TECNOLOGIAS E O CUIDADO DE ENFERMAGEM A PESSOAS EM TRATAMENTO DE HEMODIÁLISE

Lygia Paim *
Denise Guerreiro Vieira da Silva **
Mercedes Trentini ***
Rozanea Maciel Vieira ****
Zuleica Koschnik *****

RESUMO

O estudo teve o objetivo de facilitar expressões espontâneas de um grupo de pessoas em tratamento de hemodiálise referentes às suas condições de vida, de saúde e de tratamento. A pesquisa foi desenvolvida com um grupo de convivência com seis pessoas em tratamento de hemodiálise que se reuniu treze vezes. As informações foram obtidas pela técnica de discussão em grupo e analisadas de acordo com o método do Discurso do Sujeito Coletivo (DSC). Os achados indicaram cinco idéias centrais: 1) Necessidade de participar de uma associação de classe. 2) O direito de atendimento especial nas instituições públicas. 3) Orientação para prevenção primária. 4) Hemodiálise apavora. 5) Espera por um doador de rim. O cuidado de enfermagem a essas pessoas precisa se estender além da mera rotina de atenção do funcionamento da máquina de diálise.

Palavras-chave: Enfermagem. Hemodiálise. Tecnologias em saúde.

INTRODUÇÃO

A Insuficiência Renal Crônica (IRC) caracteriza-se pela deterioração progressiva da função renal. As pessoas nestas condições, geralmente, aspiram por um transplante renal por ser a única alternativa para restabelecer a função dos rins; contudo, até que este procedimento se concretize necessitam de tratamento paliativo dialítico continuado, o qual compreende duas modalidades: diálise peritonial e hemodiálise (BARBOSA; AGUIAR; BOEMER, 1999). Muitas pessoas com IRC no Brasil estão em regime de tratamento de hemodiálise ambulatorial três vezes por semana com duração de três a quatro horas para cada sessão. Estima-se que em 2006 no Brasil, 57.988 pessoas estão em tratamento hemodialítico (SOCIEDADE BRASILEIRA DE NEFROLOGIA, 2006).

Ao longo dos últimos 30 anos, a literatura tem divulgado estudos focalizando as condições de vida e de saúde de pessoas com IRC em tratamento hemodialítico e tem mostrado que o cotidiano dessas pessoas se torna repleto de uma variedade de problemas pelo desequilíbrio hidroeletrolítico que, por sua vez passa a atingir a vida dessas pessoas em várias de suas situações. Desta maneira, as pessoas em hemodiálise sofrem com uma multiplicidade de perdas relacionadas a: capacidade de desempenho do papel social; funções físicas; aparência corporal; auto-estima; liberdade de locomoção entre grandes distâncias por dependerem da máquina de diálise; financeiras pela não manutenção de seu trabalho e remuneração habitual, entre muitas outras conseqüências a essa situação de saúde.

* Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Livre docente. Professora titular aposentada da Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ). Docente da Universidade do Vale de Itajaí (UNIVALI) de Biguaçu – SC.

** Enfermeira. Doutora em Filosofia em Enfermagem. Professora do Departamento de Enfermagem da UFSC. Coordenadora do grupo de pesquisa – NUCRON/UFSC.

*** Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Especialista em Nefrologia. Professora aposentada da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC).

**** Enfermeira do Hospital Governador Celso Ramos de Florianópolis – SC. Especialista em Nefrologia.

***** Enfermeira do Hospital Governador Celso Ramos de Florianópolis – SC.

Pesquisadores atuais nesta área, a exemplo de Nagle (1998), Parfrey et al. (1998), MacCann e Boorg (2000), Mendes e Shiratori (2002) mostram dados semelhantes aos referidos anteriormente, portanto, pode-se apreender que, apesar da evolução da medicina e da tecnologia de ponta terem obtido sucesso no prolongamento da vida das pessoas com IRC, nos últimos 30 anos, pouco ou nada têm ajudado na minimização dos problemas nas suas vidas cotidianas. Então, faz-se necessário alertar os cuidadores das unidades de hemodiálise para não tornar, o contato com essas pessoas, uma rotina automática, acomodando-se em ligar e desligar o cateter da infusão dialisadora. A obrigatoriedade de ir ao ambulatório três vezes por semana e ficar três a quatro horas cada vez, faz com que as pessoas com IRC fiquem na unidade em torno de 48 horas mensais durante anos e anos e, com isso, desenvolvam um estreito relacionamento com os profissionais de enfermagem, os quais são os principais cuidadores nessas unidades. Por este motivo e também porque o objeto da enfermagem está focalizado no cuidado às pessoas, os profissionais de enfermagem são as pessoas-chave para ajudar esses usuários no enfrentamento dos seus problemas. No entanto, na maioria das unidades de hemodiálise os cuidadores se ocupam nos limites das funções de ordem técnica respondendo ao que é imediato e ao que os gestores esperam deles.

