

A EQUIPE DE SAÚDE, A PESSOA COM DOENÇA RENAL EM HEMODIÁLISE E SUAS RELAÇÕES INTERPESSOAIS*

Claudinei José Gomes Campos**
Egberto Ribeiro Turato*****Resumo**

Na literatura científica, discussões amplas sobre a relação entre equipe de saúde e doentes renais apresentam singularidades relativas à formação profissional e ao tratamento. Analisamos do ponto de vista do doente em hemodiálise, o atendimento dos profissionais de saúde e suas relações interpessoais. Utilizando o método clínico-qualitativo, realizamos entrevistas semi-estruturadas com sete pacientes de uma unidade de hemodiálise, escolhidos numa amostragem intencional. Tratamos os dados coletados através da técnica de análise de conteúdo temática. Concluímos que os pacientes desejam ser mais ouvidos pela equipe em seus anseios, os quais vão além das expectativas de ordem física. A assistência clínica mostrou-se mais voltada aos aspectos biológicos do paciente e aos procedimentos mecânicos, ocorrendo certa discriminação entre relacionamento humano e competência técnica.

Descritores: equipe de assistência ao paciente; diálise renal; Insuficiência renal crônica

Abstract

Comprehensive discussions in scientific literature on the relationship between health professional/s teams and renal patients present some particularities regarding professional background and the health care provided. In this paper we have analyzed the kind of care health professional/s provide and their interpersonal relationships from the point of view of patients undergoing hemodialysis. Interviews were made using a clinical-qualitative method, consisting of semistructured interviews with seven patients in a hemodialysis unit, who were chosen through an intentional sampling. The data selected were assessed on a thematic content analysis. We have found that patients wish the health care team would listen to their concerns more carefully, which go beyond physical aspects. The clinical care provided has proved to be more focused on biological aspects of patients and on mechanical procedures, showing a considerable degree of carelessness about how human relationships and technical competency differ.

Descriptors: Patient care team, renal dialysis, chronic kidney failure

Title: The professional health team, the renal patient undergoing hemodialysis and interpersonal relationships

Resumen

En la literatura científica, las amplias discusiones sobre la relación entre equipo de salud y enfermos renales presentan singularidades relativas a la formación profesional y al tratamiento. Analizamos, pues, bajo el punto de vista del enfermo en hemodiálisis, la atención de los profesionales de salud y sus relaciones interpersonales. Hemos utilizado el método clínico-calitativo, con entrevistas semi-estructuradas hechas a siete pacientes de una unidad de hemodiálisis, quienes se escogieron por muestreo intencional. Hemos tratado los datos recogidos, a través del análisis de contenido temático. La conclusión muestra que los pacientes desean que el equipo dé más atención a sus anhelos, que los escuchen más en sus expectativas que están más allá del aspecto físico. La asistencia clínica se ha volcado más hacia los aspectos biológicos del paciente y a los procedimientos mecánicos, y ha ocurrido con ello, cierta discriminación entre el relacionamiento humano y la competencia técnica.

Descritores: Equipo de asistencia al paciente, diálisis renal, Insuficiencia renal crónica

Título: El equipo de salud, el enfermo renal en hemodiálisis y sus relaciones personales

1 Introdução

As relações entre uma equipe multidisciplinar de saúde e o doente renal crônico em hemodiálise suscitam-nos amplas discussões em diversos pontos de vista. Uma nova concepção - que pudesse demonstrar uma maior integração dos diversos profissionais que a compõe - pode ser cogitada, respeitando, evidentemente, a legislação e as competências específicas. Como exemplo, temos a prática em consonância com a interdisciplinaridade, que consiste, justamente, em fazer cada ramo do conhecimento - a disciplina - se interpenetrar com tantas outras num processo contínuo, caminhando contra a fragmentação do saber.

Num dos pólos deste relacionamento encontra-se o doente, na maior parte das vezes fragilizado pela sua própria condição física e nem sempre tendo consciência da importância que ele próprio tem para o bom êxito de seu tratamento, fato muitas vezes também negligenciado pela própria equipe cuidadora.

A doença renal crônica e o tratamento de hemodiálise impõem restrições das mais variadas, como as de ordem física, emocional e social. Sobretudo os pacientes que não estão internados e que, após as sessões de hemodiálise, voltam para suas casas, têm controle rigoroso de ingestão hídrica e salina, demonstrando assim que o mesmo deve apresentar uma posição participativa no seu tratamento, entre outras de obediência.

