINO, V. L. A. Estudo sobre a influência do processo educativo no controle da hipertensão arterial. São Paulo. **Rev Esc Enf USP**, n.25, p.259-269, 1991.

CECÍLIO, L.C.O. As Necessidades de Saúde como Conceito Estrutural na Luta pela Integralidade e a Equidade na Atenção à Saúde. **Laboratório de Pesquisas sobre Práticas de Integralidade em Saúde**. Disponível em: <<http://www.lappis.org.br/cgi/cgilua.exe/sys/start.htm?sid=25&inford=93&tpl=view%5Fparticipantes>> Acesso em 25 mai. 2005.

CECCIM, R.B. Educação Permanente em Saúde: desafio ambicioso necessário. In: **Interface: Comunicação, Saúde, Educação**. v. 9, n. 16, p. 161-178, set.. 2004.

CESARINO, C.B.; CASAGRANDE, L.D.R. Paciente com insuficiência renal crônica em tratamento hemodialítico: atividade educativa do enfermeiro. **Rev. Latinoam. Enfermagem**, v.6, n. 4, p. 31-40, 1998.

CHIESA, A. M. ; VERÍSSIMO, Maria de La Ó Ramallo . A educação em saúde na prática do PSF.. In: IDS; USP; MS. (Org.). **Manual de Enfermagem**. Programa de Saúde da Família. Brasília, 2001, v., p. 34-42.

CHOR, D. *et al.* Doenças Cardiovasculares: panorama da mortalidade no Brasil. In: MINAYO, M.C.S. (Org.). **Os Muitos Brasis: saúde e população na década de 80**. São Paulo - Rio de Janeiro: Hucitec-ABRASCO, 1999. p. 57-86.

COHN, A. et al. **A saúde como direito e como serviço**. 2. ed. São Paulo: Editora Cortez, 1999.

COSTA, N.S.S. **O acesso da usuária aos serviços e às ações de saúde na detecção precoce do câncer:** uma abordagem em defesa da vida. Feira de Santana: Universidade Estadual de Feira de Santana, 2001.

CUNHA, G.T. **A construção da clínica ampliada na atenção básica.** Campinas, 2004. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva). Universidade Estadual de Campinas.

DELLATORRE, M. C. C. Cidadania: caminho para uma vida saudável. **Rev SANARE – Revista de Políticas Públicas.** Jan.Fev.Mar. 2003 – Ano IV – N. 1. p. 31-34.

DE NEGRI, A. Adoção de uma estratégia promocional da qualidade de vida e saúde: transtornabilidade das políticas públicas. In: **O Processo de Construção da Rede de Municípios Potencialmente Saudáveis.** Vol. 02. Campinas: IPES Editorial, 2004.

DIAS, M. S. A. **Adesão dos clientes renais crônicos às terapias de substituição das funções renais.** Sobral, 1996. Monografia (Especialização em Saúde Pública) - Centro de Ciências da Saúde, Universidade Estadual Vale do Acaraú, 1996.

DIAS, M. S. A. **Cuidado especial de enfermagem na pessoa portadora de insuficiência renal crônica.** Fortaleza: UVA/UFC, 2001. 105p.

DIAS, M. S. A.; ARAÚJO, T. L.; BARROSO, M.G.T. . Desenvolvendo o cuidado proposto por Leininger com uma pessoa em terapia dialítica. **Rev. Enfermagem da USP,** São Paulo, v. 35, n. n.4, p. 354-360, 2002.

DIAS, M. S. A.; VIEIRA, N. F. C. A família como suporte no cuidado da pessoa portadora de insuficiência renal crônica. In: BARROSO, M.G.T.; VIEIRA, N.F.C.; VARELA, Z.M.V. (Org.). **Saúde da Família: Abordagem multirreferencial em pesquisa.** 1 ed. Fortaleza, 2002, v. 1, p. 181-195

DIMATTEO, M.R.; SHERBOURNE, C.D. HAYS, R.D. Physicians characteristics influence patients adherence to medical treatment: results from the medical outcomes study. **Health Psychol,** n.12,p. 93-102, 1993.

D 'INCAO, M.C, ROY, G. **Nós, cidadãos: aprendendo e ensinando a democracia.** Rio de Janeiro: paz e terra, 1995.

DONATO, A. F., MENDES, R. Relação educativa da equipe de saúde da família com a população. **Rev SANARE – Revista de Políticas Públicas.** Jan.Fev.Mar. 2003 – Ano IV – N. 1. p. 35-38.

DRUKKER, W. Hemodialysis: a historical review. In: MAHER, J.F. **Replacement of renal function by dialysis: a textbook of dialysis.** Third edition. Updated and enlarged. Kluwer academic publishers. Dordrecht/ Boston/ Lancaster.1989. p.20-86.

DUCHIADE, M.P. População brasileira: um retrato em movimento. In: MINAYO, M.C.S. (Org.). **Os Muitos Brasis: saúde e população na década de 80.** São Paulo - Rio de Janeiro: Hucitec-ABRASCO, 1999. p. 14-56.

FERRAZ, S. T. Promoção da saúde: viagem entre dois paradigmas. **Ver. de Administração Pública –RAP.** Intersectorialidade e Saúde. v.32. n.2. Mar./abr.1998.

FERREIRA, A.B.H. **Dicionário da Língua Portuguesa.** Rio de Janeiro. Nova Fronteira. 9^a. reimpressão. 1993.

FERREIRA, G. **Os riscos da autonomia.** Disponível em: <http://www.saude.inf.br/http://www.saude.inf.br/> . Acesso em 16 de junho de 2003.

FEUERWERKER, L. **Além do discurso de mudança na educação médica: processos e resultados.** São Paulo: Hucitec; Londrina: Rede Unida; Rio de Janeiro: Associação Brasileira de Educação Médica, 2002.

FEUERWERKER, L.C.M.; MARSIGLIA, R. Estratégias para mudanças na formação de RHs com base nas experiências IDA/UNI. **Divulg. Saúde Debate,** n. 12, julho, p. 24-28, 1996.

FONTANA, A., FREY, J. H. Interviewing: The art of science. In: Denzin, N. K.; Lincoln, Y. S. (Eds.), **Handbook of qualitative research** . Thousand Oaks, CA: Sage, 1994.p.361-364.

FOUCAULT, M. **O nascimento da Clínica**. Trad. Roberto Machado. 5 ed. São Paulo: Editora Forense Universitária, 2001.

FREIRE, P. **Educação como prática da liberdade**. 22 ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1996. 151p.

FREIRE, P. **Pedagogia da autonomia: saberes necessários à prática educativa**. 13.^a ed. São Paulo: Paz e Terra, 1999.

FRENCH, P. Academic gaming in nurse education. **J. Adv. Nurs.** 1980; 5 (6): 601 – 12.

GASKELL, G.; BAUER, M.W. **Pesquisa qualitativa com texto, imagem e som: um manual prático**. Trad. Pedrinho A. Guareschi. Petrópolis: Vozes, 2002.

GILL, R. Análise de discurso. In: BAUER, M.W. GASKELL, G. **Pesquisa qualitativa com texto, imagem e som: um manual prático**. Trad. Pedrinho A. Guareschi. Petrópolis- Rio de Janeiro: Vozes, 2002. p.245-270.

GONDIM, L. M. **O projeto de pesquisa no contexto do processo de construção do conhecimento**. In: GONDIM, L. M. P. (Org.). **Pesquisa em ciências sociais: o projeto de dissertação de mestrado**. Fortaleza: Edições UFC, 1999.

GONÇALVES, R. B. M. Modelos Tecnológicos da Saúde Pública em São Paulo. In: **Tecnologia e Organização Social das Práticas de Saúde: Características Tecnológicas do Processo de Trabalho na Rede Estadual de Centros de Saúde de São Paulo**. São Paulo: Hucitec- Abrasco, 1994.

GORRIE, S. Patient education: a commitment. **Anna j.**, v. 19, n. 5, p. 504-506, 1992.

GREGÓRIO, M.C. Ponto de vista histórico: Centros de Nefrologia das regiões Norte, Nordeste, Sul e Sudeste do Brasil. **Jornal Brasileiro de Nefrologia**, São Paulo, p. 94-106, 1996.

GUALDA, D.M. R. Humanização do processo de cuidar. In: CIACIARULLO, T. I; et al. **A hemodiálise em questão: opção pela qualidade assistencial**. São Paulo: Ícone, 1998.

LEININGER, M. M. **Cultura care diversity e universality: a theory of nursing**. New York: National League for Nursing Press, 1991.

LESSA, I. **O adulto brasileiro e as doenças da modernidade: epidemiologia das doenças crônicas não transmissíveis**. Rio de Janeiro: HUCITEC, 1998.284p.

LEVY, S. **O programa de educação em saúde**. Disponível em <<http://www.gov.br/programaseprojetos>>. Acesso em: 10 de outubro de 2000.

LIMA, M. A . da S. Educação em saúde: algumas reflexões e implicações para a prática de enfermagem. **Revista Gaúcha de Enfermagem**. Porto Alegre, v. 17, n.2,p. 87-91, jul. 1996.

MACDONALD, G.; BUNTON, R..Health promotion: discipline or disciplines? In: BUNTON, R.; MACDONALD, G. **Health Promotion: disciplines and diversity**. New Fetter Lane, London.1992. Chapter 1. p. 6-19.

MACHADO, M.F.A.S.; VIEIRA, N.F.C. Participação materna em um programa de desnutrição infantil e suas implicações na promoção da saúde da família. In: BARROSO, M.G.T.; VIEIRA, N.F.C.; VARELA, Z.M.V. **Saúde da Família: abordagem multirreferencial em pesquisa**. Sobral: Edições UVA, 2002.p.141-156.

MACIEL-LIMA, S.M. Acolhimento solidário ou atropelamento? A qualidade na relação profissional de saúde e paciente face à tecnologia informacional. **Cad. Saúde Pública**. Rio de Janeiro, p. 502-511, mar. 2004.

MACIEL, M. A. L.; SILVA, M. R. **Enfermagem nos métodos dialíticos em unidades de terapia intensiva – UTI**. Rio de Janeiro: Atheneu, 2000.

MALO, M. A promoção da saúde e a estratégia saúde da família. Conferência proferida na **I mostra sobralense de saúde da família**. [Transcrição de fita cassete]. Sobral, Centro de Convenções, 25 de março de 2003. Arquivo Escola de Formação em Saúde da Família Visconde de Sabóia – Sobral- CE.

MAHER, J. F. Introduction. In: MAHER, J.F. **Replacement of renal function by dialysis: a textbook of dialysis**. Third edition. Updated and enlarged. Kluwer academic publishers. Dordrecht/ Boston/ Lancaster.1989. p.1-3. (

MARTINS JUNIOR, T. Apoderamento. **Rev SANARE** – Revista de Políticas Públicas. Jan.Fev.Mar. 2003 – Ano IV – N. 1. p. 27-29.

MATTOS, R. A. Os sentidos da Integralidade: algumas reflexões acerca de valores que merecem ser defendidos. **Laboratório de Pesquisas sobre Práticas de Integralidade em Saúde**. Disponível em: <<http://www.lappis.org.br/cgi/cgilua.exe/sys/start.htm?sid=25&infoid=180&tpl=view%5Fparticipantes>> Acesso em 9 mai. 2005.