Desta maneira, as enfermeiras desses serviços geralmente não se sentem responsáveis para atuar fora dessa área estritamente técnica, mesmo porque, isso não é reconhecido como exigência pelo instituído. Por isso, decidimos desenvolver este estudo, com o objetivo de facilitar expressões espontâneas de um grupo de pessoas em tratamento hemodialítico referentes às suas condições de vida, de saúde e de tratamento. Tais expressões podem vir a ser reconhecidas como novos pontos de reflexão voltados a novas práticas instituintes qualificadoras do trabalho de enfermeiras atuantes nesta especificidade de atenção à saúde.

Reflexões de Base à Análise

Quando se reflete a questão tecnológica do cuidar em enfermagem também aí surge como idéia primeira muito impregnada em nosso meio a qual precisa ser descartada, a de que a tecnologia se reduz a máquinas - equipamentos. No entanto, muitas das máquinas existentes ainda que sejam imprescindíveis, porquanto funcionam como instrumentos de alívio e conforto para algumas situações de saúde, sabemos que a cura não se faz por tais máquinas.

Autores estudiosos de paradigmas contemporâneos como Maffesoli (1997) e Morin (2001), convergem suas idéias para uma ciência que não prescindia dos sujeitos e das subjetividades. Uma ciência que se revela pela consubstanciação de um conhecimento emancipatório, ao invés, de um arcaico conhecimento-regulação. Por sua vez, as tecnologias do cuidar humano vêm sendo objeto de reflexão à consideração de tais dimensões paradigmáticas. As tecnologias, assim relacionadas, vêm sendo focalizadas em determinadas tipificações, especificidades, as quais em seu uso têm compromisso com a presença dos sujeitos e de suas subjetividades, retirando de todos nós a imagem de associar a tecnologias “apenas máquinas” – uso do termo de modo restritivo, proveniente de uma redução trazida por paradigmas da modernidade.

A enfermagem dispõe de possibilidades de composição de tecnologias desse espaço de relações no âmbito do cuidado e, muitas delas, dispensam instrumentos materiais e produzem bens e valores procedentes da invisibilidade do cuidado, nos modos intersubjetivos dessa prática assistencial ora tipificada em pessoas com IRC em tratamento de hemodiálise.

As reflexões, mais recentemente, feitas na área da saúde destacam a inseparabilidade característica de qualquer tecnologia – logos e techné ou a priori tecnológico, como tratado por Levy (2004). Os conhecimentos das ciências sociais no campo de atuação tecnológica da saúde compõem uma segunda inseparabilidade com o conhecimento biomédico

e assim as tecnologias do cuidar, aproxima-se de certa “fisionomia humana”, expressão tomada de empréstimo de Schumacher (1981).

Um caminho desenhado em tipologias tecnológicas vem se fazendo em afinação com o conceito emancipatório. O conhecimento tecnológico estudado por Nietzsche (2000) corresponde a essa visão, quando refere sua tipologia como tecnologias emancipatórias, caracterizando diferentes qualificações tecnológicas inseridas no âmbito das práticas assistenciais em saúde. Embora só uma dessas tipologias seja nominada por Nietzsche (2000) como “Tecnologia do Cuidado”, entendemos que as suas demais categorias classificatórias têm lugar igualmente nos cenários do cuidado e assim, temos tomado a liberdade de estudá-las nesta perspectiva. As suas categorias classificatórias foram nominadas como tecnologias: de concepções; interpretativas de situações de clientes; de administração; de educação; de processos educacionais e, finalmente, de modos de conduta. A identificação dessas tecnologias do modo desdobrado no campo operacional, da assistência, pode ser uma chave à qualificação do cuidado de enfermagem voltado à experiência humana de ser saudável e do adoecer. Tal interpretação tecnológica contraria a mecanicidade de ações instituídas em padrão técnico, e neste estudo da assistência em ambiente de hemodiálise amplia o olhar antes estritamente objetivo dirigido à relação entre coisas “máquina-cateter” distanciando o foco do espaço das inter-relações inclusivas da presença dos sujeitos e das subjetividades. A nosso ver, a ênfase na questão emancipatória, no âmbito operacional, se consubstancia numa dialogicidade intencional entre o conhecimento-emancipação manifesto tecnologicamente em um saber prático, e o senso-comum em sua “feição utópica e libertadora.” Neste estudo, reproduzindo-se de modo colado às experiências de vida deste grupo social, aqui trazido no depoimento de pessoas usuárias de serviços de hemodiálise e em situações de saúde comprometidas pela IRC.