A relação médico-paciente é discutida, na maioria das vezes, por profissionais de postura teórica e distantes do cuidado direto, carregado assim de conceitos idealizados e longe da realidade intrínseca às condições em que se processa este encontro. Afirma que, ao se discutir a relação médico-paciente como equivalente somente aos aspectos das trocas afetivas, confere a esta um caráter reducionista, apesar de importante para tal enquadre⁽¹⁾.

Em se tratando de uma relação humana entre um profissional e o doente, é concebível que existam impressões construídas na reciprocidade. Desta forma, as relações humanas são reguladas com extrema rapidez pelas impressões recíprocas que os elementos participantes fazem, diferindo-as das outras modalidades de relação. Como o indivíduo forma uma figura complexa (tem a sua *gestalt*) em permanente modificação, o contato deste com outros produzem diversos conjuntos ou combinações, apesar de cada indivíduo manter suas características básicas ou sua identidade⁽²⁾.

A relação médico-paciente para este autor, engloba uma compreensão da pessoa do paciente e também do sentido que este dá à sua enfermidade. Afirma, ainda, a importância da atitude de escuta. Refere à oportunidade que este profissional tem para compreender o paciente como uma pessoa, diferente de todas as outras, com seu próprio modo de vida, seus modos diferentes de adoecer e de conviver em comunidade, numa relação humana que chamou de transpessoal.

* Parte integrante da Tese de Doutorado intitulada "A vivência do doente renal crônico em hemodiálise: significados atribuídos pelos pacientes" defendida em fev/2002, na Faculdade de Ciências Médicas (FCM), UNICAMP, Campinas-SP.

** Enfermeiro. Doutor em Ciências Médicas / Saúde Mental. Professor Colaborador do Departamento de Enfermagem da FCM / UNICAMP. Membro do Laboratório de Pesquisa Clínica-Qualitativa da Unicamp.

*** Psiquiatra. Doutor em Saúde Mental. Professor do Departamento de Psicologia Médica e Psiquiatria da FCM / UNICAMP. Coordenador do Laboratório de Pesquisa Clínica-Qualitativa e orientador da tese.

E-mail doautor:cjcampos@fcm.unicamp.br

Um dos grandes estudiosos da relação médico-paciente, o psicanalista Balint⁽³⁾, referiu em seus trabalhos as diversas situações que podem bloquear uma real compreensão do ser doente. Através de estudos em grupo, examinando casos clínicos, o autor relatou situações tais como a que denominou “conluio do anonimato”, em que os profissionais encaminham o paciente para outros especialistas, sucessivamente, impedindo assim um contato mais prolongado e mais profundo com os verdadeiros problemas psicológicos dos pacientes, diluindo a relação⁽³⁾.

Segundo o autor, a centralização do atendimento do médico voltado apenas para o órgão afetado, impede-o de ver situações psicossociais conflitantes que podem estar alimentando este processo. Tal negação por parte do profissional pode causar o desenvolvimento de quadros mais complexos e graves com o passar do tempo.

Balint⁽³⁾ também menciona a “função apostólica” do médico, quando este tenta impor a seu paciente suas crenças e valores; anulando, de certa forma, a expressão e o conhecimento, mesmo que empírico, que o paciente tem de si próprio e de sua situação.

Por sua vez, o paciente costuma experimentar estados de regressão durante sua doença, reeditando ansiedades, fantasias e expectativas próprias da época de infância. O surgimento da doença física traz ao indivíduo profundos significados simbólicos, comuns na formação de sua imagem corporal, podendo causar-lhe sofrimento psíquico, desamparo, medo, confusão, culpa ou humilhação por sua “fraqueza” em ficar doente ou pela ferida narcísica ao ter de reconhecer a sua não imortalidade⁽⁴⁾.

Como pontuou, a relação profissional de saúde-paciente é uma interação humana e, como tal, os mecanismos mentais, às vezes utilizados nos primeiros estágios do desenvolvimento como a introjeção e projeção, são reutilizados nesta relação. O ato de projetar ou introjetar tem uma importante função no relacionamento profissional-paciente. Refere ainda que tanto o profissional, como o paciente podem introjetar ou projetar no outro aspectos parciais, como por exemplo, o profissional de saúde que costuma avaliar apenas o órgão doente ou uma certa parte do doente⁽⁵⁾.