MATUMOTO, S. et al. Supervisão de equipes no Programa de Saúde da Família: reflexões acerca do desafio da produção de cuidados. **Interface: Comunicação, Saúde, Educação**. v. 9, n. 16, p. 9-24. set. 2004.

MERHY, E. E. Em busca de ferramentas analisadoras das tecnologias em saúde: a informação e o dia a dia de um serviço, interrogando e gerindo trabalho em saúde. In: MERHY, E.E; ONOCKO, R. (Org.). **Praxis em salud: Un desafio para lo público**. São Paulo: Editora Hucitec, 1997.

MILES, M.; HUBERMAN, A. M. **Qualitative data analysis: as expended sourcebook**. 2nd. London: SAGE, 1994.

MINAYO, M. C. S. Apresentação. In: MINAYO, M.C.S. (Org.). **Os Muitos Brasis: saúde e população na década de 80**. São Paulo - Rio de Janeiro: Hucitec-ABRASCO, 1999. p. 9-13.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 6. ed. São Paulo: Hucitec, Rio de Janeiro: Abrasco, 1999.

MINAYO, M. C. S. **Pesquisa social: teoria, método e criatividade**. 18. ed. Petrópolis: Vozes, 2001.

MINAYO, M. C. S. Estrutura e sujeito, determinismo e protagonismo histórico: uma reflexão sobre a práxis da saúde coletiva. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 06, n.01 ,p. 7-18, 2001

MINAYO, M. C. S. Hermenêutica – Dialética como caminho do pensamento social. In: **Caminhos do Pensamento: epistemologia e método**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2002.

MOREIRA, A. M. **Aprendizagem significativa**. Brasília: Universidade de Brasília, 1999. 130p.

MORIN E. **Complexidade e transdisciplinaridade: a reforma da universidade e do ensino fundamental**. Trad. Edgard de Assis Carvalho. Natal: EDUFRN. Ed. da UFRN, 1999.

NAIDOO, J.; WILLS, J. Models and approaches to health promotion. In: _____. **Health Promotion: Foundations for practice**. London: Bailliere Tidal Royal College of Nursing, 1994. p. 83-100.

NUNES, E. D. A relação médico/paciente como um sistema social: um texto de Henderson de 1935. In: _____. **Sobre a Sociologia da Saúde**. São Paulo: Hucitec, 1999. p.59-73.

NUNES, E.D. **Sobre a sociologia da saúde**. São Paulo: Editora Hucitec, 1999.

OLIVEIRA, M. V. A. de A. C. Educação popular em saúde - para além das palavras: um encontro com o saber. In: RODRIGUES, L. D.; VASCONCELOS, E. M. (Org.). **Novas configurações em movimentos sociais**. Vozes do Nordeste. Ed. Universitária/UFPB. João Pessoa: 2000. p. 95-115.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE, **Carta de Sundsvall**, 1991.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Cuidados inovadores para condições crônicas: componentes estruturais de ação**. Relatório Mundial 2003. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2003. Disponível em: <http://www.opas.org.br/sistema/arquivos/Manual_final.pdf> Acesso em 16 jun. 2005.

ORLANDI, E.P. (Org). **Gestos de leitura da história do discurso**. 6 ed. Campinas – São Paulo: Editora da UNICAMP, 1997.

PARENTE, E.M.V. GOMES, F.J.T.F; SANTANA, F.S.; DIAS, M.S.A. Serviço de Nefrologia. In: ARAGÃO, A. E. A.; MARCELINO, M. F.; XIMENES, F. R. G. (Coord). **Diretrizes do Serviço de Enfermagem**. Sobral: Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de Sobral, 2002.

PAIM, J.S. Vigilância da Saúde: dos modelos assistenciais para a promoção da saúde. In: CZERESNIA, D.; FREITAS, C.M. (Org.). **Promoção da Saúde: conceitos, reflexões, tendências**. 20. ed. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2003. p. 161-174.

PAIM, J.S.; ALMEIDA FILHO, N. **A Crise da Saúde Pública e a Utopia da Saúde Coletiva**. Salvador: Casa da Qualidade Editora, 2000.

PAIVA, T.R.S.; DIAS, M.S.A.; VIEIRA, N.F.C. **Modelo de Cuidado de enfermagem à pessoa com Insuficiência Renal Crônica** – enfoque na educação em saúde. Sobral: Universidade Estadual Vale do Acaraú, 2004.

PATTON, M. **Qualitative evaluation methods**. Londres. Sage Publications, 1986.

PEREIRA, I. M. T. B.; PENTEADO, R. Z.; MARCELO, V. C. Promoção da saúde e educação em saúde: uma parceria saudável. **Mundo Saúde**, São Paulo, v. 24, n.1, p. 39-44, jan./fev. 2000.

PIERIN, A. M.G. et al. O perfil de um grupo de pessoas hipertensas de acordo com conhecimento e gravidade da doença. São Paulo. **Rev Esc Enf USP**, v.35, n.1, p.11-8, mar. 2001.

PILON, A . F. Desarrollo de la educación en salud: una actualización de conceptos. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 20, n.5, p. 391-396, 1996.

PINHEIRO, R. As Práticas do Cotidiano na Relação Oferta e Demanda dos Serviços de Saúde: um Campo de Estudo e Construção da Integralidade. **Laboratório de Pesquisas sobre**

Práticas de Integralidade em Saúde. Disponível em: <<http://www.lappis.org.br/cgi/cgilua.exe/sys/start.htm?sid=25&inford=149&tpl=view%5Fparticipantes>> Acesso em 9 jun. 2005.

PINTO, M.J. **Comunicação e discurso: introdução à análise de discurso.** São Paulo: Hacker Editores, 1999.

PORTO, L.S. O paciente problema. In: DUNCAN, B.B. **Medicina Ambulatorial: condutas clínicas em atenção primária.** 2ª. Ed. Porto Alegre. 1996. cap.7, p.586-592.

QUEIROZ, M.V.O. **Rede de significados da educação em saúde: prática dos profissionais no cuidado da criança.** 2003. 256p. Tese (doutorado em enfermagem) – Programa de Pós-graduação em Enfermagem, Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, 2003.

RAMOS, F. R. S.; VERDI, M. M.; KLEBA, M. E. **Para pensar o cotidiano: educação em saúde e a práxis da enfermagem.** Florianópolis. Editora da UFSC, 1999.

RESTREPO, H. E.; MÁLAGA, H. **Promoción de la Salud: Como construir visa saludable.** Bogotá. Editora Médica Internacional, 2001, 298p.

REZENDE, J.M. **Trajetória histórica da clínica médica e suas perspectivas.** Palestra proferida na Jornada de Clínica Médica para estudantes de medicina. Goiânia. 19/08/1998. Disponível em: <http://usuarios.cultura.com.br/jmrezende>. Acesso em 24 de junho de 2003.

RIBEIRO, E.M. As várias abordagens da família no cenário do programa / Estratégia de Saúde da Família (PSF). **Rev. Latino- Americana de Enfermagem.** São Paulo, v. 12, n. 4, p. 658-664, jul. 2004.

RIELLA, M. C. **Princípios de nefrologia e distúrbios hidroeletrólíticos.** Rio de Janeiro: 3ed. Ed: Guanabara Koogan. 1996.

RITTMAN, M.; et al. Living with renal failure. **ANNA J.** v. 20, n. 3, p. 327-331, 1993.

SALES, I. **Caderno de Referência: Programa de Capacitação dos Conselheiros Municipais de Educação.** Ministério da Educação, 2004.

SALLES JÚNIOR, L.D. et. al. Fatores relativos a prevalência do vírus da hepatite C em hemodiálise. **XI Outubro médico**. Anais.... Fortaleza- Ceará. 24 a 28 de outubro de 1995.

SALLES JUNIOR, L.D.; SANTOS, P.R. Osmose reversa e a qualidade de vida do renal crônico. **Revista da Santa Casa de Misericórdia de Sobral**. Sobral, ano 2, n. 11, p. 16-17.

SAMPAIO, F. P. R. **O tratamento renal em acompanhamento ambulatorial: análise do autocuidado higiênico – dietético e medicamentoso**. 1999, 101p. Dissertação (Mestrado) - Universidade Federal do Ceará.

SANTOS, B. S. **Um discurso sobre as ciências**. 11^a ed. Portugal: Afrontamento. 1999.

SÃO PAULO (Estado). Secretaria Municipal da Saúde. **Acolhimento: o pensar, o fazer, o viver**. São Paulo, 2002.

SCHERER, M.D.A.; MARINO, S.R.A.; RAMOS, F.R.S. Rupturas e resoluções no modelo de atenção à saúde: reflexões sobre a estratégia saúde da família com base nas categorias kuhnianas. In: **Interface: Comunicação, Saúde, Educação**. v. 9, n. 16, p. 9-24. set. 2004.

SILVA, A. L.; et al. Comunicação e enfermagem em saúde mental – reflexões teóricas. **Rev. latino-am.enfermagem**. Ribeirão Preto, v.8,n.5,p.65-70, out. 2000.

SMEKE, E.de L. M. Educação popular em saúde e formação profissional. **Revista de atenção primária à saúde**. Minas Gerais, ano 4, n.º 9, p. 25-32, Dez/01- Mai/02.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE NEFROLOGIA. Banco de teses. Disponível em: < <http://www.sbn.org.br/teses.htm>>. Acesso em: 06 de maio de 2003.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE NEFROLOGIA. Diretrizes Clínicas. **J. Brás. Nefrol.** 2000; 22 (Supl 5): 1-3.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE NEFROLOGIA. **IV Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial da Sociedade brasileira de Cardiologia, Sociedade brasileira de Hipertensão e Sociedade brasileira de Nefrologia**. Departamento de Hipertensão Arterial, 2002. . Disponível em: <http://www.sbn.org.br/diretrizes/htm> . Acesso em 10 de setembro de 2002.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE NEFROLOGIA. **Diretrizes da Sociedade Brasileira de Nefrologia para a Condução da Anemia na Insuficiência Renal Crônica**. Disponível em: <http://www.sbn.org.br/diretrizes/htm> . Acesso em 06 de maio de 2003.

SOUSA, F. das C. Enfermeiras em crise epistêmica. In: SILVA, Y. F. e FRANCO, M. C. (Org.). **Saúde e doença: uma abordagem cultural da Enfermagem**. Florianópolis: Papa-livro, 1996. Cap. II. p.19.

SPRADLEY, J. **Participant observation**. New York. Winston, 1980.

SUCUPIRA, A. M.; MENDES, R. Promoção da Saúde: conceitos e definições. **Rev SANARE – Revista de Políticas Públicas**. Jan.Fev.Mar. 2003 – Ano IV – N. 1. p. 7-10.

SUCUPIRA, A. C. Marco Conceitual da Promoção da Saúde no PSF. **Rev SANARE – Revista de Políticas Públicas**. Jan.Fev.Mar. 2003 – Ano IV – N. 1. p. 11-14.

THOROGOOD, N. What is the relevance of sociology for health promotion? In: BUNTON, R.; MACDONALD, G. **Health Promotion: disciplines and diversity**. New Fetter Lane, London.1992. Chapter 3. p. 42-65.