Por sua vez, esse espaço das relações nos Serviços de Saúde, denominados por Merhy, Campos e Malta (1998) espaços interseçores, são, justamente, o palco das expressões do

imaterial, da invisibilidade do que se passa no mundo das experiências de vida e saúde entre profissionais e usuários de Serviços implicados a situações IRC e suas repercussões no grupo social a que nos referimos com este estudo. Tornar visíveis tais situações e buscar ações que dêem materialidade às cargas simbólicas de sofrimento ali presentes e, paradoxalmente, fazendo pessoas em tratamento de hemodiálise “encantadas” por alívios temporários trazidos pelas máquinas dialisadoras, é praticar a qualificação do estar-junto com esse grupo social em escuta e cuidado sensíveis. Para tanto, valer-se de tecnologias leves ou mesmo leve-duras que suavizem essa trajetória em menos sofrimento e mais esperança é uma intencionalidade declarada neste estudo. A classificação de Merhy et al. (1997) para tecnologias: leves, leve-duras e duras, é considerada, neste estudo, entre outras teorizações, pela presença de tecnologias leves tomadas como uma possível construção de bens imateriais; ao lado desta classificação genérica, tomamos também como referência à tipologia classificatória de Nietzsche (2000) compreendendo-as como não-excludentes e, mais que isto, compreendendo que ambas contêm a afinidade paradigmática de um conhecimento-emancipação como base teórica situada nas suas vertentes categorias classificatórias.

METODOLOGIA

O estudo foi desenvolvido numa unidade de hemodiálise. Trata-se de uma Pesquisa do tipo Convergente-Assistencial (PCA) que é realizada no mesmo espaço físico e temporal da prática e com a participação de profissionais que desenvolvem atividades naquele contexto (TRENTINI; PAIM, 2004) Inclui atividades de assistência no processo, mas a investigação não se consubstancia como assistência. Neste estudo, os processos de assistência e pesquisa foram articulados pela utilização da técnica de discussão em pequeno grupo. O grupo foi formado por seis pessoas em tratamento de hemodiálise que se reuniu treze vezes durante um período de 10 meses.

Os depoimentos obtidos durante os encontros foram gravados, transcritos e analisados pelo método do Discurso do Sujeito

Coletivo (DSC) desenvolvido por Lefèvre e Lefèvre (2003). Este método consta de quatro figuras metodológicas. Expressões chave (ECH), Idéia central (IC), DSC e Ancoragem (AC).

ECH são segmentos substanciais das falas literais dos sujeitos que definem o conteúdo e a seqüência do discurso elaborado em torno de uma idéia central. IC consiste de uma expressão lingüística sintética que indica o "cerne" do discurso, ou seja, confere distinção a cada conjunto de expressões chave as quais dão origem ao discurso do sujeito coletivo. DSC é um discurso-síntese composto por um conjunto de expressões chave cujo conteúdo reflete a idéia central. Embora o DSC esteja redigido na primeira pessoa do singular não representa uma experiência singular, mas sim expressões homogêneas de vários sujeitos. AC mostra em que corrente filosófica e ou teoria e ou ideologia o discurso está fundamentado.

Para este estudo a análise seguiu os seguintes passos. 1) leitura de cada depoimento singular; 2) Extração das expressões chave de cada depoimento 3) Agrupamento das expressões chave homogêneas; 4) Extração da idéia central de cada agrupamento das expressões chave; 5) Composição dos discursos do sujeito coletivo correspondentes a cada idéia central.

O projeto desta pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa com seres humanos da Universidade Federal de Santa Catarina de acordo com a Resolução n.º 196/96 do CNS/MS (BRASIL, 1996). Os dados só foram coletados após o esclarecimento e assinatura do termo de Consentimento Livre e Esclarecido dos participantes, termo pelo qual foi garantida a participação voluntária, bem como o anonimato e o sigilo em toda a pesquisa e suas publicações correspondentes.