O uso dos mecanismos projetivos e introjetivos guarda íntima relação com o fenômeno psicanalítico da transferência no qual o paciente repete, agora com seu terapeuta, os mesmos modelos de relacionamento que tinha com pessoas importantes de seu passado, como as figuras parentais, embora em graus e níveis diferentes. Essa reação transferencial pode ser positiva ou negativa, dependendo de como o paciente encara a figura do terapeuta. Da mesma forma, existe uma reação de contratransferência do terapeuta para com o paciente. Tais reações são normais em uma relação, mas precisa atentar-se para a forma com que o profissional lida psicologicamente com este fenômeno⁽⁴⁾.

No caso específico da relação entre profissionais de saúde e o paciente renal crônico em hemodiálise, a tensão causada pelo tratamento é muito particular e todos os pacientes precisam conciliar sua realidade de vida anterior com a atual, com mudanças em sua vida psicossocial. Fica dificultada a manutenção de um equilíbrio físico-emocional, sendo importante haver um reforço da confiança do paciente para com a equipe de profissionais, através de um relacionamento emocional positivo. Afirma que as reações de transferência e contratransferência são intensas e peculiares neste *setting* terapêutico⁽⁶⁾.

A presença do profissional de enfermagem é de grande importância no atendimento ao doente renal crônico em hemodiálise, se levar em conta que este é o profissional que passa a maior parte do tempo com o paciente. Assim, reforçamos a necessidade de um pessoal de enfermagem selecionado e preparado para o atendimento ao doente renal

crônico e apontamos que os mesmos têm como função relevante a ajuda ao paciente na manutenção do equilíbrio emocional, a motivação e o apoio na união da experiência da enfermidade e tratamento, criando situações que reduzam a tensão e auxiliando-o na adaptação ao processo da doença⁽⁷⁾. Desta forma, receber apoio da equipe que cuida das pessoas que vivenciam a doença renal propicia uma melhoria na sua qualidade de vida⁽⁸⁾.

O ato do indivíduo doente renal compartilhar seus problemas com outras pessoas, sejam familiares ou profissionais da equipe de saúde e por estes serem acolhidos em sua angústia, apreensões, por si só já traz um certo alívio para suas tensões cotidianas⁽⁹⁾.

É necessário salientar que o enfermeiro e todos os demais membros de sua equipe devem se conscientizar de que, na assistência ao paciente, cada um estará interagindo com sua carga própria de emoções, preconceitos, capacidades, conhecimentos, habilidades e deficiências. Na situação de hemodiálise em particular, as cargas emocionais vêm acrescidas de níveis mais altos de tensão, gerada pela própria situação.

A terapêutica prolongada e de contato pessoal freqüente gera vínculos afetivos que podem dificultar os momentos de perda, e existe a necessidade de apoio psicológico especializado também para a equipe de profissionais que prestam assistência a estes pacientes.

O uso da comunicação dentro de qualquer relacionamento interpessoal é imprescindível. O profissional de enfermagem deve manter com o doente renal e a família uma comunicação adequada, observando as expressões verbais e não-verbais existentes em um relacionamento interpessoal e interagindo segundo estes sinais⁽¹⁰⁾. Ao fazer o uso correto da comunicação, o enfermeiro estará se capacitando para perceber o paciente como pessoa que sente, pensa e está imerso num contexto humano complexo e não apenas como um objeto de seu cuidar.

2 Objetivo

Analisar, sob o ponto de vista do doente renal em hemodiálise, como este percebe o atendimento dispensado a si, por parte dos profissionais de saúde, e como vivenda essas relações interpessoais.

3 Recursos Metodológicos

3.1 A opção pelo método clínico-qualitativo

Optamos naturalmente por um método qualitativo já que o objeto de estudo deste trabalho - as significações da relação entre equipe de saúde e pacientes com insuficiência renal crônica em hemodiálise - consiste num conjunto de fenômenos altamente polissêmico. Desta forma, a compreensão dos significados, no âmbito biopsicossocial, que o indivíduo atribui a esta experiência, necessitaria de um método capaz de dar respostas a estes vértices.

3.2 Definição e características do método clínico-qualitativo

O chamado método clínico é essencialmente empregado nas ciências da saúde, bem como nas ciências humanas, em particular nos estudos psicológicos. Muitos procedimentos podem ser empregados conforme o objetivo na construção do conhecimento. Ferrari⁽¹¹⁾ destaca, como característica do método, a relação íntima e pessoal entre o pesquisador e o sujeito da pesquisa, com o emprego de técnicas de entrevista e de história de vida, entre outras. Aplica-se a situações ou *settings* concretos, onde estão os indivíduos cujos sentimentos, pensamentos e comportamentos são dotados de sentidos que procuramos compreender ou interpretar.