TONES, K. **Health education as empowerment: from promotion today**. Loudon: HEA, 1998.

TONES, K. Health Education as empowerment. In: **Debates and Dilemmas in Promoting Health**. A reader. Editors: Sidell, Moyra; Jones, Linda; Katz, Jeanne and Peberdy, Alyson. Houndsmills. MacMillam Press. 1997:33-41.

TRANSPLANTE renal histórico. **Diário do Nordeste**. Fortaleza, 27 de jun. de 1992. Editorial, p. 1.

TRIVIÑOS, A. N. S. **Introdução à Pesquisa em Ciências Sociais: a pesquisa qualitativa em educação**. São Paulo: Atlas, 1987.

VEIGA NETO, A.J. Cuidar e pesquisar: a interdependência e a interdisciplinaridade. In: SEMINÁRIO NACIONAL DE PESQUISA EM ENFERMAGEM, 10., 1999, Gramado. **Anais...** Gramado: ABEn, 1999. p. 73-76.

VICTORA, C.G.; KNAUTH, D.R.; HASSEN, M. de N. A. **Pesquisa qualitativa em saúde:** uma introdução ao tema. Porto Alegre: Tomo Editorial, 2000. 136p.

VIEIRA, N. F. C. **Issues in the Implementation of a School-Based HIV/AIDS:** Education Project in Fortaleza, Brazil. Bristol, 1998, 261p. These (Doctor) – University of the Bristol, School of Education.

VIEIRA, N.F.C. **Educação em saúde e processo de mudança:** Antecedentes históricos e sociais das políticas públicas e suas tendências na educação em saúde. Fortaleza – CE, 2003. (MIMEO).

WESTPHAL, M. F. O Programa de Saúde da Família: um compromisso com a qualidade de vida. **Rev SANARE – Revista de Políticas Públicas.** Jan.Fev.Mar. 2003 – Ano IV – N. 1. p. 19 - 26

APÊNDICES

APÊNDICE A

ROTEIRO PARA OBSERVAÇÃO PARTICIPANTE

- ◆ Evidências de práticas e discursos que caracterizem o modelo de atenção à saúde na clínica de diálise.
- ◆ Evidências de ações promotoras de saúde.
- ◆ Expressões de participação das pessoas em diálise.
- ◆ Ações educativas desenvolvidas.
- ◆ Comunicação entre profissionais e pessoas com IRC.
- ◆ Comunicação entre profissionais e familiares de pessoas com IRC.
- ◆ Ações comunitárias.
- ◆ Ações multi/interdisciplinares.
- ◆ Eu no campo (possibilidades e limites).

APÊNDICE B

ROTEIRO PARA ENTREVISTA

PARTE I: Dados de Identificação

Categoria profissional:

Idade:

Qualificação profissional:

Tempo de formação:

Tempo de atuação em nefrologia:

Outras atividades profissionais:

PARTE II: Perguntas Norteadoras¹

Questão A: Como você vê a atenção às pessoas portadoras de IRC na clínica de diálise?

Desdobramento:

Como você a vivencia na clínica? Descreva-a.

O que faz com que ela ocorra desta forma?

Quais ações que são desenvolvidas com maior intensidade? Por quê?

Através destes questionamentos buscamos conhecer o modelo de atenção à saúde na clínica de diálise; como os profissionais o vivenciam e quais os fatores que influenciam.

Questão B: Como você entende que deva ser a atenção a pessoa com IRC?

Desdobramento:

Quais ações deveriam ser desenvolvidas?

Por que elas são necessárias e como podem ser implementadas?

Por que você julga que este modelo é importante?

¹ Alguns questionamentos foram acrescentados à medida da necessidade de explorar as respostas aos questionamentos.

Por meio destes questionamentos buscamos inferir a imagem objetivo de clínica de diálise dos sujeitos sociais do estudo considerando suas potencialidades e limites.

Questão C: Como você descreve a comunicação dos profissionais de saúde com as pessoas com IRC?

Desdobramento:

Por que ocorre deste modo?

Qual a relação desta comunicação com o modelo de atenção as pessoas com IRC?

Este questionamento visou compreender melhor as relações existentes na clínica, particularmente do profissional com a pessoa em terapia hemodialítica, atento a inclusão da família neste processo.

Questão D: Como você caracteriza a participação das pessoas com IRC no seu processo saúde-adoecimento-cuidado?

Desdobramento:

Apresente evidências de como ocorre.

Como os profissionais podem contribuir para melhorar a participação das pessoas com IRC no seu processo saúde-adoecimento-cuidado?

Por meio destes questionamentos buscamos identificar se os profissionais reconhecem a participação como estratégia importante para a autonomia das pessoas com IRC em seu processo saúde-adoecimento-cuidado.

Questão E: Como esta clínica assiste e promove melhorias na saúde dos “pacientes”?

Este questionamento tem como objetivo central conhecer se os profissionais concebem a ação tradicional da clínica (a assistência) como uma ação promotora de saúde ou como ações distintas.

Questão F: Qual o seu entendimento de promoção da saúde?

O objetivo deste questionamento foi conhecer o significado de promoção da saúde para os profissionais e como a promoção da saúde pode ser desenvolvida a partir da clínica

ESPAÇO ABERTO PARA O SUJEITO SOCIAL REALIZAR COMENTÁRIOS

ESPAÇO PARA REGISTROS DA PESQUISADORA

2019

APÊNDICE C

QUADRO 5 TEXTOS EXTRAÍDOS DAS ENTREVISTAS COM O GRUPO 1 - MÉDICOS

Núcleos de Sentido	Autor 1	Autor 2	Síntese
<p>Modelo Vigente de atenção à saúde</p>	<p>O tempo maior e quase total é dedicado aos aspectos técnicos do procedimento dialítico; faz-se necessário um maior número de profissionais.</p> <p>Basicamente técnica, se preocupar com a melhor máquina, com as melhores funções, as melhores medicações, se preocupar com as queixas orgânicas,</p>	<p>As queixas profissionais são tão prevalentes, que no dia-a-dia os pacientes costumam se dirigir aos profissionais de saúde quanto às queixas clínicas. Como há muito problema clínico nos pacientes, não há estímulo pelos profissionais para que os pacientes também expressem inquietudes emocionais.</p> <p>A grande dificuldade (...) é que há poucos profissionais envolvidos, (...) sendo assim os profissionais priorizam o “atendimento” às necessidades mais imediatas: complicações, intercorrências (...) na prática contamos só com médicos e enfermeiros).</p> <p>(...) terapia dialítica adequada, que é a maneira pela qual se garante a vida dos pacientes portadores de insuficiência renal crônica. Esta terapia dialítica “adequada” envolve certa complexidade: raciocínio clínico, médico, tecnologia adequada, manutenção das máquinas, controle de qualidade da água, utilização de bons materiais; assistência técnica de auxiliares de enfermagem bem formados.</p>	<ul style="list-style-type: none"> * Predomínio da atenção biologicista com ênfase nas queixas clínicas e no tratamento dialítico. * Quantidade restrita de profissionais conduzindo ao privilégio do atendimento de necessidades biológicas. * A terapia dialítica é a maneira pela qual se garante a vida dos portadores de IRC.
<p>Modelo desejado de atenção à saúde</p>	<p>(...) abrir para outros profissionais, seria a primeira atitude (...) o terapeuta ocupacional, por exemplo, (...) aproveitar o momento do tratamento para instituir uma atividade (...)</p>	<p>Aulas expositivas, reuniões para tirar dúvidas dos pacientes, palestras abertas a diversos profissionais envolvidos com o cuidado. Estas ações só podem ser</p>	<ul style="list-style-type: none"> * Ampliação da equipe de profissionais para o desenvolvimento de ações ocupacionais, educativas (informativas sobre a doença e o

<p>Modelo desejado de atenção à saúde (cont.)</p>	<p>educacional, alfabetizar essas pessoas, tentar oferecer uma oportunidade de profissionalização, esclarecer sobre a doença, tratamento.</p> <p>Agente tem mania de ficar enganchado aos problemas, eu não tenho (...) (<i>medicamentos</i>). Mas, eu só uso a palavra para me lamentar, a gente não age com as coisas que a gente tem, é preciso se permitir nessas atividades que não tem nenhum gasto a não ser o gasto do tempo e o emocional.</p>	<p>implementadas após construção de um grupo multiprofissional.</p> <p>Os temas a serem abordados devem surgir dos próprios pacientes, a partir das tais “reuniões abertas para tirar dúvidas”..., daí as dúvidas mais frequentes se tornariam temas.</p>	<p>tratamento, considerando as necessidades expressas pelos pacientes e formativas por meio da alfabetização)</p>
<p>Comunicação</p>	<p>As queixas mais importantes são aquelas que não são ditas aos profissionais, do semi-abandono emocional, ele tem no profissional o seu amparo e é aquele cidadão que ele pode falar o que ele quiser que isso não irá comprometer a relação. A estratégia para isso seria diminuir a distância, procurar aquelas queixas que você sabe que existem, mas que nunca chegam e não vão chegar até você.</p> <p>Com muita dificuldade, eu estabeleci agora uma maneira de me comunicar, de me obrigar a me comunicar com os pacientes. Existem pacientes que querem todo mês conversar com você, mas não é um encontro qualquer como lá na sala, eles querem uma comunicação individualizada, eles querem ser ouvidos de modo singular. Mas, existem outros, que é a grande maioria, que nem sabe que tem o direito de se comunicar com os profissionais; esses daí que a gente acaba não tendo muito contato. Nós efetivamos uma consulta mensal, eles vêm aqui de uma maneira profissional – paciente, de modo muito reservado embora ele não possua</p>	<p>Já é bem estabelecida a influência do estado emocional sobre a evolução das doenças. E a boa comunicação entre cliente e profissional de saúde propicia um equilíbrio emocional. A comunicação para ser efetiva depende de uma “igualdade” de condições entre as duas partes. É preciso por parte do profissional usar linguagem adequada, ter compreensão das dificuldades que envolvem o paciente doente (debilidade física, insegurança, interferência familiar), e afetividade. É impossível comunicação sem afeto. Em vivência no dia-a-dia a complexidade que é efetuar este tipo de comunicação. Os três fatores citados, necessários para a comunicação são difíceis de ser atingido.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ✦ Relação profissional estabelecida (agendada) a partir de queixas orgânicas. ✦ A comunicação para ser efetiva depende de uma “igualdade” de condições entre as duas partes. ✦ Há três fatores primordiais: linguagem adequada por parte do profissional, compreensão das dificuldades pelas quais passam os pacientes e afetividade. ✦ O profissional é para o paciente o amparo, sem medo de prejuízo na relação.