A Prática Assistencial

A prática assistencial ocorreu durante as treze reuniões com o grupo e consistiu de um processo de educação onde predominava a escuta dos pesquisadores em relação à fala e as solicitações dos participantes. Quando necessário os profissionais proviam informações sobre as complicações mais comuns, seus determinantes e sobre procedimentos de prevenção, ou seja, mostrando a necessidade de adoção de um estilo de vida condizente com a condição de

insuficiência renal crônica. A prática assistencial incluiu também atendimento aos anseios dos participantes referentes à necessidade de participação ativa na Associação de Classe a fim de defender seus direitos. Para isso, foi providenciado um encontro com representantes da Associação.

RESULTADOS DA PESQUISA

Os depoimentos narrados pelos sujeitos permitiram a composição de cinco discursos apresentados a seguir.

1 Associação de renais crônicos

Idéia Central: Necessidade de participar de uma associação de classe.

1.1 Discurso do sujeito coletivo

Seria interessante para todos nós se tivéssemos uma associação de renais crônicos porque dentro dessa área, está havendo um problema. Aqui temos um tratamento muito bom, não tenho nada a dizer, só tenho a agradecer às enfermeiras, mas está faltando alguma coisa entre nós, uma representação legal que garanta nossos direitos, por exemplo: estou tendo dificuldade particular de encontrar a famosa injeção de "noripurum". Será que através de uma entidade representativa seria possível conquistar autonomia, com autoridade, seria mais fácil do que a gente ter que ir individualmente lá no antigo INPS pegar esse tipo de medicamento, esse e outros medicamentos que são necessários.

As pessoas com problemas renais crônicos possuem uma patologia até certo ponto incapacitante o que inviabiliza a busca por seus benefícios. Uma entidade legalmente constituída garante os direitos uma vez que representa um número expressivo de pessoas.

O sentimento expresso pelo grupo de usuários é o de que enquanto tal, individualmente, as questões estão ainda dificultadas, até mesmo para medicamentos imprescindíveis ao tratamento a que se propõe a orientação dos Serviços de Saúde. A autonomia e a autoridade para exercer o direito de requerer aquilo que está previsto para

continuidade da terapêutica, são percebidas como esvaziadas. No entanto, há uma manifestação sensível dos usuários em situação de IRC quando neste discurso expressam um sentido emancipatório nascente, potencial. O aproveitamento desse potencial não se daria, caso os profissionais do cuidado deixassem de afinar seus modos de conduta ao conceito emancipatório em suas práticas, no espaço das relações constituído, necessariamente, para o cuidado.

O requerimento de tecnologias desdobradas à concepção de novos processos no campo operacional do tratamento de grupo sem hemodiálise fica diagnosticado, a partir do discurso em análise e da perspectiva de Nietzsche (2000) a revelar uma classificação de “Tecnologias Emancipatórias do Cuidar”. Em oportunidades como esta, do trabalho do cuidar em grupos, por certo está trazida a compreensão de que, dispor daquilo que é chamado, na classificação citada de “Tecnologias de Modos de Conduta”. Reconhece-se uma tecnologia desta natureza na construção e disponibilização aos usuários de um Guia Prático de Encaminhamento das principais implicações do processo de tratamento. Tal construção conteria informações e estratégias de organização coletiva, seus direitos, agendamentos e orientação de acessos, resolução, perguntas e respostas mais presentes em tratamento a grupos com IRC. Uma tecnologia assim faz vibrar com os usuários, sua voz coletiva.

Como se pode apreender, o discurso coletivo dos usuários contém uma ideologia cuja lógica de valorização do coletivo representa a força da autoridade associativa com base no direito desses usuários, em parceria da instituição. A reivindicação traduz a moralidade do grupo e o requerimento da equidade como a justiça chamada e já prevista na base política das proposições do sistema de saúde; embora exiba hierarquia dos usuários como critério de distribuição dos medicamentos a que todos os que sofrem de IRC têm direito.

2 Necessidade de identificação

Idéia Central: O direito de atendimento especial nas instituições públicas.