O método visualiza o indivíduo na sua totalidade, num ambiente não controlado em variáveis, onde o pesquisador entra

em contato com as manifestações humanas normais ou doentes e que lhe são reveladoras. Permite, desta forma, emergir um conjunto complexo, gestáltico. De modo particular e rico, "o ruído ligado à patologia de uma conduta permite apreendê-la"⁽¹²⁾.

A seguir, transcrevemos a definição do método clínico-qualitativo:

[...] é o estudo teórico - e o correspondente emprego em investigação - de um conjunto de métodos científicos, técnicas e procedimentos, adequados para descrever e interpretar os sentidos e significados dados aos fenômenos e relacionados à vida do indivíduo, sejam de um paciente ou de qualquer outra pessoa participante do setting dos cuidados com a saúde (equipe de profissionais, familiares, comunidade)^(13,93).

O pesquisador, utilizando este método, é movido para uma atitude de acolhida das angústias e ansiedades da pessoa em estudo, com a pesquisa acontecendo em ambiente natural (no caso, *settings* da saúde), mostrando-se particularmente útil nos casos em que tais fenômenos tenham estruturação complexa por serem de foro pessoal íntimo ou de verbalização emocionalmente difícil. O pesquisador também procura um enquadramento da relação face a face, valorizando as trocas afetivas mobilizadas na interação pessoal e escutando a fala do sujeito, com foco sobre tópicos diversos ligados ao binômio saúde-doença, aos processos terapêuticos, aos serviços de saúde e/ou sobre como os sujeitos lidam com suas vidas. Por fim, observa a globalidade de sua linguagem corporal/comportamental no sentido de complementar, confirmar ou desmentir o falado⁽¹³⁾.

Além das características gerais dos métodos qualitativos⁽¹⁴⁾, haja vista que a pesquisa qualitativa tem o ambiente natural como fonte direta dos dados e o pesquisador como instrumento chave, este modo de pesquisa apresenta: natureza predominantemente descritiva, preocupação com o processo maior do que com o produto, enfoque dos dados pesquisados sempre demonstrando a perspectiva dos significados atribuídos pelos participantes e a análise dos dados seguindo um processo indutivo. Por sua vez, o método clínico-qualitativo apresenta outras características que são específicas (13), o que passo a comentar sucintamente as mais importantes:

A - Significados como preocupação maior

O termo significado é proveniente do latim *significatio-onis*, a representação da linguagem, advindo de *signo*, sinal, do latim *signum*, aquilo que é constituído pelo símbolo e pelo sinal, integrando a significação das formas lingüísticas, assim, a essência da linguagem⁽¹⁵⁾.

Em especial, no campo da saúde, a vivência do processo da doença pode trazer ao indivíduo enfermo uma gama de reações psicológicas e sociais. O indivíduo pode atribuir a essa experiência significados muitas vezes diferentes do esperado pelo senso comum, se é que se pudesse esperar reações iguais entre seres humanos. As significações conscientes e inconscientes dos fenômenos da saúde ou doença e a valorização que este indivíduo atribui ao processo frente à sua vida tornam-se um veio a ser explorado como um ponto essencial para a compreensão científica da vivência destes fenômenos.

B - Importância da valorização das angústias e ansiedade

A acolhida ao indivíduo no *setting* dos cuidados à saúde e a valorização das angústias e ansiedades da pessoa entrevistada pelo pesquisador, numa atitude clínica durante a coleta de dados são também elementos fundamentais na mobilização do interesse do entrevistador.

C - Pesquisador como *bricoleur*

O antropólogo francês Claude Levi-Strauss utilizou a palavra *bricolagem*, que nos costumes franceses se refere a afazeres domésticos sem rígido planejamento prévio, para

explicar o trabalho para a composição do entendimento de mitos nas sociedades ditas selvagens. Segundo este estudioso, o *bricoleur* é aquele que faz um objeto *novo* a partir de pedaços ou fragmentos de outros objetos. Assim, reunindo tudo que encontra, *serve* para o objeto que se está compondo. O pensamento mítico faz o mesmo, ou seja, *vai* reunindo fragmentos de experiências, narrativas, relatos até compor o mito em sua complexidade⁽¹⁶⁾.