	<p>queixa nenhuma, então eu tenho procurado incentivar nos próprios pacientes esses encontros independente de como eles estejam: vai à secretária e fala que está precisando falar com o médico(...) sobre os seus exames. (...) Estou me apegando a uma coisa fria, que é a bioquímica, para que nesse momento agente possa entrar em algo mais abstrato, é como é que estar a sua vida? Porque ele não tem muita oportunidade de conversar sobre isso, com o colega (...) não vale a pena, pois ele vai falar sobre coisas que o outro já sabe, (...) é uma comunicação conspiratória, é sempre reivindicatória, (...) a favor da mesma causa e eu acho isso correto, mas dizer para o outro aquilo que o outro já conhece não tem graça, a família (...) vai sempre ser um fardo a mais, então essa comunicação como tem que ser com um profissional.....</p>		
Participação	<p>Não são participativos por desconhecerem a gênese de sua doença e por falta de estímulo da equipe para mudanças nos hábitos de vida (saudáveis) para melhoria, diminuição da mortalidade.</p>	<p>Socialmente, são pessoas sem “experiência” de participação. Acho que esta falta de participação tem a ver com o nível social de nossa clientela</p>	<ul style="list-style-type: none"> ✦ Pessoas portadoras de IRC pouco participativas por falta de conhecimento, estímulo e baixo nível sócio-econômico.
Promoção da saúde	<p>É o bem estar biológico, psíquico e de total integração da sociedade, sem limitações pela doença.</p>	<p>“terapia dialítica adequada” como meio de promoção da saúde</p>	<ul style="list-style-type: none"> ✦ É o bem estar biológico, psíquico e de total integração da sociedade, sem limitações pela doença. ✦ “terapia dialítica adequada” como meio de promoção da saúde

APÊNDICE D

QUADRO 6 – TEXTOS EXTRAÍDOS DAS ENTREVISTAS COM O GRUPO 2 - ENFERMEIROS

Núcleos de Sentido	Autor 1	Autor 2	Autor 3	Síntese
<p>Modelo vigente de atenção à saúde</p>	<p>As orientações são, na maioria das vezes, verbais durante as sessões de diálise, já que é nesta hora que nós podemos orientar sobre a doença, ouvir as queixas deles.</p>	<p>A diálise é o tratamento que é visto como mais importante; é para ela que nós dedicamos mais tempo. As outras atividades vão se encaixando na medida da necessidade e da possibilidade. Nós também nos preocupamos com os medicamentos, só que nem sempre depende de nós para que eles tenham os remédios que precisam.</p>	<p>É assim, a gente procura cuidar mais da parte física: o controle hidro-eletrolítico, a sobrecarga de volume. Na parte social a gente conversa com a família (...). Nós da enfermagem procuramos ver até a parte mental (...) Quanto aos medicamentos, (...) a gente tem muita dificuldade com os municípios para repassar anti-hipertensivo. Aí, muitas vezes, é a própria clínica que fornece (...).</p> <p>Eles apresentam muita dificuldade de transporte, no período agora pós-eleição foi horrível, pois os prefeitos que perderam não queriam mais disponibilizar as ambulâncias, outras vezes, as ambulâncias quebram (...)</p>	<ul style="list-style-type: none"> ♦ Tempo maior dedicado ao tratamento dialítico, ao controle do corpo biológico e potencializado com orientações e processamento de queixas. ♦ Elucidam que algumas ações não estão na governabilidade dos profissionais, mesmo assim, a clínica busca responder as necessidades ♦ A família é envolvida no processo de cuidar; ♦ Assistência marcada por problemas estruturais e conjunturais
<p>Modelo desejado de atenção à saúde</p>	<p>Primeiro para eles terem educação no próprio corpo deles (...) alimentação sem sal, sem potássio, promover uma educação e um acompanhamento, (...) eles perguntam o que é o potássio, você explicar que é um elemento que contém na alimentação.</p>	<p>Orientações sobre a alimentação, sobre a vida deles em casa..</p> <p>É preciso ampliar o conhecimento dos pacientes sobre insuficiência renal, mostrar como funciona os</p>	<p>Lá precisa muito de outros profissionais: psicólogo, nutricionista, assistente social. Mas, assim, eu acho no direito de ajudar, eu não vou dizer que o problema do paciente é do psicólogo e aí eu não vou</p>	<ul style="list-style-type: none"> ♦ Estímulo ao auto-cuidado e desenvolvimento de ações de informação e educação em saúde por meio de recursos áudio-visuais, com ênfase na doença e tratamento sobre o prisma biológico.

<p>Modelo desejado de atenção à saúde (cont.)</p>	<p>... o ideal para mim seria se tivesse um vídeo para todo o dia ter um assunto diferente para eles ouvirem, verem e assimilarem mais, um filme sobre o tratamento deles como é que eles se sentem, como agem, também precisamos de pessoas para nos ajudar a alfabetiza-los (...) Orientar o que o hipertenso pode comer e não pode, esclarecer mais, para eles saberem o que é, pois eles não tem coragem de perguntar e não sabem o que é.</p>	<p>rins, sobre o prognóstico de vida deles, sobre a dieta, as medicações...por meio de palestras, fazer um acompanhamento...</p>	<p>fazer nada. Outra coisa importante é ensinar mesmo os pacientes e seus familiares sobre a doença e o tratamento.</p>	<ul style="list-style-type: none"> * Necessidade de atuação de uma equipe multiprofissional.
<p>Comunicação</p>	<p>Para que ele (<i>o paciente</i>) possa se aproximar de você, para você deve tratar bem dele, porque o paciente não é um objeto, agente tem que dar mais atenção para eles (...) valorizar o paciente, as perguntas e as queixas, não achar que é besteira, que às vezes é só para chamar atenção para ter alguém mais perto deles.. Eu como enfermeira paro para ouvi-los e encaminho a quem de direito: psicólogo, nutricionista, médico, etc.</p>	<p>A comunicação é muito valida, pois sem a comunicação nós não poderíamos fazer as orientações. (...) perguntar como está sendo o dia-a-dia deles, quais as dificuldades que enfrentam. (...) Talvez precisássemos melhorar a relação da equipe como um todo, a qual passa por um momento de desmotivação e isso acaba refletindo na nossa prática, no nosso relacionamento com os pacientes. Os pacientes, às vezes, não encontram tempo nos profissionais para ouvi-los adequadamente.</p>	<p>Na medida do possível quando notamos um cliente com comportamento diferente como: angústia, medo, procuramos saber o motivo. Nós profissionais nos preocupamos, por exemplo, com a sobrecarga hídrica. É sobre isso que a gente mais conversa com os pacientes, dizendo quais são os riscos que podem acarretar para a saúde deles, falamos o peso ideal, mostramos exemplo de colegas deles que não aderiram bem e se deram mal.</p>	<ul style="list-style-type: none"> * Compreensão do paciente enquanto pessoa que deve ser sujeito de seu processo; * Comunicação pautada na relação queixa-conduta/encaminhamento; * Comunicação como sinônimo de orientação; * Necessidade de melhorar a relação entre membros da equipe e dos profissionais com as pessoas que dialisam.

Participação	<p>Porque eles mesmos não procuram se cuidar, eles só querem que agente cuide deles, você não pode cuidar de uma pessoa, no máximo que agente faça, (...) eles têm que se ajudar tem que tomar a medicação, tem que vir para as sessões de hemodiálise, nós só damos o que o reforço, a ajuda. Em linhas gerais é assim não participam, só fazem reclamações e são poucos esclarecidos. Os que entendem alguma coisa procuram mais informações.</p>	<p>A participação deles é muita pequena, até porque eles não conhecem ou não se interessam em conhecer bem a doença e qual o papel deles, aí acabam achando que o tratamento é de responsabilidade só do profissional.</p>	<p>Poucos se interessam em aprender mais sobre sua doença e tratamento. Eles participam de modo muito tímido, só, às vezes, é que perguntam, poderia ser bem melhor... Acho que isso é deles mesmo, nós não somos culpados.</p>	<ul style="list-style-type: none"> * Entendimento de participação como seguimento a terapêutica indicada, sendo, portanto, passivo o papel do paciente. * Participação passiva, na visão dos profissionais há uma delegação do cuidado para o outro (profissional).
Promoção da saúde	<p>Promover qualidade de vida para os pacientes..</p>	<p>É a gente procurar fazer o melhor para o paciente ter uma participação maior com eles..</p>	<p>É manter a pessoa no bem-estar físico, social e mental.</p>	<ul style="list-style-type: none"> * Melhorar a qualidade de vida, é a busca do bem-estar integral e deve-se ampliar a participação.

APÊNDICE E

QUADRO 7 TEXTOS EXTRAÍDOS DAS ENTREVISTAS COM O GRUPO 3 – TÉCNICOS E AUXILIARES DE ENFERMAGEM

Núcleos de Sentido	Autor 1	Autor 2	Autor 3	Autor 4
Modelo vigente de atenção à saúde	Dependendo do meu plantão, eu posso ter um tempo para conversar com algum familiar ou com o próprio paciente, e algumas vezes, não dar, por exemplo, nos casos dos pacientes agudos (IRA), eu tenho que fazer controle direto da situação dele porque são pacientes mais graves. A orientação a dieta é mediante a uma apostilha. Os outros profissionais fazem seus trabalhos como podem, mas, como são poucos, acabam valorizando mais a diálise.	Quanto a diálise, apesar das máquinas apresentarem alguns problemas, nós fazemos o melhor que podemos. No que diz respeito a alimentação a gente já cansou de dizer o que eles podem e não podem comer. A gente orienta sobre a medicação é orientado, mas não é fiscaliza muito.	Nós temos uma grande missão de estar orientando o que ele deve consumir na alimentação. (...) o que eu acho é que não tem espaço para interação, é uma coisa tão rápida, chega à sala, liga, é muito rápido.	Atender as queixas (...) Administramos medicação quando recomendado, fazemos curativos, verificamos os sinais vitais, e claro, dialisamos. Também conversamos um pouco durante a diálise, tentando resolver alguns problemas deles.
Modelo desejado de atenção à saúde	Quando a gente está lidando com o paciente dentro de um hospital, pode colocar a família desse paciente envolvida com o tratamento para que no momento em que ele sair do hospital, dar continuidade ao tratamento em casa. Poderia criar estratégias dentro da própria clínica, mediante reuniões, conversariamos, de ter pessoas disponíveis para aquelas funções, seja para orientar paciente, conversar, explicar a problemática, enfim, mostrar sugestões, soluções mesmo de como melhorar seu a	Há a necessidade de envolver melhor a família porque a família da maioria só participa quando eles adquirem a doença, e depois desprezam. Algumas atividades que pensassem na dificuldade de transporte, muitos chegam atrasados a diálise não por culpa deles, mas por falta de transporte. Caminhar por exemplo, seria um hábito saudável para ele, porque ele vai caminhando, ele vai suando, vai perdendo um pouquinho de líquido, também melhora a circulação... Fiscalizar mesmo, assim, no controle	Se tivesse outro momento que não fosse o da diálise, tipo assim, quando a gente fazia aquele teatro, na época da educação em saúde, aí seria um momento de interação. Também as pessoas já entram querendo sair uma hora antes, porque o carro não espera. A sala de espera é um bom espaço para desenvolver atividades educativas, lúdicas, mas a gente não tem tempo para ficar ali. Aí poderíamos orientar melhor em relação a alimentação, (...), a fistula.Eu	É preciso dar mais atenção aos pacientes, eles precisam ser melhor escutados (...) Talvez algumas reuniões com eles e com os profissionais, falando sobre eles mesmos, perguntando, porque muitas vezes eles não falam o que querem, não encontram tanto ambiente para. Poderia utilizar alguns materiais tipo: Panfletos informativos, jornais...falando sobre a própria doença deles, orientações da dieta....