2.2 Discurso de sujeito coletivo

Queríamos ter uma carteirinha, demonstrando que o cara faz hemodiálise, entendeu? Que tem, por exemplo, prioridade em ficar... Não é querer ser o primeiro da fila ou coisa parecida, tem diversos setores públicos por exemplo, uma fila de banco, ou um exame para fazer, porque a nossa vida já está presa a um fio de barbante. Por exemplo, eu o dia que eu faço hemodiálise, hoje eu vim aqui com muito esforço e tal, outra eu não enxergo nada eu fico bambeando porque eu não tenho firmeza no meu pé, tenho o pé amputado na metade do pé. O cara fica lá no balcão se escorando, o cara só não fala nada porque a gente tem vergonha de dizer que quer uma cadeira para sentar, não precisa a gente dizer isso cabe as pessoas lá dentro ver a necessidade da gente.

A voz coletiva clama por fazer jus a seus direitos na extensão do atendimento do ato da hemodiálise enquanto cidadãos que se identificam também pelo caráter de portadores de insuficiências em órgão vital (a questão renal), dependentes de um tratamento sem o qual extinguiriam suas vidas. Essa extensão está alegada pelo não respeito a essa diferença e nela a dignidade de ter prioridade de cobertura do cuidado em outras instâncias sociais. A identificação de uma pessoa com a situação de IRC está sendo evocada como uma possibilidade de apoio a resolutividade de acesso a medicamento indicado como imprescindível a quem tem que estar submetido à hemodiálise. Contudo, a extensão do reconhecimento do diferencial para atendimento desses cidadãos vai além da sua circunscrição ao plano de intervenções biomédicas. Na visão do sujeito coletivo em situações de IRC suas diferenças caracterizam a oferta de uma atenção prioritária a ser instituída em vários segmentos com os quais esse grupo mais se relaciona. Há uma visível situação de dificuldade desses cidadãos com situações de IRC, para enfrentar filas quer em bancos, serviços comerciais e outros, para o que a sociedade lhes deve a prioridade tal como já reconhecida pelo Estado à situação de

portadores de deficiência física, idosos, gestantes e outros. Na lógica desses usuários de serviços de saúde, um documento comprobatório de suas situações, facilitaria esse acesso e promoveria certo conforto diante de seus afazeres cotidianos.

Muitas vezes dissimulamos as diferenças para não enfrentá-las e até utilizamos o recurso de espairer o reconhecimento de uma pessoa com situação de IRC, a título de que ressaltar a sua IRC corresponderia a marcá-la de modo a discriminá-la ou excluí-la. Com isto, estamos nos omitindo de nos aliarmos aos grupos minoritários em sua luta social para acessar determinados interesses que lhes são próprios. E, assim, vemos sujeitos coletivos preocupados com seus direitos, requerendo priorização em situações competitivas desiguais pela espoliação de seu corpo, pelo significado do tratamento que enfrenta, e até mesmo pelo silêncio que a sociedade faz diante de sua presença em situação de IRC. Pensam numa carteirinha que lhes apresente como pessoas que desejam ver a si mesmos e a outros companheiros de hemodiálise, não como necessitados ou mendigos, porém, como diferentes apenas naquilo que significam o cansaço, as demandas e mesmo o tratamento rotineiro da hemodiálise. Prioridade, nesse caso, fica defendida como um direito especial, ao qual nós, profissionais de saúde, temos que estar abertos para ouvir, informar e compor com eles o motivo social que lhes impele a esse discurso, e uma consideração de profissionais sempre.

3 A informação poderia evitar a IRC

Idéia Central: Orientação para prevenção primária.

3.3 Discurso do sujeito coletivo

Um assunto que acho importante discutir é o que poderia levar à Insuficiência Real (IR) como a pressão alta. Seria bom também divulgar mais este assunto, quem sabe colocar na mídia. Divulgar a situação no sentido de ajudar as pessoas. Como, por exemplo, relaxar, aceitar melhor esse tipo de doença. Isso é importante não é? Tem gente que desconhece que pressão alta pode acabar com os rins. É... O meu caso.

Eu tenho um pouco de culpa de estar nesta máquina. Se eu tivesse tido uma orientação, se eu soubesse ou tivesse o conhecimento, eu teria tomado cuidado. Acho que a gente tem que, sobretudo, levar às escolas, levar as informações, particularmente para mim dói muito ver uma criança na hemodiálise, e eu sei, por exemplo, que a minha doença é hereditária. A diabetes é uma doença que faz acabar com todo o organismo, o meu organismo acabou todo. Então isso tinha que ter alguém que fizesse a explanação ou explicasse isso aí, na televisão no rádio.