O uso de multimétodos dentro da pesquisa qualitativa pode ser visto como um tipo de *bricolagem* e o pesquisador que dele se *vale*, é o *bricoleur*. Esta característica de atividade do *pesquisador-bricoleur* não se atém apenas na fase de coleta de dados para o estudo, mas também no momento de analisá-los e interpretá-los na multiplicidade de referenciais teóricos que possam embasá-los⁽¹⁷⁾.

4 Procedimentos

O local escolhido para a realização do presente estudo foi a Unidade de Hemodiálise de um hospital público de ensino. Sua população global de doentes renais crônicos, inscritos no programa de hemodiálise, no momento do início da coleta de dados, era de trinta e seis pacientes. A amostra final desta pesquisa constou, no entanto, de sete informantes, incluídos na amostragem por meio de seleção intencional até que se cumprisse o critério chamado de saturação dos dados, momento em que tais achados passam a se tornar repetitivos.

Dentre os procedimentos éticos utilizados na realização deste trabalho, tivemos a obtenção de *aprovação* do projeto de pesquisa por Comitê de Pesquisa competente, além da concordância explícita da participação dos sujeitos mediante leitura, entendimento e assinatura de um termo de consentimento pós-informado.

4.1 A entrevista semi-estruturada como instrumento de coleta de dados

Levando-se em consideração, não só os *objetivos* de trabalho, mas também o tipo mais adequado de coleta de dados no método clínico-qualitativo, optamos pelo uso da técnica de entrevista semi-estruturada, por proporcionar uma relação interativa com o sujeito da pesquisa. Utilizamos um roteiro de perguntas semi-estruturadas, previamente aplicado e *avaliado* em pré-teste em pacientes da própria unidade, os quais foram excluídos da amostra final. Os participantes da amostra foram entrevistados num período aproximado de cinco meses, tempo de permanência em campo que julgamos satisfatório para apreensão de sua dinâmica. As entrevistas foram *gravadas* em fitas cassete e posteriormente transcritas literalmente, conformando nosso *corpus* (dados brutos) de análise.

Por fim, escolhemos como técnica para tratamento dos dados coletados, a análise de conteúdo, especificamente a análise temática⁽¹⁸⁾.

5 Resultados e discussão

5.1 A necessidade de ser ouvido

[...] para ser terapeuta, precisará ao menos ter apreço pelo paciente e para isso é preciso algo mais do que fazer perguntas, examiná-lo e receitar-lhe medicamentos. É preciso respeitar a sua individualidade, sua pessoa, começando por ouvir o que a pessoa tem a dizer. Portanto, ao lado das perguntas referidas, as quais constituem o interrogatório dirigido, há que deixar o doente falar e - importantíssimo - ouvi-lo⁽²⁾.

Não ao acaso, iniciamos a discussão desta categoria com uma citação contida na obra *A Medicina da Pessoa*, por ser pertinente e ir ao encontro do que ouvimos claramente de alguns pacientes com quem *tivemos* contato na convivência informal e mais fortemente durante as entrevistas de trabalho. A necessidade de ser ouvido pode expressar-se de diferentes maneiras pelo paciente: através de queixas que não são

atendidas durante a sessão, seja pela necessidade de se saberem os resultados de um exame laboratorial importante, seja pela necessidade de relatar algo, mesmo que aparentemente sem importância.

[...] com os médicos, cada mês é um ... então cada mês é um jeito que a gente é tratada. As vezes vem um médico que você chama, ele vem rapidinho, às vezes é um outro que você chama e demora um pouco para vir [...] As vezes ele gosta mais de explicar as coisas para você [...] de te ouvir mais [...] outro já gosta mais de falar do que ouvir. (E1)

[...] o meu problema [...] com o médico é [...] todo mês tem um [...] cuidando da hemo. Eu gosto que eles venham fala [...] por exemplo [...] eu colho os exames na primeira quarta-feira do mês. Então eu gosto que eles venham falar comigo logo a seguir [...] quando pegou nos meus exames [...] Porque às vezes eles só vão falar comigo no outro mês, que já aumentou o meu potássio. (E3)

Pelas citações literais acima, percebemos o problema sentido frente aos programas institucionais do rodízio do profissional médico. Por se tratar de uma unidade de hemodiálise pertencente a um hospital universitário, as equipes de médicos-residentes não permanecem fixas no serviço. A essa situação, trazendo prejuízos à formação de vínculos entre estes profissionais e os pacientes, acresce-se o fato de haver uma formação acadêmica envolvida com alto grau de tecnologia, o que se constitui em barreira significativa na busca de uma relação interpessoal humanizada, na qual o doente possa ser ouvido e atendido em suas necessidades e expectativas.