	Problemática, enfim mostrar soluções, sugestões. As ações de orientações devem permear rotineiramente, os momentos específicos são todos aqueles que a gente lida com eles, então é um continuum.	ele vai caminhando, também melhora a circulação... Fiscalizar mesmo, assim, no controle hídrico, eu acho que da para fiscalizar...	lúdicas, mas a gente não tem tempo para ficar ali. Aí poderíamos orientar melhor em relação a alimentação, (...), a fístula. Eu acho que é uma ação educativa contínua ajudaria muito.	orientações da dieta....
Participação	Não cumprem com a dieta, não seguem a medicação ou mudam a mesma sem orientação médica e faltam o tratamento dialítico no dia em que eles acham de menos risco que é o meio da semana.	Alguns participam, alguns perguntam, alguns reagem, são conscientes do que é melhor para o seu bem-estar. Mas outros não...	A participação deles depende também dos profissionais, muitas vezes eles têm medo de contar seus problemas para o médico, mas para os enfermeiros e auxiliares eles contam.	A maioria não é participativa, são pacientes que costumam dizer que querem aproveitar a vida e devem comer de tudo.
Promoção da saúde	É promover bem-estar, uma melhor qualidade de vida, de saúde. Dentro de um hospital, atender bem, melhorar o serviço, deixar em melhores condições.	Não dar tanta importância só a doença, dar importância também a pessoa que não está doente, para que ele não venha a ficar doente, (...) tipo assim economiza mais o sistema, por exemplo, uma vacina contra a tuberculose.	Através da minha orientação falar certo, diante desse certo,... falar o certo: Dizer a verdade, eles tem condições de entender, mesmo os que não tem estudo e aí eles decidem se querem seguir ou não se cuidar.	É promover reuniões e através das reuniões desenvolver ações para que pessoa coloque em prática o que aprendeu.
Comunicação	A gente conversa de modo bem claro tenta entendê-lo. Comunicação é uma relação de confiança, de diálogo. Mas, isso ocorre com mais frequência com os auxiliares e técnicos devido a proximidade que temos com o cliente.	Há uma relação muito boa entre a equipe de trabalho e os pacientes; só não é tão boa com os médicos. A distância dos pacientes com a equipe médica, é uma das dificuldades do centro (<i>clínica de diálise</i>).	A gente tem a oportunidade de ficar conversando com eles na sala, alguns perguntam as coisas para a gente, (...) a gente orienta que ele tem que comer menos, tenta orientar dentro do nosso conhecimento.	Até no momento quando eles estão em tratamento, a gente vai conversando, vai passando o tempo durante a diálise, eles sentem até menos sintomas, cefaléia, a gente passa a conhecer mais eles.

**QUADRO 7 TEXTOS EXTRAÍDOS DAS ENTREVISTAS COM O GRUPO 3 – TÉCNICOS E AUXILIARES DE ENFERMAGEM
(CONT.)**

Núcleos de Sentido	Autor 5	Autor 6	Autor 7	Autor 8
Modelo vigente de atenção à saúde	Orientar, orientar a gente orienta, mas às vezes não resolve....sobre seguir a dieta, restrição de líquidos, tem outros que não tem cuidado consigo mesmo.	Eu oriento para eles não comerem tudo que eles querem comer, por exemplo, o feijão, (...) se você tem vontade de comer uma fruta se você tem vontade de comer aquela fruta, você traga na hora da diálise. Orientamos também para não ganhar muito peso.	Eu tenho uma facilidade para lidar com os pacientes, quando eu vejo o paciente assim fazendo alguma coisa errada, aí eu explico: olhe isso daí não estar muito certo, então na conversa eles nem percebem ...fora isso, eu faço o que todo mundo faz, dialisar, administrar os remédios quando necessário, etc.	Os pacientes não são bem orientados (...) Às vezes, a gente não faz alguma coisa porque não depende de nós. Ultimamente faltou eprex e noripurum, aí (...) a clínica vai tentando diminuir sinais e sintomas por meio de remédios, de orientação. O tempo maior é para ligar e desligar os pacientes das máquinas; preparar os materiais.
Modelo desejado de atenção à saúde	É preciso envolver outros profissionais e a família, isso ajudaria bastante, pois tem paciente que a família nem aparece. Já teve episódio de pacientes que entram em diálise e a família não saber de nada, e que eu já orientei o paciente está fazendo isso, expliquei tudo o que eles poderiam comer e não comer ... Procure um responsável, pois eu sou só uma auxiliar, não sou enfermeira e nem doutora, aí eles dizem: “mas você explicou tudo, eu entendi tudo”.(Por	Eu acho que era para ter um estudo mais profundo para a gente ser mais orientado. E para os pacientes passar algum vídeo que fale dos tipos de alimento, com uma pessoa na sala de espera disponível só para sessão educativa, fazendo uma programação, fazer jornalzinho, teatrinho.. Que tratasse dos temas: Problemas com as fístulas, sobre o aumento de líquido, a questão da urina e outros.	Teria que ser um projeto desempenhado pela equipe toda, para envolver todos os profissionais da clínica, teria que todo mundo sentar e conversar e projetar...Se eu tivesse oportunidade, assim tempo, eu iria descobrir de cada paciente o que ele gosta de fazer, assim descobrir um tipo de arte, um desenho, seria um entretenimento para eles passarem o tempo...são quatro horas três vezes por semana.	Informações sobre o que eles podem comer e o que eles não podem ... Se todo mundo pelo menos se empenhasse de pelo menos entregar aquela dieta que está escrita e explicar, porque se todo o auxiliar tivesse o interesse de explicar aquela dieta seria melhor...

	<p>que?) Acho que é o popular, pois já tinham explicado e eles não tinham entendido e quando eu expliquei já tinham....</p> <p>Fazer teatro, com um pouco de humor, falando de uma maneira mais popular, fazer palestras, eu acho que por mais que agente explique para eles vão entender, mas não vão aceitar.</p>			
Comunicação	<p>São vários pacientes, tem que ter muita cabeça para ter diálogo com cada um de forma diferente, (...) a gente precisa conhecer algum tempo o paciente, para se ter que chegar em uma comunicação correta para eles entenderem... Exige um pouco do profissional, pois o mesmo preciso ter um pouco de instrução, alguém que oriente para cada tipo de situação... Tem paciente que tem uma cultura melhor, sabe o que é o potássio, o sódio, o que eles causam, diferente daqueles que não tem nenhuma cultura, quer dizer estudo, que a gente já chega de uma forma diferente...</p>	<p>A relação entre profissionais e pessoas portadoras de IRC eu concordo que seja importante, mas desde que tenha um limite, tratar o paciente sempre como paciente, o paciente no lugar dele lá e eu no meu aqui como auxiliar para não confundir, porque às vezes a gente tem uma intimidade tão profunda com os pacientes que você tem que agir passionalmente, porque devido a gente brincar com os pacientes, e eles dizem que porque eles estão sentindo uma dor querem logo a medicação, a gente explica que tem que perguntar para o médico e eles dizem mais você não é minha amiga traga logo o buscopan ?</p> <p>Eu acho que é a relação é boa</p>	<p>Na diálise a comunicação é importante no tratamento porque é um tratamento de rotina, o paciente retorna três vezes por semana, aí se a pessoa passar mais confiança para o paciente, ele irá se sentir mais confiante com um tempo...o que eu vejo é que no centro de diálise não tem espaço, às vezes, eles estão na recepção esperando, o tempo que há é quando eles estão fazendo o tratamento, nas 4 horas, então nesse tempo, agente procura conversar com eles para puxar assunto... Acontece, às vezes, que o próprio portador tem medo de expressar seus sentimentos para os profissionais (nem todos,</p>	<p>Uma vez teve um caso em que eu falei com uma paciente que ela tivesse cuidado para não engravidar e ela pensava que quem fazia o tratamento não conseguia engravidar, quer dizer falta de informação. Então, se a gente tem um bom relacionamento, no dia-a-dia a gente vai conversando sobre isso.</p>

		entre o auxiliar e o paciente, até mesmo com os enfermeiros, só que a comunicação com os médicos é mais distante...	ne?)	
Participação	Os pacientes não gostam de dar informações sobre eles. Os profissionais é que percebem alterações e indagam.	Muitas vezes eles exigem coisas que não estão no alcance dos auxiliares... e não fazem a parte deles. Eles acham que o aux. é tudo, devido a própria doença, eles acham que nós somos escravos, eles querem puxar a gente também, acho que eles se sentem fracos e transfere para gente. Os mesmos, muitas vezes, não aceitam, não querem ser participativos. Eu acho que não estar como estava antes, tinha que ter mais nefrologista, mais enfermeiro e selecionar melhor os auxiliares.	Não participam mesmo, são pessoas portadoras de IRC, difíceis de conscientizarem, no que diz respeito as melhorias de suas próprias vidas. A maioria não liga para as comidas.	Alguns demonstram interesse e ajudam na melhoria do andamento do tratamento. Infelizmente é um número pequeno; a gente motiva e orienta, mas eles não querem muito.
Promoção da saúde	Fazer com que as pessoas que estão ao seu redor estejam tão bem quanto você esteja.. No caso da clínica de diálise tentar prolongar o máximo a vida deles(...) melhorar pelo menos a qualidade de vida deles através da dieta, restrição de líquido.... A clínica que antes eu	Procurar melhorar de vida... aí entra tudo: não ter doença, ter condições financeiras...	Depende de um acompanhamento mais de perto a saúde dos pacientes.....	É ter medicação e (...) orientação de como tomar a medicação, para eles terem um estilo de vida bem melhor. Tem paciente que mesmo tendo condições não compra a medicação, nem que eles passem mal com a pressão alta..

	trabalhei teve isso, hoje eu acredito que não..., depende das da equipe e das ações realizadas para a clínica promover saúde.			
--	---	--	--	--

QUADRO 7 TEXTOS EXTRAÍDOS DAS ENTREVISTAS COM O GRUPO 3 – TÉCNICOS E AUXILIARES DE ENFERMAGEM (CONT.)