Informação tem a ver com “saber” e saber cuidar-se. Para os usuários em tratamento por estarem com IRC, à memória de como se sentiram sem informações prévias para se defrontarem com o tratamento hemodialítico significa desarmá-los até mesmo em suas reservas emocionais de tal modo que a expressão utilizada é de “apavoramento”. No grupo, durante o tratamento, expressões como estas, fazem ver que ainda estamos concentrados no modelo visceralmente biomédico e, nele, a estrita conotação de paradigma tradicionalmente visto como próprio de um sistema regulador em superação. O desprezo à variedade de problemas que vão além da dimensão orgânica e atingem as demais dimensões da vida, principalmente as associadas às perdas estão na voz dos usuários neste discurso apropriadamente manifestadas. Com isso, nós cuidadores em Unidades de Hemodiálise já não conseguiremos estar fixados central e unicamente em nossas antigas práticas de cuidar às máquinas o que nos faz entrar em contato frio e reduzido de rotinas automáticas, restritas aos limites de vigiar o cateter de infusão dialisadora; esta visão reguladora há que ser substituída pela emancipatória a qual expressará as nossas tecnologias de cuidar em aderência às experiências de vida e saúde.

Este olhar vem sendo solicitado nas falas dos usuários, resta aos profissionais entregarem-se à expressão tecnológica própria do cuidar, reconhecida pelo conhecimento emancipação, inseparável de um saber prático qualificado que componha e recomponha

Tecnologias de Educação em sua “feição utópica e libertadora”. Se assim dirigida ao encontro com o senso comum estaremos buscando ações que dão materialidade ao cuidar, considerado pelas informações que traduzem as expressões dos usuários em seus sentimentos, singularidades e direitos de saber para saber cuidar de si mesmos é uma primeira mudança que anuncia a operacionalidade do cuidar em novo paradigma.

4 As pessoas não estão preparadas para o tratamento de hemodiálise

Idéia Central: Hemodiálise apavora.

4.4 Discurso do sujeito coletivo

Há um despreparo para entrar na hemodiálise, as ações de prevenção nos ambulatoriais são incompletas. Acho que os médicos que estão acompanhando no consultório, que estão sabendo que mais cedo ou mais tarde as pessoas vão entrar em hemodiálise, deveriam preparar melhor o doente. Acho que quem está previamente preparado para iniciar a hemodiálise aceita melhor, assim, preparar as pessoas facilitaria a entrada no serviço de hemodiálise. Quando soube que precisava fazer hemodiálise, gente, eu saí daqui do consultório, eu fui para casa chorando de carro, dirigindo e chorando. Eu fiquei apavorado. Aí cheguei em casa e contei para minha mulher, foi outra choradeira, aí no outro dia, eu fiquei bravo comigo, tive de encarar, aí hoje eu levo na esportiva.

Devemos aos usuários novos processos tecnológicos que alcancem a informação da população em geral, formas de preservar o funcionamento orgânico evitando o risco de IRC, mas também o desmascaramento do “pavor” a máquinas que traduzem recurso a melhor qualidade de vida, mesmo estando enfrentando uma situação crônica como a IRC. Ao lado disso a busca de uma tradução mais nítida desse ir além de modelos “apavorantes” e reencontrar a posição emancipatória que se traduz num espaço de relações de experiência de vida em suas propriedades mais singulares e mais coletivas.

5 No transplante renal pode estar a chance de vida

Idéia Central: Espera por um doador de rim.
5.5 Discurso do sujeito coletivo

Não tem uma campanha de conhecimento de orientação, para fazer transplante no hospital, teve quase uma briga, para que pudesse ser feito. E discussões dos grupos médicos, aquele grupo não gosta daquele outro, as marcas médicas que existem e a gente sabe que existem, em detrimento do próprio paciente. Antes de tudo a gente tem que ter muita vontade de viver e se lembrar que no transplante pode estar a chance da vida da gente. Eu voltei para a máquina, fiz o segundo transplante e graças a Deus, deu certo. A minha vida mudou completamente. Primeira coisa á botar o medo de lado e ter fé em Deus que já é meio caminho andado.