Há uma impossibilidade de formação de vínculos quando a medicina de massa é exercida, citando como exemplo o tempo sugerido pela OMS - presente na Portaria 3.046/82 do Ministério da Previdência e Assistência Social e na Resolução 03/01 do Ministério da Saúde, que preconiza uma consulta de duração de quinze minutos, na qual dificilmente podem ser contempladas muitas demandas do paciente⁽¹⁹⁾.

Nos hospitais universitários, há uma tendência de as consultas serem mais prolongadas, levando-se em consideração seus aspectos formativos. No entanto, aqui o problema deixa de ser a duração da mesma, mas sim a questão da rotatividade dos residentes nas enfermarias e, frente aos casos ambulatoriais, o problema seriam os intervalos de tempo demasiado prolongados entre uma consulta e outra⁽¹⁹⁾.

No caso específico da unidade em hemodiálise em questão, há também que se considerar o grande volume de atividades técnicas exercidas pelo profissional médico, como elemento de limitação da convivência com o doente. Na formação médica amparada pela abordagem naturalista-mecanicista, o paciente deixa de ser o centro da atenção, sendo então encarado como parte de uma engrenagem e assim passa a ser tratado⁽²⁾.

É importante lembrar aqui a relevante influência do pensamento cartesiano, levando-nos à concepção do dualismo mente-corpo, com a supremacia do segundo elemento sobre o primeiro. Lembremos que a forma de funcionamento do corpo humano, assemelhando-se a uma máquina, parece ter-se fortalecida, dentre outros momentos da história da medicina, pela descoberta acerca da existência da circulação sanguínea⁽²⁰⁾.

A formação de vínculos, apesar de imprescindível para um relacionamento profissional-paciente, não basta para que se tornem efetivos e atendam seus relevantes objetivos, dentro de um modelo assistencial de saúde. Percebemos que este vínculo é mais facilmente obtido pelos profissionais da área de enfermagem, que assistem o paciente de modo peculiarmente reconhecido. Tal fato pode ser explicado pelo contato de tempo mais prolongado que o enfermeiro tem junto ao paciente, desde sua recepção na unidade, o momento da pesagem, da punção de uma fístula e de manutenção. Um relato ilustra, de certa

forma, esta questão:

[...] que nem a enfermeira [...] eu passo mal na máquina por exemplo [...] ela vai lá [...] vê minha pressão, tá baixa, passa um sorinho, pergunta pra mim: - Você melhorou? Então tá bom! Não, elas não são assim [...] Passa um sorinho, olha para mim e fala assim: - Quantos (dedos) tem aqui? [...] é uma conversa diferente, isso te anima mais. (E1)

Este vínculo é um passo inicial importante na medida que promove uma maior confiança entre as partes envolvidas, embora possa também servir de subterfúgios inconscientes ou mesmo conscientes para uma imposição ao paciente de uma certa doutrina hospitalar mais rígida.

A presença fixa do profissional de enfermagem, naquele local, poderia servir como um elo de ligação na equipe. O desenvolvimento deste elo poderia facilitar a comunicação deste paciente, além de melhorar muito a assistência prestada, extrapolando a atenção ao somático, altamente valorizado.

O privilégio da competência clínica (biológica) e o relacionamento humano

Como vimos na introdução deste trabalho, o tratamento e a doença podem trazer inúmeras complicações para o indivíduo. Tais eventos podem necessitar monitoramento efetivo e contínuo. A realização da sessão de hemodiálise fornece um componente a mais que, geralmente, fica a cargo dos membros da equipe de enfermagem, ou seja, o controle das funções vitais dos pacientes, bem como a operação da máquina de hemodiálise. Esta tarefa, amiúde, começa bem antes do paciente sentar-se à poltrona e de se começarem os preparativos para que ele seja ligado à máquina.

Interessante observação feita por Matta⁽²¹⁾ sobre os termos utilizados correntemente no jargão da equipe de saúde, tais como: ligar, instalar e retirar o paciente. Instalar significa a preparação dos enquadres arteriovenosos e do capilar, responsáveis pela filtragem do sangue, a punção da fístula ou de um outro acesso e o início do procedimento de diálise. Retirar não significa exatamente, do ponto de vista técnico, o procedimento oposto, mas, de qualquer forma, o uso corrente destes termos aponta para uma concepção muito mecânica da atividade.