Núcleos de Sentido	Autor 09	Autor 10	Autor 11	Autor 12
<p align="center">Modelo vigente de atenção à saúde</p>	<p>A diálise, a dieta e os medicamentos é o tratamento que sustenta o paciente vivo, então a gente acaba desenvolvendo mais estas ações, agora quando tem tempo, a gente conversa, orienta, etc.</p>	<p>A diálise né? Eles falam que tem pouco auxiliar para eles, que faltam médicos para eles, eles exigem muito o médico... aí a gente explica que muitas coisas a gente pode resolver e na hora que precisar o médico vai estar lá, mas eles querem é o médico perto dele.</p>	<p>O que mais fazemos é dialogar com os pacientes sobre a alimentação</p>	<p>A gente é livre, porque são quatro horas de tratamento, é livre para fazer algo com eles, basta agente ter vontade... Depende de cada profissional, tem quatro horas, é tempo demais para a gente conversar, orientar, brincar com eles. Agora quem quer só um emprego...punciona o paciente e não se interessa de fazer outras coisas.</p> <p>Também a gente orienta para que eles procurem o direito deles frente a prefeitura para que eles tenham uma vida melhor.</p>
<p align="center">Modelo desejado de atenção à saúde</p>	<p>Eu acho assim, conversar, ter mais tempo.....se tivesse uma pessoa só para isso dava certo ... Orientar sobre a dieta, medicação, evitar líquidos, controlar a pressão arterial..</p>	<p>Eu acho que é muito importante é a gente ser lembrado, e aqui é muito difícil a gente ser lembrado, como nos aniversários, eles ficariam mais felizes fazendo festinhas para eles, porque eles se acham inúteis e desprezados devido a doença... (um ruim é a gente saber que isso já foi feito e hoje não é mais)</p>	<p>Outras ações, só que contínuas como as que já desenvolvemos. Um exemplo é aquele quadro que fica perto da balança, até hoje em dia serve para alguns pacientes, que eles olham e dizem: Ah! Eu estou pesado, tenho que beber pouco líquido....</p> <p>O profissional deve sempre manter um diálogo, orientar para que ele se sinta melhor, para que eles não deixem de fazer outras atividades, não deixar de passear, viver sempre bem com a família.</p>	<p>Todo assunto deve ser abordado, principalmente sobre a doença deles, sobre a alimentação, sobre a maneira de vida que eles poderão levar daqui para frente.</p> <p>Era bom que a gente tivesse acesso a fitas para mostrar para eles também vídeos, cartazes são muito importantes...</p> <p>A gente precisava ter assim um grupo, se falasse com o administrador para promover umas fitas, a gente tivesse um flanelógrafo para a gente colocar uns cartazes. A família também é muito importante, se tivesse uma sala para que a gente tivesse reunião para</p>

			<p>procurar outras maneiras de viver melhor.</p> <p>Em minha opinião deveria ser assim, quando o paciente chegasse para fazer o tratamento, ter orientação sobre o tratamento, para eles não ficarem tão leigos perguntando: porque está tão lento? Porque que é assim? Poderia falar sobre o capilar, sobre as intercorrências que podem acontecer na clínica e também em casa, sobre o peso seco...</p>	<p>orientar também a família, principalmente no começo do tratamento, eu sei que no serviço de hemodiálise não existe só a enfermeira não, mas eu acho que para esse serviço aí precisaria ter uma enfermeira, uma para a parte burocrática outra para o cuidado, que aí essa enfermeira poderia fazer reuniões, palestras com as famílias, com os funcionários....</p>
Comunicação	<p>Eu acho que uma boa relação ajuda no tratamento para dar mais segurança, eles se sentem mais seguros durante o tratamento..</p> <p>Tem uns que são mais difíceis da gente se relacionar, conversar, entender, tens uns que não aceitam bem a doença e os que aceitam mais a doença tem mais facilidade de entender, perguntam mais ...</p>	<p>A gente os ajuda conversando sobre a vida pessoal, sobre a diálise, eles acham que só é importante tirar líquidos deles, e não é, tem que fazer a diálise, eu sempre chego brincando, contando piada, e às vezes eu estou com algum problema e eles percebem e vem me perguntar...Mas, muitas vezes nós não temos muito tempo para ouvir.</p>	<p>É importante ter um bom relacionamento entre os pacientes e os profissionais porque em tudo, a partir do momento, que existe uma comunicação é bom tanto para o paciente como para o familiar e o profissional. Também tem uns pacientes que passam por alguns problemas e ficam meio agressivos, então a gente tenta saber o motivo daquela agressão deles, às vezes, é pelo simples problema em casa que eles estão passando, e a comunicação iria ajudar nessa parte do tratamento.</p> <p>Eu acho que deve ser ali, na hora do tratamento, e que também não se deve ter muita</p>	<p>Para o desenvolvimento do trabalho é muito importante a comunicação com o paciente, é preciso se relacionar muito bem com eles até mesmo para a aceitação do tratamento, porque cada paciente tem uma vida diferente, e agente tem que procurar conversar com cada um de uma maneira diferenciada, conversar com eles aceitando a opinião deles e a aceitação deles para com agente até mesmo para a gente desenvolver o nosso trabalho bem feito.</p>

			<p>intimidade entre profissional e o paciente para não causar misturas de ambas as partes ...Quando eles chegam para fazer o tratamento, só em dar um bom dia, é muito bom para o paciente, e você pergunta: Como vai? Bom dia? Como foi seu dia anterior? Eu acho isso muito importante. Ele vai se achar uma pessoa importante. Eu acho que a partir daquele momento ele já vai aceitar mais o tratamento dele.</p>	
Participação	<p>Não há estímulo para que eles sejam participativos, eles não vêem espaço.</p>	<p>Não participam muitos não levam a sério o tratamento.</p>	<p>Não participam, apenas reclamam. Talvez porque muitos não encontram este espaço por não ter segurança nos profissionais.</p>	<p>Acho que os pacientes são bastantes participativos porque eles são receptivos as orientações.</p>
Promoção da saúde	<p>Melhorar, melhorar o atendimento, qualificar mais os profissionais para agir... o resto a gente corre atrás depois</p>	<p>Ter uma equipe de técnicos da saúde, que iriam verificar a pressão, glicemia como na saúde pública....</p>	<p>Seria dar um tratamento melhor para o paciente sem troca de algum benefício.</p>	<p>É exatamente isso daí, agente tem que se dedicar mais, tem que pensar mais neles, se colocando no lugar deles...</p>

QUADRO 7 TEXTOS EXTRAÍDOS DAS ENTREVISTAS COM O GRUPO 3 – TÉCNICOS E AUXILIARES DE ENFERMAGEM (CONT.)

Núcleos de Sentido	Autor 13	Autor 14	Autor 15	Autor 16
<p align="center">Modelo vigente de atenção à saúde</p>	<p>As ações que desenvolvemos vão muito ao encontro das necessidades dos pacientes. Eles vão para a unidade para dialisar ou por que estão com alguma intercorrência, também vão para realizar algum exame; aí, de acordo com as necessidades deles nós atendemos.</p>	<p>O tempo pouco, sendo suficiente apenas para atender as necessidades da diálise, ou seja, as queixas durante seu tratamento.</p>	<p>Nós fazemos mesmo o serviço que deve ser feito numa clínica de diálise: dialisar, administrar e orientar sobre os medicamentos, orientar sobre a dieta, os cuidados que eles devem ter.</p>	<p>A diálise que a principal atividade da clínica envolve muito tempo dos profissionais com instalação, desligar e intercorrências. Mas, na medida do possível, mesmo durante as diálises nós vamos conversando e orientando os pacientes sobre a doença, os cuidados que devem ter, etc.</p>
<p align="center">Modelo desejado de atenção à saúde</p>	<p>Por exemplo, os pacientes que estão chegando para dialisar, aquele tempo que eles ficam ali fora eles ficam muito ociosos, muitas vezes até os pacientes veteranos já colocam coisas nas cabeças dos novatos (...) eu acho que deveria primeiro partir do médico e do enfermeiro receber aquele paciente que estar iniciando e ter uma conversa mesmo, explicação do tratamento, se fosse possível mostrar a sala, apresentar aos outros pacientes. Eu acho que essa</p>	<p>Muita coisa pode ser feita é só querer e fazer; tem aquele ditado “querer é poder”, mas só começar não adianta. Deve ser falado sobre o tratamento como funciona, o que eles devem fazer em casa, que a maioria nem sabe, por exemplo, a S. tinha um ultra-som pélvico para fazer e lá tomou sete copos d’água, , aí não urinou, não encheu a bexiga, e aí a atendente deu mais sete, aí a pobre chegou lá na diálise se acabando de cansada.</p>	<p>Eu acho que poderia começar apresentando o tratamento, o setor, eles têm que ter um tratamento que eles consigam adaptar ao dia-a-dia deles, tem muitos ali que trabalham. É preciso informar melhor os pacientes, não só informar, mas acompanhar.</p>	<p>A maioria dos pacientes entra aqui muito ignorante, desconhecem tudo, nós que estamos mais perto deles que temos que explicar, dizer o que a pessoa precisa, o que deve fazer, do líquido da alimentação, eles já chegam a ter uma segurança na gente. Aí eu penso que deveria ter um profissional ou um grupo de profissionais que orientasse melhor o paciente, assim que eles fossem preparados para iniciar o tratamento. Precisa melhorar a forma de falar, falar a língua deles. É preciso que o profissional que a meu ver é um educador chegasse mais junto do paciente, assim palestras por exemplo...</p>

	<p>poderia ser umas das atividades do início e depois que o paciente estivesse dialisando tivesse ali uma psicóloga, uma terapeuta, para desenvolver alguma atividade. Naquela sala com aquela televisão, poderia passar um filme, convidar os pacientes para passar um filme, eu acho que com um pouquinho de força de vontade dar para inventar algumas coisas</p>	<p>Também deve orientar mais sobre a dieta. Aquelas comemorações dos aniversários deveriam voltar.</p>		
<p>Comunicação</p>	<p>É importante até mesmo para o bem estar do paciente, porque se o paciente for só dialisar, ficar lá sentado sem ter nenhum tipo de comunicação, não vai ter um tratamento cem por cento, porque a partir do momento que ele está ali durante aquelas quatro horas sem fazer nada, eles procurando conversar, muito deles falam sobre sua vida particular em forma de desabafo, isso aí é muito importante para o tratamento deles, até agente mesmo profissional conversando com eles também alivia algum peso.</p> <p>A gente conhece o paciente</p>	<p>No trabalho da diálise nós passamos a ser uma família, você vai ver aquele paciente até o dia que Deus se lembrar dele, no mínimo três vezes por semana. Então você precisa ter um relacionamento estreito para eles ganharem confiança em você. E aí é importante também envolver a família, o que a gente vê é que muitas vezes é que a família é muito presente no início do tratamento e depois o paciente fica jogado.</p>	<p>O relacionamento é bom, mas como todo relacionamento tem seus problemas. Têm alguns pacientes que são mais difíceis de trabalhar, aí, algumas auxiliares preferem ficar cuidando dos outros, do mesmo jeito que têm alguns pacientes que rejeitam alguns auxiliares; mas na hora da necessidade todo mundo trabalha unido, não tem distinção de auxiliar e nem de paciente.</p>	<p>Tem alguns funcionários que não são humanos, e eles reclamam...é preciso melhorar o relacionamento, ouvir os pacientes. Às vezes, ouvir mesmo as críticas, eles que sentem o resultado daquilo que nós fazemos, então eles precisam ser escutados.</p> <p>Por muitas vezes, não encontrar formas de expressar seus sentimentos mesmo, tem algumas barreiras com alguns profissionais que impedem que a comunicação, o relacionamento entre os pacientes e funcionários seja melhor.</p>

	que estar mais depressivo, que é mais revoltado, a minha orientação em relação a isso é que ele em casa procure ser mais comunicativo com a família, procurar não ficar preso dentro de um quarto porque é doente, andar mais na casa de amigos, procurar exercer alguma atividade em casa que não prejudique, é claro que agente não vai dizer para			
Participação	Eu considero que os pacientes são participativos porque as faltas em diálise são poucas. Eu sei que nem todos seguem a dieta, mas é porque é difícil mesmo e além de que as condições financeiras da maioria são precárias, dificultando a adesão.	Eles não participam principalmente em relação ao controle do peso, eles acham que é função da máquina retirar o peso e é porque sabem os malefícios que o excesso de peso origina.	Eles têm interesse em saber o porquê das coisas. Temos pacientes que conhecem e sabem todo o tratamento, alguns não são participativos porque realmente não querem, querem viver de qualquer jeito. Estes pacientes é que eu digo que tem que ser mais bem acompanhados. Eles entenderiam mais e participariam mais.	Eles participam sim. É um tipo de tratamento que requer muito de si mesmo, mexendo com o seu psiquismo. Então a primeira atitude se o paciente não quer participar é não aceitar fazer o tratamento. Eu sei que tens uns que participam mais que outros, tem alguns que são mais difíceis até porque acumulam outros problemas.
Promoção da saúde	Eu acho que é aquilo que os profissionais têm a oferecer as pessoas para melhorar a saúde. No centro de diálise tem que ter um conjunto, todo mundo deve trabalhar em harmonia, não é só você jogar ali as máquinas, os auxiliares, os enfermeiros ali e pronto. Eu acho que	Não ser só a saúde do corpo, mas se a saúde do corpo e da mente. Lá na diálise tem estrutura, mas falta ter uma reciclagem, nunca mais teve, qualificação principalmente para os auxiliares novos. Porque para que nossas ações	Oferecer um atendimento melhor, fornecendo informações para o bem-estar dessas pessoas.	Uma melhor qualidade de vida é você viver bem. No caso dos pacientes da diálise, para que eles vivam bem é preciso ter condições financeiras para garantir a comida, o transporte para ir dialisar, o remédio e também sobrar dinheiro para lazer.