Quando nos inspiramos em Santos (2001) queremos compreender uma visão paradigmática que critica a passividade do sujeito, ao rejeitar a produção de um conhecimento-regulador, tal como se deu na modernidade, e entrar, no presente, com a construção de um conhecimento-emancipatório. O senso comum emancipatório é uma reinvenção do senso comum com uma dimensão libertadora, aberta ao diálogo com o conhecimento, que lhe valoriza. Esse diálogo entre o conhecimento-emancipatório e o senso comum, traz consigo uma visão de mundo baseada na ação e no princípio da criatividade e da responsabilidade. O senso comum, assim visto, reproduz-se no cotidiano da vida – e o cuidar aí se entranha compondo as ações apropriadas à experiência humana em sucessiva construção – ele em diálogo com o conhecimento-emancipação passa da ignorância ao momento do saber solidário como conhecimento; é a instauração da solidariedade como prática política. Aqui se coloca uma outra inseparabilidade na tecnologia do cuidar – o conhecimento-emancipação só se tipifica como tal quando busca se converter em senso-comum. É ainda, Santos (2001) quem ressalta: o conhecimento-emancipação, ao tornar-se

senso-comum, não despreza o conhecimento que produz tecnologia, mas entende que tal como o conhecimento deve traduzir-se em autoconhecimento, o desenvolvimento tecnológico deve traduzir-se em sabedoria de vida.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Quando os pesquisadores das ciências da saúde e das ciências humanas mostram que o cotidiano das pessoas em tratamento hemodialítico manifesta uma variedade de problemas na dimensão orgânica e que estes atingem as demais dimensões da vida (suas perdas), o presente trabalho confirma isto e o faz acrescentando, como outros pesquisadores contemporâneos, que apesar do cenário de equipamentos tecnológicos aliviarem as condições das pessoas com IRC e prolongarem suas vidas, antigas e novas atribuições estão implicadas na dimensão desse outro modo de viver as suas experiências na vida cotidiana. Com essa partida à reflexão, fica transparente que os cuidadores de unidades de hemodiálise já não conseguirão melhor qualidade de suas práticas tecnológicas de cuidar se não redimensionarem com subjetividade o contato feito pela mera rotina automática reduzida aos limites de atenção ao cateter de infusão dialisadora. Será a visão de um outro conhecimento, não regulador e sim, emancipatório,

que se expressará na visão de mundo aderente às experiências de vida e saúde, orientada por concepções das ciências sociais, o que os profissionais vão ter em conta para a focalização de novas expressões do espaço das relações na complexidade do processo de cuidar nessas situações humanas. Então neste estudo compreende-se que as tecnologias ocupam os espaços das relações e se constroem como um conhecimento no âmago das experiências tópicas de cada um dos sujeitos que nos espaços de assistência e pesquisa (hemodiálise) estão eventualmente experienciando as vicissitudes implicadas na vigência de uma situação de IRC.

Esse olhar conjugado às tecnologias está sendo solicitado nas linhas e entrelinhas das relações entre profissionais e usuários dos serviços de hemodiálise. Trata-se de focalizar o que se passa no cenário recortado intencionalmente como matéria deste artigo. Felizmente, no próprio modelo biomédico tem havido abertura e receptividade a essas mudanças paradigmáticas contemporâneas e as relações entre a construção do conhecimento-emancipação e a sua expressão tecnológica em saberes práticos, também tem sido alvo de interesse dos estudos presentes referidos como uma abertura à crítica e ampliação do caráter de regulação dominante no conhecimento biomédico tradicional.

TECHNOLOGY AND NURSING CARE FOR PERSONS UNDER HEMODIALYSIS PROCEDURES

ABSTRACT

This study aims to facilitate spontaneous expression among persons undergoing hemodialysis procedures in regards to their life, health and treatment conditions. The study was conducted with six participants from an acquainted group undergoing hemodialysis, which met 13 times. Data was collected by using group discussion and was analyzed according to the Collective Subject Speech (CSS) technique. The findings indicated five themes: 1) the need to take part in an advocacy group 2) the right for preferential treatment at public institutions. 3) orientation for primary prevention. 4) hemodialysis is a terrifying experience. 5) the wait for a kidney donor. These findings suggest that nursing care should be extended beyond the mere operation of the dialysis machine.

Key words: Nursing. Hemodialysis. Health technology.

TECNOLOGÍAS Y EL CUIDADO DE ENFERMERÍA A PERSONAS EN TRATAMIENTO DE HEMODIÁLISIS

RESUMEN

El estudio tuvo el propósito de facilitar expresiones espontáneas de un grupo de personas en tratamiento de hemodiálisis referentes a sus condiciones de vida, de salud y de tratamiento. La investigación fue desarrollada con un grupo de convivencia que posee seis personas en tratamiento de hemodiálisis y que se ha reunido trece veces. Las informaciones fueron obtenidas por la técnica de discusión en grupo y analizadas según la técnica del Discurso del Sujeto Colectivo (DSC). Los resultados mostraron cinco ideas centrales: 1) necesidad de participar de una asociación de su clase; 2) derecho a la atención especial en las instituciones públicas; 3) orientación de prevención primaria; 4) hemodiálisis aterroriza; 5) expectación por un donante de riñón. El cuidado de enfermería a esas personas necesita extenderse más allá de la mera rutina de atención del funcionamiento de la máquina de diálisis.