Percebemos, como na fala abaixo, que este jargão já foi também incorporado ao vocabulário dos pacientes que se submetem ao tratamento:

[...] enquanto eu não ligo, eu não me sinto bem. Aí a partir do momento que eu estou ligado na máquina eu já começo a me sentir melhor. (E2)

[...] o meu tratamento, na salinha [...] o pessoal vem e me liga [...] e vai ligar lá fora, lá no salão [...] (E2)

O caráter eminentemente técnico do procedimento acaba por exigir do profissional uma especialização e um treinamento específicos que o capacitam no manuseio da máquina e, principalmente, no atendimento dos efeitos colaterais (físicos) dos pacientes. Essa competência técnica tem uma característica importante: a confiança depositada no profissional e a percepção do lado humano do tratamento, como podemos atestar abaixo.

[...] eles são muito atentos, eles são muito bons [...] inclusive eu estou com um pouco de dor nessa mão agora [...] eu esfrego ela, não melhora a dor. Aí eu peço para elas virem fazer massagem, elas sentam perto de mim, fazem massagem, um pouquinho de cada uma [...] então eu acho que é bom o relacionamento assim na parte humana deles. (E7)

[...] eu acho muito bom o atendimento deles, só que eu vejo assim [...] a gente vai ter um cuidado [...] suponhamos que eu tenha uma parada [...] você vê o atendimento deles, eles correm, eles socorrem [...] busca socorro para a pessoa correndo, todo mundo se

trombando um no outro ... Então, a gente se sente seguro com eles porque eu acho que se acontecer comigo ela também vai me socorrer .. eu só vou morrer se for a minha hora por eles, eu acho que eles ajudam a gente a sobreviver. (E7)

O paciente, muitas vezes, confere ao profissional poderes que vão além de sua capacidade. A paciente E1, ao mencionar que só morrerá se chegar a sua hora, de certa forma reforça a idéia da boa formação profissional da equipe. Esta seria composta por pessoas que receberam treinamento adequado para lidar com doenças, a favor da vida e contra a morte.

[...] se eu vejo alguma coisa errada na minha máquina, eu chamo elas (enfermeiras) numa boa [...] elas vêm numa boa. Eu não posso falar pelos outros [...] pelo menos por mim a parte humana elas me tratam muito bem. (E1)

[...] às vezes você chama um médico [...] vem assim daquele jeito às vezes nem põe a mão no paciente [...] é falta de humanidade. (E3)

Agora, tem médico aqui que eu vou te falar [...] é atencioso, você chama ele te examina [...] essa parte de humanidade é isso, você chamar o médico, o médico não se preocupar. (E3)

É importante observar, nas falas anteriormente citadas, que o atendimento mais humanizado acaba se confundindo com certo caráter prestativo com que os membros da equipe atendem às demandas físico-biológicas ou aos procedimentos referentes à máquina. Acreditamos que tal fato seja uma consequência daquilo que Balint⁽⁹⁾ chamou de função apostólica: como se os profissionais de saúde possuíssem o conhecimento revelado do que os pacientes deviam e não deviam esperar e suportar como se tivesse o sagrado dever de converter a sua fé todos os incrédulos e ignorantes entre os pacientes.

Assim sendo, o objetivo - e freqüentemente o efeito da resposta - é induzir o paciente a adotar as normas da equipe, isto é, convertê-lo à prática de tal fé. Os pacientes, de certa forma, respondem como seres humanos àqueles cuidados biológicos, pois teriam sido convertidos a aceitarem-nos como únicos, a despeito de um atendimento que envolva uma assistência mais globalizada em que os aspectos psicológicos e sociais também sejam privilegiados.

6 Conclusões

A questão do vínculo entre equipe de saúde e paciente, segundo a ótica do segundo, apresentou-se deficitária em nossos resultados de pesquisa, sendo que os pacientes atribuíram o problema, em grande parte, à rotatividade dos médicos- residentes, uma situação peculiar em hospitais universitários.

A necessidade de ser ouvido e de receber maior atenção, mencionadas pelos pacientes, consistiu num fator associado à alta tecnologia e à diversidade de procedimentos técnicos exercidos pelos profissionais da equipe de saúde. O profissional de enfermagem, segundo a fala dos sujeitos da pesquisa, demonstrou apresentar uma maior vinculação com os pacientes, em razão do contato habitualmente mais prolongado com este profissional. Constatamos que o vínculo mantém-se num nível afetivo também importante, mas, mesmo assim, ainda carecendo de maior percepção das questões subjetivas existentes neste enquadre.