	<p>deveria ter uma reunião para se resolver mesmo, ter mais esforço não só dos médicos, mas do grupo, eu acho que a partir do momento que você escolhe estar nessa profissão você deve se agarrar porque gosta.</p>	<p>sejam positivas, assim, que olhem o paciente além da doença, os profissionais têm que acreditarem nisso.</p>		
--	---	---	--	--

QUADRO 7 TEXTOS EXTRAÍDOS DAS ENTREVISTAS COM O GRUPO 3 – TÉCNICOS E AUXILIARES DE ENFERMAGEM(CONT.)

Núcleos de Sentido	Autor 17	Autor 18	Autor 19	Síntese
<p>Modelo vigente de atenção à saúde</p>	<p>Nós além de dialisarmos os pacientes, atendemos suas necessidades biológicas, tais como; dor, sangramento, variações da pressão, controle de infecção, etc. Também procuramos envolver a família no tratamento e dar apoio psicológico a eles.</p>	<p>Vejo que no momento visam no cliente dialisá-lo somente.</p>	<p>A gente fica mais tempo enquanto eles estão dialisando é ouvindo as queixas deles, algumas a gente encaminha, outras a gente resolve e tem outras que a gente só faz mesmo ouvir porque tem situações que nós não podemos resolver.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ♦ A maior parte do tempo é dedicada à diálise, a qual é vista como principal recurso terapêutico. ♦ Se inserem ainda como atividades importantes a orientação dietética e medicamentosa. Orientações estas realizadas predominantemente durante as sessões de diálise. ♦ Os fatores que contribuem para este modelo de atenção são: priorização de casos agudos, pouco tempo para maior interação. ♦ Para um auxiliar, os profissionais têm autonomia para desenvolver outras atividades (educativas, humorísticas, etc.) que julguem como necessárias.
<p>Modelo desejado de atenção à saúde</p>	<p>Primeiro em relação a dieta, eles tem que entender que não mais podem comer de tudo, a quantidade de líquido que não pode, a conscientização que eu acho que é importante a parte psicológica, porque quando o paciente adentra o centro tem uma imagem totalmente, ele acha que é uma coisa muito grave e perigosa, e na verdade não é tanto assim.</p>	<p>Alguma coisa para educar os pacientes porque se você não educar, o paciente não melhora, principalmente quando o paciente é novato. Aqueles que ficam lá naquela casa que não tem uma atividade para fazer, durante a sessão de diálise os profissionais poderiam desenvolver alguma coisa pra passar o tempo.</p>	<p>Orientar sobre o tratamento, sobre a vida pessoal deles, tudo, engloba tudo, principalmente sobre a vida social de cada um.....</p>	<ul style="list-style-type: none"> ♦ É necessário: inserir a família no cuidado do paciente, retomar de modo contínuo algumas atividades, tais como: comemoração dos aniversários, teatrinhos informativos e grupo de educação em saúde. ♦ Incluir outras atividades educativas que permita escutar e orientar mais os pacientes e seus familiares. Podendo utilizar fitas de vídeo, jornais, cartazes, etc. Para o desenvolvimento destas atividades poderia haver um profissional específico ou um grupo.

				<ul style="list-style-type: none"> ✦ Sugerem ainda a ampliação da equipe com outras categorias. ✦ Para um auxiliar é preciso fiscalizar os pacientes quanto ao segmento às orientações recebidas. Outro sugere a interlocução com as secretarias municipais de saúde para viabilização dos transportes e alguns medicamentos necessários aos pacientes. Para outro é preciso qualificar melhor os atuais auxiliares e principalmente os que se inserem no serviço. ✦ Também é necessário usar uma linguagem acessível aos pacientes. ✦ Foi expressa a necessidade dos pacientes novatos serem melhor recepcionados, assim como os que residem nos albergues, já que estes ficam muitos ociosos.
Comunicação	<p>Sem uma boa relação entre os profissionais seria impossível realizar o trabalho de maneira adequada, já a comunicação envolvendo os pacientes é mais importante ainda, porque nós iremos passar para eles algo de importante.</p> <p>O que acontece é que não temos muito tempo para relacionarmos melhor, não temos tempo suficiente para ouvi-los, pois são muitos pacientes e temos pouco tempo</p>	<p>É muito importante, porque muitas vezes o paciente chega assim deprimido, passando mal, e você conversa com o paciente e questão de minutos, ele já estar bem, conversa, quando ag ente brinca, escuta, quando é para falar mais sério agente fala.</p>	<p>É importante por que se você se comunica o trabalho sai bem feito, você trabalha em grupo, pessoa que trabalha individual não é bom para o paciente e nem para os profissionais. Com o paciente também é importante, por que se eu me dou bem com o paciente, ele tem uma aceitação melhor, ele vai dar mais credito no que eu estou fazendo.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ✦ Um bom relacionamento entre profissionais e pacientes propicia mais confiança e segurança nos pacientes. Para alguns auxiliares e atitude pode contribuir para diminuir as intercorrências durante a diálise. ✦ Acontece de alguns pacientes não sentirem confiança para expressar seus sentimentos. Foi relatado que o relacionamento é melhor entre pacientes e equipe de enfermagem do que entre pacientes e médicos. ✦ O pouco tempo limita uma relação mais efetiva. Há diversidade de pacientes, exigindo dos profissionais posturas distintas.

				<ul style="list-style-type: none"> ✦ É necessário não haver envolvimento pessoal para não comprometer a relação, a qual deve ser profissional. ✦ A comunicação está limitada quase que exclusivamente às sessões de diálise, é preciso proporcionar outros espaços. ✦ É preciso envolver também a família neste relacionamento. ✦ Num relacionamento é preciso aceitar as opiniões diferentes.
Participação	<p>Uma boa parte participa bem do tratamento, a maioria, eles tem uma dedicação muito grande em relação ao tratamento, já outra parte pode-se perceber um certo relaxamento.</p>	<p>Eu acho que eles precisam de higiene, deveriam chegar aqui banhados, não é obrigado chegar cheiroso, mas assim tomar um banho, cabelo cortado barba feita. E preciso que eles contribuam para a saúde dele nos pequenos gestos, como este. Agora se eles nem isso fazem como vão participar direitinho do tratamento? Aí não valorizam o remédio, a orientação sobre a dieta e nem a própria diálise. Alguns acreditam que a diálise faz 100% do que o rim parado não faz e não segue os cuidados.</p>	<p>São participativos, embora não façam tudo que a gente orienta. Se não fossem o número da mortalidade seria bem maior. Mas eu sei que isso depende de cada paciente, tem uns que adquire confiança e até chegam a desabafar, mais existe uns que são mais fechados e não conseguem se soltar, por mais que faça tempo que faça o tratamento.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ✦ Alguns são participativos e outros não. ✦ São considerados participativos aqueles aceitam realizar a diálise ou faltam poucas sessões de diálise, conseguem expressar suas angústias, medos e sentimentos aos profissionais, têm interesse em conhecer o tratamento, são receptivos as orientações; mesmo os que não seguem a dieta porque neste caso quem determina é o financeiro. ✦ São considerados como sinais de não participação: relaxamento (não levam a sério) em relação ao tratamento, desvalorização das orientações, medicações e a própria diálise; não realização de higiene corporal adequada; não controle do peso porque acham que isso é função das máquinas; falta de estímulo para que sejam participativos; falta de segurança nos profissionais; não gostam de dar informações, exigem e até transfere a responsabilidade do tratamento para os auxiliares; são difíceis de se conscientizarem, não ligam para a alimentação; expressam que querem aproveitar a vida e apenas reclamam dos

				<p>profissionais.</p> <ul style="list-style-type: none"> * Foi relatado por um auxiliar que a participação dos pacientes depende muito da relação de confiança com os profissionais.
Promoção da saúde	<p>É a adequação a um estilo de vida que possa não só tratar da patologia mas também para a prevenção principalmente.</p> <p>No nosso caso não é porque nós só lidamos com doenças renais crônicas que não podemos promover saúde porque outras patologias podem surgir e havendo ações que inibam o aparecimento dessas outras patologias</p>	<p>Você deve fazer coisas boas, ser uma boa profissional, você deve trabalhar bem com os seus clientes, seus companheiros, ser acima de tudo competente, respeitando, sendo amigo. Se tivermos estas características a gente vai contribuir para a saúde deles.</p>	<p>São todas as ações que realizamos e que contribuem para melhorar a vida dos pacientes.</p>	<ul style="list-style-type: none"> * É promover bem-estar, melhor qualidade de vida, não dando tanto importância a doença, mas a pessoa que não está doente, isso proporciona economia; * é fazer com que as pessoas que estão em seu redor estejam tão bem quanto você; é desenvolver reuniões para que as pessoas coloquem em prática o que aprenderam; é falar com o paciente de modo que ele entenda e decida se quer seguir os cuidados ou não; * é ter medicação e ser bem orientado; é preciso qualificar melhor os profissionais para atender melhor sem troca de algum benefício. * É preciso que o profissional seja competente, amigo para contribuir com a saúde dos pacientes. * A promoção da saúde depende muito do acompanhamento de perto de cada paciente. * É ter uma equipe de técnicos da saúde verificando pressão, glicemia, etc. * Saúde é estar bem em todos os sentidos, não ter doença estar bem profissionalmente e financeiramente. Não se preocupar só com a saúde do corpo, mas também da mente. * No hospital é atender bem e equipar melhor os serviços; prolongar a vida dos pacientes em diálise por meio de uma melhor qualidade de vida através da dieta, restrição de líquido. * Depende dos profissionais e da clínica. Os