Palabras Clave: Enfermería. Hemodiálisis. Tecnologías en salud.

REFERÊNCIAS

- BARBOSA, J. C.; AGUIAR, O. M.; BOEMER, M. R. O significado de conviver com insuficiência renal crônica. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília, DF, v. 52, n. 5, p. 293-302, abr./jun. 1999.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos:** resolução 1696/96. Brasília, DF, 1996.
- LEFÈVRE, F.; LEFÈVRE, A. M. C. **O discurso do sujeito coletivo.** um novo enfoque em pesquisa qualitativa (desdobramentos). Caxias do Sul: EDUCS, 2003.
- LEVY, P. **As tecnologias da inteligência:** o futuro do pensamento na era da informática. 13. ed. São Paulo: Ed. 34, 2004.
- MacCANN, K; BOORG, J. R. P. Fatigue in persons with renal failure who require maintenance hemodialysis. **J. Adv. Nurs.**, Oxford, v. 32, n. 5, p. 1132-1142, June 2000.
- MAFFESOLI, M. **A transfiguração do político:** a tribalização do mundo. Porto Alegre: Sulina, 1997.
- MENDES, C. A.; SHIRATORI, K. A Percepção dos pacientes de transplante renal. **Rev. Nursing**, São Paulo, v. 5, n. 44, p. 15-22, jan. 2002.
- MERHY, E. E.; CHAKKOUR, M.; STÉFANO, E.; STÉFANO, M. E.; SANTOS, C. M.; RODRÍGUEZ, R. A.; OLIVEIRA, P. C. P. 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.). **Práxis en salud:** un desafío para lo público. São Paulo: Hucitec, 1997. cap. 3, p. 113-150.
- MERHY, E. E.; CAMPOS, C. R.; MALTA, D. C. **Sistema único de saúde em Belo Horizonte:** reescrevendo o público. São Paulo: Xamã, 1998.
- MORIN, E. **A religação dos saberes:** o desafio do século XXI. Rio de Janeiro: Beltrand, 2001.
- NAGLE, L. M. The meaning of technology for people with chronic renal failure. **Holist. Nurs. Pract.**, Frederick, v. 12, n. 4, p. 78-92, July 1998.
- NIETSCHE, E. A. **Tecnologia emancipatória:** possibilidade ou impossibilidade para a práxis de enfermagem? Ijuí: Ed. Unijuí, 2000.
- PARFREY, P.; VASAOUR, H.; HENRY, S.; BULLOCK, M.; GAULT, M. Clinical features and severity of nonspecific symptoms in dialysis patients. **Nephron**, Basel v. 50, p. 121-129, Oct. 1998.
- SANTOS, B. S. **Para um novo senso comum:** a ciência, o direito e a política na transição paradigmática. 3 ed. São Paulo: Cortez. 2001. v. 1.
- SCHUMACHER, E. F. **O negócio é ser pequeno.** Rio de Janeiro: Zahar, 1981.
- SOCIEDADE BRASILEIRA DE NEFROLOGIA. **Censo dos centros de diálise no Brasil.** 2006. Disponível em <<http://www.sbn.org.br/Censo/censo20042005.htm>>. Acesso em: 20 out. 2006.
- SOUZA, L. N. A.; PADILHA, M. I. C. S.; DUTRA, D. V. Cuidado de enfermagem como ação estratégica. **Cienc. Cuid. Saude**, Maringá, v. 4, n. 3, p. 284-293, set./dez. 2005.
- TRENTINI, M.; PAIM, L. **Pesquisa convergente assistencial:** um desenho que une o fazer e o pensar na prática assistencial em saúde-enfermagem. 2 ed. Florianópolis: Insular, 2004.

Endereço para correspondência: Mercedes Trentini. Rua Jardim dos Eucaliptos, 912, Campeche. Florianópolis - SC - CEP 88.063-270. E-mail: mertini@terra.com.br

Recebido em: 31/05/2006

Aprovado em: 30/10/2006