Existe uma compreensível assimilação, por parte dos pacientes, do modelo de comunicação geralmente adotado pela equipe de saúde, no qual o jargão do enfermeiro passa também a ser utilizado pelos pacientes, como no exemplo da expressão

“estar ligado à máquina”. Este fenômeno, fruto de uma “função apostólica” do profissional, pôde ser evidenciada em nossos achados. Pode representar para o paciente, de certa forma, um caráter de defesa a sentimentos de desproteção ou medo, na medida em que este vai reconhecendo a capacidade técnica do profissional, o que confere certo poder à equipe. não raro, além de suas possibilidades.

O atendimento mais humanizado é entendido pelos pacientes como sendo aquele prestado segundo a qualidade das atividades técnicas que possam ser dispensadas pelo profissional de saúde, havendo, desta forma, limitada discriminação entre relação interpessoal e competência puramente técnica.

Referências

1. Fernandes JCL. A quem interessa a relação médico-paciente? Cadernos de Saúde Pública, Rio de Janeiro 1993 jan/mar;9(1):21-7.
2. Perestrello D. A medicina da pessoa. 4ª ed. São Paulo: Atheneu; 1996.
3. Balint M. O médico: seu paciente e a doença. 2ª ed. Rio de Janeiro: Atheneu; 1988. 345 p.
4. Mello Filho J, editor. Psicossomática hoje. Porto Alegre (RS): Artes Médicas; 1992. 385 p.
5. Mello Filho J. Concepção psicossomática: visão atual. 7ª ed. Rio de Janeiro: Tempo Brasileiro; 1994. 212 p. il.
6. Colle RO. Atendimento psicológico no setor de diálise. Boletim Paulistano de Psicossomática, São Paulo 2001 ;vol(2):1 O.
7. Saes SC. Alterações comportamentais em renais crônicos. Nursing, São Paulo 1999 maio;2(12):17-9.
8. Silva DMGV, Vieira RM, Koschnik Z, Azevedo M, Souza SS. Qualidade de vida de pessoas com insuficiência renal crônica em tratamento hemodialítico. Revista Brasileira de Enfermagem, Brasília (DF) 2002 set/out;55(5):562-7.
9. Barbosa JC, Aguilar OM, Boemer MR. O significado de conviver com a insuficiência renal crônica. Revista Brasileira de Enfermagem, Brasília (DF) 1999 mar/abr; 52(2):293-302.
10. Gullo AB, Lima AFC, Silva MJP Reflexões sobre a comunicação na assistência de enfermagem ao paciente renal crônico. Revista da Escola de Enfermagem da USP. São Paulo 2000 jun;34(2):209-12.
11. Ferrari AT. Metodologia da ciência. 3ª ed. rev. ampl. Rio de Janeiro: Kennedy; 1974.242 p.
12. Jeammet P, Reynaud M, Consoli S. Manual de psicologia médica. Rio de Janeiro: Masson; [19-]. 421 p.
13. Turato ER. Introdução à metodologia da pesquisa clínico-qualitativa: definição e principais características. Revista Portuguesa de Psicossomática, Porto 2000 jan/jun;2(1):93-108.
14. Bogdan R, Biklen S. Investigação qualitativa em educação: uma introdução à teoria e aos métodos. Porto: Porto; 1994. 335 p. il.
15. Cunha AG. Dicionário etimológico nova fronteira da língua portuguesa. 2ª ed. Rio de Janeiro: Nova Fronteira; 1996.839 p.
16. Chauí MS. Convite à filosofia. 3ª ed. São Paulo: Ática; 1995.440 p. il.
17. Denzin NK, Lincoln YS, editors. Handbook of qualitative research. London: Sage; 1994. 643 p.
18. Bardin L. Análise de conteúdo. Lisboa: Edições 70; 1977.226 p. il.
19. Sousa PR. Os sentidos do sintoma: psicanálise e gastroenterologia. Campinas (SP): Papyrus; 1992. 186 p.
20. Queiroz MS. O paradigma mecanicista da medicina ocidental moderna: uma perspectiva antropológica. Revista de Saúde Pública, São Paulo 1986 ago;20(4):309-17.
21. Matta GC. Hospitais, subjetividade e glomérulos inoperantes: da doença renal ao renal crônico [dissertação de Mestrado]. Rio de Janeiro: Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro; 1998. 115 f.

Data de recebimento: 20/10/2002

Data de aprovação: 22/12/2003