				<p>profissionais devem trabalhar em harmonia, não bastam só máquinas e profissionais contratados é preciso envolvimento e compromisso do grupo. É preciso qualificar melhor os profissionais para que olhem para os pacientes além da doença.</p> <ul style="list-style-type: none">✦ Promoção da saúde depende das condições financeiras do paciente para garantir comida, remédios, transporte e lazer.✦ No caso dos pacientes da diálise, promoção da saúde é prevenir para que eles não adquiram outras doenças.
--	--	--	--	---

APÊNDICE F

QUADRO 8 DOCUMENTOS ORIENTADORES DO PROCESSO DE TRABALHO NA CLÍNICA DE DIÁLISE

Núcleo de sentido	Doc. Medicina	Doc. Enfermagem	Doc. Serviço	Síntese
<p>Modelo vigente de atenção à saúde</p>	<p>Suplemento de ferro baseada na rotina de controle da anemia proposta pela SBN.</p> <p>Tratamento das glomerulopatias : linguagem técnica. Rotina dirigida para os profissionais médicos.</p> <p>Metas baseadas em indicadores quantitativos de qualidade da atenção</p> <p>Equilíbrio do cálcio e fósforo: baseado numa fórmula de relação entre os níveis séricos destes elementos.</p>	<p>Rotinas para enfermagem</p> <p>Na apresentação os profissionais demonstram o compromisso com uma atenção de qualidade e afirmam reconhecerem a diversidade ao incorporarem na elaboração das diretrizes tanto a literatura disponível quanto a experiência dos profissionais. Trechos que respaldam esta idéia: <i>Cuidado (bem mais amplo que as rotinas postas); Não propomos modelo de como cuidar...evidenciamos caminhos; atender necessidade básica e proporcionar segurança.</i></p> <p>Organização do processo de trabalho pautado na distribuição de atividades;</p> <p>Apresenta justificativa científica para as ações;</p> <p>Cuidados com a saúde do trabalhador (cuidador);</p> <p>Plano de trabalho (estabelecimento de metas, prioridades);</p> <p>Rotinas para estagiários: Cronograma pré-estabelecido</p>	<p>Orientação nutricional</p> <p>Denso (mostra o proibido, o parcialmente permitido e o permitido) É comum às expressões: <i>é proibido, não pode comer, pode comer na quantidade indicada, pode comer uma vez por semana, na quantidade indicada.</i></p> <p>Apresenta descrição detalhada do processo que determinados alimentos devem ser submetidos para que sejam consumidos. (flexibilidade)</p> <p>Orientação nutricional (2.a. versão): documento resumido contendo lista de alimentos comuns a região com apresentação de mais de uma alternativa para as refeições.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ✦ Rotinas e recomendações pautadas na prescrição terapêutica. ✦ Tensão entre a atenção biológica e holística. ✦ Ênfase em habilidades técnico-científicas

		para aquisição de habilidades técnicas.		
--	--	---	--	--

APÊNDICE G

Sobral, 30 de janeiro de 2004.

Prezado Presidente

O Programa de Pós-graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Ceará, Curso de Doutorado em Enfermagem, nas pessoas da aluna Maria Socorro de Araújo Dias e de sua orientadora Prof.a Dra. Neiva Francenely Cunha Vieira, desenvolverá tese de doutoramento sobre AUTONOMIA E PARTICIPAÇÃO DA PESSOA COM INSUFICIÊNCIA RENAL CRÔNICA NO ESPAÇO DA CLÍNICA NA CONCEPÇÃO DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE

A instituição representada por V^a S^a foi incluída no universo do estudo por fazer parte de Instituições Hospitalares especializadas na atenção à pessoa com IRC e por ser considerada Hospital Escola.

Cumpre enfatizar que esta investigação será realizada com todo o rigor da pesquisa científica, conforme descrito na metodologia do projeto apresentado a esta Comissão. Ressaltamos que esta pesquisa não possui o caráter de uma auditoria de qualquer natureza.

Caso sejam necessários maiores esclarecimentos, as pesquisadoras estão à sua disposição.

Agradecemos antecipadamente o seu apoio para este estudo.

Ao Ilmo. Sr.
Luiz Derwal Salles Junior
Presidente da Comissão Científica da Santa Casa de Sobral

Maria Socorro de Araújo Dias

APÊNDICE H

TERMO DE CONSENTIMENTO PÓS-INFORMADO

A pesquisa que estamos desenvolvendo está sendo intitulada de **AUTONOMIA E PARTICIPAÇÃO DA PESSOA COM INSUFICIÊNCIA RENAL CRÔNICA NO ESPAÇO DA CLÍNICA NA CONCEPÇÃO DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE**: reflexões dos profissionais sobre sua práxis e objetiva compreender e analisar as concepções dos profissionais de saúde que atuam com pessoas com IRC sobre a clínica enquanto espaço promotor de saúde. Para sua concretude convidamo-lo para ser sujeito deste processo investigativo.

Informamo-lo que sua participação dar-se-á de forma direta por meio de respostas a nossos questionamentos. Outrossim, serão salvaguardados os princípios éticos quer normativos quer sociais. Sob este prisma, o seu consentimento inicial poderá ser repensado a qualquer momento, independentemente da fase em que se encontrar a pesquisa.

Desde já o nosso agradecimento pela possibilidade de refletir sobre esta temática. Quaisquer esclarecimentos adicionais, favor contactar com Maria Socorro de Araújo Dias à Rua José de Alencar, n.º68, Bairro Coelce em Sobral-Ce ou pelos fones (0xx88) 614 2508 ou 99612721.

Maria Socorro de Araújo Dias – RG: 1469919-88

Responsável pela pesquisa

Concordo em participar da Pesquisa **AUTONOMIA E PARTICIPAÇÃO DA PESSOA COM INSUFICIÊNCIA RENAL CRÔNICA NO ESPAÇO DA CLÍNICA NA CONCEPÇÃO DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE**: reflexões dos profissionais sobre sua práxis, mediante as proposições contidas neste termo de consentimento.

Nome: _____

Assinatura: _____

ANEXOS

ANEXO I**LISTAGEM DOS DOCUMENTOS CONSULTADOS****ENFERMAGEM**

1. Apresentação dos protocolos
2. Terapia hemodialítica (instalação da hemodiálise, transdiálise e pós-diálise);
3. Lavagem do sistema na máquina;
4. Cuidados relacionados a fistula arterio-venosa;
5. Heparinização;
6. Descrição do método de lavagem de capilares e requisitos necessários para manutenção da qualidade;
7. Rotina para diálise peritoneal (instalação; curso da diálise e término);
8. Normas de biossegurança e uso de equipamentos de proteção individual;
9. Atribuições do enfermeiro e dos técnicos e auxiliares de enfermagem;
10. Rotinas para estagiários da hemodiálise;
11. Recomendações e rotina para cateteres venosos;
12. Lembretes importantes;
13. Cuidados gerais.

MEDICINA

1. Suplementação de ferro nos pacientes mantidos em hemodiálise;
2. Tratamento de glomerulopatias;
3. Controle dos níveis de cálcio e fósforo;
4. Controle da anemia;

SERVIÇO DE DIÁLISE

1. Orientações práticas na nutrição do paciente renal crônico
2. Dietoterapia

ANEXO II



Irmandade da Santa Casa de
Misericórdia de Sobral
Santa Casa

Comissão
Científica

SUB-COMISSÃO DE PESQUISA

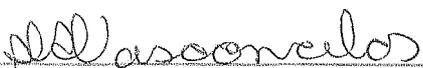
Sobral, 13 de maio de 2004

DECLARAÇÃO

Declaramos que o Projeto de Pesquisa intitulado: Autonomia e Participação da Pessoa com IRC no Espaço da Clínica na Perspectiva dos Profissionais de Saúde tendo como pesquisadora: Maria Socorro de Araújo Dias obedece ao protocolo para realização de pesquisa desta instituição, obtendo parecer favorável desta sub-comissão para sua realização.

A pesquisa terá como campo de atuação Unidade de Hemodiálise e Transplante Renal no período de maio a julho de 2004 .

Atenciosamente,


Enfª Michelle Alves Vasconcelos
Coord. da Sub-comissão de Pesquisa


Dr. Luiz Derwal Salles Júnior
Presidente da Comissão Científica



ANEXO III

UNIVERSIDADE ESTADUAL VALE DO ACARAÚ – UVA

Comitê de Ética em Pesquisa – CEP

Aprovado pela Carta n 412 CONEP/CNS/MS

Em 21 de junho de 2002

Parecer Consubstanciado sobre Protocolo de Pesquisa

Depois de efetuarmos uma detida análise do Protocolo da Pesquisa Nº 147 “Autonomia e participação da pessoa com Insuficiência Renal Crônica no espaço da clínica na concepção dos profissionais de saúde” tendo como pesquisadoras responsáveis Maria Socorro de Araújo Dias e Neiva Francenely Cunha Vieira desenvolvido durante o Curso de Doutorado do Programa de Pós-graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Ceará, observamos que o mesmo:

1. Refere-se a um estudo que integrará as abordagens quantitativa e qualitativa, considerando os pressupostos teórico-metodológicos da etnografia, a ser realizado com profissionais de saúde que desenvolvem suas atividades junto as pessoas portadoras de IRC em terapia hemodialítica, tendo como área geográfica de atuação os Centros de Diálise do Ceará, onde se pretende: caracterizar e mapear entre os profissionais que atuam com pessoas portadoras de IRC em terapia hemodialítica, as práticas realizadas em seu cotidiano profissional e as concepções destes sobre autonomia e participação enquanto categorias da educação em saúde durante o cuidado clínico.
2. As pesquisadoras acham-se qualificadas para proceder a pesquisa.

Com efeito, ajuizamos que:

- o No que tange à beneficência, o estudo é relevante e exalta os benefícios trazidos aos participantes da pesquisa e menciona o retorno dos resultados da pesquisa tanto aos sujeitos estudados, quanto a coletividade.

- o No que diz respeito à não-maleficência, o estudo não apresenta riscos ou desconfortos, nem serão utilizados procedimentos invasivos.

- o Sobre a autonomia, o consentimento livre e esclarecido é pré-requisito à participação na pesquisa, utilizando-se o TCLE, bem como estão assegurados a recusa à participação na mesma, o anonimato dos informantes e o seu direito de desistir, a qualquer momento, de participar do estudo, estando inserido no TCLE, o telefone e endereço de contato do pesquisador, caso o participante sinta necessidade de se comunicar com o mesmo. Assim, o TCLE deverá ser elaborado em duas vias, ficando uma com o sujeito da pesquisa e outra arquivada pelo pesquisador.

- o No que concerne a justiça, todos os sujeitos da pesquisa serão submetidos aos mesmos procedimentos, estando igualmente beneficiados dos resultados.

- o O protocolo de pesquisa atende as exigências éticas e científicas fundamentais, conforme prescrito no Capítulo III da Resolução nº196/96 do Conselho Nacional de Saúde, Sobre Pesquisa Envolvendo Seres Humanos.

Pelo exposto, consideramos que o projeto em apreço seja enquadrado na categoria “Aprovado”, consoante o artigo 9º do regimento interno do CEP.

Prof. MS Gerardo Cristino Filho
Coordenador